



Étude de la viabilité du projet LAST (lieu d'Accompagnement pour une Santé sans Tabac) auprès des médecins généralistes en Nouvelle-Aquitaine

Mélissa Pavia

► To cite this version:

Mélissa Pavia. Étude de la viabilité du projet LAST (lieu d'Accompagnement pour une Santé sans Tabac) auprès des médecins généralistes en Nouvelle-Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03279601

HAL Id: dumas-03279601

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279601>

Submitted on 6 Jul 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

ANNEE 2021

THESE N°73

Présentée et soutenue

Le 30 juin 2021

Par PAVIA Mélissa

Née le 19 juin 1989 à La Teste de Buch (33)

**Etude de la viabilité du projet LAST (lieu d'Accompagnement pour une Santé sans Tabac)
auprès des médecins généralistes en Nouvelle-Aquitaine.**

Sous la direction de Mme le Docteur Christèle BLANC-BISSON

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Patrick BERGER	Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge
Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ	Juge et Rapporteur
Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON	Juge
Madame le Docteur Christèle BLANC-BISSON	Juge et Directrice

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick BERGER. Merci pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ pour l'honneur que vous me faites de juger mon travail ainsi que l'intérêt et les conseils que vous m'avez apportés.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA. Je vous remercie pour votre participation au jury et toute l'aide apportée dès le début de ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON. Merci de me faire l'honneur de juger mon travail.

Merci à Madame le Docteur Christèle BLANC-BISSON, directrice de thèse. Je souhaite vous remercier pour toute l'aide apportée tout au long de ce travail et l'honneur d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Merci à l'équipe du SSMIP et particulièrement à Margaux Fontan pour toute ton aide et ton soutien.

Merci aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail.

Merci aux Docteurs Brigitte et Patrick Lafargue, pour le soutien, la bienveillance et l'accompagnement dans mon parcours vers ce beau travail qu'est la médecine générale et rurale. Merci pour ce travail de transmission si important qu'ils font avec tous les internes passant dans leur belle campagne. Au Docteur Tatiana FRACHET, pour sa gentillesse infaillible et son soutien permanent.

Aux différents chefs qui m'ont transmis leur enseignement tout au long de mes stages et à tout le personnel infirmier et hospitalier si important qui m'a épaulée et accompagnée.

A ma famille. A mes parents qui m'ont accompagnée, soutenue et ont tout fait pour que je puisse réaliser ces longues études, je sais tout ce que vous avez fait pour moi et vous en remercie. A Marina et Nicolas, pour m'avoir aidée à grandir et à toutes leurs belles familles respectives, Franck, Romane, Agathe, Tiffany, Tibo, Owen et Hugo. A Mamoune, pour la créativité que tu m'as transmise et toute l'attention que tu as portée à tes petits-enfants, tes poussins.

A Véronique et Michel, pour m'avoir si bien accueillie dans votre belle famille.

Et bien sûr à Emmanuel, mon partenaire, mon ami, mon copilote depuis si longtemps sans qui tout ceci n'aurait pas été possible, merci pour ta patience sans limite.

A mes amis. A Ophélie, Audrey, Marine, Jenny, cette brochette de copines si précieuse ! A Gaétan, Charles, Camille, Marion, Armand, Jérémy, Aurélie, et les autres Juliette, Romain, Mathias pour tous ces fou-rires, ces moments partagés tous ensembles. A Cécile et Stéphanie. A mes nouveaux amis d'acquois.

A Sarah et ses parents, Muriel et Maurice.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	3
ABREVIATIONS	5
LISTE DES FIGURES , DES TABLEAUX ET DES ANNEXES	6
1 INTRODUCTION	7
1.1 Le tabac, un facteur de risque évitable : un véritable enjeu de santé publique	7
1.2 Les recours du patient pour le sevrage tabagique	8
1.2.1 La cigarette électronique	8
1.2.2 Les méthodes moins conventionnelles	9
1.2.3 Les plans de lutte nationaux	9
1.3 Les moyens d'aide au sevrage disponibles pour le médecin généraliste	10
1.3.1 Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB) et Entretien motivationnel	10
1.3.2 Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	10
1.3.3 Traitement nicotinique substitutif (TNS)	11
1.3.4 Traitement de deuxième intention	11
1.4 Le projet LAST	12
1.5 Question de recherche	13
2 MATERIEL ET METHODE	15
2.1 Population étudiée	15
2.2 Choix de la méthode	15
2.3 Construction de l'étude	16
2.3.1 Réalisation de la grille d'entretien	16
2.3.2 Réalisation des entretiens	17
2.3.3 Méthode d'analyse des entretiens	17
2.3.4 Aspect éthique et réglementaire	18
3 RESULTATS	19

3.1	Modalités de prises de RDV et caractéristiques des entretiens	19
3.1.1	Adaptation du projet LAST à la situation sanitaire, vers l'obtention de deux groupes de médecins.	19
3.1.2	Réalisation des entretiens	21
3.1.3	Adaptation de la grille d'entretien	21
3.1.4	Caractéristiques des entretiens	21
3.2	Analyse au stade de la mise en relation	23
3.2.1	Le tabac dans la pratique des médecins généralistes	23
3.2.2	Leur vision des actions de santé publique et des opérations en réseau pour la médecine de ville	27
3.2.3	Les paramédicaux dans le projet LAST	28
3.2.4	Les femmes enceintes et le sevrage tabagique	30
3.2.5	Le projet LAST	31
3.3	Résultats et Critères de Chen sur la viabilité du projet	39
3.3.1	L'organisation proposée par le projet LAST est-elle accessible pour les médecins généralistes?	39
3.3.2	L'organisation proposée par LAST est-elle adaptée ?	45
3.3.3	L'intervention LAST est-elle utile?	52
3.3.4	L'organisation LAST est-elle réalisable / pratique pour les médecins généralistes?	55
4	DISCUSSION ET PERSPECTIVES	62
4.1	Interprétation des résultats	62
4.2	Les points forts de l'étude	68
4.3	Les limites de l'étude	69
4.4	Perspectives	70
5	CONCLUSION	72
6	BIBLIOGRAPHIE	73
7	ANNEXES	78
	SERMENT D'HIPPOCRATE	83
	RESUME	84

LISTE DES ABREVIATIONS

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

CCLAT : Convention Cadre pour la Lutte Antitabac

CEID : comité d'étude et d'information sur les drogues

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

COREADD : Coordination Régionale des Addictions

CPP : Comité de Protection des Personnes

DSP : Délégué Santé Prévention

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

LAST : Lieu d'Accompagnement pour la Santé sans Tabac

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRNT : Programme national de réduction du tabagisme

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TNS : Traitement nicotinique substitutif

SSMIP : Service de Soutien Méthodologique aux Innovations en Prévention

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Diagramme de flux des médecins inscrits à LAST ayant passé un entretien	20
Figure 2 : Thèmes abordés selon les deux groupes	33
Figure 3 : freins et leviers de l'accessibilité	39
Figure 4 : freins et leviers de l'adaptabilité	45
Figure 5 : freins et leviers de l'utilité	52
Figure 6 : freins et leviers de la faisabilité	55
Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens	21

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Outils du kit LAST	78
Annexe 2 : Site internet LAST-NA	79
Annexe 3 : Grille d'entretien	80

1 INTRODUCTION

1.1 Le tabac, un facteur de risque évitable : un véritable enjeu de santé publique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le tabac fait plus de 8 millions de morts chaque année dans le monde, avec 7 millions de décès de consommateurs ou anciens consommateurs de tabac, et environs 1,2 million de non-fumeurs involontairement exposés à la fumée. Il tue près de la moitié de ceux qui le consomment (1). En France, le tabac est responsable de 75000 décès par an (2). L'importance du coût social, prenant en compte la valeur des vies perdues, la baisse de qualité de vie, la perte de production et le coût pour les finances publiques est considérable. Il est estimé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) à 120 milliards d'euros (3). Depuis 2016, on observe une diminution de la consommation de tabac dans notre pays qui reste malgré tout plus élevée que dans les autres pays d'Europe occidentale comparables (2). Cette diminution est le résultat de changements dans les politiques de santé publique avec une succession de mesures visant à réduire la consommation de tabac des Français. Les multiples étapes de ces changements en France commencent en 1976 avec la promulgation de la loi Veil, visant explicitement à lutter contre les méfaits du tabagisme (4). Elle s'attaque principalement à la publicité, prévoit des interdictions de fumer dans certains lieux à usage collectif et impose l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes. Plus tard en 1991, la loi dite « loi Evin », relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme est venue renforcer le caractère restrictif de la loi Veil en matière d'usage dans les lieux publics et de publicité. Ainsi la loi Evin interdit « toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac ainsi que toute distribution gratuite » (4).

Un décret de 2006, dit décret Bertrand, impose depuis le 1er février 2007 l'interdiction de fumer dans les entreprises, les administrations, les établissements scolaires et les établissements de santé. Il a également imposé cette interdiction aux lieux dits de « convivialité » (cafés, hôtels, restaurants, discothèques, casinos) depuis le 1er janvier 2008.

Au niveau international, la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT) est adoptée en 2003 par les pays membres de l'OMS et ratifiée en 2004 par la France. Elle constitue le premier traité international destiné à endiguer le fléau du tabagisme. Elle est fondée sur des preuves scientifiques et réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Elle réunit l'ensemble des mesures dont l'efficacité a été avérée pour réduire la consommation tabagique. Elle contient des dispositions concernant la réduction de la demande de tabac, et d'autre visant à réduire l'offre de tabac. A l'heure actuelle elle a été ratifiée par 171 pays à travers le monde (5).

Revenons en France, où de nombreux engagements préconisés par la CCLAT ont été pris, et parallèlement des grands plans nationaux sont instaurés par les politiques gouvernementales pour promouvoir la lutte anti-tabac. Lancé en 2014, le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) a permis la mise en place d'une gouvernance nationale et régionale, la rénovation du cadre juridique sur le tabac et la mise en œuvre d'actions emblématiques. Des mesures marquantes sont prises comme le paquet neutre, le Moi(s) sans tabac, le droit de prescription des traitements de substitution nicotinique élargi, ou encore les avertissements sanitaires agrandis (6). Des résultats encourageants en ressortent avec une baisse de la consommation quotidienne de tabac chez les

adolescents et adultes et une diminution de la prévalence du tabagisme quotidien en 2018 (7). Le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 renforce les mesures contre le tabac du précédent plan (8). Des actions plus larges sont proposées sur les volets économiques, sanitaires et sociaux.

La Nouvelle-Aquitaine est une région particulièrement touchée par le tabagisme. En 2017 on comptabilisait 1,1 million de fumeurs. Plus de 28.1% des aquitains âgés de 18 à 75 ans sont des fumeurs quotidiens contre 26,9% au niveau national (9). A l'échelle régionale, afin de répondre aux principaux axes fixés sur le dernier plan, plusieurs projets ont émergé pour favoriser la prévention, développer et organiser les réseaux de prise en charge, lutter contre les inégalités sociales et territoriales en s'appuyant sur le marketing social et sur le recours aux professionnels (10).

1.2 Les recours du patient pour le sevrage tabagique

Il est important de connaître l'environnement et le contexte dans lesquels se trouvent les patients fumeurs, et qui peuvent les amener vers un sevrage, ainsi que les recours habituels dont ils disposent. En 2019, d'après santé publique France, 33,3 % des fumeurs quotidiens ont fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de la dernière année et cette proportion est en hausse significative par rapport à 2018 (11). Les tentatives d'arrêt se font de façons multiples avec des accompagnements différents ainsi que des souhaits d'accompagnement différents. Concernant le souhait d'aide d'un professionnel, une thèse questionnant des patients en 2012 a montré que ceux-ci attendaient un apprentissage de leur médecin traitant pour gérer leur vie sans tabac et désirent, pour une majorité d'entre eux, plus qu'une simple prescription médicamenteuse (12). Cependant, dans le travail de Bonnay Hamon et Brousse en 2019, il a été montré que les fumeurs interrogés ont plutôt l'intention d'arrêter de fumer sans aide malgré la citation en premier lieu de l'aide d'un professionnel de santé lorsqu'on leur demande de proposer leur stratégie d'arrêt au tabac idéale (13). D'après le baromètre de santé publique France de 2015 et de l'institut national du cancer, trois fumeurs sur dix déclarent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours de l'année passée, à part égale entre initiative du fumeur et initiative du médecin (14).

1.2.1 La cigarette électronique

La cigarette électronique a été introduite en Europe en 2005. Elle reste controversée depuis car elle pourrait ne pas être sûre. En 2014, dans la population générale, 2,9% de personnes consommaient quotidiennement la cigarette électronique d'après les données de Baromètre de santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), soit entre 1,2 et 1,5 million de personnes. En 2017, une étude menée par santé publique France montre qu'elle est liée à une réduction de la consommation de tabac et aux tentatives d'arrêt mais sans apporter de preuve d'aide à l'arrêt du tabac (15). Il ressort du rapport de 2016 du Haut Conseil de Santé Publique que la

cigarette électronique peut être considérée comme une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac des fumeurs. Elle pourrait cependant constituer une porte d'entrée dans le tabagisme, notamment chez les jeunes et induit un risque de renormalisation de consommation du tabac à cause de son image positive véhiculée dans son marketing et sa visibilité. Il est donc recommandé d'informer les fumeurs qu'elle peut constituer une aide et un mode de réduction de la consommation tabagique (16). La cigarette électronique ne dispose pas d'autorisation de mise sur le marché en tant que médicament pour l'aide à l'arrêt du tabac. Elle est remboursée par certaines mutuelles sur prescription médicale.

1.2.2 Les méthodes moins conventionnelles

Les approches comme l'hypnose ou l'acupuncture n'ont pas montré de bénéfice établi dans l'aide à l'arrêt du tabac. Cependant, n'ayant pas montré à ce jour de risque majeur, lorsqu'un patient souhaite utiliser ces méthodes, le praticien peut le comprendre et doit avoir conscience de l'intérêt d'un éventuel effet placebo (17).

1.2.3 Les plans de lutte nationaux

Toutes les mesures et les plans successifs décrits précédemment ont pour but de diminuer la consommation de tabac des Français. Ils ont permis la mise en place d'appui pour les patients.

1.2.3.1 Le Mois sans tabac

Inspirée du programme Stoptober en Grande-Bretagne qui avait permis dès la première édition en 2012, de générer plus de 50 % de tentatives d'arrêt, (18), le Mois sans tabac est une opération nationale d'accompagnement au sevrage tabagique organisée en France depuis 2016 et qui s'inscrit dans une logique de marketing social. Il s'agit d'inciter et accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac durant 30 jours, du 1^{er} au 30 novembre de chaque année, via des actions de communication et de prévention de proximité. Cette opération est pilotée au niveau national par Santé publique France, et est animée dans chaque région par les Agences régionales de santé, avec l'appui d'un organisme ambassadeur régional, d'un comité de pilotage et des partenaires de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en matière de lutte contre le tabagisme (19).

1.2.3.2 Tabac info service

Tabac info service est un dispositif d'aide pour l'arrêt du tabac à distance multicanal comprenant un service téléphone gratuit au 39 89 avec possibilité d'accompagnement par un tabacologue via des rendez-vous téléphoniques ; un programme d'e-coaching personnalisé par applications mobiles et un

site internet proposant de l'information sur le tabagisme, ses traitements, ses conséquences, ainsi qu'un annuaire des tabacologues. Cet outil d'auto-support augmente la probabilité d'arrêt en l'absence d'intervention d'un professionnel. La Haute autorité de Santé (HAS) recommande cet outil si le patient ne souhaite pas l'aide d'un professionnel (17).

1.3 Les moyens d'aide au sevrage disponibles pour le médecin généraliste

L'HAS recommande que la prise en charge du sevrage tabagique comporte un accompagnement par un professionnel de santé, permettant un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire (17).

1.3.1 Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB) et Entretien motivationnel

La HAS recommande que les médecins généralistes questionnent les patients sur leur arrêt du tabac en utilisant le RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) et utilisent l'entretien motivationnel comme outil d'accompagnement (17). Le RPIB a pour but d'aider les professionnels de premier recours dont les médecins généralistes dans leur pratique courante à évaluer de façon précoce chez les adultes la consommation du tabac (ainsi que de l'alcool et le cannabis) et d'en évaluer le risque afin de proposer une intervention brève et envisager un accompagnement de manière durable afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de la consommation. Cette intervention brève reprend les codes de l'entretien motivationnel (20). L'entretien motivationnel est recommandé par l'HAS comme outil d'aide pour l'accompagnement des patients dans leur sevrage. Il s'agit d'une approche de la relation d'aide conceptualisée par William R. Miller et Stephen Rollnick à partir des années 1980.(21) L'entretien motivationnel est basé sur l'écoute active et une attitude empathique. L'objectif est de renforcer la motivation du patient et son engagement vers le changement. Cette approche propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle tient compte des perceptions du risque par le patient. Elle assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants. L'entretien motivationnel consiste en une façon de diriger l'entretien qui augmente l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer. Dans le cadre de l'addiction au tabac, c'est un changement de comportement qui est recherché (17).

1.3.2 Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Les techniques de thérapie cognitivo comportementale nécessitent pour le professionnel d'être formé.(17) Il s'agit d'un suivi comprenant plusieurs entretiens consacrés spécifiquement à la thérapie. Elles permettent d'apprendre des stratégies pour faire face à l'envie de fumer (stratégies d'évitement, de remplacement, etc). Elles permettent aussi de penser l'arrêt du tabagisme à long

terme, dans la perspective d'une meilleure qualité de vie. L'accent est mis sur la connaissance et la maîtrise de ces stratégies, dans le but d'augmenter la confiance que le sujet possède dans ses capacités à atteindre l'abstinence (22). Les techniques de thérapie cognitivo comportementale pour le tabac permettraient de multiplier par deux l'abstinence à 6 mois. Une association avec des traitements substitutifs permet d'optimiser les chances de réussite. Elles sont également efficaces pour la prévention de la rechute (23).

1.3.3 Traitement nicotinique substitutif (TNS)

Les différents traitements de substitution nicotiques comprennent les patchs transdermiques, les gommes à mâcher, les pastilles à sucer ainsi que les sprays buccaux. Après un remboursement initialement par forfait, ils sont maintenant remboursés sur prescription à 65 % par l'Assurance Maladie obligatoire (24). La loi de 2016 de modernisation de notre système de santé autorise de nouveaux professionnels de santé tels que les sages-femmes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les médecins du travail et les chirurgiens-dentistes à prescrire des substituts nicotiques. Les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Les TNS augmentent significativement l'abstinence à 6 mois. La combinaison d'un timbre transdermique avec une forme de TNS à absorption rapide (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS (17).

1.3.4 Traitement de deuxième intention

La varénicline et le bupropion sont disponibles en France dans l'indication du sevrage tabagique en deuxième intention. Après une période de controverse sur des effets secondaires d'ordre psychiatrique et cardiovasculaire, de nombreuses études menées sont en faveur de la sécurité de la varénicline dans le sevrage tabagique. L'étude EAGLES a évalué la tolérance et l'efficacité de la varénicline et du bupropion versus TNS et placebo, chez des fumeurs avec et sans antécédents de troubles psychiatriques. L'efficacité de la varénicline a été retrouvée supérieure sur le temps d'abstinence (25). La prescription de varénicline augmente depuis 2016, malgré une légère baisse en 2020, d'après l'OFDT.(26) Le bupropion voit son utilisation diminuer en France (26).

1.4 Le projet LAST

La Nouvelle-Aquitaine est une région particulièrement touchée par le tabagisme avec en 2019 28,1% de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 25 ans contre 26,9% au niveau national (9). A l'échelle régionale, afin de répondre aux principaux axes fixés sur le dernier plan de lutte, plusieurs projets ont émergé pour favoriser la prévention, développer et organiser les réseaux de prise en charge, lutter contre les inégalités sociales et territoriales en s'appuyant sur le marketing social et sur le recours aux professionnels (10). La mise en place du projet s'est appuyée sur des travaux préliminaires, notamment des thèses de médecine générale, qui ont cherché à mettre en évidence les freins et les suggestions des professionnels de santé et des patients dans le sevrage tabagique en Nouvelle Aquitaine. Lucie Crevoisier a mis en évidence que les principaux freins communs des professionnels de santé à leur implication pour l'arrêt du tabac des patients en Nouvelle Aquitaine sont le manque de temps et l'absence de demande des fumeurs. Les médecins généralistes ajoutent le manque de formation et l'aspect peu efficace des prises en charge (27). Dans leur travail, Alice Bonnay Hamon et Philippine Brousse ont montré que lorsqu'on demande aux patients fumeurs de proposer leur stratégie d'arrêt du tabac idéale, ils citent en premier l'aide d'un professionnel de santé. Cependant ce travail a montré que les usagers ont plutôt l'intention d'arrêter sans aide (13). Paula Alvarez a étudié l'impact de la visite des jeunes 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 3 ans. Elle montre que le premier obstacle à l'implication des médecins généralistes concernant l'arrêt du tabac est l'absence de demande d'aide de la part du patient, plus que le manque de temps ou le manque de formation (28). De plus il est prouvé qu'un conseil minimal d'arrêt réalisé par un professionnel de santé augmente de 50% la probabilité d'un sevrage tabagique et l'abstinence sur le long terme (> 6 mois) (17). D'après l'HAS, 97 % des patients fumeurs qui arrêtent seuls échouent, avec une abstinence à 6 mois estimée à 3-5 % (17).

LAST, pour Lieu d'Accompagnement pour la Santé sans Tabac est un projet visant à améliorer l'organisation de l'accompagnement des fumeurs dans leur addiction au tabac en Nouvelle Aquitaine. Il est financé par l'ARS sur le fond tabac 2018-2020. Il est mis en place conjointement par la Coordination Régionale des Addictions (COREADD) de Nouvelle Aquitaine en parallèle avec le Service de Soutien Méthodologique aux Innovations en Prévention (SSMIP) du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux. La COREADD est chargée de la mise en œuvre du projet, de la conception des outils, de l'accompagnement et des formations des professionnels et le SSMIP est plutôt en charge de l'évaluation et la méthodologie du projet. Il s'agit d'une innovation organisationnelle consistant en la mobilisation de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac, qui constituent la première ligne d'offre de soins, en proximité territoriale, humaine et temporelle (cabinets médicaux et paramédicaux, officines, services de santé au travail ou en milieu scolaire, centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI)...). Ces lieux sont articulés avec des centres

ressources (services d'addictologie et les centres de prévention et d'accompagnement en addictologie) qui constituent le deuxième niveau.

Le projet LAST est destiné à toute la Nouvelle Aquitaine, mais pour débiter cette intervention a été/est testée sur un territoire défini. Et cette phase de déploiement sur un territoire pilote a été (est) mise en place sur le bassin de vie La Teste de Buch-Arcachon. Ce territoire comporte les communes d'Arcachon, Le Teich, La Teste de Buch et Gujan Mestras. Ce territoire s'est avéré favorable au déploiement de ce projet tant par sa densité en centres ressources (le centre hospitalier d'Arcachon, le comité d'étude et d'information sur les drogues (CEID) et l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)) et en professionnels de santé, que par sa mobilisation autour de la prise en charge du sevrage tabagique ; ainsi qu'au regard de diverses caractéristiques démographiques, socio-économiques, territoriales et épidémiologiques (un nombre important de fumeurs).

Ce projet a pour buts :

- de créer un réseau de professionnels en lien avec le tabac qu'ils soient du premier niveau avec les médecins généralistes, les dentistes, les pharmaciens, les autres paramédicaux, ou du deuxième niveau avec les centres ressources.

- de favoriser la demande d'aide des fumeurs de tabac auprès des professionnels de santé, en identifiant ces derniers comme « professionnel qui aide au sevrage »

- d'améliorer les compétences des professionnels en matière de sevrage tabagique.

Des formations sont proposées aux professionnels sous différentes formes : formations en ligne et documents via le site internet (*Annexe 2*), formation en présentiel...

- de mise à disposition d'outils spécifiques : ils disposent d'outils papiers d'aide à la prescription ou au suivi du sevrage, ainsi que des outils à remettre au patient lors du suivi (*annexe 1*). La démarche 5A, recommandée par la HAS en matière de sevrage tabagique, est mise en avant dans ces outils(29). Les outils destinés au patient ont été élaborés et sont fournis au professionnel. Celui-ci peut alors les remettre au patient. Ils sont variés, allant du carnet des aides, décrivant les différentes possibilités d'aide, à un agenda des envies que le patient peut compléter (*Annexe 1*). Des outils de communications ont été créés afin d'alerter sur le projet et accroître la demande des fumeurs. Ils constituent une affiche et un autocollant que le professionnel expose dans son lieu de travail, ainsi que des flyers.

1.5 Question de recherche

Ce pilote permettra de tester l'intervention dans son ensemble et plus particulièrement ses processus d'implémentation, les ressources matérielles et humaines nécessaires à son bon fonctionnement. Il permettra de proposer, le cas échéant, des adaptations de l'intervention conçue

initialement ou des procédures qui seront nécessaires à sa diffusion sur le territoire aquitain disposant des ressources nécessaires.

L'intervention LAST proposée part de constats sur l'organisation de la prise en charge des fumeurs qui ont été faits notamment à partir des différents travaux préalables. Mais nous ne savons pas si l'organisation proposée est efficace ; c'est-à-dire si les professionnels ont pu s'approprier le projet et l'intégrer à leurs pratiques. D'où un ensemble de travaux évaluatifs réalisés ou en cours.

Les études permettront de recueillir les éléments nécessaires pour réaliser des améliorations utiles à l'intervention et adapter ses procédures d'implémentation en vue de sa généralisation sur l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine.

Dans ce projet, les parties prenantes concernées sont les professionnels de santé de premier recours mobilisés par l'intervention (médecins, dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmiers), les professionnels exerçant au sein des centres experts en addictologie et les patients bénéficiaires de l'intervention. Nous nous intéresserons ici plus spécifiquement aux médecins généralistes.

