



HAL
open science

Évaluation du parcours coordonné pour l'aide à l'arrêt du tabac en Gironde : étude rétrospective des prises en charge sur trois années

Juliette Ménard

► **To cite this version:**

Juliette Ménard. Évaluation du parcours coordonné pour l'aide à l'arrêt du tabac en Gironde : étude rétrospective des prises en charge sur trois années. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03371916

HAL Id: dumas-03371916

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03371916>

Submitted on 9 Oct 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.

Année 2021

Thèse n°94

**THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

Juliette MÉNARD

Née le 14 juin 1991 à LAON (02)

Le 6 septembre 2021

**ÉVALUATION DU PARCOURS COORDONNÉ
POUR L'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC EN GIRONDE.
ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DES PRISES EN CHARGE SUR TROIS ANNÉES.**

Sous la direction de Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Patrick MERCIE	Président du jury
Monsieur le Professeur Yves MONTARIOL	Juge et Rapporteur
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Juge
Monsieur le Docteur Philippe DOMBLIDES	Juge

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Patrick MERCIE, président de ce jury

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Yves MONTARIOL

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, du temps que vous avez accordé à mon travail et de vos précieux conseils.

Vous m'avez guidé également avec bienveillance tout au long de l'internat lors des cours dispensés en CPL à Bordeaux.

Vous avez toute ma reconnaissance et mon profond respect.

À Monsieur le Professeur François PETREGNE

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie.

Veuillez accepter la marque de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Philippe DOMBLIDES

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veuillez trouver l'expression de mes remerciements les plus sincères et mon profond respect.

À ma directrice de thèse, le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Merci de tout cœur pour ta disponibilité, ton implication, ta bienveillance tout au long de cette thèse. Tu as su faire preuve de patience et d'écoute, tu m'as encouragée et rassurée, et je ne saurais trop te remercier pour la confiance que tu m'as accordée pour la réalisation de ce travail.

Tu as toute ma gratitude et mon plus profond respect.

À mes proches :

À Cédric.

Merci pour ton soutien sans faille quotidien, l'amour et la confiance que tu me donnes. Tu as toujours été là pour moi, pour me soutenir, même dans les moments les plus difficiles que je n'aurais jamais réussi à traverser sans toi. Tout au long de la rédaction de ma thèse tu as été d'un soutien infailible, tu as su me remonter le moral quand il fallait, et m'aider à me concentrer quand c'était nécessaire. Quand tu es avec moi toutes les inquiétudes ou les doutes disparaissent. Tu me rends tellement heureuse. Je t'aime.

À mes parents.

Merci de m'avoir élevé en m'inculquant des valeurs comme l'empathie, la générosité, l'honnêteté, le courage, l'importance à accorder aux choses qui comptent et le recul nécessaire quant à celles qui ne devraient pas compter. Je me suis toujours sentie soutenue et valorisée par vous. J'espère faire votre fierté autant que moi je suis fière d'être votre fille.

À mon « petit » frère.

Paul je suis tellement fière de toi et de l'homme que tu es devenu. Qu'est-ce qu'on en a fait voir aux parents quand on était petits ! qu'est-ce qu'on a pu rire tous les deux (je ne compte plus les fous rires ou les situations improbables qu'on a pu vivre !). Tu me manques et c'est trop peu de te voir seulement pendant les vacances. Je t'aime.

À mes grands-parents Ménard.

Merci de la vague d'amour dont vous avez toujours fait preuve envers moi. J'aime plus que tout les moments passés chez vous pendant les vacances, à me lever le matin avec l'odeur du café dans la cuisine, les pieds au chaud sur la moquette, et le gros câlin du matin pour dire bonjour. Les vacances chez vous ont une saveur particulière, celle des rires quand on est tous à table à plaisanter en mangeant les délicieux plats que vous nous concoctez, celle de la famille réunie et heureuse.

À mes grands-parents Poujaud.

Je vous aime. J'aime le sourire pudique de mamie quand on lui fait des compliments alors qu'ils sont tellement mille fois mérités, j'aime les yeux fiers de papi à chaque fois que je parle de mon parcours de médecin. Vous êtes l'incarnation de la générosité et de la bonté. J'aimerais vous avoir près de moi beaucoup plus souvent car chaque moment passé avec vous est toujours trop court.

