



HAL
open science

Évaluation de l'évolution des représentations et des connaissances des salarié×es de l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine à la suite d'une formation sur le thème du tabac

Romane Mille, Léa Touahmia

► **To cite this version:**

Romane Mille, Léa Touahmia. Évaluation de l'évolution des représentations et des connaissances des salarié×es de l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine à la suite d'une formation sur le thème du tabac. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03284748

HAL Id: dumas-03284748

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03284748>

Submitted on 12 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.

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

Thèse n° 64a et 64b

THÈSE POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par MILLE Romane et TOUAHMIA Léa

Née le 16.09.1991 à Bron (69) et née le 14.08.1991 à Clermont-Ferrand (63)

Le 30 juin 2021

Évaluation de l'évolution des représentations et des connaissances des salarié-es de l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine à la suite d'une formation sur le thème du tabac

Sous la direction du Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François ALLA
Monsieur le Professeur Christophe ADAM
Monsieur le Professeur François PETREGNE
Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM

Président du jury
Rapporteur
Examineur
Examineur

Remerciements

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

A Monsieur le Professeur Christophe ADAM. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail. Permettez-nous de vous témoigner notre reconnaissance et notre gratitude.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance et de notre gratitude pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM. Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse, nous vous en sommes très reconnaissantes.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, directeur de thèse. Nous voulions vous remercier de nous avoir épaulées tout au long de ce travail. Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour la justesse de vos conseils.

A Madame Audrey GONNEAU et l'équipe de la COREADD Nouvelle-Aquitaine, pour votre accueil et votre disponibilité.

A Monsieur Philippe DAUZAN, d'avoir pu nous accorder de votre temps.

A toutes les salarié-es de l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

Remerciements de Romane MILLE

A ma famille,

A mes parents,

« Avance sur ta route, car elle n'existe que par ta marche », c'est la citation que vous aviez si justement choisie pour mes dix-huit ans, au début de ma première année de médecine. Elle prend tout son sens aujourd'hui.

Merci pour votre soutien dès le premier jour, je ne peux pas avoir de fondations plus solides. Vous êtes tous les deux des modèles de réussite et de bienveillance à mes yeux.

Je vous remercie pour votre présence, votre écoute et surtout votre patience.

Vous m'avez épaulée dès que j'en avais besoin, dans tous mes projets et je vous en serai toujours reconnaissante.

J'espère que vous serez toujours à mes côtés si je décide, un jour, de « faire quelque chose de moins manuel ».

A Géraldine & Romuald, sur qui je peux toujours compter.

Géraldine, tu tiens ton rôle de grande sœur avec brio, depuis aussi longtemps que je me souviens. Des week-ends entiers d'anniversaire aux petits-déjeuners healthy à Leudeville, sous la neige, merci d'être à mes côtés. Tu peux être fière de ta famille et de ce que tu as créé, ça me donne de l'espoir pour la suite.

A Olivier,

Ta détermination à t'épanouir dans ton travail est un bel exemple pour moi. Ton talent m'a toujours impressionnée. Tu as pu me soutenir à ta manière ; et par « à ta manière » j'entends quelque chose comme « j'aurais bien aimé que tu fasses médecin légiste » ... encore raté, mais on y arrivera. Je te remercie d'être présent tout simplement, ça compte pour moi.

A Louis,

Tu es né le jour de mon baccalauréat. Ça ne s'invente pas, tu es un peu le reflet de mes (longues) études et c'est un chouette reflet. J'espère que tu trouveras ta propre voie, fait surtout ce qui te donne envie de te lever le matin.

A mes grands-parents, qui m'ont soutenue à coup de « formidable ! » et de milliers de madeleines. Je pense bien à vous. Je sais que vous auriez aimé être à mes côtés en ce jour si particulier.

A Noun, soutien familial infaillible.

A mes amis,

A tous mes amis de PO depuis la première année.

Aux filles, Alicette, Zoé, Mallo, Dona, Cam, Julio, Marie, Caro, Alice, Charlotte, notre amitié est intacte et si précieuse à mes yeux.

A Clément, Nono, Roms, Parpex, Antoine, Tarek, Pep, Pierrick, Dim. On se voit moins qu'avant mais c'est toujours un tel plaisir de vous retrouver, comme si les dix années passées s'étaient envolées.

A Agen, Léa, Andy, Ophélie, Alice. Mon premier semestre restera le plus mémorable à vos côtés.

A Adèle, mon soutien inestimé de premier stage. Notre amitié m'est chère.

A Périgueux et à mes deux années de vie en moins,
A Paul, mon ami et co-interne endiable. Ce semestre à tes côtés fut aussi mouvementé qu'incroyable.

A Philippine, reste comme tu es, naturelle comme la brousse.

A Chloé,

La douceur incarnée, amie hors-pair capable d'organiser un brunch plus vite que son ombre. Notre colocation est un merveilleux souvenir. Merci pour nos week-ends travail-déco-hygge, pour nos rendez-vous ciné, et nos voyages dans des villes bien trop hype pour nous.

A Tahiti et aux tahitiens, qui ont mis un peu de soleil dans mon internat au bon moment.

A Camille et Mailis, partenaires de voyages insolites et indescritibles. Manuia !

Aux Chartrons et ses chartronnaises,

A Ophélie, là depuis le début, merci pour ta bienveillance et ta présence.

A Léa, Alex, Alice

A Soraya, Susu, merci d'avoir rendu le confinement plus doux, j'espère que ta vie sur le bassin te rend heureuse.

A Léna et Inès, coincheuses des temps modernes.

Aux Bordelais qui surfent et qui font des trucs cools,

Titi, Flo, Marlou, Margaux, Marceau, Mathilde, Adèle, Arnaud... et Simone. Toujours un réel plaisir de vous retrouver, un amaretto sour à la main, et de sortir la tête de médecine de temps en temps.

A toi, Léa,

Depuis le premier jour dans ces beaux préfabriqués jusqu'à maintenant, notre amitié ne fait que grandir et s'enrichir.

Je suis si admirative de la personne et du médecin que tu es devenue.

Travailler cette thèse avec toi était un plaisir et la soutenir à tes côtés est un honneur. Tu as su me motiver quand il le fallait (grandement), me rassurer quand il le fallait et me redonner le sourire quand il le fallait. Je ne pouvais pas avoir de meilleure partenaire et je t'en remercie.

A mes maitres de stage,

Je remercie les équipes médicales, paramédicales et médecins généralistes que j'ai pu croiser tout au long de mon cursus. Merci d'avoir partagé votre expérience et votre savoir avec passion.

Je remercie particulièrement,

Paul-Antoine et Clément pour leur bienveillance et leur folie contagieuse.

Charlotte, qui m'a prouvé que notre ambition nous mène où l'on veut, tant qu'on y travaille... et que c'est toujours mieux au soleil.

Claire et Marie-Thérèse, de m'avoir épaulée puis m'avoir fait confiance lorsque j'ai commencé à voler de mes propres ailes.

Remerciements de Léa TOUAHMIA

A ma famille,

A mes parents,

Cette thèse je vous la dédie. Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous. Votre amour et vos valeurs font de moi celle que je suis aujourd'hui. Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir (sup)portée pendant ces 10 longues années de médecine.

Maman, ta bienveillance, ton écoute et ta présence me sont essentielles. Tu m'as permis de devenir la femme que je suis aujourd'hui et je t'en remercie. Merci d'être celle que tu es, à mes côtés depuis toujours. Je t'aime.

Papa, j'admire ton parcours, tes valeurs et tes principes. Je te remercie d'avoir su me les transmettre. Merci de m'accompagner, de m'épauler, et d'être toujours là près de moi. Je suis fière d'être ta fille. Je t'aime.

A mes sœurs,

Clara, Emie, merci d'être à mes côtés, tout simplement. Rien ne vaut l'amour entre sœurs et nos moments partagés. Vous m'aidez, chaque jour, à être quelqu'un de meilleur. Je vous remercie pour votre soutien et votre présence depuis toujours. J'espère vous rendre fières. Je vous aime.

A mes grands-parents,

Mémé Fathi, tu es pour moi une femme inspirante de par la force et le courage dont tu as toujours fait preuve. Merci pour ton amour qui m'a porté depuis ma tendre enfance.

Mémé Annie et Pépé Marc, je sais la fierté que vous aviez d'avoir votre petite fille en médecine. Merci de m'avoir inculqué les valeurs du travail. Merci pour tous ces souvenirs d'enfance qui sont gravés en moi. J'aurais tant aimé vous avoir à mes côtés aujourd'hui.

A Badreddine,

Parce que je ne peux qu'avoir une pensée pour toi en ce jour particulier. J'espère que tu aurais été fier de moi. Je te promets que je ferai de mon mieux pour prendre la suite en tant que Dr Touahmia.

A Paul,

Merci d'être à mes côtés chaque jour et de m'épauler dans mes projets. Merci pour ton soutien ces derniers mois durant ce travail. Je suis fière de nous et de la vie que nous sommes en train de construire. Tu es mon pilier, mon amour, merci pour tout. Le plus beau reste à venir. Je t'aime.

A mes ami-es,

A mes srabs,

Tout a débuté par des soirées, beaucoup de soirées... puis des révisions, des week-ends, des vacances. Tant des moments qui nous ont permis de créer ses liens d'amitié si forts aujourd'hui. Vous êtes les meilleur-es, ne changez rien.

Paul, mon meilleur ami, tu sais à quel point tu es important dans ma vie. Merci d'être là depuis toutes ces années, dans les bons comme dans les mauvais moments. J'ai de la chance de t'avoir à mes côtés, tu es un ami extraordinaire.

Aline, mon amour. Tu es mon binôme de ces années médecine. Tu me manques, mais je sais que notre amitié nous réserve que de belles choses pour la suite.

Julien, notre inséparable duo restera gravé dans mes souvenirs. Merci d'être mon ami et d'être à mes côtés depuis 10 ans.

Victor, nous sommes inséparables depuis cette satanée P1. Tu es le pilier de notre petit groupe. Merci pour tous les beaux souvenirs que j'ai à tes côtés.

Mathieu, merci pour tous ces bons moments partagés et pour tous ceux à venir.

A mes copines,

Dud, Fuf, Laiz, Lauilo, Laura, Laurus, Raphie, Sas... Notre amitié est belle. Depuis le lycée, nous évoluons, nous avançons, ensemble. Je vous remercie d'avoir toujours été près de moi. Merci d'avoir été ma bouffée d'oxygène et mon garde-fou lors de ces années médecine. Je suis fière de nous, fière des femmes que nous sommes devenues.

A Laitue,

Parce que l'on sait l'une et l'autre que notre amitié ne connaît pas son pareil, pas besoin de mille mots. Notre relation est si particulière mais si importante à mes yeux. Je te remercie pour tout.

A Thibault,

Mon plus grand pote depuis le lycée, nos moments partagés depuis toutes ces années ne sont que du bonheur. Ne change rien, tu es au top.

A ceux et celles depuis l'internat,

A mes premières rencontres Agenaises, Andy, Alice, Ophélie, Romane. Vous êtes mes plus belles rencontres de cet internat. Merci pour ces liens d'amitiés que nous avons tissés et pour tous ces magnifiques souvenirs à vos côtés.

A la team Lespi, Alice, Alexia, Ezti, Hugues, Martin, Philou, Romain. Vous avez fait de ces mois Bergeracois une réelle parenthèse de bonheur, merci à vous.

Et à tous ceux et celles que j'ai croisé de Périgueux jusqu'à Bordeaux. Vous avez contribué à rendre ces années d'internat magiques et inoubliables.

A Romane,

Tu as littéralement été ma première rencontre de cet internat. Quoi de plus évident que de réaliser cette thèse avec toi. Je suis fière de notre investissement et du travail que nous avons accompli. Tu as été d'un soutien indéfectible et je t'en remercie. Tu es une belle personne, une super amie et tu seras un merveilleux Docteur.

A mes maîtres de stages,

Je vous remercie de m'avoir accueillie dans vos services hospitaliers, dans vos cabinets et de m'avoir transmis vos connaissances et votre passion pour la médecine. Merci également aux merveilleuses équipes paramédicales que j'ai rencontrées tout au long de ces stages et sans qui rien n'aurait été pareil.

Un merci particulier,

A Dr Fach et à l'ensemble du service de médecine et rhumatologie de Bergerac. Ces 6 mois à vos côtés ont été si enrichissants. Je vous remercie pour le soutien que vous m'avez apporté au quotidien. Vous m'avez fait grandir dans mon exercice de la médecine.

A Claire, Rodolphe et Guilaine, je vous remercie de m'avoir fait découvrir et adorer la médecine générale. Vous m'avez permis de prendre confiance en moi et en mes compétences. Merci pour tout.

A Éric et Françoise,

Je vous remercie de m'avoir pris sous votre aile et pour le soutien que vous m'apportez au quotidien. Je suis fière et heureuse de débiter cette nouvelle aventure à vos côtés.

Table des matières

Remerciements	2
Table des figures	9
Table des tableaux	10
Tables des annexes	11
Index des abréviations	12
Préambule	13
1- Introduction	14
2- Contexte	17
2.1 Définitions	17
2.2 Politiques de santé publique pour lutter contre le tabagisme	17
2.3 L'ANPAA	18
2.4 La COREADD Nouvelle-Aquitaine	20
2.5 Les soins de santé primaires	20
2.6 Le projet L.A.S.T (Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac)	21
2.7 La formation	22
2.8 Question de recherche	25
2.9 Objectifs de l'étude	25
3- Matériel et Méthode	26
3.1 Schéma de l'étude	26
3.2 Population étudiée	26
3.3 Outil d'évaluation et mode de recueil	26
3.4 Critères de jugement	29
3.5 Saisie et analyse des données	29
3.6 Aspects éthiques et réglementaires	31
3.7 Les entretiens	32
4- Résultats	34
4.1 Population cible	34
4.2 Population de l'étude	34
4.3 Critère de jugement principal : Impact de la formation sur le sentiment d'obstacle à aider les fumeur-ses de tabac	38
4.4 Analyse des critères de jugement secondaires	41
4.5 Stratification selon la profession	46
4.6 Stratification selon le statut tabagique	50
4.7 Stratification selon le nombre d'années d'expérience	52
4.8 Satisfaction de la formation	55
4.9 Les entretiens	56
5- Discussion	58
5.1 Forces et limites de l'étude	58

5.2 Interprétation des résultats	63
5.3 Une formation dédiée à tout-e-s, une réelle bonne idée ?	74
5.4 Un questionnaire vraiment pertinent ?	74
5.5 La réelle place du tabac dans leur quotidien ?	75
6 - Perspectives	76
7- Conclusion	77
8- Bibliographie	78
9- Annexes	83
10- Serment d'Hippocrate	96
11- Résumé Abstract	97

Table des figures

<i>Figure 1</i> - Diagramme de flux J1	34
<i>Figure 2</i> - Diagramme de flux J2	35
<i>Figure 3</i> - Caractéristiques socioprofessionnelles des participant·es à J1 (n=99)	36
<i>Figure 4</i> - Caractéristiques socioprofessionnelles des participant·es à J2 (n=80)	37
<i>Figure 5</i> - Prévalences comparées des réponses à la proposition 4 de l'échelle de Likert, selon la profession, avant formation (n=85)	47
<i>Figure 6</i> - Prévalences comparées des réponses à la proposition 4 de l'échelle de Likert, avant et après la formation, chez le personnel social (n=61)	48
<i>Figure 7</i> - Prévalences comparées des réponses à Q5 du quizz, selon la profession, avant formation (n=67)	49
<i>Figure 8</i> - Prévalences comparées des réponses à la proposition 4 de l'échelle de Likert, selon le tabagisme, avant formation (n=84)	50
<i>Figure 9</i> - Prévalences comparées des réponses à la proposition 4 de l'échelle de Likert, selon les années d'expérience, avant formation (n=82)	52
<i>Figure 10</i> - Prévalences des réponses à la proposition L4, avant et après formation, chez les personnes avec moins de 5 ans d'expérience en addictologie (n=47)	53
<i>Figure 11</i> - Prévalences comparées des réponses à Q5 du quizz, suivant les années d'expérience, avant formation (n=64)	54

Table des tableaux

<i>Tableau 1</i> - Prévalences des réponses aux situations constituant un obstacle à aborder la question du tabac avant formation (n=99)	39
<i>Tableau 2</i> - Prévalences des réponses aux situations constituant un obstacle à aborder la question du tabac après formation (n=80)	40
<i>Tableau 3</i> - Comparaison des réponses aux propositions 3, 4 et 10 de l'échelle de Likert, entre avant et après la formation (avant n=99, après n=71)	41
<i>Tableau 4</i> - Prévalences des réponses au quizz avant formation (n=99)	42
<i>Tableau 5</i> - Prévalences des réponses au quizz après formation (n=80)	42
<i>Tableau 6</i> - Comparaison des réponses au quizz, entre avant et après la formation (avant n=99, après n=71)	43
<i>Tableau 7</i> - Récapitulatif des caractéristiques socioprofessionnelles de la population cible et de la population étudiée à J1	59

Tables des annexes

<i>Annexe 1</i> - Questionnaire de J1	83
<i>Annexe 2</i> - Questionnaire de J2	85
<i>Annexe 3</i> - Déclaration CNIL	87
<i>Annexe 4</i> - Mail envoyé aux salarié·es de l'ANPAA pour recherche de volontaires pour interviews	88
<i>Annexe 5</i> - Guide d'entretien semi-dirigé ciblé	89
<i>Annexe 6</i> - Tableaux récapitulatifs des formations selon les sites	90
<i>Annexe 7</i> - Caractéristiques sociodémographiques des participant·es à J1 (n=99)	91
<i>Annexe 8</i> - Caractéristiques sociodémographiques des participant·es à J2 (n=80)	92
<i>Annexe 9</i> - Comparaison des réponses aux questions sur les situations constituant un obstacle à aborder la question du tabac, entre avant et après la formation (avant n=99, après n=71)	93
<i>Annexe 10</i> - Taux de non-réponses aux questions sur les situations constituant un obstacle à aborder la question du tabac, suivant le groupe de profession (avant n=98, après n=70)	94
<i>Annexe 11</i> - Réponses à la question ouverte de satisfaction "Améliorations à apporter à la formation" selon le groupe des participant·es	95

Index des abréviations

AAF : Association Addiction France

ANPA : Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues

CESF : Conseiller-es en Économie Sociale Familiale

CNDCA : Comité National de Défense Contre l'Alcoolisme

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREADD NA : COordination REgionale ADDictions Nouvelle-Aquitaine

Covid-19 : Relatif à la crise sanitaire de la SRAS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2)

CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyen

CPP : Comité de Protection des Personnes

CR : Centre Ressource

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

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

EPA : European Psychiatric Association

ETP : Équivalents Temps-Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

J1 : Première journée de formation

J2 : Deuxième journée de formation

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

NA : Nouvelle-Aquitaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P.A.S.T : Pôle d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

PNLT : Plan National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Plan National de Réduction du Tabagisme

SFMG : Société Française de Médecine Générale

Préambule

Ce travail a été réalisé par deux doctorantes afin d'en améliorer la qualité. Ce préambule a pour objet de préciser le déroulé et nos implications respectives.

Nous avons initialement **participé aux réunions** destinées à la construction de la formation. Elles ont réuni les 3 formateur·rices du projet, ainsi que la chargée de mission organisatrice.

Chacune d'entre nous a ensuite assisté à des **formations**. Romane MILLE était présente aux J1 de Bordeaux et Périgueux et à J2 de Bordeaux. Léa TOUAHMIA était présente aux J1 de Bordeaux, Brive et Périgueux.

Du fait de la crise sanitaire de la Covid-19, l'organisation de la formation a connu d'importantes modifications : changements de dates de formation, réalisation de certaines formations en visioconférence.

Nous n'avons malheureusement pas pu assister à autant de formations que nous le souhaitions initialement.

La saisie des données de la première journée a été réalisée par Romane MILLE et celle de la seconde journée par Léa TOUAHMIA.

Nous avons complété notre étude par la réalisation de courts **entretiens** de salarié·es volontaires. Ces interviews avaient pour but d'élargir notre réflexion sur l'impact de la formation à la suite de l'analyse de nos résultats. Ces entretiens ont été réalisés en visioconférence via Zoom®, enregistrés et retranscrits par écrit afin d'être exploités dans la partie Discussion, comme références enrichissant la réflexion. Romane MILLE a réalisé 2 entretiens, et Léa TOUAHMIA en a réalisé 3.

Concernant **la rédaction** de la thèse, nous nous sommes réparti le travail : Romane MILLE a rédigé « Introduction » et « Contexte ». Léa TOUAHMIA a rédigé « Matériel et méthode ». Nous avons chacune effectué une relecture de la partie écrite par l'autre.

Pour les parties : « Résultats », « Discussion » et « Conclusion », nous avons rédigé ensemble.

Nous avons fait le choix d'utiliser l'écriture inclusive afin de représenter équitablement les deux sexes.

1- Introduction

Le trouble de l'usage du tabac est le premier facteur de morbi-mortalité évitable de l'Union Européenne, avec près de 700 000 décès imputables au tabac chaque année (1). La France a toujours été sur le podium des plus grands consommateurs de tabac, comparativement aux autres pays européens de même niveau socio-économique (1). Le tabagisme constitue en France un enjeu de santé publique majeur, actuellement et pour les années à venir.

Malgré ces informations préoccupantes, il existe une tendance à la diminution de la consommation de tabac en France. Les données du baromètre annuel de santé publique de 2018 objectivaient une baisse de 1,6 million de fumeur·ses en deux ans (1). La prévalence du tabagisme quotidien, tous sexes confondus, est passée de 29% en 2016 à 25,4% en 2018. Dans un article consacré à la journée mondiale sans tabac du 31 mai 2020, le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) déclare 24% de fumeur·ses quotidien·nes en 2019, soit la prévalence la plus basse jamais atteinte dans notre pays (2).

Depuis cette dernière journée mondiale sans tabac de 2020, la pandémie de la Covid-19 incite à réexaminer ces données. En effet, il est acté qu'en situation de crise sanitaire, sociale et économique la consommation de tabac augmente (3). De nombreuses études ont d'ailleurs été réalisées, dans plusieurs pays, depuis le début de la pandémie. Elles concluent que les fumeur·ses ont le plus souvent augmenté leur tabagisme du fait de la crise sanitaire (4).

L'enquête CoviPrev réalisée par Santé Publique France a permis de révéler que plus d'un quart des fumeur·ses avait augmenté leur consommation en France depuis le début du confinement (5).

Les données du baromètre de Santé Publique France pour l'année 2020, habituellement annoncées dans le numéro du BEH dédié à la Journée mondiale sans tabac du 31 mai, sont donc très attendues.

Quoiqu'il en soit, cette baisse du nombre de fumeur·ses est le fruit d'un travail minutieux, qui s'est construit marche après marche, à travers l'élaboration de « Plans » : le Plan cancer, le Plan national de mobilisation contre les addictions, le Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) et le Plan National de Lutte contre le Tabac (PNLT), avec un objectif commun visant à éviter l'entrée dans le tabac et proposer un accompagnement à en sortir (6). L'objectif du PNRT 2014-2019 est de passer en dessous de 20% de fumeur·ses quotidien·nes d'ici 2024 (6). Le PNLT 2018-2022 prévoit, quant à lui, moins de 16% de fumeur·ses en 2027 et une génération de non-fumeur·ses en 2032 (7).

Actuellement, il faut savoir que seul·es 5% des fumeur·ses parviennent à arrêter sans aide (8). Une prise en charge multidisciplinaire bien conduite multiplie par 3 ce taux de réussite.

Par manque de formation initiale et continue, de nombreux·ses professionnel·les de santé ne se sentent pas aptes à accompagner l'arrêt de l'usage du tabac. De plus, les consultations spécialisées en tabacologie-addictologie manquent globalement de moyens humains, alors que les demandes de fumeur·ses augmentent à la suite des mesures prises par le gouvernement et du remboursement des substituts nicotiniques (8).

