



HAL
open science

Études des freins et des leviers des professionnels de santé à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du tabac, en Nouvelle-Aquitaine

Quentin Jacquot, Claire Loizeau

► To cite this version:

Quentin Jacquot, Claire Loizeau. Études des freins et des leviers des professionnels de santé à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du tabac, en Nouvelle-Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03203061

HAL Id: dumas-03203061

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03203061>

Submitted on 20 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

Thèse n° 32A et n°32B

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 1^{er} avril 2021

Par **JACQUOT Quentin et LOIZEAU Claire**

Né le 10.11.1990 à Epinal (88) et née le 29.07.1991 à Les Sables d'Olonne (85)

**Etudes des freins et des leviers des professionnels de santé à
s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du
tabac, en Nouvelle-Aquitaine**

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Jury

Monsieur le Professeur François ALLA	Président du jury
Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ	Juge et Rapporteur
Monsieur le Docteur Christophe JOUHET	Juge
Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON	Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François ALLA, président du jury, pour nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse et pour l'attention portée à notre travail. Veuillez trouver ici, l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ, pour avoir accepté de juger ce travail et pour vos remarques utiles. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Christophe JOUHET. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre gratitude pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre gratitude pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, directeur de thèse, pour vos conseils avisés, votre disponibilité et votre soutien tout au long de ce projet. Ce travail n'aurait jamais été possible sans vos conseils.

A Madame Audrey GONNEAU et l'équipe COREADD NA, pour votre accueil, votre disponibilité et le temps passé à la relecture.

A l'Assurance Maladie et aux intervenants locaux, pour nous avoir permis le recrutement dans les meilleures conditions.

A tous les professionnels de santé qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

REMERCIEMENTS INDIVIDUELS

A mes parents chéris, pour votre soutien constant, votre amour et vos attentions particulières. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. Encore merci pour l'aide que vous m'avez apporté lors de ce travail.

A Flora, Adam et Elena, pour votre bonne humeur, vos chansons et nos après-midi jeux. Grâce à vous, on ne s'ennuie jamais. A ma grande sœur adorée et à Seb, pour vos conseils avisés, votre enthousiasme et votre soutien. Je suis heureuse que vous soyez tout près maintenant. A toi mon grand frère adoré, pour tout ce que tu m'as appris et apporté ainsi qu'à vous, Marine, Marius et Rosalie, pour vos encouragements.

A Maryse et Michel, pour vos encouragements et votre enthousiasme.

A tous mes chefs, équipes soignantes et co-internes que j'ai croisés pendant mon internat. Merci de m'avoir transmis votre savoir et votre goût pour la médecine.

A toi Quentin, sans qui ce travail n'aurait jamais été possible. Merci de m'avoir accompagné au cours de cette thèse et de m'avoir encouragé. Merci pour ta patience, ton calme, ta bienveillance et ta sérénité à toute épreuve.

A ma Clara, pour tes précieux conseils, ta générosité et pour l'amitié que tu m'offre depuis toutes ces années. A nos vacances inoubliables.

A ma Chacha, pour tes encouragements, tes conseils infailibles et toutes tes petites attentions. A nos débrifs de fin de journée si précieux.

A mes Joyeux Lurons, Ali, Halima, Loulou, Micka, Caro, Emely et Anne-Laure et nos soirées jaccuz. Toutes ces années d'externat n'auraient jamais été si belles sans vous. A Bapt, Jean, Benoit, Ali, Pierrick, Jean-Baptiste, Thomas et Adrien, aux kiwis, à Farès, Ismaël, Agathe, Louise et aux futurs arrivants. Merci d'agrandir cette joyeuse bande.

A mes amis de raclettes déconfinés, Nico, Kelly, Marie et Matthieu, à Fanny et Caro pour tous ces joyeux moments. Aux Gillocruciens Valou, Jéro, Helo, JM et les autres, pour nos étés endiablés.

A mes Perigirls, Vic et Lauren pour nos voyages passés et à venir, à Anne-Cha, Marine, Jess, Caro et Lydia sans qui l'internat n'aurait eu aucun goût. Je suis tellement heureuse de vous avoir rencontrée et de passer d'aussi bons moments avec vous. A David, PAF, Matthieu, Thibaud, Jeff, Matthieu et Louis.

A mes amies d'internat, Célia et Eliette, pour tous ces agréables instants. A toi Justine, j'espère que ta nouvelle vie vendéenne te plaira.

A Pistache et Oxalis, pour votre amour de chat et votre main verte.

A mon Kevin, pour ton soutien inconditionnel, ta patience et ton amour. Merci pour ton écoute et ta bonne humeur. Tu as su m'encourager, me reconforter et m'aider à chaque instant. Merci d'être à mes côtés et de me rendre meilleure chaque jour.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu dans mes choix et qui ont été présents dans les moments de joie, comme dans les plus difficiles. Je ne vous remercierai jamais assez, grâce à vous je peux faire le métier que j'aime.

A mes grands-parents qui m'ont accueilli chez eux ces années oh combien complexes, et qui m'ont bien aidé en m'apportant leur bouffée d'air frais quotidienne. Cette réussite est aussi la vôtre.

A toi mon Loïc, je ne saurais rêver d'un meilleur frangin, t'es parfait, reste comme tu es. Je suis content que tu aies pu trouver ta voie. J'apprécie chacune de nos retrouvailles.

A mes oncles et tantes, Christine, Pascal, Dominique, Cathy, Laurent, Christelle ; même si l'on se voit peu souvent, c'est toujours un plaisir de vous voir.

A mes cousines et cousins : Mélanie, Marie, Justine, Pauline, Miguel, Aubin, Justin, Elian et Nathan ; que ce soit en cousinades ou lors des repas de famille, on ne s'ennuie pas avec vous ! Qu'est-ce que j'aime ces moments en famille.

Une mention spéciale à toi Marie, je suis tellement fier d'être le parrain de Jean, merci pour ta confiance. A moi maintenant d'être plus présent.

A tous mes chefs et équipes soignantes que j'ai eu pendant mon internat. Franchement vous m'avez réconcilié avec le monde hospitalier, c'est fou. Mention spéciale à toi papa Jonquet, Xavier, Adrien, Nicolas, Julie, MH et Elise.

A toi Claire, merci d'avoir accepté d'écrire cette thèse à mes côtés. Merci de m'avoir supporté durant ces deux années, de m'avoir motivé, encouragé. Tu as su être patiente, toujours de bonne humeur, jamais un mot plus haut que l'autre, et je sais que ça n'a pas dû être simple tous les jours. Je n'aurais pu espérer mieux comme co thésarde ! Encore merci !

A vous, les Vosgiens : Julia, Lise, Mag, Callyane, Guillaume, Max, Flo et Flo, Benj, Tib, Roro, Quentin, Dédé qui me connaissez depuis de nombreuses années (la primaire, même pour toi mon Gulme) on ne se voit pas souvent mais chaque retrouvaille est toujours un pur bonheur bien festif (peut-être trop ?). Ne changez pas !

Une petite pensée pour toutes les personnes de la Classe 2010 du Tholy, avec qui j'ai passé une année de folie. C'était juste incroyable.

A vous, Yvain, Alex et Gaël, quelles rencontres à Nancy, la P1 ce n'est pas toujours drôle mais ça apporte quelques bonnes choses dont vous faites partie. Je repense à tous les moments et fous rires passés ensemble, c'était génial !

A toi Camille, tu es une des personnes les plus gentilles que je connaisse, et chaque moment passé avec toi est toujours un plaisir. Je suis content que tu aies trouvé un génial vosgien pour t'accompagner au quotidien. Tes amis aussi sont fantastiques, tu t'es bien entourée, c'est parfait.

A toute la team Bergerac ; le premier semestre ce n'est pas du gâteau mais avec vous c'est passé crème et beaucoup trop vite.

A vous les Périgourdins d'été, encore un semestre mémorable avec plein de belles rencontres ; mentions spéciales à Lucie, Tim, Joffrey, Joris et Benji.

A vous les filles, Julie, Hortense, Pauline et Nonore. Encore de supers rencontres de l'internat, je repars en soirée, en week-end, à Disneyland ou à l'endroit que vous souhaitez à tout moment. Et si Arnaud peut nous accompagner ce serait le feu !

A toi Marion, avec qui j'ai passé un drôle de dernier semestre, mais avec ta dose de bonne humeur quotidienne ce n'a été que du bonheur.

A vous, tous les Fratés. Je ne détaille pas car je pourrais écrire une page sur chacun d'entre vous ! J'ai hésité à retourner à Périgueux, quelle erreur j'aurais fait de ne pas vous rencontrer. Comment décrire ce semestre passé à vos côtés ? Fou tout simplement ? Et maintenant trois ans que l'on ne se quitte plus, c'est que du bonheur et ce n'est pas fini.

A toi Boris, pour ces deux semestres de folie passés ensemble, et tellement plus même. Je suis heureux d'être à tes côtés dans les étapes importantes de ta vie et le meilleur reste à venir poto.

Comment ne pas parler de toi, Baptiste, Bébé, Vikash..... Quelle rencontre pour le moins explosive de l'internat. Que de temps passé ensemble, sans jamais s'ennuyer ; il faut dire qu'avec toi ce n'est pas possible. Tu pourras toujours compter sur moi et même si je ne suis pas le roi de l'orga, j'espère que l'on aura bientôt l'occasion de repartir ensemble en vacances.

A toi Margot, mon petit cœur. Quel coup de foudre. Merci de ton soutien inconditionnel même dans les moments les plus durs, et merci de tout ce que tu fais pour moi. Je sais que cela n'a pas toujours été simple mais il ne reste maintenant que le meilleur. Je suis tellement heureux de partager ta vie au quotidien, je t'aime.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX, DES FIGURES ET DES ANNEXES	9
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	11
PREAMBULE	12
1. INTRODUCTION	13
1.1. CONTEXTE ACTUEL	14
1.1.1. <i>Epidémiologie</i>	14
1.1.2. <i>Mesures mises en place pour lutter contre le tabagisme : la politique de santé publique</i>	15
1.2. LE PROJET DE LIEUX D'ACCOMPAGNEMENT A LA SANTE SANS TABAC : L.A.S.T TABAC	18
1.3. LES FORMATIONS « NOUVEAUX PRESCRIPTEURS » DE L'ASSURANCE MALADIE	19
1.4. LA QUESTION DE RECHERCHE ET LES OBJECTIFS	20
2. MATERIEL ET METHODE	22
2.1. SCHEMA DE L'ETUDE	22
2.2. POPULATION DE L'ETUDE	22
2.3. HETERO-QUESTIONNAIRE	22
2.4. LE RECUEIL DE DONNEES	23
2.5. CRITERES DE JUGEMENT	23
2.5.1. <i>Critère de jugement principal : identification des principaux freins et leviers des professionnels de santé dans l'accompagnement de leurs patients fumeurs</i>	23
2.5.2. <i>Critère de jugement secondaire : satisfaction concernant la formation</i>	24
2.6. SAISIE DES DONNEES	24
2.7. ANALYSE DES DONNEES	25
2.8. MESURES ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	25
2.9. FINANCEMENT DE L'ETUDE	25
3. RESULTATS	26
3.1. GENERALITES	26
3.1.1. <i>Effectif</i>	26
3.1.2. <i>Caractéristiques de la population</i>	26

3.2. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	28
3.2.1. Critère de jugement principal : freins et leviers des professionnels de santé dans l'accompagnement des patients fumeurs	28
3.2.2. Critère de jugement secondaire : satisfaction des professionnels de santé suite à la formation	43
4. DISCUSSION	46
4.1. LIMITES DE L'ETUDE	46
4.2. FORCES DE L'ETUDE	48
4.3. INTERPRETATION DES RESULTATS	49
4.3.1. Objectif principal : freins et leviers des professionnels de santé de proximité à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients fumeurs	49
4.3.2. Critère de jugement secondaire : satisfaction des professionnels de santé suite à la formation	65
5. PERSPECTIVES	68
6. CONCLUSION	70
7. BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	78
SERMENT D'HIPPOCRATE	99
RESUME	100

LISTE DES TABLEAUX, DES FIGURES ET DES ANNEXES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Données sociodémographiques (N=487)	27
Tableau II : Pourcentage global de « satisfaction + » (calculée sur le nombre de répondants) (N=434)	44

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Accompagnez-vous des fumeurs de tabac ? (N=487)	28
Figure 2 : Réponses "jamais" et "très rarement" à la question 1 selon les professionnels de santé (%) (N=136/487)	29
Figure 3 : Les patients vous demandent-ils de l'aide pour arrêter de fumer ? (N=487)	30
Figure 4 : Réponses "jamais" et "très rarement" à la question 2 selon les professionnels de santé (%) (N=190/487)	30
Figure 5 : Freins des professionnels de santé (score moyen à chaque réponse) (N=487)	32
Figure 6 : Freins des professionnels de santé selon les différentes professions (score moyen) (N=453)	34
Figure 7 : Freins des fumeurs selon les professionnels de santé (N=487)	36
Figure 8 : Freins des fumeurs selon les professionnels de santé (score moyen) (N=453)	38
Figure 9 : Facteurs facilitants l'implication des professionnels de santé (N=487)	39
Figure 10 : Facteurs facilitants l'implication des professionnels de santé selon les professions (score moyen) (N=453)	41
Figure 11 : Satisfaction des professionnels de santé (N=434)	43

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : « Kit du participant » remis aux PS lors des formations « nouveaux prescripteurs »	78
Annexe 2 : Hétéro-questionnaire 1ère version	80
Annexe 3 : Hétéro-questionnaire version finale	84
Annexe 4 : Réponse des professionnels de santé à la question 1 : accompagnez-vous des fumeurs de tabac ?	86
Annexe 5 : Réponse des professionnels de santé à la question 2 : les patients vous demandent-ils de l'aide pour arrêter de fumer ?	86
Annexe 6 à 8 : Tableaux statistiques pour l'analyse de l'objectif principal	87
Annexe 9 : Satisfaction en fonction des professions des participants	96

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

5A : Ask – Advice – Assess – Assist – Arrange

ARS : Agence Régionale de Santé

ATS : American Thoracic Society

COREADD NA : COordination REgionale ADDictions Nouvelle-Aquitaine

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DREE : Direction des Relations Economiques Extérieures

DU : Diplôme Universitaire

EOL : Entretien à l'Officine pour ma Liberté

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

L.A.S.T : Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

MK : Masseurs-Kinésithérapeutes

NA : Nouvelle-Aquitaine

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P2RT : Programmes Régionaux de Réduction du Tabagisme

PHE : Public Health England

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

PS : Professionnel de Santé

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

TNS : Traitements Nicotiniques de Substitution

ViJGIL : Visite des Jeunes Généralistes Installés Libéraux

PREAMBULE

Afin d'effectuer une étude de meilleure qualité et au regard du travail que demandait cette étude, nous avons choisi de réaliser ce travail à deux. Nous allons détailler la genèse de notre implication et la répartition du travail dans le préambule.

Nous avons dans un premier temps, construit le questionnaire à l'aide de l'hétéro questionnaire issu de la thèse de Lucie Crevoisier (1) (2).

Nous avons par la suite participé à plusieurs formations « nouveaux prescripteurs » proposées par l'Assurance Maladie en Nouvelle-Aquitaine (NA), au cours desquelles ces questionnaires ont été distribués. Lors de ces formations, nous avons présenté le projet Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T Tabac).

Concernant l'analyse des questionnaires, nous avons réalisé un double encodage. Quentin Jacquot a dans un premier temps retranscrit les questionnaires sur le logiciel Microsoft Excel 2019 © puis dans un second temps Claire Loizeau a vérifié les données.

Concernant l'analyse des données, Claire Loizeau a réalisé les tests ANOVA et Quentin Jacquot les tests de Kruskal-Wallis.

En ce qui concerne l'écriture et l'élaboration de la thèse, nous nous sommes répartis le travail de la façon suivante. Claire Loizeau a rédigé l'introduction et Quentin Jacquot la partie matériel et méthodes. Nous avons rédigé ensemble les parties résultats, discussion et conclusion. Les parties ont chacune été relues par les deux thésards.

1. INTRODUCTION

En France, le tabac représente la première cause de morbi-mortalité et est responsable de 75 000 décès par an en 2015. En parallèle de ces chiffres, nous observons actuellement une diminution considérable de la consommation de tabac avec une diminution de la prévalence du tabagisme de 3.9 points (-11 %) entre 2014 et 2019 (3).

Ces résultats sont encourageants mais ces taux restent élevés comparés aux autres pays Européens (4). L'objectif fixé par le Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 (PNLT 2018-2022) vise à diminuer à moins de 16 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans d'ici 2027, soit cinq millions de fumeurs en moins par rapport à 2017 (5).

Cette lutte contre le tabagisme est un enjeu majeur et a nécessité plusieurs mesures de santé publique afin d'arriver à ces résultats.

Parmi ces mesures, depuis 2016 de nouveaux prescripteurs de traitements nicotiques de substitution (TNS) ont été intégrés (les infirmiers diplômés d'état (IDE), les IDE et médecins du travail, les IDE et médecins scolaires, les masseurs-kinésithérapeutes (MK) et les chirurgiens-dentistes) (6) et le remboursement des TNS est pris en charge dans le droit commun (7).

De plus, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande à tous les professionnels de santé (PS) en contact avec la population de s'impliquer, donc à être formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de l'usage du tabac (8).

Il a été démontré qu'un conseil d'arrêt par un professionnel, quel que soit le PS, augmente la probabilité d'arrêt à 6 mois de 50 % (9).

Suite à ces mesures et en lien avec les recommandations de l'HAS, depuis Mai 2019, l'Assurance Maladie en Nouvelle-Aquitaine (NA), en collaboration avec la COordination REgionale ADDictions Nouvelle-Aquitaine (COREADD NA), propose des soirées de formation « nouveaux prescripteurs ». Ces soirées sont destinées aux PS prescripteurs et nouveaux prescripteurs de TNS et autres PS en contact avec des fumeurs. Elles ont pour objectif majeur de proposer une aide aux PS afin d'accompagner au mieux les patients vers l'arrêt ou la diminution du tabac. Celles-ci sont d'autant plus utiles que les nouveaux prescripteurs n'ont reçu aucune formation sur cette thématique.

Afin d'améliorer le repérage ainsi que la qualité de la prise en charge des fumeurs, il semble important de mieux cibler les enjeux selon les professions et selon les territoires. Nous avons donc choisi de nous intéresser à tous les PS prescripteurs de TNS et ainsi identifier leurs freins et leurs leviers à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients fumeurs.

1.1. Contexte actuel

1.1.1. Epidémiologie

Actuellement, la France compte près de 13 millions de fumeurs et le tabagisme reste la première cause de décès évitable (10).

En France, le tabac est responsable de plus de 75 000 décès par an en 2015 (environ 46 000 morts par cancer, 16 000 par maladie cardio vasculaire, 12 000 par maladie de l'appareil respiratoire) et il représente la première cause de morbi-mortalité. Ces décès représentent 19.3 % de la mortalité masculine et 6.9 % de la mortalité féminine (10).

Le retentissement économique du tabagisme est considérable : son coût social est estimé à 120 milliards d'euros en 2010 en France (11).

Malgré ces chiffres, nous observons actuellement une diminution de la consommation de tabac. Les données du Baromètre de Santé publique France de 2020 indiquent une diminution considérable de la prévalence du tabagisme de moins 3.9 points en cinq ans passant de 34.3 % à 30.4 %. La prévalence du tabagisme quotidien est, en 2019, de 24.0 % tous sexes confondus chez les personnes de 18-75 ans, alors qu'elle était de 28.5 % en 2014 et la prévalence du tabagisme occasionnel est de 6.4 % en 2019 (3). En parallèle, chez les mineurs de 17 ans, l'enquête ESCAPAD 2017 réalisée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) retrouve une diminution importante de la consommation de tabac (12).

Ces premiers résultats sont encourageants mais encore insuffisants au regard de l'objectif fixé par le Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 (PNLT 2018-2022) :

- Diminuer à moins de 22 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans d'ici 2020 et à moins de 20 % chez les adolescents de 17 ans,
- Diminuer à moins de 16 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans d'ici 2027, soit cinq millions de fumeurs en moins par rapport à 2017,
- Une première génération non-fumeurs en 2032 (5).

Ces taux restent élevés comparés aux autres pays européens : l'Allemagne, la Belgique et les Pays Bas comptent un quart de fumeurs (quotidiens et occasionnels) et l'Italie un cinquième (4). L'écart est encore plus important avec les Etats-Unis et l'Australie qui comptent environ 15 % de fumeurs (13).

La lutte contre le tabagisme est donc un enjeu majeur et la première priorité en termes de santé publique. Ces différentes estimations expliquent donc la mise en place par les pouvoirs publics de programmes nationaux de lutte contre le tabac. Ceci est renforcé par le fait que le tabagisme est marqué par un gradient social et touche encore plus les personnes les plus vulnérables (3). Ceci participe en grande partie à l'écart d'espérance de vie selon le milieu social (14).

1.1.2. Mesures mises en place pour lutter contre le tabagisme : la politique de santé publique

1.1.2.1. La législation

La première loi française de lutte contre le tabagisme est la loi du 9 juillet 1976 ou « loi Veil ». Cette loi limite la publicité en faveur du tabac à la seule presse écrite. Les emballages doivent comporter un message sanitaire et il est prévu des interdictions de fumer dans certains lieux à usage collectif (15).

La loi Evin du 10 janvier 1991, relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, permet de renforcer le dispositif législatif afin de diminuer la consommation de tabac. Cette loi autorise la hausse du prix des cigarettes, elle interdit la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans, toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac et des produits dérivés, toute distribution gratuite, toute opération de parrainage liée au tabac et pose le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif (16).

La loi Evin est modifiée par le décret du 15 novembre 2006 et étend l'interdiction de fumer à tous les lieux fermés et couverts accueillant du public, aux établissements de santé, à l'ensemble des transports en commun et dans toute l'enceinte des écoles, collèges et lycées (17).

Puis l'ordonnance n°2016-623 du 19 mai 2016 met en place le paquet neutre qui se caractérise par une seule et même couleur pour tous les paquets de cigarette, les mêmes modalités d'inscription de la marque et des avertissements sanitaires combinés élargis à 65 % du paquet (18).

En parallèle, le prix du paquet de cigarette a plus que triplé en 20 ans, il est passé de 3.20€ en moyenne en 2000 à 10€ depuis le 1^{er} mars 2020. Cette augmentation a entraîné une baisse des ventes de cigarettes. La hausse du prix du tabac constitue donc un facteur dissuasif de l'entrée dans la consommation et une motivation forte pour amener les fumeurs à aller vers le sevrage (19).

Toutes ces lois visent à diminuer l'attrait pour le tabac.

1.1.2.2. Les plans et programmes

En France, la prévention du tabagisme passe par les lois de santé publique mais aussi par les plans cancers et les plans gouvernementaux.

Au cours du Plan Cancer I (2003-2007) suivi de la création de l'Institut national du Cancer, ont eu lieu des hausses de prix fortes et répétées pour dissuader l'accès au tabac.

Puis lors du Plan Cancer II, l'apposition des avertissements sanitaires illustrés sur les paquets de cigarettes, le renforcement de la politique d'aide au sevrage tabagique et le renforcement de la protection des mineurs face au tabagisme ont été mis en application.

Le Plan Cancer III lancé le 4 février 2014 prévoit la mise en place du Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019 (PNRT 2014-2019) (20).

Le PNRT 2014-2019 a permis de mettre en place plusieurs mesures de lutte antitabac.

Les principaux axes de ce plan sont la protection des jeunes pour éviter l'entrée dans le tabac, l'aide à l'arrêt du tabac et agir sur l'économie du tabac.

Parmi les actions, nous pouvons retenir notamment, le paquet neutre, le renforcement de l'interdiction de fumer et vapoter dans les lieux publics, la promotion du numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service, l'amélioration du remboursement du sevrage tabagique, l'opération « #MoisSansTabac », la hausse du prix de la cigarette. Il est aussi fait mention d'impliquer davantage les PS et de mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac. Des dispositions comme la création d'un fond de prévention du tabagisme sont venues compléter l'ensemble des mesures (21).

Dans un second temps et dans la continuité du PNRT, le PNLT 2018-2022 est mis en place avec pour principaux axes (5) :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, en incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie,
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé,
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge,
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

De plus, depuis le 26 janvier 2016, les TNS peuvent être prescrits par les IDE, les IDE et médecins du travail, les IDE et médecins scolaires, les MK et les chirurgiens-dentistes. Les sages-femmes voient leurs droits de prescription élargis à l'entourage de la femme (6).

Depuis le 1^{er} janvier 2019, le forfait d'aide au sevrage de 150€ par an et par assuré est remplacé par à une prise en charge dans le droit commun. Les TNS sont maintenant remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie et ne sont plus soumis à un plafonnement annuel de remboursement. Les complémentaires santé prennent en charge le ticket modérateur de ces médicaments. Il n'est plus nécessaire qu'ils figurent sur une ordonnance dédiée et les officines peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais (7). La varénicline est également remboursée à 65 % depuis 2017.

1.1.2.3. Le #MoisSansTabac : une campagne de marketing social

Afin d'inciter et d'aider les fumeurs à arrêter de fumer, des stratégies de marketing social ont été mises en place, notamment le #MoisSansTabac.

- Le marketing social

Le concept de marketing social a vu le jour en 1971 par Kolter et Zaltman. Ils ont développé l'idée que les techniques de marketing pourraient être mobilisées pour améliorer le bien-être des individus et de la société (22).

Le marketing social consiste donc à utiliser les techniques du marketing commercial dans l'objectif d'encourager les comportements favorables au bien-être et/ou à la santé des individus. Ces techniques reposent sur la connaissance des publics auxquels nous nous adressons, l'exploration de la perception et des freins liés au changement de comportement, une analyse de l'environnement, la segmentation et le ciblage des publics. Puis la conception d'un programme spécifique est réalisée, il repose sur cinq objectifs principaux :

- Proposer un comportement et des aides pour faciliter son adoption (sites internet, applications par exemple)
- Chercher des solutions pour minimiser les coûts d'adoption du comportement par la personne
- Favoriser sa capacité d'accès
- Promouvoir le comportement à l'aide d'une campagne de communication
- Travailler avec des collaborateurs (23) (24).

De nombreuses études soulignent l'intérêt de cette approche et son efficacité pour améliorer l'impact des programmes de santé publique (25).

- L'opération #MoisSansTabac

En 2016, Santé publique France a lancé pour la première fois "#MoisSansTabac", une campagne de marketing social inspirée de la campagne "Stoptober" de Public Health England (PHE), dont l'objectif est de déclencher des tentatives d'arrêt, en grand nombre et en communauté, chez les fumeurs. La campagne « Stoptober » est promue par le PHE depuis 2012 et a prouvé son efficacité en Grande-Bretagne avec 350 000 tentatives d'arrêt du tabac en plus au mois d'octobre lors de la première édition, comparé aux années précédentes (26).

L'opération #Mois sans tabac est une des mesures du PNRT 2014-2019 (21).

Cette campagne invite en Novembre tous les fumeurs à arrêter de fumer pendant un mois et ainsi multiplier par 5 les chances d'arrêter de fumer. Elle cible un public entre 20 et 49 ans, les différentes aides développées sont gratuites pour les participants (application tabac-info-service, le kit, le 3989), de nombreux collaborateurs régionaux et partenaires locaux ont été recrutés et une importante

campagne de communication a été mise en place notamment le slogan « en Novembre, on arrête ensemble » (27).

En 2019, il y a eu plus de 200 000 inscrits, l'application a été téléchargée 128 501 fois, le 3989 a été appelé 22 705 fois et les réseaux sociaux ont été suivis par 5 681 personnes. Au total, 784 000 inscriptions ont été enregistrées depuis 2016 (28).

Le succès du #MoisSansTabac vient confirmer l'utilité du marketing social.

1.2. Le projet de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac : L.A.S.T Tabac

Dans la lutte contre le tabac et en lien avec le PNLT 2018-2022, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de NA a bénéficié de 2,3 M€ dans le cadre des Programmes Régionaux de Réduction du Tabagisme (P2RT) avec les fonds de lutte contre le tabac. Suite à cet appel à projet régional, 35 projets ont été retenus dont le projet L.A.S.T Tabac (29).

Celui-ci est porté par la COREADD NA en partenariat avec le Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention du CHU de Bordeaux.

L'objectif de ce projet est, d'une part, de favoriser la demande d'aide de la part des fumeurs et d'autre part, d'impliquer les professionnels de soins de santé primaires (médecins, IDE, sages-femmes, pharmaciens, MK, chirurgiens-dentistes...) en proximité humaine, territoriale et temporelle des fumeurs.