À Mémé.

Même si tu n'es plus là aujourd'hui je garderais toujours en mémoire la femme formidable et indépendante que je voyais en toi. Je sais que tu serais très fière de moi aujourd'hui.

À mes amis de Marseille et de l'externat. J'ai passé les meilleures années de ma vie auprès de vous.

À mes co-internes avec qui j'ai partagé cette aventure qu'est l'internat.

Aux médecins qui m'ont encadrée, avec bienveillance, tout au long de mon cursus. J'ai bien sûr énormément assimilé de connaissance pratique et théorique de la médecine. Mais j'ai aussi pu apprendre la gestion du don de soi, l'implication dans le travail, les relations médecin – patient et avec l'entourage, et toute la beauté de notre métier.

À tout le personnel non-médical que j'ai côtoyé toutes ces années : vous m'avez tant appris.

Merci.

SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
LISTE DES ANNEXES	7
I- INTRODUCTION	8
II- CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	10
II- 1. PRÉVALENCE DU TABAGISME EN FRANCE	10
II- 2. LES MESURES NATIONALES DE LUTTE CONTRE LE TABAC.....	11
<i>II- 2. a. La position des instances de Santé.....</i>	<i>11</i>
<i>II- 2. b. Les Plans Nationaux contre le tabagisme</i>	<i>11</i>
II- 3. L'OFFRE DE SOIN EN ADDICTOLOGIE ET TABACOLOGIE	12
<i>II- 3. a. Les consultations spécialisées</i>	<i>12</i>
<i>II- 3. b. La formation des spécialistes</i>	<i>13</i>
II- 4. LES BASES D'UNE IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	14
<i>II- 4. a. Le projet européen PESCE</i>	<i>14</i>
<i>II- 4. b. Les compétences du médecin généraliste</i>	<i>15</i>
II- 5. LA FORMATION EN TABACOLOGIE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	16
<i>II- 5. a. La formation médicale initiale</i>	<i>16</i>
<i>II- 5. b. La formation médicale continue.....</i>	<i>17</i>
<i>II- 5. c. Perception par les généralistes de leur formation.</i>	<i>18</i>
II- 6. UNE EXPÉRIENCE DE FORMATION ACTIVE DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS	19
<i>II- 6. a. La mise en œuvre initiale en Gironde.....</i>	<i>19</i>
<i>II- 6. b. Une première évaluation en 2018</i>	<i>20</i>
<i>II- 6. c. Une tentative de diffusion en région</i>	<i>21</i>
II- 7. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	22
III- MATÉRIEL ET MÉTHODES	23
III- 1. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF	23
III- 2. POPULATION ÉTUDIÉE	24
III- 3. CRITÈRES DE JUGEMENT	25
III- 4. RECUEIL DES DONNÉES.....	25
III- 5. ANALYSE DES DONNÉES	28
III- 6. MESURES ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES	29
IV-RÉSULTATS	30
IV- 1. ORGANISATION DE LA BASE DE DONNÉES	30
<i>IV- 1. a. Les patients non inclus.....</i>	<i>30</i>
<i>IV- 1. b. Les patients inclus.....</i>	<i>32</i>
<i>IV- 1. c. Les pertes de données.....</i>	<i>33</i>
IV- 2. ANALYSE DES PATIENTS INCLUS SUR TROIS ANS	34

IV- 2. a. Données générales	34
IV- 2. b. Efficacité de la prise en charge	35
IV- 3. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE LIÉE À LA COVID	36
IV- 3. a. Impact sur le recueil de données dans les dossiers.....	36
IV- 3. b. Impact sur le sevrage tabagique	37
IV- 4. EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE AVANT L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE	39
IV- 4. a. Abstinence tabagique étudiée « per protocole »	39
IV- 4. b. Abstinence tabagique étudiée en « intention de traiter »	41
IV- 4. c. Analyses complémentaires.....	42
IV- 5. ANALYSE DES LIVRETS PARTAGÉS AVANT L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE.....	43
IV- 5. a. Les consultations effectuées	43
IV- 5. b. La qualité des observations des médecins généralistes	46
IV- 5. c. Intérêt du livret partagé.....	48
V- DISCUSSION	50
V- 1. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	50
V- 1. a. Efficacité du dispositif pour l'arrêt du tabac	50
V- 1. b. L'impact des mesures sanitaires liées au COVID.....	51
V- 1. c. L'implication concrète du médecin généraliste	52
V- 1. d. Le lien entre l'addictologue et la médecine ambulatoire	54
V- 2. FORCES DE L'ÉTUDE	56
V- 3. LIMITES DE L'ÉTUDE	57
V- 4. PERSPECTIVES	59
VI- CONCLUSION	61
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
ANNEXES.....	68
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	76
RÉSUMÉ.....	77