La viabilité du projet pilote LAST, étudiée au niveau des médecins généralistes, est-elle satisfaisante pour qu'il soit étendu sur l'ensemble de la Nouvelle Aquitaine ?

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Population étudiée

La population étudiée consistait en les médecins généralistes de la zone pilote du projet LAST, correspondant au bassin de vie d'Arcachon (Le Teich, Arcachon, La Teste de Buch et Gujan-Mestras) inscrits au projet LAST via le site internet LAST-NA.

Secondairement, tous les médecins généralistes inscrits au projet LAST via le site LAST-NA ont pu être inclus dans l'étude.

Recrutement des médecins

Les listes des médecins inscrits au projet LAST ont été communiquées à l'étudiante au fur et à mesure de l'avancement des inscriptions.

Les médecins ont été contactés par téléphone ou par mail. Ce mail de demande d'entretien contenait une courte explication du projet, l'explication d'une demande d'entretien oral d'une vingtaine de minutes (temps d'une consultation) et la possibilité de fixer un rendez-vous téléphonique sans contrainte d'horaire pour l'étudiante afin que le médecin ait le choix de la date et de l'heure.

2.2 Choix de la méthode

Les différentes évaluations englobant le projet LAST sont multiples et se basent sur des données qualitatives et quantitatives. Elles se divisent en une étude d'implémentation et une étude de viabilité. Ici c'est donc de la viabilité du projet pilote dont il est question.

Il est apparu sensé de réaliser une étude qualitative car il est ici question d'obtenir le ressenti des médecins concernant ce projet et leur vision du sevrage tabagique. Une méthode qualitative est donc appropriée car elle permet non pas de quantifier mais d'obtenir des informations permettant de générer des hypothèses et comprendre des mécanismes.

Il a été choisi dans cette étude, d'utiliser les travaux de Chen et son approche ascendante dans l'évaluation des programmes / interventions en santé. La viabilité est la mesure dans laquelle une évaluation fournit la preuve qu'une intervention est déployable dans un milieu réel (30). Elle fait référence aux points de vue et à l'expérience des parties prenantes quant à savoir si un programme ou une intervention est accessible, utile, adaptée, évaluable et pratique (5 critères de jugement).

Démontrer si une intervention est viable, permettra de mettre en avant la relation entre l'organisation mise en place par ce pilote et les résultats obtenus.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la viabilité du projet LAST, ceci en se basant sur les points de vue des médecins généralistes et leur ressenti concernant l'accessibilité, l'utilité, le caractère adapté ou non, évaluable ou non et pratique ou non du projet.

Dans les objectifs secondaires, il s'agira d'interroger les médecins au travers de la viabilité de ce projet sur les outils physiques du kit, le site internet ainsi que la diffusion du projet. Un autre objectif secondaire sera d'interroger les médecins sur le sevrage tabagique chez les femmes enceintes.

La caractéristique « évaluable » ne sera pas prise en compte dans ce travail car elle s'effectue à plus long terme et est d'aspect plus quantitatif que qualitatif. Cet aspect sera donc étudié dans un autre travail.

Afin d'adapter la méthodologie proposée par Chen qui va servir de base à ce travail, au contexte de notre projet, l'ensemble de ces critères de jugement seront abordés par le biais des trois points de vue suivants :

- Au niveau du parcours de soin du patient ;
- Au niveau du territoire ;
- Au niveau organisationnel, comment l'équipe projet s'organise.

J'ai pu suivre une formation à l'étude qualitative en visioconférence en 3 ateliers avec l'équipe de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de Bordeaux (ISPED).

L'étude s'est construite selon les données de la grille COREQ (31).

2.3 Construction de l'étude

2.3.1 Réalisation de la grille d'entretien

La réalisation de la grille d'entretien a été faite conjointement après la formation avec l'aide de l'équipe du SMIPP.

Les questions ont été rédigées afin d'explorer les critères de jugement « accessible », « utile », « adapté » et « pratique ». Le critère de jugement « évaluable » comme expliqué précédemment, nécessite une méthode quantitative qui ne sera pas abordée dans ce travail qualitatif. Les questions n'ont pas été systématiquement orientées vers tel ou tel critère de jugement, afin de laisser l'interviewé le plus libre possible. La répartition des données se rapportant aux critères ayant été faite plutôt secondairement dans l'analyse des résultats. Cependant, les critères et questions évaluatives correspondantes se rapportant à des sujets variés et multiples, certains items avaient pour but d'amener l'interviewé sur un domaine particulier. Ainsi par exemple dans le deuxième item, « *comment et pourquoi avoir adhéré à LAST ?* », il était attendu des éléments sur l'accessibilité du projet ; et dans le huitième item « *L'intervention LAST répond-il à un besoin selon vous ?* », des éléments sur l'utilité du projet étaient attendus. (Annexe 3)

S'agissant d'entretiens semi-directifs, les questions de la grille sont ouvertes.

La grille d'entretien a d'abord été testée en interne par l'équipe du SSMIP, auprès d'autres étudiants en médecine ou pharmacie connaissant le projet LAST, ainsi que des étudiants en santé publique ne connaissant pas le projet. Ainsi, la grille a pu être largement remaniée. Elle est présentée en annexe. (Annexe 3)

2.3.2 Réalisation des entretiens

Les demandes d'entretien ont été faites par téléphone d'après les registres de médecins inscrits dans la zone pilote puis hors zone pilote.

Les entretiens étaient prévus en présentiel.

En début d'entretien, il était expliqué l'étude et l'objet du travail, de façon assez succincte afin de ne pas trop influencer les réponses des médecins. Puis la demande d'autorisation d'enregistrement était faite de façon orale. Commençait alors l'enregistrement.

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone simple. Ils suivaient le plan de la grille d'entretien. Des relances faites par l'étudiante étaient adaptées aux discours du médecin. Ainsi les questions de la grille d'entretien pouvaient être légèrement modifiées ou prendre un ordre différent.

Les conditions de réalisation ou les événements survenus durant l'entretien étaient notés.

A la fin des entretiens, la proposition de retour sur l'étude à la fin du travail était systématiquement faite.

2.3.3 Méthode d'analyse des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, un à un sur le logiciel Microsoft Word de façon manuelle par l'étudiante. Ils ont été alors anonymisés et numérotés de 1 à 9.

L'analyse a été faite selon l'approche de la théorisation ancrée, qui est une adaptation/traduction de la « grounded theory » de Glaser et Strauss de 1967,(32) réalisée par Pierre Paillé. Celle-ci devait se terminer lors de l'atteinte de la saturation des données.

Le schéma qu'il propose a pu être suivi dans les grandes lignes de l'analyse.

Les entretiens ont été une première fois rapidement analysés par l'étudiante, au fur et à mesure de leur réalisation pour optimiser les suivants et permettre de peaufiner les questions, voire d'avoir un aperçu de la saturation des données. C'est ce que Pierre Paillé explique dans son article sur l'analyse par théorisation ancrée, « contrairement à ce qu'exigerait une recherche à caractère plus positiviste, le fait de ne pas poser les mêmes questions d'une entrevue à l'autre pourra être un signe du progrès de la recherche plutôt qu'un défaut » (32). Il n'a pas été utilisé de logiciel de codage, celui-ci a été effectué manuellement. Un double codage a été réalisé par l'étudiante et par la directrice de thèse.

Une première grille d'analyse a été réalisée avec l'aide de la chargée de projet du SSMIP. Cette grille a servi de trame. Elle correspond plutôt à l'étape « d'intégration » comme définie par Pierre Paillé qui tente de remettre en lien les données qui ressortent, (alors au stade de catégorisation voire de mise en relation des données) avec les questions de recherche initiales et les questions évaluatives.

Il s'agit ici de recentrer les données sur l'objectif de recherche.

Cependant, les résultats seront également présentés avant cette phase « d'intégration », à la phase de « mise en relation », une façon d'exposer tous les éléments qui ont pu être relevés lors des entretiens mais qui ne seront pas forcément retenus pour la suite de l'analyse et pour l'étude de la viabilité selon les critères de Chen.

2.3.4 Aspect éthique et réglementaire

Il est question dans cette étude d'interroger des médecins généralistes sur leurs ressentis dans un domaine de leur profession. Ne s'agissant pas de recherche sur la personne humaine, il n'a pas été nécessaire de formuler une demande auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP). Le consentement verbal de chaque médecin généraliste concernant la participation et l'enregistrement audio de l'entretien a été demandé avant chaque entretien. Il y a eu ensuite une anonymisation des entretiens lors des retranscriptions. Aucune collecte de données personnelles n'a été réalisée selon les modalités de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

3 RESULTATS

Les résultats ont été organisés en trois grandes parties. Une première concerne les caractéristiques des entretiens et les modalités de prise de rendez-vous. Dans la deuxième partie seront exposés l'ensemble des résultats organisés au stade venant après la catégorisation décrit par Pierre Paillé qui est celui de la mise en relation (32). Il s'agit du stade de l'analyse où après la codification et la catégorisation, il faut réussir à trouver des liens entre les catégories. Ensuite il sera question des résultats selon les critères de Chen correspondant à la question de recherche. Ici l'analyse est plus avancée, recentrée sur la question de recherche. On est au stade de modélisation voire théorisation.

Il faut noter que les résultats sont présentés pour l'ensemble des médecins interrogés, mais selon les parties, des distinctions ont été faites entre les médecins du premier groupe (c'est-à-dire ceux des 4 médecins participants faisant partie du territoire pilote) et les 5 autres médecins. Ces deux groupes sont détaillés dans le premier paragraphe de la première partie sur les modalités de prise de rendez-vous et entretiens, ci après. (3.1.1)

3.1 Modalités de prises de RDV et caractéristiques des entretiens

3.1.1 Adaptation du projet LAST à la situation sanitaire, vers l'obtention de deux groupes de médecins.

Initialement, la population étudiée devait constituer les médecins de la zone pilote ayant participé au projet LAST. Précisément, ces médecins ayant été contactés par téléphone puis ayant accepté de recevoir au cours d'une visite la déléguée santé prévention (DSP) de la COREADD chargée de présenter le projet LAST en présentiel aux médecins généralistes.

La crise sanitaire du covid 19 a fait que la stratégie de déploiement du projet a été modifiée et les médecins de la zone pilote ont été repartis en 2 « vagues » ; les médecins de la première vague ont été contactés et visités par la DSP déléguée santé prévention de la COREADD en février mars 2020 et ceux de la deuxième vague en septembre octobre 2020.

Les médecins de la zone pilote inscrits au projet au moment du début des recrutements, sont ceux de la première vague. Ils étaient peu nombreux, au nombre de 7. Seuls 4 ont accepté un entretien. Parmi les 3 refus, un médecin a expliqué ne pas avoir vraiment adhéré à LAST mais avait juste répondu à un questionnaire pour les besoins d'une thèse, qu'il ne faisait « pas partie du circuit réellement et ne reçoit pas de sevrage », un médecin ne travaille plus et son successeur n'est pas au courant du projet, et un médecin a expliqué par mail ne pas avoir utilisé le kit et n'aurait rien à dire.

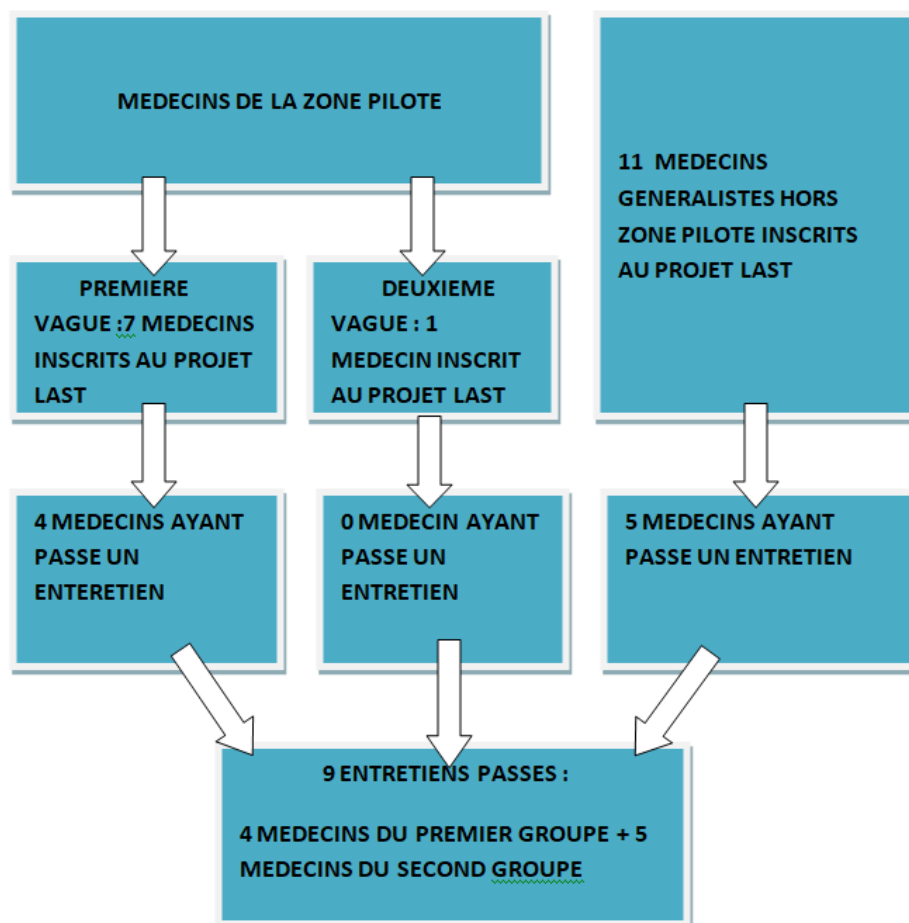
Les médecins de la deuxième vague devaient avoir leur entretien à partir de décembre, pour leur laisser la possibilité de s'emparer du projet car ils avaient donc été contactés et le projet leur avait été présenté en septembre et octobre 2020.

Il s'est avéré qu'un seul médecin était inscrit au moment devait terminer de prendre rendez-vous pour les entretiens (mi janvier 2021). Ce médecin n'a pas donné de réponse.

Il a donc été convenu un élargissement du recrutement des médecins à tous les médecins généralistes inscrits à LAST. Ces médecins provenaient de toute la Nouvelle Aquitaine, même un médecin de la région Poitou Charente. Au total ils étaient au nombre de 11 médecins généralistes. 5 médecins ont accepté de répondre. Parmi les 6 autres médecins, deux d'entre eux n'ont jamais répondu aux différents messages laissés à leur secrétariat, sans possibilité de leur envoyer un mail explicatif, deux médecins n'ont pas répondu au mail explicatif après demande auprès de leur secrétariat, un médecin n'a pas pu être contacté devant une probable erreur de coordonnées, et enfin un médecin a refusé expliquant qu'il n'a jamais vraiment voulu s'inscrire au projet mais avait eu l'information. Dans ce second groupe, leur connaissance du projet s'est faite différemment par rapport aux 4 médecins du premier groupe. En effet ils n'ont pas eu de présentation ni de contact de par les organisateurs de LAST.

On se retrouve donc avec 2 groupes. Le premier constitué de 4 médecins de la première vague, appartenant au territoire pilote ; et le second comprenant 5 médecins hors zone pilote. Au total, 9 médecins ont été interrogés. Parmi eux, il y avait 5 femmes et 4 hommes. Le diagramme de flux illustré dans la figure 1 résume la création de ces groupes.

Figure 1: Diagramme de flux des médecins inscrits à LAST ayant passé un entretien



3.1.2 Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés du 26 octobre 2020 au 25 janvier 2021. Le premier entretien a été réalisé en face à face. Ensuite le deuxième confinement dans le contexte de la crise sanitaire de l'épidémie de Covid 19 ayant été instauré, les suivants ont été faits par téléphone. Les derniers ont été maintenus par téléphone malgré la fin du confinement devant les rendez-vous déjà pris.

Les entretiens ont duré de 12 minutes 23 secondes pour le plus court à 23 minutes et 41 secondes pour le plus long. Ceci représentant environ la durée habituelle d'une consultation de médecine générale.

3.1.3 Adaptation de la grille d'entretien

Comme prévu dans la méthodologie de l'étude, la grille d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens passés. Ceci grâce à une analyse faite de façon simultanée et un codage des premiers entretiens passés qui a permis de modifier cette grille. Ainsi par exemple des questions sur le kit LAST ont pris moins de place au fil des entretiens devant l'apparition d'autres thématiques. Le temps était un facteur important à prendre en compte sachant que l'entretien était présenté comme devant durer de 20 à 30 minutes. Parallèlement à l'analyse qui s'est faite simultanément à la réalisation des entretiens, la saturation des données a été atteinte au 8^{ème} entretien.

3.1.4 Caractéristiques des entretiens

Il est apparu intéressant de détailler les modalités de prises de rendez-vous, qui sont déjà des éléments qui peuvent être analysés dans ce cadre qualitatif. Ainsi les caractéristiques des entretiens en fonction de la durée, de la zone d'exercice, de la façon dont a été pris le rendez-vous ainsi que le lieu ou mode de communication de l'entretien sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques des entretiens

	Sexe	Durée	Zone géographique d'exercice / structure d'exercice	Biais d'inscription au projet LAST	Prise de rendez-vous	Lieu et moyen de l'entretien
E1	F	18,36	Territoire pilote / cabinet de 2 médecins	Suite à visite et présentation au cabinet	RDV pris 3 semaines auparavant, par téléphone, directement avec le médecin	Cabinet en face à face
E2	F	14,15	Territoire pilote	Suite à visite et	RDV pris 3 semaines auparavant, en	Cabinet par téléphone

				présentation au cabinet	communication par SMS suite à numéro de portable donné à l'étudiante par l'associé du médecin	
E3	H	12,23	Territoire pilote	Suite à visite et présentation au cabinet	Appel	En voiture entre 2 visites par téléphone
E4	F	23,41	Territoire pilote	Suite à visite et présentation au cabinet	Médecin contactée via secrétariat. Au début refus car dit ne pas s'être servi de l'intervention. Mail explicatif envoyé et RDV pris rapidement par téléphone.	A domicile, jour de repos, par téléphone
E5	H	16,50	Hors pilote,	Connaissance du projet lors d'une formation via le réseau ARIA, équivalent à la COREADD en Poitou Charentes.	Médecin contacté par mail explicatif après appel à son secrétariat. Rappel du médecin quelques heures après l'envoi du mail pour établir un RDV rapidement. (le jour même)	Au cabinet, par téléphone. Pas d'interruption
E6	H	17,19	Hors pilote Milieu rural « très rural »	Inscription via URPS	Contact par mail donné par secrétariat. Proposition de Rendez vous rapide en fin de journée	A domicile, tardivement vers 21H30, après ses dernières visites en EPHAD, par téléphone
E7	H	21,18	Hors pilote urbain	Inscription via URPS	RDV pris après mail explicatif, organisation de la prise de RDV par SMS	Au cabinet, à la fin de ses consultations, par téléphone
E8	F	22	Hors pilote	Inscription après mail du réseau COREADD	RDV pris une semaine avant après envoi mail explicatif, rendez-vous pris par téléphone	Lors d'une journée de formation, temps pris sur sa pause déjeuner
E9	F	18	Hors pilote Maison de santé	Inscription devant connaissance par la	RDV pris 3 semaines auparavant, directement par téléphone avec le médecin	Médecin à A son cabinet RDV le temps d'une consultation

				COREADD		
--	--	--	--	---------	--	--

De ce tableau ressort que les médecins ont davantage pris rendez-vous après un mail explicatif / ou message SMS car souvent indisponibles par téléphone.

Egalement, le rendez-vous de l'entretien était programmé souvent en l'ajoutant à leur planning déjà chargé comme en toute fin de journée, très tardivement, ou lors d'une pause déjeuner, ou même en voiture entre deux visites.

3.2 Analyse au stade de la mise en relation

3.2.1 Le tabac dans la pratique des médecins généralistes

3.2.1.1 Ressentis sur le tabac

Le tabac est un sujet complexe dans le discours des médecins.

Premièrement devant un sentiment d'échec à son évocation. Beaucoup de médecins interrogés ont le sentiment que le sevrage tabagique est un domaine difficile, et une impression d'échec semble leur venir à l'abord de l'idée de sevrage. « *sujet extrêmement difficile à réussir* » E6. « *c'est pas miraculeux en général* » E1, « *j'ai un taux d'échec relativement important... très important donc euh...(...) c'est un lourd problème...* » E3. L'un d'eux explique que c'est une difficulté qui est globale, qui ne vient pas forcément du fait de la formation de professionnel qui l'initie, il explique que c'est un sujet difficile quelque soit le professionnel qui le prend en charge, « *c'est même les profs (d'addictologie) de Toulouse qui pratiquaient tous les jours, qui disaient nos résultats sont très mauvais* » E6.

Certains discours retranscrivent même un sentiment de lassitude concernant le sevrage tabagique « *la problématique du tabac elle est encore très compliquée... il y a d'autres problématique qu'on arrive à aborder... (...) le tabac euh.... Pffffff* » E1.

Ensuite la banalisation du tabac dans la société semble être un obstacle, en opposition à d'autres addictions qui sont moins banalisées, qui sont donc reconnues comme un réel problème et donc peuvent être abordées sans difficultés pour le médecin. Comme si le tabac, vu comme plus normal, banal, était un sujet plus prenant, demandant d'avantage de ressources à mobiliser pour le médecin pour l'aborder. « *C'est très banalisé quoi* » E1.

L'idée que les patients ont besoin d'une raison pour commencer un sevrage est souvent présente : « *c'était des gens qui se savaient fragiles et qui par exemple ont passé une sale année ou un sale hiver l'année précédente et qui n'ont pas envie de revivre ça et qui se disent que effectivement arrêter de fumer après 50 et quelques années...euh ça serait une bonne idée quoi...* » E1.

A noter qu'une minorité de médecins ont un sentiment plus mitigé que pour le tabac, ils ont malgré tout des résultats mais ils tiennent ces propos lorsqu'ils mettent le tabac en opposition avec les autres addictions : *« voilà c'est plutôt pour les polyaddictions. (il est question alors d'adresser aux centres ressources) Pour le tabac, globalement il y a quand même des résultats »* E7. Un médecin explique que pour le tabac ça se passe bien sans nécessité d'adresser par rapport aux autres addictions qui lui posent d'avantage de problème comme l'alcool : *« pas tellement l'occasion (d'orienter pour le sevrage tabagique), j'ai plus de problématique pour l'alcool que le tabac... »*E4.

3.2.1.2 Expérience personnelle du tabac

Les médecins anciens fumeurs trouvent que leur expérience de fumeur est un apport dans leur pratique du sevrage *« moi-même je suis une ancienne fumeuse (...) je fumais un paquet par jour donc j'étais une bonne fumeuse. Et du coup, je suis dans une démarche où je demande systématiquement à mes patients s'ils sont fumeurs ou pas... »* E2. Ils mettent ainsi leur vécu, leur expérience personnelle en avant pour améliorer leur pratique dans le sevrage : *« j'ai remarqué, que moi-même quand j'ai arrêté de fumer, j'étais beaucoup plus pro-active dans les propositions de sevrage, dans le conseil minimal, dans l'accompagnement, donc j'avais repéré ça... c'est l'énergie que j'y mets qui est différente »* E8 ; A l'opposé, les non fumeurs avouent « se mettre à la place » des fumeurs pour tenter de les aider. *« enfin moi je suis pas du tout fumeuse, mais j'imagine que le recours au truc quand on est énervé,... »* E1. Il ressort ainsi l'utilisation de l'empathie.

3.2.1.3 Vision du système de santé actuel concernant le sevrage tabagique

La prise en charge du tabac dans le système de santé actuel est assez peu évoquée.

Deux médecins parlent d'une insuffisance de celui-ci voire d'un mécontentement. L'un d'eux répond à la question du « réseau LAST » : *« ça me fatigue parce que c'est des substituts à un système de santé pourri »* E8. Un autre explique que *« le système de santé ne se donne pas les moyens de lutter efficacement ni contre le tabac, ni contre l'alcool. La seule chose qu'ils font c'est de rembourser les substituts, ce qui est déjà une très bonne chose, mais qui malheureusement n'est pas suffisant. »* E5. En plus de cette insuffisance, il évoque une inégalité dans les prises en charge. La qualité d'un bon sevrage dépendrait du professionnel qui le réalise; ce qui fait ressortir cette inégalité d'efficacité de la prise en charge en fonction du professionnel de santé. *« je pense que l'organisation du sevrage tabagique en France actuellement, elle est beaucoup trop dépendante des responsables de santé et en particulier des libéraux. C'est-à-dire si vous avez à faire à quelqu'un de très efficace, eh bien du coup vous aurez un sevrage efficace »* E5. L'idée d'insuffisance du système de santé en matière de sevrage tabagique ressort ainsi de quelques discours.

3.2.1.4 Formations sur le tabac

Parmi les médecins du premier groupe, aucun n'a de formation spécifique sur le tabac. Ils le disent aisément et donnent même au travers de leur discours, le sentiment qu'ils ne se sentiraient même pas formés. A la question sur la formation qu'a reçu le médecin sur le sevrage, un médecin répond spontanément « *non* » avant de préciser « *enfin que la formation médicale initiale* ».E2 La formation initiale est perçue comme insuffisante « *il me semble qu'on en parle à peine* » E2.

L'insuffisance de la formation initiale est appuyée et il s'agirait de devoir faire, pour être plus performant sur les sevrages tabagiques, une formation supplémentaire concernant le tabac. Un médecin dit « *parce que nous, on n'a pas vraiment de formation, sauf si on choisit de la faire* » E1.