Ces lieux dédiés à la santé (pharmacies, cabinets médicaux et paramédicaux, maisons de santé, services de santé scolaire, centres d'examen de santé) seront bien identifiés grâce à des affiches ou spots vidéo. Ils pourront alors permettre aux fumeurs de repérer facilement les PS de proximité en capacité de les aider et ainsi favoriser leur demande d'aide. Ces PS de proximité disposeront d'un large panel d'outils et bénéficieront de formations adaptées à leurs besoins. Ce projet utilise donc les principes et outils du marketing social, l'association porteuse étant également ambassadrice du #MoisSansTabac pour la NA.

Cette communauté territoriale de professionnels sera en lien direct avec une ou plusieurs structures ressources en addictologie. Il s'agit de fédérer sur les territoires une communauté de professionnels de santé mobilisés autour d'une thématique de prévention commune. Ces communautés pourraient être

associées aux nouveaux dispositifs de coordination des professionnels comme les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Contrat Local de Santé (CLS), les Maisons de Santé Pluridisciplinaire (MSP)...

1.3. Les formations « nouveaux prescripteurs » de l'Assurance Maladie

En complément du projet L.A.S.T Tabac et dans le cadre du fond tabac 2018-2020, l'Assurance Maladie en NA avec la collaboration de la COREADD NA propose des soirées de formation « nouveaux prescripteurs », qui ont débuté en Mai 2019.

Les dernières recommandations de l'HAS d'octobre 2014, préconisent un dépistage individuel systématique de la consommation de tabac ainsi qu'un conseil d'arrêt aux fumeurs par les PS. Il est ainsi recommandé que tous les PS en contact avec la population soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de l'usage de tabac (8).

Les données de littérature montrent que le conseil d'arrêt par un professionnel, quel que soit le PS, augmente la probabilité d'arrêt à 6 mois de 50 % et un fumeur voulant arrêter et recevant de l'aide aura 80 % de chances supplémentaires d'y parvenir par rapport à un fumeur arrêtant sans aides (9).

Les soirées, animées par des intervenants locaux ayant des compétences en pédagogie et en addictologie ainsi qu'un représentant COREADD NA, sont destinées à tous les PS prescripteurs de TNS : médecins, sages-femmes, IDE, chirurgiens-dentistes et MK ainsi qu'aux pharmaciens, préparateurs en pharmacie et autres PS en contact avec des fumeurs.

Les objectifs de ces soirées sont :

- D'informer les prescripteurs de la nouvelle réglementation, en termes de prescriptions et de prise en charge des traitements,
- D'apporter aux prescripteurs des protocoles et outils pratiques pour les aider à accompagner les fumeurs de tabac, avec les spécificités utiles selon les professions,
- D'informer sur le projet L.A.S.T Tabac.

La finalité est ainsi de proposer une aide afin d'accompagner au mieux les patients vers l'arrêt ou la diminution du tabac d'autant plus que les nouveaux prescripteurs n'ont reçu aucune formation sur cette thématique et, pour certains, n'ont jamais prescrit de médicaments.

Les invitations aux soirées ont été envoyées par mail aux différents PS par les 13 caisses de chaque département (2 dans le 64) et les inscriptions étaient réalisées sur internet.

Les soirées ont eu lieu dans tous les départements de NA et se sont toutes déroulées de la façon suivante :

- Accueil des participants autour d'un buffet et émargements
- Informations réglementaires et particularités territoriales
- Protocoles et outils pratiques
- Présentation du projet régional L.A.S.T Tabac
- Evaluation et conclusion
- Discussion autour du buffet avec les formateurs

Le diaporama diffusé était le même pour chaque soirée afin d'assurer une homogénéité des informations délivrées. Il a été validé par les experts de la COREADD NA et l'Assurance Maladie. Certains intervenants ont choisis, en nombre limité, de modifier légèrement le diaporama, notamment lors des soirées dédiées aux sages-femmes ou infirmières scolaires.

Un kit mémo pratique « kit du participant » a été distribué aux participants à chaque soirée. Il contenait notamment un mémo pour le PS sur la prescription des TNS, le kit #MoisSansTabac ainsi qu'un questionnaire d'évaluation de la soirée (**Annexe 1**).

1.4. La question de recherche et les objectifs

Dans le cadre de la mise en place du projet L.A.S.T Tabac, plusieurs études ont été développées afin d'aider à la construction d'une stratégie de marketing social :

- Philippine Brousse et Alice Bonnay-Hamon ont étudié la perception des fumeurs sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac dans une étude qualitative auprès des fumeurs au stade d'intention et préparation. Ce travail a montré que les usagers ont plutôt l'intention d'arrêter sans aide. Toutefois, lorsqu'on leur demande de proposer leur stratégie d'arrêt du tabac idéale, ils citent en premier l'aide d'un PS (30).
- Lucie Crevoisier a étudié les freins et les leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens à l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac en NA. Elle confirme dans cette étude que les principaux freins sont l'absence de demande d'aide des patients et le manque de temps. Elle montre que des différences significatives apparaissent selon le profil des soignants (1) (2).

D'autres travaux de thèse ont permis d'identifier différents freins à l'implication des médecins généralistes. Paula Alvarez s'est intéressée à l'impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie via une étude longitudinale

comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'ex-Aquitaine installés depuis moins de trois ans. Ce travail montre que l'absence de demande du patient est l'obstacle significativement le plus important à l'implication des médecins généralistes en addictologie par rapport au manque de temps et au manque de formation (31). L'accompagnement du fumeur de tabac apparaît toutefois comme le plus simple à mettre en place pour les jeunes médecins généralistes, de façon significative par rapport aux autres addictions.

Afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des fumeurs et ainsi construire une stratégie adaptée aux besoins des PS, il est important de mieux comprendre les enjeux selon les professions et selon les territoires. Nous avons donc choisi de nous intéresser à tous les PS prescripteurs de TNS. Les formations « Nouveaux prescripteurs » étaient ainsi une opportunité rare d'avoir accès à la population des PS déjà suffisamment motivés pour venir se former. Ils constituent en effet la première cible du projet L.A.S.T Tabac. Ceci vient compléter le travail réalisé par Lucie Crevoisier sur les médecins généralistes et pharmaciens (1) (2).

Notre étude se situe dans le cadre d'une recherche mixte, en tant qu'enquête d'opinion sur les pratiques qui sera complétée par une étude qualitative par entretiens semi-dirigés sur un échantillon raisonné des formés.

Notre question de recherche est la suivante :

« Quels sont les freins et les leviers des professionnels de santé de proximité à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du tabac ? »

Cette thèse a donc pour objectif principal :

Identifier les freins et les leviers des professionnels de santé de proximité à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients fumeurs.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

Evaluer la satisfaction des professionnels de santé à la fin de la formation.

Identifier les résultats justifiant d'une exploration complémentaire pour les études qualitatives.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, type enquête d'opinion, qui s'est déroulée sur l'ensemble de la NA.

2.2. Population de l'étude

La population étudiée était les PS (IDE, sages-femmes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, médecins, MK, préparateurs en pharmacie, orthophonistes...), ayant participé aux formations « nouveaux prescripteurs », pendant cette période. Ces formations avaient pour but de former au sevrage tabagique les PS autorisés à prescrire des TNS depuis 2016.

Les critères d'inclusion étaient l'ensemble des PS participant aux formations. Il n'y avait pas de critère de non-inclusion. Etaient exclus les questionnaires inexploitables : les questionnaires dont la première partie n'était pas remplie (renseignements généraux sur les PS) ainsi que la 1ère version du questionnaire pour l'analyse de l'objectif secondaire.

2.3. Hétéro-questionnaire

La première version du questionnaire provient, pour la première partie, de la thèse de Lucie Crevoisier (1) (2) (**Annexe 2**). La deuxième partie de celui-ci, concernant la satisfaction après la formation, a été réalisée dans un second temps. Il a été élaboré par l'équipe de la COREADD NA notamment en collaboration avec Madame Audrey Gonneau (chargée de mission) et le Professeur Philippe Castera.

Le questionnaire a fait l'objet d'une phase test auprès de 53 PS concernés par l'enquête lors de 3 soirées de formation (Pau, Oloron et Villeneuve sur Lot). La première partie a été distribuée et remplie avant la formation, la seconde partie après. Afin de réduire la durée de participation et de faciliter sa réalisation, le questionnaire a été remis en page, regroupé en une partie et certaines questions jugées difficilement compréhensibles ont été retirées.

La version finale choisie est un hétéro-questionnaire anonyme au format papier de 2 pages (**Annexe 3**).

Il comporte trois principales parties :

- Première partie : renseignements généraux sur les PS (profession, durée d'installation, profil tabagique...),

- Deuxième partie : freins et leviers des PS à s'impliquer dans l'accompagnement de l'arrêt du tabac,
- Troisième partie : satisfaction concernant les formations.

Les deux premières parties du questionnaire étaient à remplir avant la présentation, la troisième et dernière partie à remplir en fin de séance.

2.4. Le recueil de données

Le recueil de données a eu lieu du 24 mai au 13 novembre 2019, dans les douze départements de NA. Les données provenaient de l'hétéro-questionnaire (**Annexe 3**). Il était distribué à chaque participant avant la formation et recueilli en fin de séance par les professionnels de l'Assurance Maladie ou de la COREADD NA. Lors de celle-ci, une explication du projet de thèse était présentée aux PS.

2.5. Critères de jugement

2.5.1. Critère de jugement principal : identification des principaux freins et leviers des professionnels de santé dans l'accompagnement de leurs patients fumeurs

Les données nécessaires au critère de jugement principal se trouvent dans les deux premières parties du questionnaire.

La première partie regroupe les données d'informations générales sur la profession, le lieu d'exercice (urbain, semi rural, rural), le sexe, le statut tabagique (fumeur, ex-fumeur, non-fumeur), le nombre d'années d'exercice, la notion de formation complémentaire en addictologie.

La deuxième partie comporte cinq questions.

Les questions 1 et 2 recueillent les perceptions des PS sur la fréquence de leurs sollicitations par rapport au tabac.

Les réponses possibles sont : « jamais », « très rarement », « parfois », « souvent ».

La question 3 propose une série de 9 propositions concernant les freins chez les PS à accompagner leurs patients dans l'arrêt du tabac. Chacune de ces 9 réponses doit être cotée de 0 (= pas du tout) à 10 (= totalement).

La question 4 propose également une série de 9 propositions avec la même cotation allant de 0 à 10. Cette question étudie les représentations des PS concernant les freins de leurs patients à leur demander de l'aide pour arrêter de fumer.

La question 5 propose une série de 11 propositions, conservant l'échelle numérique de 0 à 10. Elle s'intéresse aux facteurs facilitant l'implication des PS auprès des fumeurs.

Les questions 3 à 5 portent sur l'objectif principal ; chacune d'elle comprend en plus la possibilité de remarques ouvertes : autres freins pour les questions 3 et 4 ou autres facteurs facilitants pour la question 5, à coter entre 0 et 10.

Ces deux parties sont issues de la thèse de Lucie Crevoisier, intitulée « étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et des pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac en Nouvelle-Aquitaine » (1) (2). Ceci a pour objectif de faciliter la comparaison entre les résultats des deux études.

2.5.2. Critère de jugement secondaire : satisfaction concernant la formation

Ce critère de jugement se trouve dans la troisième et dernière partie du questionnaire.

Cette partie est une série de 10 questions concernant la satisfaction des participants sur la formation. Pour chaque question il existe 4 réponses possibles, « très satisfaisant », « satisfaisant », « acceptable » et « insuffisant ».

De plus, cette dernière partie laisse la place à des remarques ouvertes intitulées : « le plus intéressant » et « points à améliorer ».

Cette dernière partie a été réalisée en deux temps avec initialement un premier questionnaire comportant 11 questions de satisfaction à coter entre 0 et 10 (**Annexe 2**). Ce premier questionnaire a été distribué à 3 formations (Pau, Oloron et Villeneuve sur Lot) avant d'être modifié dans un objectif de meilleure compréhension. Les questionnaires de ces 3 villes n'ont pas été pris en compte dans l'étude de la satisfaction car ceux-ci comportaient trop de différences avec le questionnaire final. Cependant, étant strictement identiques sur les deux premières parties, ils ont pu être analysés sur le critère de jugement principal.

2.6. Saisie des données

Les questionnaires recueillis lors de chaque soirée, ont été scannés et transmis aux doctorants sous format électronique.

Les données ont ensuite été saisies manuellement dans le logiciel Microsoft Excel 2019 © par un des doctorants puis le deuxième doctorant a vérifié les données. Un nettoyage final de la base a été réalisé avant le traitement des données.

2.7. Analyse des données

Dans un premier temps, des analyses descriptives univariées avec un calcul de moyenne ont été réalisées pour identifier les principaux freins et leviers.

Dans un second temps, une analyse descriptive bivariée par test ANOVA (analyse de variances) a été pratiquée en fonction de la profession, du statut tabagique et du lieu d'exercice avec un seuil de significativité fixé à 0,05.

Dans un troisième temps, une analyse par test de Kruskal-Wallis a été réalisée sur les données ordinales afin d'étudier la satisfaction des PS sur la formation. Les absences de réponses n'ont pas été prises en compte.

2.8. Mesures éthiques et réglementaires

Notre recherche ne portant pas sur la personne humaine, il ne nous était pas nécessaire d'obtenir l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP).

Concernant la protection des libertés, les questionnaires ont été recueillis de façon anonyme lors des formations. Le travail par les thésards a été réalisé sans savoir qui se trouvait dans les formations ; il est donc impossible de faire le lien entre un questionnaire et une personne. Les questionnaires ont été détruits suite à la saisie des données.

Par la suite les résultats sont agrégés, il n'est donc pas possible de faire le lien entre le résultat de l'étude et une personne.

Selon la réglementation, il n'a donc pas été nécessaire d'obtenir l'avis de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL).

L'Assurance Maladie, comme la COREADD NA sont obligées de respecter les normes RGPD (Règlement Générale sur la Protection des Données) et recueillent habituellement ce type d'enquêtes dans le cadre de leurs missions.

2.9. Financement de l'étude

Les temps consacrés par les salariés de la COREADD NA à la création du diaporama partagé, des documents remis aux participants, ainsi que leur temps de présence aux formations et les frais de déplacement sont financés par le fond « tabac » 2018-2020 dans le cadre du projet L.A.S.T Tabac.

L'organisation pratique des formations, ainsi que les formateurs sont financés par l'Assurance Maladie, dans le cadre d'une subvention sur le même fond.

3. RESULTATS

3.1. Généralités

3.1.1. Effectif

487 questionnaires ont été reçus et 552 participants ont signé les feuilles d'émargement, soit un taux de réponse de 88.22 %.

Concernant l'analyse de l'objectif principal, aucun questionnaire n'a été exclu.

Pour l'analyse de l'objectif secondaire, 53 questionnaires ont été exclus. Ont été exclus 8 chirurgiens-dentistes, 19 IDE, 1 MK, 10 médecins, 3 pharmaciens, 9 sages-femmes et 3 autres PS.

Certains PS n'ont pas rempli en totalité le questionnaire ou l'ont mal rempli. Toutefois, pour disposer de leurs réponses, ces questionnaires exploitables ont tous été inclus.

3.1.2. Caractéristiques de la population

Le tableau I résume les caractéristiques sociodémographiques de la population des répondeurs.

En complément des données du tableau nous pouvons préciser que les autres PS correspondent à 1 psychologue, 1 référent santé, 1 sophrologue, 1 orthodontiste, 1 éducateur sportif, 3 diététiciennes et 3 cadres de santé.

Dix-neuf PS déclarent avoir reçu une formation en addictologie/tabacologie :

- Diplôme (inter) Universitaire (DU ou DIU) : 6 infirmières, 3 sages-femmes et 1 psychologue,
- Formation en tabacologie : 2 médecins, 2 sages-femmes et 1 infirmière,
- DESC en addictologie : 1 médecin,
- Capacité d'addictologie : 1 médecin,
- Formation en tabacologie de la femme enceinte : 1 sage-femme,
- Formation de Développement Professionnel Continue en addictologie : 1 infirmière.

Tableau I : Données sociodémographiques (N=487)

		Effectif (%)
Professions	IDE	146 (29,98 %)
	Sage-femme	79 (16,22 %)
	Pharmacien	77 (15,81 %)
	Médecin	66 (13,55 %)
	Chirurgien-dentiste	48 (9,86 %)
	Masseur-kinésithérapeute	37 (7,60 %)
	Préparateur en pharmacie	18 (3,70 %)
	Autres	11 (2,25 %)
	Non déclaré	5 (1,03 %)
Sexe	Femme	403 (82,75 %)
	Homme	81 (16,63 %)
	Non déclaré	3 (0,62 %)
Lieu d'exercice	Urbain	217 (44,56 %)
	Semi-rural	118 (24,23 %)
	Rural	129 (26,49 %)
	Non déclaré	23 (4,72 %)
Département	Charente (16)	49 (10,06 %)
	Charente Maritime (17)	56 (11,50 %)
	Corrèze (19)	38 (7,80 %)
	Creuse (23)	25 (5,13 %)
	Dordogne (24)	21 (4,31 %)
	Gironde (33)	33 (6,78 %)
	Landes (40)	22 (4,52 %)
	Lot et Garonne (47)	63 (12,94 %)
	Pyrénées Atlantiques (64)	95 (19,51 %)
	Deux Sèvres (79)	42 (8,62 %)
	Vienne (86)	23 (4,72 %)
Haute Vienne (87)	20 (4,11 %)	
Ancienneté d'exercice	[0-10]	159 (32,65 %)
]10-20]	97 (19,92 %)
]20-30]	125 (25,67 %)
	> 30 ans	90 (18,48 %)
	Non déclaré	16 (3,29 %)
	Moyenne (années)	18,86 +/- 11,9 ans
Statut tabagique	Fumeur	50 (10,27 %)
	Ex-fumeur	126 (25,87 %)
	Non-fumeur	304 (62,42 %)
	Non déclaré	7 (1,44 %)
Formation	Oui	19 (3,90 %)
	Non	462 (94,87 %)
	Non déclaré	6 (1,23 %)

3.2. Résultats du questionnaire

3.2.1. Critère de jugement principal : freins et leviers des professionnels de santé dans l'accompagnement des patients fumeurs

Question 1 : Accompagnez-vous des fumeurs de tabac (conseils, informations, suivi) ?

La réponse à la question 1 (figure 1) permet de voir qu'un nombre non négligeable de participants accompagnent très rarement, voir jamais des fumeurs (28 %).

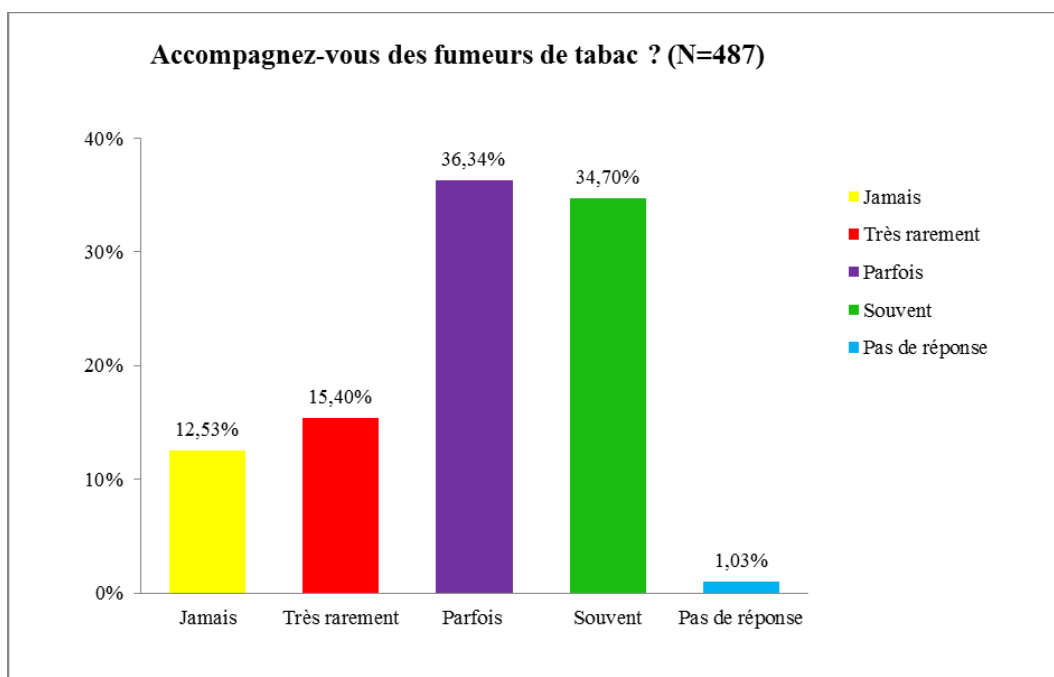


Figure 1 : Accompagnez-vous des fumeurs de tabac ? (N=487)

L'annexe 4 présente le tableau des réponses selon les professions. Nous avons choisi de présenter en figure 2, le total des réponses « jamais » et « très rarement », selon les professions et par ordre croissant.

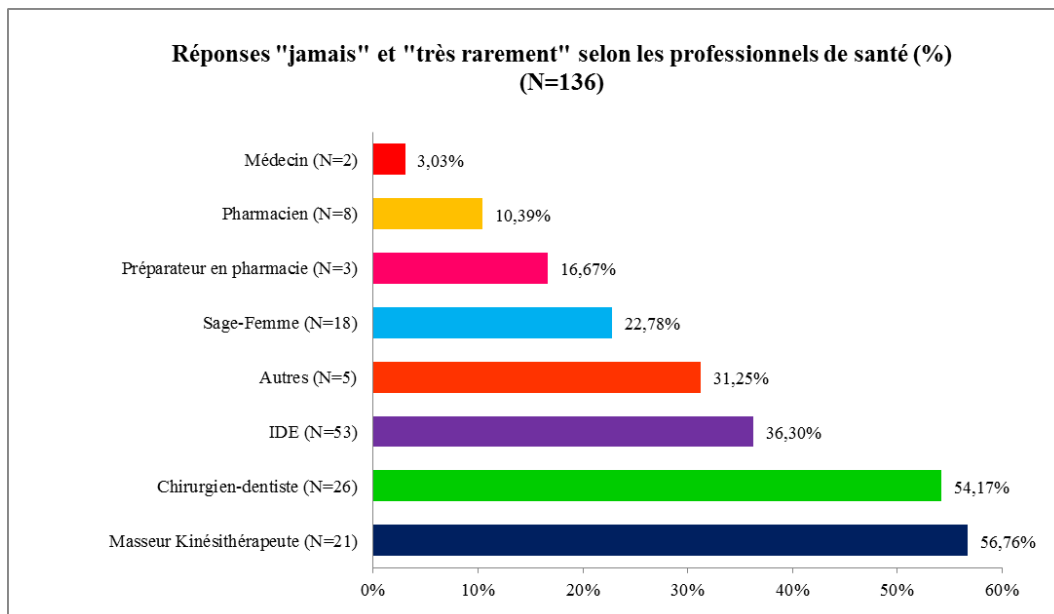


Figure 2 : Réponses "jamais" et "très rarement" à la question 1 selon les professionnels de santé (%)
(N=136/487)

Alors que tous les participants sont volontaires pour participer aux formations, nous constatons de grandes disparités au sein de chaque profession (annexe 4) et entre les professions (figure 2). La discussion sera l'occasion d'analyser ces données.

Question 2 : Les patients vous demandent-ils de l'aide pour arrêter de fumer ?

La réponse à la question 2 (figure 3) permet de voir qu'un nombre important de participants ne reçoivent jamais ou très rarement des demandes d'aide de leurs patients fumeurs (39 %).

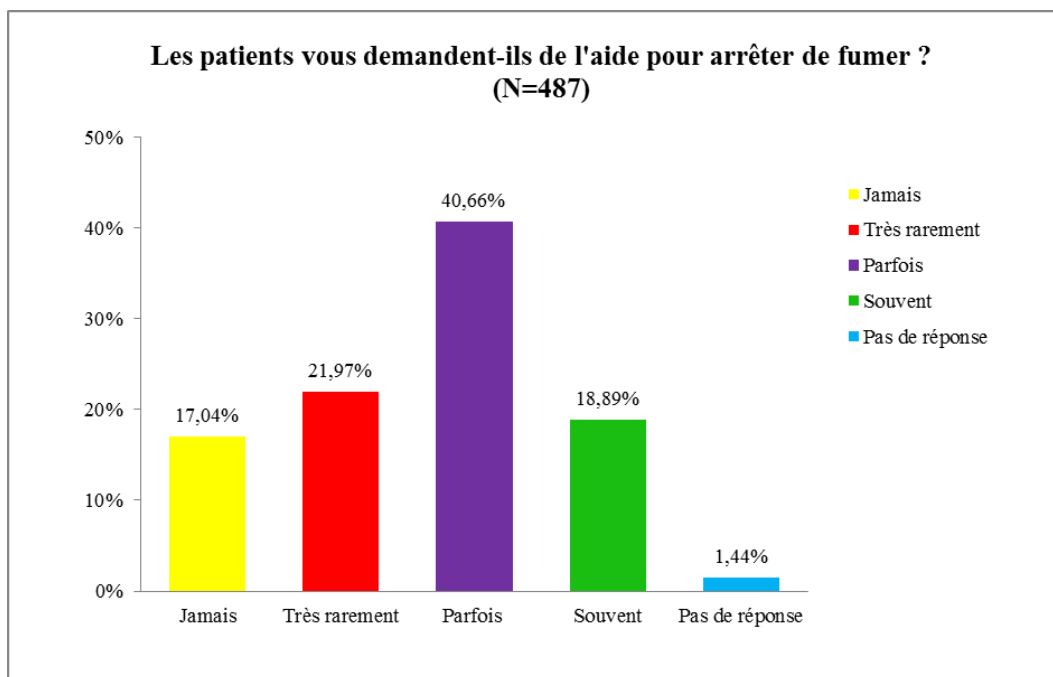


Figure 3 : Les patients vous demandent-ils de l'aide pour arrêter de fumer ? (N=487)

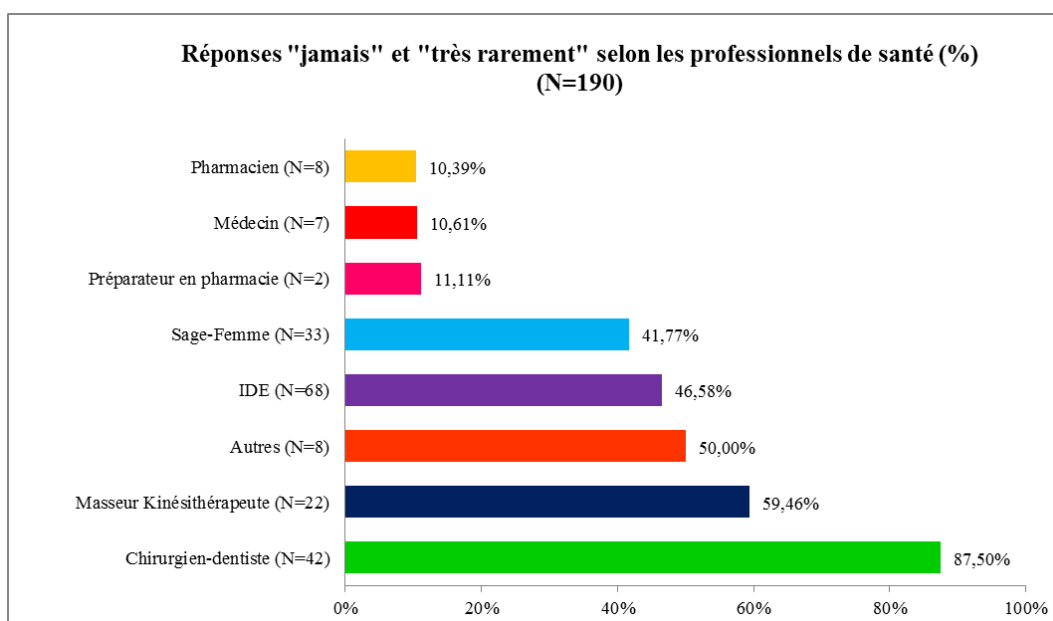


Figure 4 : Réponses "jamais" et "très rarement" à la question 2 selon les professionnels de santé (%) (N=190/487)

L'annexe 5 présente le tableau des réponses selon les professions. Nous avons choisi de présenter en figure 4, le total des réponses « jamais » et « très rarement », selon les professions et par ordre croissant.

Les PS semblent recevoir peu de demandes d'aide pour arrêter de fumer. Mais ici aussi, les réponses diffèrent nettement selon les professions.

Question 3 : Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et à 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous les freins suivants au fait d'aider vos patients à arrêter de fumer ?