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1. Évolution de la prévalence du tabagisme selon le sexe parmi les 18-75 ans. Baromètre de Santé Publique France, mars 2021.

Figure 2. Structures d'addictologie/tabacologie en Gironde selon le site addictoclic

Figure 3. La marguerite des compétences du médecin généraliste. Revue Exercer 2013

Figure 4. Modélisation du parcours partagé de l'Hôpital du Bouscat

Figure 5. Motifs de non-inclusion dans le parcours partagé

Figure 6. Répartition des dossiers perdus et des perdus de vue

Figure 7. Diagramme de flux des 103 patients non impactés par la crise. Analyse per protocole

Figure 8. Diagramme de flux des 91 dossiers analysés pour le suivi des consultations

Tableau 1. Mode de recueil de données des patients inclus

Tableau 2. Nombre de patients en suivi exclusif par année

Tableau 3. Nombre de patients inclus par année

Tableau 4. Exemples de motifs de non-inclusion dans le dispositif

Tableau 5. Distance parcourue par les patients

Tableau 6. Sevrage des patients pour la totalité de la population étudiée

Tableau 6 bis. Durée d'abstinence tabagique pour ces patients

Tableau 7. Répartition des patients selon l'impact potentiel de la crise sur l'étude des dossiers

Tableau 8. Répartition des patients selon l'impact potentiel de la crise sur leur sevrage

Tableau 9. Sevrage des patients impactés par la crise sanitaire ayant engagé le dispositif partagé

Tableau 10. Sevrage des patients non impactés, ayant expérimenté le dispositif partagé. Analyse per protocole

Tableau 10 bis. Durées d'abstinence pour ces patients. Analyse per protocole.

Tableau 11. Abstinence tabagique de la population impactée ou non par la crise sanitaire. Analyse per protocole

Tableau 12. Sevrage des patients non impactés, ayant expérimenté le dispositif partagé. Analyse en intention de traiter

Tableau 12 bis. Durées d'abstinence pour ces patients. Analyse en intention de traiter

Tableau 13. Abstinence tabagique de la population impactée ou non par la crise sanitaire. Analyse en intention de traiter

Tableau 14. Répartition du nombre de consultations réalisées par les patients

Tableau 15. Durée d'abstinence en fonction du nombre total de consultations réalisées

Tableau 16. Durée d'abstinence, en fonction du nombre de consultations réalisées avec le généraliste.

Tableau 17. Obtention de l'abstinence tabagique (maintien \geq 6 mois) en fonction du nombre moyen de consultations réalisées

Tableau 18. Niveau de traçabilité des consultations de médecine générale

Tableau 19. Niveau de traçabilité des consultations de médecine générale en fonction des années

Tableau 20. Traçabilité des consultations de médecine générale selon l'adressage ou non du patient à la consultation spécialisée

LISTE DES ABRÉVIATIONS

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire
HAS : Haute Autorité de Santé
PNRT : Plan National de Réduction du Tabagisme
PNLT : Plan National de Lutte contre le Tabagisme
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
ELSA : Équipe de Soins et Liaison en Addictologie
CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
AAF : Association Addictions France
CNDCA : Comité National de Défense contre l'Alcoolisme
ANPA : Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
COREADD : Coordination Régionale Addictions
DESC : Diplôme d'Étude Spécialisé Complémentaire
DIU : Diplôme Inter Universitaire
PESCE : (General) Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe
CNGE : Conseil National des Généralistes Enseignants,
WONCA : Organisation Mondiale des Médecins Généralistes,
MILDECA : Mission Inter-ministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
DFASM1 : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
GEAP : Groupes d'Études et d'Analyse des Pratiques
DPC : Développement Professionnel Continu
UMFCS : Unité Mixte de Formation Continue en Santé
ReAGJIR : Regroupement autonome des Jeunes Médecins Installés et Remplaçants
MOOC : Massive Open Online Course
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
TAC : Taux d'Abstinence Tabagique Continue
MSMA : Micro-Structures Médicales Addiction
CO : Monoxyde de Carbone
PRADO : Programme au Retour À Domicile
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : fiche de cadrage n°41 de l'agence nationale du développement professionnel continu (aout 2019)