Ils ont malgré tout une connaissance du sevrage qu'ils tirent de cette formation initiale. Notamment, Ils soulignent tous l'importance du suivi lors du sevrage tabagique, élément qu'ils ont appris de leur formation initiale. « *le plus important c'est le suivi, ce que j'ai appris, un accompagnement, peu important les options thérapeutiques, si l'accompagnement est là, c'est ce qui va aider le plus* » E4, « *Là ma façon de faire pour aider les gens au sevrage c'est de proposer des patches mais surtout de les revoir rapidement* » E4.

Un autre médecin, expérimenté, est convaincu que la formation est insuffisante avec des jeunes praticiens se sentant trop peu formés « *on a fait plusieurs études montrant que les étudiants se sentent mal formés voire complètement eseuilé et en particulier en début d'installation* » E5.

Parmi les médecins du second groupe, plusieurs (3) ont un DU de tabaccologie. Plusieurs font également des consultations dédiées au tabac.

3.2.1.5 Influence de leur lieu d'exercice

Certains des médecins opposent la prise en charge du tabac en fonction de la localisation, urbain versus campagne, ceci sur deux points. La patientelle serait moins tabagique en campagne notamment car plutôt plus âgée. Le tabagisme n'est alors pas un sujet majeur : « *moi je vis dans un milieu rural, très rural,..., où la cigarette n'est pas un grand facteur...* » E6. L'intérêt de l'intervention varie en fonction du milieu du patient. Adresser est illusoire à la campagne : « *...faire appel à des addictologues... je pense que c'est compliqué pour mes confrères qui sont en rase campagne* » E7. La campagne serait un lieu où il y aurait moins de tabagisme car la population est plus âgée. De plus, dans la représentation de certains médecins, les réseaux n'y seraient pas envisageables.

3.2.1.6 La représentation du patient initiateur de son sevrage

A l'évocation de l'abord du sevrage, dans les discours de nombreux médecins interrogés est très souvent évoquée en premier lieu la motivation du patient. Elle semble essentielle pour initier un sevrage.

Cette motivation est pour certains l'affaire du patient. *« Après le problème c'est qu'on n'arrive pas beaucoup à avoir des résultats si la personne elle n'est pas du tout motivée. En gros ça dépend pas trop de nous quoi... »* E1. Ici le médecin n'aurait pas d'influence sur la motivation du patient.

De plus, certains évoquent le fait que le patient doit faire la démarche vers le médecin pour que ça puisse fonctionner : *« tu verras si tu fais de la tabaccologie, la façon pour réussir c'est le patient qui doit venir vers toi, et pas toi vers le patient »* E6, *« c'est lui qui doit venir par envie d'arrêter, sinon tu réussis jamais quoi »* E6.

Un médecin évoque qu'en général, le sevrage est initié quand le patient vient pour le demander même si le professionnel essaie d'en parler. A la question posée par l'interviewer si le médecin parle souvent de tabac et de sevrage, celui-ci répond : *« oui j'essaie d'en parler facilement oui... mais la plupart du temps si euh... (Sous-entendu que le patient le demande) »* E4.

Un autre médecin va plus loin en opposant la démarche du patient à la proposition du médecin, bien moins efficace : *« ou alors que la personne vienne expressément elle-même pour ça mais si c'est nous qui incitons... c'est pas miraculeux en général »* E1.

Un autre élément cité par un seul médecin est le fait que le patient n'aurait pas envie de consulter à l'hôpital ou dans une structure spécialisée pour le sevrage tabagique : *« les gens ils n'ont pas du tout envie d'aller à l'hôpital pour se faire sevrer. Tout le monde a envie d'y arriver un peu tout seul chez lui »* E3.

3.2.1.7 Pratiques habituelles en matière de sevrage tabagique

Plusieurs des médecins se présentent comme expérimentés dans le domaine du sevrage : *« J'ai une pratique plutôt rodée sur le sevrage tabagique »* E5. Il s'agit surtout de médecins du second groupe comme expliqué précédemment.

Certains médecins citent l'intervention brève (E5 et E7) qu'ils pratiquent.

Tous les médecins interrogés indiquent qu'ils parlent du tabac aux patients régulièrement. *« le tabac c'est un sujet qu'on aborde énormément »* E1, *« j'aborde souvent la question du tabac... facilement et régulièrement, bien avant le projet LAST en fait. »* E9, *« Quand j'ai un fumeur, j'essaie de faire mon possible, de le sensibiliser... »* E6, *« à partir du moment où on parle du tabac, on parle de la possibilité d'arrêter »* E8. Ils pratiquent l'intervention brève, sans la citer pour autant.

La plupart des interviewés évalue la motivation et propose de l'aide pour le sevrage. « *je demande s'ils envisagent d'arrêter, ou comment ils pensent le faire...* » E8, « *quand ils sont fumeurs je leur propose une aide à l'arrêt* » E2.

« *J'essaie d'en parler facilement oui, la plupart je leur émets l'hypothèse et je vois s'il y a une motivation* » E4.

Dans certains verbatim, les expressions « *j'incite* » E2, « *sensibilise* » E6, « *expliquant* » E6, « *faire mon possible* » E6 témoignent d'une certaine pédagogie, une bienveillance, et un accompagnement des médecins dans ce domaine du sevrage.

Un médecin a cité le test de Fragestrom. Un médecin cite le test au CO, avec un appareil en cabinet qu'il n'a pas acheté.

Lorsqu'ils évoquent les aides médicamenteuses (seulement 2 médecins), les substituts nicotiniques sont cités en première intention « *en général je propose des substituts nicotiniques, patchs plus soit les gommes mais j'aime pas trop, soit les sprays, soit les bonbons...* » E1. Un médecin cite ensuite le Champix (varénicline) en deuxième intention.

Le suivi revient ensuite dans les discours de la majorité des médecins : « *le plus important c'est le suivi (...) si un accompagnement est là c'est ce qui va aider le plus.* » E4.

Globalement les médecins ne ressentent pas le besoin d'adresser à des spécialistes pour le tabac. Plusieurs expriment avoir l'impression d'y arriver tout seul. « *J'avoue que pour le sevrage tabac, finalement j'ai le sentiment d'y arriver quoi...* » E2, « *oui le tabac ça se passe bien en général* » E4, « *pour le tabac il y a quand même des résultats* » E7.

Ils ont le sentiment de pouvoir maîtriser le sevrage. Ceci se retrouve dans les deux groupes, notamment même chez les médecins du premier groupe, moins formés sur le tabac.

3.2.2 Leur vision des actions de santé publique et des opérations en réseau pour la médecine de ville

Plusieurs médecins expriment une difficulté pour eux pour se retrouver parmi toutes les aides et les programmes de santé publique existants. Ceci se retrouve sur les interventions de sevrage tabagique, les actions pour le sevrage d'autres addictions, mais également pour d'autres programmes de prévention. « *s'il n'y avait que le tabac, mais en fait il y a mille trucs pour le tabac, mille trucs pour l'alcool, pour le dépistage du VIH, de l'hépatite C...* » E8.

Ils expriment une lassitude du fait d'être trop entourés de réseaux, d'organisations, qui au final desservent les prises en charges des patients. « *en fait il y a des initiatives qui se font mais qui finalement, à mon avis, desservent l'intention parce qu'en fait il y a trop de choses, on est perdu, ça démultiplie* » E8, « *donc en fait, moi il y a pleins de choses qui m'intéressent donc je peux faire partie de mille réseaux ce qui est souvent le cas, mais au bout d'un moment ça me fatigue* » E8.

Une déception de leurs expériences passées d'adhésion à d'autres types d'intervention ressort : *« sur le papier c'est très joli (l'aspect réseau) mais dans la réalité ça me fatigue »* E8. *« on revient toujours au point de départ. On a organisé des réseaux, on a défait des réseaux... enfin c'est... pfff voilà quoi. (...) on a fait beaucoup de trucs, on fait des réseaux, on fait réseau diabète, on fait réseau asthme,...(...) enfin bon c'est ... c'est très difficile tout ça, pour moi c'est excessivement difficile »* E6.

Ces actions publiques coûtent de l'argent public, sous-entendu pas forcément bien dépensé car étant noyé dans toutes ces actions publiques, les médecins et leur patients n'en tirent pas réellement d'intérêt et de bénéfice. *« on dépense beaucoup d'argent (...) c'est difficile tout ça »* E6, *« enfin pour moi c'est encore beaucoup d'argent (...) L'ARS, voilà c'est des sous publics... »* E3.

Plusieurs d'entre eux ont cité le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (REPPPOP), qui initialement a plu mais qui dans la pratique aurait compliqué les choses. Ceci devient alors un frein : *« quand il y a eu ce qui a été fait pour l'obésité des jeunes par exemple(...) au début il y avait des médecins formés REPPPOP (...) l'idée était que les jeunes soient repérés, bon ils revenaient chez leur médecin traitant et on disait au médecin traitant, ben si vous n'êtes pas formé REPPPOP vous pouvez l'adresser à Pierre Paul ou Jacques qui lui est formé. Ca n'a jamais été... enfin ça a été cause de complication plutôt que d'aide alors... »* E7.

L'idée que cette multiplicité d'actions et réseaux desservirait l'objectif même de ces derniers se retrouve également sur leur territoire *« je trouve que ça fait un peu doublon avec ce qui existe déjà dans les consultations d'addicto qu'il y a un peu partout sur le territoire »* E2.

Quelques avis nuancent cet avis général de la sur-représentation d'organisations et de réseaux. Les médecins n'y sont pas opposés mais leur expérience et leur ressenti semblent être plutôt un frein à l'idée d'adhérer à de nouvelles organisations. Un médecin exerçant en milieu rural explique que la multiplicité des actions permet un éventail d'aides différentes. Ceci peut alors convenir à certains « profils » de patients et de professionnels. Il note cependant qu'il y a beaucoup d'échec dans ces interventions : *« C'est le drame de ce pays les expérimentations. Voilà il y a beaucoup beaucoup d'expérimentations qui se sont avérées intéressantes, mais qui sont restées dans les tiroirs... parce qu'il n'y a pas eu de développement. Après je crois qu'il n'ya pas une solution unique à un problème. Il ya des gens qui vont bien répondre à ça »* E7. Un autre médecin, plus enthousiaste sur ce genre d'organisations cite le REPPPOP de façon positive : *« moi j'adhère à d'autres types de réseau, par exemple le REPPPOP qui est un réseau de prévention de l'obésité en pédiatrie »* E5.

3.2.3 Les paramédicaux dans le projet LAST

A la question de la présence des paramédicaux dans le projet LAST, la majorité des médecins est plutôt enthousiaste. *« pourquoi pas... je pense que ça a du sens »* E7 ; *« oui alors c'est une très bonne chose »* E5. Plusieurs idées ressortent dans leur discours.

Ils associent fréquemment à la présence des paramédicaux l'idée de « travailler en réseau » avec des verbatim tels que *« c'est une très bonne chose de travailler en réseau »* E4, mais ce réseau prend des sens différents selon les médecins.

Pour certains, il est vu comme le fait d'avoir des outils et des méthodes similaires entre les professionnels de santé « *ce que je trouve bien c'est la coordination entre les professionnels de santé de premier recours, c'est-à-dire que ce soit des messages similaires des documents similaires que les gens retrouvent chez les professionnels de santé* » E7. Pour d'autres, il est plutôt question de l'idée d'une certaine coordination ou communication entre les professionnels de santé « *c'est vrai qu'on peut rechuter à tout moment donc c'est bien d'avoir un réseau et de pouvoir échanger entre professionnels* » (sous entendus le paramédicaux) E4. Un médecin confirme cette dernière idée de part son expérience dans sa maison de santé avec une IDE échangeant déjà avec lui sur les sevrages de leur patients : « *... pour certains patients effectivement ça m'arrive de leur adresser, ça lui arrive de m'en adresser d'autre quand les patchs ça suffit pas... on discute ça fait des années* » E9.

Il s'agit dans ce dernier verbatim d'une infirmière d'Action de santé libérale en équipe (ASALE), qui est un autre élément notable qui ressort quand on aborde la présence des paramédicaux dans le projet LAST. En effet plusieurs médecins (3) citent assez rapidement dans leur discours les infirmières ASALE avec lesquelles certains ont déjà une expérience du terrain.

Un médecin cite également les infirmiers de pratique avancée (IPA) qui semblent constituer pour lui une solution innovante : « *J'ai l'impression qu'aujourd'hui, c'est ça qui est moderne, les infirmières de pratique avancée* » E3.

Une idée est donnée par un médecin qui se considère plutôt comme n'ayant pas adhéré au projet et éprouvant une certaine lassitude des réseaux, celle de l'importance d'être des paramédicaux de l'entourage du médecin et du patient, des paramédicaux déjà connus « *je considère que c'est de travailler avec les gens qui sont près du patient de toutes façons. (...) de rajouter des gens que je connais pas... pff c'est compliqué* » E8.

L'idée d'augmenter la possibilité de sensibiliser les patients via ces paramédicaux ressort du discours de trois médecins. « *des entrées par les pharmaciens, le dentistes, les sage-femmes à l'occasion d'une grossesse etc... me semble être quelque chose de pertinent et permettent donc on va dire de ... (...) ratisser un peu plus large au niveau des publics à convaincre* » E7. Cela permet de toucher des patients qui consultent peu le médecin généraliste.

Une autre idée est évoquée dans le discours de deux médecins, celle de déléguer à des paramédicaux formés dans le sevrage tabagique. Elle est imaginée avec l'aide des ASALEE par un médecin et via les Infirmiers de pratique avancée par le second. « *elle va pouvoir en voir plus (avec DU tabacologie) ... vraiment dans la perspective de répartition des tâches* » E9. « *à ce moment là je délègue le sevrage à quelqu'un... sans vraiment le déléguer mais qui voilà le temps d'une heure... elle serait avec d'autres personnes qui vont vouloir arrêter* » E3, « *le médecin généraliste prescrit l'éducation thérapeutique en grosso modo* » E3.

Un médecin explique que ça n'est que le début de ce nouveau type d'organisations du travail en équipe : « *on n'est qu'au balbutiement de ce genre de coordinations que ce soit au travers des CPTS ou comme ça* » E7.

Il faut noter que les infirmières sont les principaux paramédicaux citées. A la question du sevrage chez les femmes enceintes, les médecins citent les sage-femmes. L'un d'entre eux insiste sur l'envie et le besoin de formation en matière de sevrage tabagique qu'il a constatés chez celles-ci. « *elles*

voient bien qu'elles manquent de pertinence sur certains points » E5. Un autre médecin parle de la sage femme présente dans la maison de santé où il pratique, et qui peut lui communiquer des difficultés éventuelles. « la sage femme je sais qu'elle en parle,...), si elle avait des femmes enceintes pour lesquelles ce serait difficile de leur proposer un arrêt du tabac, elle pouvait me les mettre en consultation par exemple » E9.

Les autres paramédicaux comme les pharmaciens ou les kinés sont cités lors de listing par certains médecins mais pas spécifiquement.

3.2.4 Les femmes enceintes et le sevrage tabagique

La majorité des médecins interrogés ne voient pas de difficulté concernant les femmes enceintes fumeuses. Elles réussissent à arrêter, souvent seules : *« je n'ai jamais eu la problématique de femmes qui n'arrivaient pas à arrêter de fumer en étant enceinte » E1.*

Pour un médecin, la grossesse est un facteur aidant au sevrage tabagique car devient une source de motivation pour l'arrêt du tabac : *« pour celles qui n'avaient pas encore envie d'arrêter, l'arrivée de la grossesse les fait réfléchir sur le problème et donne un autre éclairage » E7.*

Quand une prise en charge est nécessaire, ils prescrivent des patchs transdermiques comme substituts nicotiniques. *« je vais proposer des patchs en général, les grosses fumeuses je propose des patchs » E2, « mes patientes enceintes qui fument elles sont patchées » E9.* Un médecin explique que l'idée de la substitution nicotinique par le patch les motive à stopper sans. *« c'est pas compliqué de prescrire un patch, et d'ailleurs je leur dis et souvent elles ne veulent pas et elles s'arrêtent. » E8.*

Un médecin, plutôt expérimenté indique que le but est de diminuer au maximum la consommation de tabac. *« pas forcément dans une stratégie d'arrêt du tabac, certains ça sera la réduction en fait pour une diminution majeure » E9.*

Leur discours ne retranscrit pas de difficulté pour la plupart mais par contre une certaine rareté de cette situation ou encore la non connaissance du tabagisme de la patiente enceinte. *« c'est rare qu'elles fument ou qu'elles osent me le dire peut être, non je sais pas » E8.* Rareté renforcée par le souvenir d'un seul cas, du seul cas de difficulté d'arrêt chez une femme enceinte qui le revendiquait pour deux médecins : *« ça m'est arrivé...je vois bien une dame, ça fait un moment ça fait 10 ans. Mais bon sinon... » E8, « j'en ai une qui a fumé euh... qui a continué à bien fumer pendant sa première grossesse... » E2.*

La prise en charge faite parallèlement par la sage femme ou le gynécologue suivant la grossesse est imaginée sans être affirmée. *« elles vont être suivies par une sage femme ou un gynéco à l'hôpital donc euh...je ne suis pas la seule sur la problématique du tabac » E4.*

A l'inverse pour deux médecins plutôt expérimentés, le tabac chez les femmes enceintes est un sujet fréquent et complexe. *« les femmes enceintes fumeuses sont fréquentes. Pas majoritaire mais fréquent. » E9 « le sevrage est parfois extrêmement complexe dans ces population-là » E5.*

Parmi les médecins interrogés, un médecin exerçant en milieu rural où il y a une majorité de personnes âgées ne voit pas de femme enceinte et n'a pas d'avis sur le sujet. Les femmes enceintes fumeuses constituent un sujet rare chez la plupart des médecins généralistes qui ne semble pas constituer une préoccupation majeure.

3.2.5 Le projet LAST

3.2.5.1 L'inscription et la diffusion du projet

Premièrement, il est question de l'arrivée des médecins interrogés dans le projet LAST et donc de la façon dont l'information est arrivée jusqu'à eux ainsi que les raisons les ayant faits s'inscrire au projet. Ensuite seront présentés les éléments retrouvés concernant la diffusion du projet.

Les quatre premiers médecins se sont inscrits au projet LAST après avoir reçu une information au cabinet en présentiel par la déléguée prévention santé du COREADD venue leur présenter le projet LAST. Le discours de ces médecins retranscrit un certain enthousiasme après cette présentation. Une impression générale positive du projet ressort dans le discours de ces quatre médecins : *« au début j'ai vraiment sauté sur la proposition »* E3 ; *« j'étais vraiment motivée quand elle est venue me présenter »* E4. Pour trois de ces médecins, les motivations premières pour s'inscrire après cette visite était l'aide et un soutien voire l'appartenance à une organisation que pouvait apporter LAST. *« une arme supplémentaire pour aider les patients »* E2, *« j'attendais une aide supplémentaire pour aider les patients à continuer leur sevrage »* E4, *« et puis un soutien comment dire... me sentir euh ne pas me sentir seul en fait. Et inscrit dans un réseau »* E3. La présentation du projet au cabinet par la DSP du COREADD a plu. Le soutien et l'aide que LAST peut leur apporter sont des motivations qui ressortent.

Les autres médecins, hors zone pilote, ont accédé de façon différente. Ils ont fait la démarche de s'informer et de s'inscrire via le site internet. Leurs motivations étaient différentes. Deux d'entre eux ont connu LAST via des réseaux de coordination sur les addictions, auxquels ils adhéraient déjà : la COREADD avec un mail sur une formation LAST pour l'un et lors d'une réunion organisée par l'Association régionale des intervenants en addictologie (ARIA) en Poitou-Charentes pour l'autre médecin. Chez ces deux participants, un enthousiasme est également retrouvé dans leur discours. *« j'ai reçu, via le COREADD, un lien « prochaine formation substitut nicotinique .. » et j'ai dit ah c'est ça et c'est comme ça que j'ai adhéré au projet »* E8. Ce dernier médecin s'est inscrit dans un but, celui de la formation : *« en fait moi ce que je voulais c'était cette formation »* E8. Un autre médecin est membre actif du CORAEDD d'où son inscription. C'était davantage dans un esprit de soutien au projet mais aussi la présence d'un outil d'intérêt pour lui, l'agenda des envies : *« c'était vraiment dans l'idée de soutenir un projet, de COREADD »* E9, *« pour la pratique de soins, il y a quand même il y a un outil qui m'intéressait c'était l'agenda des envies »* E9. Deux médecins se sont inscrits afin de s'informer sur ce projet car sont élus à l'URPS (Union régionale des professionnels de santé). Ils avaient donc connu le projet LAST au sein de l'organisation de l'URPS. L'un d'eux étant particulièrement intéressé par le domaine de la prévention, il était curieux de découvrir le projet LAST.

Ensuite la diffusion qu'ils ont pu faire ou envisagent de faire est un élément intéressant. La diffusion de l'existence de ce projet LAST par les médecins autour d'eux a été faite par certains de façon spontanée. En effet plusieurs d'entre eux ont parlé du projet autour d'eux à des médecins ou paramédicaux de leur entourage. *« je lui ai envoyé le lien LAST pour qu'elle puisse accrocher les formations, et pareil pour une autre de mes collègues »* E8. Un médecin exerçant en maison de santé envisage de diffuser l'information sur le projet en laissant à disposition de ses collègues des outils papier LAST : *« d'en avoir suffisamment (outils papier du kit LAST) pour le proposer à l'interne, le proposer à des collègues, les proposer à l'infirmière ASALEE... »* E9.

Deux médecins expliquent avoir très peu diffusé le projet du fait de la crise sanitaire et des rassemblements de médecins pour formation / séminaire annulés. Ils comptent le faire : *« on a un regroupement de médecins (...) on discute régulièrement, malheureusement on n'a pas pu se réunir donc je pense que je n'hésiterai pas à leur présenter »*.E5 Un autre ne l'a pas fait, et ne semble pas l'avoir envisagé mais est assez enthousiaste à cette idée : *« mais pourquoi pas. (...) c'est quelque chose qui va devenir de plus en plus nécessaire »* E7. Ce même médecin explique que le patient pourrait diffuser l'information au médecin en ayant entendu parlé autour de lui : *« le deuxième ou troisième qui va lui en parler ça va le démanger un peu d'aller voir ce que c'est et éventuellement il rentrera dans le système »* E7.

3.2.5.2 Leur compréhension du projet

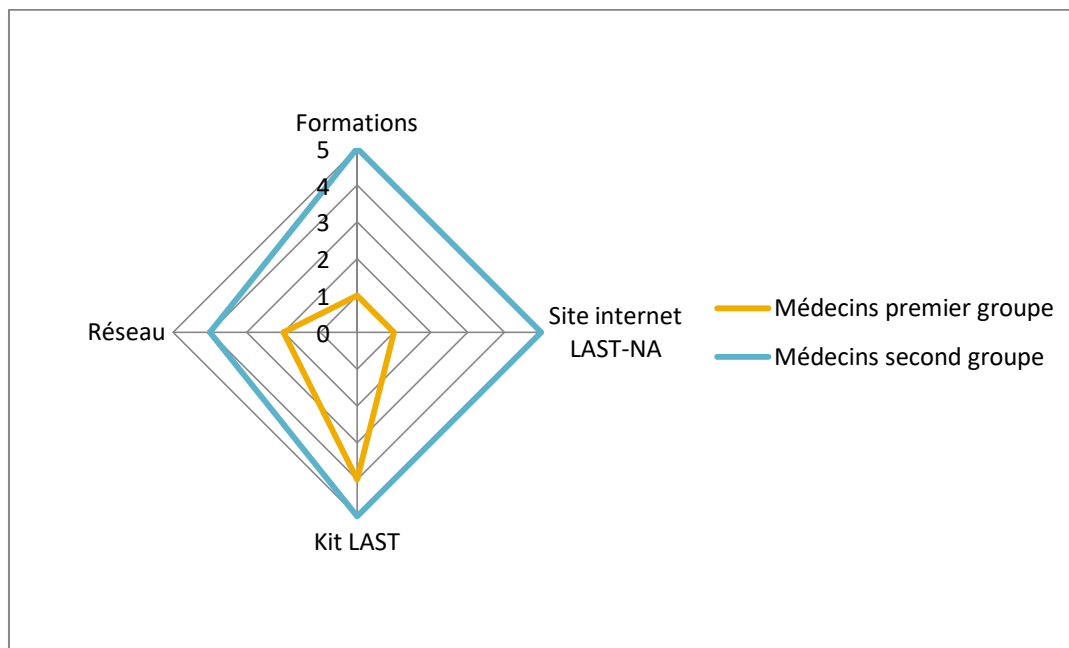
Les résultats montrent que le projet LAST n'est pas compris intégralement selon les médecins.

La majorité des médecins du second groupe semble avoir intégré l'ensemble des aspects de LAST comparativement à ceux du premier. En effet, les médecins du premier groupe ont moins intégré la présence du site internet *« C'est pareil vous voyez j'avais oublié qu'il y avait un site internet. »* E4. Deux ne s'en sont pas servi et restent évasifs lorsque le sujet est abordé. Un médecin explique avoir adressé un patient à un centre ressource en se servant du site et de l'annuaire qui s'y trouve mais ses réponses aux relances sont fermées, aucun approfondissement n'est fait. Ils se sont davantage exprimés au sujet du kit LAST. Ces médecins ont également moins intégré l'idée du réseau LAST qui est très peu abordée dans les entretiens. A la question sur le réseau LAST, un médecin reste plutôt général dans sa réponse avec un avis favorable mais sans trop s'étendre, témoignant qu'il ne s'agit pas là d'un thème majeur de LAST pour lui : *« oui ça peut être un bonne chose de travailler en réseau. (...) oui ça peut être quelque chose de favorable ... »* E4. A l'inverse dans 4 entretiens sur 5 des médecins du second groupe, l'ensemble des solutions ou éléments proposés par LAST est abordé et développé.