Afin de simplifier la lecture des résultats, nous proposons une note moyenne à chaque suggestion de frein ou facteur facilitant. Les résultats pour chaque item des questions 3, 4 et 5 sont détaillés en annexes 6, 7 et 8.

Quelques rares réponses étaient illisibles, cependant un nombre important de participants se sont contentés de mettre une croix au lieu d'un chiffre entre 0 et 10 sans avoir lu les consignes du questionnaire. Le taux moyen de réponses absentes ou non exploitables est de 9,95 %.

Les quatre freins majeurs rapportés par les PS sont :

- Le « manque de formation » (6,91/10)
- L' « absence de demande du patient » (5,41/10)
- Le « manque de temps » (4,10/10)
- Le « manque de ressource en proximité » (4,00/10)

Les deux freins qui apparaissent les moins importants sont :

- Le « sujet non prioritaire » (2,51/10)
- La « difficulté d'aborder le sujet » (2,28/10)

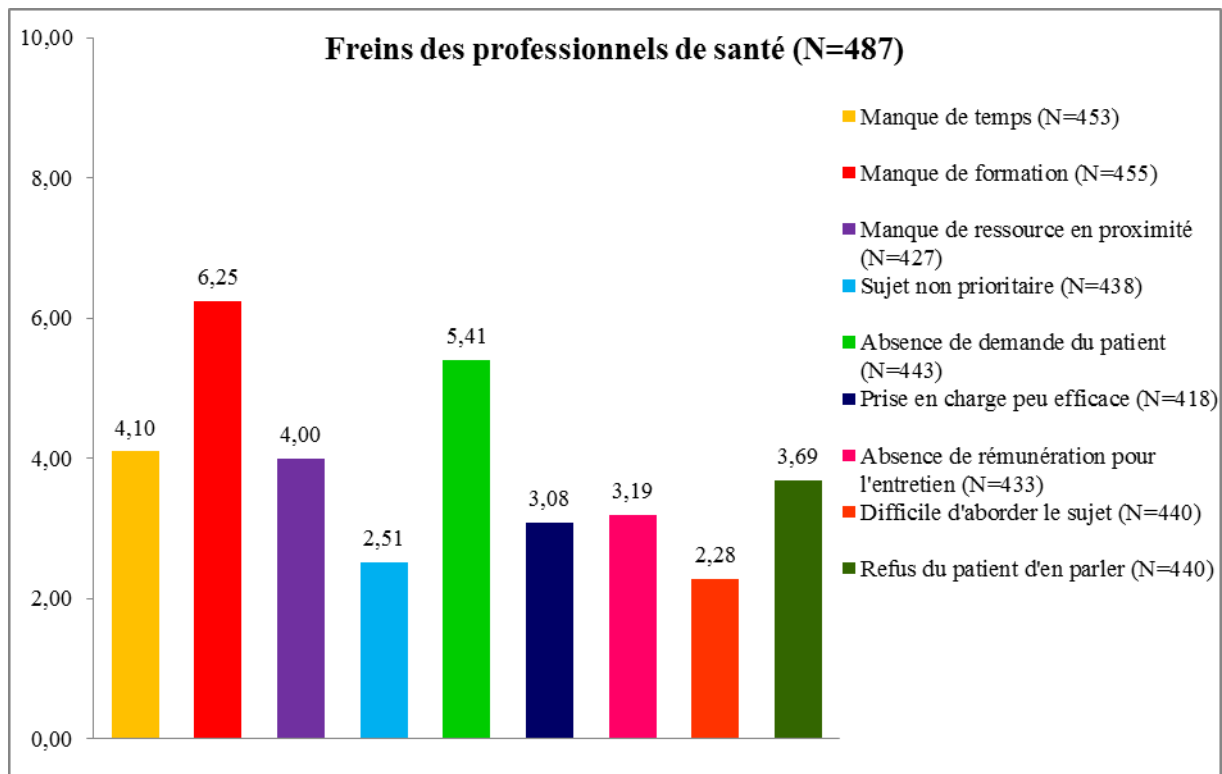


Figure 5 : Freins des professionnels de santé (score moyen à chaque réponse) (N=487)

D'autres freins ont été rapportés par les PS (cotation entre 0 et 10 si mentionné). Les difficultés sont différentes selon les professions :

- Pour les pharmaciens : *le non droit de prescription par le pharmacien (10) ; nécessité d'aller chez le médecin pour être remboursé ; le pharmacien devrait pouvoir prescrire (10) ; du fait du remboursement les patients achètent plus difficilement et préfèrent avoir une ordonnance (5) ; Possibilité de prescription ; pas de droit de prescription pour les pharmaciens (8),*
- Pour les IDE : *droit à la prescription récent (10) ; pas de rémunération pour la consultation infirmier libéral en acte de prévention (10) ; non connaissance par les patients de la possibilité de prescription des IDE concernant les patchs (10),*
- Pour les MK : *le kiné n'est pas reconnu comme un praticien pouvant intervenir dans ce domaine (9),*
- Pour les chirurgiens-dentistes : *les patients ne pensent pas aux dentistes pour les aider,*
- Pour les sages-femmes : *culpabilité et grossesse (8) ; la sage-femme ne paraît pas être le 1er interlocuteur (8).*

D'autres freins rapportés sont liés à :

- L'absence d'articulation entre les professionnels : *pas de communication avec le médecin (9) ; pas de réseau pour (9) ; adhésion de l'équipe au projet de soins (7) ; absence d'échanges entre les PS autour des patients (9) ; tenir un discours identique (9),*

- Des difficultés d'organisation : *consultation spécifique et non pour plusieurs motifs (10) ; manque d'outils (8) ; impossibilité d'arriver à un suivi (9) ; outils (8),*
- Des difficultés liées aux patients eux-mêmes :

Le jeune âge du patient est souvent mis en avant comme un obstacle : *Age (10) ; âge du patient (8) ; jouissif pour la jeunesse ; manque de patience dans l'obtention des résultats pour les ados (8).*

Surtout du fait de l'utilisation de la carte vitale et de la difficulté du secret médical : *remboursement carte vitale à 15 ans (10) ; remboursement carte vitale sur compte parental avant 16 ans (10) ; remboursement (obligation d'en informer les parents si âge < 15 ans) ; non remboursement pour les ados (8).*

La motivation n'est pas au rendez-vous : *volonté du patient en baisse (10) ; manque de motivation du patient (9) ; déni du patient (9) ; patients en grande précarité, l'arrêt du tabac n'est pas leur priorité ; Absence de désir du patient (3) ; pas de volonté de la patiente ; leur motivation (8)*

Ce n'est pas le bon moment : *moment inopportun (4) ; le bon moment pour arrêter (5)*

Le manque d'informations : *Idées préconçues du patient ; manque d'informations sur les risques et les traitements d'accompagnement du sevrage (4) ; peur de l'hypnose (4) ; peur d'en parler au médecin (8).*

Des situations plus difficiles : *autres addictions (5) ; différents essais de sevrage sans réussite (10) ; précarité (2) ; polyaddictions (3) ; troubles psychiatriques (6).*

Les freins mis en avant sont d'importance variable selon les professions (figure 6). Nous avons choisi de faire la comparaison entre les prescripteurs de TNS, cible prioritaire des formations. Seulement deux items ne montrent pas de différence selon les professions, en tant que frein : « le refus du patient d'en parler » et « la prise en charge peu efficace ».

Selon le lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), il n'existe pas de différence significative, de même que selon le département.

Les PS exerçant depuis plus de 30 ans semblent plus coter la réponse à 3 freins, ce qui est associé à une différence significative :

- « sujet non prioritaire » (p=0.03),
- « absence de demande du patient » (p=0.01),
- « prise en charge peu efficace » (p<0.01).

Deux freins sont mis plus en avant par les PS fumeurs ce qui amène à une différence significative :

- « sujet non prioritaire » (p=0.05),
- « absence de demande du patient » (p=0.01).

Freins des professionnels de santé selon les différentes professions (N=453)

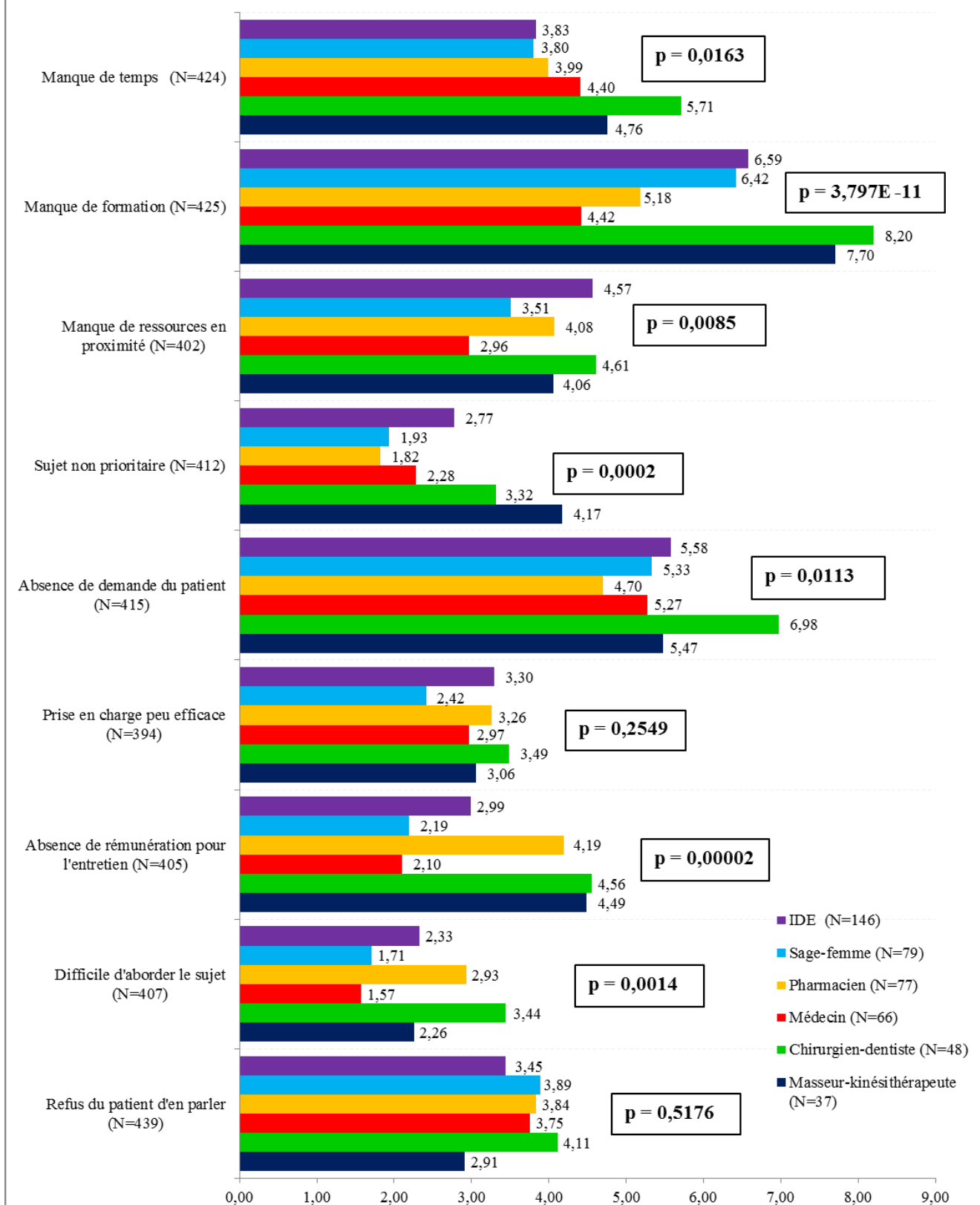


Figure 6 : Freins des professionnels de santé selon les différentes professions (score moyen) (N=453)

En synthèse des résultats de la question 3, nous constatons que pour toutes les professions le manque de formation et l'absence de demande d'aide de la part du patient sont les freins principaux à leur implication. Le tabac est, pour tous, un sujet prioritaire, et la difficulté pour aborder le sujet est peu importante. Une analyse plus fine montre cependant des variations significatives selon les professions pour tous les freins sauf le refus du patient d'en parler et la prise en charge peu efficace. Indépendamment de la profession, les praticiens exerçant depuis plus de 30 ans et les fumeurs mettent plus en avant comme freins, le fait que le sujet serait non prioritaire et l'absence de demande du patient. Pour les anciens, la faible efficacité des prises en charge est un frein également plus important. L'ensemble de ces éléments seront repris dans la discussion.

Question 4 : Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et à 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous, pour vos patients, les freins suivants à vous demander de l'aide ?

Le taux moyen de réponses absentes ou non exploitables est de 9,92 %.

Globalement, les freins venant des patients selon les PS sont cotés plus haut que les freins des PS, 7 freins parmi les 9 freins proposés sont notés au-dessus de la moyenne :

- « ils n'ont pas envie d'arrêter » (6,93/10),
- « ils connaissent mal les aides » (6,86/10),
- « ils ne pensent pas que c'est une maladie » (6,82/10),
- « ils ne savent pas que je peux les aider » (6,67/10),
- « ils pensent que les aides ne marchent pas » (6,49/10),
- « ils ne savent pas que les traitements sont remboursés » (6,33/10),
- « ils pensent pouvoir arrêter seuls » (5,98/10).

Les principaux freins sont ceux en lien avec le manque d'informations des patients.

Les deux freins qui apparaissent les moins importants sont :

- « ils n'osent pas m'en parler » (4,20/10),
- « ils n'ont pas le temps » (3,16/10).

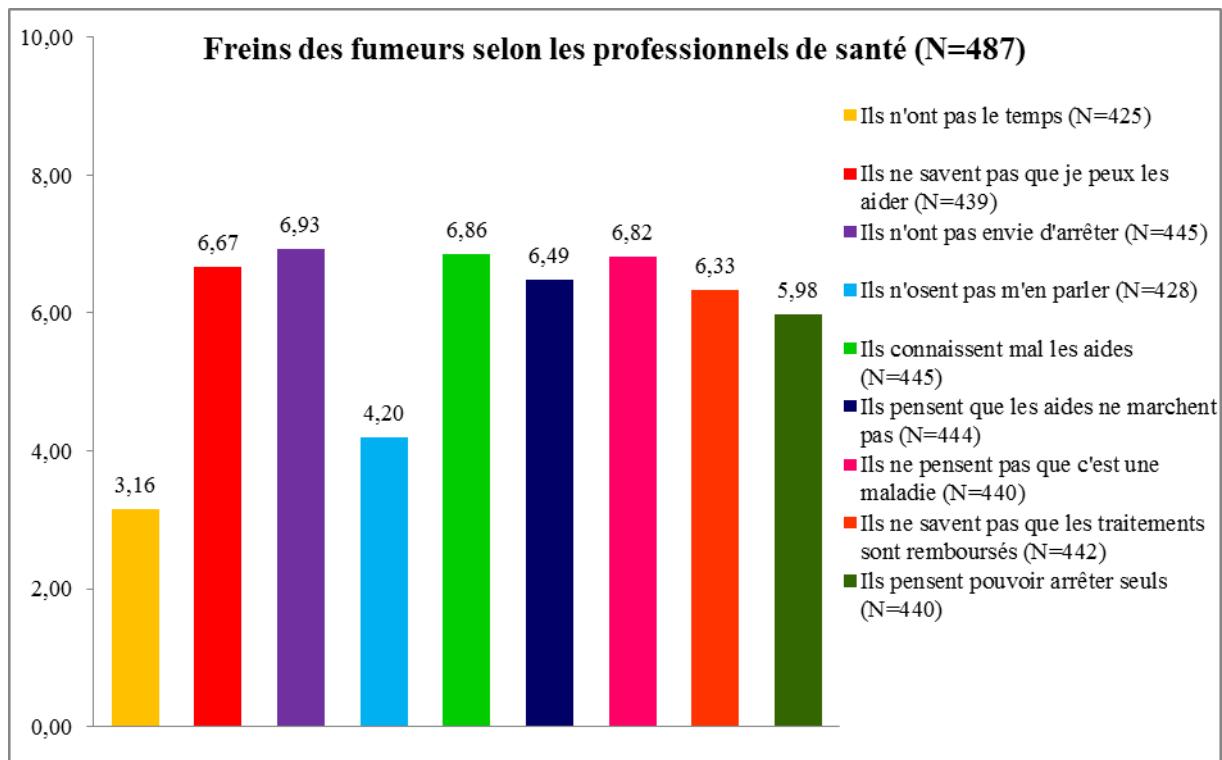


Figure 7 : Freins des fumeurs selon les professionnels de santé (score moyen à chaque réponse) (N=487)

D'autres freins des patients ont été rapportés par les PS :

- Le manque d'information des fumeurs : *méconnaissance des patients concernant le rôle du médecin traitant (6) ; méconnaissance de la rechute (sentiment d'incapacité) (9) ; les patientes méconnaissent la profession de sage-femme ; mauvaise croyance des patientes par rapport à la grossesse (8),*
- Le rôle délétère de l'entourage : *entourage fumeur (10) ; tierce personne fumeuse dans l'entourage (8) ; phénomène de groupe (10),*
- Les troubles mentaux : *psychopathie (7) ; souffrance psychique ; troubles anxieux ; démence (10) ; état dépressif (9),*
- Les vulnérabilités : *niveau scolaire (7) ; niveau de compréhension (5) ; précarité (9) ; accès à la prévention ; accès aux soins (9),*
- Les priorités du fumeur : *pas souvent la priorité des consultations (9) ; prise de poids (9) ; croyance religieuse (7) ; manque de motivation (8) ; co-addiction alcool (8) ; polyopathologies (8),*
- La trajectoire du fumeur : *échec de sevrage dans son passé ou chez ses proches (10) ; échecs antérieurs (6) ; envie d'arrêter mais n'y arrive pas seul (7),*
- Pour les pharmaciens : *l'obligation d'avoir une ordonnance pour la prise en charge (10)*

Les freins des patients mis en avant sont d'importance variable selon les professions. Seulement trois items sur neuf ne montrent pas de différence significative selon les professions : « ils n'ont pas envie d'arrêter », « ils pensent que les aides ne marchent pas » et « ils ne pensent pas que c'est une maladie ».

Selon le lieu d'exercice ainsi que selon l'ancienneté d'exercice, il n'existe pas de différence significative.

Selon le département, 2 freins sont significativement différents :

- « ils n'ont pas le temps » ($p < 0.01$),
- « ils pensent que les aides ne marchent pas » ($p = 0.03$).

Les PS exerçant dans le département de la Vienne semblent penser que les patients n'ont pas le temps nécessaire pour arrêter de fumer. Ceux exerçant dans le département de la Creuse ressentent que les patients ont moins confiance dans les aides.

Deux freins sont mis plus en avant par les PS fumeurs ce qui amène à une différence significative :

- « ils n'osent pas m'en parler » ($p = 0.02$),
- « ils ne pensent pas que c'est une maladie » ($p = 0.05$).

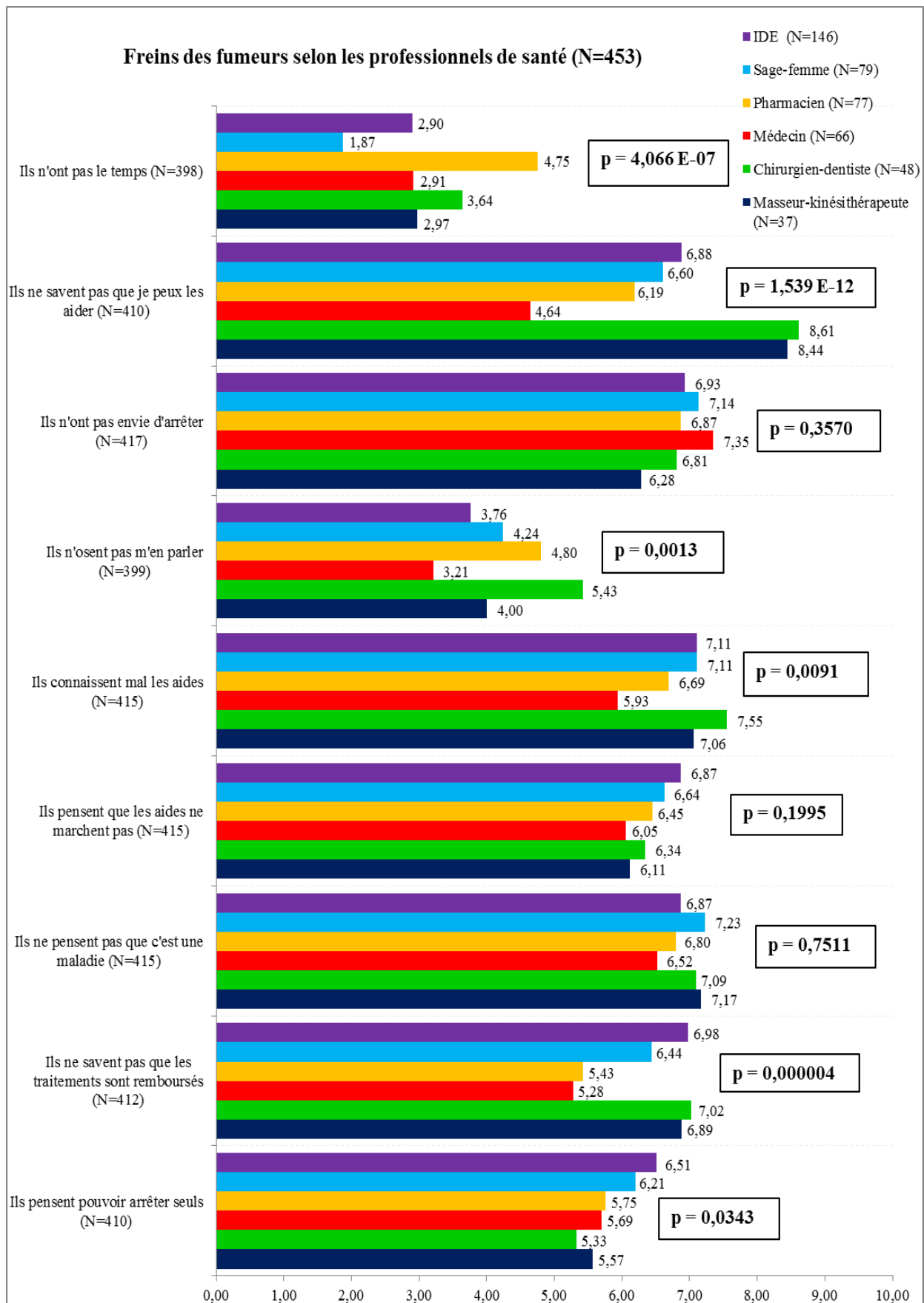


Figure 8 : Freins des fumeurs selon les professionnels de santé (score moyen) (N=453)

Concernant la question 4, nous constatons que les principaux freins venant des patients sont cotés plus haut que les freins des PS. Ceux-ci semblent penser que les fumeurs n'ont pas envie d'arrêter, qu'ils manquent d'information sur les aides disponibles et sur les PS pouvant les aider et qu'ils n'ont pas conscience que leur addiction est une maladie. Une analyse plus fine montre cependant des variations significatives selon les professions pour la majorité des freins. Les praticiens fumeurs mettent plus avant le fait que les patients n'osent pas en parler et qu'ils ne pensent pas que c'est une maladie. Il existe aussi quelques disparités selon le département d'exercice. L'ensemble de ces éléments seront repris dans la discussion.

Question 5 : Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et à 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous les facteurs facilitants suivants ?

Le taux moyen de réponses absentes ou non exploitables est de 14,80 %.

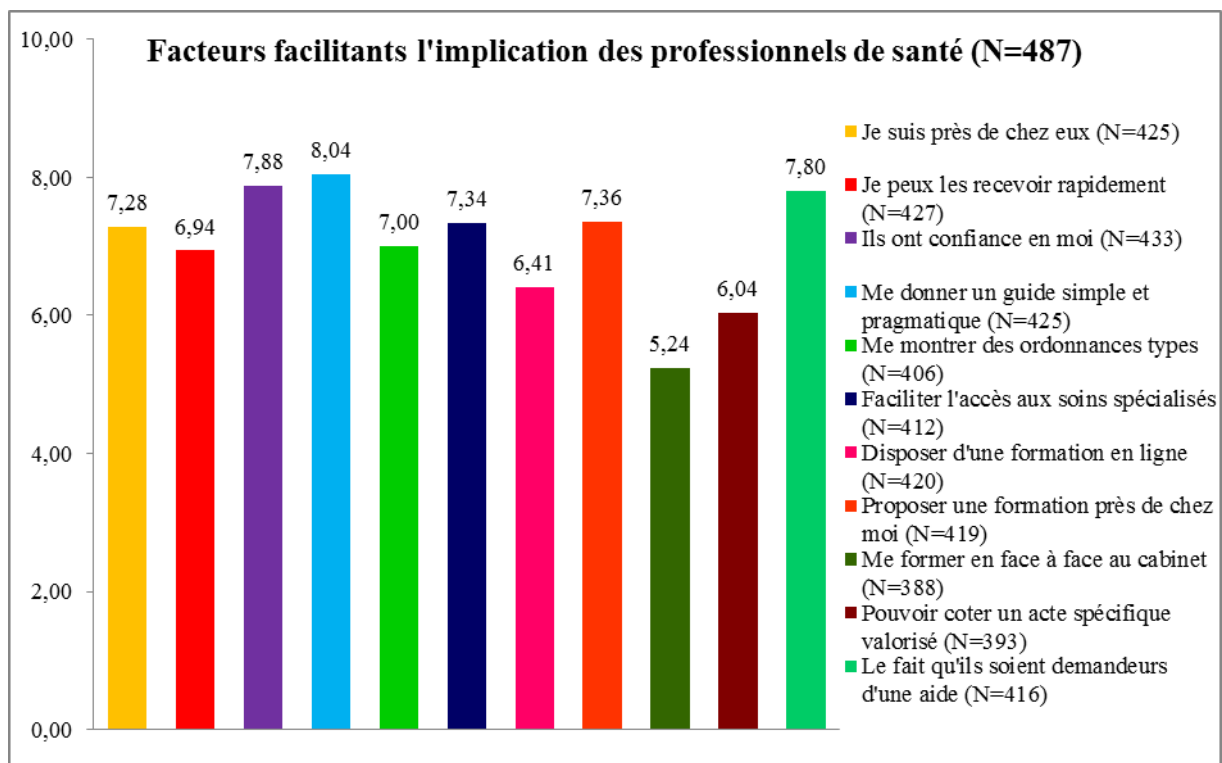


Figure 9 : Facteurs facilitants l'implication des professionnels de santé (score moyen à chaque réponse) (N=487)

Chez les PS, les 11 facteurs facilitants ont tous une note supérieure à la moyenne.

Les 5 facteurs facilitants qui sont les plus scorés sont :

- « me donner un guide simple et pragmatique » (8,04/10)

- « ils ont confiance en moi » (7,8/10)
- « le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide » (7,80/10)
- « proposer une formation près de chez moi » (7,36/10)
- « faciliter l'accès aux soins spécialisés » (7.34/10)

Les 3 facteurs facilitants les moins bien notés sont :

- « me former en face à face au cabinet » (5.24/10)
- « pouvoir coter un acte spécifique valorisé » (6,04/10)
- « proposer une formation en ligne » (6.41/10)

D'autres facteurs facilitants ont été rapportés par les PS. Ils concernent :

- Les campagnes de marketing social : *fournir des affiches pour la salle d'attente (10) ; campagne sur l'efficacité à long terme (9) ; campagne d'information sur les aides (9),*
- Les enjeux motivationnels : *niveau de motivation ; empathie (9) ; entretien motivationnel (9),*
- Le remboursement : *augmentation du remboursement (8) ; gratuité des substituts (9) ; baisse du prix grâce au remboursement (10),*
- L'organisation des soins : *projet de service (10) ; proposer un programme de suivi (8) ; définir des objectifs partagés entre différents PS (9) ; prise en charge complète sans renvoyer vers le prescripteur (7) ; coopération médecin-IDE (9) ; soins ou pas soins (législation),*
- Le rôle facilitant de l'entourage : *entourage (10),*
- Pour les MK : *une simple formation pour savoir le minimum et comment orienter suffirait pour un kiné.*

Les facteurs facilitants mis en avant sont d'importance variable selon les professions. Seulement quatre sur onze items montrent une différence significative selon les professions : « je suis près de chez eux », « je peux les recevoir rapidement », « me montrer des ordonnances types », « proposer une formation près de chez moi ».