Annexe 2 : courrier et synoptique adressés au médecin traitant pour un patient inclus traité par substitut nicotinique

Annexe 2 bis : courrier et synoptique adressés au médecin traitant pour un patient inclus traité par varénicline

Annexe 3 : fiche de cadrage n°23 de l'Agence Nationale du DPC (2019)

I- INTRODUCTION

Selon le Bulletin Épidémiologique de Santé Publique en 2019, le tabac est responsable de plus de 75 000 morts par an en France (1). La proportion de décès chez les femmes a été multipliée par 2,5 entre 2000 et 2015.

Il est impliqué de façon directe ou indirecte dans la majorité des motifs de consultation de médecine générale (2) : que ce soit les pathologies cardiaques et vasculaires, respiratoires ou cancéreuses, dont la relation avec le tabac est connue de tous, mais également dans la maladie d'Alzheimer, les troubles de la fertilité et les complications de la grossesse, les troubles psychiatriques, les maladies auto-immunes, les pathologies ostéo-articulaires (ostéoporose ..), les complications du diabète, l'insuffisance rénale, les pathologies oculaires comme la cataracte ou la dégénérescence maculaire sénile, l'état buccodentaire, les affections digestives comme les ulcères gastroduodénaux, les infections diverses, les complications post opératoires...

Il interagit avec de nombreux médicaments (3), pouvant créer une baisse d'efficacité (anticoagulants, chimiothérapies, insuline...) et/ou des complications (contraception et thromboses veineuses...). Il entraîne également une diminution des capacités physiques et sportives.

Le tabagisme coûte cher à l'état : son coût social est estimé à près de 120 milliards d'euros en 2010. Ce chiffre est issu du Rapport Kopp publié en 2015 (4) à la demande de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies). Il est calculé selon les recommandations du Rapport Quinet de 2013 (5) en additionnant le coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) et le coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur le tabac). Les données sont objectives et s'appuient sur la littérature scientifique.

La réduction du tabagisme est donc un enjeu primordial de santé publique.

En 2019, A. Bonnay-Hamon et P. Brousse (thèse de médecine, Bordeaux) (6) ont interrogé un échantillon de fumeurs sur leur avis concernant les clés pour un sevrage réussi. Selon eux l'accompagnement par un professionnel de santé est primordial, celui-ci étant le médecin généraliste pour la majorité des personnes interrogées.

Peu de ces usagers sont au fait que les prescriptions d'aide à l'arrêt du tabac sont remboursées. Cette information, une fois portée à leur connaissance, favorise leur intérêt pour une consultation médicale.

Le médecin traitant est l'interlocuteur qui pourrait en effet être le plus adapté pour cette prise en charge, du fait de son approche holistique du patient. Avant même l'accompagnement effectif, il peut délivrer des conseils et des informations sur ses modalités. Idéalement les médecins généralistes pourraient cependant s'impliquer davantage, tout en gardant la possibilité d'adresser au médecin tabacologue les patients les plus complexes.

Depuis 2017, une addictologue a mis en œuvre en Gironde une organisation innovante pour la prise en charge du sevrage tabagique des patients reçus en consultation spécialisée (N. Lajzerowicz, Hôpital du Bouscat (7)). Elle consiste à alterner les consultations dédiées au tabac entre le généraliste et la tabacologue selon un rythme prédéfini, et à en proposer le contenu au médecin généraliste par le biais d'un synoptique qui lui est adressé. Le patient fait le lien entre les différents intervenants par l'intermédiaire d'un livret partagé qu'il apporte avec lui en consultation.

Il s'agit d'une démarche de pédagogie active, permettant aux médecins généralistes d'expérimenter l'accompagnement à l'arrêt du tabac de façon concrète.