Lors des entretiens, certains médecins redécouvrent des aspects du projet, ou même certains des outils et avouent ne pas avoir compris le projet : *« si je comprends bien, en fait LAST c'est surtout, pour nous médecins généralistes, c'est surtout de pouvoir orienter un patient c'est ça ? »* E2. *« Le projet LAST, je ne sais pas bien ce que c'est pour tout vous dire ... »* E8. Ce dernier est un médecin du second groupe.

Le radar exposé en figure 2 illustre la compréhension globale des thèmes du projet LAST selon les deux groupes de médecins.

Figure 2 : Thèmes abordés selon les deux groupes



3.2.5.3 Leur opinion générale sur l'apport du projet

Lorsque la question leur est posée, six médecins considèrent avoir adhéré au projet.

Les éléments retrouvés dans les résultats exprimant leurs avis sur ce que peut apporter LAST sont les suivants.

L'intervention LAST est vue comme complète, au sens où les outils sont multiples et les possibilités de formations nombreuses. « Concrètement de trouver un tas d'outils qui permettent, en tout cas au début, des interventions brèves, des remises de documents aux patients, des aides... » E7.

L'idée de soutien pour les professionnels est évoquée chez certains médecins : « ... quand on a à faire à des spécialistes autour de soi c'est toujours rassurant » E5, « je pense oui parce que ça fait un soutien » E1.

Cette organisation favoriserait une harmonisation des pratiques, terme cité à deux reprises mais explicité chez six médecins. Ceci augmentant l'efficacité des sevrages : « on utilise tous à peu près la même méthode (LAST) est du coup ça aura peut être plus de poids. Quand c'est carré en général ça marche mieux » E1, « Qu'on puisse par ce biais-là rapporter d'autres praticiens à des pratiques un peu plus consensuelles » E5, « (...) je trouve que ces organisations en réseau (...) ça harmonise les

pratiques »E5, « *C'est-à-dire que ce soit des messages similaires, des documents similaires que les gens trouvent chez les professionnels de santé de premier recours* » E7.

Ensuite la prévention revient dans le discours de plusieurs médecins (trois médecins), valorisant alors le projet LAST : « *la question de l'arrêt du tabac et de l'accompagnement dans la prévention des risques c'est une question qui fait partie de nos objectifs* » E9, « *LAST ça fait partie... on essaie de faire de la prévention quoi...* » E1. Un de ces médecins évoque une limite du projet LAST selon lui, celle de se cantonner à la seule addiction du tabac. Selon lui le patient devrait être pris en charge de façon plus globale en matière de prévention : « *Clairement je vois mieux la prévention, plus globalisée, plus médecine générale (...) c'est-à-dire pas un truc pour le tabac un pour l'alcool un pour ci un pour ça. (...) il y a en général des comportements avec donc des choses à modifier qui sont souvent croisées...* » E7.

Un autre médecin exprime aussi cette idée : « *je crois qu'il faudrait quelque chose de plus global. Là on saucissonne on découpe tout je ne crois pas que ce soit la solution* » E8.

LAST est vu comme une des aides possibles parmi l'ensemble des aides et des possibilités existantes dans le sevrage : « *Certains patients pour lesquels ça ne marchera pas du tout... mais comme j'ai l'impression que ça peut convenir à certains autres patients.* » E9. « *et puis après il y a toujours (...) une masse de population qui va répondre à ça et puis des cas, un peu plus complexes, pour lesquels il va falloir passer à un niveau deux ou trois* » E7.

LAST serait un dispositif permettant aux professionnels moins expérimentés en matière de sevrage tabagique de se perfectionner et de se lancer : « *Intéressant pour un néophyte qui a envie de trouver une technique qui lui correspond ou pas et de travailler dessus.* » E5, « *(les outils) c'est quand même une information pour les gens qui n'ont pas de formation tabac... pour se former un peu aux méthodes du sevrage.* » E6, « *Dans la mise en autonomie d'un professionnel qui n'a pas, qui a moins l'habitude, c'est bien* » E9. Il faut noter que ces trois médecins sont des médecins du second groupe plutôt expérimentés dans le sevrage tabagique.

3.2.5.4 La communication et le marketing social dans le projet LAST

La communication mise en place dans l'organisation de LAST est comprise et approuvée par une majorité de médecins. 7 des 9 médecins qui ont été interrogés ont affiché l'affiche et /ou l'autocollant dans leur salle d'attente. Les deux médecins ne l'ayant pas fait n'ont pas pour habitude d'afficher des documents dans leur salle d'attente. « *je ne suis pas très affiche* » E7.

Les avis sur la communication du projet sont mitigés mais de façon générale en faveur de celle-ci, allant du plus enthousiaste des médecins « *pour moi l'intégration d'autres outils, et en particulier des outils de communication, me semble particulièrement essentielle* » E5, au plus réservé « *Alors je sais que c'est vital et tout ça mais en fait on est abreuvé d'images de logos de machins, c'est pas...* » E8.

La comparaison avec le dispositif du Mois sans tabac revient dans plusieurs discours. Il est cité par 4 médecins. Pour trois d'entre eux de façon efficace, « *ce qui marche bien c'est le Mois sans tabac* » E2. « *et on voit, on l'a vu effectivement par le biais du Mois sans tabac... ce genre d'outil commence à*

être démocratisé, ça marche » E5. Pour le dernier médecin une impression plus nuancée ressort, il encourage malgré tout ces dispositifs. « ...parce que là c'est bientôt le Mois sans tabac... et les gens n'en parlent pas » E1.

Ce même médecin insiste sur le fait qu'il faut que les patients soient informés pour espérer faire diminuer la consommation de tabac, sous entendant que cette communication doit progresser : *« je pense que si les gens en savaient plus sur toutes les méthodes de sevrage, ... et se rendent compte qu'en fait c'est pas si compliqué si on est bien accompagné, on arriverait à gagner quelques personnes » E1.*

3.2.5.5 Le kit LAST

Les outils proposés dans le kit LAST ont été lus / feuilletés par pratiquement tous les médecins.

Les avis varient en fonction des médecins.

Une impression négative ressort chez plusieurs médecins. Ils l'expliquent par le fait que les outils sont insuffisants ou incomplets pour certains. *« j'ai trouvé ça hyper léger. Enfin je pense qu'il est possible de faire des documents d'information pour les patients de manière assez simple et ... pour les motiver... » E2. Un médecin les trouve très peu novateur. « je trouve qu'ils sont has been » E3. Pour un autre, ils n'ont pas d'utilité dans sa pratique : « j'ai pas besoin de ça pour travailler ».E6 Un médecin trouve un des outils carrément contre-productif, l'agenda des envies : « noter le nombre de fois où on a envie de fumer dans la journée ça doit être le pire des trucs à faire quand on est en sevrage » E2.*

Un autre médecin plus nuancé explique qu'ils pourraient être plus élaborés et fait des propositions d'amélioration : *« j'aurai tendance à dire plus de détail, les activités physiques, les conseils diététiques,... » E1. L'utilisation des outils à destination du patient doit être bien conduite selon un autre médecin «à mon avis c'est mieux que ça soit remis à l'occasion d'un entretien enfin voilà quoi que ça soit un peu motivé... » E7.*

Des impressions plus positives se retrouvent chez quelques médecins s'agissant de l'agenda des envies. *« cet agenda là (l'agenda des envies) en particulier peut être intéressant pour certains patients ».E9 « le calendrier des envies, c'est sûr que je vais m'en servir » .E8 « ... ça fait un peu penser aux carnets de diabéto. Les gens aiment bien avoir des petits livres avec leurs noms...(...) en général ils aiment ce genre de chose » E1.*

Plus concrètement, trois médecins ont tenté ou réellement utilisé les outils à destination des patients dans leur fonction initiale au cours d'une consultation (E1 E4 E7). L'un d'eux a distribué le carnet des aides au patient et a eu un retour par ce patient qui l'a trouvé peu utile mais qui a finalement avancé sur l'idée des aides au sevrage. *« lui il m'avait fait une liste il avait dit euh « ça c'est pas pour moi, ça c'est pas pour moi, ça ça va pas... » E7. Un médecin explique qu'il a tenté de les utiliser lors d'une consultation mais ne se rappelait plus de leur utilisation. « ... à pas savoir comment les utiliser, je me souvenais plus » E4. Le dernier médecin reste évasif en disant les avoir un peu utilisés : « oui je m'en suis servi un peu » E7. Un médecin expérimenté dit avoir ses propres méthodes justifiant le fait de ne*

pas s'en être servi : « *Personnellement, je ne m'en sers pas particulièrement parce qu'aussi j'ai un suivi qui est un peu différent* » E5.

L'idée que les outils serviraient aux professionnels peu expérimentés dans le sevrage tabagique ressort dans les discours, en écho aux résultats exposés dans le paragraphe sur l'opinion générale des médecins : « *dans la mise en autonomie d'un professionnel qui n'a pas, qui a moins l'habitude* » E9, « *je trouve que pour les néophytes entre guillemets sur le sevrage tabagique ça peut donner des éléments concrets pour se lancer* » E5, « *c'est quand même une information pour les gens qui n'ont pas de formation tabac... pour se former un peu aux méthodes de sevrage* » E6. Il est question ici dans ce verbatim des outils du kit.

3.2.5.6 Le site internet LAST-NA

Une grande différence d'utilisation du site internet LAST-NA est constatée entre les médecins du premier et second groupe.

Les quatre médecins de la zone pilote ne le citent pas spontanément et lorsque la question leur est posée, les réponses sont brèves pour deux d'entre eux « *Non* (avec hochement de tête du médecin) » E1. Un médecin explique y avoir été une fois et s'est vu cité comme médecin LAST, ce qui lui a déplu, il n'aborde pas le reste des outils à disposition sur le site et semble resté sur cette mauvaise impression. A la question « *vous êtes-vous un peu servi du site internet ?* », il répond : « *pas du tout madame ! j'ai constaté que les points relais il n'y en avait pas autour de chez moi et que moi-même je devenais un point relais... j'ai dit bon euh...* » E3. Le dernier médecin de la zone pilote avait oublié l'existence d'un site internet et le redécouvre lors de l'entretien : « *c'est pareil vous voyez j'avais oublié qu'il y avait un site internet ça m'a... je ne me rappelais plus de ça* » E4.

A l'inverse, chez les cinq autres médecins, le site internet est apprécié. Plusieurs idées ressortent des résultats.

Les formations accessibles via le site en font un outil utile et pratique. « *et puis là la visio c'est génial(...) et ben voilà une heure et demi entre midi et deux c'est facile, c'est bien* » E8. « *j'y suis allée une ou deux fois... oui c'était pour aller regarder s'ils avaient mis une conférence en ligne qui m'intéressait* » E9. « *facile puisque c'est, on est assis chez soi derrière l'ordinateur, je me contredis mais c'est pas mal quoi* » E6.

Le site internet permet de rassembler l'ensemble des informations LAST avec un accès facilité. « *Concrètement de trouver un tas d'outils simplement qui permettent, en tout cas au début, des interventions brèves, des remises de documents au patient, des aides... voilà* » « *commode d'avoir un peu tout groupé quoi* » E7. Il permet notamment de commander des outils du kit. « *... pour recommander des agendas des envies...* » E9.

3.2.5.7 Les centres ressources

Lorsque la question des centres ressources et d'adresser des patients pour le sevrage est abordée, l'idée d'autres addictions associées ressort aussitôt. Les médecins citent pratiquement tous (7 médecins sur 9) une ou plusieurs autres addictions lorsque l'on parle d'adresser, que ce soit l'alcool le plus souvent, ou le cannabis. « *pas tellement l'occasion (d'orienter) j'ai plus de problématique avec l'alcool que le tabac...* » E4, « *C'est plutôt alors les patients que je vais adresser dans les consultations d'addicto... c'est surtout quand il y a des problèmes de polyaddiction...* » E2, « *après il y a des patients qui sont plus lourds plus... oui parce qu'il y a des comorbidités ou parce que justement il y a pleins d'addictions mêlées...* » E7.

Trois médecins parlent de leur habitude lorsqu'ils adressent. Deux médecins de la zone pilote citent le Pôle santé d'Arcachon. « *je le fais avec le pôle santé* » E1. L'un d'eux explique la procédure de façon enthousiaste avec un formulaire et un rappel du patient directement par le centre. Ce médecin est bien au courant des différentes unités et de leur organisation « *j'envoie sur le secteur du sud bassin d'Arcachon, là, on a trois antennes qui ont des consultations d'addicto. (...) des demandes assez simples avec un formulaire à remplir et à leur envoyer...* » E2. Un autre médecin hors zone pilote a ses habitudes avec un professionnel en particulier, un addictologue qu'il connaît de longue date, et avec qui une relation de confiance s'est installée. « *enfin si tu veux je ne l'ai pas décidé mais dans la pratique, il ya une addicto avec qui ça match pour mes patients.(...) c'est quand même mon interlocuteur préféré(...) elle a toujours été là pour mes patients* » E8.

Un médecin trouve l'offre de soin insuffisante. « *l'offre de soin elle est quand même limitée* » E3, un autre s'en rapproche mais est plus nuancé en indiquant que pour lui exerçant en ville ça n'est pas un souci mais qu'à la campagne c'est une problématique. « *c'est évidemment très compliqué de prendre en charge avec des addictologues quand ils sont à 50 km* » E7.

Un médecin, expérimenté explique qu'on lui adresse des patients pour des polyaddictions surtout, sous-entendant pas pour le tabac E5.

En pratique, un médecin dit avoir utilisé LAST et le site internet pour adresser deux patients, sans autres informations et en restant très évasif. « *au début je crois que j'ai adressé deux patients il me semble... c'est tout* » E2.

3.2.5.8 La formation dans le projet LAST

L'aspect de LAST comme outil de formation n'est pas retrouvé dans les résultats des 4 médecins du premier groupe. Ils n'abordent notamment pas les formations en ligne, ce qui correspond comme décrit plus haut au fait qu'ils n'ont pas utilisé le site LAST-NA.

Au contraire les médecins du second groupe sont unanimes sur l'utilité des formations pour le sevrage qu'apporte LAST.

Certains sont très enthousiastes : « *c'est bien c'est le truc de formation c'est ça qui est bien ça forme les gens* » E6, « *ça augmente les possibilités de formation de gens* » E8.

Les médecins interrogés ont expérimenté ces formations : « *j'ai vu qu'il y avait une nouvelle conférence c'est très bien, ...* » E6 ; « *pour aller regarder une conférence en ligne qui m'intéressait* » E9 ; « *une proposition de formation à la prescription de substituts nicotiniques parce que je n'étais pas satisfaite de ce que je faisais* » E8. Et il s'agit là de médecins assez expérimentés sur le tabac.

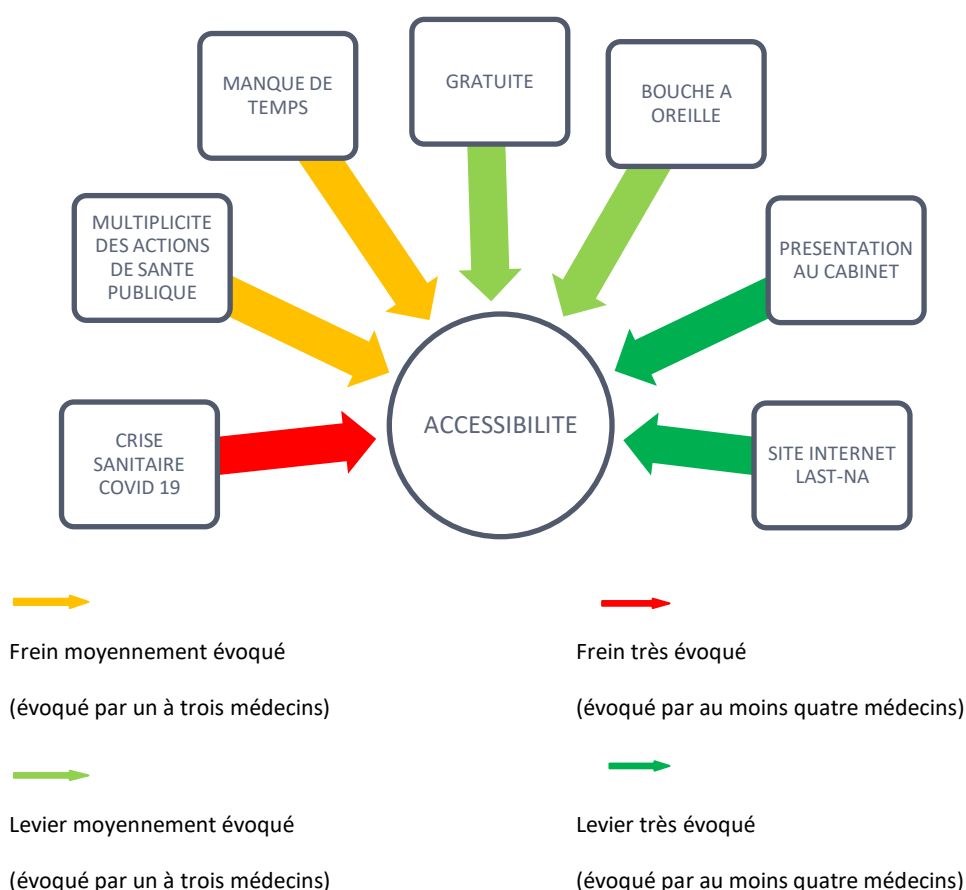
L'idée de l'apport aux novices revient « *c'est un bon élément de départ qui surement éclaire beaucoup de mes confrères qui n'osent pas se lancer, ou qui ne savent pas comment aborder le sujet* » E5. Ce dernier médecin, expérimenté, nuance le contenu des formations car a une vision un peu différente du sevrage mais reste globalement optimiste sur celles-ci et leur apport.

3.3 Résultats et Critères de Chen sur la viabilité du projet

3.3.1 L'organisation proposée par le projet LAST est-elle accessible pour les médecins généralistes?

L'accessibilité du projet LAST a été étudiée en interrogeant les médecins sur leurs possibilités d'accéder au projet, à ses outils. Il est également question des représentations des médecins influençant leur envie d'aller vers LAST, d'y adhérer et de l'utiliser. Ainsi il s'agit de l'ensemble des éléments constituant les leviers et les freins d'accessibilité du projet, résumés dans la figure 3.

Figure 3 : freins et leviers de l'accessibilité



Les leviers de l'accessibilité retrouvés dans les résultats sont constitués du site internet, de l'apport d'une présentation du projet au cabinet, de l'apport du bouche à oreille ainsi que de la gratuité de l'intervention. A l'inverse, la crise sanitaire du Covid 19 constitue un frein important pour l'intervention. Le manque de temps et la multiplicité des actions de santé publique ressortent également comme facteur limitant accès au projet LAST.

3.3.1.1 L'apport d'une présentation au cabinet du projet LAST

Ici on considère uniquement les médecins du premier groupe qui ont reçu une information au cabinet lors d'un RDV avec la DSP (déléguee santé prévention) de la CORREAD chargée de présenter le projet LAST sur le territoire pilote du projet aux médecins généralistes comme décrit dans l'introduction. La présentation au cabinet du projet provoque une adhésion initiale. Un engouement est constaté chez la majorité des médecins qui ont bénéficié de cette présentation (E2 E3 E4). « *j'étais vraiment motivée quand elle est venue me présenter, ça me paraissait être quelque chose de bien* » E4. « *ça m'a paru intéressant* » E2. « *au début j'ai vraiment sauté sur la proposition* » E3.

Tous sont motivés grâce à cette présentation. Ils ont un souvenir positif tant sur les outils, que les formations ou le réseau. Un des médecins se souvient « *après ouais s'organiser entre professionnels... ouais j'aimais bien l'idée des points relais en fait, j'étais bloqué sur les points relais* » E3.

La présentation des outils sur place est appréciée « *une dame qui m'a présenté les outils,... sur le moment j'ai très bien compris ce qu'elle me disait* » E4. Les médecins sont enthousiastes sur les formations proposées par LAST expliquées lors de cette présentation. « *ça allait être une petite formation sur le tabac* » E2.

Un aspect de soutien et de réseau semble également être un point positif que les médecins retiennent de la présentation. Un des médecins parle d' « *un esprit de compagnonnage* » E3 qu'il espérait et qui l'a marqué au début du projet. C'est une idée qu'ils ont gardé en tête. Un médecin interrogé sur la présentation du projet LAST « *j'attendais une aide supplémentaire pour aider les patients à continuer leur sevrage ...* » E4.

3.3.1.2 Le site internet, plébiscité mais par les médecins du deuxième groupe

Plusieurs aspects positifs ont été retrouvés dans le discours des médecins au sujet du site internet comme facilitant l'accès à LAST et motivant l'adhésion des médecins. Le site internet est très apprécié par les médecins qui l'utilisent.

- Le site internet, un outil complet

Le site leur semble également intéressant car « *complet* ». Tout peut se retrouver au même endroit, formations, annuaires.. « *Concrètement de trouver un tas d'outils simplement qui permettent, en tout cas au début, des interventions brèves, des remises de documents au patient, des aides... voilà* » « *commode d'avoir un peu tout groupé quoi* » E7.

Le site est utilisé pour commander de nouveaux outils par les médecins. « j'y suis allée une ou deux fois pour recommander des agendas des envies... » E9.

- La possibilité d'accéder à des formations en ligne :

Le fait que les formations soient en distanciel est un point important motivant l'adhésion au projet LAST. Elles sont ainsi facile d'accès car à distance, donc les médecins peuvent les regarder d'où ils le souhaitent et également quand ils le souhaitent. Plusieurs médecins soulignent l'intérêt de pouvoir y accéder à distance versus formations en présentiel et également au moment où ils le désirent. « c'était une miniformation ... » E8, « il y a une proposition de formation sur les substituts, ..., c'est en visioconf ! vite vite je m'inscris. » « j'y suis allée une ou deux fois... oui c'était pour aller regarder s'ils avaient mis une conférence en ligne qui m'intéressait » E9, « et puis là la visio c'est génial(...) et ben voilà une heure et demi entre midi et deux c'est facile, c'est bien » E8.

« c'est quand même une information (...) assez facile puisque c'est, on est assis chez soi derrière l'ordinateur, je me contredis mais c'est pas mal quoi » E6.

- L'inutilisation des médecins de la première vague

Les médecins du premier groupe se sont inscrits à LAST sur le site internet après la visite de la représentante LAST, ils en ont eu donc connaissance. Ils n'en ont pas gardé une impression d'outil supplémentaire ou à part entière de l'intervention LAST. Les réponses sont très brèves au sujet du site internet, de la négative simple à la question de l'utilisation du site au hochement de tête. Une des médecins avoue même avoir oublié l'existence d'un site internet au moment où elle est interrogée à ce sujet. Un médecin l'a inspecté une fois après s'être inscrit et a constaté qu'il n'y avait pas d'inscrit LAST autour de chez lui.

3.3.1.3 Multiplicité des actions de santé publique

La représentation qu'ont les médecins des interventions de santé publique dans le domaine de la prévention semble être un frein à l'adhésion à ce nouveau projet qu'est LAST. Les médecins évoquent des difficultés pour se retrouver parmi tous les programmes et aides différentes à leur disposition. « en fait il y a des initiatives qui se font mais qui finalement, à mon avis, desservent l'intention parce qu'en fait il y a trop de choses, on est perdu, ça démultiplie » E8.

Le concept de réseau laisse perplexes certains médecins sur l'efficacité que ces réseaux ont « on revient toujours au point de départ. On a organisé des réseaux, on a défait des réseaux... enfin c'est... pfff voilà quoi. (...) on a fait beaucoup de trucs, on fait des réseaux, on fait réseau diabète, on fait réseau asthme,...(...) enfin bon c'est ... c'est très difficile tout ça, pour moi c'est excessivement difficile » E6.

Comme expliqué précédemment, une lassitude ressort dans leur discours, renforcée par leurs expériences, notamment celle du REPPPOP cités à trois reprises, de façon plutôt négative. « Ca (le REPOBB) n'a jamais été... enfin ça a été cause de complication plutôt que d'aide alors... » E7.

Ils sont ainsi assez méfiants dans les discours rapportés dès qu'il s'agit de l'aspect organisation et réseau. Ils n'y sont pas complètement opposés mais leur expérience et leur ressenti semblent être plutôt un frein pour eux dans l'idée de participer à de nouveaux programmes ou organisations.

Certains évoquent le coût de ces actions (2 médecins) pour des résultats pas forcément suffisants d'où une impression d'inefficacité de celles-ci. *« enfin pour moi c'est encore beaucoup d'argent (...) l'ARS, voilà c'est des sous publics »* E3.

3.3.1.4 Le manque de temps

L'idée de manque de temps pour s'investir dans ce projet est un thème qui ressort des entretiens. Ce manque de temps semble être assez général, tant dans les formations qui prennent du temps, que dans la découverte des outils.

En effet, prendre le temps pour faire les formations est un problème soulevé par un des interviewés. Un médecin interrogé sur les formations LAST tient ces propos *« le problème c'est comme tout il faut trouver le temps » « les médecins, honnêtement on n'a plus le temps »* E6.

L'idée que l'adhésion et l'utilisation de ce projet pour un médecin généraliste va correspondre à un profil de médecin qui a du temps est avancée par un médecin en l'opposant aux lieux plus pauvres en médecin, où ils sont débordés et où des solutions différents doivent être proposées. *« dans des zones où il y a assez de médecins pour qu'ils aient du temps pour prendre ça en charge et puis dans les rases campagnes où ils sont débordés peut être qu'il faudra trouver des solutions plus simples avec du i-coaching... »* E7.

Plus globalement ici, cet aspect de difficulté d'accéder à LAST et d'investissement dans le projet par manque de temps s'est aussi ressenti au cours des étapes de recrutement des médecins, avec la difficulté pour obtenir un RDV , parfois des RDV effectués entre deux visites, des entretiens réalisés très tard le soir après la fin de sa journée de travail. Et dans les réponses de certains des médecins sur l'utilisation des différents outils, quels qu'ils soient insinuant que tout cela demande du temps.