Dans le PNRT, les instances de santé publique décrivent leur ambition de renforcer le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac au niveau régional. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont invitées à porter la thématique tabac comme une priorité au niveau des instances de coordination et des partenaires institutionnels. Les ARS doivent mobiliser tout·es les professionnel·les de santé et favoriser le renforcement de l'offre d'aide à l'arrêt du tabac (6). En Nouvelle Aquitaine (NA), Santé Publique France publie en février 2021 un bulletin sur le tabac (9) : la prévalence du tabagisme diminue depuis plusieurs années, mais elle restait à 28% en Nouvelle-Aquitaine chez les 18-75 ans en 2017. Le baromètre de 2021 devrait confirmer la poursuite de cette évolution favorable. L'ARS NA déclare traiter la problématique du tabac par une approche globale de la dépendance aux substances psychoactives, au-delà de la seule approche par produit. Témoins d'une importante dynamique au sein de la région, il existe de nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé concernant les conduites addictives. Elles émanent en grande partie de structures spécialisées de soins et de prévention en addictologie, dont fait partie l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) devenue en 2021 l'Association Addictions France (AAF). Nous garderons la dénomination ANPAA pour plus de simplicité, les formations ayant été réalisées avant le changement de nom.

L'ANPAA est une association loi 1901, intervenant auprès de différents publics sur la prévention, l'accompagnement, le soin et l'intervention sociale des usages, usages détournés et troubles de l'usage d'alcool, tabac, drogues illicites et autres addictions sans produit. Chaque année, l'ANPAA accompagne plus de 85000 personnes en France (10). En comparant les rapports d'activités de l'ANPAA de 2017 (11) et 2018 (12), nous notons une nette augmentation des demandes de prise en charge dédiées au tabac. En 2018, il est devenu le 2^e motif de consultation, avec 30% des premières consommations dommageables, derrière l'alcool (43%).

Le rapport d'activité 2019 met en avant la démarche active de formation continue de tout·es les professionnel·les de l'ANPAA (13). L'objectif de ces formations est de favoriser une culture commune des salarié·es transversalement aux diverses professions. L'ANPAA souhaite faire

évoluer ses compétences et médiatiser sa capacité à accompagner les fumeur·ses et non plus seulement les poly-consommateur·rices.

Afin d'appuyer notre propos sur ce souhait d'évolution, nous avons réalisé le 19 mai 2020 un entretien via la plateforme Zoom® avec le Directeur régional de l'ANPAA, Monsieur Philippe DAUZAN. Cet entretien a été enregistré, retranscrit sur un support Word®. Au cours de cet échange, M. DAUZAN nous explique que l'ANPAA a *“une acculturation à faire sur la question de l'addictologie, avec des salariés qui pour certains sont là depuis très longtemps. Ils sont issus d'une culture alcool et ils gardent cette logique alcool”*.

C'est dans cette optique que l'ANPAA NA a soumis une proposition de projet de formation en tabacologie en 2019 auprès de tout·es ses salarié·es. Cette formation s'est déroulée au cours de l'année 2019-2020 et a été assurée par la COREADD NA (COordination REgionale ADDictions Nouvelle-Aquitaine). Le financement a été assuré par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Cette formation s'est centrée sur les postures motivationnelles en tabacologie et la mise à niveau des connaissances sur la prise en charge spécifique du trouble de l'usage du tabac.

Cette étude a pour but d'apprécier l'évolution des représentations et des connaissances des salarié·es de l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine à la suite d'une formation sur la prise en compte du tabac en secteur spécialisé addictologique.

2- Contexte

2.1 Définitions

Les définitions suivantes permettent de recentrer la place du tabac au sein de l'addictologie.

Usage et trouble lié à l'usage

L'usage correspond à la "consommation" de sources ou objets de gratification. Il peut s'agir de substances ou de comportements (jeu). Ces objets sont sources de plaisir qui expose à un trouble lié à cet usage (14).

L'addiction

Le référentiel de psychiatrie et addictologie définit l'addiction comme "l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives" (15). En médecine, la notion d'addictologie est privilégiée pour permettre une approche centrée sur les conséquences, pour l'individu, des consommations. Selon le DSM-5 (14), l'addiction est définie comme un trouble de l'usage. Dans ce contexte, on parle d'addiction au tabac comme la perte de contrôle de l'usage du tabac.

2.2 Politiques de santé publique pour lutter contre le tabagisme

On compte actuellement 13 millions de fumeur-ses sur le territoire français (1). Le tabac est la première cause de mortalité évitable, responsable de près d'un décès sur huit en France (7). Les politiques de Santé Publique ont mis en place plusieurs plans de santé pour combattre ce fléau.

Le PNRT a été créé lors du Plan Cancer de 2014-2019 (2) . Ce programme vise :

- A réduire l'entrée dans le tabagisme, par l'instauration du paquet neutre et l'agrandissement des avertissements sanitaires, le rendant alors moins attractif
- A réduire la consommation des fumeur-ses quotidien-nes, en améliorant l'accès aux aides pour l'arrêt du tabac. On voit arriver la mise en place d'un forfait de remboursement des substituts nicotiques à hauteur de 50 euros puis 150 euros par an. En 2019, les substituts nicotiques bénéficient d'un remboursement dans le droit commun (65%), au même titre que les médicaments remboursables.

Les premiers résultats du PNRT sont encourageants en matière de réduction du tabagisme quotidien.

En 2018, les politiques gouvernementales créent le PNLT 2018-2022 (7), qui traduit leur volonté d'agir encore plus fortement contre le tabagisme, en renforçant les objectifs. Il se divise en 4 grands axes. L'axe n° 2 vise à améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge. Le plan souligne l'importance de former et soutenir les professionnel·les de santé pour accompagner vers le sevrage et promouvoir un discours bienveillant vis-à-vis des fumeur·ses.

L'action des professionnel·les de santé est essentielle pour accompagner les fumeur·ses et leur entourage. C'est dans cette optique que, depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, il existe près de 800 000 nouveaux et nouvelles professionnel·les autorisé·es à prescrire des traitements de substitution nicotinique (infirmier·es, masseur·ses-kinésithérapeutes, dentistes, médecin du travail et sages-femmes pour l'entourage) (7).

Le PNLT indique également qu'une formation adaptée permet d'améliorer l'implication de tout·es les professionnel·les. La place du médecin généraliste au sein de la prévention et la sensibilisation dans le tabagisme est particulièrement valorisée. **Mais qu'en est-il des structures spécialisées en addictologie, comme l'ANPAA, dont les demandes de prise en charge spécifique en tabacologie semblent augmenter ?** (12).

2.3 L'ANPAA

2.3.1 Qui est l'ANPAA ?

L'ANPAA est reconnue d'utilité publique et agréée d'éducation populaire. Elle est implantée sur l'ensemble du territoire national avec 14 directions régionales, et est animée par de nombreux·ses bénévoles et 1600 professionnel·les (10).

Cette association était initialement ciblée sur l'alcool, en se nommant Comité National de Défense Contre l'Alcoolisme (CNDCA). Elle se transforme en 1985 en Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (ANPA) puis en 2002 en Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA). Une ouverture en adéquation avec les évolutions de la société et la réalité des consommations. Cette période est marquée par un important développement du réseau avec la gestion des centres d'alcoologie, devenus depuis les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) (16). Il existe dorénavant 90 établissements d'accompagnement et de soins, CSAPA et CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues). Ils sont agréés par l'État et financés par l'Assurance Maladie.

En 2021, l'ANPAA change d'identité et devient l'Association Addiction France (AAF).

Le rapport d'activité 2019 de l'ANPAA (13) révèle donc une volonté de formation continue de toutes les professionnel·les de l'ANPAA. Dans ce rapport, on remarque que l'ANPAA est tout de même déjà investie et sensibilisée au thème du tabac avec plusieurs projets :

- Le projet TABADO visant à accompagner l'arrêt du tabac auprès de jeunes
- L'ANPAA se mobilise également au sein de la campagne du #MoisSansTabac au travers de nombreuses actions

M. DAUZAN déclare, à ce propos, que *“l'ANPAA s'inscrit dans une politique sanitaire du gouvernement : le #MoisSansTabac, l'augmentation du prix du paquet, etc. On s'inscrit dans cette logique. C'est ce qui est sous-entendu derrière : nous sommes un acteur citoyen et sanitaire, et nous devons former nos professionnels à ça. Après, est-ce qu'ils s'en saisissent, c'est une autre chose”*.

2.3.2 L'ANPAA Nouvelle-Aquitaine

L'ANPAA NA prend en charge plus de 10000 usagers par an grâce aux 9 CSAPA, et au CAARUD de Bayonne. Ils sont majoritairement gérés par des travailleur·ses socio-éducatifs, mais aussi des médecins, infirmier·es, psychologues, secrétaires et autres personnels administratifs.

2.3.3 Projets de l'ANPAA NA sur le thème du tabac

Le programme TABADO

Mené par l'ANPAA depuis 2018, ce programme est coordonné et financé par l'INCa (Institut National du Cancer) (17). Il permet l'accompagnement à l'arrêt du tabac chez les jeunes en centres de formation d'apprenti·es et en lycées professionnels.

Les actions menées à destination des jeunes sont centrées essentiellement sur la prévention de l'initiation au tabagisme et peu sur l'aide au sevrage. Le programme TABADO combine des sessions d'information initiale, des consultations et des ateliers. Il permet également d'apporter un soutien psychologique et la délivrance gratuite de substituts nicotiniques.

En Nouvelle-Aquitaine, le programme TABADO est déployé dans les 12 départements de la région en 2019-2020. Il est piloté par l'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) Nouvelle-Aquitaine, en partenariat avec l'ANPAA NA (18).

Participation dans le #MoisSansTabac

Créée en 2016, le #MoisSansTabac est une campagne visant à encourager de manière positive les fumeur·ses à arrêter de fumer pendant 28 jours. Le #MoisSansTabac est la

première campagne de marketing social en France, utilisée à la fois au niveau national et régional. Cette campagne a, chaque année, de plus en plus d'impact sur la diminution de consommation du tabac en France. En Nouvelle-Aquitaine, ce défi est coordonné par l'ARS et la COREADD.

En 2019, l'ANPAA NA a participé activement au #MoisSansTabac lors de la mise en place du Village #MoisSansTabac à Bordeaux. Il s'agit d'un village événementiel proposant des stands d'informations et de nombreuses animations. Des entretiens et consultations en tabacologie sont assurés gratuitement sur place (19).

2.4 La COREADD Nouvelle-Aquitaine

La COREADD est une association de santé de la Nouvelle-Aquitaine créée le 1er janvier 2020. Elle regroupe les associations AGIR 33 (Aquitaine), AddictLim (Limousin) et RESAPSAD (64) (20). L'objectif de cette association est de mener des actions visant à prévenir les addictions et à réduire les risques sur le territoire de Nouvelle-Aquitaine. Les grands axes sont centrés sur la coordination régionale des acteur·rices de santé et de prévention. Elle participe également à la formation et l'accompagnement des acteur·rices de premiers recours en matière de tabagisme et plus largement des addictions. La COREADD est l'ambassadrice du #MoisSansTabac. Elle tend à proposer une culture commune autour du tabac, en voulant organiser une articulation entre les soins de santé primaires et les centres spécialisés. Elle bénéficie de financements publics et dispose d'une quinzaine de salarié·es.

2.5 Les soins de santé primaires

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été la première à définir la notion de soins primaires, en 1978, lors de la conférence d'Alma Ata (21) comme *“des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles par des moyens qui leur sont acceptables [...] et à un coût abordable pour la communauté du pays”*. A la suite de cette première définition globale, de multiples interprétations et mises en pratique des soins primaires ont vu le jour en fonction des politiques et cultures locales.

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) propose une fiche résumant l'évolution de la notion de soins primaires depuis 30 ans, ainsi que leurs rôles en pratique aujourd'hui en France (22). Le médecin de soins primaires est l'acteur·rice de première ligne dans la coordination du parcours de soins des patient·es avec les différents spécialistes. Il·Elle est un·e acteur·rice de proximité permettant une prise en charge globale des patient·es et assurant la continuité des soins.

La loi n°2009-979 du 21 Juillet 2009 du Code de Santé Publique définit les missions du médecin généraliste (23). Il s'agit de l'orientation dans le système de soins mais également de l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement.

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) réalise, à la demande de la Direction Générale de la Santé, un programme "Service de bonnes pratiques professionnelles". De ce programme, a découlé, en 2014, une recommandation de bonne pratique sur le thème "Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours" (24). Ces recommandations de bonnes pratiques s'adressent aux professionnel·les de santé de premier recours et en priorité aux médecins généralistes. Ils-elles rencontrent la quasi-totalité des patient·es usagers de tabac et ont un rôle central dans la prévention.

Les professionnel·les de santé de soins primaires occupent une place privilégiée et doivent engager une démarche active auprès des usagers de tabac.

2.6 Le projet L.A.S.T (Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac)

Le projet L.A.S.T est financé depuis décembre 2018 par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine.

Il est porté par l'association COREADD et le service de prévention (SSMIP) du CHU de Bordeaux.

Ce projet a pour objectif de favoriser l'accompagnement à l'arrêt du tabac en proximité territoriale, temporelle et humaine.

Il vise à optimiser l'accompagnement des fumeur·ses de tabac en Nouvelle-Aquitaine dans des lieux de santé de premiers recours disposant d'au moins un·e professionnel·le de santé formé·e et souhaitant accompagner les patient·es fumeur·ses dans leur démarche d'arrêt.

L'objectif du projet est d'accroître les compétences des professionnel·les de santé de soins primaires dans l'accompagnement à l'arrêt au tabac et de favoriser la demande d'aide des fumeur·ses de tabac auprès de ces professionnel·les.

"Les L.A.S.T" (Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac) sont des lieux de santé de premiers recours tels que des pharmacies, des cabinets médicaux et paramédicaux, des centres d'examens de santé, etc.

L'organisation autour du projet intègre les "centres ressources" (CR) qui sont des centres de soins spécialisés en addictologie ou tabacologie de ville ou de l'hôpital. Ils permettent la prise en charge en 2nd recours des fumeur·ses complexes.

Tout-e professionnel-le de santé ayant la motivation pour aider ses patient-es fumeur-ses de tabac peut faire en sorte que sa structure d'exercice (cabinet, officine, MSP, dispensaire, hôpital, CSAPA...) devienne un L.A.S.T. Cet engagement est gratuit et responsable, sans autre contrainte. L'objectif est d'aider les professionnel-les à réaliser cette mission et non de leur demander des missions supplémentaires. Le-la professionnel-le engageant sa structure juge lui-elle-même s'il-elle se sent suffisamment compétent-e et s'inscrit aux formations proposées, en présentiel ou distanciel, en tutoriel, s'il-elle en sent le besoin. Il-elle récupère les outils et les intègre en toute liberté dans sa pratique.

L'important est de faire en sorte que les discours soient les plus cohérents possibles entre les professionnel-les de la communauté, et tout particulièrement dans les différents L.A.S.T. Les informations véhiculées auprès des fumeur-ses par une stratégie de marketing social sont les mêmes également.

Les consultations spécialisées en tabacologie/addictologie peuvent être des L.A.S.T à partir du moment où ils accueillent des patient-es pour le sevrage tabagique. Mais leur mission essentielle, dans le projet, est d'être "Centre Ressource" pour les patient-es des L.A.S.T, avec un accueil privilégié. En effet, leur mission est de se concentrer sur les patient-es les plus complexes, présentant des co addictions, des troubles psychiatriques, des difficultés sociales, rendant l'arrêt du tabac plus problématique. Ils-elles peuvent également apporter leurs conseils à leurs correspondant-es L.A.S.T ou leur confier le suivi des fumeur-ses, une fois le protocole de soins mis en place.

L'ANPAA s'intègre donc naturellement dans le projet, d'autant plus que l'association dispose de consultations réparties sur l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine, avec une volonté affirmée de s'engager plus énergiquement dans l'accompagnement des patient-es tabagiques.

2.7 La formation

2.7.1 Construction de la formation

La demande de formation auprès de la COREADD a vu le jour suite à une volonté de la délégation régionale de l'ANPAA d'initier une acculturation de tout-es ses salarié-es sur la question de l'addictologie.

Comme nous l'a expliqué M. DAUZAN, *"L'âge moyen des salariés de l'ANPAA est 49 ans [...]. Ces personnes ont été formées sur une logique produit et doivent s'adapter sur la nouvelle logique addictologie"*.

En effet, la plupart des professionnel·les de l'association *“sont issus d'une culture alcool et gardent cette logique alcool”*.

“On a donc été cherché la formation tabac sur cette question-là” conclut M. DAUZAN.

Par ailleurs, cette volonté s'inscrivait dans *“une démarche institutionnelle [...] Tout le monde, y compris l'ARS, a trouvé que c'était très bien que l'ANPAA forme tous ses professionnels sur ce thème”*.

La formation a donc été développée en prenant en compte les besoins et attentes de l'ANPAA NA. La nécessité était une mise à niveau des connaissances sur la prise en charge du trouble de l'usage du tabac et le développement d'une politique commune au sein de la structure. Elle a été développée par les salarié·es de la COREADD en s'appuyant sur les attentes de l'ANPAA mais aussi sur les différentes formations déjà réalisées pour d'autres structures et à partir d'une recherche documentaire pour s'ajuster aux dernières données de la science.

2.7.2 Objectifs de la formation

L'objectif principal de la formation était d'obtenir une évolution des représentations et des connaissances des participant·es sur la prise en charge spécifique du trouble de l'usage du tabac. Il s'agissait de lever les différents obstacles, qu'ils soient idéologiques (sentiment d'illégitimité, sentiment d'incompétence) ou concrets (manque de connaissances théoriques). Cette formation s'est adressée à tout·es les salarié·es de l'ANPAA toutes professions confondues. Le but était qu'elle soit accessible à tout·es, et qu'elle permette le développement d'une politique commune autour du tabac au sein de l'association.

Un des objectifs intermédiaires était de montrer aux salarié·es l'importance d'une prise en charge en collaboration étroite avec la ville afin d'optimiser l'accompagnement des fumeur·ses. La formation visait également à présenter le projet L.A.S.T et ses objectifs. Elle permettait notamment de définir les centres ressources et leur place dans le projet

2.7.3 Contenu de la formation

La première journée (J1)

- Accueil

- Proposition d'un questionnaire “avant”
- Présentation des intervenant·es
- Tour de table avec présentation des participant·es
- Contexte et objectif

- Vignettes cliniques
- Les nouvelles réglementations
- Principes de la prise en charge en addictologie
- Mécanismes physiologiques de la dépendance au tabac
- Les traitements médicamenteux : mécanisme d'action et prescription
- Points clés du suivi
- La cigarette électronique

Le deuxième journée (J2)

- Accueil
 - Présentation des intervenant-es
 - Tour de table avec présentation des participant-es
- Épidémiologie
- Présentation du projet L.A.S.T
- La collaboration avec la ville
- Les co-addictions
- Proposition d'un questionnaire "après"

2.7.4 Les formateur·rices

Les formateur·rices étaient les deux médecins généralistes addictologues de la COREADD : Philippe CASTERA (Pr) et Nathalie LAJZEROWICZ (Dr) accompagnés de Brigitte FABRE (Dr), médecin addictologue de l'ANPAA 33.

Du fait de difficultés d'emplois du temps du Dr LAJZEROWICZ et du départ à la retraite du Dr FABRE, avec des formations repoussées dans un contexte Covid-19, la majorité des formations devant bénéficier d'un binôme de formateur·rices ont été réalisées par un·e seul·e formateur·rice, le plus souvent par le Pr CASTERA.

2.7.5 Mise en place de la formation

La formation a été construite en deux journées distinctes. La participation de tout·es les salarié·es était obligatoire, mais conditionnée par les impératifs de service ou personnels. Une feuille d'émargement était distribuée au début de chaque rencontre. Chaque journée durait environ 7h (temps de travail quotidien des salarié·es). Un PowerPoint® a été élaboré par les formateur·rices en amont.

La formation s'est déroulée dans 9 villes de Nouvelle-Aquitaine dans lesquelles on retrouve les principaux CSAPA de l'ANPAA : Agen, Anglet, Angoulême, Bordeaux, Brive, Limoges, Mont-de-Marsan, Pau et Périgueux.

Ces journées devaient se dérouler en présentiel, de Novembre 2019 à Mars 2020 pour les premières journées (J1) et de Janvier à Juin 2020 pour les secondes journées (J2).

L'épidémie de la Covid-19 nous a contraint à modifier l'organisation :

- Les formations ont été reportées jusqu'à Novembre 2020
- Certaines formations ont eu lieu en visioconférence : J1 et J2 d'Anglet et Bordeaux, J2 de Anglet, Bordeaux et Brive

2.8 Question de recherche

Quelle est l'évolution des représentations et des connaissances des salarié-es de l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine à la suite d'une formation sur la prise en compte du tabac en secteur spécialisé addictologique ?

2.9 Objectifs de l'étude

2.9.1 Objectif principal

L'objectif principal est d'identifier l'évolution des représentations et des connaissances des salarié-es de l'ANPAA NA à la suite d'une formation sur la prise en compte du tabac en secteur spécialisé addictologique.

2.9.2 Objectifs intermédiaires

- Explorer l'évolution des pratiques déclarées sur le thème du tabac
- Identifier des spécificités selon les paramètres socio-professionnels : expérience, profession, statut tabagique
- Évaluer la satisfaction de la formation
- Évaluer les pratiques et connaissances des salarié-es concernant une activité commune et coordonnée avec la ville avec la mise en place du projet L.A.S.T

3- Matériel et Méthode

3.1 Schéma de l'étude

Étude observationnelle longitudinale prospective de type comparaison "avant-après".

3.2 Population étudiée

3.2.1 Population cible et population source

La population cible correspond à l'ensemble des salarié·es de l'ANPAA NA toutes professions confondues.

La population source est celle des salarié·es de l'ANPAA NA ayant participé à la formation sur le thème du tabac entre Novembre 2019 et Novembre 2020.

La participation à cette formation se faisait sur le temps salarié.

Elle était obligatoire pour l'ensemble des salarié·es toutes professions confondues.

Un des objectifs de la formation était que la population source soit le plus proche possible de la population cible.

3.2.2 Critères d'inclusion et non inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Les salarié·es de l'ANPAA NA toutes professions confondues
- Ayant participé à au moins une journée de formation sur les deux proposées
- Ayant répondu à au moins l'un des questionnaires

Nous avons choisi de ne pas inclure les questionnaires du "groupe test" de Bordeaux (J1 du 14/11/2019 et J2 du 15/01/2020), le questionnaire ayant subi ensuite des modifications.

3.3 Outil d'évaluation et mode de recueil

3.3.1 Choix de la méthode et construction des questionnaires

Nous avons fait le choix de ne pas étudier les changements individuels et de réaliser une évaluation globale avant et après la formation.

Nous avons considéré les groupes “avant” et “après” comme indépendants et avons mis en place un outil d'évaluation anonyme.

Nous avons réalisé deux questionnaires non nominatifs dont l'objectif était de recueillir les représentations, connaissances et pratiques déclarées des salarié-es sur le thème du tabac et de sa prise en charge en secteur spécialisé.

Nous avons élaboré ces questionnaires en collaboration avec les membres de la COREADD et les formateur-rices.

Nous avons construit notre premier questionnaire en se basant sur des objectifs identifiés par l'ANPAA et la COREADD en amont de la formation.

A la suite de la première journée à Bordeaux nous avons constaté que le contenu de la formation et du questionnaire ne correspondait pas totalement aux besoins et attentes des salarié-es.

Le contenu de la formation a été adapté et notre questionnaire modifié à la suite. Nous avons donc fait le choix de considérer ce premier groupe comme “groupe test”.

La seconde version du questionnaire a été validée par les formateur-rices et la COREADD.

Le deuxième questionnaire a été élaboré à l'aide du premier questionnaire et du contenu de la seconde journée.

Nous avons construit ce questionnaire en deux parties distinctes. La première, identique au premier questionnaire, permettant une comparaison “avant-après” des représentations et connaissances. La seconde, ayant pour but de faire un état des lieux des pratiques actuelles au sein de l'ANPAA en termes de collaboration avec la ville et d'évaluer la satisfaction de la formation.