Une première étude qualitative réalisée en 2018 par M. Fournols (thèse de médecine générale, Bordeaux) sur 31 binômes patients-médecins généralistes avait montré les résultats intéressants de ce partenariat, ainsi qu'une nette satisfaction des patients et des médecins concernés (8). Pour confirmer l'efficacité de ce dispositif, il était nécessaire d'étendre le champ d'étude sur une période prolongée.

Ce travail de recherche s'inscrit dans la suite de cette étude princeps.

Nos objectifs sont d'évaluer l'efficacité du dispositif partagé en termes d'abstinence tabagique, d'implication des médecins dans la démarche, et son intérêt concernant l'offre de soin de proximité.

Nous centrerons notamment nos résultats sur les parcours partagés réalisés avant l'impact prévisible de la crise sanitaire.

II- CONTEXTE DE L'ÉTUDE

II- 1. PRÉVALENCE DU TABAGISME EN FRANCE

En Nouvelle Aquitaine, en 2017, il y avait 1,1 million de fumeurs quotidiens selon le Bulletin de Santé Publique de Nouvelle Aquitaine paru en 2019 (9). Parmi eux, un peu plus d'un fumeur quotidien sur deux (54,6 %) souhaitait arrêter de fumer.

Selon le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) de Santé Publique France paru en mai 2021 (10), la prévalence du tabagisme quotidien a diminué de 4,5 points de 2014 à 2019, chez les hommes comme chez les femmes (cf figure 1).

Elle reste élevée : **en 2020, plus de 3 personnes sur 10 parmi les 18-75 ans ont déclaré fumer (31,8%), et ce quotidiennement pour un quart d'entre eux (25,5%).** Un consommateur sur trois (29,9%) avait fait une tentative d'arrêt au cours de l'année précédente.

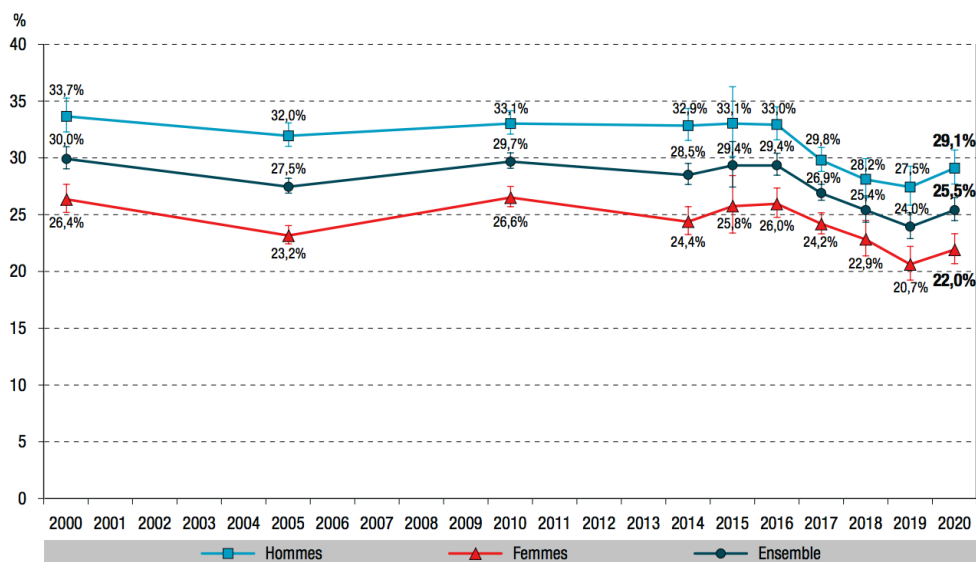


Figure 1. Évolution de la prévalence du tabagisme selon le sexe parmi les 18-75 ans, Baromètre de Santé Publique France, mai 2021.

En 2020, la pandémie de COVID 19, imposant des restrictions sanitaires exceptionnelles, a pu impacter la consommation de tabac en France. Le BEH fait le constat d'une ré-augmentation du taux de tabagisme quotidien à 25,6% en 2020 alors qu'on constatait une diminution régulière de ce taux depuis des années (cf figure 1).