Le manque de temps est cité plusieurs fois par les médecins . Ceci car les consultations sont courtes, avec plusieurs motifs et donc peu de temps pour le tabac. *« le problème c'est qu'en fait dans la consultation... ça va vite, ils viennent toujours pour plusieurs motifs...je me suis dit... je vais pas prendre le temps de relire les... (outils) »* E4.

« c'est pas en quinze vingt minutes au cabinet ... qu'on fait quelque chose » E3.

3.3.1.5 L'impact de la crise sanitaire du covid 19

Le projet pilote LAST a été présenté aux médecins du premier groupe en février et mars 2020. C'était une période particulière et difficile pour les médecins généralistes dans leur ressenti. De l'incertitude et une perte de repère ressortent de leur propos lorsque la question du covid 19 leur est posée.

Leurs habitudes de travail changent avec des préoccupations qui prennent toute la place. « *pour faire un vaccin contre la grippe on désinfecte tout, alors que d'habitude on ne prenait pas douze milliard de précautions pour tout* » E1.

Ils ont été ou sont trop occupés par la problématique de l'épidémie, et ont moins d'attention à apporter à ce genre de projet : « *ça retarde beaucoup les choses parce que les médecins ils sont un peu le nez dans le guidon.* » E7, « *le covid c'est vrai que ça ralentit un peu tout et ça nous a fait nous concentrer sur autre chose.* » E4. Le soin qui se tourne pratiquement exclusivement vers le Covid 19. Ils expriment un ralentissement des activités autres.

Les médecins s'intéressent moins aux nouveautés qui n'ont pas de lien avec le covid19 « *c'est vrai que les outils, les trucs qu'on ferait d'habitude parce qu'on a plus de temps, on les fait moins ça c'est clair* » E1. Ils avouent s'être sans doute moins investis qu'en temps normal. « *j'ai été prise dans cette tourmente, et que j'ai peut être un peu laissé tomber aussi de mon côté* » E4.

C'est une crise durable qui s'est installée avec des comportements qui ne sont toujours pas revenus à la normale. L'incertitude du futur à venir dans leur pratique, avec l'organisation des vaccinations à venir est soulignée par un médecin. « *... maintenant ils sont tout à fait le nez dans le guidon avec la vaccination, ils ne savent pas trop ni comment ça va se passer* » E7.

L'arrêt des réunions et les rassemblements de médecins de toute nature ayant été stoppés, la diffusion n'a pas pu se faire. « *on ne peut plus rien organiser réellement, le covid a détruit beaucoup de chose ça c'est clair. On ne peut plus faire de présentiel, je peux plus faire de conférence, c'est assez embêtant* » E6. A la question de la diffusion du projet aux autres professionnels, les médecins pensent qu'ils auraient d'avantage diffusé l'information autour d'eux hors contexte de covid 19. « *j'ai pas eu trop l'occasion, d'habitude j'anime plusieurs séminaires.... Et cette année, j'ai beaucoup de choses qui ont été rabotées malheureusement* » E5.

Du retard dans la mise en place est soulignée par un médecin qui a reçu l'enveloppe du kit très longtemps après s'être inscrit et pense que c'est en lien avec la crise sanitaire.

Les médecins expérimentés semblent avoir cependant été moins influencé par cette crise dans leur pratique du sevrage tabagique. Ils semblent avoir poursuivi leur habitude d'abord fréquent de la question du tabac, ce qu'ils faisaient déjà avant l'intervention LAST. « *je dirai que ça n'a rien changé à ma pratique, j'aborde la question. ...Je propose toujours autant les traitements, et je pose toujours la question le tabac où est-ce que vous en êtes ?* » E9. Ce médecin indique même avoir peut être été plus à l'écoute car a travaillé sur le lien entre consommation d'alcool et le confinement du fait de la crise sanitaire.

La proposition de sevrage a été moins systématique chez certains médecins. D'autres avouent avoir peut être perdu le réflexe, laissé le projet de côté. Un médecin va même plus loin sur l'impact de la crise sanitaire du Covid 19 sur ses propositions de sevrage tabagique, avec une diminution de la proposition d'arrêt du tabac car les temps étant durs, il note une augmentation des patients ayant des symptômes dépressifs. « *le taux de patients déprimés, ça augmente à une allure avec ce covid...* » Il grossit volontairement le trait comme le montre le verbatim suivant « *par contre je suis certain qu'il n'y a pas grand intérêt de faire arrêter les gens de boire ou de fumer, ils vont se suicider. Je vais un peu fort dans ce que je dis mais c'est à réfléchir quoi* » E6.

3.3.1.6 Le bouche à oreille : une façon d'accéder à LAST

Plusieurs médecins ont spontanément diffusé l'information autour d'eux, à des paramédicaux ou collègues médecins. « *j'en ai parlé à (...) une IDE là où je suis en centre de soins santé, qui me faisait part de ses difficultés avec les patchs et tout ça (...) je lui ai envoyé le lien LAST pour qu'elle puisse accrocher les formations, et pareil pour une autre de mes collègue* » E8. « *Ma collègue qui travaille avec moi m'a déjà posé la question donc je lui en ai parlé* » E5. A noter ici l'interviewé a posé la question après avoir vu l'affiche dans la salle d'attente de son collègue.

Un des médecins a l'objectif de diffuser le projet en ayant commandé d'avantage d'outils papiers pour que les autres professionnels de sa maison de santé en disposent.

La promotion du projet par les professionnels LAST eux-mêmes semble être une bonne façon de le diffuser. Pour un médecin, la meilleure des diffusions est le fait que les professionnels en entendent parler par les patients eux-mêmes, informés par leur entourage : « *le deuxième ou troisième qui va lui en parler ça va le démanger un peu d'aller voir ce que c'est et éventuellement il rentrera dans le système* » E7.

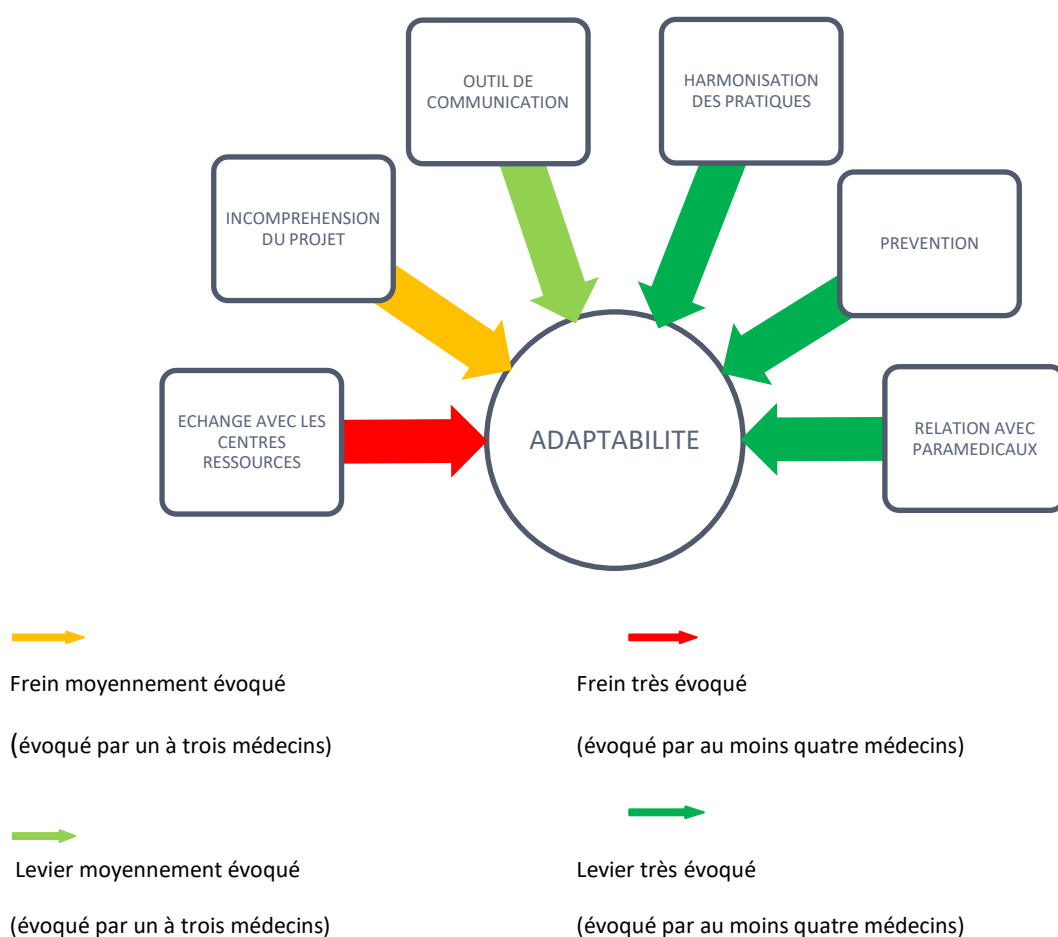
3.3.1.7 La gratuité du projet LAST

Evoquée succinctement par deux médecins, la gratuité du projet LAST semble être un point positif. L'un d'eux suggère que la formation accessible gratuitement pour les médecins est un élément positif. D'un autre côté cette gratuité est valorisée dans l'intérêt des patients, qui n'accèdent pas à certaines aides, notamment téléphoniques, pour le sevrage tabagique qui sont à l'inverse payantes et qui constitueraient donc un frein à l'accès au sevrage : « *mais bon les gens ça les freine dès que c'est payant. Et il y en a qui sont pas très à l'aise financièrement...* » E4.

3.3.2 L'organisation proposée par LAST est-elle adaptée ?

Dans cette partie sont développés les retours des médecins interrogés sur le projet LAST en condition de vie réelle et dans le système actuel de santé. Il s'agit d'étudier l'apport et le caractère approprié de LAST pour les acteurs quotidiens du paysage de la santé et dans les relations qu'ils entretiennent entre eux. Il est également question de l'adéquation des outils apportés aux médecins généralistes (et par extension à leurs patients) par le projet LAST, dans leur pratique habituelle et quant au système de soin actuel. Tous ces éléments constituent les freins et leviers de l'adaptabilité du projet, ils sont illustrés dans la figure 4.

Figure 4 : freins et leviers de l'adaptabilité :



Le principal frein à la caractéristique « adapté » du projet est l'échange avec les centres ressources qui n'a pas lieu. Celui avec les paramédicaux est au contraire valorisé. La prévention, l'harmonisation des pratiques et l'aspect outil de communication sont des points positifs dans les résultats. Enfin l'incompréhension du projet est un frein à l'adaptabilité qui ressort chez les médecins du premier groupe.

3.3.2.1 LAST en accord avec les liens entre médecins et paramédicaux

Les médecins sont globalement tous d'avis que le sevrage tabagique est l'affaire de tous les professionnels de santé qui gravitent autour du patient. Cette idée se retrouvait déjà dans la première partie sur les habitudes du médecin.

La présence des paramédicaux dans le projet leur semble particulièrement naturelle et en accord avec les pratiques actuelles : *« Oui alors c'est une très bonne chose... on sait que quand l'information ne vient que du médecin, c'est pas toujours efficace. Plus on recoupe l'information, plus c'est intéressant »* E5.

Plusieurs points sont relevés par les médecins dans l'organisation LAST allant dans ce sens.

- LAST permet une complémentarité des professionnels de santé et des informations pour les patients

Que l'information sur le sevrage puisse venir de plusieurs horizons est importante et constitue une chance favorisant le sevrage des patients.

Premièrement, certains patients ne consultent que très rarement leur médecin généraliste et donc le fait d'avoir cette information sur le sevrage tabagique lors de consultations avec d'autres professionnels de santé est une chance de leur faire venir au sevrage. Et ceci d'autant plus que le patient est jeune et qu'il n'a recours que très occasionnellement au médecin généraliste. *« il y a un certain nombre de patients qui échappe au médecin généraliste parce que ce sont des jeunes pas très malades et que en gros on ne voit pas beaucoup, (...). Or c'est à ce moment là justement qu'il y a intérêt à ce qu'ils changent leur comportement et donc des entrées par les pharmaciens, les dentistes, les sages femme à l'occasion d'une grossesse etc etc... me semble être quelque chose de pertinent... »* E7. Le fait que plusieurs acteurs différents de santé soient mobilisés permet de toucher un public plus vaste.

Ensuite, l'information venant de plusieurs professionnels de santé différents lui donne plus d'impact. *« On sait très bien que c'est le faisceau d'arguments qui va faire la prise en charge »* E5. Sous-entendu ici dans le verbatim, le faisceau d'arguments venant de différents acteurs de santé.

- Une place particulière pour les infirmières

Les infirmières sont souvent citées dans le discours des interviewés. Un des médecins cite l'infirmière de sa maison de santé qui fait une formation sur le tabac et le fait qu'ils en discutent. Un échange sur les patients a lieu et ils s'orientent les patients entre eux selon les besoins *« ça m'arrive de lui adresser, ça lui arrive de m'en adresser d'autres quand les patchs ça suffit plus. On en discute enfin nous ça fait des années... »* E9. A noter qu'il s'agit d'une infirmière du dispositif d'Action de santé libérale en équipe (Asalée). Un autre médecin fait part de son enthousiasme à l'idée d'intégrer une infirmière Asalée à ce projet. *« Et bientôt on aura une infirmière Asalée chez nous et j'espère l'intégrer au protocole et qu'elle puisse participer aussi effectivement »* E5.

Un médecin explique qu'il a notion que des infirmières proches de son cabinet font de l'addictologie, qu'il n'a pas encore travaillé avec elles mais qu'il comptait le faire. A noter que dans son discours il met cette idée en opposition avec une orientation vers un centre de référence que serait l'hôpital. *« mais c'est très très lourd à l'hôpital et après en ville il y a une ou deux infirmières qui se sont montées voilà addictologues, mais je leur ai pas encore envoyé de patients mais je comptais le faire »* E3.

Sont citées également les infirmières de pratique avancée (IPA) comme étant une potentielle solution pour épauler le médecin. *« Elle va faire beaucoup de coordination, elle se met en cheville avec les médecins généralistes... et le médecin généraliste prescrit l'éducation thérapeutique grosso modo... à ce moment là je délègue le sevrage ... »* E3.

- Les sage-femmes

Elles ne sont que très peu citées spontanément lorsque les paramédicaux sont abordés. Elles le sont d'avantage lorsque le sujet des femmes enceintes tabagiques est abordé mais pas systématiquement. Un des médecins trouve très souhaitable qu'elles soient intégrées au projet : *« elles voient bien qu'elles manquent de pertinence sur certains points et je pense qu'on a une grande part de responsabilité là dedans puisque je pense qu'on devrait pouvoir mieux partager et je pense que LAST est un bon facteur pour ça »* E5.

- Le travail en équipe

Le travail en équipe ressort chez certains médecins dans leur façon d'aborder leur relation avec les paramédicaux, notamment en utilisant le pronom « nous » ou la répétition des termes comme *« professionnels de ma maison de santé »* E9. Le travail en équipe est mis en avant chez un autre médecin *« c'est sur que c'est bien de travailler ensemble (...) je considère que c'est travailler avec les gens qui sont près du patient de toutes façons (...) je pense que je travaille déjà comme ça »* E8.

3.3.2.2 Adresser un patient en addictologie, échanges avec les centres ressources

Les échanges avec les centres ressources pour le sevrage tabagique sont pratiquement inexistants.

La plupart des médecins interrogés n'ont pas l'habitude d'adresser des patients aux addictologues, ni de prendre d'avis dans le cadre d'addictions au tabac. Ceci est retrouvé de façon globale. Tous les médecins interviewés s'accordent sur le fait qu'ils n'adressent pas aux addictologues pour le sevrage du tabac seul. Ce constat est marqué dans le discours des médecins qui répondent très spontanément quand on leur pose la question de l'adressage. Ils répondent souvent qu'ils adressent mais en précisant immédiatement que c'est uniquement lorsqu'il ya d'autres addictions associées. Un exemple dans le verbatim suivant : *« -donc ça vous arrive quand même d'adresser pour le tabac ?- ouais ouais !(...) parce que là moi j'ai des gens polyaddictifs, oui sur des sevrages complexes, oui clairement je ne pourrai pas tout seule »* E8. Le médecin revient sur l'idée que les patients adressés sont en fait polyaddictifs.

On retrouve l'opposition entre le tabac et les autres addictions dans leur discours :

Les médecins ont tendance à distinguer l'addiction au tabac des autres addictions comme l'alcool ou le cannabis. Ceci est retrouvé dans l'abord du niveau de difficulté du sevrage du tabac par rapport à celui de l'alcool par exemple. Le tabac est minimisé par rapport aux autres addictions. *« Après c'est vrai que pour le tabac ... »* E1.

Lorsqu'on aborde leurs difficultés dans le domaine de l'addiction, ils parlent en premier lieu d'alcool ou de polyaddictions, les opposant au tabac. *« j'ai plus de problématique pour l'alcool que le tabac »* E4.

Une autre raison est qu'ils se sentent suffisamment efficaces dans le sevrage.

Globalement les médecins ne ressentent pas le besoin d'adresser à des spécialistes pour le tabac. Plusieurs expriment avoir l'impression d'y arriver tout seul. *« J'avoue que pour le sevrage tabac, finalement j'ai le sentiment d'y arriver quoi... »* E2, *« oui le tabac ça se passe bien en général »* E4 *« pour le tabac il y a quand même des résultats »* E7. Ils ont le sentiment de pouvoir maîtriser le sevrage.

Il ressort ensuite des discours des représentations qu'ont les interviewés sur les centres ressources.

Les centres ressources seraient synonymes de polyaddictions.

Spontanément, lorsqu'on parle des centres ressources, des cliniques, des addictologues ou de l'hôpital, les médecins parlent des polyaddictions : *« c'est plutôt, alors les patients que je vais adresser dans les consultations d'addictologie... c'est surtout quand problème de polyaddiction... »* E2. *« après il y a les patients qui sont plus lourds, oui voilà parce qu'il y a des comorbidités, ou parce que justement il y a pleins d'addictions mêlées et justement là il faut prendre ou quand même faire appel à des addictologues »* E7.

Les centres ressources n'ont pas la possibilité de s'occuper du tabac.

Les centres ressources ont déjà beaucoup d'activité avec les addictions plus lourdes que le tabac et n'auraient pas le temps ou les moyens de s'occuper du tabac. Ils ne veulent pas « surcharger », « embêter » les services d'addictologie et les addictologues libéraux car ils ont assez de travail avec les autres addictions. *« parce que comme ils ont déjà énormément de boulot pour les autres addictions... »* E1.

Les patients n'auraient pas envie d'aller se sevrer du tabac à l'hôpital.

Les médecins pensent que les patients n'envisagent pas l'étape centre ressource dans le cadre de leur sevrage tabagique. *« J'envoie assez rarement, les gens ils n'ont pas du tout envie d'aller à l'hôpital pour se faire sevrer. Tout le monde a envie d'y arriver un peu tout seul chez lui »* E3.

La campagne, incompatible avec l'adressage

Une autre idée qui ressort concernant l'adressage et le travail en réseau, est la limite que cela comporte en campagne. Un médecin souligne que ce genre d'intervention est inadapté à la campagne et donc ceci devient inaccessible. *« (Réseau et adressage) en campagne j'en vois aucun intérêt parce que c'est très difficile d'établir un réseau »* E6. *« c'est évidemment compliqué de prendre*

*en charge avec des addictologues quand ils sont à 50km ».*E7 Ici est évoquée l'idée qu'il est compliqué de s'y rendre mais aussi de travailler avec ces centres situés à de longues distances.

Le constat de l'absence d'adressage pour le tabac seul se confirme même chez les médecins « spécialisés » en tabacologie interrogés à qui on adresse rarement des patients uniquement pour une problématique de sevrage tabagique. Ils reçoivent des patients adressés généralement pour des addictions d'autres types comme l'alcool souvent cité ou le cannabis ou encore pour des polyaddictions.

3.3.2.3 Un apport par l'harmonisation des pratiques

Plusieurs médecins relèvent l'intérêt du projet LAST sur l'impact qu'il peut avoir sur la coordination de la pratique au cours du sevrage tabagique pour eux et leurs confrères médecins et paramédicaux. En effet ils insistent sur l'importance de la similitude des discours, des positionnements à avoir face au patient dans le but d'une pertinence globale des prises en charge. « *Ce que je trouve bien c'est la coordination entre les professionnels de santé de premier recours, c'est-à-dire que ce soit des messages similaires que les gens trouvent chez les professionnels de santé de premier recours* » E7.

LAST permet ici à leurs yeux une harmonisation des pratiques, terme cité plusieurs fois dans les entretiens et qui se retrouve de façon plus générale dans le système de santé. « *je trouve que les organisations en réseau, quand on a à faire à des spécialistes autour de chez soi c'est rassurant et de deux ça harmonise les pratiques* » E5 « *qu'on puisse par ce biais-là rapporter d'autres praticiens à des pratiques un peu plus consensuelles* » E5.

Un médecin exprime que cette harmonisation pourrait rendre le sevrage plus efficace. « *on utilise tous à peu près la même méthode (LAST) et du coup ça aura peut être plus de poids. Quand c'est très carré en généra ça marche mieux* » E1.

3.3.2.4 La prévention, une idée dans l'air du temps

La prévention semble être pour plusieurs médecins interrogés, un élément qui doit être de plus en plus intégré à la médecine générale. Un médecin rapporte « *je suis très ouvert et orienté à la prévention qui me paraît être toujours, on va dire, le nouveau pan de la médecine générale dans les années à venir...* » E7. Le projet LAST entre en ce sens dans le champ de la médecine générale et peut être considéré de ce fait comme adapté au système de santé.

Un des interviewés explique que la prévention est même un sujet ciblé dans l'organisation de la maison de santé où il exerce. « *La question du tabac et de l'accompagnement dans la prévention des risques, c'est une question qui fait partie de notre objectif, de nos projets de la maison de santé* » E9.

3.3.2.5 L'aspect outil de communication de LAST

La majorité des médecins interrogés approuvent la communication comme outil de diffusion des informations aux patients sur le sevrage, bien que l'aspect communication, marketing ne plaise pas à tous les interrogés.

Un des interviewés dit *« pour moi l'intégration d'autres outils, et en particulier des outils de communication, me semble particulièrement essentielle »* E5.

Ils soulignent pour certains l'expérience positive du mois sans tabac qui commence à entrer dans les mœurs. *« Ce qui marche bien pour les patients c'est le Mois sans tabac. Cette sensibilisation là elle marche bien et c'est vrai qu'à cette période là ils sont plus... même un mois avant ils commencent à dire « ben ça va être le mois sans tabac donc je me prépare... j'aimerais... » »* E2.

Le mois sans tabac fait partie même des habitudes du cabinet pour un des médecins. *« Tous les ans, on fait le Mois sans tabac »* E9.

La communication est pour certains insuffisante, avec une expérience plutôt décevante du Mois sans tabac pour un des médecins. Il souligne que cette communication devrait être plus importante. *« Je pense que si les gens savaient plus sur toutes les méthodes de sevrage, et se rendent compte qu'en fait c'est pas si compliqué si on est bien accompagné, on arriverait à gagner quelques personnes »* E1.

Enfin un des médecins se démarque trouvant que la communication, la publicité sont trop envahissantes et desservent la cause première. Ceci revient à l'idée développée dans la partie sur l'accessibilité sur la multiplicité des actions de santé publique. Cependant il insiste sur le fait que c'est malgré tout essentiel. *« Pour moi, il y a trop d'infos, il y a trop de truc, globalement sur le plan personnel, citoyen, politique, je déteste la com. Alors je sais que c'est vital et tout ça mais en fait on est abreuvé d'images de logos de machins, c'est pas... s'il n'y avait que pour le tabac, mais en fait il y a mille trucs pour le tabac, mille trucs pour l'alcool,... »* E8.

Plus loin, un développement sur les discours des médecins sur l'affiche entre également dans ce thème sur le marketing social.

3.3.2.6 L'incompréhension et l'oubli du projet

Le projet LAST n'est pas compris dans son ensemble par plusieurs médecins, ce qui semble être à l'origine de leur manque d'investissement dans le projet.

Certains médecins découvrent des aspects du projet LAST lors de l'entretien comme le montre ce verbatim : *« si je comprends bien, en fait LAST c'est surtout, pour nous médecins généralistes, c'est surtout de pouvoir orienter un patient c'est ça ? »* E2.

Un médecin redécouvre qu'il y a un site internet et redécouvre même l'aspect plus marketing social du projet. « *En fait c'est juste que quand on est venu me le présenter après il s'est écoulé un temps trop important pour que je l'utilise, pour que je puisse intégrer des choses dedans* » E4.

Un médecin s'étant inscrit après avoir vu circuler une information sur LAST via le réseau COREADD, s'est inscrit pour la partie « formation » que présente le projet. Il ne s'est pas emparé du projet dans son ensemble, et avoue n'avoir pas saisi l'aspect réseau, la possibilité d'adresser, etc... « *Le projet LAST, je ne sais pas bien ce que c'est pour tout vous dire ...* » E8.