3.3.2 Contenu des questionnaires

Le premier questionnaire (J1) (Annexe 1)

Il était constitué de :

> Un encadré consistant à décrire le profil socioprofessionnel des participant-es : sexe, profession, nombre d'années d'exercice en addictologie, département d'exercice, statut tabagique, participation antérieure à des formations sur le thème du tabac. Pour garantir l'anonymat aucun nom ni identifiant n'était demandé

> 4 questions à choix multiples et 1 question ouverte permettant d'évaluer les pratiques déclarées des salarié-es concernant la prise en charge du tabac au sein de l'ANPAA

- > Une échelle de Likert à 11 items permettant d'évaluer l'opinion des participant-es sur l'importance des obstacles en pratique à aborder la question du tabac
- > Un quizz "vrai ou faux" à 5 items évaluant les connaissances théoriques des salarié-es en termes de règles de prescription et de prise en charge
- > 2 courtes vignettes cliniques explorant le sentiment de légitimité des salarié-es à savoir apporter une aide aux patient-es en demande d'aide au sevrage tabagique

❑ Le second questionnaire (J2) (Annexe 2)

Il était constitué de :

- > L'encadré rappelant le profil socio-professionnel, identique à celui du premier questionnaire. Nous avons demandé aux salarié-es de préciser s'ils ou elles avaient participé ou non à la première journée de formation
- > L'échelle de Likert à 11 items et le quizz "vrai ou faux" à 5 items, identiques à ceux du premier questionnaire
- > 3 questions à choix multiples sur le thème des co-addictions évaluant les connaissances générales et le sentiment de légitimité des participant-es à savoir apporter une aide aux patient-es présentant des co-dépendances
- > 3 questions à choix multiples explorant la pratique des salarié-es sur la collaboration avec les structures de soins de premiers recours et leurs connaissances concernant le projet L.A.S.T. Une question ouverte permettait aux professionnel-les de soumettre des idées afin d'améliorer une pratique commune et coordonnée avec la ville
- > 2 questions à choix multiples et 1 question ouverte finale permettant d'évaluer la satisfaction de la formation

3.3.3 Administration et recueil des questionnaires

Le premier questionnaire était distribué en début de première journée de formation à l'ensemble des participant-es. Il était récupéré par les formateur-rices quelques minutes plus tard de manière anonyme et groupée.

Le second questionnaire était distribué et récupéré de façon similaire à la fin de la deuxième journée de formation.

Pour les formations réalisées en visioconférence (J1 d'Anglet et Bordeaux, J2 de Anglet, Bordeaux et Brive) les questionnaires étaient envoyés par mail aux participant-es et le-a responsable de chaque site nous renvoyait ensuite l'ensemble des questionnaires remplis.

Lors des journées de formation où nous étions présentes (Bordeaux, Brive et Périgueux pour J1 et Bordeaux pour J2) nous récupérons les questionnaires papiers afin de saisir les données puis nous les transmettions à la COREADD.

Pour les journées de formation auxquelles nous n'avons pas assisté, la COREADD nous transmettait les questionnaires par mail après les avoir scannés ainsi qu'un compte rendu de chaque formation.

Nous avons conservé une version scannée de tous les questionnaires en les triant par ville de formation.

3.4 Critères de jugement

3.4.1 Le critère de jugement principal

Il s'agissait des réponses des participant·es à l'échelle de Likert à 11 items.

3.4.2 Les critères de jugement secondaires

Ils permettaient d'apporter des informations complémentaires au critère de jugement principal et de pointer les difficultés et besoins des professionnel·les.

Il s'agissait des réponses aux questions concernant :

- Le quizz
- Les pratiques déclarées des salarié·es en amont de la formation
- Le sentiment des salarié·es de savoir aider un·e fumeur·se de tabac avant la formation
- La prise en charge des co-addictions
- Les pratiques et les connaissances des participant·es sur la collaboration avec la ville, via notamment le projet L.A.S.T

3.5 Saisie et analyse des données

3.5.1 Saisie des données

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Microsoft Excel 2020®, selon les procédures habituelles, après codage des données afin de les rendre exploitables statistiquement.

Les données de la première journée ont été saisies par Romane MILLE et les données de la seconde journée ont été saisies par Léa TOUAHMIA.

Les données saisies ont été réciproquement vérifiées par l'une et l'autre à partir des documents scannés archivés.

3.5.2 Analyse des données

Le traitement statistique des données a été réalisé avec l'aide de M. David MOREAU, Ingénieur Statisticien en Épidémiologie.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel R version 4.0.3 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2020).

Analyse descriptive

Dans les groupes J1 et J2, nous décrivons les caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des salarié·es de l'ANPAA, leurs connaissances théoriques sur le tabac, leurs pratiques déclarées et le sentiment d'obstacles à aider les fumeur·ses. Les non-réponses aux questionnaires sont considérées comme des données manquantes.

Les réponses aux questions qualitatives ont été décrites par des prévalences exprimées en pourcentages. Les années d'expérience en addictologie ont été résumées par la moyenne, l'écart type, la médiane et les quartiles.

Concernant les questions ouvertes, les réponses des salarié·es sont retranscrites puis regroupées par thèmes afin de faire ressortir les idées centrales.

Les analyses descriptives ont été réalisées pour l'ensemble des questionnaires à chaque journée.

Analyse comparative et stratifiée

Aucune information d'identification n'étant demandée dans nos questionnaires, nous ne pouvons pas appairer nos données. Nous avons effectué notre analyse statistique en considérant les J1 et J2 (respectivement "avant" et "après" formation) comme étant indépendants, permettant une comparaison globale, et non individuelle, des réponses.

Une comparaison entre les groupes J1 et J2 a été effectuée sur :

- Le sentiment d'obstacle à aider les fumeur·ses de tabac (échelle de Likert à 11 items)
- Les connaissances théoriques sur le thème du tabac (quizz)

Les analyses comparatives ont été réalisées en prenant en compte l'ensemble des salarié·es de J1 et les salarié·es ayant participé à l'ensemble de la formation pour J2.

Nous avons ensuite réalisé une analyse stratifiée, selon la profession, le statut tabagique et le nombre d'années d'expérience.

➤ *L'échelle de Likert à 11 items*

Deux tests ont été appliqués afin d'effectuer l'analyse comparative (globale et stratifiée) avant/après de l'échelle de Likert :

- La comparaison de la prévalence des réponses en prenant en compte les non-réponses a été réalisée avec le test de Chi² ou, lorsque les effectifs attendus étaient trop faibles, le test de Fischer
- La comparaison de la distribution des mesures quantitatives (ici, modalités de l'échelle de Likert) a été réalisée avec le test non paramétrique de rang de Wilcoxon ne prenant pas en compte les valeurs manquantes

Lors de la stratification, les comparaisons entre les groupes ont été réalisées avec le test non paramétrique de rang de Kruskal Wallis, ne prenant pas en compte les valeurs manquantes. Au préalable, il a été testé pour chaque proposition si le taux de non-réponses était statistiquement différent entre les groupes.

➤ *Le quizz*

Les analyses comparatives (globales et stratifiées) et les analyses stratifiées ont été réalisées de façon similaire. Nous avons appliqué un test de Chi² comparant les prévalences des réponses en ne tenant pas compte des non-réponses puis en tenant compte de celles-ci. Lorsque les effectifs attendus étaient trop faibles, le test de Fischer a été appliqué.

Nous avons décidé de prendre en compte les non-réponses dans les résultats des analyses comparatives et stratifiées.

Les différences ont été considérées comme significatives, si la probabilité p du test de comparaison était inférieure à 0,05, et comme présentant une tendance, si le p était inférieur à 0,10.

3.6 Aspects éthiques et réglementaires

Selon l'article 2 du décret n°2017-884 du 9 Mai 2017 (25), notre étude n'était pas une recherche impliquant la personne humaine en vue du développement de connaissances biologiques ou médicales.

L'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas nécessaire.

Nous avons réalisé une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) avec la déclaration MR-004 (Annexe 3).

3.7 Les entretiens

3.7.1 La démarche

En fin de projet, après la récupération des résultats quantitatifs, nous avons fait le choix de poursuivre notre démarche de réflexion en ajoutant une part qualitative à nos résultats afin d'étayer certaines interrogations. Cette démarche n'était pas prévue dans le plan initial de notre projet de thèse.

Nous nous sommes tournées vers une approche qualitative et nous avons donc décidé de réaliser des entretiens au cœur du sujet, c'est-à-dire auprès des salarié.es.

3.7.2 Le recrutement

Afin de réaliser nos entretiens, nous avons envoyé un mail à l'ensemble des salarié-es pour leur exposer notre démarche (Annexe 4). Le recrutement des interrogé-es s'est fait sur la base du volontariat.

Les salarié-es répondant à l'interview devaient avoir participé aux deux journées de formation et exercer une profession sociale ou administrative. Ce critère était pour renforcer la discussion sur les professionnel·les les plus éloigné·es, à priori, de la démarche d'accompagnement de l'arrêt du tabac, et dont la formation était donc plus originale.

3.7.3 Le guide d'entretien

Nous avons établi un guide d'entretien en fonction de nos axes de réflexion (Annexe 5). Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés ciblés. Il s'agissait de questions courtes, ciblées, permettant de se focaliser sur la compréhension de nos résultats.

Ce format d'entretien permettait quand même une interactivité avec le·la salarié·e. Il permettait également à l'interrogé·e d'approfondir un sujet s'il le souhaitait et à la doctorante de rebondir par des questions non préparées à l'avance (26).

3.7.4 La réalisation des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés en visioconférence via Zoom®. Nous les avons enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone de notre téléphone. Nous rappelions systématiquement en début d'entretien les principes de la rencontre (entretien anonyme, enregistré, court 5 à 10 min). L'objectif n'était pas d'atteindre la saturation des données, ce qui aurait amené à un autre travail de thèse. L'objectif était de pouvoir alimenter la discussion de nos résultats vis-à-vis d'un public pour lequel les données sont très rares.

3.7.5 L'analyse des entretiens

Les retranscriptions des enregistrements numériques ont été faites mot à mot sur Word®. Elles ont ensuite été envoyées aux participant·es afin d'avoir un retour sur l'exactitude des données écrites.

Une fois le document retranscrit validé par le·la salarié·e, nous avons réalisé une double lecture. La deuxième lecture a permis de faire ressortir 5 grands thèmes au travers d'un code couleur.

4- Résultats

4.1 Population cible

La population cible est l'ensemble des salarié-es de l'ANPAA NA. Le Diagnostic CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) de l'ANPAA NA référence l'ensemble de cette population au 31 décembre 2019 (27).

Ce document nous a été adressé par M. DAUZAN, Directeur régional de l'ANPAA NA.

On compte 187 salarié-es pour 139 équivalents temps-plein (ETP). 83% d'entre eux-elles sont des femmes. On note une ancienneté de 8,2 ans en moyenne.

Pour plus de lisibilité dans nos résultats, nous avons regroupé les salarié-es par "corps de métiers" :

- Les métiers du soin : infirmier-es, médecins, psychologues et thérapeutes
- Les métiers du social : animateur-rices de prévention, assistant-es sociaux-les, conseiller-es en économie sociale familiale (CESF), éducateur-rices
- Les métiers administratifs : chef-fes de service, comptables, directeur-rices, secrétaires

Dans la population cible, les métiers du soin regroupent environ 42% des salarié-es ; les métiers du social environ 31% et la population administrative représente 21%.

Les caractéristiques de la population cible sont globalement comparables à celles de la population étudiée. A noter qu'il n'y a pas eu d'analyse statistique comparative entre celles-ci.

4.2 Population de l'étude

4.2.1 Nombre de participants et nombre de questionnaires (Annexe 6)

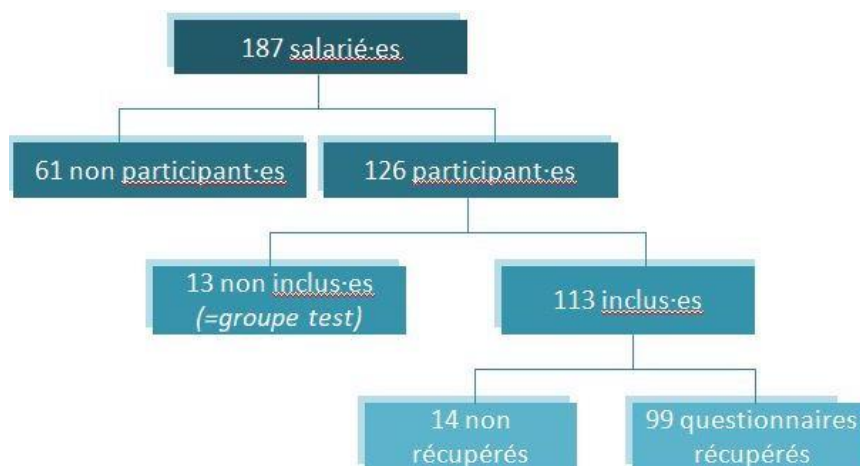


Figure 1 - Diagramme de flux J1



Figure 2 - Diagramme de flux J2

L'ANPAA Nouvelle-Aquitaine compte 187 salarié·es. 126 d'entre eux·elles ont participé à J1 et 113 à J2. Cela représente respectivement un taux de participation de 67,4 % et 60,4%.

Certain·es salarié·es à temps partiel n'ont pas été mobilisé·es. Les formations mobilisant, à chaque fois, les salarié·es d'un CSAPA sur une journée, il était impossible de fermer la structure, et des activités d'accueil urgentes ont obligé à mobiliser certain·es salarié·es qui n'ont pas pu assister aux formations. La formation avait également parfois lieu sur la journée de repos de certain·es salarié·es, d'autres étant en arrêt maladie ou en congés.

❑ Première journée

Parmi les 126 participant·es, 13 ont été exclu·es comme groupe test.

87,6 % des 113 participant·es restant·es ont répondu au questionnaire.

14 questionnaires n'ont pas été récupérés.

❑ Deuxième journée

Parmi les 113 participant·es, 11 ont été exclu·es comme groupe test.

78,4 % des 102 participant·es restant·es ont répondu au questionnaire.

22 questionnaires n'ont pas été récupérés.

4.2.2 Caractéristiques de la population étudiée

4.2.2.1 La première journée (Annexe 7)

❑ Profession

Parmi les salarié·es ayant participé à J1, les secrétaires (18,2 %) était la profession la plus représentée, suivi des animateur·rices de prévention (17,2 %) puis des infirmier·es (16,2 %).

Nous notons que 41% de salarié·es travaillaient dans le soin, 40% dans le social et enfin 19% de la population étudiée correspondait à des administratif·ves

☐ Sexe

Les salarié·es ayant répondu au premier questionnaire étaient dans leur grande majorité des femmes, à près de 85%.

☐ Années d'expérience en addictologie

Les salarié·es de l'étude avaient une médiane de 10 ans d'exercice en addictologie.

☐ Statut tabagique

37% des salarié·es était non fumeur·ses (les non fumeur·ses correspondaient aux personnes n'ayant jamais fumé).

40% étaient ex-fumeur·ses ou vapoteur·ses.

23% étaient fumeur·ses.

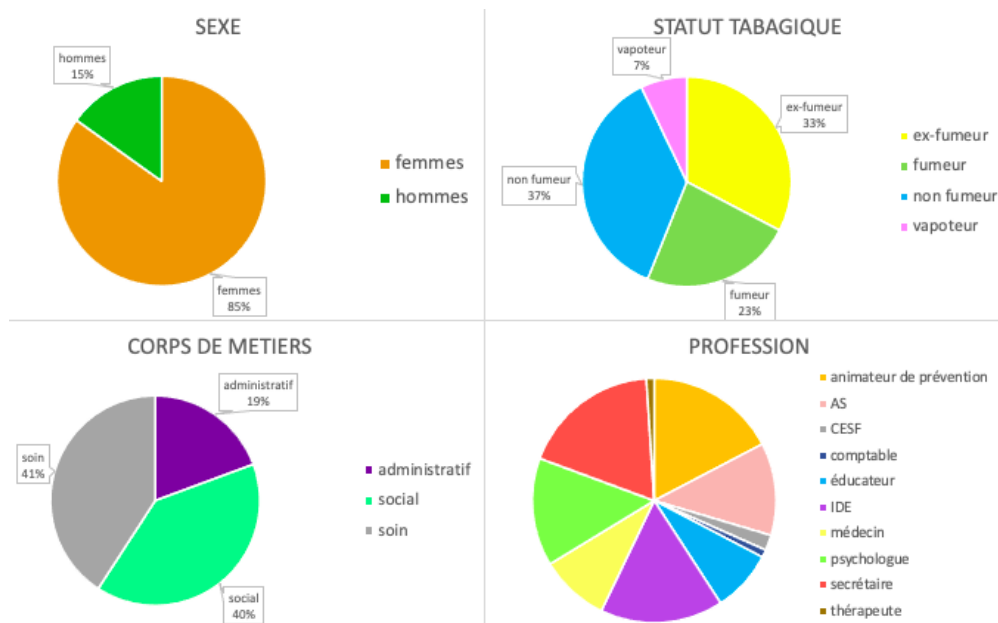


Figure 3 - Caractéristiques socioprofessionnelles des participant·es à J1 (n=99)

☐ Participation antérieure à une formation

La majorité des salarié·es présent·es à J1 n'avait pas participé à une formation antérieure sur le thème du tabac (62%).

Parmi ceux·celles qui avaient déjà suivi une formation, il s'agissait pour 30% d'un DIU (Diplôme Interuniversitaire), pour 25% d'une formation interne, et pour 36% d'une formation autre.

4.2.2.2 La deuxième journée (Annexe 8)

❑ Profession

42% des participant·es à J2 étaient dans le soin (médecin, thérapeute, psychologue ou infirmier·es), 34% travaillaient dans le domaine social (éducateur·rices, animateur·rices de prévention, CESF ou assistant·es sociales). Le personnel administratif (secrétaires, comptable, directeur·rices et chef·fe de service) représentait 20% des participant·es.

❑ Sexe

Les 80 salarié·es ayant répondu au deuxième questionnaire étaient dans leur grande majorité des femmes à 86%.

❑ Années d'expérience en addictologie

Les salarié·es à J2 avait une médiane de 9 ans d'exercice en addictologie.

❑ Statut tabagique

28% des participant·es étaient non fumeur·ses. 45% étaient ex-fumeur·ses ou vapoteur·ses. 27% des salarié·es étaient fumeur·ses actuels.

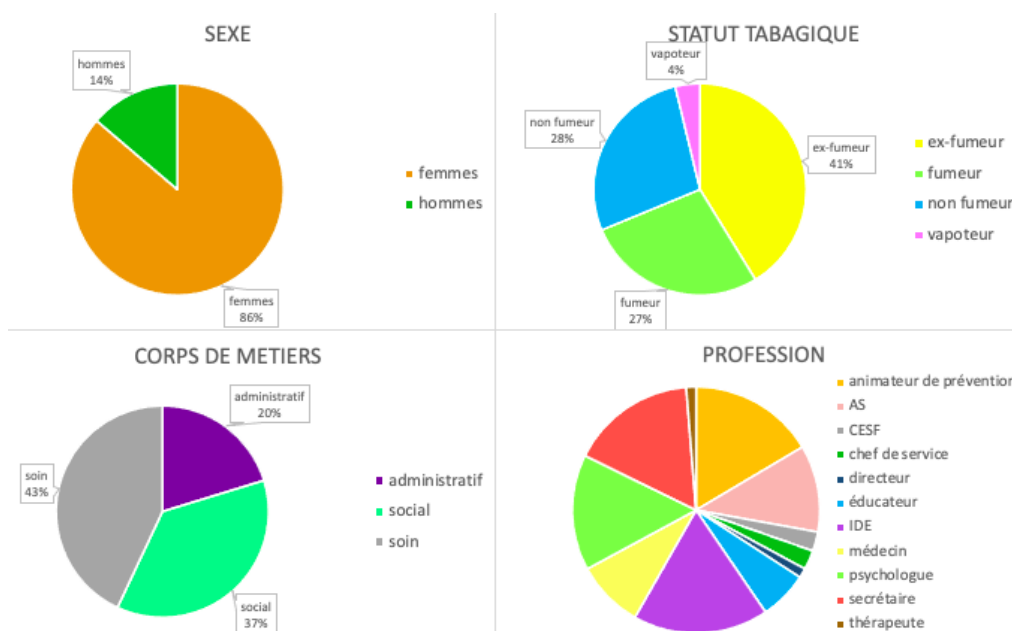


Figure 4 - Caractéristiques socioprofessionnelles des participant·es à J2 (n=80)

❑ Participation antérieure à J1

80 salarié·es ont participé à la deuxième journée de formation.

9 d'entre eux·elles n'avaient pas participé à la première journée.

Nous rappelons que les analyses descriptives du questionnaire J2 ont été réalisées pour l'ensemble des participant·es à J2, soit 80 personnes.

Les analyses comparatives ont été réalisées en prenant en compte les salarié·es ayant participé à l'ensemble de la formation (J1+J2), soit 71 personnes.

Nous avons comparé les deux groupes suivant le sexe, le corps de métier, les années d'expériences et le statut tabagique. Il n'existait pas de différence statistiquement significative sur ces critères entre les groupes.

4.3 Critère de jugement principal : Impact de la formation sur le sentiment d'obstacle à aider les fumeur·ses de tabac

4.3.1 Description des obstacles perçus avant formation

Le tableau 1 détaille les différents obstacles perçus tels qu'ils figuraient dans le questionnaire J1.

La tendance émergente était que les participant·es ne retrouvaient pas d'obstacle aux situations évoquées.

Plus de 50% des participant·es n'étaient "pas d'accord" ou "pas du tout d'accord" avec les items. Moins d'un tiers des participant·es était "plutôt d'accord" et "tout à fait d'accord" avec les situations.

Certaines situations ont quand même eu tendance à ressortir comme des obstacles :

- *"la personne banalise sa consommation"*
- *"je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes"*
- *"la personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques"*

La moyenne du taux de non-réponses au Likert avant formation s'élevait à 16%.

Tableau 1 - Prévalences des réponses aux situations constituant un obstacle à aborder la question du tabac avant formation (n=99)

	Pas du tout d'accord % (n)	Pas d'accord % (n)	Plutôt d'accord % (n)	Tout à fait d'accord % (n)	Non réponse % (n)
La personne n'est pas venue pour cela	39,4 (39)	30,3 (30)	15,2 (15)	1,0 (1)	14,1 (14)
La personne banalise sa consommation	23,2 (23)	31,3 (31)	30,3 (30)	2,0 (2)	13,1 (13)
Je ne me sens pas légitime à aborder cette question par rapport à ma consommation personnelle	62,6 (62)	17,2 (17)	2,0 (2)	2,0 (2)	16,2 (16)
Je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes	13,1 (13)	44,4 (44)	21,2 (21)	7,1 (7)	14,1 (14)
Il s'agit d'une addiction secondaire par rapport aux autres	47,5 (47)	30,3 (30)	9,1 (9)	0 (0)	13,1 (13)
C'est souvent voué à l'échec	53,5 (53)	31,3 (31)	2,0 (2)	0 (0)	13,1 (13)
Ce sujet est difficile avec les patients en obligation de soins	24,2 (24)	39,4 (39)	19,2 (19)	1,0 (1)	16,2 (16)
Je n'ai pas le temps lors de mes entretiens	26,3 (26)	41,4 (41)	7,1 (7)	0 (0)	25,3 (25)
L'entourage de la personne est fumeur	27,3 (27)	43,4 (43)	12,1 (12)	1,0 (1)	16,2 (16)
La personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques	10,1 (10)	41,4 (41)	23,2 (23)	6,1 (6)	19,2 (19)
Les problèmes sociaux passent avant	21,2 (21)	37,4 (37)	23,2 (23)	2,0 (2)	16,2 (16)

n : nombre de réponses

4.3.2 Description des obstacles perçus après formation

Le tableau 2 détaille les différents obstacles perçus tels qu'ils figuraient dans le questionnaire J2.