L'enquête CoviPrev de Santé Publique France, qui suit l'évolution des comportements pendant l'épidémie de COVID 19, a montré que fin mars 2020, 27% des fumeurs déclaraient avoir majoré leur consommation (11).

Une étude française menée sur plus de 11 000 usagers par B. Rolland (12), publiée dans le Journal of Medical Internet Research, a également rapporté une augmentation de 35,6% de la consommation de tabac lors du confinement de mars 2020.

Enfin, une analyse réalisée à la demande de la Commission Européenne entre août et septembre 2020 sur 28 pays, place la France à la 10ème position des pays comportant le plus de fumeurs (13), avec une prévalence retrouvée à 28% (soit 4% de plus que l'enquête publiée en 2019 par le BEH). Ce chiffre pourrait corroborer l'augmentation du tabagisme liée à la pandémie mais aussi s'expliquer par des méthodes de recueil différentes.

Depuis un an, les enjeux du sevrage tabagique ont pris davantage d'importance, que ce soit sur le plan sanitaire (cette consommation étant associée à des formes plus sévères de la COVID), ou financier du fait de la crise socio-économique.

II- 2. LES MESURES NATIONALES DE LUTTE CONTRE LE TABAC

II- 2. a. La position des instances de Santé

L'arrêt du tabac est difficilement réalisable sans accompagnement du fait de son potentiel addictif majeur.

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une recommandation de bonne pratique sur l'accompagnement au sevrage tabagique (14) :

« Les professionnels de santé doivent s'impliquer dans le dépistage de cette consommation pour tous les patients, ainsi que dans la recherche de troubles anxio-dépressifs et d'autres addictions chez les fumeurs. De plus, dans ce cas, l'évaluation de la dépendance par le test de Fagerström est conseillée. Il est indispensable d'accompagner le patient dans sa démarche, que ce soit par des thérapies cognitivo-comportementales, un entretien motivationnel ou un simple soutien psychologique.

Sur le plan médicamenteux, les substituts nicotiques doivent être proposés en première intention, et une fois instaurés, être maintenus au moins 3 mois. En cas d'échec, la varénicline peut être prescrite en l'absence de contre-indication.

Quand le sevrage est initié, le suivi par le professionnel de santé devrait être hebdomadaire dans un premier temps puis mensuel ».

La HAS souligne également que *« le médecin généraliste est privilégié pour ce rôle »* : il est habitué aux thérapies de soutien, riche de sa connaissance du patient dans son environnement, et de son mode de vie actuel et passé. Cela favorise une approche complète de son état physique et psychique.

Ce statut est mis en avant sur la fiche métier publiée par le Ministère des Solidarités et de la Santé (15) *« le médecin généraliste a un rôle important dans la prévention. Il contribue ainsi à réduire les risques de maladies ou de complications ultérieures par des informations, des questions et des conseils adaptés. C'est par exemple le cas dans la lutte contre le tabagisme ».*

Depuis janvier 2016, les patients ont aussi la possibilité de se voir prescrire des substituts nicotiques par des professionnels de santé non-médecins : kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes. (16)

Depuis 2019, ces traitements sont remboursés par l'Assurance Maladie à 65% sur prescription, ainsi que la varénicline en seconde intention.

II- 2. b. Les Plans Nationaux contre le tabagisme

Le tabagisme est en cours de diminution depuis le renforcement de la lutte anti-tabac, notamment le Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) en 2014 (17).

Celui-ci a permis l'instauration du paquet neutre et l'interdiction de fumer en présence d'enfants de moins 12 ans.

Il a aussi impliqué les généralistes, en intégrant dans leur Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) un indicateur sur le tabagisme : au moins 75% des patients fumeurs doivent avoir bénéficié d'une intervention brève de la part de leur médecin traitant.

Cela avait éveillé l'intérêt du syndicat Médecins Généralistes France (18) qui rapportait en 2014, suite à la présentation du plan national, les propos de Mme M. Touraine, ministre de la Santé à cette époque : « *le rôle des médecins généralistes dans la sensibilisation des patients aux risques du tabac est un élément important de l'efficacité d'une politique de lutte contre le tabagisme* ».