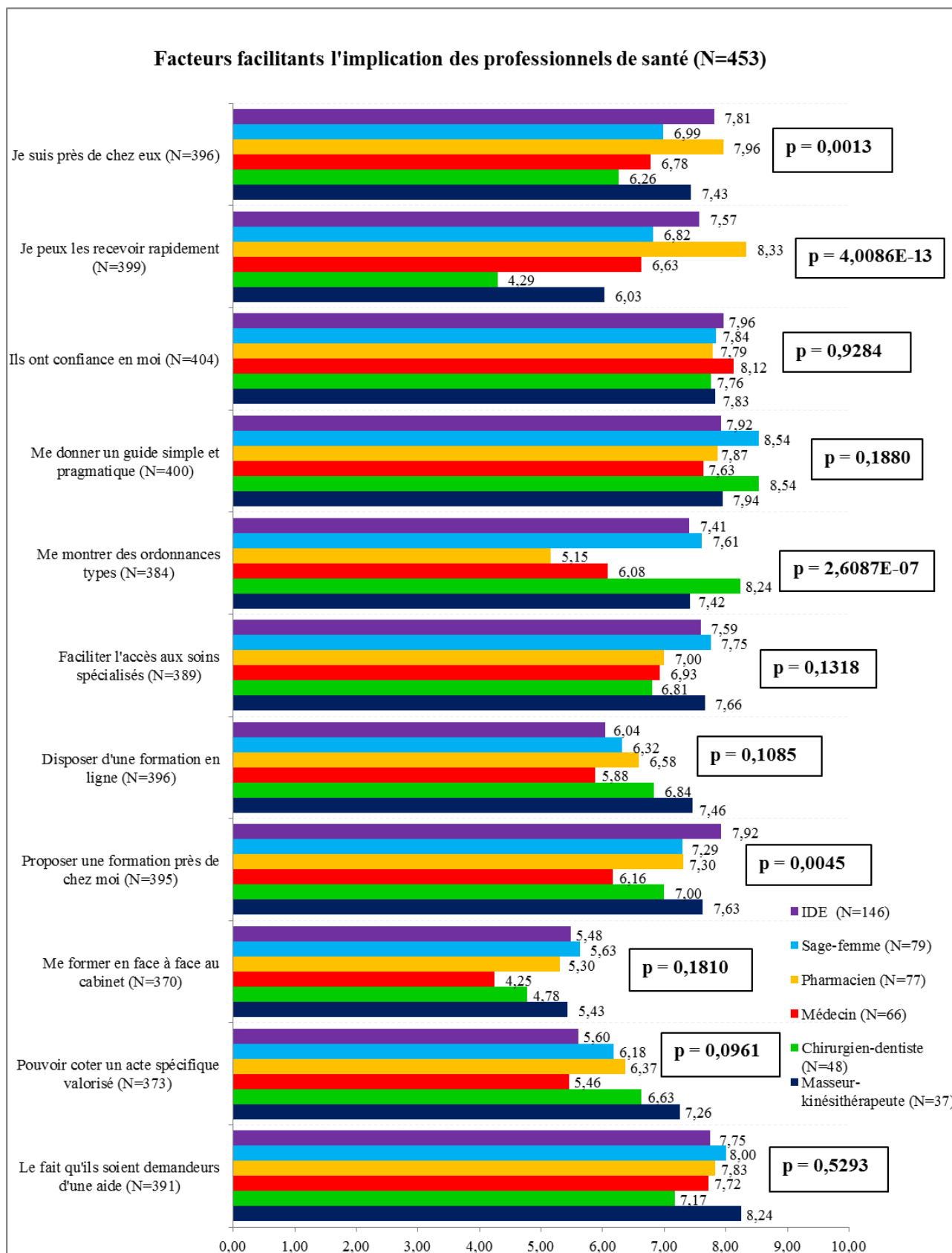


Figure 10 : Facteurs facilitants l'implication des professionnels de santé selon les professions (score moyen) (N=453)

Selon le lieu d'exercice, les PS exerçant en zone rurale semblent plus coter la réponse à 2 facteurs facilitants, ce qui est associé à une différence significative :

- « je suis près de chez eux » (p=0.01)
- « je peux les recevoir rapidement » (p=0.04)

Selon le département, 3 facteurs facilitants sont significativement différents :

- « me montrer des ordonnances types » (p=0.03)
- « faciliter l'accès aux soins spécialisés » (p=0.02)
- « proposer une formation près de chez moi » (p=0.03)

Les PS exerçant en Dordogne et en Gironde semblent les plus intéressés par la distribution d'ordonnances types. Ceux exerçant dans les Deux-Sèvres ont noté avec une note plus basse l'item « faciliter l'accès aux soins spécialisés » contrairement à ceux exerçant en Corrèze. Ceux exerçant dans les Landes semblent plus demandeurs d'une formation à proximité.

Les PS exerçant depuis plus de trente ans, semblent moins scorer 2 facteurs facilitants, ce qui entraîne une différence significative :

- « disposer d'une formation en ligne » (p=0.04)
- « proposer une formation près de chez moi » (p=0.01)

Deux facteurs facilitants sont plus mis plus en avant par les PS fumeurs ce qui amène à une différence significative :

- « me donner des ordonnances types » (p=0.05),
- « proposer une formation près de chez moi » (p=0.02).

En conclusion de la question 5, nous constatons que les PS sont en forte demande d'un guide simple et pragmatique et en attente que les patients soient demandeurs d'aide. La formation présentielle est valorisée et correspond à celle proposée lors des soirées de formation. La formation en face à face au cabinet est la moins prisée. Une analyse plus fine montre cependant des variations significatives selon les professions pour 4 facteurs facilitants. Les PS en zone rurale mettent en avant le fait d'être plus proches géographiquement et plus rapidement accessibles. Les PS exerçant depuis plus de trente ans semblent moins intéressés par une formation en ligne. Il existe aussi des disparités selon le département d'exercice et le statut tabagique. L'ensemble de ces éléments seront repris dans la discussion.

3.2.2. Critère de jugement secondaire : satisfaction des professionnels de santé suite à la formation

La satisfaction des PS à la suite de la formation a été étudiée à l'aide de la 3ème partie du questionnaire. L'étude a été réalisée en analyse univariée sur 434 questionnaires. Quarante-trois questionnaires issus des 3 premières soirées (Oloron Sainte-Marie, Villeneuve-sur-Lot et Pau), considérés comme « tests », ont été exclus du fait de la modification du questionnaire sur cette partie.

3.2.2.1. Satisfaction globale des participants

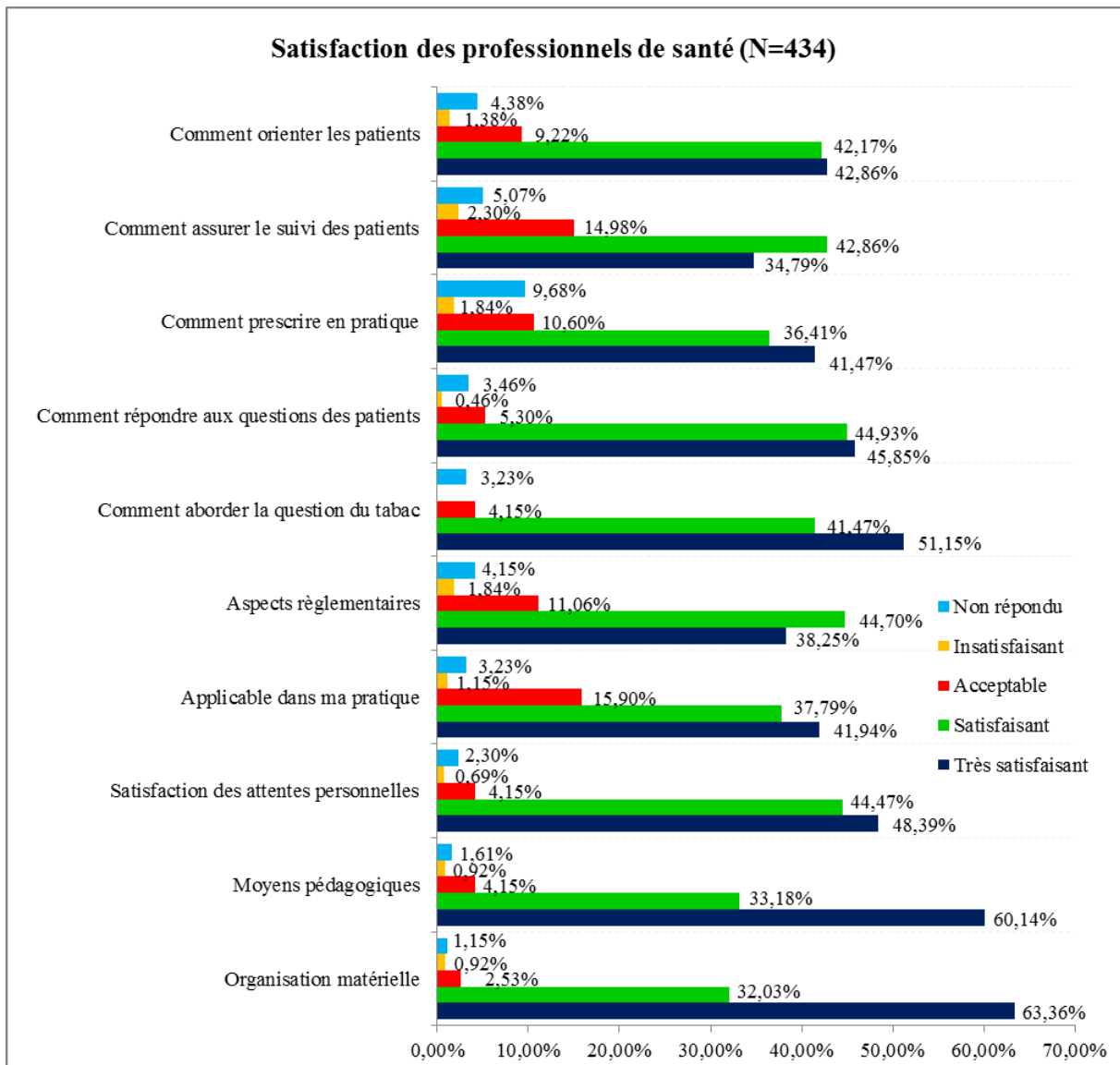


Figure 11 : Satisfaction des professionnels de santé (N=434)

Le taux d'insatisfaits pour l'ensemble des items reste inférieur à 2,3 %.

A la question « comment prescrire en pratique » 42 participants n'ont pas répondu soit 9,7 % des réponses ce qui correspond à un taux largement supérieur aux autres items.

Nous avons considéré comme ayant une « satisfaction + », les participants très satisfaits et satisfaits.

Tableau II : Pourcentage global de « satisfaction + » (calculée sur le nombre de répondants) (N=434)

Satisfaction / Réponses aux questions (%)	Satisfaction +	Très satisfaits
Organisation matérielle (N=429)	96,50%	64,10%
Comment aborder la question du tabac (N=420)	95,71%	52,86%
Satisfaction des attentes personnelles (N=424)	95,05%	49,53%
Moyens pédagogiques (N=427)	94,85%	61,12%
Comment répondre aux questions des patients (N=419)	94,03%	47,49%
Comment orienter les patients (N=415)	88,92%	44,82%
Aspects règlementaires (N=416)	86,54%	39,90%
Comment prescrire en pratique (N=392)	86,22%	45,92%
Applicable dans ma pratique (N=420)	82,38%	43,33%
Comment assurer le suivi des patients (N=412)	81,80%	36,65%

A la vue de ces résultats, l'impression globale qui se dégage est que la satisfaction est bonne avec dans chaque catégorie plus de 80 % de participants satisfaits positivement (regroupant donc les satisfaits et très satisfaits).

Cinq items sont même très bien évalués par les participants avec plus de 90 % de satisfaction positive, il s'agit de « l'organisation matérielle », des « moyens pédagogiques utilisés », « la satisfaction des attentes personnelles », « comment aborder la question du tabac » et « comment répondre aux questions des patients ». Les deux items où la satisfaction est moins bonne sont « comment assurer le suivi des patients » et « applicable dans ma pratique ».

3.2.2.2. Satisfaction en fonction des professions et des lieux de formation

Nous allons maintenant étudier la satisfaction des participants en fonction de leur profession ou du lieu de formation à l'aide d'un test de Kruskal-Wallis pour les variables ordinales.

Les tableaux contenant les données statistiques sont donnés dans les annexes 9.

Les participants n'ayant pas répondu ont été exclus pour le calcul du test.

Concernant les professions :

Les items qui ont différencié de manière statistiquement significative en fonction de la profession du participant sont :

- Organisation matérielle (p=0.000211)
- Moyens pédagogiques (p=0.00026)
- Applicabilité dans la pratique (p=6.611E-8)
- Aspect réglementaire (p=0.000134)
- Comment prescrire en pratique (p=0.00180)

Les items qui n'ont pas différencié de manière significative en fonction de la profession sont :

- Assurer le suivi des patients (p=0.05302)
- Satisfaction des attentes personnelles (p=0.15824)
- Comment aborder le tabac (p=0.40049)
- Comment répondre aux questions (p=0.664242)
- Comment orienter les fumeurs (p=0.50967)

Concernant les lieux et dates de formations :

Les résultats sont significatifs pour tous les items et donc le taux de satisfaction varie de manière significative en fonction du lieu et de la date de formation.

**Il semblerait donc que la satisfaction des participants varie selon leur profession lorsque l'on aborde le côté pratique, réglementaire et organisationnel.
De même, la satisfaction diffère selon les lieux où la formation est proposée.**

4. DISCUSSION

4.1. Limites de l'étude

Les faiblesses ou biais liés à l'hétéro questionnaire :

Les **termes « rural », « semi rural » et « urbain » ne sont pas définis**. Les réponses à cette question sont selon la représentation de chacun. Certains participants ont d'ailleurs coché plusieurs réponses à cette question, la rendant caduc.

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) crée en 2010, selon des recommandations internationales, l'unité urbaine.

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu (32).

Il est donc complexe d'utiliser la définition de l'INSEE pour le questionnaire. Nous avons pensé que le plus important est la façon dont le PS perçoit son territoire et non des critères plus objectifs mais potentiellement éloignés de leurs représentations.

Les **échelles numériques**, des questions 3, 4 et 5, étaient parfois trop complexes pour les PS. Certains questionnaires n'étaient remplis qu'avec quelques croix dans les cases, rendant les réponses inutilisables, bien que l'on puisse s'imaginer que les cases cochées semblaient plus importantes. De plus, les réponses dépendent fortement de la subjectivité des PS (maximas et minimas différents...).

Concernant le **temps imparti** au questionnaire, le questionnaire devait être court et prendre moins de 10 minutes à être rempli. En réalité, il s'est avéré un **peu plus long**, ce qui eut pour conséquences des questionnaires moins bien remplis dans les dernières questions, voire parfois vides. Ceci était également lié à l'arrivée de quelques retardataires remplissant le questionnaire pendant le début de la présentation.

Certains items comme dans les facteurs facilitants l'implication des PS « me montrer des ordonnances types » ou dans la partie satisfaction « comment prescrire en pratique », n'étaient pas adaptés à l'ensemble des PS (par exemple les pharmaciens, du fait qu'ils ne peuvent pas prescrire). Cela a pu créer un biais dans les résultats.

Il existe probablement un **biais de sélection**, devant une population largement féminine dans l'étude. En effet, nous retrouvons 5,5 % d'hommes chez les IDE, 22,1 % chez les pharmaciens, 37,8 % chez les médecins, des chiffres largement inférieurs à ceux des PS de la population générale : les hommes représentent 13,4 % des IDE en 2019 ; 33 % des pharmaciens en 2019 et 53 % des médecins en 2017 (33) (34). Mais ce biais nous donne une information possible : les femmes seraient plus intéressées par agir sur le tabagisme de leurs patients que les hommes. Leur implication dans la prévention, de manière générale, est déjà documentée (35) (36).

Concernant la **représentativité**, nous n'avons pas relevé l'âge des participants mais leur ancienneté d'exercice car cette donnée nous paraissait plus intéressante à travailler et plus facilement accessible pour les actions à mener. Or cette donnée n'est que peu publiée dans la littérature, contrairement à l'âge. Il nous est donc impossible de comparer les participants de notre étude à ceux de la population générale en termes d'âge ou d'années d'exercice.

Il existe comme dans toute enquête déclarative un **biais de désirabilité sociale**.

Le concept de désirabilité sociale désigne le biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Ce mécanisme psychologique peut s'exercer de façon implicite, sans qu'on en ait conscience, ou au contraire être le résultat d'une volonté consciente de manipuler son image aux yeux des autres (37).

Nous retrouvons dans l'étude seulement 3,03 % de médecins fumeurs et 14,22 % d'infirmières et sages-femmes fumeuses, ce qui est nettement inférieur aux pourcentages donnés par l'INSEE en 2017 qui mentionne 16 % de fumeurs chez les médecins en 2015 et 23 % chez les infirmières et sages-femmes en 2010 (38). Pourtant il semble peu probable que ces déclarations soient fausses, d'ailleurs dans la plupart des études ayant contrôlé les réponses par une mesure du monoxyde de carbone, les réponses auto-déclarées sont valables (39).

De plus, le nombre de fumeurs a diminué depuis 2015, mais nous ne disposons pas encore d'études spécifiques aux PS.

D'autres explications sont possibles : la sur-représentation féminine, les femmes fumant un peu moins que les hommes ; le plus grand intérêt des non-fumeurs pour la formation et l'accompagnement de l'arrêt du tabac, ce qui est en partie confirmé dans nos données.

Le biais de désirabilité sociale a pu également impacter d'autres questions, notamment celles concernant les pratiques des PS.

Enfin, certains freins des fumeurs à solliciter les PS comme la peur du sevrage, le doute sur la capacité à contrôler le craving, ou encore la prise de poids n'étaient pas proposés dans la question 4 alors qu'ils

sont avancés par les fumeurs (30). Cela vient du fait que l'étude recherchait les freins des fumeurs à consulter, d'après les PS, et non d'après les fumeurs eux-mêmes. L'intérêt étant de mieux comprendre les représentations au sein de la relation « PS/fumeurs ».

4.2. Forces de l'étude

La force principale de l'étude est le nombre de questionnaires reçus, assez important, avec 487 questionnaires recueillis.

Le **taux de participation** au questionnaire de la part des PS étant présents aux formations est de 88,2 %, le biais de recrutement est donc particulièrement faible.

D'un point de vue démographique, l'étude est **multi centrique** avec des lieux de formations dans toute la NA, et au minimum deux formations par département.

Les PS sont issus de **tous les territoires**, avec une proportion de 44,56 % s'estimant venir du milieu urbain, de 24,23 % du milieu semi rural et 26,49 % du milieu rural. Or, le PNLT 2018-2022 comprend dans ses objectifs de lutter contre les inégalités territoriales existantes. Des études montrent que les zones rurales sont les plus défavorisées en soins et notamment en soins spécifiques. Il paraît donc important d'avoir des PS de toutes zones car leurs représentations, leurs questions, peuvent être différentes, selon les zones dans lesquels ils exercent.

Les réponses des participants nous paraissent **cohérentes** et renforcent la **validité interne** de l'étude.

Sur le plan logistique, c'est la première fois que les 13 Caisses Primaires d'Assurance Maladie de NA développent ensemble un tel projet de formation. Elles sont autonomes et cette coordination était un challenge qui a été réussi. La collaboration avec la COREADD NA était également un challenge compliqué du fait des objectifs différents des uns et des autres et pour articuler deux organisations à dimension grande région.

Ce travail a permis l'obtention de nombreuses données utiles aux différents projets, ce qui lui confère une **utilité pratique**.

Enfin, le couplage de notre étude avec l'étude qualitative menée dans la thèse de Colette ARTOLA et Coralie MAURIN renforce notre travail.

4.3. Interprétation des résultats

4.3.1. Objectif principal : freins et leviers des professionnels de santé de proximité à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients fumeurs

Question 1 et 2 : Accompagnement et demande d'aide des fumeurs

Il existe des grandes disparités entre les professions et au sein de chaque profession dans l'accompagnement des patients fumeurs ainsi que dans la demande d'aide des fumeurs. Ceci peut être expliqué par les différentes pratiques et missions des PS ainsi que par l'absence de formation pour certains. En parallèle, les patients ne savent pas que tous ces PS peuvent les accompagner dans leur sevrage tabagique. Cette connaissance faciliterait leur parcours en rencontrant des soignants de leur territoire qu'ils ont choisis et connaissent bien et qui sont accessibles facilement. Ils semblent savoir que les pharmaciens vendent des TNS et que les médecins en prescrivent mais pas forcément les autres PS.

Au terme de ces deux premières questions, nous remarquons qu'il se distingue trois groupes de PS :

- Les MK et les chirurgiens-dentistes qui accompagnent très rarement voire jamais les patients fumeurs probablement car ils n'en reçoivent pas la demande. Les premiers ont l'avantage de revoir les patients souvent et pourraient en assurer le suivi, mais n'ont pas de rémunérations prévues à cet effet. Les seconds n'ont pas l'opportunité naturelle de revoir plusieurs fois les patients, pour la majorité des soins.
- Les médecins, pharmaciens et préparateurs en pharmacie qui accompagnent fréquemment les patients fumeurs et qui ont souvent des demandes de leur part.
- Les sages-femmes, IDE et autres PS pour qui la fréquence d'accompagnement et de demande d'aide semble plus hétérogène. Ces disparités peuvent être liées également aux conditions d'exercice au sein même de la profession. En premier lieu le statut salarié ou libéral. On pense tout particulièrement aux IDE Asalée qui ont l'accompagnement de l'arrêt du tabac dans leurs missions, alors que cet investissement est beaucoup plus problématique pour les IDE libérales, vu l'absence d'actes dédiés et rémunérés.

Bien que ces PS aient des pratiques complémentaires et interviennent sur les mêmes territoires et au contact de la même population, il ressort clairement qu'ils n'accompagnent pas leurs patients fumeurs de façon identique.

De ce constat nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Importance de segmenter la cible des PS et d'avancer progressivement vers une harmonisation des investissements, une cohérence des discours et un travail en communauté sur les territoires, autour de la prise en compte de ce premier facteur de morbi-mortalité en France.**
- **Importance de proposer des outils complémentaires aux PS en renforçant une trame commune et en adaptant le discours en fonction des professions.**
- **Sensibiliser les patients à demander de l'aide aux PS motivés et formés, en médiatisant leur capacité à les accompagner.**
- **Les PS déjà identifiés (médecins, pharmaciens et préparateurs en pharmacie) pourraient influencer les patients à avoir une demande d'accompagnement auprès des nouveaux prescripteurs.**

Question 3 : Freins des professionnels de santé

Pour tous les PS, le « **manque de formation** » et « **l'absence de demande du patient** » sont les freins principaux qui ressortent de notre étude.

Nous constatons cependant des variations significatives selon les professions. Les autres freins mis également en avant par les PS sont :

- Pour les IDE : le « **manque de ressource en proximité** » et le « **manque de temps** »,
- Pour les sages-femmes : « **le refus du patient d'en parler** », le « **manque de temps** » et le « **manque de ressource en proximité** »,
- Pour les pharmaciens : « **l'absence de rémunération pour l'entretien** » et le « **manque de ressource en proximité** »,
- Pour les médecins : le « **manque de temps** » et le « **refus du patient d'en parler** »,
- Pour les chirurgiens-dentistes : le « **manque de temps** », le « **manque de ressource en proximité** » et « **l'absence de rémunération pour l'entretien** »,
- Pour les MK : le « **manque de temps** » et « **l'absence de rémunération pour l'entretien** ».

Plusieurs obstacles ont déjà été mis en avant dans le guide des PS Australien : le manque de temps, le manque de formation, la perception de l'inefficacité de l'aide qu'ils apportent et le manque de motivation du fumeur (40).

Les principaux freins identifiés sont également en accord avec le travail de thèse de Lucie Crevoisier qui retrouve comme principaux obstacles : le manque de temps, l'absence de demande du fumeur, le manque de formation et l'inefficacité de la prise en charge (1) (2).

Le manque de formation est rapporté par tous les PS mais semble plus scoré par les IDE, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les MK. La présence de ces PS aux formations souligne leur volonté d'être formés. Ce frein a déjà été constaté dans le guide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2005 intitulé « Le rôle des professionnels de la santé dans la lutte antitabac » (41) ainsi que dans la Revue du Praticien en 2019 qui rapporte que « *par manque de formation initiale et continue, de nombreux PS ne se sentent pas aptes à prendre en charge les fumeurs* » (42). Une étude réalisée en Belgique en 2007, montre que 25 % des chirurgiens-dentistes pensent avoir les connaissances nécessaires en matière de sevrage tabagique et moins de 10 % pensent que le sujet est suffisamment traité pendant leurs études (43). Et en ce qui concerne les IDE, une étude réalisée au Québec retrouve également un manque de formation initiale des futurs IDE et propose « *d'augmenter et d'améliorer les contenus dispensés en formation initiale des infirmières* » en réalisant des formations mieux structurées (44). Le renforcement de la formation des PS est donc nécessaire à la prise en charge des fumeurs. Ces formations sont à développer sous différents formats.

L'absence de demande du patient est également un frein important pour tous les PS et en particulier les chirurgiens-dentistes qui ont donné une note plus importante à cet item contrairement aux pharmaciens. Ces résultats sont en accord avec notre 2^{ème} question.

L'étude ViJGIL, réalisée auprès de jeunes médecins généralistes, souligne que l'absence de demande du patient est le premier obstacle à la prise en charge des addictions et 89,1 % des PS interrogés n'abordent pas la question de l'addiction tant que la demande n'est pas spécifiée par le patient (31). En parallèle de ce constat, dans l'étude de D. Hammond *et al*, 78 % des fumeurs ont indiqués qu'ils avaient autant de chances d'arrêter de fumer seuls qu'avec de l'aide (45). Selon le guide des PS Australien, des conseils et des rappels brefs, répétés et positifs lors des consultations de routine sur le sevrage tabagique par un PS peuvent augmenter les taux de réussite et avoir un impact à long terme. Questionner les patients fumeurs afin de savoir s'ils souhaiteraient de l'aide pour arrêter de fumer peut être apprécié et peut renforcer la relation entre le PS et celui-ci. De plus, les fumeurs devraient se voir proposer à chaque occasion un traitement adapté à leurs besoins et à leur expérience (40).

Il paraît donc judicieux que les praticiens interrogent régulièrement leurs patients sur leur statut tabagique et leur besoin d'aide au sevrage quel que soit le motif de consultation sans attendre la demande. Il y a donc là un changement important de pratique à promouvoir, même si on peut, grâce au marketing social, favoriser la demande d'aide du fumeur. Un double changement est donc nécessaire.

Le manque de temps est rapporté par un nombre important de PS. Il fait partie des principaux freins pour les IDE, les sages-femmes, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les MK. Ils semblent plus scorés par ces deux derniers.

Deux études, réalisées sur le rôle du chirurgien-dentiste dans le sevrage tabagique, mettent en évidence différents obstacles rencontrés par ces praticiens dont les principaux sont le manque de temps et de rémunération (46) (47). Dans le même sens, le projet européen PESCE (General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe) a permis d'identifier qu'une des principales difficultés du médecin généraliste est le manque de temps (48). En ce qui concerne les sages-femmes, plusieurs études ont également identifiés le manque de temps comme un frein à la prise en charge des femmes enceintes et en post-partum, en plus du manque de formation (49) (50).

Or, selon le guide des PS Australien, il est plus efficace de donner de brefs conseils à la plupart des fumeurs que de passer beaucoup de temps avec quelques patients (40).

Afin de pallier au manque de temps, l'HAS a publié un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) de la consommation de tabac afin que les PS de premiers recours apportent une réponse individuelle à des consommations à risque. Cette intervention dure moins de 5 min (51).

Il est donc possible de réaliser une intervention brève auprès des patients fumeurs en moins de 5 min qui aurait un impact positif sur le long terme. Ce RPIB pourrait être réalisé au moins une fois par an par les praticiens, ce qui permettrait d'aborder le sevrage tabagique pour chaque patient.

Mais nous pouvons aller plus loin aujourd'hui, notamment en s'appuyant sur les recommandations de l'ATS (American Thoracic Society) de Juillet 2020 aux USA (52). Il est recommandé de proposer au patient un traitement même s'il n'est pas prêt à arrêter. En effet, les traitements comme la varenicline permettent de contrôler l'essentiel du craving, de l'envie de fumer, et suite à une étape de réduction contrôlée progressive, le patient peut beaucoup plus facilement envisager l'arrêt du tabac. Ainsi, après identification rapide du tabagisme, le PS peut proposer de diminuer l'envie de fumer du patient avec un traitement, et fixer un rendez-vous consacré à l'arrêt du tabac à une date possible pour les deux parties. L'ensemble de la démarche peut se décliner en un RPIB plus proactif, ne prenant que 2-3 minutes par exemple. Le temps d'intervention étant considérablement réduit, et l'efficacité augmentée, la représentation du « manque de temps » pourrait s'atténuer.