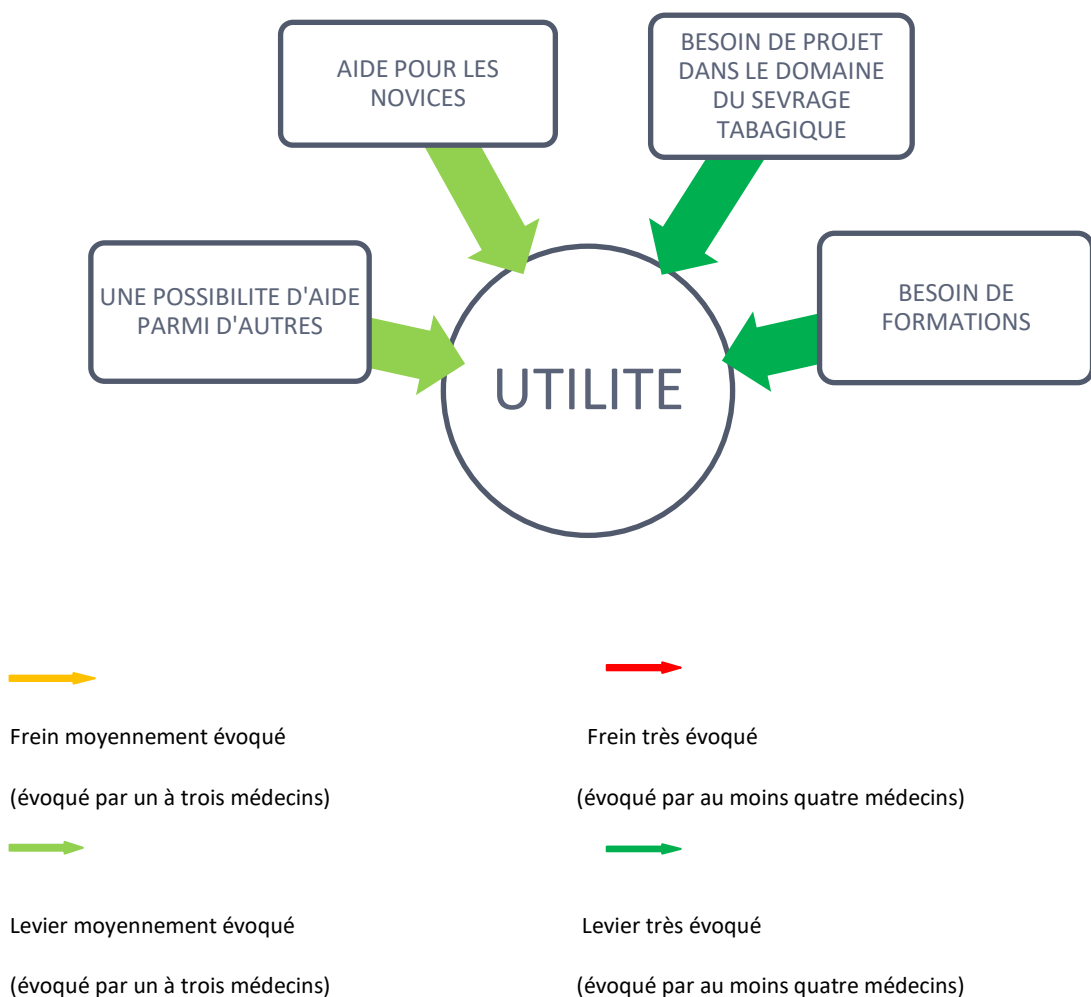
3.3.2.7 Etre sollicité pour son avis E3

Un des médecins interrogés exprime un mécontentement sur le fait d'avoir été sollicité plusieurs fois sur l'intervention LAST. Il est le seul à l'exprimer mais cela semble avoir été un frein important à son adhésion et un élément de mécontentement dans son discours. Le verbatim suivant a été noté durant la prise de rendez-vous par téléphone, où le médecin voulait immédiatement réaliser l'entretien « *j'ai déjà beaucoup parlé de ce projet, on est venu me voir 8 mois après le début pour me demander... une de vos collègues m'a appelé récemment à ce sujet... j'ai passé 3 ou 4h sur LAST* » E3.

3.3.3 L'intervention LAST est-elle utile?

Il est question ici de l'aide et la réponse à un besoin qu'apporte l'intervention LAST dans la prise en charge de sevrage tabagique des patients par leur médecin. Il s'agit des freins et leviers de l'utilité du projet, illustrés dans la figure 5.

Figure 5 : freins et leviers de l'utilité



L'utilité d'un tel programme pour le sevrage du tabac ainsi que l'apport des formations par le projet LAST ressortent dans les résultats. L'intérêt pour les professionnels novices dans le sevrage tabagique est également une idée qui émerge. Enfin l'utilité d'une telle intervention parmi d'autres projets disponibles est soulignée.

3.3.3.1 Globalement projet utile

Tous les médecins ou presque s'accordent sur le fait qu'il est utile d'élaborer de tel projet pour permettre le plus possible de sevrage de patients. A la question de la réponse à un besoin apportée par LAST, un médecin répond : « *oh oui oui je pense oui. Oui oui ça fait un soutien* » E1.

L'engouement initial à la présentation du projet décrit dans la partie 3.3.1.1. , partie sur l'accessibilité du projet, témoigne de l'utilité d'une telle intervention à leur yeux. Ceci se retrouve dans l'exemple d'un des médecins qui après avoir trouvé ce projet intéressant et s'être inscrit après la présentation, dit secondairement ne pas avoir adhéré à l'organisation et les outils mis à dispositions du projet ; il avait évoqué un certain enthousiasme sur l'utilité du projet. « *ça m'a paru intéressant, ...(...) je pensais que ce serait une arme supplémentaire entre guillemets pour aider les patients* » E2.

Même les médecins les plus critiques le sont en général sur la forme, les outils ou l'organisation de l'intervention LAST mais pas sur l'utilité qu'ont ces types d'interventions. Ils justifient ceci notamment par le fait que le sujet du tabac est complexe, encore banalisé et un des médecins dit « *la problématique du tabac elle est encore très compliquée... (...) c'est encore ... très banalisé quoi* » E1.

3.3.3.2 L'apport sur la formation des professionnels

L'apport de LAST par les formations est un argument qui revient chez la majorité des médecins. « *ça augmente la possibilité de formation des gens* » E8. Comme expliqué dans la première partie des résultats, il s'agit surtout des médecins du deuxième groupe. Ceux-ci expriment un enthousiasme en ce qui concerne l'intérêt de la formation même en étant pour la plupart assez expérimentés. « *C'est bien c'est le truc de formation c'est ça qui est bien, ça forme les gens, c'est pas mal. C'est chouette il n'y a rien à dire* » E6. Ce verbatim est exprimé en réponse à la question de résumer les points forts de LAST.

L'idée de la formation continue en médecine générale revient, avec un médecin qui se met en exemple en disant que sa formation date « *tu fais un DU (de tabacologie) mais il y a des choses qui changent* » E6. Un autre utilise le terme de « réentendre » comme un rappel de connaissance. « *Moi ce que je voulais c'était cette formation, réentendre des notions de base* » E8.

S'ajoute à cette idée celle de se perfectionner, avec un médecin qui explique avoir voulu s'inscrire pour une formation un peu plus technique. « *Le côté base pharmaco (qui m'intéressait le plus)* » E8.

3.3.3.3 Utile pour les professionnels novices en matière de sevrage tabagique

Une idée revient régulièrement, celle de l'intérêt et l'aide que représente LAST pour les médecins non habitués au sevrage tabagique.

- déjà d'un point de vue global avec l'intervention LAST

LAST peut être un outil au sens général aidant les novices dans la pratique du sevrage « (LAST) être des solutions portées à tous les confrères pour pouvoir répondre au moins à un premier niveau à l'addiction au tabac » E7.

Egalement, LAST peut constituer un « coup de pouce » pour les professionnels pratiquant peu le sevrage pour entreprendre des sevrages avec leur patient « Dans la mise en autonomie d'un professionnel qui n'a pas, qui a moins l'habitude » E9, « Pour mettre le pied à l'étrier ça peut être effectivement efficace » E5, « élément de départ (le site internet) qui surement éclaire beaucoup de mes confrères qui n'osent pas se lancer » E5.

-Et ensuite avec les outils à destination du professionnel, qui participent beaucoup à ce côté éducatif, et qui constitueraient un apport chez les débutants dans le sevrage pour retrouver ou acquérir des bases. « les outils, c'est quand même une information pour les gens qui n'ont pas de formation tabac... pour se former un peu aux méthodes de sevrage » E6, « je trouve que pour les néophytes, entre guillemets sur le sevrage tabagique, ça peut donner des éléments concrets pour se lancer, se mettre ne confiance » E5. Les outils apportent une information à ces professionnels peu expérimentés dans le sevrage tabagique.

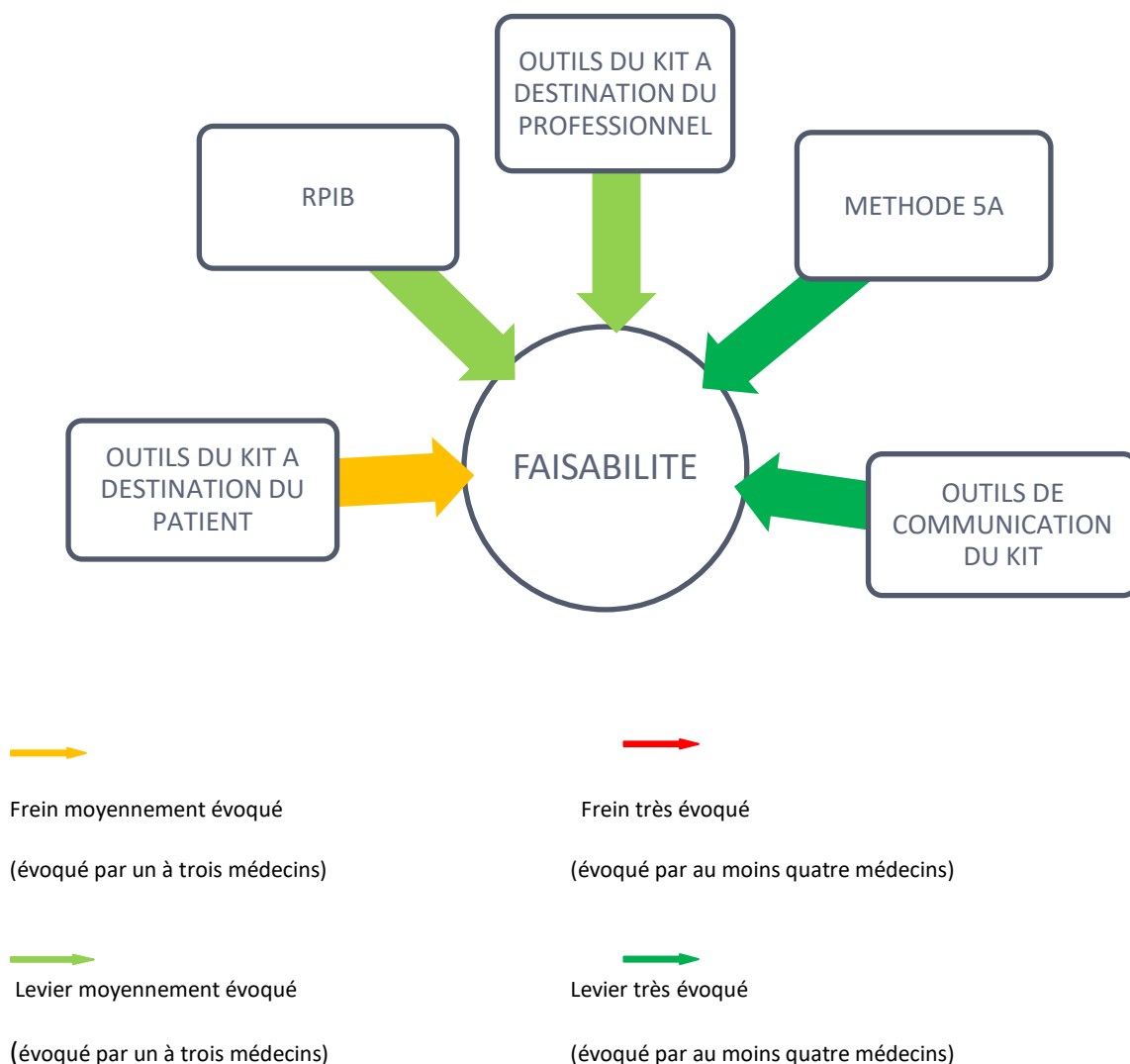
3.3.3.4 Nécessité d'outils/ méthodes différentes pour des patients et professionnels tous différents

Le sujet du tabac étant complexe, les patients tous différents et les praticiens de la santé aussi, plusieurs médecins insistent sur le fait que LAST peut être une des possibilités d'aide au sevrage. « Certains patients pour lesquels ça ne marchera pas du tout... mais comme j'ai l'impression que ça peut convenir à certains patients (autres) » E9. « après je crois qu'il n'y a jamais une solution unique à un problème. Il y a des gens qui vont bien répondre à ça. Quand je dis gens c'est aussi bien des professionnels de santé que des patients » E7.

3.3.4 L'organisation LAST est-elle réalisable / pratique pour les médecins généralistes?

Dans cette partie, il est question d'établir si la méthode 5A proposée dans le projet LAST sont en adéquation avec les pratiques habituelles des médecins interrogés sur l'abord du tabac et la prise en charge du sevrage tabagique. Il est également question des outils proposés par LAST et de leur praticité en condition habituelle, que ce soit les outils pédagogiques ou les outils de communication. Les freins et leviers de la faisabilité du projet LAST sont illustrés dans la figure 6.

Figure 6 : freins et leviers de la faisabilité



La méthode 5A est un levier pour le projet, ainsi que les outils de communication car étant mis en pratique. Les outils à destination du patient sont plutôt un frein devant une faible utilisation. Le RPIB

et les outils du kit pour le professionnel ressortent comme facteurs favorisant la faisabilité de l'intervention LAST.

3.3.4.1 Aborder la question du tabac :

Il y a deux situations différentes. D'abord lorsque le patient vient expressément pour une demande de sevrage ou qu'il en parle en tout cas spontanément. Et ensuite lorsque le médecin aborde la question du tabac, qui entre donc dans la démarche de la méthode 5A.

Lorsque la demande vient du patient

D'après les médecins interrogés, c'est une situation relativement fréquente et qui est la meilleure en terme de chance de réussite d'un sevrage. En effet ils soulignent que c'est dans cette situation que la motivation est la plus forte. *« tu verras si tu fais de la tabaccologie, la façon pour réussir c'est la patient qui doit venir vers toi, et pas toi vers le patient. », « c'est lui qui doit venir par envie d'arrêter, sinon tu réussis jamais quoi »* E6.

Il ressort du discours des médecins que les chances de succès d'un sevrage sont alors bien plus importantes par rapport à la situation où le médecin propose le sevrage. *« ou alors que la personne vienne expressément elle-même pour ça mais si c'est nous qui incitons... c'est pas miraculeux en général »* E1. Les médecins parlent ici par expérience.

La méthode 5A

Les médecins interrogés semblent tous assez actifs dans leur démarche et dans leur volonté de faire sevrer leurs patients tabagiques. Un médecin grossit le trait pour le souligner *« honnêtement ceux qui sont fumeurs, je les attaque »* E6.

Globalement ils n'abordent pas le terme méthode 5A, et aucun d'entre eux ne l'a nommée pendant les entretiens, mais ils en suivent en partie le schéma.

La méthode 5A est fondée sur un conseil professionnel destiné à modifier le comportement selon le modèle des 5A : Ask (poser des questions), Advise (conseiller), Assess (évaluer), Assist (aider, soutenir), et Arrange (organiser). Elle consiste en quelques messages courts d'encouragement à l'arrêt du tabac et au maintien de celui-ci, adaptés aux stades de motivation pour l'arrêt du tabac.

Cette méthode n'est donc pas connue telle quelle par tous les médecins, mais elle leur paraît être presque intuitive. Dans le verbatim suivant, l'interviewer demande au médecin s'il connaît cette méthode et celui-ci répondant non, l'interviewer l'explique succinctement. Le médecin répond alors : *« oui ça me paraît assez évident oui. Oui j'essaie de le faire au maximum »* E4.

-Ask : poser la question de la consommation de tabac :

La totalité des interviewés affirme poser régulièrement la question du tabac. C'est une habitude établie, et tous semblent être rigoureux sur le sujet. *« Alors j'incite plutôt à l'arrêt du tabac »* E2 ; *« j'en parle tout e temps »* E8 ; *« j'aborde souvent la question du tabac,... facilement et régulièrement... »* E9.

Généralement, ils demandent lors des premières consultations et très régulièrement ensuite. *« Je suis dans une démarche où je demande systématiquement à mes patients s'ils sont fumeurs ou pas lors des premiers entretiens et après régulièrement quand ils sont fumeurs... »* E2.

Les médecins se servent aussi souvent d'arguments de l'examen clinique pour lancer la conversation sur le tabac. A l'occasion d'épisodes de bronchite, de dyspnée, ou s'ils découvrent des signes cliniques de tabagisme à l'auscultation pulmonaire du patient. *« des fois j'essaie d'insister sur le fait que les bruits à l'auscultation ne sont pas bons, pour essayer de leur faire un peu un déclic »* E4 ; *« quand tu examines un patient, tu vois qu'il fume tout de suite donc tu peux faire la remarque et essayer de l'amener progressivement à l'arrêt »* E6.

-Advise : conseiller et encourager à l'arrêt :

Ils proposent un conseil à l'arrêt de façon presque systématique dès que la question du tabac est abordée. *« A partir du moment où on parle du tabac, on parle de la possibilité d'arrêter »* E8 ; *« la plupart du temps, je leur émetts cette hypothèse-là (d'arrêter de fumer) »* E4.

-Assess : évaluer sa motivation :

La motivation du patient pour se sevrer est donc ensuite évaluée. Cette étape est cruciale, et est le principal facteur de chance de réussite d'un sevrage d'après les médecins interrogés.

« Je demande s'ils envisagent d'arrêter ou comment ils pensent le faire » E8.

Souvent c'est là que les difficultés apparaissent. *« après je vois s'il y a une motivation. Après j'évalue le degré de motivation c'est vrai que les forcer c'est pas le but »* E4. En effet les médecins insistent sur l'importance de la motivation du patient pour envisager une quelconque prise en charge. *« Après le problème c'est qu'on n'arrive pas beaucoup à avoir des résultats si la personne elle n'est pas du tout motivée. En gros ça dépend pas trop de nous quoi... »* E1.

-Assist (aider, soutenir) :

Le soutien est important pour obtenir un sevrage pour la plupart des médecins interrogés. Un médecin souligne que ce soutien est bien plus important que les aides médicamenteuses. *« ce que j'ai appris c'est que ce qui est le plus important c'est qu'il y ait un suivi, un accompagnement. Peu important les options thérapeutiques, si l'accompagnement est là c'est ce qui va aider le plus »* E4.

Un autre médecin explique que c'est d'après son expérience qu'il a intégré que ce concept d'accompagnement est indispensable à un bon sevrage. *« J'ai le sentiment que pour le sevrage tabagique, c'est d'être coaché »* E3.

Les termes « aide » et « accompagnement » apparaissent souvent dans le discours des interviewés quand on parle du sevrage et de leur pratique dans ce domaine.

-Arranger (organiser) :

De la même manière que le soutien, le suivi est indissociable du sevrage pour les médecins. Le suivi est en général organisé par eux-mêmes avec le patient. Il s'agit d'organiser, de planifier le rythme

des consultations « *Je leur demande de se voir assez régulièrement* » E4. « *en général, ce que je fais c'est que je fais un traitement de 30 jours. Si on y arrive pas vous revenez avant... après je fais un mois et d'un mois sur l'autre...* » E1. Ils n'orientent pratiquement jamais comme expliqué plus haut.

Il est à noter que l'un des médecins indique que ce qu'il attendait dans le projet LAST était la facilitation du suivi des patients organisé via l'intervention : « *Ben j'attendais une aide supplémentaire pour aider les patients à continuer leur sevrage. C'est important qu'ils soient suivis, qu'ils aient une aide extérieure qui les motive pour pouvoir continuer d'arrêter* » E4.

L'intervention brève

Cette pratique est peu citée, uniquement par deux médecins. L'un d'eux la cite lorsqu'il liste les outils qui peuvent être retrouvés sur le site internet. « *Concrètement de retrouver un tas d'outils simplement qui permettent, en tout cas au début, des interventions brèves, des remises de documents aux patients et des aides* » E7.

3.3.4.2 L'utilisation des outils matériels

Les outils matériels (hors outils de communication : affiche et autocollant), des avis partagés

- une faible utilisation des outils matériels parmi les médecins interviewés

Les médecins ont globalement assez peu utilisé ces outils que ce soient les outils à destination des patients ou ceux pour les professionnels. Trois disent avoir utilisé les outils à destination des patients, c'est-à-dire avoir distribué quelques documents à leurs patients. Concernant les outils à destination des professionnels, ils ont au moins été feuilletés par la plupart des médecins qui ont des remarques à faire à ce sujet.

- Des outils qui sont cependant scrutés et des avis partagés

Ils ont donc généralement attentivement examiné les outils malgré le peu d'utilisation et se sont fait un avis. Les avis sont assez mitigés. Certains n'ont pas accroché ces outils et ils le justifient par le fait qu'ils ne les trouvent pas adaptés et qu'ils n'auraient pas d'utilité dans leur pratique. « *j'en pense pas grand-chose honnêtement... ce n'est pas très intéressant, j'ai pas besoin de ça pour travailler* » E6.

L'idée qu'ils n'apportent rien ni pour les patients ni pour le médecin car sont d'un autre temps est retrouvée et exprimée par un médecin. « *ils sont has been* » E3. Ce même médecin les trouve clairement inadaptés au système de santé actuel et à l'époque. Ceci dans sa forme, papier en l'occurrence, qu'il trouve dépassée. « *je trouve qu'ils sont has been. Un support à lire, qu'il soit carnet, sticker, magnet, enfin ce qu'on veut, est destiné à être oublié quoi. A être digéré par la vie* ». E3 Egalement dans le fond, avec un outil qui n'est pas suffisamment novateur, a déjà été vu. «

Inappropriés, inadaptés en 2020... le support, l'outil n'est pas... pour moi l'outil n'est pas novateur il a déjà existé... » E3.

A l'inverse un autre médecin trouve que le support est intéressant et pratique voire ludique avec une comparaison avec les carnets de diabétologie. Pour ce médecin, les patients sont plutôt ouverts et intéressés par ce genre de documentation à remplir au quotidien. *« Au niveau du format c'est quand même bien fait... ça fait un peu penser aux carnets de diabéto. Les gens aiment bien avoir des petits livres avec leurs noms...(...) en général ils aiment ce genre de chose » E1.*

- Les outils à destination des patients

En condition réelle lors d'une consultation, certains outils à destination des patients ont été utilisés par trois médecins (E1 E4 E7).

L'un d'eux a distribué réellement le carnet des aides au patient et a eu des retours mitigés. Un patient étant revenu plus tard en disant que ça ne lui avait pas servi, mais avait fait un listing des méthodes qui ne lui convenaient pas et a finalement arrêté de fumer... *« en gros les retours que j'en ai eu c'est que ils savent que ça existe, il savent qu'il y a tout ça, mais que.. (...) oui lui il m'avait fait une liste il avait dit euh « ça c'est pas pour moi, ça c'est pas pour moi, ça ça va pas... » E1.* Ce médecin semble initialement ne pas savoir comment interpréter le « rejet » de l'outil par le patient, patient qui a quand même réussi à arrêter de fumer. Il va ensuite plus loin en disant que ce carnet des aides a permis au patient d'avancer et de réfléchir sur son choix et son sevrage *« il a fait son choix je pense que peut être ça l'a aidé »* Ce même médecin dira *« moi je les trouve bien faits » E1.*

Un autre a tenté de les utiliser mais n'a pas réussi. Il explique avoir voulu remettre des outils à un patient à deux reprises, mais avoir été perdu dans les fonctions des différents carnets et flyers présents dans le kit. Il explique avoir été très enthousiaste au moment de la présentation de ces outils par la visiteuse mais n'a pas su s'en resserrer des semaines plus tard. *« J'ai ressorti les outils... mais je me suis retrouvée bête, à pas savoir comment les utiliser, je me souvenais plus » E4.*

L'un d'eux est peu précis et dit sans trop vouloir détailler qu'il les a utilisés. *« oui je m'en suis servi un peu... » E7.* Ce même médecin explique que ce genre d'outil n'a d'intérêt que lors d'une consultation consacrée, avec des explications et un temps prévu à cet effet. Il s'en est un peu servi. *« ces types de documents, si c'est juste des trucs qui trainent, ça n'a pas grand intérêt. A mon avis c'est mieux que ça soit remis à l'occasion d'un entretien enfin voilà que ça soit un peu motivé pour le dire comme ça et pas juste... tu trouves la fiche dans un coin tu la prends et tu fais ce que tu veux... » E7.*

Le contenu des outils patients est insuffisant pour une partie des médecins. Pour certains interviewés, les outils ne sont pas vus comme apportant de la nouveauté dans le sevrage. Ils sont également insuffisants *« les deux trois trucs qu'elle me laissait pour aider les patients, j'ai trouvé ça hyper léger. Enfin je pense qu'il est possible de faire des documents d'information pour les patients de manière assez simple et ... pour les motiver... » E2.* Ils voient les outils comme insuffisants sur le fond avec plusieurs médecins qui auraient aimé des outils plus complets, plus élaborés. Les propos précédents avec le verbatim *« hyper léger » E2* et ceux d'un autre médecin *« le contenu je le trouvais...je le trouvais creux » E3* vont dans ce sens. Cette idée est plus nuancée mais présente dans les suggestions faites par un des médecins pour améliorer les outils patients avec des propositions

d'informations sur les règles hygiéno diététiques par exemple « *j'aurai tendance à dire plus de détail, les activités physiques, les conseils diététiques,..., peut être plus de détail...* » E1.

L'agenda des envies est un outil qui retient particulièrement l'attention des médecins. Il n'a pas été utilisé encore par les interviewés mais deux d'entre eux, affirment qu'ils comptent s'en servir. « *il y a au moins un des outils qui m'intéressait c'était l'agenda des envies (...) cet agenda là en particulier peut être intéressant pour certains patients* » E9. « *Le calendrier des envies, c'est sûr que je vais m'en servir* » E8. Cependant un des médecins à l'inverse le trouve inadapté « *l'agenda des envies : franchement ça c'est un outil que je n'ai jamais utilisé je pense que noter le nombre de fois où on a envie de fumer dans la journée ça doit être le pire des trucs à faire quand on est en sevrage* » E2.