Dans la suite du PNRT, en 2016, l'Assurance Maladie en lien avec le Ministère des Solidarités et de la Santé a lancé la campagne nationale « Moi(s) Sans Tabac » (19) incitant de manière positive les fumeurs à arrêter leur consommation pendant le mois de novembre. Les participants s'inscrivent par internet sur la plateforme dédiée (784 000 patients inscrits entre 2016 et 2019).

Le Plan National de Lutte contre le Tabagisme (PNLT) en 2018 (20) a intensifié ces mesures selon quatre axes.

Tout d'abord, il impacte directement l'économie du tabac, notamment en augmentant son prix et en luttant contre les achats transfrontaliers.

Ensuite il encourage davantage les fumeurs à s'orienter vers le sevrage, avec le remboursement des substituts nicotiques, en favorisant la formation des professionnels de santé, et en développant les stratégies de marketing social.

Il milite contre l'entrée dans le tabagisme, en menant des actes de prévention adaptés aux plus jeunes et en limitant les incitations commerciales (confiseries, jouets).

Enfin il vise à approfondir et partager les connaissances qui lui sont reliées, en stimulant la recherche sur le tabac et en luttant contre la désinformation organisée par les cigarettiers.

Les objectifs attendus du PNLT pour les années futures sont un taux de fumeurs quotidiens dans la population générale à moins de 22% en 2022 et inférieur à 16% en 2027. L'objectif en 2032 est que les enfants nés en 2014 représentent la première génération d'adultes non-fumeurs (< 5% de jeunes de 18 ans addicts au tabac).

II- 3. L'OFFRE DE SOIN EN ADDICTOLOGIE ET TABACOLOGIE

II- 3. a. Les consultations spécialisées

En Nouvelle Aquitaine, plusieurs établissements de santé proposent des consultations avec un médecin tabacologue/addictologue, répertoriés par le site addictoclic.com (21).

En Gironde ce sont :

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), avec une seule médecin tabacologue pour les trois sites (Pellegrin, Saint André et Haut Levêque). Une Équipe de Soins et Liaison en Addictologie (ELSA) se rend au chevet des patients sur demande des services.

L'Hôpital Suburbain du Bouscat, avec une médecin addictologue/tabacologue exerçant en activité mixte depuis 2007 et une deuxième médecin tabacologue depuis 2020.

La Polyclinique Bordeaux Nord avec une vacation hebdomadaire d'un médecin tabacologue.

Le CH de Cadillac, avec des consultations d'addictologie générale (pas de créneau dédié au tabac).

Le CH Sud Gironde (sites de la Réole et Langon) où les consultations sont réalisées par les médecins de l'ELSA.

Le site addictoclic.com propose une géolocalisation et les coordonnées des structures d'addictologie/tabacologie, en Gironde :

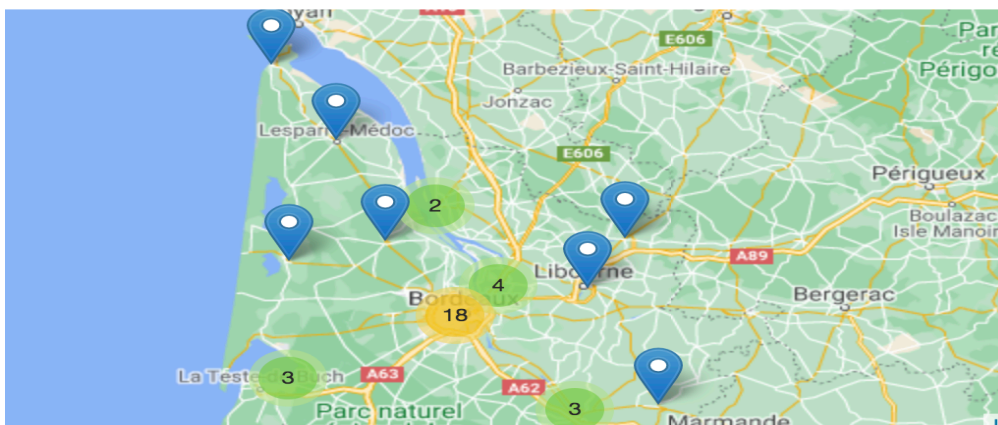


Figure 2. Structures d'addictologie/tabacologie en Gironde selon le site addictoclic

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) organisent également des suivis. En Gironde, ils proposent des consultations dédiées au tabac souvent sur une seule journée hebdomadaire.