Le manque de ressource en proximité est un obstacle important pour les IDE, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Lors de la création du 1^{er} plan cancer, des consultations hospitalières de tabacologie et des unités de coordination de tabacologie ont été créées ou renforcées afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac. Ces unités ont entre autre pour mission, de développer un travail de liaison « lutte contre la dépendance tabagique » et de mettre en place des lieux de formation des PS (53). Cependant, elles souffrent d'un manque de moyens humains, les délais de rendez-vous sont souvent dans des délais très longs et les consultations sont parfois éloignées des patients (42). Des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont pour objectif une prise en charge mieux coordonnée des addictions sur les

différents territoires de la région. Ils se caractérisent par leur proximité relative, leur pluridisciplinarité et un accompagnement dans la durée (54). En NA, les coordonnées des CSAPA ainsi que les ressources utiles sont répertoriées sur le site « www.addictoclic.com ». Il permet d'aider les PS de NA à trouver un correspondant en addictologie à proximité (55).

L'accessibilité à des ressources de proximité et la connaissance des réseaux déjà existants paraît donc être en enjeu majeur. Le projet L.A.S.T Tabac avec la mise en lien de communautés territoriales de PS engagés dans l'aide aux fumeurs avec une ou plusieurs ressources en addictologie va justement permettre de lever cet obstacle et favoriser la coordination en proximité.

Une autre façon de contourner cet obstacle est de favoriser les aides dès le premier recours en limitant l'accès aux ressources pour les patients les plus difficiles. Chaque PS peut aller plus loin dans la prise en charge des fumeurs, selon le mode classique des 5A (Ask (poser des questions), Advice (conseiller), Assess (évaluer), Assist (aider, soutenir) et Arrange (organiser)) (56). La montée en compétences grâce aux formations, aux outils et à une meilleure organisation des PS de premier recours de la communauté territoriale, pourrait permettre d'obtenir de meilleurs résultats, sans recours aux soins secondaires.

L'absence de rémunération pour l'entretien est un des principaux freins pour les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les MK.

L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) pharmacien en partenariat avec l'ARS ont développés des projets d'entretiens à l'officine : le programme Entretien à l'Officine pour ma Liberté (EOL) dans la région des Pays de Loire et la réalisation d'entretiens motivationnels dans le cadre du #Moissanstabac dans le Limousin. Lors du programme EOL, les entretiens, réalisés de mars à novembre 2017, étaient rémunérés à hauteur de 180€ par patient. Chaque pharmacie devait inclure 5 patients et réaliser au moins un entretien motivationnel et trois entretiens de suivi. Les entretiens réalisés dans les pharmacies du Limousin se sont déroulés lors de la campagne du #Moissanstabac de novembre 2016. La rémunération était calculée selon le critère de 15€ par entretien (57). Hormis ce développement de rémunération à l'acte en pharmacie, il n'existe actuellement pas de rémunération clairement définie de l'entretien en tabacologie.

En ce qui concerne les MK, selon la convention nationale des MK, pour la cotation et le codage des actes, « *les masseurs-kinésithérapeutes s'engagent à respecter les dispositions prévues à la liste mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale et à en utiliser les cotations* » (58). Or, selon la nomenclature générale des actes professionnels, il n'existe pas de cotation spécifique pour le sevrage tabagique (59). De plus, les séances de kinésithérapie se réalisent sur prescription médicale, ce qui peut rajouter un obstacle.

Indépendamment de la profession, les PS fumeurs mettent plus en avant le fait que le sujet serait non prioritaire et l'absence de demande du patient. Le guide de l'OMS met en avant que « *les professionnels de la santé qui fument sont moins enclins à promouvoir le sevrage ou à s'engager dans la lutte anti-tabac* » (41), ils seraient moins crédibles auprès de leurs patients (60) et leur statut tabagique influencerait leurs attitudes à l'égard des patients fumeurs (61). Ceci pourrait expliquer qu'ils reçoivent moins de demandes de la part de leurs patients. Bien que la prévalence du tabagisme diminue chez les PS (38), il reste nécessaire de promouvoir et renforcer le sevrage tabagique chez ces praticiens.

Les praticiens exerçant depuis plus de 30 ans mettent également en avant le fait que le sujet serait non prioritaire, l'absence de demande du patient et la faible efficacité des prises en charge. Les données du baromètre santé 2009 remarquent que le repérage systématique de la consommation de tabac apparaît plus fréquemment chez les jeunes médecins (moins de 40 ans) (62). Dans le travail de thèse d'Estelle Dimeglio, le conseil minimal à l'arrêt « *serait utilisé par la moitié des médecins à chaque consultation surtout par les MG de moins de 40 ans et les non-fumeurs* ». Elle remarque qu'il y a une tendance à une meilleure prise en charge du tabac par les médecins les plus jeunes (63).

D'autres freins sont également mis en avant par les praticiens :

- L'absence de droit à la prescription pour les pharmaciens. Cet obstacle a déjà été rapporté lors de l'examen de la loi santé de 2016 puis en mai 2019. A cette période, Agnès Buzyn alors ministre de la Santé, explique « *Le Gouvernement a élargi la possibilité de prescription des substituts nicotiques aux masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, au-delà des médecins. S'il ne souhaite pas que les pharmaciens soient prescripteurs, c'est parce qu'il ne faut pas que les prescripteurs puissent être les vendeurs. Il s'agit là d'une sorte de principe fondamental sur lequel il ne convient pas de revenir. Il ne s'agit pas de contester la capacité de ces professionnels, mais d'éviter des dérives. C'est pourquoi nous restons fermes sur ce principe-là* » (64).
- L'âge du patient, notamment les adolescents. En France, la prescription des TNS est possible à partir de 15 ans (8). Cependant, les preuves indiquant qu'un soutien comportemental ou que les TNS augmentent la proportion de jeunes arrêtant de fumer à long terme, sont limitées. Les résultats les plus prometteurs concernent les interventions comportementales en groupe (65).
- Les polyaddictions et les comorbidités psychiatriques. Selon les recommandations de l'HAS de 2014, il est recommandé de repérer les comorbidités psychiatriques, antérieures et ou concomitantes à la consommation de tabac, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage. En cas d'apparition ou d'aggravation de troubles dépressifs, il est recommandé de mettre en place une prise en charge spécifique de la dépression. De plus, l'existence d'une codépendance, notamment à l'alcool, est associée à un taux de succès du sevrage tabagique

plus faible. Il est recommandé de privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes substances psychoactives consommées (8). Il est donc compréhensible que les comorbidités psychiatriques et les polyaddictions soient un obstacle pour certains praticiens. Ceci renforce l'enjeu de rendre accessible les ressources de proximité.

Malgré ces freins, le tabac est, pour tous, un sujet prioritaire, et la difficulté pour aborder le sujet est peu importante.

Au vu de cette analyse, de nombreux facteurs sont à prendre en compte pour impliquer les PS dans la prise en charge des patients tabagiques : la formation des PS adaptée à leurs champs de compétences, la nécessité de questionner les patients sur leur statut tabagique, la durée de la consultation, la réalisation du RPIB, l'accessibilité à des ressources de proximité, la rémunération pour l'entretien, le statut tabagique du PS et son ancienneté.

En fonction des professions, les profils sont différents et ces différents facteurs sont d'importance variée.

Propositions :

- **Susciter la demande d'aide de la part des fumeurs auprès des PS,**
- **Inciter tous les PS à être plus proactifs vis-à-vis des fumeurs,**
- **Proposer des formations sous différents formats et cibler ces formations en fonction des professions et de leurs champs de compétences,**
- **Former les PS au conseil minimal et à la réalisation du RPIB, en particulier les chirurgiens-dentistes et les MK,**
- **Favoriser le développement d'initiatives locales et prévoir un système de rémunération des PS,**
- **Renforcer les ressources de proximité en les rendant plus visibles et accessibles temporellement et sur le territoire,**
- **Promouvoir le sevrage tabagique auprès des PS et notamment la prescription d'emblée dans le cadre d'une réduction contrôlée progressive comme première étape vers l'arrêt.**

Question 4 : Freins des fumeurs selon les professionnels de santé

Les principaux freins venant des fumeurs selon les PS sont cotés plus haut que les freins des PS : 7 freins parmi les 9 proposés sont notés au-dessus de la moyenne. Nous constatons également que

certaines groupes de professions ont mis globalement des notes plus importantes. Pour les praticiens, les obstacles des fumeurs paraissent plus importants à surmonter que leurs propres freins.

Pour tous les PS, les principaux freins sont les mêmes : « **ils n'ont pas envie d'arrêter** », « **ils connaissent mal les aides** » et « **ils ne pensent pas que c'est une maladie** ».

Mais ici encore, les freins diffèrent significativement selon les professions. D'autres freins sont également importants :

- Pour les MK et les chirurgiens-dentistes : « **ils ne savent pas que je peux les aider** » est le 1^{er} frein rapporté et « **ils ne savent pas que les traitements sont remboursés** » arrive en 4^{ème} position,
- Pour les médecins et les pharmaciens : « **ils pensent que les aides ne marchent pas** »,
- Pour les IDE : « **ils ne savent pas que les traitements sont remboursés** » et « **ils ne savent pas que je peux les aider** »,
- Pour les SF : « **ils pensent que les aides ne marchent pas** ».

Ici aussi, ces résultats sont en accord avec la thèse de Lucie Crevoisier. Les principaux freins retrouvés dans son étude sont : « l'absence d'envie d'arrêter », « ils connaissent mal les aides disponibles » et « ils pensent que ce n'est pas une maladie » (1) (2).

Nous remarquons que les principaux freins sont en lien avec le manque d'information des patients.

Tous les PS pensent que l'envie d'arrêter est un enjeu important. Pourtant, en 2018, 56.5 % des fumeurs quotidiens avaient envie d'arrêter de fumer, dont 10.6 % en avaient le projet dans le mois à venir, et 24.9 % avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de la dernière année. Les fumeurs occasionnels étaient 46.8 % à déclarer vouloir arrêter de fumer (66). Dans d'autres pays ces chiffres sont sensiblement les mêmes. Au Canada, plus de la moitié des fumeurs envisagent sérieusement d'arrêter au cours des six prochains mois (57,9 % en 2019) et plus d'un quart envisagent de cesser de fumer au cours du prochain mois (67). Dans le travail de thèse d'Alice Bonnay-Hamon et Philippine Brousse, les principales difficultés rapportées lors des tentatives d'arrêt sont la peur du sevrage, le doute sur la capacité de la volonté à contrôler les envies de fumer (craving), la crainte de la rechute et la prise de poids (30). Ces obstacles peuvent être levés par un accompagnement adapté.

Pour les MK et les chirurgiens-dentistes, « ils ne savent que je peux les aider » est le 1^{er} frein des patients fumeurs à leur demander de l'aide, il est également un frein important pour les IDE.

Il n'est pas rapporté en priorité par les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes. Les patients ne semblent donc pas connaître les nouveaux prescripteurs, selon ces derniers. Ce constat a déjà été mis en avant dans une étude réalisée en région Occitanie en 2019 sur les TNS et les IDE libéraux. Les

principaux freins qui ressortent de cette étude sont le manque de patients en demande d'aide (lié à une méconnaissance du droit de prescription des IDE) ainsi que le manque de formation (68). Dans le travail de thèse sur les fumeurs, la quasi-totalité de ceux-ci n'ont pas connaissance des dernières politiques mises en place par le gouvernement : le remboursement intégral des TNS, les nouvelles et nouveaux prescripteurs et la dispense d'avance des frais (30). En revanche, le nombre de prescripteurs a augmenté de 60 % en 2 ans avec près de 100 000 PS ayant prescrit des TNS en 2019 dont 5012 IDE, 3529 chirurgiens-dentistes, 1894 sages-femmes et 959 MK. Ces derniers représentent désormais 12 % des prescripteurs de TNS (contre 8 % en 2018) et les IDE deviennent ainsi la catégorie de PS la plus prescriptrice de TNS après les médecins généralistes (69). Ces chiffres peuvent être expliqués par le fait que les médecins généralistes orientent de plus en plus souvent les patients fumeurs vers l'IDE Asalée, lorsqu'elle existe. Les prescriptions quant à elles, sont issues essentiellement d'IDE salariées. La connaissance des nouveaux prescripteurs commence donc à se faire ressentir. Mais il reste primordial de renforcer l'identification et le recours aux nouveaux prescripteurs via des outils de communication.

Tous les PS, surtout les chirurgiens-dentistes, moins les médecins, pensent que le frein « ils connaissent mal les aides » est un obstacle important pour les patients fumeurs. L'étude de D. Hammond *et al.* a mis en avant que de nombreux fumeurs ne connaissent pas les méthodes efficaces pour arrêter de fumer et la plupart sous-estiment leurs avantages. Au début de l'étude, lorsqu'ils ont demandé aux fumeurs de citer spontanément les aides, moins de 5 % ont cité les conseils d'un PS, environ 11 % ont mentionné un programme d'arrêt ou de conseil et environ 6 % ont cité des techniques comportementales d'arrêt. Globalement 20 % des répondants n'ont cité aucune forme de médicament ou d'aide pharmaceutique pour arrêter de fumer, tandis que 24 % ont mentionné l'hypnose et l'acupuncture. Après présentation des diverses aides, ils ont demandé aux fumeurs quelles seraient les méthodes qui pourraient augmenter leurs chances d'arrêt : 66 % ont répondu le conseil d'un PS, 50 % la participation à des groupes ou programme d'aide à l'arrêt, 36 % les TNS et 35 % le Bupropion (45). Le guide américain « Treating Tobacco Use and Dependence : 2008 Update », a montré que les fumeurs ont des idées erronées vis-à-vis des TNS et des médicaments du sevrage tabagique. Ces médicaments sont perçus comme ayant un nombre important d'effets secondaires. Cela peut s'expliquer par le fait que les fumeurs interprètent à tort les symptômes de sevrage de la nicotine comme des effets secondaires de ces traitements (56). Dans le travail de thèse d'Alice Bonnay-Hamon et Philippine Brousse sur les fumeurs, il y est constaté une méconnaissance des aides possibles, de leur disponibilité en proximité, de leur facilité d'accès et de leur remboursement (30). Ce manque de connaissance peut représenter un obstacle important à l'adoption d'une prise en charge par un PS.

En ce qui concerne, le #MoisSansTabac, moins de la moitié des interviewés en ont entendu parler (30). Les données du #MoisSansTabac montrent qu'arrêter le tabac lors de l'opération multiplie par

deux la réussite du sevrage tabagique à un an. Un mois sans tabac multiplie par cinq les chances d'arrêter de fumer définitivement (70). De plus, grâce à la campagne de sensibilisation multi canal, le #MoisSansTabac favorise le recours aux aides disponibles : le recours aux TNS augmente lors des 3 derniers mois de l'année de manière concomitante à l'opération #MoisSansTabac. Ce phénomène est observé depuis 2016, année de la première édition (69).

Pour tous les PS, « ils ne pensent pas que c'est une maladie » fait aussi parti des principaux freins des patients fumeurs. Le guide américain a actualisé en 2008 les recommandations sur la prise en charge du tabagisme. Parmi les dix recommandations, la première insiste sur le fait que la dépendance au tabac est une maladie chronique qui nécessite souvent des interventions répétées et de nombreuses tentatives pour arrêter de fumer (56). En 2019, l'American Society of Addiction Medicine a proposé une définition actualisée de la dépendance : une maladie chronique traitable qui implique des interactions complexes entre les circuits cérébraux, la génétique, l'environnement et les expériences de vie d'un individu (71). Le modèle de Prochaska et DiClemente montre bien que le tabagisme est une maladie chronique caractérisée par des rechutes et des périodes d'abstinence. Il comporte six stades : pré-intention, intention, préparation, action, maintien de l'abstinence et rechute. En moyenne, 3 à 5 passages dans ce cycle sont nécessaires pour devenir un ex-fumeur. La rechute doit être vécue comme une expérience et non comme un échec (72).

Parmi les réponses libres, la rechute et les échecs de sevrage antérieurs constituent un des principaux freins rapportés. Ils ne doivent donc pas être considérés comme un obstacle mais être vus comme une étape du processus d'arrêt.

« Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés » est mis en avant majoritairement par les chirurgiens-dentistes, les MK et les IDE. En France, depuis le 1^{er} janvier 2019, les TNS sont remboursés intégralement (7). Dans l'étude sur les fumeurs, 15 fumeurs sur 19 interviewés l'ignorent encore (30). Or, en 2019, plus d'1 million d'assurés ont été remboursés pour des TNS, cela représente une augmentation de 52 % du nombre de bénéficiaires par rapport à 2018 et depuis 2015, le nombre de bénéficiaires annuel a été multiplié par 5,6 en 5 ans (69). Le remboursement des TNS est connu de quelques fumeurs, il est important d'en renforcer la communication.

Le frein « ils pensent que les aides ne marchent pas » est également un frein important. Dans une étude sur les vécus, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique, de manière générale, les patients jugeaient les TNS efficaces. Concernant le bupropion et la varénicline, la majorité des patients avaient un avis négatif, notamment à cause de l'apparition d'un syndrome dépressif (73). Ces deux médicaments sont utilisés dans l'aide à l'arrêt du tabac en seconde intention, après échec des TNS (8). Une étude publiée dans le Lancet en 2016, n'a pas montré d'augmentation

significative des effets indésirables neuropsychiatriques attribuables à la varénicline ou au bupropion par rapport au patch de nicotine ou au placebo. La varénicline était plus efficace que le patch de nicotine et le bupropion pour aider les fumeurs à arrêter de fumer (74). Selon les données de l'OFDT, en 2018, les ventes de TNS ont progressé de 23 % et les patchs représentent plus de la moitié d'entre elles (contre 42 % en 2017), le bupropion voit de nouveau ses ventes diminuées (- 6 %) alors que les ventes de varénicline, qui avaient été divisées par 11 entre 2007 et 2015, ont été multipliées par quatre par rapport à 2016 (75). Concernant ce frein, nous pouvons nous demander si ce ne sont pas plutôt les PS qui ont des doutes concernant l'efficacité des aides.

Depuis Juillet 2020, l'ATS (American Thoracic Society) recommande l'utilisation de la varénicline plutôt que d'un patch de nicotine, l'utilisation de la varénicline plutôt que du bupropion, l'utilisation de la varénicline plutôt que d'un patch de nicotine chez les adultes souffrant d'une maladie psychiatrique comorbide, l'initiation de la varénicline chez les adultes même s'ils ne sont pas prêts à arrêter et l'utilisation d'une thérapie cognitive pour une durée de traitement prolongée supérieure à 12 semaines. Il est aussi recommandé d'associer un patch de nicotine et la varénicline plutôt que d'utiliser la varénicline seule et l'utilisation de la varénicline plutôt que des cigarettes électroniques (52). Ces recommandations représentent des changements de pratique simples susceptibles d'augmenter l'efficacité des traitements.

En contradiction avec l'étude sur les fumeurs d'Alice Bonnay-Hamon et Philippine Brousse, où les patients disent que le temps est un problème pour eux (30), nos résultats font apparaître que les freins « ils n'osent pas m'en parler » et « ils n'ont pas le temps » ne sont pas perçus comme des obstacles par les praticiens. Il serait donc important que les PS prennent en compte le fait que les patients ont aussi des limites de disponibilité du fait de leurs autres activités.

D'autres freins ont été rapportés par les PS :

- Le rôle délétère de l'entourage. L'entourage peut avoir un impact positif ou négatif sur le patient fumeur. Dans les deux études, sur les patients fumeurs, l'entourage a un rôle important : il constitue un soutien supplémentaire et peut influencer les choix des méthodes de sevrage (30) (73). Il ressort donc que l'absence de soutien et le manque d'entourage sont des freins importants à l'arrêt.
- Les vulnérabilités en lien avec la précarité et les inégalités sociales. Selon les données du baromètre santé de 2020, la prévalence du tabagisme est plus importante chez les personnes avec un niveau d'étude plus faible, un revenu mensuel moins élevé et chez les personnes bénéficiaire du chômage (3). En revanche, les populations les plus précaires sont surreprésentées parmi les bénéficiaires d'au moins un remboursement de TNS dans l'année 2019 : 14,0 % d'entre eux étaient bénéficiaires de la CMU-C et 7.8 % de l'ACS (76). Ces

chiffres traduisent une amélioration de l'accessibilité financière aux TNS grâce à leur remboursement. Celui-ci évite le creusement des inégalités sociales face au tabagisme.

Indépendamment de la profession, deux freins sont plus mis plus en avant par les praticiens fumeurs : « ils n'osent pas m'en parler » et « ils ne pensent pas que c'est une maladie ». Comme remarqué précédemment, « *les professionnels de la santé qui fument sont moins enclins à promouvoir le sevrage ou à s'engager dans la lutte anti-tabac* » (41). Ceci pourrait expliquer qu'ils suscitent moins une demande d'aide par rapport aux PS non-fumeurs et qu'ils ont donc l'impression que leurs patients n'osent pas leur en parler. Il est donc nécessaire de promouvoir et renforcer le sevrage tabagique chez ces praticiens.

Propositions :

- **Inform**er les PS sur le fait que les fumeurs ont envie d'arrêter et sur l'efficacité des aides,
- **Communiquer** par des actions de proximité sur les dernières mesures gouvernementales : les nouveaux prescripteurs et le remboursement des TNS,
- **Améliorer** les connaissances des fumeurs concernant les aides disponibles, leurs avantages et l'impact que peut avoir un PS sur le sevrage,
- **Sensibiliser** les PS à parler du #Moissanstabac à leurs patients,
- **Agir** sur l'entourage en le mobilisant pour son impact positif,
- **Mettre en place des aides spécifiques pour les PS fumeurs afin qu'ils arrêtent de fumer, en s'appuyant sur les actions dans le champ « soigner les soignants ».**

Question 5 : Les facteurs facilitants selon les professionnels :

D'après nos résultats, tous les items proposés faciliteraient l'implication des PS, avec un score moyen pour chacun supérieur à la moyenne. Cependant, il existe parfois des variabilités interprofessionnelles importantes.

Nous remarquons tout d'abord des facteurs, quasiment tous très scorés, qui sont indépendants des PS. Les plus fortement scorés sont « **ils ont confiance en moi** » et « **le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide** ».

Dans une étude portant sur les patients tabagiques, 76,5 % feraient confiance à leur médecin généraliste pour le sevrage (77). Dans l'étude de Passey et al, 62 % des fumeurs actuels et 74 % des ex-fumeurs considéraient le conseil et le soutien de la sage-femme comme un levier au sevrage (78). Dans l'étude réalisée par P. Alvarez, le premier levier pointé par les jeunes médecins généralistes est la demande de sevrage du patient (31). Ces résultats appuient ceux de notre question 3, où les PS

rapportaient comme obstacle « l'absence de demande du patient ». Il paraît donc important de favoriser la demande d'aide de la part des fumeurs auprès des PS et d'inciter tous les PS à être plus proactifs vis-à-vis des fumeurs.

Les facteurs favorisant leur implication mis davantage en avant selon les professions sont :

- Pour les IDE : « **proposer une formation près de chez moi** » et « **je suis près de chez eux** »,
- Pour les sages-femmes : « **faciliter l'accès aux soins spécialisés** » et « **me donner des ordonnances types** »,
- Pour les pharmaciens : « **je peux les recevoir rapidement** » et « **je suis près de chez eux** »
- Pour les médecins : « **faciliter l'accès aux soins spécialisés** »,
- Pour les chirurgiens-dentistes : « **me donner des ordonnances types** » et « **proposer une formation près de chez moi** »,
- Pour les MK : « **faciliter l'accès aux soins spécialisés** » et « **proposer une formation près de chez moi** ».

La proximité avec le patient est surtout mise en avant par les IDE, les MK et les pharmaciens ; c'est une donnée qui est retrouvée dans l'étude menée par L. Crevoisier ou déjà les pharmaciens mentionnaient la proximité, à l'inverse des médecins généralistes (1) (2).

La possibilité d'un délai de consultation court est très variable selon les professions ; les pharmaciens peuvent accueillir à toute heure de la journée, dans les horaires d'ouverture, et les IDE peuvent souvent recevoir les patients très rapidement. Les chirurgiens-dentistes à contrario ne mentionnent pas ce levier et les médecins généralistes se situent entre les deux. Ceci semble cohérent avec la disponibilité et l'accessibilité de ces PS.

D'après une étude de la Direction des Relations Economiques Extérieures (DREE) de 2018, le délai moyen de consultation d'un médecin généraliste est de 6 jours avec plus de 50 % des rendez-vous dans les 2 jours contre une moyenne de 28 jours pour le chirurgien-dentiste (79).

Ces résultats peuvent également être rapprochés de la question 3 du questionnaire où « le manque de temps » était déjà un frein pour les chirurgiens-dentistes et non pour les IDE et pharmaciens.

L'existence d'un acte de cotation ne présente pas un levier majeur selon les PS.

Il est néanmoins bien scoré par les MK qui ne peuvent rien percevoir sur l'acte, ainsi que par les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens dans une moindre mesure. C'est pourtant un des premiers critères cités par les chirurgiens-dentistes (47). N. Walsh l'avait mentionné comme un frein probable à l'implication des pharmaciens dans sa thèse (57) et notait la rémunération possible pour des « entretiens pharmaceutiques » dans le cadre de l'éducation thérapeutique pour certaines pathologies

comme l'asthme, l'hypertension artérielle, ou encore les patients sous anticoagulants. Ces professions mettaient également ce frein en avant dans la question 3.

La rémunération pourrait donc être élargie au sevrage tabagique et aux autres PS qui ne peuvent coter d'acte.

L'accès à des soins spécialisés est aussi mis en avant par tous les PS, et notamment par les IDE, sages-femmes et MK. La difficulté d'obtenir une consultation addictologique est parfois mentionnée par les médecins généralistes.

C'est aussi un frein pour la prise en charge tabagique retrouvée à l'officine, où les pharmaciens se disent isolés des autres PS (80). Un sondage réalisé en collaboration avec le laboratoire GSK et l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire auprès des chirurgiens-dentistes français en 2006, montre que seulement 20 % d'entre eux adressent à des médecins ou des tabacologues.

Dans un travail de recherche, E Kuntz explicite que le travail en réseau est un levier pour l'implication des sages-femmes dans le sevrage tabagique des femmes enceintes (81).

Le projet L.A.S.T Tabac s'inscrit pleinement dans cette demande en permettant aux PS d'identifier les acteurs pouvant les aider et d'orienter vers une ressource les patients dont la prise en charge s'avère trop complexe.

Concernant les formations et outils d'aide à la prescription, nous retrouvons de grandes disparités selon ceux proposés : de manière générale nous remarquons que les médecins sont globalement les moins demandeurs de formations alors que les IDE, MK, chirurgiens-dentistes et sages-femmes scorent beaucoup ces items. Ici encore, ces résultats sont en accord avec notre question 3 où le manque de formation est rapporté par tous les PS mais semble plus scoré par les IDE, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les MK.

Dans un premier temps, l'item « **un guide simple et pragmatique** » est le plus plébiscité par l'ensemble des PS, sans différence majeure.

Le second outil proposé dans le questionnaire était « **me montrer des ordonnances types** » ; cet item diffère fortement selon les professions : très fortement coté par les chirurgiens-dentistes, et fortement par les IDE, MK et sages-femmes, il est peu scoré par les médecins et pharmaciens. Les pharmaciens, non prescripteurs, sont peu intéressés par des ordonnances.

Concernant les formations à proprement parler, trois variantes étaient proposées : « **en ligne** », « **près de chez moi** » ou « **en face à face au cabinet** ».

La plus scorée a été « **la formation près de chez moi** », avec une différence significative selon les PS : très scorés par tous sauf les médecins.

Cet item est légèrement biaisé car les questionnaires recueillis l'étaient lors d'une formation se déroulant dans les différents départements et par conséquent proches des répondants.

La formation en ligne est moyennement scorée par l'ensemble des PS. Par ailleurs, elle est moins scorée par les PS installés depuis plus de trente ans, ce qui peut sembler logique car ces PS utilisent sûrement moins l'informatique et ont moins l'habitude de réaliser des formations en ligne. La période de confinement a montré une très haute fréquentation des webinaires en direct ou en différé, et ce jugement peut sans doute changer suite à cette expérience.

La formation en face à face n'est que peu demandée par l'ensemble des PS. On peut imaginer que le local pour recevoir peut faire défaut (IDE) et que le temps imparti à la formation est parfois difficile à dégager sur les heures de travail. En revanche, ceci n'explore pas l'information par un visiteur médical, qui est habituellement bien accueillie sur ce sujet (31).

Enfin, lorsqu'on étudie les réponses des PS en fonction de leurs lieux d'exercice, nous nous apercevons que ceux qui exercent en milieu rural se sentent plus proches du patient et peuvent les recevoir plus rapidement que ceux exerçant en milieu urbain et cela de manière significative. Les PS exerçant en semi-rural se placent entre les deux. La question de la confiance ne change pas par ailleurs.