A noter que deux médecins, justifient le fait de ne pas avoir utilisés les outils patients car ayant déjà leur propre méthode et outils. « *Personnellement, je ne m'en sers pas particulièrement parce qu'aussi j'ai un suivi qui est un peu différent* » E5. D'autres ne se sont pas encore penchés sur la question : « *Pour l'instant je n'ai pas eu l'occasion* » E8.

- Les outils à destination du praticien

Enfin les outils à destination des professionnels sont cités comme permettant de participer à l'idée d'harmonisation des pratiques, idée développée plus haut dans la partie sur le critère « adapté » 3.3.2.3.

Concernant l'affichage des outils de communication à destination du patient que sont l'affiche et l'autocollant, en pratique, 7 des 9 médecins interrogés ont exposé l'affiche et /ou l'autocollant dans leur salle d'attente ou une partie « publique » du cabinet. (Porte d'entrée). Ceci ne semble donc pas être une difficulté et reflète même l'adhésion des médecins sur la communication via l'affichage, et leur adhésion en partie au projet. Un médecin dit même « *elle était visible ah oui oui oui pour motiver les gens à demander quoi...* » E4.

Les deux médecins n'ayant pas mis l'affiche semblent ne pas avoir l'habitude d'afficher des informations de ce type dans leur cabinet et ne souhaitent pas le faire. L'un d'eux justifie qu'exposant son diplôme dans sa salle d'attente, praticien ayant un DU de tabacologie, l'affiche n'est pas nécessaire : « *non ils sont dans mon tiroir, j'ai pas besoin de ça, les gens ils ont mes diplômes dans la salle d'attente* » E6. L'autre médecin reste assez flou sur les raisons : « *Alors moi, je ne suis pas très affiche* » E7.

Un médecin a eu un retour de deux patients sur l'affiche avec des questionnements sur LAST. Les autres disent ne pas avoir eu de retour mais que peut être ça aurait interpellé des patients.

Un médecin avoue trouver l'affiche perdue au milieu des autres affichages, suggérant que ça n'a pas pu vraiment interpeller les patients en salle d'attente. « *Elle est noyée parmi les autres affiches* » E9.

Le cinquième critère défini par Chen entrant dans la viabilité d'une intervention, le critère « évaluable » n'a pas été développé dans l'analyse et dans ce travail. En effet, il s'agit de vérifier que l'organisation est en capacité de produire des résultats de santé objectivables. Dans ce cadre, une analyse des données disponibles sera effectuée dans d'autres travaux, afin de proposer des indicateurs de résultats pour la future phase de déploiement.

4 DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Cette étude qualitative a permis de démontrer que le projet pilote LAST était viable auprès des médecins généralistes selon quatre des cinq critères définis par Chen que sont l'accessibilité, la faisabilité, l'aspect adapté et l'utilité du projet (critère « évaluable » non pris en compte). Les différents témoignages recueillis ont mis en évidence différents points stratégiques favorables au développement de LAST et d'autres à travailler/améliorer.

4.1 Interprétation des résultats

La diffusion du projet LAST est un élément clé pour sa viabilité. S'il paraît logique que le projet ait besoin d'être diffusé afin d'être connu et ainsi avoir une chance d'être utilisé et accepté, les résultats de ce travail montrent que la façon de diffuser le projet est un élément important influençant directement son acceptation et son utilisation par les médecins. Ceci s'est retrouvé au travers d'éléments favorisant l'accessibilité du projet LAST comme la présentation du projet au cabinet ou encore le site internet.

Les quatre médecins du territoire pilote ont eu une présentation en face à face du projet LAST par la représentante du projet. Cette présentation a provoqué un engouement initial pour LAST de façon unanime. Ils ont apprécié le projet et ils expriment un enthousiasme assez net dans leur propos. Une présentation au cabinet est positive car éveille la curiosité et l'intérêt des médecins. Cependant cette adhésion initiale est contrebalancée par une mauvaise compréhension du projet global. S'ils ont généralement retenu quelques éléments marquants de cette présentation ils ont assez mal saisi l'ensemble du projet. En effet, ils ont peu intégré le projet dans sa globalité voire oublié certains aspects de celui-ci. Des questions ont parfois été posées lors de l'entretien mettant en avant cette incompréhension. Le projet semble leur être resté très abstrait. Cette mauvaise compréhension est un frein à leur adhésion car ils n'ont pas pu se servir ou constater tous les aspects de LAST, ne les ayant pas intégrés donc pas expérimentés. Ils sont davantage restés focalisés sur les outils matériels qui pour plusieurs sont un point négatif. Le projet dans son ensemble est alors remis en question à leurs yeux. La présentation au cabinet ne permet pas en l'état actuel des choses d'assurer la compréhension du projet à elle. La diffusion de LAST via le bouche à oreille a été pratiquée spontanément par les cinq médecins hors territoire pilote qui en ont parlé aux autres professionnels de santé. Leur adhésion s'est faite par une communication entre professionnels de santé, que ce soit dans le cadre de réseau sur l'addiction ou d'un syndicat de médecin. Enfin un médecin a suggéré que les patients pourraient également jouer ce rôle de diffusion du projet LAST en en parlant entre eux, et en en parlant à leur médecin ; celui-ci pourrait rapidement s'inscrire ensuite sur le site internet.

Le site internet justement, est un outil qui vient favoriser l'accès à LAST en rendant l'adhésion accessible en quelques clics. Cette démarche est en accord avec la diffusion entre professionnels de santé qui peuvent aller s'inscrire ou s'informer sur le projet directement sur le site. Le fait d'aller naviguer sur le site et/ou de s'inscrire sur le site semble favorable à la connaissance du site internet et des outils. Les quatre médecins du premier groupe n'ont pas ou très peu utilisé le site par la suite.

Certains l'ont même oublié. Ils avaient pour la plupart été s'inscrire rapidement après la visite de présentation du projet au cabinet sans réellement le visiter.

A l'opposé, certains freins à la diffusion du projet émergent dans les résultats. La période particulière de la crise sanitaire révèle l'influence du contexte dans le sevrage tabagique. Elle a été un frein sans conteste à la diffusion et la mise en place du projet qui ont été reléguées au second plan. L'influence du contexte dans lequel se trouvent le système de santé et la société semble être un frein au projet. La principale difficulté est d'intégrer des nouveautés alors que le médecin est déjà dans une situation d'adaptation avec des nouveaux repères à prendre. En effet, ce contexte de changement et les préoccupations face à cette crise sanitaire occupent déjà beaucoup de place. Ceci semble logique et même se démontrer car les médecins expérimentés en sevrage tabagique semblent avoir été moins influencés par cette crise dans leur pratique du sevrage tabagique. Ce serait donc cet apprentissage du projet dans son ensemble, l'acquisition de nouveaux réflexes (remise des outils, visite du site internet etc...) qui serait impossible car le médecin est déjà tourné vers d'autres « acquisitions » et adaptation du fait de la crise sanitaire.

En allant plus loin, cette crise n'est-elle pas révélatrice du fait que le sevrage tabagique passerait au second plan dans la prise en charge et les soins des médecins ? Peut-être est-ce le signal que le sevrage n'est pas considéré comme un soin actif au sens basique de « soigner une maladie ». Le médecin généraliste aurait en premier lieu une mission curative et non préventive, qui viendrait au second plan. En effet les médecins lors de cette crise ont continué de soigner les patients présentant des pathologies alors pourquoi mettre au second plan un soin de sevrage qui est pourtant une mission du généraliste ? Encore une fois, la représentation du tabac et sa banalisation est peut-être un facteur. Par ailleurs, la proposition de sevrage a été moins systématique chez certains médecins, qui le justifient par le fait que le patient déjà en possible détresse dans le contexte de la crise sanitaire, n'a pas besoin du facteur supplémentaire de stress que peut représenter l'arrêt du tabac. Or dans le communiqué de presse de santé publique France du 5 février 2021, on apprend que 20% des fumeurs ont baissé leur consommation de tabac durant le premier confinement. Une campagne pour accompagner l'arrêt du tabac a été relancée via tabac info service (33).

Le marketing social est un des éléments positifs de la communication sur l'aspect « adapté » du projet LAST au système actuel de santé en France. L'aspect marketing social qui est inclus dans le projet LAST est en accord avec les tendances actuelles du système de santé aux yeux des médecins et semble être un moyen efficace pour toucher le public. Ils ont pour plusieurs d'entre eux l'expérience du Mois sans tabac qui globalement fonctionne avec des patients qui leur en parlent. Ce Mois sans tabac fait bouger les choses sur le sevrage et ainsi ils ont le sentiment que c'est la voie à suivre. Cependant certains se sentent perdus dans la multiplicité des actions comme décrit précédemment, et une certaine confusion s'installe. Ils associent alors le marketing social au marketing commercial. Dans son travail de thèse sur la campagne #mois sans tabac et sur le marketing social auprès des médecins généralistes, Estelle Dimeglio retrouve cette idée de méfiance et mauvaise connaissance des médecins généralistes sur ce marketing social qui est sujet de débat, et pouvant être une raison de la non adhésion à ce genres de projets (34). De même, l'affiche et l'autocollant ont eu peu de retour des patients mais la majorité des médecins les a exposés sans hésitations à la vue des

patients. Cette méthode de communication par l’affiche et par l’autocollant est encouragée par les médecins. Il est difficile de juger de l’impact de cet affichage simplement sur si peu d’interrogés et surtout en interrogeant uniquement les médecins et non pas les destinataires des messages que sont les patients. Ce marketing social n’est donc pas forcément apprécié par tous même si il est par contre jugé malgré tout intéressant et utile. Les médecins ont conscience de l’importance de la communication sur de tels projets. Le marketing garde une connotation péjorative pour plusieurs médecins même si il est social. Il existe une confusion avec le marketing commercial qui joue en sa défaveur. De plus les projets / actions nombreux sont un frein en générant la confusion.

Parmi les outils, le site internet est très apprécié par les médecins interrogés avec les formations « en ligne » facilitant l’accès pour les médecins et qui permet un certain confort pour le médecin. Malheureusement, les médecins du premier groupe, les moins formés, n’ont pas utilisé le site internet, pratiquement oublié, comme vu précédemment. Il aurait été intéressant de savoir ce qu’ils en pensaient. Ensuite viennent les outils matériels à destination des professionnels que sont le flyer d’aide à la prescription « repères simples pour les prescriptions des traitements de substitution nicotinique », le flyer d’aide pour « accompagner le patient vers l’arrêt du tabac », le flyer sur la méthode 5A et les centres ressources. Ils ont été peu utilisés comme l’ensemble des outils matériels d’après les médecins mais ont suscité beaucoup de remarques. On peut se dire qu’étant des outils apportant une information au médecin ou professionnel de santé, le fait d’avoir été lu et d’être l’objet de remarque est un point positif et des messages ont pu malgré tout passer. Ils n’ont peut-être pas été utilisés fréquemment, mais ont cependant attiré l’attention des médecins. Justement les médecins les ont trouvés intéressants dans leur contenu. On constate que les médecins appuient le fait qu’ils les trouvent utiles pour les novices ou les médecins ou professionnels de santé ayant peu d’expérience. Cependant aucun des médecins ne se considèrent pour autant comme novice parmi eux ni de façon globale. Ces outils pour le professionnel pourraient constituer un « coup de pouce » pour se lancer dans les sevrages tabagiques. C’est plutôt l’avis des médecins de second groupe ayant d’avantage d’expérience. Les médecins du premier groupe sont assez partagés, avec deux d’entre eux ayant des avis tranchés les trouvant nettement insuffisants voire d’un autre temps pour l’un d’eux. La faible utilisation des outils matériels à destination du médecin est à prendre en compte.

Les outils à destination du patient ont été très peu utilisés. Ils paraissent comme insuffisants aux yeux des médecins, tant sur le fond que sur leur diversité. Les médecins proposent des améliorations de ces outils notamment sur un ajout de règles hygiéno-diététiques et des bénéfices de l’arrêt. Les carnets devraient contenir davantage de détails, notamment sur l’alimentation, l’activité physique. Le carnet des aides a quand même eu un intérêt chez un patient auquel il a été distribué, il a pu faire le point sur les aides adaptées ou pas pour lui. L’agenda des envies suscite de l’intérêt mais un médecin trouve que c’est absolument inadapté. Il n’a pas été utilisé par les médecins même si l’un d’eux l’envisage fortement. Un médecin souligne le fait de ne pas savoir comment utiliser ces outils et d’avoir été un peu perdu dans tous les outils différents. Un autre souligne l’intérêt du contexte dans lequel ces outils doivent être proposés au patient. Un médecin trouve que ces outils ne sont plus d’actualité, ne sont pas dans l’air du temps. Un autre médecin parle d’une application sur smartphone comme ce qui existe déjà, et suggère que LAST en développe une. Justement, l’application tabac info service est citée dans le carnet des aides et est une possibilité pour les patients désireux d’une aide à distance et par un système d’e-coaching via une application sur

smartphone. Les médecins et les patients souhaitant une prise en charge plus personnalisée, peut être qu'une application qui les met en lien pourrait être créée par LAST.

L'importance de la prévention en médecine générale est soulignée par un médecin. De façon globale, les médecins interrogés sont ouverts à la prévention dans leur discours même si tous ne la citent pas dans le cadre du projet LAST. La viabilité du projet LAST est donc favorisée car le projet est adapté aux missions de la médecine générale et les médecins en sont conscients. Le fait que celle-ci fait de plus en plus partie du champ de la médecine générale est un élément important qu'indique un médecin qui insiste sur le fait que les médecins généralistes doivent s'en emparer. La prévention fait partie des fonctions de la médecine générale définie par la WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) et plus particulièrement des 5 pans de la médecine générale définis par le CNGE (collège national des généraliste enseignants français) (35). Une des missions de la médecine générale est de « contribuer aux actions de prévention et de dépistage » d'après la loi Hôpital Patients Santé Travail du 22 juillet 2009 (36). Dans son avis relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention, le haut conseil de santé publique indique que « La formation des intervenants en prévention est donc un enjeu capital pour permettre la mise en place d'actions efficaces par des professionnels » (37).

L'étude de viabilité de ce projet auprès des médecins généralistes montre que la formation est une motivation essentielle renforçant considérablement l'accessibilité du projet mais aussi son utilité et sa faisabilité. Les médecins sont en demande de mise à jour sur la prise en charge du tabac. Leurs discours sur leur formation initiale font ressortir l'insuffisance de leur formation sur le tabac. Ce d'autant plus que les plus jeunes praticiens se sentent moins bien formés et que la formation initiale est vue comme une base qu'il faudrait compléter pour être performant. Ceci avait déjà été retrouvé dans des travaux comme celui de Fanny Augère (38). La formation des professionnels de santé dans le domaine du tabac doit être renforcée, constat relaté déjà en 2015 par le Dr Nathalie Wirth, ancienne présidente la société française de tabacologie (devenue société francophone de tabacologie) (39). Récemment, dans le travail de thèse de Lucie Crevoisier, elle a également montré que le manque de formation était un frein à l'implication des médecins dans l'accompagnement des fumeurs (27). La formation est un argument phare du projet LAST et répond à un besoin réel des médecins, plus particulièrement pour les « novices ». La non-connaissance du site internet limite l'accès aux formations à distance.

La méthode 5 A est citée et expliquée dans les outils LAST. C'est une méthode reconnue et recommandée par l'HAS (29) (17). Elle est largement pratiquée par les médecins déjà avant le projet LAST, mais de façon plutôt intuitive car aucun ne l'a citée. Les médecins malgré leur engagement et leur bonne attitude globale avec le réflexe de parler du tabac, se heurtent au manque de motivation du patient. Ils semblent être assez influencés par cette motivation du patient dans leur ressenti du sevrage. Certains médecins expriment même un découragement face à l'absence de celle-ci et à la banalisation du tabac. Des médecins semblent même pessimistes face aux patients tabagiques. Ceci s'est retrouvé dans l'analyse de leur ressenti du sevrage qui serait plutôt synonyme d'échec. Si le patient n'est pas suffisamment motivé, tout sevrage est inenvisageable. La motivation des patients dans le sevrage étant un aspect très important, c'est un sujet bien étudié (40). Prochaska et DiClemente ont proposé un modèle de changement de comportement, structuré autour des différents stades par lesquels tout fumeur passe avant l'arrêt complet du tabac. Ce modèle comporte cinq stades successifs : la préintention, l'intention, la préparation, l'action, le maintien et un stade

supplémentaire facultatif de rechute (41). Ce modèle transthéorique de changement comportemental est repris par l'HAS dans ses recommandations de bonnes pratiques. Le soignant peut à chaque étape, en faisant preuve d'empathie, aider le fumeur dans son processus pour agir sur sa motivation. Les techniques de l'entretien motivationnel (21) qui consiste en une exploration empathique de l'ambivalence du fumeur face au changement permettant de renforcer sa motivation pourrait être proposées. L'HAS a élaboré une fiche sur ce sujet dans laquelle est expliqué que « l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle tient compte des perceptions du risque par le patient. Elle assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants » (42).

Les médecins interrogés expliquent que LAST permet d'adopter une attitude plus consensuelle sur le sevrage tabagique. Ils trouvent ce genre de projet en adéquation avec les tendances actuelles sur l'addiction. Il est important que les messages soient similaires et qu'ils aillent dans le même sens quelques soit leur origine, médecin, paramédicaux, messages publicitaires.

Le projet LAST est une aide de plus dans l'éventail des solutions proposées aux patients et aux médecins généralistes en matière de sevrage tabagique. Cette idée ressort chez deux médecins, qui soulignent que ce projet avec ses outils et son organisation constitue une possibilité d'accompagnement au sevrage qui pourra être bénéfique et utile à certains types de patients. Les patients sont ici vus comme multiples et de ce fait des méthodes multiples sont à proposer pour que chacun trouve celle qui lui correspond. Ceci coïncide avec les propos de Patrick Peretti-Watel dans un ouvrage qui explique « D'abord en menant des actions de proximité en complément des grandes campagnes nationales, actions qui permettraient qu'un dialogue se noue en face-à-face entre l'acteur de prévention et le fumeur » (43). Cette idée est également reprise selon la géographie, le lieu d'exercice. Avec un territoire et une offre de soin extrêmement variable sur le territoire, LAST associé à d'autres interventions pourrait ainsi être une possibilité selon les conditions de terrain. Ceci correspond également à des éléments de l'avis de l'HCSP, dans « la combinaison d'une approche individuelle et d'une approche populationnelle » (37).

Une représentation ressort assez naturellement dans les discours, celle qu'un patient qui souhaite être accompagné dans le sevrage voudra que cela soit fait par son médecin. Ainsi l'idée que les patients n'auraient pas envie de consulter un spécialiste pour le tabac revient dans les résultats, sans pour autant qu'ils leur aient posé la question. Cette question a été étudiée dans différents travaux, elle est confirmée dans le travail de Philippine Brousse et Alice Bonnay Hamon avec une majorité des fumeurs interrogés qui choisiraient le médecin généraliste comme étant le plus crédible pour les accompagner (13). Le travail de thèse d'Aurélien Lauvaux a également montré que 76,5 % des patients sont prêts à faire confiance à leur médecin pour mener le sevrage (12). Une remarque émerge : ce qui compte énormément est la motivation du patient à l'arrêt, et le fait que la demande vienne de lui. La question peut se poser d'une orientation à un spécialiste si le patient est motivé car dans ce cas les médecins généralistes y arriveront seuls.

Le fait d'ouvrir le projet LAST aux paramédicaux est apprécié. Les médecins ont conscience que ceci permet de toucher un public plus large qui n'aurait pas forcément consulté le médecin généraliste expressément pour le tabac. De plus, le fait que les messages sur le tabac viennent de différents types de professionnels pourrait avoir un impact positif sur les patients. Et cela pourrait d'avantage

influencer les patients sur une décision de sevrage. On peut en effet imaginer qu'un jeune adulte fumeur, allant simplement à la pharmacie ou faisant une rééducation chez un kinésithérapeute, pourra recevoir une information par le biais d'outils et par une information délivrée par le professionnel lui-même formé sur le tabac. A leur sens cet aspect est totalement adapté.

Un des objectifs secondaires de LAST est d'évaluer l'approche du tabac et de son sevrage chez les femmes enceintes par le médecin généraliste. Les différents médecins interrogés prennent peu ou pas de femmes enceintes en charge. L'évocation du sujet chez la jeune femme en capacité de procréation n'a pas été ou peu abordé lors des entretiens. Et lorsque la question leur est posée ils n'expriment pas pour la majorité de problème rencontré ou bien expliquent que ces situations sont tellement rares qu'elles ne sont pas un sujet. Pourtant, selon le rapport périnatalité de 2016, en Aquitaine, 20,3% des femmes enceintes interrogées fumaient au troisième trimestre de leur grossesse, contre 16,5% en France métropolitaine (44). L'HAS dans sa recommandation professionnelle sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées prévoit que le suivi des grossesses sans risque peut être fait par le médecin généraliste. (45).

Les infirmières sont souvent citées comme actrices majeures de cette collaboration. Probablement car c'est la profession paramédicale la plus en lien avec le médecin généraliste mais aussi car les médecins voient un relai de la prise en charge des patients au travers des infirmières. En effet, plusieurs d'entre eux citent les infirmières ASALE. Une enquête d'opinion, réalisée par l'IRDES auprès de médecins, d'infirmiers et de patients du dispositif ASALE suggère que le dispositif est une réussite et que tous sont globalement satisfaits malgré des pratiques au sein des binômes médecins/infirmiers très hétérogènes dans leur mode de fonctionnement (46). Ils mettent en avant une amélioration du suivi des patients et un confort d'exercice accru. Ils développent l'idée de « relai des médecins » pour le suivi. Ils veulent plutôt créer un réseau de proximité pour leur patient.

Un médecin laisse entendre aussi que les médecins n'ont pas envie d'adresser car ils veulent s'en charger eux-mêmes. C'est leur patient, c'est à eux de s'en occuper. Ceci vient plutôt en contradiction avec certains éléments proposés par les médecins interrogés dans le travail d'Estelle Dimeglio « Ils ont proposé dans l'immédiat de solliciter davantage les MG les plus à même de s'impliquer c'est-à-dire ceux qui ont bénéficié d'une formation, les jeunes, les femmes, ceux travaillant en groupe... » (34). Il faut noter qu'il est le seul médecin interrogé à l'exprimer clairement. Un médecin suggérerait des séances de discussion sur le tabac, sorte de séances d'éducation thérapeutique, avec un dialogue entre un professionnel et plusieurs patients à l'occasion de réunions.

L'aspect réseau de façon globale c'est-à-dire par des organismes qui créeraient ces réseaux, ne semble pas les convaincre. La viabilité du projet LAST est nettement remise en cause sur cet élément de l'accessibilité qu'est l'échange des médecins avec les centres ressources. En effet dans les résultats, on constate que les médecins interrogés n'échangent pas ou extrêmement peu avec les centres ressources. Et ils n'ont pas pour habitude d'adresser à des spécialistes pour le tabac. La communication entre les centres ressources et les médecins généralistes étant inexistante, l'étude de viabilité montre que le projet LAST ne semble pas adapté dans l'optique d'une communication entre médecins généralistes et centres ressources. Les représentations qu'ont les médecins sur le tabac, sur les centres ressources, et sur les patients sont les principaux freins expliquant ce constat. A noter qu'un travail est en cours sur les centres ressources avec une étude de viabilité. Celle-ci devrait

apporter des informations intéressantes sur les relations médecins généralistes-centres. On constate dans les résultats qu'il existe une distinction entre le tabac et les autres addictions dans le discours des médecins. Il existe une sorte de hiérarchisation entre les addictions. Le tabac n'est pas jugé comme suffisamment important pour justifier d'adresser versus les autres addictions, et celles-ci seraient « plus difficiles » à prendre en charge que le tabac.

Le tabac est souvent mis en opposition avec les autres addictions dès que l'on aborde la question des centres ressources. Ceci est assez paradoxal car les médecins ont bien conscience de l'importance d'arrêter de fumer pour leur patient, mais dès que le sujet de l'adressage est abordé, ils opposent le tabac aux autres addictions comme l'alcool ou le cannabis. Cette opposition entre le tabac et les autres addictions rejoint une certaine banalisation du tabac par les médecins eux-mêmes. Ceci se retrouve dans leurs discours et dans l'analyse de leur ressenti de sevrage tabagique. Il est intéressant de noter qu'au sein d'un même entretien, un médecin soulignera ce paradoxe mais est malgré tout acteur de ce paradoxe. Dans un article de la Revue du praticien de 2019, le Dr Nathalie Wirth, parle de cette banalisation « Fumer est encore considéré en France comme un comportement banal, normal, à la différence d'autres pays où les actions de dénormalisation ont conduit à une prise de conscience par la société de ses coûts sanitaire, social et financier » (47). Une fiche pratique du collège de médecine générale sur l'accompagnement des médecins généralistes dans le sevrage tabagique reprend des idées reçues sur le sevrage et la banalisation. Le tabagisme a longtemps été considéré comme une simple habitude, principalement parce que ses effets ne modifient pas fondamentalement le comportement du fumeur et qu'ils n'aboutissent pas à sa marginalisation au sein de la société (48).

Une autre raison de cette absence d'adressage est leur représentation de l'activité des centres ressources, qu'il s'agisse d'un addictologue ou d'une structure. Ceux-ci sont pour eux surchargés de travail. Ils n'ont pas tort car globalement les consultations spécialisées en tabacologie-addictologie créées dans les hôpitaux sous forme d'unités de coordination de tabacologie à la suite du 1er Plan cancer souffrent d'un manque de moyens depuis les mesures prises dans le remboursement des substituts nicotiniques (47). Les médecins et services spécialisés auraient déjà trop de travail avec les autres addictions ou les polyaddictions surtout à leurs yeux. Encore une fois on retrouve l'opposition aux autres addictions.