Les items du Likert entre les deux questionnaires sont inchangés.

Les tendances sont les mêmes que lors de la première journée. Les salarié·es ne retrouvaient pas d'obstacle aux situations évoquées.

Globalement plus de la moitié des participant·es ne retrouvaient pas d'obstacle à aborder la question du tabac.

Certaines situations ont quand même eu tendance à ressortir comme des obstacles :

- *“les problèmes sociaux passent avant”*
- *“la personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques”*

La moyenne du taux de non-réponses à l'échelle de Likert après formation était de 10%.

Tableau 2 - Prévalences des réponses aux situations constituant un obstacle à aborder la question du tabac après formation (n=80)

	Pas du tout d'accord % (n)	Pas d'accord % (n)	Plutôt d'accord % (n)	Tout à fait d'accord % (n)	Non réponse % (n)
1. La personne n'est pas venue pour cela	40,0 (32)	38,8 (31)	13,8 (11)	0 (0)	7,5 (6)
2. La personne banalise sa consommation	30,0 (24)	37,5 (30)	21,2 (17)	2,5 (5)	8,8 (7)
3. Je ne me sens pas légitime à aborder cette question par rapport à ma consommation personnelle	51,3 (41)	26,2 (21)	12,5 (10)	0 (0)	10,0 (8)
4. Je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes	23,8 (19)	45,0 (36)	23,8 (19)	0 (0)	7,5 (6)
5. Il s'agit d'une addiction secondaire par rapport aux autres	52,5 (42)	32,5 (26)	6,2 (5)	0 (0)	8,8 (7)
6. C'est souvent voué à l'échec	46,3 (37)	45,0 (36)	0 (0)	0 (0)	8,8 (7)
7. Ce sujet est difficile avec les patients en obligation de soins	27,5 (22)	41,3 (33)	20,0 (16)	1,2 (1)	10,0 (8)
8. Je n'ai pas le temps lors de mes entretiens	28,7 (23)	43,8 (35)	10,0 (8)	0 (0)	17,5 (14)
9. L'entourage de la personne est fumeur	33,8 (27)	38,8 (31)	15,0 (12)	1,2 (1)	11,2 (9)
10. La personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques	20,0 (16)	30,0 (24)	40,0 (32)	0 (0)	10,0 (8)
11. Les problèmes sociaux passent avant	20,0 (16)	38,8 (31)	30,0 (24)	2,5 (2)	8,8 (7)

n : nombre de réponses

4.3.3 Evolution des obstacles avant et après formation (Annexe 9)

Les réponses aux questions de type Likert sur les situations constituant un obstacle à aborder la question du tabac ont été comparées entre J1 et J2. Pour rappel, les analyses comparatives avant/après formation ont été réalisées avec n=99 pour J1 et n=71 pour J2.

Le tableau détaillant la comparaison des réponses au Likert avant et après formation constitue l'annexe 7.

Un obstacle a diminué de manière statistiquement significative après comparaison :

- *“je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes”* ($p=0,023$)

Deux obstacles évoqués se sont renforcés de manière statistiquement significative :

- *“je ne me sens pas légitime à aborder cette question par rapport à ma consommation personnelle”* ($p=0,009$)
- *“la personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques”* ($p=0,005$)

Tableau 3 - Comparaison des réponses aux propositions 3, 4 et 10 de l'échelle de Likert, entre avant et après la formation (avant n=99, après n=71)

		Pas du tout d'accord % (n)	Pas d'accord % (n)	Plutôt d'accord % (n)	Tout à fait d'accord % (n)	Non réponse % (n)	P**
3. Je ne me sens pas légitime à aborder cette question par rapport à ma consommation personnelle							
	avant	62,6 (62)	17,2 (17)	2,0 (2)	2,0 (2)	16,2 (16)	0,009^{ff}
	après	52,1 (37)	26,8 (19)	12,7 (9)	0 (0)	8,4 (6)	
4. Je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes							
	avant	13,1 (13)	44,4 (44)	21,2 (21)	7,1 (7)	14,1 (14)	0,023^{ff}
	après	23,9 (17)	45,1 (32)	25,4 (18)	0 (0)	5,6 (4)	
10. La personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques							
	avant	10,1 (10)	41,4 (41)	23,2 (23)	6,1 (6)	19,2 (19)	0,005^{ff}
	après	18,3 (13)	32,4 (23)	40,8 (29)	0 (0)	8,5 (6)	

n : nombre de réponses

p** : valeur p du test de comparaison des prévalences avant/ après de l'ensemble des réponses (dont les valeurs manquantes) ;

f : test du Chi²; ff : test exact de Fisher

En dehors de ces items, il n'existait pas d'évolution majeure dans la perception d'obstacles à aborder la question du tabac par les salarié·es.

Globalement, le pourcentage des salarié·es qui ne retrouvaient pas d'obstacle aux situations évoquées avait tendance à augmenter entre avant et après la formation.

En revanche, la moyenne du taux de non-réponses entre avant et après la formation a diminué de 37%.

4.4 Analyse des critères de jugement secondaires

4.4.1 Impact de la formation sur les connaissances sur le thème du tabac

Les connaissances théoriques des salarié·es ont été évaluées par le quizz vrai-faux à 5 items.

Les réponses aux items vrai-faux étaient :

- *Les substituts nicotiques sont tous remboursés (Q1) = Faux*
- *Les neuroleptiques diminuent l'effet de la nicotine (Q2) = Vrai*
- *Il est déconseillé de combiner varénicline et les substituts nicotiques (Q3) = Faux*
- *Les sages-femmes peuvent prescrire des substituts nicotiques au conjoint (Q4) = Vrai*
- *Le patient peut continuer à fumer sous substituts nicotiques (Q5) = Vrai*

4.4.1.1 Réponses au quizz avant formation

Le tableau 4 détaille les réponses au quizz vrai-faux tel qu'il figurait dans le questionnaire J1. Ce qui ressort de ce tableau est un taux important de non-réponses (en moyenne 38%). Le taux moyen de bonnes réponses aux 5 items était de 38%. Le taux moyen de mauvaises réponses était de 23%.

Les items auxquels les participant-es ont le mieux répondu étaient Q4 et Q5.

L'item auquel les participant-es ont le moins bien répondu était Q1.

Tableau 4 - Prévalences des réponses au quizz avant formation (n =99)

	Vrai % (n)	Faux % (n)	Non réponse % (n)
Les substituts nicotiniques sont tous remboursés	40,4 (40)	29,3 (29)	30,3 (30)
Les neuroleptiques diminuent l'effet de la nicotine	22,2 (22)	37,4 (37)	40,4 (40)
Il est déconseillé de combiner la varénicline et les substituts nicotiniques	19,2 (19)	29,3 (29)	51,5 (51)
Les sages-femmes peuvent prescrire des substituts nicotiniques au conjoint	50,5 (50)	13,1 (13)	36,4 (36)
Le patient peut continuer à fumer sous substituts nicotiniques	61,6 (61)	6,1 (6)	32,3 (32)

n : nombre de réponse

4.4.1.2 Réponses au quizz après formation

Le tableau 5 détaille les réponses au quizz tel qu'il figurait dans le questionnaire J2.

Les items du quizz entre avant et après formation sont inchangés.

Ce qui ressort de ce tableau est un taux important de bonnes réponses (en moyenne 73%).

Le taux moyen de non-réponses était de 7%.

Les items auxquels les participant-es ont le mieux répondu étaient toujours Q4 et Q5.

Les items auxquels les participant-es ont le moins bien répondu étaient Q1 et Q2

Tableau 5 - Prévalences des réponses au quizz après formation (n=80)

	Vrai % (n)	Faux % (n)	Non réponse % (n)
Les substituts nicotiniques sont tous remboursés	40,0 (32)	60,0 (48)	0 (0)
Les neuroleptiques diminuent l'effet de la nicotine	52,5 (42)	30,0 (24)	17,5 (14)
Il est déconseillé de combiner la varénicline et les substituts nicotiniques	18,7 (15)	66,3 (53)	15,0 (12)
Les sages-femmes peuvent prescrire des substituts nicotiniques au conjoint	90,0 (72)	6,3 (5)	3,7 (3)
Le patient peut continuer à fumer sous substituts nicotiniques	96,3 (77)	2,5 (2)	1,2 (1)

n : nombre de réponses

4.4.1.3 Evolution des réponses au quizz avant et après formation

Les réponses au quizz ont été comparées entre J1 et J2.

Le tableau 6 détaille la comparaison des réponses au Quizz avant et après formation.

Pour toutes les questions, les prévalences des réponses étaient statistiquement différentes entre avant et après formation.

La prévalence des bonnes réponses a augmenté significativement après la formation.

Le taux de non-réponses a diminué significativement après la formation.

Tableau 6 - Comparaison des réponses au quizz, entre avant et après la formation (avant n=99, après n=71)

	Vrai % (n)	Faux % (n)	Non réponse % (n)	p**
1. Les substituts nicotiniques sont tous remboursés				
avant	40,4 (40)	29,3 (29)	30,3 (30)	<10 ^{-3f}
après	39,4 (28)	60,6 (43)	0 (0)	
2. Les neuroleptiques diminuent l'effet de la nicotine				
avant	22,2 (22)	37,4 (37)	40,4 (40)	<10 ^{-3f}
après	54,9 (39)	29,6 (21)	15,5 (11)	
3. Il est déconseillé de combiner la varénicline et les substituts nicotiniques				
avant	19,2 (19)	29,3 (29)	51,5 (51)	<10 ^{-3f}
après	19,7 (14)	64,8 (46)	15,5 (11)	
4. Les sages-femmes peuvent prescrire des substituts nicotiniques au conjoint				
avant	50,5 (50)	13,1 (13)	36,4 (36)	<10 ^{-3f}
après	90,1 (64)	5,6 (4)	4,2 (3)	
5. Le patient peut continuer à fumer sous substituts nicotiniques				
avant	61,6 (61)	6,1 (6)	32,3 (32)	<10 ^{-3ff}
après	95,8 (68)	2,8 (2)	1,4 (1)	

n : nombre de réponses

p** : valeur p du test de comparaison des prévalences avant/ après de l'ensemble des réponses (dont les valeurs manquantes) ;

f: test du Chi²; ff: test exact de Fisher

4.4.2 Les pratiques déclarées au sein de l'ANPAA avant formation

Tout-es les participant-es à la formation, sauf 3 (dont 2 qui n'ont pas répondu), jugeaient l'ANPAA comme une structure adaptée pour parler du tabac.

Une question ouverte permettait aux participant-es d'exprimer "pourquoi l'ANPAA était une structure adaptée".

43% des salarié-es n'ont pas répondu à cette question ouverte. Pour près de 30% d'entre eux-elles "cela fait partie des missions de l'ANPAA".

La seule personne qui trouvait que l'ANPAA était une structure "peu adaptée" pour parler de tabac a justifié sa réponse en soulignant un "*manque d'innovation*" et en suggérant "*par exemple, l'intervention d'un hypnothérapeute*".

Plus de 60% des salarié·es trouvaient que les demandes d'accompagnement pour l'arrêt du tabac au sein de l'ANPAA augmentaient.

Près de 60% des salarié·es recevaient de "parfois à souvent" des fumeur·ses ayant été adressé·es par un·e professionnel·le de soin de premiers recours.

Près de 75% des salarié·es recevaient de "parfois à souvent" des fumeur·ses s'adressant directement à l'ANPAA en premier recours pour arrêter de fumer.

4.4.3 Les pratiques déclarées à savoir aider les fumeur·ses avant formation

Première vignette clinique

Nous avons proposé aux salarié·es une première vignette clinique décrivant une situation d'entretien à l'ANPAA :

Monsieur R, 59 ans, se rend à sa 1^{ère} consultation en CSAPA pour son problème avec l'alcool. Un professionnel l'accueille. Lors du premier entretien, le tabac est évoqué ainsi que l'ensemble des addictions :

- *Fumez-vous Monsieur R ? « Oui, je fume un paquet par jour depuis mon service militaire ».*
- *Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? « Euh non pas tellement, je ne me sens pas capable pour le moment ».*
- *Vous ne vous sentez pas capable... Pouvez-vous m'en parler ? « Je pense qu'arrêter les deux en même temps est très difficile. J'ai déjà arrêté de fumer pendant 2 ans, mais je n'avais pas un si grand problème avec l'alcool à l'époque... »*

Des suggestions d'entretien avec ce fumeur étaient ensuite proposées.

Nous avons demandé aux participant·es lesquelles leur paraissaient pertinentes.

Il n'y avait pas de réponse juste ou fausse.

Une majorité des salarié·es ne trouvait pas pertinent de :

- *"recentrer sur l'alcool qui est son motif principal"*
- *"prescrire une substitution nicotinique dans une perspective de réduction contrôlée de la consommation de tabac"*

Deux suggestions ont partagé les participant·es à parts presque égales :

- “donner des informations au patient sur les solutions possibles pour régler l'ensemble de ses addictions”
- “renforcer son sentiment d'efficacité personnelle en le faisant parler de son arrêt réussi”

Aucune des cinq suggestions d'entretien n'est ressortie comme réellement pertinente pour les salarié·es.

60% des salarié·es ont exprimé se sentir à l'aise pour réaliser ce type d'entretien, 22% d'entre eux·elles ne l'étaient pas.

A noter, que 17 participant·es ne se sont pas exprimé·es.

Deuxième vignette clinique

Une seconde vignette était décrite :

Mme G, 39 ans, se rend pour la première fois au CSAPA. Elle accompagne son conjoint, actuellement en obligation de soins dans ce même centre. Elle explique au professionnel qui les accueille qu'elle souhaiterait qu'on l'aide à débiter un sevrage tabagique. Elle précise qu'elle ne boit pas et ne consomme pas d'autres drogues. Elle demande si on peut l'accompagner dans sa démarche.

66% des salarié·es se sentaient habituellement capables d'apporter une aide à une personne en demande spécifique d'aide à l'arrêt du tabac.

A noter, que tout de même plus d'un quart d'entre eux·elles disaient s'en sentir capable “mais pas toujours”.

18% des participant·es n'ont pas répondu à cette question.

4.4.4 Les co-addictions

Connaissances sur les co-addictions

Les connaissances des salarié·es sur le thème des co-addictions ont été évaluées, en fin de formation, par une question à choix multiples.

Les réponses aux propositions étaient :

- *Le cannabis est la première co-dépendance au tabac (P1) = Faux*
- *Chez le patient alcoolique, plus de la moitié des décès sont liés au tabac (P2) = Vrai*
- *Le syndrome de sevrage au cannabis dispose d'un traitement spécifique (P3) = Faux*
- *L'alcool renforce la dépendance au tabac (P4) = Vrai*

Ce qui ressort de ce tableau est une grande majorité de bonnes réponses.

Le taux moyen de réponses justes était de 87% sur les 4 propositions.

❑ Sentiments des salarié·es à savoir accompagner les co-dépendances au tabac

Plus de 70% des salarié·es exprimaient se sentir à l'aise "oui, mais pas toujours" ou "oui, le plus souvent" dans l'accompagnement des co-dépendances au tabac.

5% d'entre eux·elles ne se sentaient pas du tout à l'aise dans cet accompagnement. 9 personnes n'ont pas donné leur ressenti.

85% des participant·es étaient d'accord avec le fait que la formation leur ait apporté une aide dans l'accompagnement des co-dépendances au tabac.

4.4.5 Les pratiques déclarées sur la collaboration avec la ville

Une partie du questionnaire J2 consistait à recueillir les pratiques déclarées et le sentiment des salarié·es sur la collaboration avec les professionnel·les de premier recours pour aider les fumeur·ses de tabac.

83% des salarié·es ont déclaré qu'ils ne participaient pas à un projet structuré de coordination avec les professionnel·les de premiers recours pour aider les fumeur·ses de tabac.

92% d'entre eux·elles étaient d'accord avec le fait qu'une coordination entre les professionnel·les de santé de premier recours et les structures spécialisées en addictologie est pertinente.

Pour la faible proportion de salarié·es qui participaient à des projets de collaboration avec la ville, il s'agissait du #MoisSansTabac (6 participant·es) ou du projet PACT-tabac (2 participant·es).

4.5 Stratification selon la profession

Pour rappel, les professions des salarié·es ont été regroupées en trois groupes : les professions du soin, les professions sociales et les professions administratives.

4.5.1 Sentiment d'obstacle à aider les fumeur·ses de tabac selon la profession

❑ Avant la formation

Une situation s'est révélée statistiquement différente entre les groupes de professions :

- *"je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes"* ($p=0,002$)

L'accord avec cet obstacle était plus élevé chez les salarié·es administratif·ves et plus faible chez les professionnel·les du soin.

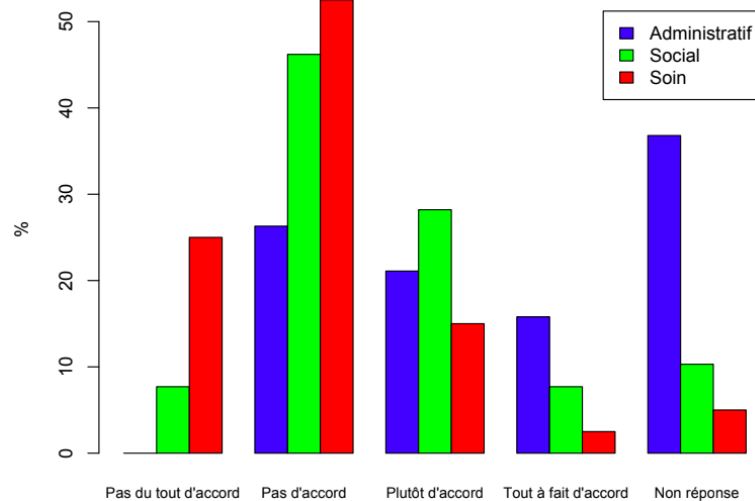


Figure 5 - Prévalences comparées des réponses à la proposition 4 de l'échelle de Likert, selon la profession, avant formation (n=85)

Après la formation

Deux obstacles étaient statistiquement plus élevés chez les personnes administratives :

- *"je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes"* ($p < 10^{-3}$)
- *"je ne me sens pas légitime à aborder cette question par rapport à ma consommation personnelle"* ($p = 0,040$)

Un obstacle était plus élevé chez les professions sociales :

- *"l'entourage de la personne est fumeur"* ($p = 0,037$)

Les non-réponses (Annexe 10)

A J1, le taux de non-réponses était statistiquement différent entre les 3 groupes de professions pour les 11 situations de l'échelle de Likert. Ce taux était le plus élevé chez les professionnel·les administratif·ves et le plus faible chez les professionnel·les du soin.

A J2, on retrouvait la même tendance mais avec une significativité pour seulement 7 situations.

Analyse comparative stratifiée

Il n'existe pas d'évolution significative du sentiment d'obstacle chez les salarié·es administratif·ves et du soin.

On retrouve une diminution significative de l'obstacle *"je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes"* ($p = 0,025$) chez les salarié·es du domaine social.

Pour les trois groupes, il n'y a pas d'évolution significative concernant le taux de non-réponses.

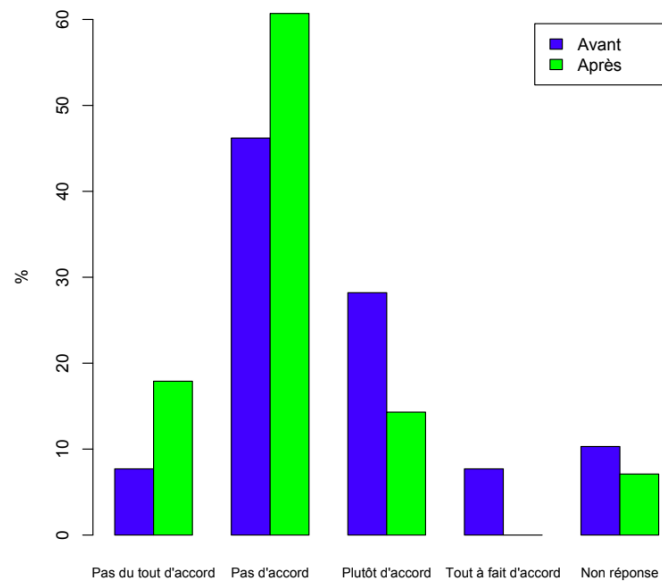


Figure 6 - Prévalences comparées des réponses à la proposition 4 de l'échelle de Likert, avant et après la formation, chez le personnel social (n=61)

4.5.2 Connaissances sur le thème du tabac selon la profession

Avant la formation

Il n'existait pas de différence significative du taux de bonnes réponses à toutes les propositions du quizz selon le groupe de profession.

A noter, que les réponses à Q5 "*le patient peut continuer à fumer sous substituts nicotiniques*" étaient à la limite de significativité ($p = 0,076$) avec un taux de bonnes réponses plus important chez les professions sociales et du soin.

On remarque également que les professionnel·les du soin ont globalement mieux répondu à l'ensemble des propositions du quizz que les professionnel·les administratif·ves, même si ces différences n'étaient pas significatives.

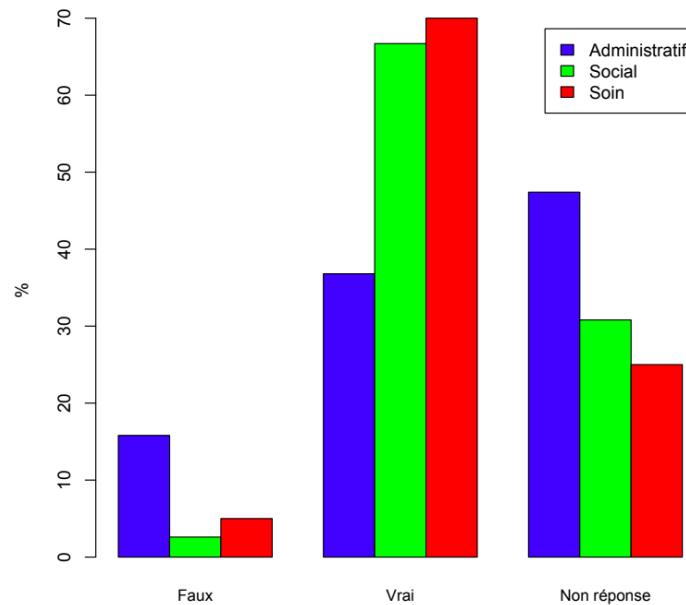


Figure 7 - Prévalences comparées des réponses à Q5 du quizz selon la profession, avant formation (n=67)

Après la formation

Il n'existait aucune différence significative du taux de bonnes réponses selon le groupe de profession.

A noter que, la tendance selon laquelle les professions du soin avaient mieux répondu que les professions administratives à J1 n'est plus remarquable à J2.

Les non-réponses

A J1, le taux de non-réponses dans le groupe administratif était plus important que dans les deux autres groupes. Cette différence était significative pour Q1 et est à la limite de la significativité pour Q2 et Q3.

A J2, cette tendance n'était plus retrouvée. Le taux de non-réponses est globalement comparable dans les trois catégories.

A noter que, le taux de non-réponses a considérablement diminué dans les trois groupes de professions entre avant et après formation.

Analyse comparative stratifiée

Le taux de bonnes réponses a augmenté significativement pour la quasi-totalité des propositions dans les trois catégories professionnelles.

A noter, que cette évolution prenait en compte le taux de non-réponses. Lorsque l'on exclut ces données manquantes, on retrouvait moins de différences significatives.

4.6 Stratification selon le statut tabagique

Parmi les participant·es à la formation, les vapoteur·ses étaient peu nombreux·ses. Pour ces analyses, nous les avons regroupé·es avec les ex-fumeur·ses.