D'autres facteurs facilitants ont été mis en avant par les participants :

- Les campagnes de marketing social avec la distribution d'affiches pour le cabinet ou encore les campagnes d'informations sur les aides. Les campagnes comme le #MoisSansTabac où les fumeurs peuvent solliciter leurs PS pour les aider à arrêter. De plus des affiches personnalisées dans les salles d'attente aideraient les PS à s'impliquer d'avantage et inciteraient les patients à demander de l'aide.
- Une meilleure organisation des soins semble importante pour les PS, avec « des objectifs partagés entre les différents PS » ou encore « la collaboration médecin-IDE ». C'est un axe de travail du projet L.A.S.T Tabac.
- L'entourage du patient est plusieurs fois mentionné, même s'il n'est pas un levier direct à l'implication des PS. D'après la méthode des « 5A », l'entourage joue un rôle important : dans la phase « Assit » (aider le patient à l'arrêt), celui-ci doit prévenir sa famille, ses collègues, ses amis du sevrage tabagique et rechercher un soutien auprès d'eux. De plus, il est indiqué qu'il est conseillé aux personnes fumeuses au sein du domicile de se sevrer également ou de ne pas fumer en présence de la personne (82). De plus, dans sa thèse, A. Lavaux retrouve que « *près de la moitié des patients désire la présence de leur entourage dans leur prise en charge* » (77).

Propositions d'amélioration :

- Favoriser l'implication des PS en les formant et en les sécurisant, avec un travail en réseau et éventuellement avec une rémunération du type de l'entretien pharmaceutique ou sous la forme de forfaits pour des parcours de soins spécifiques,
- Poursuivre les formations au plus proche des PS et éventuellement en ligne.
- Réaliser des petits guides d'aide au sevrage, ainsi que des ordonnances types comme celle distribuées lors de la formation.
- Inciter les patients à solliciter les PS pour l'aide au sevrage (affiches personnalisées ...), en s'appuyant sur la confiance.

4.3.2. Critère de jugement secondaire : satisfaction des professionnels de santé suite à la formation

La satisfaction des participants, au niveau de l'organisation matérielle, des moyens pédagogiques et de la satisfaction des attentes personnelles, est excellente avec plus de 94 % des personnes satisfaites ou très satisfaites.

Il existe une différence significative concernant les items : organisation matérielle et moyens pédagogiques, entre les différentes professions. Cette différence significative est difficilement explicable. Elle peut être liée à des habitudes différentes d'organisation de la formation selon les professions, mais peut aussi être liée à l'organisation défectueuse de certaines formations mobilisant beaucoup de participants de la même profession. Cependant, en observant la satisfaction sur ces items des quelques formations réservées à une profession unique, elle semble ne pas différer des autres formations.

Pour ce qui est de l'applicabilité, même si la satisfaction globale reste satisfaisante, il existe une différence significative entre les différents PS. Chez les chirurgiens-dentistes et les MK, la réponse principale était « acceptable ». La formation convenait peut-être moins pour ces praticiens pour une raison qu'il faudrait explorer. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces PS sont encore trop loin du passage à l'action et ne sont pas prêts à changer leurs habitudes. Le souhait de les mobiliser est encore trop récent.

Les aspects réglementaires ont été rapidement abordés dans la formation, mais cela semblait convenir aux participants.

Pour ce qui est d'aborder le tabac et de répondre aux questions des patients, la satisfaction globale est bonne pour l'ensemble des professions, mais pourrait être améliorée.

Sur des formations plus longues, il y aurait la possibilité de faire des « mises en situation » avec des jeux de rôles entre les participants, afin de rendre plus réalistes les cas cliniques et de montrer comment aborder le patient et répondre à ses questions.

Peut-être que des feuilles « de réponses préremplies » pourraient être distribuées en fonction des principales questions posées par les patients, ou les réponses ou accroches à éviter comme dans la revue médicale suisse adressée aux chirurgiens-dentistes (83).

Cela pose également la question de la formation à l'entretien motivationnel, qui est la posture de référence dans le sevrage tabagique. Il permet d'aborder différemment le patient : en favorisant la recherche de sa compréhension et de l'exploration de son ambivalence, pour le faire exprimer ses motivations propres qui le conduiront plus souvent à une modification de son comportement (84).

Il pourrait donc être utile d'inciter les PS à se former à l'entretien motivationnel en complément de la formation sur le sevrage.

Concernant la prescription en pratique, d'importantes disparités sont visibles au sein des PS, notamment, les pharmaciens qui n'ont pas le droit de prescrire et n'ont pour un tiers d'entre eux pas répondu à la question. Sur ce point, la demande semble différente en fonction des PS, ceux qui ont l'habitude de prescrire (médecins), ceux qui ne l'ont pas (IDE, MK) et ceux qui ne peuvent pas (pharmaciens). Afin de répondre à leurs attentes, il paraît intéressant de faire des formations adaptées et personnalisées à chaque profession, ou du moins de prévoir des spécificités sur des formations qui en laisseraient le temps.

Ce sont les questions « comment assurer le suivi ? » et « comment orienter ? » qui ont obtenu une moins bonne satisfaction, sans différence selon les PS. Nous avons déjà remarqué précédemment que le manque de ressources en proximité est un frein déclaré important. Il paraît donc important de faciliter l'accès à des soins spécialisés et de renforcer la formation des praticiens concernant l'orientation des patients. En même temps, il faut présenter ceci comme une solution de dernière intention, uniquement en cas de difficultés de prise en charge, au risque de saturer les soins secondaires et de mener les patients dans une impasse. L'orientation peut être une perte de chance, du fait des délais de rendez-vous, de l'éloignement et de la perte de motivation du fumeur. Il faut donc réfléchir aux moyens d'organiser cette orientation, quand elle est vraiment nécessaire, dans les meilleures conditions.

Les différences significatives retrouvées en fonction des lieux de formations s'expliquent aisément par des horaires différents, les 2 heures de formations plus ou moins respectées, des formateurs différents ainsi que des groupes de formation de compositions variées.

La question d'une différence de satisfaction selon les âges des PS, selon leur statut tabagique ou encore selon leur lieu d'exercice (rural/urbain) pourrait être traitée dans une recherche future.

Propositions d'amélioration :

- **Concernant « l'organisation matérielle » et les « moyens pédagogiques » utilisés, il faut poursuivre les formations, en étant vigilants au respect des horaires.**
- **Par rapport à « prescrire en pratique », « les aspects réglementaires » et « l'applicabilité dans la pratique », il pourrait y avoir des différences dans les formations selon les professions.**

- **Concernant la question « aborder le tabac » et « répondre aux questions des patients », la formation pourrait être améliorée avec des formations à l’entretien motivationnel ou des mises en situation avec jeux de rôle. Des groupes de discussion multidisciplinaires pourraient permettre d’échanger autour de cas difficiles vécus par les participants, en présence d’un tabacologue.**
- **Sur « comment assurer le suivi » du patient et « comment l’orienter », le challenge est de favoriser les parcours de soins des fumeurs en proximité, en favorisant la coordination des acteurs de santé du territoire. Chaque profession a ses compétences et sa part à tenir dans l’accompagnement des fumeurs. La connaissance de ressources est importante pour rassurer.**

Un des objectifs secondaires de l’étude était d’identifier les résultats justifiant d’une exploration complémentaire pour les études qualitatives.

Par la suite, des éléments pourraient être intéressants à interroger chez les PS en qualitatif, notamment concernant la formation et son impact :

- Il serait intéressant de savoir, à postériori, si la formation a répondu aux attentes des PS et de connaître leurs points positifs et négatifs. Les participants ont déjà répondu au questionnaire de satisfaction en fin de formation mais une réévaluation plus ouverte à distance paraît utile.
- Une évaluation des petits guides d’aide au sevrage, ainsi que des ordonnances types distribuées lors de la formation pourrait être réalisée.
- Il faudrait questionner les PS concernant leur gain de connaissances post formation et sur ce qu’ils ont l’impression d’avoir retenu à postériori.
- L’impact qu’a eu la formation sur les pratiques des PS semblerait importante à questionner ; savoir s’il y a eu du changement dans leurs pratiques professionnelles, que ce soit dans le repérage du patient fumeur, l’approche du patient, la facilité à aborder le sujet, la prise en charge générale ou l’orientation vers d’autres PS.
- Les différents PS pourraient également être interrogés sur les spécificités de leur profession sur le sujet et s’ils pensent à des points supplémentaires à aborder en fonction de leur méthode d’exercice.
- Le format des formations serait aussi à questionner : il serait intéressant de savoir si les horaires, la durée, les groupes uni ou multidisciplinaire... convenaient à tous ou si des formations plus spécifiques devraient être proposées.

5. PERSPECTIVES

Il existe une certaine ambivalence chez les PS, qui sont conscients que le tabagisme est une addiction grave et le sevrage essentiel. Ils mettent pour autant en avant des freins qui peuvent paraître surmontables comme le manque de temps ou l'absence de demande du patient. Nous retrouvons également une ambivalence chez les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer avec l'aide de PS mais qui les sollicitent peu.

Il est donc essentiel de motiver les fumeurs à demander de l'aide auprès des différents PS.

Il faudrait améliorer les connaissances des fumeurs sur l'aide que peuvent leur apporter les différents PS, sur les solutions thérapeutiques que l'on peut leur proposer, leur gratuité pour certaines, ainsi que leurs bénéfices.

Le fumeur doit pouvoir ainsi identifier vers quels PS se tourner. Pour cela il serait important de médiatiser de manière globale (campagnes publicitaires, messages sanitaires) vers quels PS se tourner pour se faire aider dans le sevrage tabagique. Cela pourrait être renforcé par une action plus locale et personnelle, à l'aide d'affiches personnalisées par exemple qui favorisent la mémorisation du message mentionné et la sollicitation du PS en se basant sur la relation de confiance (85).

Les réseaux sociaux, actuellement très en vogue et notamment chez les sujets jeunes, pourraient être utilisés.

Dans leur thèse, Alice Bonnay et Philippine Brousse ont créé un jeu de cartes avec des images représentant les aides disponibles (30). Il a été proposé aux fumeurs pour l'élaboration de programme d'aide à l'arrêt « idéal » pour eux. Il semble avoir eu du succès auprès des participants. Cet outil permet également d'avoir une vision globale des aides existantes et de les adapter au mieux à chacun. Celui-ci pourrait être remis par le PS au fumeur lors d'une consultation avec des explications.

De plus, il faut inciter les PS à être plus proactifs envers les fumeurs. Différents moyens sont à mobiliser :

- Le renforcement des connaissances sur cette prise en charge spécifique par différents moyens. Il serait intéressant de poursuivre les formations sous différents formats : les formations en groupes pluri disciplinaires, mais aussi en ligne par webinars qui se sont beaucoup développés pendant la pandémie de la COVID, ou encore les formations au cabinet pour ceux qui le souhaitent. Les formations pourraient être également plus spécifiques et ciblées sur les différents PS et leurs champs de compétences. Nous pourrions réaliser des outils pratiques tels qu'un guide simple d'aide au sevrage ou des ordonnances types, qui sont très prisés des PS.

Dans la suite de notre étude, un travail de thèse sur la réévaluation des connaissances des PS ainsi que sur leurs pratiques est actuellement en cours, il permettrait de mieux cibler les points à améliorer lors des formations.

- La mise à disposition pour les PS de tutoriels les aidant pour l'accompagnement des fumeurs tels que ceux présentés sur le site addictutos.com (86). Ces tutoriels semblent être bénéfiques pour les PS.
- La connaissance du RPIB par l'ensemble des PS, et notamment des MK et des chirurgiens-dentistes, semble indispensable ainsi que le modèle 5A. Des formations sur ce sujet pourraient être organisées.
- La poursuite des initiatives nationales et locales, comme l'implication des pharmaciens en 2017, sur des entretiens d'une quinzaine de minutes au comptoir, lors du #MoisSansTabac (57). Une rémunération de 15€ par entretien leur avait été accordée par l'ARS.
- La juste rémunération des PS est également importante ; la cotation d'un acte spécifique pourrait être une solution et valoriserait cet acte, ce qui inciterait peut-être les PS à le pratiquer.
- La poursuite du développement du travail en réseau au sein du projet L.A.S.T Tabac.

Lors des formations, les questions des participants ont été retranscrites. Ce recueil des questions-réponses des participants à chaque formation a été centralisé, catégorisé puis certaines questions (notamment réglementaires) ont été travaillées avec l'Assurance Maladie NA. Ces questions ont donné lieu à l'élaboration d'un guide à destination des PS.

Finalement, nous observons mieux l'importance de s'adresser à la communauté des PS de chaque territoire, de travailler avec eux sur les moyens et outils à développer, sur les organisations à mettre en place, sur la place que chaque PS souhaite occuper auprès de ses patients fumeurs. Tout ceci doit être réfléchi, évalué, modulable en fonction des contraintes et atouts locaux, et coordonné grâce à des financements suffisamment dimensionnés.

6. CONCLUSION

Le tabac reste la première cause de mortalité évitable et donc un sujet de santé publique prioritaire.

Bien que de nombreuses mesures aient été mises en place, l'accompagnement des fumeurs dans l'arrêt du tabac par les PS pourrait encore être amélioré.

Les deux principaux freins des PS sur l'accompagnement du fumeur sont le manque de formation et l'absence de demande du patient, bien qu'il existe des variabilités inter profession. Pour les plus âgés ce n'est pas un sujet prioritaire et les prises en charges sont peu efficaces.

Selon les PS, les freins des fumeurs seraient essentiellement de leur ressort. Ils mettent en avant un manque de connaissances des fumeurs sur les différentes aides, sur leur efficacité ainsi que sur leur gratuité. L'absence de volonté de sevrage est également mentionnée.

Concernant les leviers, bien qu'ils varient en fonction des PS, les plus cotés sont l'amélioration des connaissances des PS par des formations, guides ou ordonnances types et le fait que le patient soit demandeur d'une aide. La confiance que leurs portent les fumeurs semble aussi être un levier essentiel.

Les soirées de formation « nouveaux prescripteurs » réalisées par l'Assurance Maladie de NA en collaboration avec la COREADD NA sont à poursuivre et à améliorer selon les évaluations.

Elles doivent être complétées par d'autres types d'enseignements comme les webinars ou les formations en présentielle, plus ciblées et interdisciplinaires, avec des contenus plus adaptés.

Toutefois, si les formations paraissent indispensables, elles ne sauraient, à elles-seules, modifier durablement les pratiques. Elles doivent être accompagnées d'un ensemble d'actions à même de lever des obstacles et de mobiliser les leviers. Ces actions ont pour objectif de créer une meilleure cohérence du parcours de soins via des campagnes d'informations des fumeurs au niveau national mais aussi plus localement. Elles peuvent être réalisées par le biais des réseaux sociaux. Elles doivent ainsi continuer d'être menées afin que les PS soient plus sollicités.

La formation des PS reste donc primordiale.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Crevoisier L. Etude des freins et les leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens à l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac en Nouvelle Aquitaine [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux; 2019.
2. Crevoisier L, Ouazzani K, Gonneau A, Lajzerowicz N, Nguyen A, Castera Ph. Accompagner les fumeurs pour leur arrêt du tabac : freins et leviers déclarés des médecins généralistes et des pharmaciens. *Médecine*. 2020;16(8):365-70.
3. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Ngyuen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bull Epidemiol Hebd*. 2020;14:271-94.
4. Lermenier-Jeannet A. Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)*. 2018;6 p.
5. Ministères des Affaires sociales et de la Santé. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
6. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
7. Assurance Maladie. Liste des substituts nicotiques [Internet]. 2019 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/document/liste_substitut-nicotiques_assurance-maladie_2019-02-08.pdf
8. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1719516/fr/recommandations-arret-de-la-consommation-de-tabac
9. Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. *Quest écon santé*. 2012;(182):1-8.
10. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(15):278-84.
11. Kopp P. Le coût social des drogues en France - Note de synthèse - OFDT [Internet]. 2015 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>
12. Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S et al. Les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence. Enquête Escapad 2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;(14-15):265-73.

13. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015 [Internet]. World Health Organization; 2015 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/156262>
14. Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. Insee Première. 2018;(1687).
15. Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. 76-616 juill 9, 1976.
16. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 janv 10, 1991.
17. Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 nov 15, 2006.
18. Ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes.
19. Douchet M-A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019 - OFDT [Internet]. 2020 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac/>
20. Ministères des Affaires sociales et de la Santé. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France [Internet]. 2014 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf.
21. Ministères des Affaires sociales et de la Santé. Plan cancer 2014-2019. Objectif 10 : Programme National de Réduction de Tabagisme 2014-2019. [Internet]. 2016 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
22. Kotler P, Zaltman G. Social Marketing : An Approach to Planned Social Change. J Mark. 1 juill 1971;35(3):3-12.
23. Gallopel-Morvan K, Nguyen Thanh V, Arwidson P, Hastings G, Bourdillon F, Chambaud L. Marketing social : De la compréhension des publics au changement de comportement - Livre. 2019.
24. Dangaix D, Gallopel-Morvan K. Le marketing social peut être très utile dans un programme de santé publique. Sante Homme. 2011;(412):4-5.
25. French J, Blair-Stevens C, McVey D, Merritt R. Social Marketing and Public Health: Theory and practice. OUP Oxford; 2009. 366 p.
26. Fenton K. Stoptober : une campagne d'aide à l'arrêt du tabac en Angleterre. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(30-31):499-502.
27. Djian A, Guignard R, Gallopel-morvan K, Smadja O, Davies J, Blanc A, Mercier A, Walmsley M, Nguyen-thanh V. From « Stoptober » to « Moi(s) Sans Tabac »: how to import a social marketing campaign. J Soc Mark. 1 juill 2019;(à paraître):1-14.
28. Santé publique France. Infographie Mois sans tabac 2019 [Internet]. 2019 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/infographie/infographie-mois-sans-tabac-2019>

29. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Note de cadrage pour la campagne de financement 2019 en prévention promotion de la santé et santé environnementale [Internet]. 2019 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-12/2019_Note_cadrage_campagne_PPS_0.pdf
30. Brousse P, Bonnay A. Perceptions des fumeur-ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : Enquête qualitative auprès des fumeur-ses au stade d'intention et préparation. [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux; 2019.
31. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie: étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux; 2018.
32. INSEE. Définition - Unité urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine [Internet]. 2020 [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
33. Ordre National des Pharmaciens. La démographie des pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2020 [Internet]. 2020 [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>
34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2018. 2018.
35. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? Rev Médicale Suisse. 2010;6:1444-7.
36. Gautier A, Bera N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. 2011;266.
37. INS. Désirabilité sociale [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: http://www.ins.tn/sites/default/files/pdf_actualites/desirabilite-sociale.pdf
38. Andler R, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-thanh V. Tabagisme des professionnels de santé en France. In 2017. p. 5. (Baromètre santé).
39. MacLaren DJ, Conigrave KM, Robertson JA, Ivers RG, Eades S, Clough AR. Using breath carbon monoxide to validate self-reported tobacco smoking in remote Australian Indigenous communities. Popul Health Metr. 20 févr 2010;8:2.
40. RACGP, The Royal Australian College of General Practitioners. Supporting smoking cessation: A guide for health professionals. 2ème édition. East Melbourne, Australia; 2019.
41. WHO Tobacco Free Initiative. Le rôle des professionnels de la santé dans la lutte antitabac. Genève; 2005. 37 p.
42. Wirth N, Béguinot E, Martinet Y. Lutte contre le tabagisme en France : quoi de nouveau ? Rev Prat. juin 2019;69:653-7.
43. Van Vyve T. Prévention et aide au sevrage tabagique au cabinet dentaire : pourquoi et comment ? Enquête auprès de 200 dentistes. [Thèse de doctorat]. Belgique; 2010.

44. Lepage M, Dumas L, Saint-Pierre C. L'intervention en cessation tabagique dans la formation infirmière au Québec : enquête auprès des responsables de programmes. *Sante Publique (Bucur)*. 21 mars 2014;Vol. 26(1):45-53.
45. Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addict Abingdon Engl*. août 2004;99(8):1042-8.
46. Zampol E. Le rôle du chirurgien-dentiste dans le sevrage tabagique [Thèse de doctorat]. Université de Nancy; 2011.
47. Toque B. Le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge du sevrage tabagique [Thèse de doctorat]. Université de Strasbourg; 2019.
48. PESCE (General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe). Rapport de synthèse [Internet]. 2008 [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: http://old.ensp.org/files/exec_summary_-rapport_de_synthese_fr.pdf
49. Naughton F, Hopewell S, Sinclair L, McCaughan D, McKell J, Bauld L. Barriers and facilitators to smoking cessation in pregnancy and in the post-partum period: The health care professionals' perspective. *Br J Health Psychol*. 2018;23(3):741-57.
50. Flemming K, Graham H, McCaughan D, Angus K, Sinclair L, Bauld L. Health professionals' perceptions of the barriers and facilitators to providing smoking cessation advice to women in pregnancy and during the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*. 31 mars 2016;16:290.
51. HAS, Haute Autorité de Santé. Communiqué de presse. Repérer précocement, intervenir et suivre les consommations addictives [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2005216/fr/reperer-precocement-intervenir-et-suivre-les-consommations-addictives
52. Leone FT, Zhang Y, Evers-Casey S, Evins AE, Eakin MN, Fathi J, et al. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 juill 2020;202(2):e5-31.
53. Circulaire DH/EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.
54. Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
55. COREADD NA. Addictoclic [Internet]. 2013 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.addictoclic.com/>
56. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services: Public Health Service; 2008.

57. Walch N. Positionnement et stratégies d'interventions du pharmacien d'officine dans la prise en charge des patients fumeurs en vue de leur sevrage tabagique en France [Thèse de doctorat]. Université de Caen; 2018.
58. Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie.
59. Assurance Maladie. Nomenclatures générale des actes professionnels (NGAP) [Internet]. 2020 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/rhone/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-ngap-et-lpp/nomenclatures-ngap-lpp>
60. Park Y-D, Patton LL, Kim J-H, Kim H-Y. Smoking prevalence and attitude toward anti-smoking activities among Korean dentists. *Int Dent J.* déc 2010;60(6):383-8.
61. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue A-V, Migeot V, Defossez G, Meurice J-C. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *EM-Consulte.* 2006;23(5):426-9.
62. Gautier A, Bera N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. 2011. 266 p.
63. Dimeglio E. Campagne #MoisSansTabac 2016, le marketing social auprès des médecins généralistes : enquête qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes du Lot-et-Garonne [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux; 2018.
64. Sénat. Séance du 5 juin 2019 (compte rendu intégral des débats) [Internet]. Sénat, un site au service des citoyens. 2019 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/seances/s201906/s20190605/s20190605021.html>
65. Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 17 2017;11:CD003289.
66. Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, Nguyen-Thanh V. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(15):271-7.
67. Reid JL, Hammond D, Tariq U, Burkhalter R, Rynard VL, Douglas O. Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends. *Tobacco Use in Canada.* 2019;
68. Bourgeois A. Traitement de substitution à la nicotine et infirmiers libéraux : du droit de prescription à la pratique. 2019 juin; Université de Montpellier.
69. Assurance Maladie. Recours record aux traitements nicotiques de substitution en 2019 [Internet]. 2020 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/actualites/recours-record-aux-traitements-nicotiniques-de-substitution-en-2019>
70. Santé publique France. #MoisSansTabac : Le défi commence maintenant ! [Internet]. 2020 [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: [/presse/2020/mois-sans-tabac-le-defi-commence-maintenant](https://www.santepubliquefrance.fr/fr/actualites/2020/mois-sans-tabac-le-defi-commence-maintenant)

71. American Society of Addiction Medicine (ASAM). Definition of Addiction [Internet]. ASAM. 2019 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.asam.org/Quality-Science/definition-of-addiction>
72. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* sept 1992;47(9):1102-14.
73. Looze-Renault C. Vécu, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique: recherche qualitative auprès de patients dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse de doctorat]. Université de Lille; 2017.
74. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet Lond Engl.* 18 juin 2016;387(10037):2507-20.
75. OFDT. Tabac : évolution des ventes de substituts nicotiques [Internet]. ofdt. 2019 [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes-de-substituts-nicotiques/>
76. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. 2020.
77. Lauvaux A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique [Thèse de doctorat]. Université de Reims; 2012.
78. Passey ME, Sanson-Fisher RW, Stirling JM. Supporting Pregnant Aboriginal and Torres Strait Islander Women to Quit Smoking: Views of Antenatal Care Providers and Pregnant Indigenous Women. *Matern Child Health J.* 2014;18(10):2293-9.
79. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et la statistique. Etudes et résultats, [en ligne]. Oct 2018. [Cité le 18/11/2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf>.
80. A. Le Louarn, S. Gérard. L'aide au sevrage tabagique assurée par les pharmaciens d'Alsace. *Santé publique.* 2002/2 14;121-133.
81. Kuntz E. Leviers et freins au sevrage tabagique chez la femme enceinte et dans le post partum [mémoire]. Université de Aix Marseille ; 2019.
82. Haute Autorité de Santé. Service des bonnes pratiques professionnelles, [en ligne]. 2014 [cité le 18/11/2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf.
83. Ramseier C, Bornstein M, Saxer U, Klingler K, Walter C. Prévention et sevrage tabagique au cabinet dentaire. *Rev Mens Suisse Odontostomatol.* Mar 2007; Vol 117.
84. Gache P, Sommer M. Comment motiver le patient à arrêter de fumer? Sensibilisation à l'entretien motivationnel *Rev Med Suisse.* 2018; volume 14. 229-230.

85. Foix M, Henriot Q. Affiches standardisées ou personnalisées en salle d'attente des cabinets médicaux : essai contrôlé randomisé par clusters [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux; 2019.
86. COREADD NA. Addictutos [Internet]. 2004 [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.addictutos.com/>

ANNEXES

Annexe 1 : « Kit du participant » remis aux PS lors des formations « nouveaux prescripteurs »

Annexe 1.1 : Kit #MoisSansTabac



Annexe 1.2 : Ordonnances types remises aux PS lors des formations « nouveaux prescripteurs »

CAS 1

PETIT FUMEUR
(<5-6 cig/ j)

Mme Isabelle ARREDUTABA
Infirmière Diplômée d'Etat
33 rue Liberté, 33000 Bordeaux

Mme X, 14 avril 2019

**1 pastille nicotinique sublinguale :
3 à 10 par jour**
Idéalement AVANT chaque moment habituel de consommation de tabac (ex dès le réveil, avant la fin du repas, avant la débauche du travail...)

Toujours avoir une plaquette sur soi !

1. Expliquer l'intérêt d'éviter de ressentir la pulsion à fumer (craving).
2. Rappeler les conseils simples de gestion du craving (respirer profondément, boire un grand verre d'eau, changer d'activité, réduire le café, attendre car l'envie passe en quelques minutes sous traitement...).
3. Annoncer l'absence d'addiction avec les substituts nicotiniques cutanés ou oraux.

CAS 2

FUMEUR MODÉRÉ
(5 à 15 cig/ j)

Mme Isabelle ARREDUTABA
Infirmière Diplômée d'Etat
33 rue Liberté, 33000 Bordeaux

M. X, 14 avril 2019

1 patch nicotinique 10mg/16h, si consomme 5 à 10 cig/ j
OU
1 patch nicotinique 15mg/16h, si consomme 10 à 15 cig/ j

À positionner en changeant de localisation chaque jour : omoplates (droit-gauche) puis hanches (droit-gauche) pour éviter des irritations.

1. Ajouter un film adhésif si le patch se décolle (sueurs, pilosité, mouvements).
2. Annoncer la durée minimale de traitement de 3 à 6 mois selon l'ancienneté du tabagisme.
3. Proposer une réduction progressive du tabagisme sous patch et rassurer : on peut « fumer avec des patchs ».

+ commentaires du CAS 1

CAS 3

FUMEUR STANDARD
(15 à 20 cig/ j)

Mme Isabelle ARREDUTABA
Infirmière Diplômée d'Etat
33 rue Liberté, 33000 Bordeaux

Mme X, 14 avril 2019

1 patch nicotinique 21mg/24h, si fume dès le réveil
OU
1 patch nicotinique 15mg/16h, si fume dans un délai d'au moins 1h
OU
1 patch nicotinique 25mg/16h, si précédent insuffisant

1. Revoir à 8 jours et moduler le dosage le cas échéant : augmenter si craving persistant (envie, irritabilité, fringales). Réduire si symptômes de surdosage (nausées, tachycardie, diarrhées, vertiges, insomnies).
2. Des substituts oraux peuvent être ajoutés si besoin.
3. Annoncer la nécessité d'un suivi régulier (lien avec médecin traitant), idéalement tous les 8 à 15 jours jusqu'à sevrage total, puis espacer.