4.2 Les points forts de l'étude

L'étude présente des forces. La première est la méthode-même qui est une analyse qualitative. Ce choix est apparu tout à fait cohérent et adapté à un travail voulant évaluer un ressenti sur ce projet auprès des médecins généralistes. Il est ici question dans cette méthode qualitative, de comprendre la complexité et l'articulation entre eux des différents facteurs rendant le projet viable.

L'utilisation des entretiens semi directifs permet une liberté de l'interviewer et des médecins interrogés. Ainsi il est possible de rebondir sur un propos semblant intéressant pour l'interviewer lors de l'entretien sans être cantonné à une grille fixe qu'aurait imposé un entretien directif. Il faut rappeler que les entretiens n'ont pas vocation à illustrer des hypothèses mais à permettre d'en générer, de produire du sens et de construire la théorie (49).

Ici s'agissant de laisser s'exprimer les médecins en leur donnant les grandes lignes grâce à la grille d'entretien, des éléments inattendus ont pu apparaître, et c'est tout l'intérêt de ce type d'étude. On sait d'où l'on part mais on ne sait pas où l'on va.

Un autre point fort est l'analyse qui a commencé sur les premiers entretiens alors même que d'autres entretiens n'avaient pas encore été passés. Ceci a pu permettre d'affiner certains éléments retrouvés dans les premiers entretiens en adaptant la grille d'entretien.

De plus, l'étude a été analysée en double codage par l'étudiante et la directrice de thèse. Ceci permet de limiter le biais d'interprétation et d'éviter de « tordre le discours », c'est-à-dire d'éviter d'être tenté de rattacher les idées ressorties des entretiens à des hypothèses ou idées « préconçue » (49).

Enfin un point fort de cette étude est l'utilisation de l'approche de Chen pour étudier la viabilité de ce projet LAST (30).

4.3 Les limites de l'étude

L'étude présente des points forts, mais également de points faibles.

Les entretiens ont été réalisés pour 8 médecins sur 9 par téléphone et non en présentiel comme prévu. Dans l'aspect qualitatif ceci est une perte potentielle d'éléments informatifs que sont les observations qui auraient pu être faites par l'interviewer durant l'entretien. Il n'a pas été possible lors de ces entretiens téléphoniques d'apporter des informations sur le contexte, d'étudier le langage du corps des médecins interrogés ou encore l'utilisation du kit LAST à portée de main... Si la question d'une liberté plus importante pour le médecin interrogé car au téléphone et non en présentiel peut être soulevée voire envisagée, il semble que globalement c'est un point faible de l'étude.

La durée des entretiens était en moyenne de 18 minutes. Celle-ci peut paraître assez faible. Il s'agit là d'une durée proche de la durée moyenne d'une consultation de médecine générale (50).

Les médecins interrogés, pour 5 d'entre eux, n'appartiennent pas au territoire pilote. Ceux-ci se sont inscrits au projet dans un contexte bien particulier à savoir un intérêt particulier porté au projet ; médecins très investis dans le tabac pour certains ayant donc un intérêt spécifique pour le tabac, ou médecins appartenant à un groupe comme l'URPS pour d'autres. Ceci peut constituer un biais de recrutement.

Un des objectifs secondaires de LAST était d'évaluer l'approche du tabac et de son sevrage chez les femmes enceintes par le médecin généraliste. Un seul item de la grille d'entretien reprenait cette thématique. Ce choix a été fait devant les durées d'entretien envisagées courtes avec de nombreux sujets à aborder. De plus, l'évocation du sujet chez la jeune femme en capacité de procréation ou femme enceinte amenant peu d'information lors du codage et du début d'analyse des premiers entretiens, cet item aura pu être moins abordé par la suite.

Enfin le recrutement d'un nombre assez faible de neuf médecins généralistes peut sembler être une limite de l'étude.

4.4 Perspectives

Cette étude met en avant que l'accessibilité du projet passe par la façon dont il est diffusé. La présentation au cabinet ne permet pas en l'état actuel des choses d'assurer la compréhension du projet à elle seule et doit être renforcée par plus de communication autour du projet. Pour renforcer la viabilité du projet, une présentation au cabinet avec une démonstration de l'utilisation du site internet autant que les outils matériels paraît nécessaire. Le relai de l'information de projets tels que LAST entre professionnels paraît être efficace pour la promotion de ceux-ci. Ainsi il conviendra d'appuyer la diffusion entre professionnels en les incitant à parler du projet autour d'eux. Le site internet qui est une force de ce projet sera à actualiser toujours davantage avec des rappels réguliers pour les professionnels. Une éducation et éventuellement une information des médecins sur le marketing social qui est mal compris, et sur les différentes actions existantes et leur origines (publique/ privée/ laboratoire) serait également pertinente afin de favoriser l'accès à l'intervention.

Concernant les outils, une amélioration des outils matériels pour les médecins peut être imaginée. Une formation liée à l'utilisation des outils semble indispensable. On pourrait envisager une information pour le médecin sur chaque outil et son utilisation, une information que l'on retrouverait avec l'outil et non pas simplement orale durant l'explication du projet. Il paraît pertinent de distinguer les outils à destination du médecin de ceux à destination du patient (code couleur, format), de créer un livret explicatif pour le médecin concernant les outils à destination du patient, de son intérêt, la situation dans laquelle l'utiliser. La création d'une application sur laquelle les patients pourraient par exemple inscrire leur consommation de tabac, leur envie de fumer chaque jour, pourrait être imaginée. Le remplissage pourrait être visualisé de façon hebdomadaire par le médecin généraliste et discuté lors d'un suivi. Ceci sur le modèle de l'application Insulia du programme ETAPE (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé) soutenu par l'ARS. Accessible via une application mobile ou un portail web, Insulia est un dispositif médical disponible sur prescription uniquement. Il fournit aux adultes atteints de diabète de type 2 un suivi, des recommandations sur leurs doses d'insuline basale fondées sur le plan de traitement défini par le médecin et éducation thérapeutique (51,52). Le site internet et l'application tabac info service pourraient être valorisés en mettant en avant les outils déjà existants, tant pour le patient que pour le praticien.

La formation sur le sevrage tabagique pour les médecins généralistes est à favoriser de façon générale dans le projet LAST. Surtout, il semble important d'insister sur cet aspect de formation que peut apporter LAST pour amener des professionnels de santé à venir vers LAST. Il convient de réaffirmer l'importance en toutes circonstances de l'arrêt du tabac et de réaffirmer l'importance de la prévention. Il est nécessaire de continuer de former les médecins généralistes afin d'acquérir des réflexes dans le sevrage tabagique qui résisteront à des éventuels événements exceptionnels du contexte comme ceci a été observé avec la crise sanitaire du Covid 19.

Concernant la présence des paramédicaux dans le projet LAST, qui est appréciée et le rend adapté, il serait peut-être opportun de se servir de LAST pour parfaire le lien, la collaboration entre médecins généralistes et paramédicaux ; avec un médecin et des infirmières de pratique avancée ou des infirmières d'éducation thérapeutique pour assurer un suivi conjoint. Les médecins ne sont pas opposés à un travail en équipe, voire en réseau pour le suivi des patients. Mais ceci plutôt avec des paramédicaux géographiquement proches, et qu'ils connaissent. Une possibilité pourrait être une transposition des rôles, le médecin généraliste serait prescripteur en lien avec les paramédicaux qui entourent le patient. Ceci dans un cadre plutôt local. Une piste pourrait également être une organisation des suivis, élément qui était attendu par les médecins. Enfin de l'information sur les centres ressources pourrait être apportée aux médecins et à leurs patients grâce à ce projet LAST pour favoriser l'orientation quand elle s'avère nécessaire.

5 CONCLUSION

Le projet pilote LAST apparaît globalement viable selon les critères de Chen étudiés dans ce travail que sont « l'accessibilité », « l'adaptabilité », « l'utilité » et « la faisabilité ». La viabilité selon le critère « évaluable » présent dans l'approche de Chen sera à considérer selon les résultats d'autres travaux en cours.

Les propos recueillis auprès des médecins généralistes mettent en évidence une accessibilité permise et possible notamment grâce au site internet LAST-NA et à une présentation du projet en cabinet. La crise sanitaire du Covid 19 a été un frein incontestable à sa diffusion. Si cela pourrait paraître normal devant l'ampleur de la crise, des interrogations peuvent être soulevées. L'aspect « adapté » du projet est retrouvée dans l'analyse grâce à son organisation globale. La présence des paramédicaux le rend cohérent avec le système actuel de santé pour les médecins. De plus les idées comme la prévention ou l'harmonisation des pratiques sont également des points forts qui ressortent favorisant son caractère « adapté ». Ensuite LAST répond à un besoin qui est celui de la formation des médecins, et ceci en fait un projet utile. Il ressort également que cette intervention pourrait aider des médecins non expérimentés en matière de sevrage tabagique à se lancer dans la prise en charge du tabac de leurs patients. Il s'agit d'une solution dans l'éventail des possibilités offertes aux médecins pour la prise en charge du sevrage tabagique. Enfin en pratique l'intervention est faisable notamment grâce à la méthode 5A qui est pratiquée, les outils de communications et les outils à destinations du professionnel de santé.

Sa diffusion est à perfectionner. Elle doit permettre, en plus de l'adhésion au projet, sa bonne compréhension. Le site internet LAST-NA est un levier évident de cette diffusion qu'il faut valoriser. Le travail et l'intérêt du marketing social doivent également être mis plus en avant. L'organisation et les relations entre les professionnels de santé au travers du projet LAST est à améliorer avec un échange avec les centres ressources qui n'a pas lieu. Une volonté de se tourner vers des réseaux plus locaux de professionnels proches du patient et un travail avec des acteurs connus des médecins généralistes ressort et LAST pourrait constituer ici un élément de cette organisation et s'inscrire comme intervention facilitant cette dynamique. La formation pour les professionnels de santé permise par LAST est à encourager. Elle est un élément incontestable de la réussite du projet de par le besoin auquel elle répond.

La prise en compte et l'amélioration de ces différents éléments, associées aux résultats des autres travaux en cours concernant la viabilité et l'évaluation du projet pilote LAST devraient permettre d'optimiser l'extension de l'intervention sur l'ensemble de la Nouvelle Aquitaine.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 12/03/2021). Principaux repères sur la consommation du tabac et ses conséquences pour la santé ainsi que l'action de l'OMS dans la lutte contre le tabagisme, [En ligne]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
2. Santé publique France. (page consultée le 12/04/2021) Dossiers thématique; tabac : données [En ligne]. [/determinants-de-sante/tabac](https://determinants-de-sante/tabac)
3. Observatoire français des drogues et toxicomanies. (page consultée le 12/03/2021). Le coût social des drogues en France - Note de synthèse, [En ligne]. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france>
4. Ministère de la santé et des solidarités. (page consultée le 12/04/2021). Lutte contre le tabac : principaux textes et orientations stratégiques, [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabac-principaux-textes-et-orientations-strategiques>
5. Organisation Mondiale de la santé. (page consultée le 12/04/2021). Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, [En ligne]. http://www.who.int/fctc/text_download/fr/
6. Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 12/04/2021). Lutte contre le tabagisme; prévention en santé, [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
7. Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bull Épidémiologique Hebd. 2019;(15):271 278.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 17/07/2020). Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
9. Santé publique France. (page consultée le 18/07/2020). Baromètre santé publique tabac en nouvelle aquitaine janvier 2019, [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/50348/1087352#:~:text=En%20Nouvelle%20Aquitaine%2C%2054%2C,envie%20d'arr%C3%AAter%20de%20fumer.>
10. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. (page consultée le 14/09/2020). NOTE DE CADRAGE POUR LA CAMPAGNE DE FINANCEMENT 2019 EN PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE & SANTE ENVIRONNEMENTALE, [En ligne]. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-12/2019_Note_cadrage_campagne_PPS_0.pdf
11. Santé Publique France. (page consultée le 30/04/21). Tabac: données, [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/donnees/#tabs>

12. Lauvaux A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique. Thèse de Diplôme d'état de docteur en médecine : Université de Reims Champagne-Ardenne; 2012.
13. Bonnay Hamon A, Brousse P. 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. Thèses de Diplôme d'état de docteur en médecine : Université de Bordeaux; 2019.
14. Santé publique France. (page consultée le 30/04/2021). Baromètres de Santé publique France baromètre cancer, [En ligne]. /etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france
15. Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Nguyen-Thanh V. Electronic cigarettes, quit attempts and smoking cessation: a 6-month follow-up. *Addiction*. 2017;112(9):1620-8.
16. Haut conseil de santé publique. (page consultée le 25/03/2021). Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale 2016, [En ligne]. http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20160222_benefrisquecigelectropopgene.pdf
17. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 14/09/2020). Recommandation de bonnes pratiques. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, [En ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
18. Fenton PK. Stoptober : une campagne d'aide à l'arrêt du tabac en Angleterre*. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2016;(30-31):499-502.
19. Santé Publique France. (page consultée le 30/04/2021). Tabac: nos actions, [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/notre-action/#tabs>
20. Haute autorité de santé. (page consultée le 01/05/2021). Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_rapport_elaboration_2014_maj2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_05.pdf
21. Miller W, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Paris: Dunod-inter-edition; 2006.
22. Haute Autorité de Santé. fiche soutien psychologique. (page consultée le 01/05/2021). outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence », [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_fiche_soutien_psychologique.pdf
23. Guichenez P. Traiter l'addiction au tabac: avec les thérapies comportementales et cognitives. Dunod; 2017. 182 p.

24. Assurance Maladie, Amélie.fr. (page consultée le 30/04/2021). Substituts nicotiniques, [En ligne]. <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/delivrance-substituts-nicotiniques/substituts-nicotiniques>
25. 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.
26. Observatoire français des drogues et du tabac. (page consultée le 03/04/2021) Tabagisme et arrêt du tabac en 2020, [En ligne] https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_20bil.pdf
27. Crevoisier L. Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle Aquitaine. Thèse de Diplôme d'état de docteur en médecine : Université de Bordeaux; 2019.
28. 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 Diplôme de docteur en médecine : Université de Bordeaux; 2018.
29. Haute autorité de santé. (page consultée le 21/02/2021).Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence"; Présentation de la méthode des 5A, [En ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1775056/fr/annexe-methode-5a
30. Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: A new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann*. août 2010;33(3):205-14.
31. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
32. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*. 1994;23:147-181.
33. Santé Publique France. (page consultée le 01/05/2021). Continuer à encourager l'arrêt du tabac pendant la crise sanitaire, [En ligne]. [/presse/2021/continuer-a-encourager-l-arret-du-tabac-pendant-la-crise-sanitaire](https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/continuer-a-encourager-l-arret-du-tabac-pendant-la-crise-sanitaire)
34. 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 Diplôme d'état de docteur en médecine : Université de Bordeaux; 2018.
35. Wainsten JP, Bros B, Dufour C, Huas D. Introduction aux fonctions du médecin généraliste. *Exercer*. avr 1992;(16):4-6.
36. Code de la santé publique. Loi n°2009-879. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) promulguée le 21 juillet 2009.
37. Haut conseil de santé publique. (page consultée le 25/03/2021). Place des offreurs de soins dans la prévention, [En ligne]. https://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2018/10/rapport_HCSP.pdf

38. Augère F. Apport de la visite d'une Déléguée santé Prévention d'un réseau « Addictions » auprès des médecins généralistes girondins. Thèse de Diplôme d'état de docteur en médecine : Université de Bordeaux; 2010.
39. Trebucq A. saisir chaque contact entre un fumeur et un professionnel de santé. entretien avec Dr Nathalie Wirth. Concours médical. janv 2015;137(1):43 44.
40. Morphett K, Partridge B, Gartner C, Carter A, Hall W. Why Don't Smokers Want Help to Quit? A Qualitative Study of Smokers' Attitudes towards Assisted vs. Unassisted Quitting. Int J Environ Res Public Health. juin 2015;12(6):6591 6607.
41. Prochaska JO, DiClemente CC. Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. Prog Clin Biol Res. 1984;156:131-40.
42. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 02/03/2021). entretien motivationnel fiche mémo [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
43. Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. Presses de l'EHESP; 2012.
44. INSERM, DREES. (page consultée le 01/05/2021). Enquête nationale périnatale Rapport 2016. [En ligne]. http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf.
45. Haute autorité de Santé. (page consultée le 05/05/2021). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situation à risque identifiées. Recommandations professionnelles 2016, [En ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
46. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. Rev Déconomie Polit. 2019;129(4):489.
47. Béguinot E, Martinet Y, Wirth N. Lutte contre le tabac : quoi de nouveau ? La revue du praticien. 2019;(69):653-657.
48. Collège médecine générale. (page consultée le 01/05/2021). accompagnement des médecins généralistes dans le sevrage tabagique fiche pratique, [En ligne]. https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/fiche_pratique_tabac.pdf
49. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Les recherches qualitatives en santé. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016: 167-185.
50. Breuil-Genier P, Gofette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes Résultats. avr 2006;(481).
51. Insulia.(page consultée le 02/05/2021)présentation insulia, [En ligne]. <https://insulia.com/fr/>

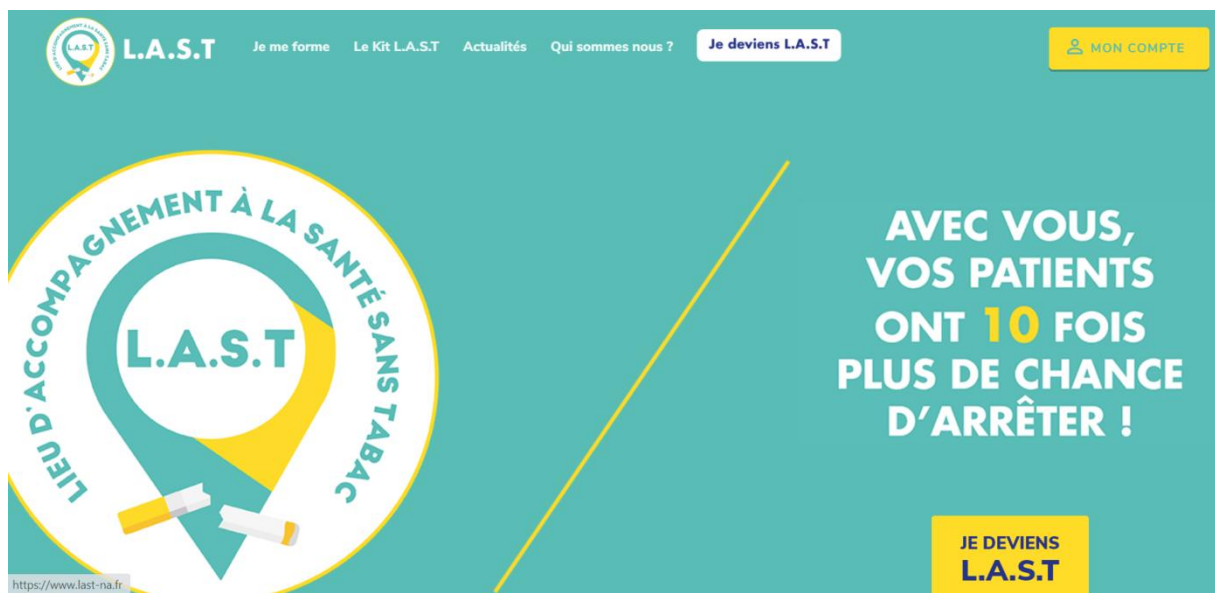
52. Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 02/05/2021). La télésurveillance : ETAPES, [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesurveillance-etapes>

7 ANNEXES

Annexe 1 : Outils du KIT LAST



Annexe 2 : Site internet LAST-NA



GUIDE D'ENTRETIEN étude viabilité du projet LAST auprès des médecins généralistes

Date :

Médecin n° :

Bonjour, je m'appelle Mélissa Pavia, je suis actuellement remplaçante en médecine générale dans les Landes, et je fais mon travail de thèse sur le projet LAST auquel vous avez adhéré.

Je souhaiterais dans ce cadre discuter avec vous une trentaine de minutes afin que vous puissiez partager votre ressenti, votre vécu, vos impressions concernant cette intervention.

Afin de pouvoir analyser les résultats, est-ce que je peux enregistrer l'entretien ?

Les réponses seront anonymisées et les enregistrements supprimés après leur analyse.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse ; les réponses sont libres et nous permettrons d'améliorer le projet.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

1) Tout d'abord, est-ce que vous pourriez me parler du tabac dans votre pratique de médecin généraliste avant votre adhésion au projet LAST ?

- Sujet souvent abordé
- Formations/enseignements
- TSN, champix
- Demandes de sevrage
- Consultations dédiées
- Avis et orientation spécialiste

2) Passons au projet LAST, comment et pourquoi avoir adhéré à ce projet ?

- Volonté d'y participer, motifs de motivation ?
- Envie de formation
- Envie d'accompagnement
- Changement de pratique
- Changement d'organisation

3) Comment avez-vous intégré LAST dans votre pratique ? Et comment cela s'est-il passé ?

- Temps / consultations dédiées / utilisation des outils

4) Pouvez-vous me parler d'une consultation / un cas, pendant laquelle vous avez pu vous servir des différentes aides et méthodes proposées par l'intervention LAST ? Et l'accompagnement qui en a découlé ?

5) Pouvez-vous me dire quels avantages vous avez tiré du projet LAST ?

6) Quels résultats avez-vous obtenu sur vos patients ?

7) Que faut-il améliorer selon vous ?

- Temps
- Finances
- Délais de rdv
- consultations dédiées

8) Cette intervention LAST répond-elle à un besoin selon vous ?

9) Pourriez-vous me parler des centres ressources ?

- Contact par annuaire
- Orientation patient
- Rapidité, disponibilité, relai

10) Est-ce que vous pourriez me parler des différents outils proposés dans le kit ?

- Carnet des aides, agenda des envies, éventail des aides, autocollants, affiches
- Leur limites
- utilité

Et le site internet last-na?

- Forum
- Tutoriels, mini formations
- Annuaire

11) Un mot sur le tabac et les femmes enceintes .

12) C'est bientôt fini.. Un thème très actuel : Pouvez-vous me parler de l'impact de la crise sanitaire avec l'épidémie du COVID 19 sur cette intervention selon vous ?

- Retard ?

13) Avez-vous globalement adhéré au projet LAST ? oui//non ? Pourquoi ?

14) Que pensez-vous du déploiement du projet LAST à une plus grande échelle ?

C'est terminé, je refais juste un point en vérifiant que je n'ai rien oublié...

Accessibilité → finance, géographie, socio culturel, temps...

Faisabilité → en pratique, dans son organisation au cabinet, ...

Adapté → au système de santé, aux aides déjà existantes, aux ttt, au système de soins.

Utilité → résultat obtenu, apport, ...

Des questions ? Des choses à ajouter ? Remerciements

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 leurs 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 sont 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 : Etude de la viabilité du projet pilote LAST auprès des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine

INTRODUCTION: Le projet LAST pour Lieu d'Accompagnement pour la Santé sans Tabac est issu du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, afin favoriser la prévention, développer et organiser les réseaux de prise en charge, lutter contre les inégalités sociales et territoriales en s'appuyant sur le marketing social et sur le recours aux professionnels. Nous nous sommes intéressés aux freins et leviers à ce projet interventionnel auprès des médecins généralistes.

METHODE : Une étude qualitative de viabilité du projet LAST selon les critères de Chen (accessibilité, adaptabilité, utilité, faisabilité) par entretiens semi directifs auprès de médecins généralistes sur le territoire pilote du bassin de vie d'Arcachon. L'analyse a été faite par théorisation ancrée.

RESULTATS : Neuf médecins étaient inscrits entre mars et décembre 2020. Le site internet et la présentation au cabinet du projet permettent son accessibilité, la diffusion reste à renforcer via le site internet et le marketing social. Le travail en multidisciplinarité, l'harmonisation des pratiques, la prévention, en font un projet adapté, le recours aux réseaux locaux proches du patient est plébiscité plus que les centres ressources. La réponse au besoin de formation des médecins en fait un projet utile. La méthode 5A et la présence d'outils rendent le projet faisable, la qualité des outils et leur utilisation sont à optimiser.

CONCLUSION : Le projet LAST est viable et extensible à la Nouvelle Aquitaine d'après l'étude pilote menée sur le bassin de vie d'Arcachon moyennant le renforcement de la diffusion et des réseaux de proximité.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLES : Arrêt du tabac/ Médecins généralistes/ LAST/ Etude de viabilité

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : UFR des sciences médicales de l'Université de Bordeaux

ABSTRACT

TITLE: Study of the viability of the LAST pilot project with general practitioners in New Aquitaine

INTRODUCTION: The LAST project for Place of Support for Tobacco-Free Health stems the national tobacco control program 2018-2022, in order to promote prevention, develop and organize support networks, fight against social and territorial inequalities by relying on social marketing and recourse to professionals. We were interested in the brakes and levers to this interventional project with general practitioners.

METHOD: A qualitative study of the viability of the LAST project according to Chen's criteria (accessibility, adaptability, utility, feasibility) by semi-structured interviews with general practitioners in the pilot territory of the Arcachon catchment area. The analysis was done by grounded theorizing.

RESULTS: Nine doctors were registered between March and December 2020. The website and the presentation to the office of the project allow its accessibility, the distribution remains to be reinforced via the website and social marketing. Multidisciplinary work, the harmonization of practices, prevention, make it an adapted project, the use of local networks close to the patient is more popular than the resource centers. Responding to the need for physician training makes it a worthwhile project. Method 5A and the presence of tools make the project feasible, the quality of the tools and their use should be optimized.

CONCLUSION: The LAST project is viable and extendable to New Aquitaine according to the pilot study carried out on the Arcachon catchment area by strengthening dissemination and local networks.

DISCIPLINE: General medicine

KEYWORDS: Smoking cessation / General practitioners / LAST / Viability study

TITLE AND ADDRESS OF THE UFR: UFR of medical sciences of the University of Bordeaux