La répartition des groupes suivant le tabagisme est alors comme suit :

- Fumeur·ses
- Ex-fumeur·ses
- Non fumeur·ses

4.6.1 Sentiment d'obstacle à savoir aider les fumeur·ses de tabac selon le statut tabagique

Avant la formation

Un obstacle était statistiquement plus important chez les non-fumeur·ses :

- *“je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes”* ($p=0,043$)

Trois obstacles étaient plus élevés chez les fumeur·ses :

- *“c'est souvent voué à l'échec”*
- *“je n'ai pas le temps lors de mes entretiens”*
- *“les problèmes sociaux passent avant”*

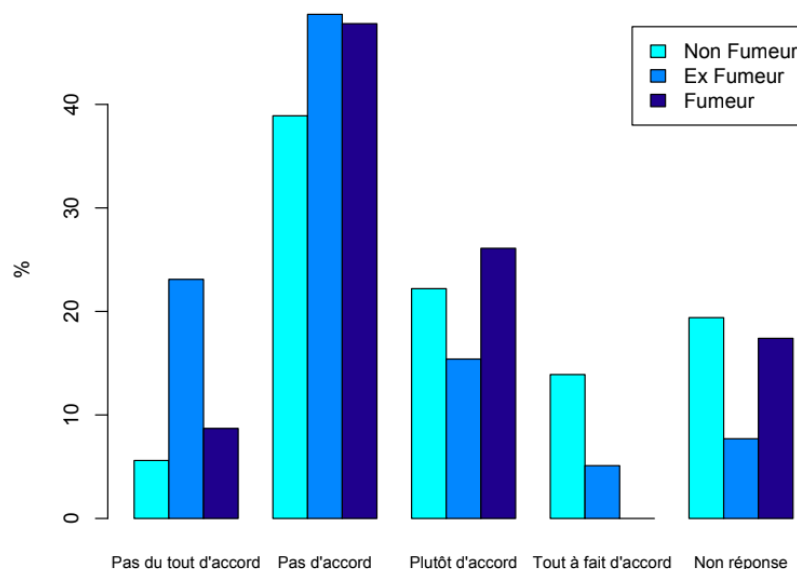


Figure 8 - Prévalences comparées des réponses à la proposition 4 de l'échelle de Likert selon le tabagisme, avant formation (n=84)

Après la formation

Aucun obstacle ne s'est révélé statistiquement différent entre les groupes de tabagisme après la formation.

Les non-réponses

Que ce soit avant ou après la formation, le taux de non-réponses ne diffère pas selon le statut tabagique.

Analyse comparative stratifiée

Il n'existe pas d'évolution significative du sentiment d'obstacle à prendre en compte le tabac selon le statut tabagique.

4.6.2 Connaissances sur le thème du tabac selon le statut tabagique

Avant la formation

Les réponses à Q3 "*Il est déconseillé de combiner varenicline et substituts nicotiniques*" étaient à la limite de la significativité ($p=0,064$) avec un taux de mauvaises réponses plus important chez les non fumeur-ses.

En dehors de cet item, il n'existait pas de différence notable entre les groupes selon le tabagisme avant formation.

Après la formation

Les non fumeur-ses se trompaient toujours plus que les autres pour la question "*il est déconseillé de combiner la varénicline et les substituts nicotiniques*" ($p=0,019$). Les ex-fumeur-ses ont statistiquement moins bien répondu à Q4 "*les sages-femmes peuvent prescrire des substituts nicotiniques au conjoint*" ($p = 0,037$).

Les non-réponses

Avant la formation, le taux de non-réponses était significativement différent pour Q2 "*Les neuroleptiques diminuent l'effet de la nicotine*". Il était à la limite de la significativité pour Q3 et Q4. Dans tous les cas, le taux de non-réponses était plus élevé chez les non fumeur-ses.

Analyse comparative stratifiée

Le taux de bonnes réponses a significativement augmenté dans l'ensemble des questions pour les groupes non fumeur-ses et ex-fumeur-ses.

Dans le groupe fumeur-ses, le taux de bonnes réponses est significativement meilleur après formation pour les items "*les substituts nicotiniques sont tous remboursés*" et "*les sages-femmes peuvent prescrire des substituts nicotiniques au conjoint*".

A savoir que ces évolutions significatives prennent en compte le taux de non-réponses. Nous notons une nette diminution de significativité lorsque nous enlevons les données manquantes.

4.7 Stratification selon le nombre d'années d'expérience

Nous avons regroupé les salarié·es en trois groupes selon le nombre d'années d'expérience en addictologie :

- Moins de 5 ans d'expérience
- Entre 5 et 15 ans d'expérience
- Plus de 15 ans d'expérience

4.7.1 Sentiment d'obstacle à aider les fumeur·ses de tabac selon le nombre d'années d'expérience.

Avant la formation

Une situation s'est révélée statistiquement différente entre les groupes d'années d'expérience :

- *“Je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes”.*

L'accord avec cet obstacle était plus fort chez les personnes avec moins de 5 ans d'expérience. Il était plus faible chez les salarié·es de plus de 15 ans d'expérience.

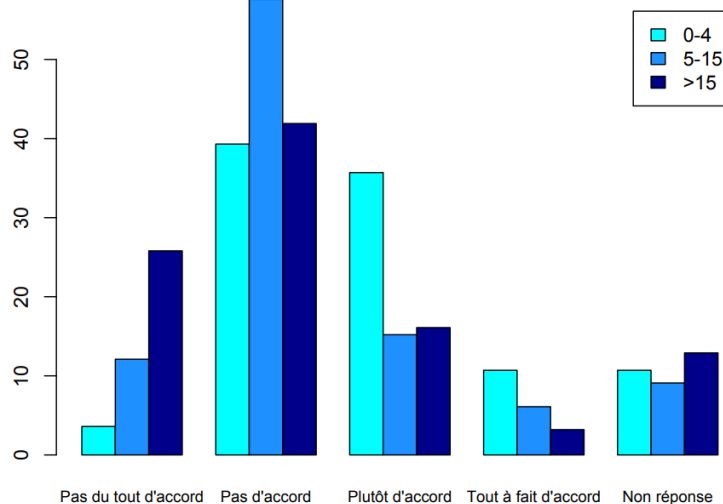


Figure 9 - Prévalences comparées des réponses à la proposition 4 de l'échelle de Likert, selon les années d'expérience, avant formation (n=82)

Après la formation

Un obstacle ressortait plus significatif chez les salarié·es avec le moins d'expérience :

- *“Ce sujet est difficile avec les patients en obligation de soins”*

❑ Les non-réponses

Que ce soit avant ou après la formation, le taux de non-réponses ne diffère pas selon les années d'expérience.

❑ Analyse comparative stratifiée

L'obstacle "Je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes" diminue de manière significative dans la catégorie "moins de 5 ans".

L'obstacle "Je ne me sens pas légitime à aborder cette question par rapport à ma consommation personnelle" augmente significativement après formation dans la catégorie "5 à 15 ans".

Aucun obstacle n'a évolué de manière significative chez les "plus de 15 ans".

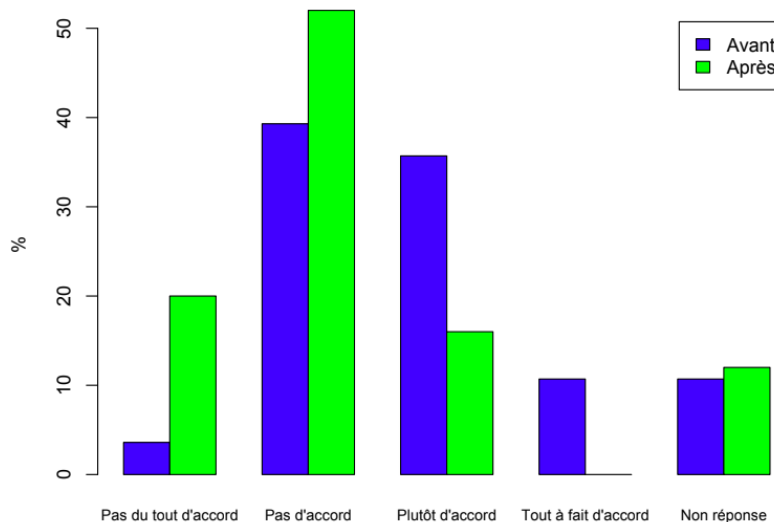


Figure 10 - Prévalences des réponses à la proposition L4, avant et après formation, chez les personnes avec moins de 5 ans d'expérience en addictologie (n=47)

4.7.2 Connaissances sur le thème du tabac selon le nombre d'années d'expérience.

❑ Avant la formation

Les salarié-es ayant le plus d'expérience (plus de 15 ans) ont statistiquement mieux répondu à la proposition Q3 :

- *"Il est déconseillé de combiner la varénicline et les substituts nicotiques"*

En revanche, ils ont statistiquement moins bien répondu que ceux ayant le moins d'expérience (moins de 5 ans) à la proposition Q5 :

- *"Le patient peut continuer à fumer sous substituts nicotiques" (p=0,037)*

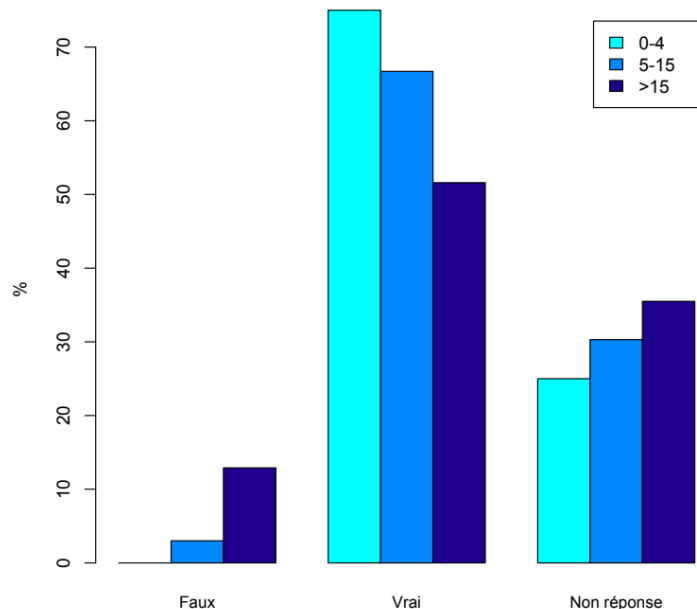


Figure 11 - Prévalences comparées des réponses à Q5 du quizz, suivant les années d'expérience, avant formation (n=64)

Après la formation

Les salarié-es du groupe "moins de 5 ans" ont significativement moins bien répondu, que les deux autres groupes, à la proposition Q4 :

- *"Les sages-femmes peuvent prescrire des substituts nicotiniques au conjoint"*

Pour les autres propositions, il n'existait pas de différence significative ou notable entre les trois groupes.

Les non-réponses

Nous ne retrouvons pas de différence significative du taux de non-réponses selon l'expérience des salarié-es.

Analyse comparative stratifiée

Le taux de bonnes réponses a augmenté de manière significative, pour la majorité des propositions, dans les trois groupes.

A noter, que cette évolution prenait en compte le taux de non-réponses. Lorsque l'on exclut ces données manquantes, on retrouve moins de différences significatives.

On peut penser que les résultats du test étaient surtout dus aux différences dans les non-réponses et pas aux différences dans la prévalence des réponses vraies.

4.8 Satisfaction de la formation

La satisfaction de la formation était évaluée à la fin du questionnaire de J2. Il s'agissait de deux échelles de satisfaction à choix multiples et d'une question ouverte permettant aux salarié·es de proposer des idées afin d'améliorer la formation.

L'analyse de la satisfaction a été réalisée à partir des réponses des salarié·es ayant participé aux deux journées de formation (n=71)

Prévalences des réponses aux échelles de satisfaction

84% des salarié·es ont trouvé que la formation avait répondu au moins "pour l'essentiel" à leurs attentes.

11% d'entre eux·elles ont trouvé qu'elle n'avait répondu qu'"en partie" à leurs attentes et aucun·e participant·e n'a trouvé que la formation ne répondait "pas du tout" à ses attentes.

Près de 75% des participant·es pensaient pouvoir mieux accompagner les fumeur·ses de tabac suite à la formation.

Seulement un·e participant·e pense que la formation ne l'a pas du tout aidé·e dans cet accompagnement.

Avis des participant·es quant aux modifications à apporter à la formation pour l'améliorer

19 participant·es ont répondu à la question ouverte terminant l'enquête de satisfaction. (Annexe 11)

- 8 répondant·es demandaient une formation plus pratique avec jeux de rôle, mise en situation et outils pratiques pour les entretiens et la prévention notamment.
- 4 participant·es ont exprimé leur satisfaction quant au contenu de la formation.
- 3 participant·es ont rapporté un désir d'approfondissement que ce soit sur un sujet particulier (cigarette électronique) ou par la nécessité d'une 3ème journée de formation ou de formations similaires plus régulièrement
- 2 commentaires faisaient référence aux difficultés rencontrées dans l'organisation de la formation compte tenu de la crise sanitaire de la COVID 19 : formation en visio-conférence, délai trop long entre les deux journées.
- 2 participant·es mettaient en avant des lacunes logistiques : locaux d'accueil, manque de chauffage

4.9 Les entretiens

Au total, nous avons réalisé 5 entretiens durant le mois de Mars 2021, soit plus de 4 mois après la dernière formation. Il s'agit d'un·e secrétaire (S), de trois assistant·es sociaux·ales (AS) et d'un·e chargé·e de prévention (CP). Ils·elles travaillent en milieu rural ou semi-rural. Nous avons numéroté les entretiens de 1 à 5 (AS1, S2, AS3, AS4, CP5) afin de pouvoir les citer plus facilement.

Nous avons dégagé 4 grands thèmes de ces interviews :

- La formation dédiée à tout·es
- Les pratiques des interrogé·es
- Les représentations sur le tabac
- Les questionnaires

Afin d'illustrer les points essentiels émergents, certaines phrases des entretiens ont été citées et sont présentées entre guillemets et en italique.

La formation dédiée à tout·es

Les interrogé·es trouvaient pertinent que la formation soit destinée à tout·es : *“d’abord, parce que, tout bêtement, tout le monde entend la même chose [...] ça enfonce la culture commune”* (AS4) ; *“c’est assez exceptionnel qu’une formation touche absolument tout le monde [...] très facilement, nos administratives sont mises à part pour ce genre de choses”* (CP5).

Certain·es justifiaient cette pertinence par des intérêts plus personnels : *“la tabacologie c’est vraiment le domaine où j’avais le moins de connaissances”* (AS1) ; *“notamment sur le fait de pouvoir fumer avec des patches [...] ça m’a bien apporté”* (AS1) ; *“ça m’a aidé sur des petits conseils au quotidien”* (S2) ; *“on n’a jamais trop d’infos et on n’est jamais trop formé en addicto en général”* (AS3)

D’autres appuyaient sur l’intérêt de la formation pour le personnel administratif : *“il y a un poste pour lequel ça me paraît évident, c’est notre secrétaire médico-sociale qui voit l’intégralité de notre file active”* (CP5) ; *“dans les réunions de synthèse, les secrétaires font les résumés, si elles ont cet apport théorique, ça influence forcément favorablement le compte rendu donné”* (AS4) ; *“j’ai trouvé ça super intéressant parce que finalement en tant que secrétaire on peut être amené à répondre à des questions”* (S2).

Les pratiques des interrogé·es

Tout·es les interrogé·es, quelle que soit la profession, exprimaient avoir des contacts avec les fumeur·ses : *“tous les premiers entretiens passent par moi”* (AS1) ; *“je suis seule en tant que secrétaire, en accueil physique et téléphonique, donc je reçois les gens en premier [...] donc*

oui effectivement j'ai des contacts et échanges avec les fumeurs" (S2) ; *"notre secrétaire médico-sociale va recevoir les coups de fil de prise d'intention"* (CP5)

Certain-es insistaient sur des spécificités de leur pratique dues à leur profession ou domaine d'activité : *"nous sommes beaucoup sur un public de rue avec ma collègue infirmière car nous sommes sur l'équipe mobile"* (AS3) ; *"ma particularité c'est que je ne fais que du collectif dans mon métier, je ne fais pas de consultations individuelles"* (CP5).

Les interviewé-es parlaient spontanément de la poly-consommation, notamment tabac-cannabis : *"je suis toujours confronté aux problématiques tabac, sur les problématiques associées dans le cadre des consommations alcool-tabac, cannabis-tabac"* (AS1) ; *"mes patients sont des poly-consommateurs"* (AS3) ; *"ça aurait été bien qu'on travaille plus sur le lien tabac et cannabis [...] pour cela je n'ai pas vraiment de plan B et ça pourrait vraiment m'être utile"* (AS4) ; *"c'est rare que l'on fasse des interventions que sur une substance car ça peut créer une certaine discrimination"* (CP5).

❑ Les représentations sur le tabac

Les interrogé-es exprimaient des évolutions de leurs représentations sur le tabac suite à la formation : *"maintenant je me dis "réduire c'est déjà bien", ça m'a fait changer mon approche par rapport au tabac"* (S2) ; *"oui ça m'a aidé car je le vois moins comme une banalité"* (AS3) ; *"ça nous fait réfléchir sur notre consommation personnelle et notre légitimité à en parler alors qu'on est consommateur"* (AS3) ; *"j'ai plus de légitimité à aborder certaines questions"* (AS1)

Le tabac avait quand même tendance à rester une porte d'entrée pour parler d'autres consommations : *"le tabac peut parfois être la porte d'entrée"* (AS3) ; *"le tabac reste une porte d'entrée abordable par tous avec peu de tabou donc on la privilégie très souvent alors qu'on sait très bien qu'on veut aller ailleurs"* (CP5).

❑ Les questionnaires

La plupart des participant-es interrogé-es avaient peu de souvenirs du questionnaire : *"Je ne me souviens plus tellement"* (AS1) ; *"pour être honnête, je ne me rappelle pas de tout le questionnaire"* (S2) ; *"je ne me souviens plus je suis désolé"* (AS4).

Ils-elles rapportaient une orientation trop sanitaire du questionnaire : *"je l'ai trouvé plus orienté médical"* (AS1) ; *"ça concernait vraiment que le professionnel qui prescrit"* (S2) ; *"je me rappelle être devant certaines questions et me dire : "je ne suis pas concernée""* (S2).

Les interrogé-es justifiaient leurs non-réponses à certaines questions par leur sentiment d'illégitimité : *"je n'avais pas trop de légitimité à répondre"* (AS1) ; *"je pense que mon inconscient me disait "t'es pas trop légitime""* (AS3).

5- Discussion

5.1 Forces et limites de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'identifier une évolution des représentations et sentiments d'obstacles à prendre en compte le tabac après formation auprès de tout·es les salarié·es de l'ANPAA NA.

Les objectifs secondaires sont de mesurer l'évolution des connaissances, des pratiques déclarées sur le thème du tabac, ainsi que d'évaluer les pratiques et connaissances des salarié·es concernant une activité coordonnée avec la mise en place du projet L.A.S.T.

Une méta analyse de 2012 démontre que la formation des professionnel·les de santé, notamment des médecins, est efficace pour améliorer la fréquence et la qualité des interventions d'aide à l'arrêt du tabac des patient·es fumeur·ses (28).

L'implication du personnel non médical apparaît comme efficace afin d'améliorer la fréquence et l'impact des interventions d'aide à l'arrêt du tabac (29).

Sur ce point, l'originalité de notre étude est d'évaluer l'impact d'une formation pour l'ensemble des professionnel·les d'une structure qu'ils·elles soient sanitaires, sociaux·les ou administratif·ves.

Des études préconisent une prise en charge en secteur spécialisé en addictologie pour les fumeur·ses compliqué·es, en second recours (29,30).

Sur ce point, l'originalité de notre étude est d'évaluer l'implication des secteurs spécialisés dans l'accompagnement des fumeur·ses en premier et second recours.

5.1.1 Intérêts principaux de l'étude

Une étude originale

Les thèses sur le tabac et sa prise en charge sont nombreuses. Plusieurs travaux ont étudié les représentations des médecins ou étudiant·es en médecine concernant le tabac et l'accompagnement des fumeur·ses (31–33). Il est également acté que la formation continue des médecins est efficace pour améliorer la qualité de l'aide à l'arrêt du tabac (28,34).

Nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant ces éléments chez des professionnel·les sociaux ou administratif·ves exerçant en structure spécialisée en addictologie.

Notre étude a permis une photographie des représentations, connaissances et pratiques déclarées de tout-es les salarié-es de l'ANPAA NA en termes d'accompagnement des fumeur-ses de tabac.

Une population étudiée représentative de la population cible

La population étudiée a pu être comparée à la population cible (ensemble des salarié-es de l'ANPAA NA) grâce au Diagnostic CPOM Nouvelle Aquitaine (27).

Comme nous l'avons précisé précédemment, nous n'avons pas réalisé de comparaison statistique mais il n'existe pas de différence notable des caractéristiques socioprofessionnelles des salarié-es entre la population cible et la population étudiée.

Tableau 7 - Récapitulatif des caractéristiques socioprofessionnelles de la population cible et de la population étudiée à J1

	Population cible	Population étudiée à J1
Métiers du soin	42%	41%
Métiers du social	31%	40%
Métiers administratifs	21%	19%
Proportion de femmes	83%	85%
Années d'expérience (médiane)	8 ans	10 ans

Des populations à J1 et J2 comparables

L'ensemble de la formation était obligatoire pour les salarié-es. Plusieurs facteurs (temps partiels, arrêts maladies, congés annuels etc.) expliquent un nombre de participant-es inférieur au nombre de salarié-es total de l'ANPAA NA, ainsi qu'une différence du nombre de participant-es entre J1 et J2 (pour rappel : n=126 à J1 et n=113 à J2).

Pourtant, l'analyse comparative des critères socioprofessionnels entre les deux populations ne met pas en évidence de différence statistiquement significative. Nos deux populations sont donc comparables.

Un outil d'évaluation testé et adapté

Les questionnaires utilisés ont été construits par les deux doctorantes en collaboration avec les membres de la COREADD. Nous avons pris en compte les besoins de l'ANPAA et nous nous sommes appuyées sur les dernières données de la science pour élaborer ces outils.

Nous avons testé la formation et le questionnaire sur un premier groupe de salarié·es à Bordeaux (groupe test). Le questionnaire a été ajusté à la suite de cette première journée afin d'être le plus adapté possible aux participant·es et à la formation qu'ils·elles recevaient.

❑ Saisie et traitement des données

La stratégie d'analyse statistique a été réalisée avec le soutien de David MOREAU, ingénieur statisticien en épidémiologie.

❑ La réalisation d'entretiens des participant·es

Dans le cadre des sciences de la santé, l'entretien se révèle être un outil précieux pour comprendre les mécanismes d'un phénomène étudié. Il permet de recueillir des informations sur des "*faits ou des représentations*" (35).

L'entretien semi-directif est une conversation privilégiée entre le-la chercheur·se et le-la répondant·e dont l'objectif est de saisir le sens d'un phénomène (36).

Nous avons donc fait le choix de prolonger notre étude par cette approche qualitative afin d'être dans une logique compréhensive de nos résultats.

La réalisation d'interviews de salarié·es ayant participé à la formation permet le développement de notre réflexion lors de la discussion de nos résultats. Ces entretiens apportent des explications et des pistes d'ouverture, là où nos questionnaires et les données de la littérature n'apportent pas de réponses.

Ils n'étaient pas prévus dans notre plan de projet initial. Dans un souci de rigueur, nous avons finalement décidé d'intégrer ce travail aux résultats, afin que nous puissions illustrer notre discussion de l'étude quantitative de quelques propos plus qualitatifs. Une double démarche, mixte, quantitative et qualitative complète, aurait été idéale mais aurait dépassé nos possibilités en termes de temps.

5.1.2 Limites et biais de l'étude

❑ Schéma de l'étude

Notre étude se base principalement sur l'évaluation des représentations et pratiques déclarées. La plupart des réponses sont donc subjectives et ne permettent pas une évaluation des connaissances des salarié·es.

Notre étude a permis de réaliser une "photographie" des pratiques et obstacles déclarés des salarié·es.

L'analyse de l'évolution des réponses au quizz avant/après formation (critère de jugement secondaire) explore réellement l'amélioration des connaissances et pratiques.

Malgré tout, notre étude garde un faible niveau de preuve scientifique.