+ commentaires du CAS 1 & 2

CAS 4

GROS FUMEUR
(> 20 cig/ j)

Mme Isabelle ARREDUTABA
Infirmière Diplômée d'Etat
33 rue Liberté, 33000 Bordeaux

M. X, 14 avril 2019

1 patch nicotinique 21mg/24h, si fume dès le réveil
OU
1 patch nicotinique 25mg/16h, si troubles du sommeil
ET
1 pastille nicotinique sublinguale : 3 à 10 par jour

1. Prévoir, si craving persistant malgré la bithérapie cutanée et orale, d'ajouter un second patch moyen (puis fort dosage si utile).
2. Donner les conseils d'auto-gestion du traitement de substitution en fonction du craving, du sommeil ...
3. Rassurer : même si 2 patchs sont prescrits, il peut cesser de fumer progressivement (sur 4 à 6 semaines généralement).

+ commentaires du CAS 1, 2 & 3

LAST

Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

LAST / PAST / 5A

Ce projet a pour objectif de favoriser la demande d'aide des fumeurs auprès des professionnels de santé de leur territoire (nommés Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac ou LAST). Les LAST s'engageraient à conseiller leurs patients fumeurs et éventuellement à les accompagner dans leur perspective d'arrêt ou à les orienter vers des ressources proches. Ce projet souhaite également permettre aux professionnels d'aller plus systématiquement vers les fumeurs, grâce à des formations facilement accessibles (5A). Les professionnels (LAST) pourront être regroupés en Pôles d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (PAST) et disposer ainsi d'un addictologue référent et d'une aide pour développer leurs propres projets.

Contact : Audrey Gonneau
audrey.gonneau@agir33.fr - 05 56 51 56 51

COORDONNÉES COREADD

ADDICTLIM 05 55 05 99 00 addictlim@gmail.com	AGIR 33 Aquitaine 05 56 51 56 51 contact@agir33.fr
ARIA PC 05 46 84 52 95 aria-pc@orange.fr	RESAPSAD 05 59 31 67 67 resapsad@wanadoo.fr

www.addictoclic.com • www.addictutos.com

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

L'Assurance Maladie NOUVELLE-AQUITAINE

MÉMO POUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Prescriptions des Traitements de Substitutions à la Nicotine (TSN)

Accompagnement à l'arrêt du tabac

En 2020, nous devenons la COordination RÉgionale ADDictions Nouvelle-Aquitaine

COREADD NA

AGIR 33 AGUITAINE ADDICTLIM ARIA RESAPSAD

Annexe 2 : Hétéro-questionnaire 1^{ère} version

Annexe 2.1 : Hétéro-questionnaire 1^{ère} version (1^{ère} partie)

| | | | |

Enquête AVANT

Formation CPAM – ARS – COREADD en Nouvelle-Aquitaine

Le recueil et le traitement des données de ce questionnaire feront l'objet de deux thèses de Doctorat en Médecine.

Date de la formation : ____ / ____ /2019

Lieu :

Profession :			
Sexe :	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F	
Lieu d'exercice :	<input type="checkbox"/> Urbain	<input type="checkbox"/> Semi Rural	<input type="checkbox"/> Rural
Département :			
Nombre années d'exercice :	ans		
Statut tabagique :	<input type="checkbox"/> Fumeur	<input type="checkbox"/> Ex-Fumeur	<input type="checkbox"/> Non-fumeur
Diplôme en addicto/tabaco :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, lequel ?.....			

Dans votre pratique quotidienne.....

1. Accompagnez-vous des fumeurs de tabac (conseils, informations, suivi...) ?

Jamais Très rarement Parfois Souvent

2. Les patients vous demandent-ils de l'aide pour arrêter de fumer ?

Jamais Très rarement Parfois Souvent

3. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous les freins suivants au fait d'aider vos patients à arrêter de fumer ?

Manque de temps		Voyez-vous d'autres freins à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ? ____ ____ ____ ____
Manque de formation		
Manque de ressources en proximité		
Sujet non prioritaire		
Absence de demande du patient		
Prise en charge peu efficace		
Absence de rémunération pour l'entretien		
Difficile d'aborder le sujet		
Refus du patient d'en parler		

4. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous, pour vos patients, les freins suivants à vous demander de l'aide ?

Ils n'ont pas le temps		Voyez-vous d'autres freins à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ? ____ ____ ____ ____ ____
Ils ne savent pas que je peux les aider		
Ils n'ont pas envie d'arrêter		
Ils n'osent pas m'en parler		
Ils connaissent mal les aides		
Ils pensent que les aides ne marchent pas		
Ils ne pensent pas que c'est une maladie		
Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés		
Ils pensent pouvoir arrêter seuls		

5. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous les facteurs facilitant votre implication auprès de vos patients fumeurs ?

Je suis près de chez eux		Voyez-vous d'autres facteurs facilitant à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ? ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Je peux les recevoir rapidement		
Ils ont confiance en moi		
Un guide simple et pragmatique		
Des ordonnances types		
Un accès facilité aux soins spécialisés		
Une formation en ligne		
Une formation près de chez vous		
Une formation en face à face au cabinet		
Une valorisation financière		
Leur demande d'aide		

Merci pour votre participation.

Annexe 2.2 : Hétéro-questionnaire 1ère version (2^{ème} partie)

1 1 1 1 1

Enquête APRES
Formation CPAM – ARS – COREADD en Nouvelle-Aquitaine

Le recueil et le traitement des données de ce questionnaire feront l'objet de deux thèses de Doctorat en Médecine.

Date de la formation : ____ / ____ /2019

Lieu :

Profession :
Sexe :	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Lieu d'exercice :	<input type="checkbox"/> Urbain <input type="checkbox"/> Semi Rural <input type="checkbox"/> Rural
Département :	1 1 1
Nombre années d'exercice :	1 1 1 ans
Statut tabagique :	<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Ex-Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur
Diplôme en addicto/tabaco :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lequel ?.....	

1. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous votre satisfaction sur les aspects suivants de la formation ?

Organisation matérielle (lieu, horaires...)	
Les aspects réglementaires (prescription)	
Comment aborder la question du tabac	
Comment répondre aux questions des patients	
Comment prescrire en pratique	
Comment assurer le suivi des patients	
Comment orienter les patients	
Comment mieux se former	
Comment s'organiser sur les territoires	
Le dossier « participant »	
Le projet LAST/PAST/5A	

Le plus intéressant ?

Les points à modifier ?

Avez-vous des suggestions ?

2. Mieux aider vos patients fumeurs de tabac vous paraît-il possible ?

- Oui Non Peut-être

En Nouvelle-Aquitaine, il est prévu d'identifier des Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (ou LAST). Ces lieux s'engageraient à conseiller leurs patients fumeurs et éventuellement à les accompagner dans leur perspective d'arrêt ou à les orienter vers des ressources proches. Les LAST disposeront d'une affiche pour la salle d'attente et d'autres moyens d'information. Si la marque LAST sera largement médiatisée, chaque professionnel ne s'engage à accompagner que ses propres patients/clients. Les professionnels (LAST) pourront être regroupés en Pôles d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (PAST) et disposer ainsi d'un addictologue référent et d'une aide pour développer leurs propres projets. Des formations seront facilement accessibles en fonction des besoins et possibilités des professionnels. Une hot line sera disponible ainsi qu'un réseau d'aides.

3. Accepteriez-vous d'être identifié comme LAST pour vos patients ?

- Oui Non Peut-être

4. Si non ou peut-être, pourquoi ?

Merci pour votre participation.

Enquête Formation CPAM – ARS – COREADD en Nouvelle-Aquitaine

Le recueil et le traitement des données de ce questionnaire feront l'objet de deux thèses de Doctorat en Médecine.

Date de la formation : ____ / ____ /2019

Lieu :

Profession :			
Sexe :	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F	
Lieu d'exercice :	<input type="checkbox"/> Urbain	<input type="checkbox"/> Semi Rural	<input type="checkbox"/> Rural
Département :			
Nombre années d'exercice :	ans		
Statut tabagique :	<input type="checkbox"/> Fumeur	<input type="checkbox"/> Ex-Fumeur	<input type="checkbox"/> Non-fumeur
Diplôme en addicto/tabaco :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	Si oui, lequel ?.....		

Questions 1 à 5 à remplir avant le début de l'intervention

Dans votre pratique quotidienne.....

1. Accompagnez-vous des fumeurs de tabac (conseils, informations, suivi...)?

Jamais Très rarement Parfois Souvent

2. Les patients vous demandent-ils de l'aide pour arrêter de fumer ?

Jamais Très rarement Parfois Souvent

3. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous les freins suivants au fait d'aider vos patients à arrêter de fumer ?

Manque de temps	
Manque de formation	
Manque de ressources en proximité	
Sujet non prioritaire	
Absence de demande du patient	
Prise en charge peu efficace	
Absence de rémunération pour l'entretien	
Difficile d'aborder le sujet	
Refus du patient d'en parler	

Voyez-vous d'autres freins à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ?

..... | ____ |

..... | ____ |

..... | ____ |

..... | ____ |

4. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous, pour vos patients, les freins suivants à vous demander de l'aide ?

Ils n'ont pas le temps		Voyez-vous d'autres freins à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ? __	
Ils ne savent pas que je peux les aider			
Ils n'ont pas envie d'arrêter			
Ils n'osent pas m'en parler			
Ils connaissent mal les aides		 __
Ils pensent que les aides ne marchent pas			
Ils ne pensent pas que c'est une maladie		 __
Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés			
Ils pensent pouvoir arrêter seuls	 __	

5. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous les facteurs facilitants suivants ?

Pour le patient (selon mon expérience) :		Voyez-vous d'autres facteurs facilitant à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ? __
Je suis près de chez eux		
Je peux les recevoir rapidement		
Ils ont confiance en moi	 __
Pour moi :	 __
Me donner un guide simple et pragmatique	 __
Me montrer des ordonnances types	 __
Faciliter l'accès aux soins spécialisés	 __
Disposer d'une formation en ligne	 __
Proposer une formation près de chez moi	 __
Me former en face à face au cabinet		
Pouvoir coter un acte spécifique valorisé		
Le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide		

SATISFACTION
(à remplir en fin de soirée)

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Acceptable	Insatisfaisant
Organisation matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens pédagogiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction des attentes personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Applicable dans ma pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspects réglementaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment aborder la question du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment répondre aux questions des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment prescrire en pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment assurer le suivi des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment orienter les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le plus intéressant :

Les points à améliorer :

Merci pour votre participation

Annexe 4 : Réponse des professionnels de santé à la question 1 : accompagnez-vous des fumeurs de tabac ?

Réponses aux questions / Professions : effectifs (%)	Jamais	Très rarement	Parfois	Souvent	Pas de réponse
IDE (N=146)	21 (14,38%)	32 (21,92%)	40 (27,40%)	53 (36,30%)	0 (0,00%)
Sage-Femme (N=79)	7 (8,86%)	11 (13,92%)	41 (51,90%)	19 (24,05%)	1 (1,27%)
Pharmacien (N=77)	1 (1,30%)	7 (9,09%)	35 (45,45%)	34 (44,16%)	0 (0,00%)
Médecin (N=66)	0 (0,00%)	2 (3,03%)	22 (33,33%)	42 (63,64%)	0 (0,00%)
Chirurgien-dentiste (N=48)	17 (35,42%)	9 (18,75%)	16 (33,33%)	6 (12,50%)	0 (0,00%)
Masseur-kinésithérapeute (N=37)	11 (29,73%)	10 (27,03%)	11 (29,73%)	3 (8,11%)	2 (5,41%)
Préparateur en pharmacie (N=18)	2 (11,11%)	1 (5,56%)	7 (38,89%)	8 (44,44%)	0 (0,00%)
Autres (N=16)	2 (12,50%)	3 (18,75%)	5 (31,25%)	4 (25,00%)	2 (12,50%)

Annexe 5 : Réponse des professionnels de santé à la question 2 : les patients vous demandent-ils de l'aide pour arrêter de fumer ?

Réponses aux questions / Professions : effectifs (%)	Jamais	Très rarement	Parfois	Souvent	Pas de réponse
IDE (N=146)	32 (21,92%)	36 (24,66%)	50 (34,25%)	26 (17,81%)	2 (1,37%)
Sage-Femme (N=79)	8 (10,13%)	25 (31,65%)	35 (44,30%)	8 (10,13%)	3 (3,80%)
Pharmacien (N=77)	1 (1,30%)	7 (9,09%)	42 (54,55%)	27 (35,06%)	0 (0,00%)
Médecin (N=66)	1 (1,52%)	6 (9,09%)	40 (60,61%)	18 (27,27%)	1 (1,52%)
Chirurgien-dentiste (N=48)	29 (60,42%)	13 (27,08%)	5 (10,42%)	1 (2,08%)	0 (0,00%)
Masseur-kinésithérapeute (N=37)	9 (24,32%)	13 (35,14%)	14 (37,84%)	1 (2,70%)	0 (0,00%)
Préparateur en pharmacie (N=18)	1 (5,56%)	1 (5,56%)	8 (44,44%)	8 (44,44%)	0 (0,00%)
Autres (N=16)	2 (12,50%)	6 (37,50%)	4 (25,00%)	3 (18,75%)	1 (6,25%)

Annexe 6 à 8 : Tableaux statistiques pour l'analyse de l'objectif principal

Annexes 6 : Réponse à la question 3

Annexe 6.1 : Réponse des professionnels de santé à la question 3 (N=487)

Echelle numérique / Réponses aux questions : effectifs (%)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pas de réponse
Manque de temps	124 (25,46%)	14 (2,87%)	29 (5,95%)	29 (5,95%)	18 (3,70%)	95 (19,51%)	25 (5,13%)	25 (5,13%)	50 (10,27%)	15 (3,08%)	29 (5,95%)	34 (6,98%)
Manque de formation	34 (6,98%)	10 (2,05%)	34 (6,98%)	22 (4,52%)	20 (4,11%)	71 (14,58%)	26 (5,34%)	41 (8,42%)	58 (11,91%)	32 (6,57%)	107 (21,97%)	32 (6,57%)
Manque de ressource en proximité	95 (19,51%)	18 (3,70%)	43 (8,83%)	19 (3,90%)	29 (5,95%)	104 (21,36%)	33 (6,78%)	26 (5,34%)	30 (6,16%)	11 (2,26%)	19 (3,90%)	60 (12,32%)
Sujet non prioritaire	200 (41,07%)	23 (4,72%)	37 (7,60%)	26 (5,34%)	9 (1,85%)	69 (14,17%)	27 (5,54%)	15 (3,08%)	20 (4,11%)	3 (0,62%)	9 (1,85%)	49 (10,06%)
Absence de demande du patient	55 (11,29%)	9 (1,85%)	35 (7,19%)	22 (4,52%)	28 (5,75%)	97 (19,92%)	23 (4,72%)	31 (6,37%)	52 (10,68%)	27 (5,54%)	64 (13,14%)	44 (9,03%)
Prise en charge peu efficace	123 (25,26%)	17 (3,49%)	50 (10,27%)	42 (8,62%)	29 (5,95%)	97 (19,92%)	22 (4,52%)	14 (2,87%)	10 (2,05%)	6 (1,23%)	8 (1,64%)	69 (14,17%)
Absence de rémunération pour l'entretien	193 (39,63%)	20 (4,11%)	23 (4,72%)	17 (3,49%)	13 (2,67%)	53 (10,88%)	13 (2,67%)	24 (4,93%)	29 (5,95%)	11 (2,26%)	37 (7,60%)	54 (11,09%)
Difficile d'aborder le sujet	203 (41,68%)	21 (4,31%)	44 (9,03%)	44 (9,03%)	19 (3,90%)	52 (10,68%)	17 (3,49%)	14 (2,87%)	15 (3,08%)	4 (0,82%)	7 (1,44%)	47 (9,65%)
Refus du patient d'en parler	118 (24,23%)	20 (4,11%)	49 (10,06%)	32 (6,57%)	28 (5,75%)	77 (15,81%)	23 (4,72%)	30 (6,16%)	27 (5,54%)	13 (2,67%)	23 (4,72%)	47 (9,65%)

Annexe 6.2 : Réponse des professionnels de santé à la question 3 selon la profession (N=453)

Professions / Réponses aux questions	IDE (N=146)	Sage-femme (N=79)	Pharmacien (N=77)	Médecin (N=66)	Chirurgien-dentiste (N=48)	Masseur-kinésithérapeute (N=37)	p (ANOVA test)
Manque de temps (N=424)	3,83	3,80	3,99	4,40	5,71	4,76	0,0163
Manque de formation (N=425)	6,59	6,42	5,18	4,42	8,20	7,70	3,797E-11
Manque de ressources en proximité (N=402)	4,57	3,51	4,08	2,96	4,61	4,06	0,0085
Sujet non prioritaire (N=412)	2,77	1,93	1,82	2,28	3,32	4,17	0,0002
Absence de demande du patient (N=415)	5,58	5,33	4,70	5,27	6,98	5,47	0,0113
Prise en charge peu efficace (N=394)	3,30	2,42	3,26	2,97	3,49	3,06	0,2549
Absence de rémunération pour l'entretien (N=405)	2,99	2,19	4,19	2,10	4,56	4,49	0,00002
Difficile d'aborder le sujet (N=407)	2,33	1,71	2,93	1,57	3,44	2,26	0,0014
Refus du patient d'en parler (N=439)	3,45	3,89	3,84	3,75	4,11	2,91	0,5176

Annexe 6.3 : Réponse des professionnels de santé à la question 3 selon le lieu d'exercice (N=464)

Lieu d'exercice / Réponses aux questions	Rural (N=129)	Semi-rural (N=118)	Urbain (N=217)	p (ANOVA test)
Manque de temps (N=431)	3,76	4,36	4,26	0,3075
Manque de formation (N=434)	5,85	6,41	6,51	0,1782
Manque de ressources en proximité (N=409)	4,37	4,08	3,81	0,2801
Sujet non prioritaire (N=420)	2,58	2,59	2,43	0,8533
Absence de demande du patient (N=425)	5,28	5,72	5,22	0,4023
Prise en charge peu efficace (N=400)	3,32	3,11	2,94	0,4854
Absence de rémunération pour l'entretien (N=413)	3,24	3,00	3,37	0,7026
Difficile d'aborder le sujet (N=420)	2,39	2,42	2,14	0,5962
Refus du patient d'en parler (N=421)	3,78	3,57	3,57	0,8323

Annexe 6.4 : Réponse des professionnels de santé à la question 3 selon le département (N=487)

Départements / Réponses aux questions	Charente (16) (N=49)	Charentes Maritimes (17) (N=56)	Corrèze (19) (N=38)	Creuse (23) (N=25)	Dordogne (24) (N=21)	Gironde (33) (N=33)	Landes (40) (N=22)	Lot et Garonne (47) (N=63)	Pyrénées Atlantiques (64) (N=95)	Deux Sèvres (79) (N=42)	Vienne (86) (N=23)	Haute Vienne (87) (N=20)	p (ANOVA test)
Manque de temps (N=452)	3,60	3,90	4,23	3,96	4,90	3,03	5,11	4,28	4,00	3,90	5,48	4,32	0,3952
Manque de formation (N=454)	5,57	6,17	6,08	6,79	6,67	6,77	6,90	6,47	6,05	6,31	6,67	5,42	0,7947
Manque de ressources en proximité (N=426)	4,00	4,22	3,91	4,83	5,40	4,31	4,25	4,18	3,25	3,88	4,58	2,56	0,1044
Sujet non prioritaire (N=437)	1,98	2,39	2,85	2,45	3,62	1,55	3,12	2,65	2,39	2,46	3,65	2,26	0,3152
Absence de demande du patient (N=442)	5,16	4,65	5,03	7,52	4,80	5,37	5,56	5,18	5,66	5,73	5,60	5,42	0,1484
Prise en charge peu efficace (N=417)	3,00	2,88	2,70	4,05	3,22	2,89	2,67	3,36	3,27	2,56	3,47	3,00	0,7621
Absence de rémunération pour l'entretien (N=432)	2,60	3,14	2,68	3,52	4,50	3,50	3,06	3,15	3,24	2,78	4,71	2,83	0,6699
Difficile d'aborder le sujet (N=439)	2,24	2,23	2,44	1,83	2,35	1,69	2,00	2,68	2,20	2,24	2,70	2,58	0,9563
Refus du patient d'en parler (N=439)	3,96	2,92	3,76	4,92	2,95	3,48	3,41	3,73	3,83	4,00	2,89	4,11	0,4677

Annexe 6.5 : Réponse des professionnels de santé à la question 3 selon l'ancienneté d'exercice (ans) (N=471)

Ancienneté d'exercice / Réponses aux questions	[0-9] (N=128)	[10-19] (N=110)	[20-29] (N=116)	>= 30 (N=117)	p (ANOVA test)
Manque de temps (N=437)	4,11	4,00	3,84	4,44	0,5891
Manque de formation (N=441)	6,63	6,56	6,15	5,81	0,1900
Manque de ressources en proximité (N=414)	4,21	4,13	3,97	3,77	0,7149
Sujet non prioritaire (N=423)	2,21	2,02	2,88	3,00	0,0331
Absence de demande du patient (N=429)	5,49	5,04	4,85	6,29	0,0061
Prise en charge peu efficace (N=403)	2,63	3,01	2,88	3,95	0,0026
Absence de rémunération pour l'entretien (N=419)	3,41	3,23	2,86	3,27	0,7163
Difficile d'aborder le sujet (N=425)	2,22	1,99	2,23	2,75	0,2318
Refus du patient d'en parler (N=424)	3,85	3,70	3,53	3,89	0,8352

Annexe 6.6 : Réponse des professionnels de santé à la question 3 selon le statut tabagique (N=480)

Statut tabagique / Réponses aux questions	Ex-Fumeur (N=126)	Fumeur (N=50)	Non-Fumeur (N=304)	p (ANOVA test)
Manque de temps (N=446)	3,99	4,23	4,12	0,8993
Manque de formation (N=448)	5,99	7,23	6,25	0,0700
Manque de ressources en proximité (N=421)	3,89	4,48	3,99	0,5366
Sujet non prioritaire (N=431)	2,77	3,20	2,24	0,0507
Absence de demande du patient (N=436)	5,27	6,89	5,24	0,0049
Prise en charge peu efficace (N=411)	3,07	3,24	3,04	0,8968
Absence de rémunération pour l'entretien (N=426)	2,96	3,36	3,27	0,7143
Difficile d'aborder le sujet (N=433)	2,04	2,62	2,35	0,4078
Refus du patient d'en parler (N=433)	3,35	4,33	3,78	0,1900

Annexes 7 : Réponse à la question 4

Annexe 7.1 : Réponse des professionnels de santé à la question 4 (N=487)

Echelle numérique / Réponses aux questions : effectifs (%)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pas de réponse
Ils n'ont pas le temps	141 (28,95%)	25 (5,13%)	40 (8,21%)	19 (3,90%)	24 (4,93%)	98 (20,12%)	15 (3,08%)	22 (4,52%)	28 (5,75%)	5 (1,03%)	8 (1,64%)	62 (12,73%)
Ils ne savent pas que je peux les aider	26 (5,34%)	5 (1,03%)	23 (4,72%)	20 (4,11%)	14 (2,87%)	69 (14,17%)	31 (6,37%)	36 (7,39%)	71 (14,58%)	29 (5,95%)	115 (23,61%)	48 (9,86%)
Ils n'ont pas envie d'arrêter	9 (1,85%)	3 (0,62%)	15 (3,08%)	5 (1,03%)	8 (1,64%)	102 (20,94%)	35 (7,19%)	60 (12,32%)	90 (18,48%)	34 (6,98%)	84 (17,25%)	42 (8,62%)
Ils n'osent pas m'en parler	83 (17,04%)	14 (2,87%)	39 (8,01%)	39 (8,01%)	25 (5,13%)	96 (19,71%)	31 (6,37%)	28 (5,75%)	46 (9,45%)	11 (2,26%)	16 (3,29%)	59 (12,11%)
Ils connaissent mal les aides	11 (2,26%)	2 (0,41%)	10 (2,05%)	20 (4,11%)	16 (3,29%)	78 (16,02%)	42 (8,62%)	48 (9,86%)	105 (21,56%)	41 (8,42%)	72 (14,78%)	42 (8,62%)
Ils pensent que les aides ne marchent pas	10 (2,05%)	2 (0,41%)	15 (3,08%)	18 (3,70%)	19 (3,90%)	96 (19,71%)	45 (9,24%)	59 (12,11%)	110 (22,59%)	24 (4,93%)	46 (9,45%)	43 (8,83%)
Ils ne pensent pas que c'est une maladie	23 (4,72%)	3 (0,62%)	20 (4,11%)	18 (3,70%)	16 (3,29%)	69 (14,17%)	22 (4,52%)	39 (8,01%)	86 (17,66%)	40 (8,21%)	104 (21,36%)	47 (9,65%)
Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés	15 (3,08%)	7 (1,44%)	21 (4,31%)	19 (3,90%)	16 (3,29%)	98 (20,12%)	42 (8,62%)	56 (11,50%)	79 (16,22%)	26 (5,34%)	63 (12,94%)	45 (9,24%)
Ils pensent pouvoir arrêter seuls	14 (2,87%)	4 (0,82%)	25 (5,13%)	22 (4,52%)	24 (4,93%)	125 (25,67%)	40 (8,21%)	48 (9,86%)	73 (14,99%)	19 (3,90%)	46 (9,45%)	47 (9,65%)

Annexe 7.2 : Réponse des professionnels de santé à la question 4 selon la profession (N=453)

Professions / Réponses aux questions	IDE (N=146)	Sage-femme (N=79)	Pharmacien (N=77)	Médecin (N=66)	Chirurgien-dentiste (N=48)	Masseur-kinésithérapeute (N=37)	p (ANOVA test)
Ils n'ont pas le temps (N=398)	2,90	1,87	4,75	2,91	3,64	2,97	4,066E-07
Ils ne savent pas que je peux les aider (N=410)	6,88	6,60	6,19	4,64	8,61	8,44	1,539E-12
Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=417)	6,93	7,14	6,87	7,35	6,81	6,28	0,3570
Ils n'osent pas m'en parler (N=399)	3,76	4,24	4,80	3,21	5,43	4,00	0,0013
Ils connaissent mal les aides (N=415)	7,11	7,11	6,69	5,93	7,55	7,06	0,0091
Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=415)	6,87	6,64	6,45	6,05	6,34	6,11	0,1995
Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=415)	6,87	7,23	6,80	6,52	7,09	7,17	0,7511
Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=412)	6,98	6,44	5,43	5,28	7,02	6,89	0,000004
Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=410)	6,51	6,21	5,75	5,69	5,33	5,57	0,0343

Annexe 7.3 : Réponse des professionnels de santé à la question 4 selon le lieu d'exercice (N=464)

Lieu d'exercice / Réponses aux questions	Rural (N=129)	Semi-rural (N=118)	Urbain (N=217)	p (ANOVA test)
Ils n'ont pas le temps (N=407)	3,12	3,03	3,29	0,7473
Ils ne savent pas que je peux les aider (N=420)	6,58	6,98	6,58	0,4955
Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=426)	6,75	7,25	6,80	0,1925
Ils n'osent pas m'en parler (N=410)	3,99	4,37	4,14	0,6205
Ils connaissent mal les aides (N=426)	6,79	6,65	7,01	0,4136
Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=425)	6,55	6,50	6,44	0,9153
Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=421)	6,98	6,98	6,77	0,7443
Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=423)	6,18	6,29	6,48	0,5856
Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=422)	5,72	5,73	6,27	0,0745

Annexe 7.4 : Réponse des professionnels de santé à la question 4 selon le département (N=487)

Départements / Réponses aux questions	Charente (16) (N=49)	Charentes Maritimes (17) (N=56)	Corrèze (19) (N=38)	Creuse (23) (N=25)	Dordogne (24) (N=21)	Gironde (33) (N=33)	Landes (40) (N=22)	Lot et Garonne (47) (N=63)	Pyrénées Atlantiques (64) (N=95)	Deux Sèvres (79) (N=42)	Vienne (86) (N=23)	Haute Vienne (87) (N=20)	P (ANOVA test)
Ils n'ont pas le temps (N=424)	3,81	3,33	3,24	3,39	3,40	2,40	2,72	3,56	2,30	2,46	5,57	3,50	0,0012
Ils ne savent pas que je peux les aider (N=438)	6,65	6,46	6,11	7,29	6,38	8,07	6,70	6,55	6,67	6,15	7,67	6,05	0,2532
Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=444)	6,98	6,67	7,31	8,38	6,33	6,97	6,85	6,72	6,71	7,32	6,68	6,79	0,2135
Ils n'osent pas m'en parler (N=427)	4,93	3,67	4,31	3,65	4,33	4,90	3,61	4,95	3,85	3,63	4,43	4,05	0,2459
Ils connaissent mal les aides (N=444)	7,02	6,84	6,50	7,33	6,86	7,61	7,06	6,75	6,75	6,93	6,52	6,26	0,8060
Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=443)	6,28	6,25	6,17	8,00	7,43	6,71	5,85	6,18	6,42	6,27	7,20	6,47	0,0340
Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=439)	7,33	6,48	6,44	7,63	8,00	6,97	7,37	5,75	6,58	7,07	7,43	7,11	0,0756
Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=441)	6,09	6,41	6,44	6,71	6,48	7,26	6,00	6,33	6,18	6,10	6,40	5,84	0,8291
Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=439)	6,09	5,76	6,21	6,63	6,40	6,29	4,00	6,16	5,81	6,22	5,67	6,11	0,1187