Le choix de questionnaires différents

La formation tabac s'adressait aux professionnel·les de l'ANPAA toutes professions confondues.

Nous avons construit les deux questionnaires afin d'évaluer les pratiques actuelles des participant·es et les obstacles perçus à l'accompagnement des fumeur·ses.

Nous soulignons deux principales limites à ces questionnaires.

- Le manque de similarité entre les deux questionnaires. Nous avons décidé de réaliser Q1 et Q2 séparément, en se basant sur le contenu de la première journée pour le Q1 et le contenu de la deuxième pour le Q2. Hormis l'échelle de Likert et le quizz laissés identiques, le reste sont des questions isolées sans possibilité de comparaison. Il aurait pu être intéressant, pour certaines parties, comme les vignettes cliniques, d'avoir un ressenti sur l'évolution avant et après formation.

Néanmoins, une comparaison pure des pratiques déclarées n'aurait pas été pertinente avec seulement quelques semaines de délai entre les deux questionnaires. Il aurait fallu évaluer l'intérêt d'un questionnaire à distance de la formation, après plusieurs mois de pratique.

- La formulation des propositions et questions était trop axée vers le soin et beaucoup de salarié·es ne se sentaient pas concerné·es par certaines questions et n'ont donc pas répondu.

Cette orientation des questions a engendré un fort taux de non-réponses qui est un biais de sélection.

Le support pédagogique

Notre présence à certaines journées et la récupération des comptes-rendus de fin de formation nous montrent qu'une partie du contenu pédagogique était également orientée vers une prise en charge médicale du tabac.

Cela peut sembler très éloigné d'une prise en compte du tabac pour les professions sociales ou administratives. Pourtant, cela est nécessaire pour comprendre la globalité des problématiques autour du tabagisme et, étrangement, ce sont les parties de la formation qui ont engendré le plus de questionnements. D'ailleurs, la question ouverte évaluant la satisfaction de la formation ne reflète pas cette tendance trop médicale qui aurait pu être critiquée.

La réalisation pratique des formations en contexte de Covid-19

Les formations auraient dû avoir lieu en présentiel, avec un délai d'environ deux mois entre J1 et J2. Du fait de la crise sanitaire à Covid-19 et de la mise en place du premier confinement en mars 2020, le planning des formations a été nettement perturbé.

Certains sites ont eu jusqu'à 10 mois de délai entre la première et la deuxième journée de formation.

Les dernières formations prévues ont été réalisées en visioconférence. Les sites d'Anglet et Bordeaux ont eu l'ensemble de leur formation via la plateforme Zoom®. (Annexe 5)

L'absence d'homogénéité sur la temporalité et le présentiel entre les différents sites crée une inégalité entre les salarié·es. En effet, on peut supposer une perte de concentration plus facile en visioconférence qu'en présentiel.

Ceci peut expliquer en partie le nombre de participant·es et de questionnaires moins importants à J2.

Il faut tout de même souligner que, grâce à l'investissement des équipes des différents sites de l'ANPAA NA et de la COREADD, l'ensemble des formations a pu être réalisé avant la fin de l'année 2020, dans un contexte et une atmosphère non propices à la formation.

Le défaut d'appariement

Une partie de notre étude consiste à comparer les réponses aux questionnaires J1 et J2. Dans l'idéal, nous aurions pu appairer les données "J1" et "J2" pour que nos résultats prennent en compte la variabilité inter-sujet. Seulement, aucun élément d'identification n'était prévu dans les questionnaires.

Pour appairer les séries avant et après formation, nous aurions pu utiliser deux méthodes :

- La levée d'anonymat, qui était éthiquement difficile et aurait probablement biaisé nos résultats
- L'intégration d'un numéro identifiant au questionnaire. Chaque participant·e aurait pu reporter son numéro attribué sur le questionnaire J2. En pratique, ce système doit nécessiter la compréhension et l'adhésion des participant·es, avec un risque d'augmentation de questionnaires J2 inexploitable

L'objectif de notre étude était finalement de former une population (l'ensemble des salarié·es de l'ANPAA NA) et non d'évaluer chaque salarié·e de manière individuelle. L'appariement des données n'était donc pas pertinent.

L'analyse des entretiens

La décision de réaliser des entretiens complémentaires en visioconférence auprès de salarié·es a été prise après la récupération des données. Cet outil n'a pas été élaboré lors de

la mise en place de la méthodologie. Nous avons analysé ces entretiens sans étude qualitative académique. Il n'y a pas eu de codage ni de recherche de la saturation des données. Ceci amène une réelle limite dans l'analyse de ces éléments que nous dirons "journalistiques". Néanmoins, ces entretiens restent un atout et apportent une recherche plus approfondie qui fait directement suite à l'étude quantitative, afin d'appuyer nos ouvertures.

5.2 Interprétation des résultats

Un rappel des caractéristiques socioprofessionnelles de la population étudiée nous paraît nécessaire afin de mieux comprendre certains aspects de nos résultats. Nous rappelons que les deux groupes J1 et J2 sont comparables selon le sexe, les corps de métiers, l'expérience et le statut tabagique.

- Environ 40% des salarié.es travaillent dans le soin.

Pour cette formation sur le tabac, nous pensions avoir une majorité de salarié-es médicaux et paramédicaux. Finalement, le public de cette formation travaille majoritairement dans le social ou l'administratif. Les questionnaires ont tout de même été centrés sur une approche soignante, car l'objectif était que l'ensemble des équipes, quelles que soient leurs professions, partagent une culture commune autour de l'accompagnement de l'arrêt du tabac.

- Un quart des participant-es sont fumeur-ses et 40% sont ex-fumeur-ses. Seulement un tiers des salarié-es n'ont jamais fumé.

Au sein de la population étudiée, nous voyons qu'il existe une majorité de personnes ayant eu ou ayant encore une consommation de tabac. Nous pouvons penser que ces participant-es sont plus sujets à connaître les problématiques du tabac et de son sevrage. D'ailleurs, certaines études récentes ont déjà pu montrer que le fait de fumer est plutôt un obstacle à l'accompagnement des fumeur-ses (37,38)

- 60% n'ont jamais participé à une formation antérieure sur la thématique tabac.

Plus d'un·e salarié·e sur deux travaillant dans cette structure d'addictologie n'a jamais eu de formation concernant le tabac, qui est pourtant la première addiction en France. Ce chiffre prend en compte les professions administratives, dont les secrétaires, qui ont de manière générale moins accès à des formations. Ne serait-ce que cette information nous semble une justification majeure au projet étudié.

5.2.1 Sentiment d'obstacle à aider les fumeur-ses de tabac

Nous avons débuté notre travail de recherche en nous focalisant sur les obstacles ressentis à aborder le sujet du tabac chez tout·es les salarié·es de l'ANPAA NA, à travers l'évolution des réponses à l'échelle de Likert avant et après formation.

Il s'avère que les premiers résultats analysés montrent une nette tendance à ne pas ressentir de situations d'obstacle à aborder le tabac, avant formation. Cette même tendance est retrouvée après les deux journées de formation.

Nous voulons tout de même nous attarder sur deux éléments notables de nos résultats.

□ “La personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques”

Cette situation est la seule à ressortir comme un obstacle à J1 et J2. Il s'est même renforcé significativement après formation. Nous ne notons pas de différence selon les groupes de stratification.

Ce renforcement n'est pas lié à des changements au niveau de la population étudiée, les caractéristiques socioprofessionnelles des participant·es étant comparables entre J1 et J2.

Il est légitime de se demander quels facteurs ont pu faire ressortir cet obstacle.

Depuis quelques années, le tabac diminue de manière globale, pourtant la prévalence du tabagisme chez les patient·es présentant des troubles psychiatriques reste deux à quatre fois plus élevée qu'en population générale. Les fumeur·ses restant·es sont proportionnellement plus nombreux·ses à présenter des troubles psychiatriques (39,40).

Les patient·es présentant ces troubles ont plus de difficultés à arrêter de fumer. La stratégie de sevrage tabagique chez ces patient·es justifie un accompagnement et une pharmacothérapie associée (41,42).

Il existe des difficultés spécifiques de prise en charge chez ces fumeur·ses. Tout d'abord, il est préconisé de préférer les périodes de stabilisation sur le plan psychiatrique pour proposer un sevrage tabagique. De plus, plusieurs études précisent qu'une pharmacothérapie plus longue est nécessaire chez ces fumeur·ses ayant des taux de rechutes plus importants (41,42). Enfin, il existe un risque accru de majoration des troubles de l'humeur chez les patient·es dépressif·ves dans les premiers mois de sevrage nécessitant un suivi et une surveillance régulière (43).

Ces éléments montrent que l'accompagnement d'un·e fumeur·se dépressif·ve ou ayant d'autres troubles psychiatriques n'est pas simple.

Pourtant, l'accompagnement au sevrage chez ces patient·es doit rester une priorité. Deux études, du *British Journal of Psychiatry* et de l'*American Journal of Psychiatry*, ont montré, qu'à long terme, le sevrage tabagique permettait notamment une réduction marquée des troubles anxieux (44,45).

Cette complexité de prise en charge pourrait expliquer, en partie, le sentiment d'obstacle des salarié-es à aborder la question du tabac avec ces fumeur-ses.

Une autre explication, complémentaire, est sans doute le fait que les patient-es psychiatriques cumulent souvent d'autres éléments de complexité, comme des co-addictions, des handicaps, une vulnérabilité sociale, et donc d'autres priorités. Ainsi l'obstacle à aborder le tabac serait lié au fait qu'il n'est pas la priorité du-de la patient-e, ni des intervenant-es. Dans une approche centrée sur la personne, le sujet n'émerge sans doute pas en première instance (46).

Dans la mesure où la formation se base sur les principes de l'entretien motivationnel et de l'approche centrée patient-e, le renforcement de cet obstacle pourrait être un effet secondaire.

Selon les recommandations de l'European Psychiatric Association (EPA), l'éducation et la formation continue sur ce sujet sont nécessaires pour dissiper les incertitudes et accroître la confiance des professionnel-les (47).

La réalisation de formations plus ciblées sur ce sujet pourrait être intéressante afin de permettre aux salarié-es d'engager le sevrage tabac en ayant conscience que c'est une des façons d'améliorer l'accompagnement des patient-es ayant des troubles psychiatriques, tout en respectant leurs priorités.

□ *“Je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes”*

Avant formation, cette situation apparaissait comme un obstacle. Il est particulièrement accentué chez le personnel administratif, les salarié-es les moins expérimenté-es et les non-fumeur-ses.

Après formation, ce sentiment d'obstacle n'est plus présent chez les moins expérimenté-es et les non-fumeur-ses mais il reste important chez les administratif-ves.

De plus, cet obstacle est le seul à avoir diminué de manière notable entre avant et après formation. Cette diminution se comprend par la partie théorique de la formation ayant pu renforcer le sentiment de connaissances des participant-es.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cet obstacle avant formation.

Pour les moins expérimentés, ils ont logiquement moins de “background” expliquant l'impact de la formation sur ce ressenti.

Nous supposons que les non-fumeur-ses se sentent moins concerné-es personnellement par les possibilités d'aide à l'arrêt du tabac. Cela peut se répercuter indirectement sur leur sentiment de manque de connaissances.

Concernant les professions administratives, ce sont des catégories de salarié·es qui ont le moins accès à des formations sur le thème du tabac. En effet, nous n'avons trouvé aucune étude dans la littérature évaluant l'impact d'une formation tabac chez des professionnel·les non médico sociaux. Un·e interrogé·e déclare *“très facilement nos administratives sont mises à part pour ce genre de choses”* (CP5). Cela souligne l'intérêt probable de cette formation pour ces professionnel·les.

L'apport de la formation a permis un lissage de cet obstacle selon le statut tabagique et le niveau d'expérience. Cette homogénéisation n'est pas présente chez les administratif·ves.

Il serait intéressant de poursuivre ce type de formation pour cette catégorie de professionnel·les afin d'estomper leurs représentations et permettre d'ancrer une culture commune au sein de l'ANPAA.

Nous rappelons tout de même, que les autres situations évoquées n'engendrent pas de sentiment d'obstacle chez les salarié·es, ce qui implique de pondérer nos derniers propos.

Ce sentiment général de ne pas ressentir de difficulté à parler du tabac est en contradiction avec la satisfaction globale de la formation. En effet, 75% des participant·es ont exprimé avoir le sentiment de pouvoir mieux accompagner les fumeur·ses après la formation.

Cela suggère qu'il existait tout de même une certaine demande et un besoin des participant·es.

5.2.2 Connaissances sur le thème du tabac

Lors de l'élaboration du quizz, nous pensions retrouver une amélioration des réponses chez les professions non sanitaires et chez les plus jeunes. En effet, nous supposons que ces deux catégories ont eu moins l'opportunité d'accéder à des formations et qu'ils·elles nécessitaient une mise à niveau des connaissances par rapport aux autres salarié·es.

Nos résultats ne sont pas si concluants en ce sens.

Avant formation, on note un taux de non-réponses important particulièrement marqué chez le personnel administratif et les non-fumeur·ses. Les professionnel·les du soin ont, pour leur part, le mieux répondu au quizz.

Après formation, on note un lissage général des réponses selon tous nos critères de stratification.

Globalement, le taux de bonnes réponses a nettement augmenté quel que soit le statut tabagique, la profession ou l'expérience. Le taux de non-réponses s'est effondré.

Notre supposition concernant les professions administratives s'est bien confirmée à J1. En revanche, cela est beaucoup moins évident concernant l'expérience où il n'y pas de réelle différence. Pour certaines propositions, ce sont même les moins expérimenté-es qui ont le mieux répondu. Ce constat s'est notamment révélé pour les réponses à la question :

- *“le patient peut continuer à fumer sous substituts nicotiniques”*

Ce résultat est assez inattendu et mérite une attention.

Pendant longtemps beaucoup d'idées reçues ont circulé autour des substituts nicotiniques, ces représentations pouvant représenter un frein à la motivation et à la décision d'arrêt. Certain-es professionnel·les de santé préconisent l'abstinence totale notamment devant l'absence de seuil de faible risque de consommation défini (48).

Pourtant, une stratégie de réduction du tabagisme peut être proposée comme une première étape vers un sevrage complet. En effet, plusieurs études ont montré que les substituts nicotiniques aident les fumeur·ses à arrêter et augmentent les chances de réussite (49). Cette association peut s'inscrire dans une démarche de réduction de la consommation de cigarette ou d'arrêt progressif du tabagisme.

D'ailleurs, la réduction est validée par la HAS comme une étape intermédiaire pour les patients qui ne sont pas prêts à arrêter (50). Cette réduction contrôlée nécessite, en revanche, d'être associée à un accompagnement et à une substitution nicotinique (50,51).

Cependant, il est important de garder en tête que l'arrêt reste l'objectif à moyen terme (52).

Malgré des données probantes de la littérature sur l'innocuité et même le bénéfice de l'introduction d'une substitution nicotinique malgré la poursuite du tabac, cette association a tendance à garder “mauvaise presse”.

Cette notion de réduction de risque en tabacologie fait partie d'une nouvelle logique d'accompagnement des fumeur·ses. Le nouveau paradigme de la réduction des risques et des dommages, ainsi que d'une approche plus pragmatique centrée sur la réduction du craving, est sans doute plus facilement intégrée par la nouvelle génération, qui n'a pas subi les dogmes du passé.

M. DAUZAN avait d'ailleurs évoqué cette problématique au sein de l'ANPAA : *“ On est sur un âge moyen qui est au-delà de 10 ans à l'ANPAA, avec un âge moyen qui frôle la cinquantaine [...] Ils doivent s'adapter à la “logique addicto” [...] mais ils ont du mal à y aller”.*

Il ajoutait également *“Ils sont rentrés à l'ANPAA il y a 10 ans et n'ont pas connu d'autre secteur, ce qui est sclérosant.”.*

Ceci explique, en partie, que les salarié-es les plus expérimenté-es aient moins bien répondu à cette question que les plus jeunes, en début de formation. Sur certaines questions, il est difficile de faire évoluer des pratiques enracinées et qui ont eu aussi certains bons résultats. Avant formation, les salarié-es moins expérimentés avaient une vision plus actuelle de l'accompagnement du tabac et peut-être moins de préjugés.

Il est important de remarquer qu'après formation cette différence a disparu.

En totalité, la formation a permis d'harmoniser des connaissances sur le thème du tabac entre les différentes catégories. Cette homogénéisation dans la perspective d'une culture commune était un des objectifs de la formation.

5.2.3 Les pratiques déclarées

□ Pratiques déclarées au sein de l'ANPAA avant formation

D'après nos résultats, deux tiers des salarié-es trouvent que les demandes d'accompagnement pour l'arrêt du tabac au sein de l'ANPAA augmentent.

Nos recherches révèlent une réalité moins évidente.

Le diagnostic CPOM de l'ANPAA NA montre une stagnation des prises en charge "tabac" entre 2017 et 2019 (27).

Lorsque nous reprenons l'entretien que nous avons eu avec M. DAUZAN, il nous expliquait effectivement que : *"ça ne monte pas suffisamment mais ça monte. Pourquoi cela ne monte pas suffisamment ? Il y a plusieurs raisons : une raison simple est qu'on est mauvais en 'com'"*.

Ce contraste entre la réalité des chiffres et le ressenti des salarié-es sur leur pratique actuelle est intéressant. Intuitivement, nous aurions tendance à accorder plus de poids au ressenti des salarié-es qu'aux éléments tracés sur le logiciel de la structure. En effet, la plupart des patient-es viennent généralement pour plusieurs addictions dont le tabac. Il est souligné par les salarié-es que souvent c'est l'addiction la plus problématique qui est tracée comme motif de consultation. Lors des interviews, un-e salarié-e évoque *"C'est rare que l'on fasse des interventions que sur une substance car ça peut créer une discrimination"* (CP5). Ils-elles tracent donc le plus souvent le cannabis ou l'alcool.

Ceci était le cas depuis longtemps, mais la prise en compte du tabac s'améliorant, il est moins banalisé et oublié, et donc probablement plus ressenti comme un élément à travailler.

La quasi-totalité des salarié-es trouve que l'ANPAA est une structure adaptée pour parler du tabac. Ce n'était pas évident initialement. L'ANPAA a eu longtemps une étiquette "alcool". Malgré de nombreux efforts d'ouverture depuis des années, cette image lui colle encore un

peu à la peau. M. DAUZAN nous confiait que *“l’ANPAA a une image historique qui vient de l’alcool, qui est encore très empreinte”*.

L’ANPAA est malgré tout une structure d’addictologie. Depuis quelques années, la prise en charge du tabac fait partie intégrante de l’addictologie, dans une logique “tout produit”. Cette nouvelle conception permet de replacer le tabagisme dans un champ plus global de prise en charge (48).

M. DAUZAN inscrit d’ailleurs l’ANPAA comme *“[n’étant] plus sur une porte d’entrée produit mais sur une porte d’entrée addicto au sens large du terme”*.

C’est sûrement dans cette orientation que les salarié·es trouvent que c’est une structure bien adaptée. Ce constat est encourageant et confirme l’évolution de la culture commune de l’ANPAA.

Plus des deux tiers des salarié·es affirment recevoir des fumeur·ses s’adressant à l’ANPAA en premier recours.

Le diagnostic CPOM ne nous apporte pas de renseignement précis sur ce point (27). Les données de la littérature ne vont pas dans ce sens. Plusieurs articles recommandent de référer seulement les fumeur·ses compliqué·es (hardcore smokers) à des structures spécialisées (29,53,54).

Pratiques déclarées de savoir aider les fumeur·ses avant formation

Un élément des résultats des vignettes cliniques nous a réellement interpellé. Une grande majorité des salarié·es ne trouve pas pertinent de *“prescrire une substitution nicotinique dans une perspective de réduction contrôlée de la consommation de tabac”*.

Trois hypothèses s’offrent à nous :

- Ils·elles ne savent pas qu’il est possible de fumer sous substituts nicotiques
- Ils·elles ne se sentent pas concernés par l’action de ‘prescrire’
- Ils·elles ne trouvent pas d’intérêt à la réduction contrôlée dans le tabac

L’analyse des réponses au quizz avant formation, comme vu précédemment, invalide facilement notre première hypothèse. Plus de 60% des participant·es savent que *“le patient peut continuer à fumer sous substituts nicotiques”*.

La population de notre étude comporte environ deux tiers de professionnel·les non soignant·es donc non prescripteur·rices. Lors des entretiens, le·la secrétaire interrogé·e évoque qu’une partie du questionnaire *“ne concernait vraiment que le professionnel qui prescrit”* (S2). Ces salarié·es ne se sentent peut-être pas concernés·es, ce pourquoi ils·elles ne retiennent pas cette proposition comme pertinente.

Ce constat souligne une orientation trop médicalisée de certaines propositions de notre questionnaire.

En addictologie, la notion de réduction de risques a été appliquée au tabac tardivement et est toujours controversée comme nous l'avons évoqué précédemment. Au vu de sa réputation, la réduction contrôlée peut être vue comme peu pertinente par les salarié-es. Effectivement, en interview, un-e interrogé-e nous confie l'évolution de ses représentations sur ce point suite à la formation *“maintenant je me dis “réduire c'est déjà bien”, ça m'a fait changer mon approche par rapport au tabac”* (S2).

5.2.4 Les co-addictions

Le quizz sur les co-addictions proposé en fin de formation révèle une grande majorité de bonnes réponses à tous les items.

La majorité des participant-es trouve que la formation leur a apporté une aide sur ce sujet. Nous expliquons ces résultats notamment par les réponses immédiates au questionnaire en fin de formation, pouvant représenter un biais. Il aurait été intéressant d'évaluer ces critères à distance de la formation.

Plus des deux tiers des salarié-es expriment se sentir à l'aise dans l'accompagnement des co-dépendances au tabac.

Cette situation nous interpelle car les co-dépendances en addictologie sont connues pour être des prises en charge difficiles et peu codifiées. Prenons comme exemple l'association tabac-cannabis, pour laquelle nous avons remarqué de nombreux questionnements lors des formations. D'ailleurs, un-e interviewé-e déclare *“ça aurait été bien qu'on travaille plus sur le lien tabac et cannabis [...] pour cela je n'ai pas vraiment de plan B et ça pourrait vraiment m'être utile”* (AS4).

Une revue a mis en évidence que les consommateur-rices de tabac et de cannabis avaient plus de mal à arrêter que les seuls usagers de cannabis. Ils-elles présenteraient plus fréquemment des troubles anxio-dépressifs et psychosociaux (55).

Un article récent souligne les difficultés à l'accompagnement des co-addictions tabac-cannabis. Ces difficultés sont liées au fait que ces usagers veulent souvent interrompre leur consommation de tabac en gardant un usage réduit de cannabis. Ils-elles sous-estimeraient la force de leur addiction et il n'y a, à ce jour, pas de prise en charge spécifique au sevrage de cannabis (56).

Enfin, la question de l'arrêt simultané ou successif n'est toujours pas tranchée. Elle prend en compte les préférences du-de la patient-e afin de renforcer l'alliance thérapeutique (57).

Finalement, l'accompagnement des fumeur·ses présentant des co-dépendances est considéré comme complexe. Les salarié·es semblent pourtant être plus à l'aise avec cette pratique, sans doute correspondant, de façon logique, à leur public habituel.

Nos entretiens permettent de confirmer cette hypothèse, ils·elles évoquent travailler quotidiennement sur les co-addictions, *“je suis toujours confronté aux problématiques tabac, sur les problématiques associées dans le cadre des consommations alcool-tabac, cannabis-tabac”* (AS1).

5.2.5 La collaboration avec la ville

La plupart des salarié·es ne participe pas à un projet coordonné avec les professionnel·les de premiers recours. En revanche, la grande majorité d'entre eux·elles trouveraient cela pertinent.

Les quelques salarié·es ayant répondu positivement ont évoqué le #MoisSansTabac en tant que projet coordonné. Le #MoisSansTabac étant une campagne de marketing social, peut-on vraiment parler de collaboration avec les professionnel·les de premiers recours ? Dans le cas contraire, il n'existe pour le moment pas de réelle collaboration structurée entre l'ANPAA et ces professionnel·les.

Un projet de collaboration ville-hôpital dans l'accompagnement des fumeur·ses existe en Nouvelle-Aquitaine, il s'agit de PACT-tabac. L'objectif est d'alterner des consultations entre addictologue hospitalier et médecin traitant. Les premiers retours sont plutôt encourageants (58,59).

Il est intéressant d'extrapoler ce système à des structures spécialisées comme l'ANPAA.

Sur ce sujet, M. Dauzan nous décrit que *“les orientations vers les CSAPA depuis les médecins généralistes : plus ça va, plus ça diminue [...] Les liens avec la médecine de ville, c'est compliqué”*.

Une étude souligne d'ailleurs l'intérêt de la création d'une bonne relation entre équipes de structures avancées et départements de soins locaux dans l'accompagnement du tabac chez une population précaire américaine (60).

C'est dans cette optique de faciliter les liens avec la ville que le projet L.A.S.T a vu le jour et est en cours de développement. Cette collaboration avec la ville nécessite l'engagement des médecins. Elle peut également être envisagée pour d'autres acteur·rices de premiers recours à même d'accompagner les fumeur·ses simples. On peut penser aux pharmaciens,

infirmièr·es, sage-femmes, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, service de santé au travail ou de santé scolaire, etc. Ces professionnel·les semblent dans l'ensemble motivé·es et désireux·ses de se former à cet accompagnement (61).

Plus les professionnel·les de premier recours accompagneront les fumeur·ses simples, plus les structures spécialisées, comme l'ANPAA, pourront se focaliser sur les fumeur·ses complexes.

Les salarié·es de l'ANPAA montrent d'ailleurs un intérêt pour cette place privilégiée de centre ressource, en tant que spécialiste en addictologie.

La motivation globale de tout·es ces acteur·rices est vraiment encourageante pour la poursuite du développement de ce projet de collaboration.

5.2.6 Coup de projecteur sur les non-réponses

Nos résultats font ressortir un taux important de non-réponses. Nous souhaitons nous attarder sur cet élément interpellant. Pour plus de lisibilité, nous allons discuter des non-réponses sur les éléments comparables entre J1 et J2 de nos questionnaires (Likert et quizz).

Concernant l'échelle de Likert, le taux de non-réponses est élevé à 16% avant formation. Il diminue globalement après formation (10%). Ce taux de non-réponses est le plus élevé chez les salarié·es administratif·ves que ce soit avant ou après formation. Il n'existe pas de différence notable du taux de non-réponses en fonction du nombre d'années d'expérience et du statut tabagique.

Concernant le quizz, le taux de non-réponses est extrêmement élevé avant formation, à 38%. La diminution après formation est d'autant plus importante, à 7%. A J1, ce taux de non-réponses est particulièrement marqué chez le personnel administratif et les non-fumeur·ses. A J2, le taux de non-réponses s'homogénéise entre les différents groupes.

Il est important de spécifier que ce biais de non-réponses fausse probablement une partie de nos résultats. On peut supposer que les salarié·es qui se sentaient le plus en difficulté ont préféré ne pas répondre.

Comment peut-on expliquer ces données manquantes ?

Premièrement, nous pensons que nos questionnaires étaient trop longs. En effet, il y a plus de 30 items dans chaque questionnaire. Cela implique un temps de réponse supérieur à 5 minutes.

Comme nous l'avons évoqué dans les limites de notre étude, la tournure trop médicale de nos questionnaires est également une hypothèse. Nous rappelons qu'une majorité des participant·es sont du domaine administratif ou social.

On peut donc supposer que certain·es salarié·es n'ont pas répondu car ne savaient pas ou ne se sentaient pas légitimes.

Ces non-réponses ont été un des éléments majeurs dans la décision de réaliser les entretiens. Lorsque l'on évoque les données manquantes pendant les interviews, les salarié·es confirment grandement cette tendance trop médicale. Ils-elles nous confient à plusieurs reprises leur sentiment d'illégitimité à répondre à certaines questions.

Malgré tout, ces données manquantes nous apportent des informations intéressantes sur l'impact de la formation.

Ce fort taux de non-réponses initial nous laisse à penser que les salarié·es étaient en demande de se former au tabac.

La diminution de ce taux à J2 montre que la formation a permis de renforcer leur légitimité à parler du tabac.

Le lissage de données manquantes, sur les connaissances, entre les groupes, révèle une harmonisation globale au sein de la structure.

Tous ces éléments nous confortent dans l'idée que la formation permet de tendre vers une culture commune du tabac.

5.2.7 Conclusion partielle

Cette première partie de discussion permet une réflexion sur l'ensemble de nos résultats. Certains points s'expliquent largement par le contexte de l'étude, sont cohérents avec les données de la littérature et font ressortir une direction plutôt encourageante.

L'ANPAA a pour objectif d'évoluer vers une nouvelle approche de l'addictologie avec une prise en compte, à part entière, du tabac. La formation réalisée fait partie des efforts qui permettent cette mutation. **Elle a permis une évolution favorable des connaissances, des représentations du tabac et une harmonisation de cette culture.**

Néanmoins, nous sommes toujours interpellées par certains résultats inattendus notamment sur l'absence globale de sentiment d'obstacle à accompagner les fumeur·ses. Ceci reste le reflet de résultats d'un questionnaire et peut différer d'une certaine réalité.

Ce questionnement ainsi que d'autres éléments nous ont amenées à dégager des axes de réflexion pour comprendre ces résultats :

- Une formation dédiée à tout·es, une réelle bonne idée ?
- Un questionnaire vraiment pertinent ?
- La réelle place du tabac dans leur quotidien ?

5.3 Une formation dédiée à tout-es, une réelle bonne idée ?

L'idée de réaliser une formation pour tout-es est basée sur le fait que l'ensemble des salarié-es peuvent être à même d'accompagner des fumeur-ses. Les interviewé-es nous confortent dans cette idée qu'ils-elles sont tout-es au contact des fumeur-ses.

Les interrogé-es trouvent pertinent que la formation soit destinée à tout-es : *“d’abord, parce que, tout bêtement, tout le monde entend la même chose [...] ça enfonce la culture commune”* (AS4). Ils-elles appuient sur l'intérêt de la formation pour le personnel administratif qui est facilement mis de côté.

En effet, l'accompagnement des fumeur-ses à proprement dit ne revient pas aux administratif-ves. Cependant, au sein de l'ANPAA, ils-elles peuvent agir en ce sens, à leur niveau et avec leurs compétences. Chaque catégorie de professionnel-les a un rôle dans le tabac, pour accéder à cette culture commune. Les salarié-es interrogé-es ont l'air d'être dans cette dynamique et de vouloir aller dans cette direction.

Globalement, la formation dédié-e à tout-es est une réelle bonne idée. Mais alors, d'où viennent les incohérences ? Est-ce un problème de méthode d'évaluation ?

5.4 Un questionnaire vraiment pertinent ?

La plupart des participant-es interrogé-es expriment avoir peu de souvenirs du questionnaire. Comme nous l'avons évoqué dans notre première partie de discussion, ils-elles confortent notre ressenti concernant l'orientation trop sanitaire du questionnaire et leur sentiment d'illégitimité à y répondre.

Nos questionnaires paraissent donc peu adaptés à certaines catégories de professionnel-les. Ils engendrent des non-réponses qui biaisent nos résultats. Des questionnaires différents pour chaque corps de métiers auraient-ils été intéressants ?

Ce questionnaire a donc des faiblesses mais fait tout de même ressortir des éléments contributifs. Par exemple, on note une ambivalence concernant l'accompagnement des fumeur-ses complexes. Les salarié-es ont un sentiment d'obstacle important à aborder le tabac avec les fumeur-ses présentant des troubles psychiatriques. Pourtant, ils-elles expriment être particulièrement à l'aise à l'accompagnement des co-addictions. Or, il s'agit, dans les deux cas, d'accompagnements considérés comme complexes (41,56).

Cet élément montre, entre autres, qu'il existe des incohérences. Peut-être pouvons-nous les éclairer en se focalisant sur la place du tabac dans leur pratique quotidienne ?

5.5 La réelle place du tabac dans leur quotidien ?

Les salarié·es expriment des évolutions de leurs représentations sur le tabac à la suite de la formation : *“oui ça m'a aidé car je le vois moins comme une banalité”* (AS3) ; *“ça nous fait réfléchir sur notre consommation personnelle”* (AS3).

Ces quelques témoignages ne vont pas dans le sens de nos résultats, où l'évolution des représentations n'est pas ressortie de manière évidente.

Un des éléments qui ressort de nos entretiens est que les interviewé·es parlent spontanément de la poly-consommation, notamment tabac-cannabis. Cela laisse à penser que la prise en compte des co-addictions fait partie intégrante de leur quotidien. Cela pourrait expliquer pourquoi les salarié·es ont exprimé se sentir à l'aise dans cet accompagnement.

Concernant la place du tabac dans leur pratique, elle a tendance à rester une porte d'entrée pour parler d'autres consommations : *“le tabac reste une porte d'entrée abordable par tous avec peu de tabou donc on la privilégie très souvent alors qu'on sait très bien qu'on veut aller ailleurs”* (CP5).

Cette représentation du tabac comme n'étant pas une addiction prioritaire à l'air de rester ancrée chez les salarié·es malgré la formation.

Ces axes de discussion se basent sur une partie de nos résultats et les quelques entretiens parmi tout·es les salarié·es ayant participé à la formation. Sans extrapoler, ils nous permettent de faire ressortir quelques pistes de réflexions et d'ouvertures.

6 - Perspectives

La formation dédiée à tout·es révèle des bénéfices mais il persiste des disparités. Il serait intéressant de réitérer régulièrement ces formations afin d'ancrer de manière solide cette culture commune au sein de la structure.

Cette formation continue permettrait notamment de gommer l'image de "porte d'entrée" et "banale" du tabac en addictologie et d'intégrer la notion de risque contrôlé.

Nous pouvons imaginer que ces formations puissent être communes avec des acteur·rices de premiers recours afin de développer activement une articulation avec la ville. En effet, les salarié·es portent un grand intérêt à cette collaboration, qui reste pour le moment théorique au sein de leur pratique.

Il serait également intéressant d'orienter les formations sur des problématiques particulières comme les poly-consommations et l'accompagnement des fumeur·ses complexes. L'ANPAA, en tant que centre ressource dans une collaboration idéale avec la ville, sera destinée à accompagner principalement ces fumeur·ses.

La formation et notre évaluation portent sur l'ANPAA qui est une structure d'addictologie parmi d'autres. Elle a son propre fonctionnement. Pouvons-nous généraliser à d'autres structures d'addictologie de ce type ? En effet, les structures partagent à la fois un même socle législatif et de missions mais sont aussi indépendantes.

Enfin, dans un souci d'approfondissement des recherches, nous pensons que des évaluations qualitatives à distance des formations seraient plus pertinentes. En effet, ce type de méthodologie serait sûrement plus efficace pour faire ressortir les représentations et obstacles des salarié·es. Des thèses qualitatives sont actuellement en cours, mais évaluent des formations sur ce thème uniquement auprès de professionnel·les de soins primaires.

7- Conclusion

Les résultats de notre étude sont encourageants, montrant l'impact de la formation sur une amorce d'harmonisation des pratiques d'accompagnement du tabac au sein de l'ANPAA NA. Cette harmonisation tend vers cette culture commune de l'accompagnement des usagers de tabac, tant recherchée.

Cette formation dédié-e à tout-es est donc une réussite sur certains aspects. Elle permet une amélioration globale des connaissances des salarié-es et surtout une homogénéisation des pratiques au sein de la structure, notamment sur la notion de réduction des risques en tabacologie.

Malgré tout, cet aspect positif est à pondérer. Il existe peu d'évolution des représentations de l'ensemble des salarié-es sur le tabac à la suite de la formation. Les salarié-es du domaine administratif semblent également nécessiter une poursuite de formation afin d'être à l'aise dans l'accompagnement des fumeur-ses.

Néanmoins, notre travail met en lumière un désir des salarié-es de développer un lien avec la ville. Cet élément est encourageant pour la suite de la collaboration avec les acteur-rices de premier recours.

Somme toute, la diffusion de ce type de formation doit continuer afin de pérenniser cette culture commune du tabac dans les structures d'addictologie.

8- Bibliographie

1. Bourdillon F. Éditorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bull Epidemiol Hebd 2019;(15):270-1.
2. Josseran L. Editorial. Lutte contre le tabac : une prévention à réinventer sans cesse. Bull Epidemiol Hebd 2020;(14):272-3.
3. Gallus S, Ghislandi S, Mutarak R. Effects of the economic crisis on smoking prevalence and number of smokers in the USA. Tob Control 2015;24(1):82-8.
4. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Jaafari N. COVID-19 et modifications du comportement tabagique. Rev Mal Respir 2020;37(8):684-6.
5. Santé Publique France. CoviPrev : un enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19. 2020. [Internet]. Page consultée le 10/04/2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>.
6. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Rapport annuel 2016, [Internet]. Page consultée le 12/04/2020. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>.
7. Ministère de la Santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. [Internet]. Page consultée le 24/01/2021. Disponible sur <https://solidarite-sante.gouv.fr>.
8. Wirth N, Béguinot E, Martinet Y. Tobacco control in France : what's new ? Rev Prat. 2019 Jun;69(6):653-57.
9. Santé Publique France Nouvelle Aquitaine. Bulletin de Santé Publique Tabac Nouvelle-Aquitaine [Internet]. Page consultée le 04/04/2021. Disponible sur : file:///Users/leatouahmia/Downloads/bsp_tabac_nouvelle_aquitaine_f%C3%A9vrier%202021.pdf.
10. Association Addictions France. Plaquette institutionnelle [internet]. Page consultée le 25 Février 2021. Disponible sur <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2020/12/Plaquette-institutionnelle-Association-Addictions-France.pdf>.
11. A.N.P.A.A. Rapport d'activité 2017. Prévenir les risques et réduire les dommages liés aux conduites addictives [internet]. Page consultée le 12 avril 2020. Disponible sur : https://www.anpaa.asso.fr/images/media/TELECHAR-2018/ANPAA-rapport_dactivite_2017-web.pdf.
12. A.N.P.A.A. Rapport d'activité 2018. Prévenir les risques et réduire les dommages liés aux conduites addictives [internet]. Page consultée le 12 avril 2020. Disponible sur :

- https://www.anpaa.asso.fr/images/media/images-2018/Rapport_Activit_ANPPA_2018-df.pdf.
13. A.N.P.A.A. Rapport d'activité 2019. Ensemble, changeons le regard sur les addictions [Internet]. Page consultée le 11/04/2021. Disponible sur https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/03/rapport_activite_2019.pdf.
 14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition – DSM-5, Washington DC : APA;2013.
 15. Collège Universitaire National des Enseignants en Addictologie. Addictologie : Introduction. In: Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P, Cottencin O. Référentiel de psychiatrie et addictologie. 2Eme ed. Tours:Presses universitaires François-Rabelais;2016,388-93.
 16. A.N.P.A.A. Qui sommes-nous ? Notre histoire [internet]. Page consultée le 28 avril 2020. Disponible sur : <https://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/qui-sommes-nous/histoire>.
 17. INCa. Déploiement de l'intervention TABADO pour l'accompagnement à l'arrêt du tabac chez les jeunes en lycées professionnels, centres de formations, des apprentis et maisons familiales rurales – Appels à projets – résultats professionnels.
 18. IREPS. Nouvelle-Aquitaine. Tabado, un projet d'accompagnement à l'arrêt du tabac des jeunes. [internet]. Page consultée le 02/05/2020. Disponible sur : <https://irepsna.org/actions/tabado/>.
 19. ARS. #MoisSansTabac en Nouvelle-Aquitaine, en novembre on arrête ensemble. Communiqué. Gironde. Octobre 2019.
 20. Addictoclic. COREADD Nouvelle-Aquitaine. [internet]. Page consultée le 18/05/2020. Disponible sur : <https://www.addictoclic.com/structure/autre/coreadd-nouvelle-aquitaine>.
 21. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 Septembre 1978 [Internet]. Page consultée le 08/01/2021. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf;jsessionid=E17EE8EBCE41581DD11E5723E0663C58?sequence=1>.
 22. Société Française de Médecine Générale. Fiche n°3 Les soins primaires [Internet]. Page consultée le 08/01/2021. Disponible sur : http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires_s51e8e.pdf.
 23. Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 Juillet 2009.
 24. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Octobre 2014 [Internet]. Consultée le 08/01/2021. Disponible sur : [79](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-</div><div data-bbox=)

01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf.

25. Décret n°2017-884 du 9 Mai 2017 modifiant certaines réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. JORF n°0109 du 10 Mai 2017.
26. Claude G. L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes [Internet]. Consulté le 11/04/2021. Disponible sur <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>.
27. Diagnostic CPOM Nouvelle-Aquitaine. Association Nationale de Prévention en Alcoologie Addictologie Nouvelle Aquitaine.
28. Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJ, et al Training health professionals in smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;5:Cd000214.
29. Humair JP. Arrêt du tabac : Méthodes efficaces et place de la vaporette. Prim Hosp Care Me Int Gen. 2018;18(19):339-42.
30. Cornuz J , Jacot Sadowski I, Humair J-P. Conseil médical aux fumeurs et fumeuses - Document de référence pour les médecins (3e édition). Bern: Vivre Sans Tabac. 2015.
31. Bertrand O. Les représentations des médecins généralistes concernant le cannabis, l'alcool et le tabac. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine; 2014.
32. Rouillon-Montauriol M. Représentations et prise en charge des patients présentant un trouble de l'usage de tabac, d'alcool ou d'opiacés par les internes de médecine générale et les maîtres de stage universitaire. Thèse de médecine, Toulouse: Université de Toulouse III; 2019.
33. Sciolla M. Etude qualitative auprès des médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. Thèse de médecine, Grenoble: Université Joseph Fourier; 2012.
34. Cornuz J, Humair JP, Seematter. L, Soianov R, Van Melle G, Stalder H et al. Efficacy of resident training in smoking cessation : a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. Ann Intern Med. 2002 Mar 19;136(6):429-37.
35. Salah A, Derguin SM. L'entretien de recherche dit "semi-directif" dans les domaines des sciences humaines et sociales. Revue complète des études psychologiques et sciences de l'éducation. 2020;8:30-42.
36. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers 2010;102:23-34.
37. Crevoisier L. Etude 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 médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2019.
38. Jacquot Q, Loizeau C. Etudes des freins et des leviers des professionnels de santé à

- s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du tabac, en Nouvelle-Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux;2021.
39. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005;14(2):106-23.
 40. Talati A, Keyes KM, Hasin DS. Changing relationships between smoking and psychiatric disorders across twentieth century birth cohorts: clinical and research implications. *Molecular Psychiatry* 2016;21:464-471.
 41. Dervaux A, Laqueille X. Tabagisme et comorbidités psychiatriques. *Presse Med* 2016;45:1133-1140.
 42. Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ* 2015;351:h4065.
 43. Glassman AH, Covey LS, Dalak GW, Stetner F, Rivelli SK. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001;357:1929-32.
 44. McDermott MS, Marteau TM, Hollands GJ, Hankins M, Aveyard P. Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: cohort study. *Br J Psychiatry* 2013;202(1):62-7.
 45. West R, Hajek P. What happens to anxiety levels on giving up smoking? *Am J Psychiatry* 1997;23:55-8.
 46. Bouvet C. Tabagisme et psychiatrie. *L'information psychiatrique* 2007;83:41-47.
 47. Rüther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, et al., European Psychiatric Association. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry* 2014;29:65-82.
 48. Aubin HJ, Luquiens A, Bonnet N, Borgne A. De la tabacologie à l'addictologie. *Rev Prat* 2012;62:356-359.
 49. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2018;5:CD000146.
 50. Haute Autorité de Santé. Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients. Juin 2019 [internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients.
 51. Cornuz J, Zellweger JP. Consommation contrôlée de tabac : peut-on la recommander ? *Dépendances* 2007;31:10-3.
 52. Cornuz J, Jacot Sadowski I, Humair JP. Conseil médical aux fumeurs et fumeuses. Document de référence pour les médecins. VIVRE SANS TABAC, Programme national d'arrêt du tabagisme, Berne 2015.
 53. Le Faou AL. Quels patients doit-on adresser à l'hôpital pour la prise en charge de leur

- tabagisme. Rev Prat 2008;58:245-251.
54. Perriot J. Fumeurs invétérés : Les adresser au tabacologue. Concours méd 2007;129:7-8.
 55. Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis use and tobacco use : a systematic review. Addiction. 2012;(107):1404-17.
 56. Perriot J, Eiffer G, Underner M. Consommation de tabac et de cannabis : effets toxiques et prise en charge à l'arrêt. Rev Med Liege. 2021;76(1):31-35.
 57. Perriot J. Sevrage des fumeurs de tabac et de cannabis : quand et comment le pneumologue doit-il « passer la main »? Rev Mal Respir. 2008;(25):1358-60.
 58. Castera P, Lajzerowicz N. AGIR 33 lutte contre le tabac. Journal de l'URPS Médecins Nouvelle-Aquitaine 2020;11:(4-5).
 59. Lajzerowicz N, Fournols M, Castera P. Prise en charge conjointe ville-hôpital de l'arrêt du tabac : une expérience de pédagogie active en addictologie. Le Courrier des addictions 2018;20(4).
 60. Moody-Thomas S, Sparks M, Hamasaka L, Ross-Viles S, Bullock A. The Head start tobacco cessation initiative : Using systems change to support staff identification and intervention for tobacco use in low-income families. J Community Health 2014;(39):646-652.
 61. Dansou A, Pousséo C, Kaniut V, Leloup A, Aubry M, Le Louarn A. L'aide au sevrage tabagique dans les officines françaises. Santé Publique 2015;27(2):167-176.

9- Annexes

Annexe 1 - Questionnaire de J1 :

Questionnaire Formation Tabac ANPAA Nouvelle-Aquitaine - 1ere Journée

Ce questionnaire vous est transmis dans le cadre d'une thèse de médecine générale, il sera traité de manière anonyme et strictement confidentielle, merci de bien vouloir répondre le plus sincèrement possible. Un second questionnaire vous sera proposé lors de la deuxième journée de formation.

Sexe :	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme
Profession :		
Nombre d'années d'exercice en addictologie :	
Département d'exercice :		
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si non :	<input type="checkbox"/> Je vapote	<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais fumé
	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté de fumer	
Avez-vous déjà participé à des formations sur le thème du tabac (hormis cette formation) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, la ou lesquelles ?	

- Au sein de l'ANPAA, vous trouvez que les demandes d'accompagnement pour l'arrêt du tabac tendent à :**
 Diminuer Se stabiliser Augmenter
- L'ANPAA vous paraît-elle une structure adaptée pour parler de tabac ?**
 Non adaptée Peu adaptée Adaptée
- Pourquoi ? (Texte libre)**

- Recevez-vous des fumeurs de tabac/cannabis ayant été adressés par un professionnel de soins de premiers recours (médecin généraliste, sage-femme, IDE etc.) ?**
 Jamais Rarement Parfois Souvent
- Recevez-vous des fumeurs de tabac/cannabis s'adressant à l'ANPAA en premier recours pour arrêter de fumer**
 Jamais Rarement Parfois Souvent
- Ces situations constituent pour vous un obstacle à aborder la question du tabac :**

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
La personne n'est pas venue pour cela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne banalise sa consommation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me sens pas légitime à aborder cette question par rapport à ma consommation personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il s'agit d'une addiction secondaire par rapport aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'est souvent voué à l'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce sujet est difficile avec les patients en obligation de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas le temps lors de mes entretiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entourage de la personne est fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les problèmes sociaux passent avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Quiz :

- Les substituts nicotiques sont tous remboursés Vrai Faux
- Les neuroleptiques diminuent l'effet de la nicotine Vrai Faux
- Il est déconseillé de combiner la varénicline et les substituts nicotiques Vrai Faux
- Les sages-femmes peuvent prescrire des substituts nicotiques au conjoint Vrai Faux
- Le patient peut continuer à fumer sous substituts nicotiques Vrai Faux

Vignette clinique n°1 :

Monsieur R, 59 ans, se rend à sa 1^{ère} consultation en CSAPA pour son problème avec l'alcool. Un professionnel l'accueille. Lors du premier entretien, le tabac est évoqué ainsi que l'ensemble des addictions :

- Fumez-vous Monsieur R ? « *Oui, je fume un paquet par jour depuis mon service militaire.* »
- Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? « *Euh non pas tellement, je ne me sens pas capable pour le moment.* »
- Vous ne vous sentez pas capable... Pouvez-vous m'en parler ? « *Je pense qu'arrêter les deux en même temps est très difficile. J'ai déjà arrêté de fumer pendant 2 ans, mais je n'avais pas un si grand problème avec l'alcool à l'époque...* »

8. Si vous jugez que le patient est tout de même prêt à poursuivre l'entretien sur le sujet, depuis votre position au sein de l'ANPAA, vous trouvez qu'il est pertinent de : (plusieurs réponses possibles) ?