Annexe 7.5 : Réponse des professionnels de santé à la question 4 selon l'ancienneté d'exercice (ans) (N=471)

Ancienneté d'exercice / Réponses aux questions	[0-9] (N=128)	[10-19] (N=110)	[20-29] (N=116)	≥ 30 (N=117)	p (ANOVA test)
Ils n'ont pas le temps (N=413)	3,17	2,96	3,01	3,53	0,5278
Ils ne savent pas que je peux les aider (N=426)	6,98	6,75	6,31	6,79	0,4087
Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=432)	7,16	6,97	6,70	6,93	0,5515
Ils n'osent pas m'en parler (N=415)	4,20	4,07	4,32	4,24	0,9467
Ils connaissent mal les aides (N=432)	7,04	6,48	7,17	6,99	0,1588
Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=431)	6,75	6,46	6,71	6,16	0,2007
Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=427)	7,09	6,70	6,77	6,94	0,7316
Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=429)	6,81	6,08	6,31	6,22	0,1534
Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=427)	6,00	6,11	6,02	5,92	0,9598

Annexe 7.6 : Réponse des professionnels de santé à la question 4 selon le statut tabagique (N=480)

Statut tabagique / Réponses aux questions	Ex-Fumeur (N=126)	Fumeur (N=50)	Non-Fumeur (N=304)	p (ANOVA test)
Ils n'ont pas le temps (N=418)	2,75	2,93	3,37	0,1413
Ils ne savent pas que je peux les aider (N=432)	6,61	6,98	6,67	0,7779
Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=438)	6,85	6,72	7,01	0,6536
Ils n'osent pas m'en parler (N=421)	3,86	5,32	4,21	0,0197
Ils connaissent mal les aides (N=438)	6,77	7,20	6,90	0,5895
Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=437)	6,34	6,96	6,48	0,3017
Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=433)	6,40	7,60	6,92	0,0455
Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=435)	6,45	7,00	6,18	0,1151
Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=433)	5,78	6,39	6,04	0,3605

Annexe 8 : Réponse à la question 5

Annexe 8.1 : Réponse des professionnels de santé à la question 5 (N=487)

Echelle numérique / Réponses aux questions : effectifs (%)		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pas de réponse
Pour le patient	Je suis près de chez eux	15 (3,08%)	4 (0,82%)	9 (1,85%)	9 (1,85%)	8 (1,64%)	73 (14,99%)	23 (4,72%)	34 (6,98%)	101 (20,74%)	32 (6,57%)	117 (24,02%)	62 (12,73%)
	Je peux les recevoir rapidement	25 (5,13%)	5 (1,03%)	18 (3,70%)	6 (1,23%)	12 (2,46%)	58 (11,91%)	29 (5,95%)	40 (8,21%)	94 (19,30%)	40 (8,21%)	100 (20,53%)	60 (12,32%)
	Ils ont confiance en moi	5 (1,03%)	3 (0,62%)	4 (0,82%)	2 (0,41%)	3 (0,62%)	45 (9,24%)	20 (4,11%)	47 (9,65%)	141 (28,95%)	51 (10,47%)	112 (23,00%)	54 (11,09%)
Pour moi	Me donner un guide simple et pragmatique	10 (2,05%)	3 (0,62%)	4 (0,82%)	9 (1,85%)	6 (1,23%)	36 (7,39%)	15 (3,08%)	26 (5,34%)	111 (22,79%)	34 (6,98%)	171 (35,11%)	62 (12,73%)
	Me montrer des ordonnances types	25 (5,13%)	4 (0,82%)	20 (4,11%)	15 (3,08%)	10 (2,05%)	53 (10,88%)	21 (4,31%)	15 (3,08%)	93 (19,10%)	27 (5,54%)	123 (25,26%)	81 (16,63%)
	Faciliter l'accès aux soins spécialisés	12 (2,46%)	2 (0,41%)	10 (2,05%)	7 (1,44%)	12 (2,46%)	54 (11,09%)	37 (7,60%)	44 (9,03%)	86 (17,66%)	35 (7,19%)	113 (23,20%)	75 (15,40%)
	Disposer d'une formation en ligne	23 (4,72%)	8 (1,64%)	30 (6,16%)	18 (3,70%)	16 (3,29%)	73 (14,99%)	27 (5,54%)	34 (6,98%)	74 (15,20%)	22 (4,52%)	95 (19,51%)	67 (13,76%)
	Proposer une formation près de chez moi	16 (3,29%)	3 (0,62%)	16 (3,29%)	12 (2,46%)	9 (1,85%)	51 (10,47%)	24 (4,93%)	29 (5,95%)	95 (19,51%)	25 (5,13%)	139 (28,54%)	68 (13,96%)
	Me former en face à face au cabinet	59 (12,11%)	3 (0,62%)	40 (8,21%)	23 (4,72%)	14 (2,87%)	76 (15,61%)	23 (4,72%)	21 (4,31%)	54 (11,09%)	20 (4,11%)	55 (11,29%)	99 (20,33%)
	Pouvoir coter un acte spécifique valorisé	61 (12,53%)	7 (1,44%)	16 (3,29%)	14 (2,87%)	9 (1,85%)	51 (10,47%)	33 (6,78%)	26 (5,34%)	62 (12,73%)	15 (3,08%)	99 (20,33%)	94 (19,30%)
	Le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide	16 (3,29%)	4 (0,82%)	0 (0,00%)	4 (0,82%)	6 (1,23%)	49 (10,06%)	27 (5,54%)	33 (6,78%)	86 (17,66%)	31 (6,37%)	160 (32,85%)	71 (14,58%)

Annexe 8.2: Réponse des professionnels de santé à la question 5 selon la profession (N=453)

Professions / Réponses aux questions		IDE (N=146)	Sage-femme (N=79)	Pharmacien (N=77)	Médecin (N=66)	Chirurgien-dentiste (N=48)	Masseur-kinésithérapeute (N=37)	p (ANOVA test)
Pour le patient	Je suis près de chez eux (N=396)	7,81	6,99	7,96	6,78	6,26	7,43	0,0013
	Je peux les recevoir rapidement (N=399)	7,57	6,82	8,33	6,63	4,29	6,03	4,0086E-13
	Ils ont confiance en moi (N=404)	7,96	7,84	7,79	8,12	7,76	7,83	0,9284
Pour moi	Me donner un guide simple et pragmatique (N=400)	7,92	8,54	7,87	7,63	8,54	7,94	0,1880
	Me montrer des ordonnances types (N=384)	7,41	7,61	5,15	6,08	8,24	7,42	2,6087E-07
	Faciliter l'accès aux soins spécialisés (N=389)	7,59	7,75	7,00	6,93	6,81	7,66	0,1318
	Disposer d'une formation en ligne (N=396)	6,04	6,32	6,58	5,88	6,84	7,46	0,1085
	Proposer une formation près de chez moi (N=395)	7,92	7,29	7,30	6,16	7,00	7,63	0,0045
	Me former en face à face au cabinet (N=370)	5,48	5,63	5,30	4,25	4,78	5,43	0,1810
	Pouvoir coter un acte spécifique valorisé (N=373)	5,60	6,18	6,37	5,46	6,63	7,26	0,0961
	Le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide (N=391)	7,75	8,00	7,83	7,72	7,17	8,24	0,5293

Annexe 8.3 : Réponse des professionnels de santé à la question 5 selon le lieu d'exercice (N=464)

Lieu d'exercice / Réponses aux questions		Rural (N=129)	Semi-rural (N=118)	Urbain (N=217)	p (ANOVA test)
Pour le patient	Je suis près de chez eux (N=406)	7,93	7,25	6,93	0,0045
	Je peux les recevoir rapidement (N=409)	7,47	6,85	6,62	0,0379
	Ils ont confiance en moi (N=415)	8,00	8,07	7,66	0,1718
Pour moi	Me donner un guide simple et pragmatique (N=409)	8,22	8,20	7,86	0,3355
	Me montrer des ordonnances types (N=389)	7,05	7,06	6,90	0,8855
	Faciliter l'accès aux soins spécialisés (N=394)	7,46	7,29	7,27	0,7968
	Disposer d'une formation en ligne (N=401)	6,29	6,61	6,31	0,6695
	Proposer une formation près de chez moi (N=401)	7,65	7,14	7,26	0,3379
	Me former en face à face au cabinet (N=370)	5,23	5,26	5,24	0,9981
	Pouvoir coter un acte spécifique valorisé (N=374)	5,85	5,99	6,14	0,8010
	Le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide (N=398)	7,70	7,50	7,93	0,3811

Annexe 8.4 : Réponse des professionnels de santé à la question 5 selon le département (N=487)

Départements / Réponses aux questions		Charente (16) (N=49)	Charentes Maritimes (17) (N=56)	Corrèze (19) (N=38)	Creuse (23) (N=25)	Dordogne (24) (N=21)	Gironde (33) (N=33)	Landes (40) (N=22)	Lot et Garonne (47) (N=63)	Pyrénées Atlantiques (64) (N=95)	Deux Sèvres (79) (N=42)	Vienne (86) (N=23)	Haute Vienne (87) (N=20)	p (ANOVA test)
Pour le patient	Je suis près de chez eux (N=423)	7,73	7,54	6,91	8,05	7,70	7,45	7,63	6,86	7,31	7,18	6,10	7,00	0,4209
	Je peux les recevoir rapidement (N=426)	7,59	6,98	7,11	7,52	7,26	7,13	6,37	5,95	7,08	7,10	5,95	7,39	0,2233
	Ils ont confiance en moi (N=423)	7,73	7,54	6,91	8,05	7,70	7,45	7,63	6,86	7,31	7,18	6,10	7,00	0,4209
Pour moi	Me donner un guide simple et pragmatique (N=432)	7,57	8,35	8,14	8,35	7,57	8,00	7,89	7,67	7,85	7,85	7,43	7,61	0,7032
	Me montrer des ordonnances types (N=424)	8,05	8,40	7,72	8,39	8,90	8,87	7,32	8,08	7,28	8,32	7,81	8,67	0,0344
	Faciliter l'accès aux soins spécialisés (N=404)	6,92	6,88	5,94	7,43	7,50	7,79	6,65	7,73	6,28	8,23	6,17	6,53	0,0162
	Disposer d'une formation en ligne (N=411)	7,60	7,05	7,14	7,78	7,79	7,50	7,71	7,66	7,20	7,40	6,81	6,39	0,7466
	Proposer une formation près de chez moi (N=419)	6,75	6,56	6,37	4,96	6,80	6,93	7,53	6,92	5,55	7,14	5,81	6,06	0,0309
	Me former en face à face au cabinet (N=418)	7,65	7,09	7,15	8,04	8,10	7,62	8,44	7,50	7,17	6,90	6,81	6,72	0,4975
	Pouvoir coter un acte spécifique valorisé (N=387)	5,00	5,13	5,66	5,36	6,56	5,70	6,25	6,11	4,92	4,77	4,06	3,41	0,0873
	Le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide (N=392)	5,14	6,21	5,94	6,70	7,31	6,24	7,16	5,92	5,95	5,72	6,29	5,41	0,6736

Annexe 8.5 : Réponse des professionnels de santé à la question 5 selon l'ancienneté d'exercice (ans) (N=471)

Ancienneté d'exercice / Réponses aux questions		[0-9] (N=128)	[10-19] (N=110)	[20-29] (N=116)	>= 30 (N=117)	p (ANOVA test)
Pour le patient	Je suis près de chez eux (N=413)	7,34	7,41	7,44	6,84	0,3147
	Je peux les recevoir rapidement (N=415)	7,07	6,94	7,01	6,59	0,6484
	Ils ont confiance en moi (N=421)	8,08	7,98	7,79	7,56	0,2487
Pour moi	Me donner un guide simple et pragmatique (N=413)	8,24	8,00	7,94	7,82	0,6129
	Me montrer des ordonnances types (N=389)	7,49	6,98	6,33	7,02	0,0557
	Faciliter l'accès aux soins spécialisés (N=401)	7,51	7,11	7,55	7,06	0,3663
	Disposer d'une formation en ligne (N=409)	6,98	6,07	6,54	5,90	0,0400
	Proposer une formation près de chez moi (N=407)	7,83	7,31	7,46	6,58	0,0126
	Me former en face à face au cabinet (N=378)	5,69	5,38	5,22	4,51	0,0968
	Pouvoir coter un acte spécifique valorisé (N=382)	6,60	6,15	5,28	5,94	0,0710
	Le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide (N=404)	7,95	8,08	7,57	7,47	0,2677

Annexe 8.6 : Réponse des professionnels de santé à la question 5 selon le statut tabagique (N=480)

Statut tabagique / Réponses aux questions		Ex-Fumeur (N=126)	Fumeur (N=50)	Non-Fumeur (N=304)	p (ANOVA test)
Pour le patient	Je suis près de chez eux (N=419)	6,98	8,00	7,27	0,0912
	Je peux les recevoir rapidement (N=422)	6,74	7,21	6,95	0,6352
	Ils ont confiance en moi (N=428)	7,85	8,16	7,83	0,6030
Pour moi	Me donner un guide simple et pragmatique (N=418)	7,68	8,19	8,14	0,2046
	Me montrer des ordonnances types (N=401)	6,35	7,21	7,20	0,0447
	Faciliter l'accès aux soins spécialisés (N=407)	6,99	7,62	7,43	0,2431
	Disposer d'une formation en ligne (N=415)	5,86	6,43	6,64	0,0784
	Proposer une formation près de chez moi (N=413)	6,96	8,35	7,40	0,0234
	Me former en face à face au cabinet (N=384)	5,45	5,11	5,20	0,7738
	Pouvoir coter un acte spécifique valorisé (N=388)	5,79	6,87	6,02	0,2561
	Le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide (N=410)	7,81	8,00	7,74	0,8246

Annexe 9 : Satisfaction en fonction des professions des participants (N=434)

Satisfaction / Professions : effectifs (%)	Très satisfaisant	Satisfaisant	Acceptable	Insatisfaisant	Pas de réponse	P-value
Organisation matérielle						
IDE (N=127)	86 (67,72%)	33 (25,98%)	3 (2,36%)	2 (1,57%)	3 (2,36%)	0.000211
Pharmacien (N=74)	40 (54,05%)	32 (43,24%)	1 (1,35%)	1 (1,35%)	0 (0,00%)	
Sage-femme (N=70)	53 (75,71%)	17 (24,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Médecin (N=55)	38 (69,09%)	15 (27,27%)	1 (1,82%)	0 (0,00%)	1 (1,82%)	
Chirurgien-dentiste (N=40)	20 (50,00%)	17 (42,50%)	2 (5,00%)	0 (0,00%)	1 (2,50%)	
Masseur-kinésithérapeute (N=36)	23 (63,89%)	11 (30,56%)	2 (5,56%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Préparateur en pharmacie (N=17)	4 (23,53%)	10 (58,82%)	2 (11,76%)	1 (5,88%)	0 (0,00%)	
Autres (N=14)	11 (78,57%)	3 (21,43%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Moyens pédagogiques						
IDE (N=127)	82 (64,57%)	36 (28,35%)	3 (2,36%)	2 (1,57%)	4 (3,15%)	0.00026
Pharmacien (N=74)	32 (43,24%)	37 (50,00%)	4 (5,41%)	1 (1,35%)	0 (0,00%)	
Sage-femme (N=70)	51 (72,86%)	19 (27,14%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Médecin (N=55)	34 (61,82%)	18 (32,73%)	1 (1,82%)	0 (0,00%)	2 (3,64%)	
Chirurgien-dentiste (N=40)	22 (55,00%)	13 (32,50%)	4 (10,00%)	0 (0,00%)	1 (2,50%)	
Masseur-kinésithérapeute (N=36)	24 (66,67%)	9 (25,00%)	3 (8,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Préparateur en pharmacie (N=17)	5 (29,41%)	8 (47,06%)	3 (17,65%)	1 (5,88%)	0 (0,00%)	
Autres (N=14)	10 (71,43%)	4 (28,57%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Satisfaction des attentes personnelles						
IDE (N=127)	54 (42,52%)	61 (48,03%)	7 (5,51%)	0 (0,00%)	5 (3,94%)	0.15824
Pharmacien (N=74)	34 (45,95%)	37 (50,00%)	1 (1,35%)	1 (1,35%)	1 (1,35%)	
Sage-femme (N=70)	44 (62,86%)	25 (35,71%)	1 (1,43%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Médecin (N=55)	29 (52,73%)	23 (41,82%)	1 (1,82%)	0 (0,00%)	2 (3,64%)	
Chirurgien-dentiste (N=40)	18 (45,00%)	18 (45,00%)	3 (7,50%)	0 (0,00%)	1 (2,50%)	
Masseur-kinésithérapeute (N=36)	17 (47,22%)	14 (38,89%)	3 (8,33%)	2 (5,56%)	0 (0,00%)	
Préparateur en pharmacie (N=17)	6 (35,29%)	10 (58,82%)	1 (5,88%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Autres (N=14)	8 (57,14%)	4 (28,57%)	1 (7,14%)	0 (0,00%)	1 (7,14%)	
Applicable dans ma pratique						
IDE (N=127)	46 (36,22%)	48 (37,80%)	26 (20,47%)	1 (0,79%)	6 (4,72%)	6.611E-8
Pharmacien (N=74)	29 (39,19%)	37 (50,00%)	6 (8,11%)	2 (2,70%)	0 (0,00%)	
Sage-femme (N=70)	43 (61,43%)	24 (34,29%)	2 (2,86%)	0 (0,00%)	1 (1,43%)	
Médecin (N=55)	34 (61,82%)	17 (30,91%)	2 (3,64%)	0 (0,00%)	2 (3,64%)	
Chirurgien-dentiste (N=40)	11 (27,50%)	13 (32,50%)	13 (32,50%)	1 (2,50%)	2 (5,00%)	
Masseur-kinésithérapeute (N=36)	8 (22,22%)	13 (36,11%)	15 (41,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Préparateur en pharmacie (N=17)	5 (29,41%)	9 (52,94%)	2 (11,76%)	0 (0,00%)	1 (5,88%)	
Autres (N=14)	6 (42,86%)	3 (21,43%)	2 (14,29%)	1 (7,14%)	2 (14,29%)	

Satisfaction / Professions : effectifs (%)	Très satisfaisant	Satisfaisant	Acceptable	Insatisfaisant	Pas de réponse	P-value
Aspects réglementaires						
IDE (N=127)	39 (30,71%)	61 (48,03%)	11 (8,66%)	4 (3,15%)	12 (9,45%)	0.000134
Pharmacien (N=74)	24 (32,43%)	43 (58,11%)	6 (8,11%)	1 (1,35%)	0 (0,00%)	
Sage-femme (N=70)	44 (62,86%)	24 (34,29%)	2 (2,86%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Médecin (N=55)	27 (49,09%)	19 (34,55%)	6 (10,91%)	1 (1,82%)	2 (3,64%)	
Chirurgien-dentiste (N=40)	11 (27,50%)	16 (40,00%)	11 (27,50%)	1 (2,50%)	1 (2,50%)	
Masseur-kinésithérapeute (N=36)	11 (30,56%)	17 (47,22%)	8 (22,22%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Préparateur en pharmacie (N=17)	5 (29,41%)	8 (47,06%)	3 (17,65%)	0 (0,00%)	1 (5,88%)	
Autres (N=14)	5 (35,71%)	5 (35,71%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	2 (14,29%)	
Comment aborder la question du tabac						
IDE (N=127)	61 (48,03%)	56 (44,09%)	3 (2,36%)	0 (0,00%)	7 (5,51%)	0.40049
Pharmacien (N=74)	39 (52,70%)	29 (39,19%)	6 (8,11%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Sage-femme (N=70)	45 (64,29%)	24 (34,29%)	1 (1,43%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Médecin (N=55)	27 (49,09%)	24 (43,64%)	1 (1,82%)	0 (0,00%)	3 (5,45%)	
Chirurgien-dentiste (N=40)	17 (42,50%)	20 (50,00%)	2 (5,00%)	0 (0,00%)	1 (2,50%)	
Masseur-kinésithérapeute (N=36)	19 (52,78%)	13 (36,11%)	4 (11,11%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Préparateur en pharmacie (N=17)	6 (35,29%)	8 (47,06%)	1 (5,88%)	0 (0,00%)	2 (11,76%)	
Autres (N=14)	8 (57,14%)	5 (35,71%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (7,14%)	
Comment répondre aux questions des patients						
IDE (N=127)	54 (42,52%)	61 (48,03%)	4 (3,15%)	1 (0,79%)	7 (5,51%)	0.664242
Pharmacien (N=74)	35 (47,30%)	35 (47,30%)	3 (4,05%)	1 (1,35%)	0 (0,00%)	
Sage-femme (N=70)	34 (48,57%)	35 (50,00%)	1 (1,43%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Médecin (N=55)	30 (54,55%)	20 (36,36%)	3 (5,45%)	0 (0,00%)	2 (3,64%)	
Chirurgien-dentiste (N=40)	17 (42,50%)	19 (47,50%)	3 (7,50%)	0 (0,00%)	1 (2,50%)	
Masseur-kinésithérapeute (N=36)	16 (44,44%)	13 (36,11%)	6 (16,67%)	0 (0,00%)	1 (2,78%)	
Préparateur en pharmacie (N=17)	5 (29,41%)	7 (41,18%)	2 (11,76%)	0 (0,00%)	3 (17,65%)	
Autres (N=14)	8 (57,14%)	4 (28,57%)	1 (7,14%)	0 (0,00%)	1 (7,14%)	
Comment prescrire en pratique						
IDE (N=127)	52 (40,94%)	53 (41,73%)	15 (11,81%)	1 (0,79%)	6 (4,72%)	0.00180
Pharmacien (N=74)	16 (21,62%)	24 (32,43%)	9 (12,16%)	2 (2,70%)	23 (31,08%)	
Sage-femme (N=70)	37 (52,86%)	29 (41,43%)	4 (5,71%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Médecin (N=55)	32 (58,18%)	18 (32,73%)	3 (5,45%)	0 (0,00%)	2 (3,64%)	
Chirurgien-dentiste (N=40)	23 (57,50%)	9 (22,50%)	5 (12,50%)	1 (2,50%)	2 (5,00%)	
Masseur-kinésithérapeute (N=36)	12 (33,33%)	15 (41,67%)	7 (19,44%)	2 (5,56%)	0 (0,00%)	
Préparateur en pharmacie (N=17)	2 (11,76%)	6 (35,29%)	3 (17,65%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Autres (N=14)	6 (42,86%)	3 (21,43%)	0 (0,00%)	2 (14,29%)	3 (21,43%)	

Satisfaction / Professions : effectifs (%)	Très satisfaisant	Satisfaisant	Acceptable	Insatisfaisant	Pas de réponse	P-value
Comment assurer le suivi						
IDE (N=127)	41 (32,28%)	56 (44,09%)	20 (15,75%)	2 (1,57%)	8 (6,30%)	0.05302
Pharmacien (N=74)	23 (31,08%)	43 (58,11%)	6 (8,11%)	0 (0,00%)	2 (2,70%)	
Sage-femme (N=70)	32 (45,71%)	25 (35,71%)	11 (15,71%)	0 (0,00%)	2 (2,86%)	
Médecin (N=55)	25 (45,45%)	22 (40,00%)	6 (10,91%)	0 (0,00%)	2 (3,64%)	
Chirurgien-dentiste (N=40)	9 (22,50%)	17 (42,50%)	11 (27,50%)	1 (2,50%)	2 (5,00%)	
Masseur-kinésithérapeute (N=36)	11 (30,56%)	13 (36,11%)	8 (22,22%)	4 (11,11%)	0 (0,00%)	
Préparateur en pharmacie (N=17)	5 (29,41%)	7 (41,18%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)	3 (17,65%)	
Autres (N=14)	5 (35,71%)	3 (21,43%)	1 (7,14%)	2 (14,29%)	3 (21,43%)	
Comment orienter						
IDE (N=127)	51 (40,16%)	59 (46,46%)	7 (5,51%)	2 (1,57%)	8 (6,30%)	0.50967
Pharmacien (N=74)	32 (43,24%)	32 (43,24%)	8 (10,81%)	0 (0,00%)	2 (2,70%)	
Sage-femme (N=70)	36 (51,43%)	23 (32,86%)	8 (11,43%)	1 (1,43%)	2 (2,86%)	
Médecin (N=55)	22 (40,00%)	20 (36,36%)	8 (14,55%)	1 (1,82%)	4 (7,27%)	
Chirurgien-dentiste (N=40)	18 (45,00%)	19 (47,50%)	2 (5,00%)	0 (0,00%)	1 (2,50%)	
Masseur-kinésithérapeute (N=36)	16 (44,44%)	15 (41,67%)	4 (11,11%)	1 (2,78%)	0 (0,00%)	
Préparateur en pharmacie (N=17)	3 (17,65%)	11 (64,71%)	2 (11,76%)	0 (0,00%)	1 (5,88%)	
Autres (N=14)	8 (57,14%)	4 (28,57%)	0 (0,00%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Titre : Etudes des freins et des leviers des professionnels de santé (PS) à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du tabac, en Nouvelle-Aquitaine.

Contexte : Une nouvelle organisation des soins intitulée Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T) se met en place « en ville » et en Nouvelle-Aquitaine. Il est important d'identifier les freins et les leviers à l'accompagnement des fumeurs par les PS, afin de construire une organisation adaptée à leurs besoins et à ceux des fumeurs.

Méthode : Il s'agit d'une enquête d'opinion sur les pratiques des PS de Nouvelle-Aquitaine. Un questionnaire leur a été distribué lors des formations « nouveaux prescripteurs » sur l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine. 487 questionnaires ont été analysés.

Résultats : Les deux principaux freins des PS sur l'accompagnement du fumeur sont le manque de formation et l'absence de demande du patient. D'après les PS, les principaux freins des fumeurs sont le manque d'envie d'arrêter et le manque de connaissances sur les aides, ils leurs seraient donc imputables. La confiance entre PS et fumeurs, l'amélioration des connaissances des PS et la demande des fumeurs sont les principaux leviers. Des différences significatives apparaissent selon les différentes professions ainsi que selon le profil des soignants.

Discussion : Les L.A.S.T, en proposant un accompagnement adapté, vont faciliter la demande d'aide des fumeurs auprès des PS de proximité. Pour y répondre, il est important de s'adresser aux PS de chaque territoire, de travailler avec eux sur les moyens, les outils et les organisations à développer et sur la place qu'ils souhaitent occuper auprès des fumeurs.

Discipline : médecine générale

Mots-clés : Tabac / Fumeurs / Professionnel de santé / Sevrage tabagique/ Organisation

Intitulé et Adresse de l'UFR : UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux.

ABSTRACT

Title: Studies of the barriers and motivators for health professionals (HP) to get involved in supporting their patients in stopping smoking, in New-Aquitaine.

Context: A new organisation of care entitled Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T.) is being set up "in town" and in New-Aquitaine. It is important to identify the obstacles and levers to support smokers by the HP, in order to build an organisation adapted to their needs and those of smokers.

Method: This is an opinion survey on the practices of the HP in New-Aquitaine. A questionnaire was distributed to them during "new prescriber" training sessions throughout New-Aquitaine. 487 questionnaires were analysed.

Results: The two main obstacles that prevent HPs from providing support for smokers are the lack of training and the absence of patient demand. According to the HPs, the main obstacles for smokers are the lack of desire to stop and the lack of knowledge about the help available, and they are therefore attributable to them. Trust between HPs and smokers, improvement in the knowledge of HPs and demand from smokers are the main levers. Significant differences appear according to the different professions as well as according to the profile of carers.

Discussion: L.A.S.T.s, by offering adapted support, will facilitate smokers' requests for help from local social services. In order to respond to this, it is important to contact the HPs in each area, to work with them on the resources, tools and organisations to be developed and on the place they wish to occupy among smokers.

Discipline: General Medicine

Tags: Tobacco / Smokers / Health professionals / Smoking cessation / Structure

Title and Address of the UFR: Faculty of Medical Sciences of the University of Bordeaux.