- Donner des informations au patient sur les solutions possibles pour régler l'ensemble de ses addictions
- Vous recentrer sur l'alcool qui est son motif principal de consultation
- Lui dire qu'il faudra s'occuper du tabac dès qu'il sera prêt et que ça fait partie du traitement de sa maladie addictive
- Renforcer son sentiment d'efficacité personnelle en le faisant parler de son arrêt réussi
- Prescrire une substitution nicotinique dans une perspective de réduction contrôlée de la consommation de tabac

9. Aujourd'hui, je me sens à l'aise pour réaliser ce type d'intervention ?

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Vignette clinique n°2 :

Mme G, 39 ans, se rend pour la première fois en CSAPA. Elle accompagne son conjoint, actuellement en obligation de soins dans ce même centre. Elle explique au professionnel qui les accueille qu'elle souhaiterait qu'on l'aide à débiter un sevrage tabagique. Elle précise qu'elle ne boit pas et ne consomme pas d'autres drogues. Elle demande si on peut l'accompagner dans sa démarche.

10. Aujourd'hui, je me sens capable d'apporter une aide à une personne en demande spécifique d'aide à l'arrêt du tabac ?

- Pas du tout
- Habituellement non
- Oui, mais pas toujours
- Oui, le plus souvent

Annexe 2 - Questionnaire J2

Questionnaire Formation Tabac ANPAA Nouvelle-Aquitaine – 2ème journée

Ce questionnaire vous est transmis dans le cadre d'une thèse de médecine générale, il sera traité de manière anonyme et strictement confidentielle, merci de bien vouloir répondre le plus sincèrement possible. Une partie de ce questionnaire est similaire à celui que vous avez reçu lors de la première journée.

Sexe :	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme	
Profession :		
Nombre d'années d'exercice en addictologie :		
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si non :	<input type="checkbox"/> Je vapote	<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais fumé	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté de fumer
Avez-vous participé à la première journée de formation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Reprise de la première journée :

1. Ces situations constituent pour vous un obstacle à aborder la question du tabac :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
La personne n'est pas venue pour cela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne banalise sa consommation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me sens pas légitime à aborder cette question par rapport à ma consommation personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il s'agit d'une addiction secondaire par rapport aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'est souvent voué à l'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce sujet est difficile avec les patients en obligation de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas le temps lors de mes entretiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entourage de la personne est fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les problèmes sociaux passent avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Quiz :

- Les substituts nicotiques sont tous remboursés Vrai Faux
- Les neuroleptiques diminuent l'effet de la nicotine Vrai Faux
- Il est déconseillé de combiner la varénicline et les substituts nicotiques Vrai Faux
- Les sages-femmes peuvent prescrire des substituts nicotiques au conjoint Vrai Faux
- Le patient peut continuer à fumer sous substituts nicotiques Vrai Faux

Les co-addictions :

3. Quelles sont les propositions exactes ? (Plusieurs réponses possibles)

- Le cannabis est la première co-dépendance associée au tabac
- Chez le patient alcoolique, plus de la moitié des décès sont liés au tabac
- Le syndrome de sevrage au cannabis dispose d'un traitement spécifique
- L'alcool renforce la dépendance au tabac

4. Aujourd'hui, je me sens à l'aise dans l'accompagnement d'une personne présentant des co-dépendances au tabac :

- Pas du tout
- Habituellement non
- Oui, mais pas toujours
- Oui, le plus souvent

5. Cette formation m'a apporté une aide dans l'accompagnement des co-dépendances au tabac :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord.
- Tout à fait d'accord

Collaboration avec la ville :

6. Participez-vous actuellement à un projet structuré de coordination avec les professionnels de premier recours, pour les patients présentant une addiction au tabac ?

- Oui
- Non

7. Si oui, lequel ?.....

8. Une coordination organisée entre les professionnels de santé de premier recours et les centres ressources, comme proposé dans les projets L.A.S.T et P.A.C.T tabac, est pertinente

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord.
- Tout à fait d'accord

9. Avez-vous une ou plusieurs idées pour améliorer l'organisation proposée (texte libre) ?

.....
.....

Satisfaction de la formation :

10. Ces deux journées de formation ont elles répondu à vos attentes ?

- Pas du tout
- En partie
- Pour l'essentiel
- Totalemt

11. Suite à ces deux journées et aux informations qui vous ont été transmises, pensez-vous pouvoir mieux accompagner les fumeurs pour leur addiction au tabac ?

- Pas du tout.
- Peut-être
- Oui, dans certains cas
- Oui, le plus souvent

12. D'après vous, comment pourrions-nous améliorer la formation ? (Texte libre)

.....
.....

Annexe 3 - Déclaration CNIL



Référence CNIL :

2219360 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 20 septembre 2020

Madame Léa TOUAHMIA
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
RUE LÉO SAIGNAT
33000 BORDEAUX

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	UNIVERSITÉ DE BORDEAUX	N° SIREN/SIRET :	130018351 00010
Service :	DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE	Code NAF ou APE :	8542Z
Adresse :	RUE LÉO SAIGNAT	Tél. :	0557571010
CP :	33000	Fax. :	
Ville :	BORDEAUX		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 21 septembre 2020

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Annexe 4 - Mail envoyé aux salarié-es de l'ANPAA pour recherche de volontaires pour interviews

Bonjour à tout-es,

Nous sommes Romane MILLE et Léa TOUAHMIA.

Nous sommes médecins généralistes et préparons actuellement notre thèse sous la direction de Pr Philippe CASTERA.

Notre travail porte sur « *L'évolution des représentations et pratiques déclarées des salarié-es de l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine suite à la formation sur le thème du tabac* ».

Nous vous avons demandé de répondre à un questionnaire en début de première journée de formation et à un second questionnaire en fin de deuxième journée.

Nous avons d'ailleurs pu rencontrer certain-es d'entre vous lors de ces journées.

Nous avons analysé les réponses à ces questionnaires et des points intéressants ressortent de nos résultats.

Nous avons remarqué des disparités de réponses en fonction de vos professions respectives et du territoire où vous exercez.

C'est suite à cela que nous revenons vers vous aujourd'hui.

Nous souhaiterions pouvoir interviewer certain-es d'entre vous afin d'étayer la réflexion suite à cette formation et sa pertinence pour chacun-e d'entre vous.

Il s'agirait d'entretiens ANONYMES, d'une durée de **5 A 10 MINUTES**, que nous pouvons réaliser par **TELEPHONE ou ZOOM** en fonction de vos préférences.

Il est nécessaire que nous puissions enregistrer ces interviews pour les exploiter ensuite dans notre thèse.

Nous souhaiterions interviewer, si possible :

- 2 secrétaires
- 1 à 2 assistant-es sociales
- 1 à 2 animateur-rices de prévention
- 1 à 2 éducateur-rices

Les volontaires doivent avoir participé aux deux journées de formations.

Merci de nous dire si vous êtes volontaire pour répondre à nos quelques questions afin que nous trouvions dès que possible un moment pour organiser l'entretien.

Vous pouvez nous répondre par mail, ou nous contacter par téléphone si vous avez des questions sur notre démarche.

Votre participation nous aidera grandement dans notre travail.

Nous vous remercions par avance de l'intérêt que vous porterez à notre demande.

Cordialement

Romane MILLE et Léa TOUAHMIA

Annexe 5 - Guide d'entretien semi-dirigé ciblé

L'analyse des réponses aux questionnaires distribués lors des deux journées de formation sur le thème du tabac souligne plusieurs interrogations. Nous trouvons intéressant d'interviewer directement les concernés via ces petits entretiens.

1. La particularité de cette formation était qu'elle était dédiée à TOUS les salariés de l'ANPAA. Trouvez-vous pertinent que cette formation sur le tabac soit générale pour toutes les professions ?
2. A quelques mois de la formation maintenant, trouvez-vous qu'elle vous a aidé dans votre pratique professionnelle ?

Dans notre analyse des résultats, nous retrouvons de nombreuses non-réponses aux questions, notamment chez les personnes « intervenants dans le social / administratif »

3. Est-ce que vous vous êtes retrouvés en difficulté pour répondre au questionnaire de la première journée ? de la deuxième journée ?
(Trouvez-vous que le questionnaire était adapté à votre profession ?)
4. En tant qu'assistant social/secrétaire, recevez-vous des fumeurs de tabac qui s'adressent à vous en premier recours ?

Annexe 6 - Tableaux récapitulatifs des formations selon les sites

Tableau a - Récapitulatif des formations J1 selon les sites (n=126)

Groupe	Ville	Date	Nombre de questionnaires	Nombre de participants
N°1	Groupe test	14/11/2019	12	13
N°2	Mont-de-Marsan	19/11/2019	6	7
N°3	Angoulême	25/11/2019	18	18
N°4	Pau	04/12/2019	13	13
N°5	Brive	16/12/2019	9	11
N°6	Limoges	07/01/2020	12	13
N°7	Périgueux	23/01/2020	18	18
N°8	Agen	19/02/2020	9	9
N°9	Anglet	05/11/2020	8	18
N°10	Bordeaux 2	23/11/2020	6	6
TOTAL =			99	113

Formations réalisées en visioconférence

Tableau b - Récapitulatif des formations J2 selon les sites (n=113)

Groupe	Ville	Date	Nombre de questionnaires	Nombre de participants
N°1	Groupe test	15/01/2020	11	11
N°2	Mont-de-Marsan	11/02/2020	8	8
N°3	Angoulême	30/01/2020	18	19
N°4	Pau	12/02/2020	10	12
N°5	Brive	19/10/2020	9	9
N°6	Limoges	29/09/2020	6	8
N°7	Périgueux	15/10/2020	14	14
N°8	Agen	18/06/2020	6	6
N°9	Anglet	26/11/2020	5	19
N°10	Bordeaux 2	30/11/2020	4	7
TOTAL =			80	102

Formations réalisées en visioconférence

Annexe 7 - Caractéristiques sociodémographiques des participant-es à J1
(n=99)

Caractéristiques			
Sexe, % (n)	Féminin	84,9 (84)	
	Masculin	15,1 (15)	
Profession, % (n)	médecin	9,1 (9)	
	thérapeute	1,0 (1)	
	psy	14,1 (14)	
	infirmier	16,2 (16)	
	éducateurs	8,1 (8)	
	animateur de prévention	17,2 (17)	
	as	12,1 (12)	
	CESF	2,0 (2)	
	comptable	1,0 (1)	
	secrétaire	18,2 (18)	
	non renseignée	1,0 (1)	
	Nombre d'années d'exercice en addictologie*,	Moyenne (écart-type)	11,7 (9,4)
		Médiane (<u>quartile1 - quartile3</u>)	10 (3 - 19)
Min - Max		0 - 40	
Département d'exercice, % (n)	Charente	16,2 (16)	
	Corrèze	6,1 (6)	
	Creuse	4,0 (4)	
	Dordogne	16,2 (16)	
	Gironde	6,1 (6)	
	Landes	6,1 (6)	
	Lot et Garonne	9,1 (9)	
	Pyrénées Atlantiques	21,2 (21)	
	Deux-Sèvres	1,0 (1)	
	Vienne	1,0 (1)	
	Haute Vienne	8,1 (8)	
	non renseigné	5,1 (5)	
	Tabagisme, % (n)	Fumeur actuel	23,2 (23)
Vapoteur		7,1 (7)	
Ex-fumeur		32,3 (32)	
Non fumeur		36,4 (36)	
Non renseigné		1,0 (1)	

Annexe 8 - Caractéristiques sociodémographiques des participant-es à J2
(n=80)

Caractéristiques		Ensemble des salariés ayant participé à J2 (n=80)	Salariés ayant participé à J1+J2 (n=71)
Sexe, % (n)	Féminin	86,3 (69)	87,3 (62)
	Masculin	13,8 (11)	12,7 (9)
Profession, % (n)	médecin	8,7 (7)	8,5 (6)
	thérapeute	1,2 (1)	1,4 (1)
	psy	15,0 (12)	12,7 (9)
	infirmier	17,5 (14)	18,3 (13)
	éducateurs	6,3 (5)	7,0 (5)
	animateur de prévention	16,3 (13)	18,3 (13)
	as	11,3 (9)	11,3 (8)
	CESF	2,5 (2)	2,8 (2)
	comptable	0 (0)	0 (0)
	secrétaire	16,3 (13)	18,3 (13)
	Chef de service	2,5 (2)	0 (0)
	Directrice	1,2 (1)	0 (0)
	non renseignée	1,2 (1)	1,4 (1)
Nombre d'années d'exercice en addictologie,	Moyenne (écart-type)	10,5 (9,1)	11,1 (9,3)
	Médiane (<u>quartile1</u> - <u>quartile3</u>)	9 (2 - 18)	10 (3 - 18)
	Min - Max	0 - 34	0 - 34
	Non renseigné	3	2
Tabagisme, % (n)	Fumeur actuel	27,5 (22)	28,2 (20)
	Vapoteur	3,7 (3)	2,8 (2)
	Ex-fumeur	41,2 (33)	39,4 (28)
	Non fumeur	27,5 (22)	29,6 (21)

n : nombre de réponses.

Annexe 9 - Comparaison des réponses aux questions sur les situations constituant un obstacle à aborder la question du tabac, entre avant et après la formation (avant n=99, après n=71)

		Pas du tout d'accord % (n)	Pas d'accord % (n)	Plutôt d'accord % (n)	Tout à fait d'accord % (n)	N tota l	P* (test de Wilcoxon)
1. La personne n'est pas venue pour cela	avant	45,9 (39)	35,3 (30)	17,6 (15)	1,2 (1)	152	
	après	43,3 (29)	41,8 (28)	14,9 (10)	0 (0)		NS
2. La personne banalise sa consommation	avant	26,7 (23)	36,0 (31)	34,9 (30)	2,3 (2)	152	
	après	30,3 (20)	43,9 (29)	22,7 (15)	3,0 (2)		NS
3. Je ne me sens pas légitime à aborder cette question par rapport à ma consommation personnelle	avant	74,7 (62)	20,5 (17)	2,4 (2)	2,4 (2)	148	
	après	56,9 (37)	29,2(19)	13,8 (9)	0 (0)		0,018
4. Je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes	avant	15,3 (13)	51,8 (44)	24,7 (21)	8,2 (7)	152	
	après	25,4 (17)	47,8 (32)	26,9 (18)	0 (0)		0,106
5. Il s'agit d'une addiction secondaire par rapport aux autres	avant	54,7 (47)	34,9 (30)	10,5 (9)	0 (0)	152	
	après	59,1 (39)	33,3 (22)	7,6 (5)	0 (0)		NS
6. C'est souvent voué à l'échec	avant	61,6 (53)	36,0 (31)	2,3 (2)	0 (0)	152	
	après	51,5 (34)	48,5 (32)	0 (0)	0 (0)		NS
7. Ce sujet est difficile avec les patients en obligation de soins	avant	28,9 (24)	47,0 (39)	22,9 (19)	1,2 (1)	149	
	après	31,8 (21)	45,5 (30)	22,7 (15)	0 (0)		NS
8. Je n'ai pas le temps lors de mes entretiens	avant	35,1 (26)	55,4 (41)	9,5 (7)	0 (0)	134	
	après	35,0 (21)	55,0 (33)	10,0 (6)	0 (0)		NS
9. L'entourage de la personne est fumeur	avant	32,5 (27)	51,8 (43)	14,5 (12)	1,2 (1)	148	
	après	38,5 (25)	43,1 (28)	16,9 (11)	1,5 (1)		NS
10. La personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques	avant	12,5 (10)	51,2 (41)	28,7 (23)	7,5 (6)	145	
	après	38,5 (25)	43,1(28)	16,9 (11)	1,5 (1)		<10 ⁻³
11. Les problèmes sociaux passent avant	avant	25,3 (21)	44,6 (37)	27,7 (23)	2,4 (2)	149	
	après	24,2 (16)	40,9 (27)	31,8 (21)	3,0 (2)		NS

p*: valeur p du test de rang de Wilcoxon comparant les distributions de l'échelle Likert avant/après

NS: non significatif (p>0,10)

Annexe 10 - Taux de non-réponses aux questions sur les situations constituant un obstacle à aborder la question du tabac, suivant le groupe de profession (avant n=98, après n=70)

	AVANT	p	APRES	p
	% (n)		% (n)	
1. La personne n'est pas venue pour cela				
Administratif	31,6 (6)		23,1 (3)	
Social	12,8 (5)		3,6 (1)	
Soin	5,0 (2)	0,028	0 (0)	0,010
2. La personne banalise sa consommation				
Administratif	31,6 (6)		30,8 (4)	
Social	7,7 (3)		3,6 (1)	
Soin	7,5 (3)	0,032	0 (0)	0,002
3. Je ne me sens pas légitime à aborder cette question par rapport à ma consommation personnelle				
Administratif	42,1 (8)		30,8 (4)	
Social	12,8 (5)		7,1 (2)	
Soin	5,0 (2)	0,001	0 (0)	0,003
4. Je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes				
Administratif	36,8 (7)		15,4 (2)	
Social	10,3 (4)		7,1 (2)	
Soin	5,0 (2)	0,004	0 (0)	0,099
5. Il s'agit d'une addiction secondaire par rapport aux autres				
Administratif	42,1 (8)		23,1 (3)	
Social	10,3 (4)		7,1 (2)	
Soin	2,5 (1)	<10⁻³	0 (0)	0,021
6. C'est souvent voué à l'échec				
Administratif	42,1 (8)		15,4 (2)	
Social	10,3 (4)		10,7 (3)	
Soin	2,5 (1)	<10⁻³	0 (0)	0,080
7. Ce sujet est difficile avec les patients en obligation de soins				
Administratif	36,8 (7)		23,1 (3)	
Social	15,4 (6)		3,6 (1)	
Soin	7,5 (3)	0,020	3,4 (1)	0,059
8. Je n'ai pas le temps lors de mes entretiens				
Administratif	68,4 (13)		53,8 (7)	
Social	23,1 (9)		14,3 (4)	
Soin	5,0 (2)	<10⁻³	0 (0)	<10⁻³
9. L'entourage de la personne est fumeur				
Administratif	52,6 (10)		23,1 (3)	
Social	10,3 (4)		10,7 (3)	
Soin	2,5 (1)	<10⁻³	0 (0)	0,023
10. La personne est dépressive ou a d'autres troubles psychiatriques				
Administratif	47,4 (9)		30,8 (4)	
Social	23,1 (9)		7,1 (2)	
Soin	2,5 (1)	<10⁻³	0 (0)	0,003
11. Les problèmes sociaux passent avant				
Administratif	42,1 (8)		23,1 (3)	
Social	15,4 (6)		7,1 (2)	
Soin	5,0 (2)	0,002	0 (0)	0,021

p : p du test de comparaison entre les taux de non-réponses

||: test exact de Fisher

Annexe 11 - Réponses à la question ouverte de satisfaction “Améliorations à apporter à la formation” selon le groupe des participant-es

Groupe	Ville	Réponses à la question ouverte « Améliorations à apporter à la formation »
N°2	Mont De Marsan	- Mise en situation
N°3	Angoulême	- Jeux de rôle
		- Tout à fait satisfaisant, dans le fond comme sur la forme
		- Outils concrets, conseils pour sensibiliser à la prévention. Formation trop tournée vers le soir et peu vers la prévention
		- Formation déjà très complète
N°4	Pau	- Partages de pratique
		- Peut être des vignettes clinique
N°5	Brive	- Rien c'était parfait
N°7	Périgueux	- 3 jours
		- RAS
		- Réitérer ce type d'échange et d'actualisation de connaissances régulièrement
		- Moins de temps entre les deux jours de formation
N°8	Agen	- En mettant le chauffage
		- Locaux d'accueil
N°9	Anglet	- Vignettes cliniques et mise en situation
		- Axer davantage sur la pratique en entretien, outils TCC par exemple
N°10	Bordeaux	- Plus de détails sur le vapotage
		- En présentiel
		- Plus d'interactions

10- Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

11- Résumé

Titre : Évaluation de l'évolution des représentations et des connaissances des salarié-es de l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine à la suite d'une formation sur le thème du tabac.

Introduction : Le tabagisme reste un enjeu majeur de santé publique. Seul-es 5% des fumeur-ses parviennent à arrêter sans aide. Il est décrit que l'accompagnement par un-e professionnel-le spécifiquement formé-e augmente les chances d'arrêt. C'est pourquoi l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine a décidé de former l'ensemble de ses salarié-es sur ce thème. Cette formation a été réalisée par la COREADD et est organisée sur deux journées.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective de type comparaison "avant-après" une formation au sein des salarié-es de l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine. L'étude a été réalisée grâce à deux questionnaires non nominatifs qui ont été distribués respectivement en début de première journée puis en fin de seconde journée. L'objectif principal était d'identifier l'évolution des représentations et des connaissances des salarié-es de l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine à la suite d'une formation sur la prise en compte du tabac en secteur spécialisé addictologique.

Résultats : Les populations des deux journées sont statistiquement comparables. Avant formation, les sentiments d'obstacles à aborder le tabac étaient peu présents chez les salarié-es. Le sentiment de manque de connaissance s'est estompé après formation ($p=0,023$). Il existe une amélioration significative des connaissances sur le tabac suite à la formation ($p<10^{-3}$).

Conclusion : La formation dédiée à tout-es montre peu d'évolution des représentations sur le tabac mais améliore significativement les connaissances des salarié-es sur ce thème. Il serait intéressant de réaliser d'autres études sur des formations futures permettant d'ancrer une culture commune du tabac au sein de la structure.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : Arrêt de tabac / Tabac / Addictologie / Formation en interne

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

Abstract

Title: Assessment of ANPAA Nouvelle Aquitaine employees' knowledge and representations following a training on the theme of tobacco.

Introduction: Smoking remains a major public health issue. Only 5% of smokers succeed in quitting smoking without help. It has been proven that support from specifically trained professionals increases the chances of quitting. The ANPAA Nouvelle-Aquitaine therefore decided to train all employees on this subject. The training has been carried out by the COREADD and organized on two days.

Method : This is a prospective observational study comparing a « before-after » training among ANPAA Nouvelle-Aquitaine employees. The study was conducted using two non-nominal questionnaires that were distributed at the beginning of the first day and at the end of the second day respectively. The main goal was to identify the evolution of ANPAA Nouvelle-Aquitaine employees' representations and knowledge following a training on the management of tobacco in the specialized addictology sector

Results : The populations of the two days are statistically comparable. Before the training, there were few feelings of barriers to talk about tobacco among employees. The feeling of lack of knowledge faded after training ($p=0.023$). There was a significant improvement in knowledge about tobacco following the training ($p<10^{-3}$).

Conclusion : The training dedicated to all shows little change in the representations of tobacco but significantly improves employees' knowledge on this topic. It would be interesting to conduct further studies on future training to build a common tobacco culture within the organization.

Discipline : General Medicine

Tags : Quit-smoking / Tobacco / Addictology / Inservice training

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