Leur gestion dépend de l'Association Addictions France (AAF) (22,23). Elle a été créée en 1872 sous le nom de CNDCA (Comité National de Défense contre l'Alcoolisme), puis en 1985 sous le nom ANPA (Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme). En 2002, elle a étendu son champ d'action pour devenir l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie) avec des consultations orientées principalement sur le sevrage alcool et en opiacés.

En 2020, elle devient l'AAF pour étendre son domaine d'intervention à l'ensemble des addictions. La réduction du tabac est maintenant annoncée comme objectif majeur, au même titre que pour l'alcool, le cannabis, et les consommations dites « sans substances » (écrans, jeux vidéo etc.).

Suite à la demande croissante d'accompagnement au sevrage tabagique, le directeur régional de l'ANPAA a exprimé, fin 2018, le besoin d'une formation en tabacologie pour tous les centres de Nouvelle Aquitaine. Celle-ci a été diligentée par la Coordination Régionale Addictions (COREADD) pendant deux ans.

Le patient peut être pris en charge par des addictologues libéraux comme le centre Tabalib à Bordeaux, et quelques psychiatres formés. Mais ils sont peu nombreux, et tous ne réalisent pas de consultations dédiées au tabac.

II- 3. b. La formation des spécialistes

L'addictologue est un médecin ayant bénéficié d'une formation spécialisée.

Il peut s'agir :

- de la Capacité en addictologie, qui s'adresse aux médecins diplômés. Elle se déroule sur deux années, nécessite 20 journées de stage et la production d'un mémoire écrit. Ses thématiques portent sur : le concept général d'addiction, les vulnérabilités, le craving, les moyens pour la réduction des consommations, l'entretien motivationnel, le travail avec les familles, les thérapies spécifiques pour le tabac, l'alcool et les opiacés, la sociologie des addictions.

- du Diplôme d'Étude Spécialisé Complémentaire (DESC), formation complémentaire pouvant être suivie au cours de l'internat, qui évolue peu à peu depuis 2017 pour devenir la formation spécialisée transversale (FST) d'addictologie (24,25) qualifiante pour devenir addictologue.

- des Diplômes Inter Universitaires (DIU) qui concernent également les professionnels de santé non-médecins, qui n'auront pas le titre d'addictologue.

Pour le médecin souhaitant orienter sa pratique vers l'addictologie, il existe un DIU « d'addictologie générale en e-learning » proposé par plusieurs universités. Il permet d'une part un accès à des cours et formations mais également un échange direct virtuel avec un enseignant (26).

Si une partie de la formation est distancielle, il faut valider une présence en stage. Cette formation est orientée vers l'addictologie et ses concepts de façon générale, mais non spécifiquement vers le tabac.

Les DIU « Tabacologie et aide au sevrage tabagique » sont approfondis.

En France il en existe cinq, répertoriés par la Société Francophone de Tabacologie (27). Les thèmes abordés sont vastes (28) : épidémiologie, cancérologie, concepts de prévention, contenu des consultations de tabacologie, composition de la fumée, tabagisme passif, thérapeutiques du sevrage et leurs modalités d'action, neurobiologie de l'addiction, l'action de la nicotine, associations du tabac avec les maladies métaboliques, cardiovasculaires, respiratoires, psychiatriques, gynéco-obstétricales, le tabagisme passif...

II- 4. LES BASES D'UNE IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

II- 4. a. Le projet européen PESCE

Depuis quinze ans, la promotion du sevrage tabagique a été mise en avant dans les politiques européennes. Les partenaires de 27 pays se sont réunis pour réaliser un volumineux projet financé par la Commission Européenne, le projet PESCE (General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe, en français « les médecins généralistes et l'impact économique du sevrage tabagique en Europe »). Il s'est déroulé de septembre 2006 à mai 2008 (29).

Le projet avait plusieurs objectifs (30) :

Tout d'abord, il formulait des recommandations « Evidence Based Medecine », applicables à tous, pour **promouvoir l'implication des médecins généralistes dans le sevrage tabagique** en tenant compte de leurs conditions d'exercice.

Ensuite il soulignait l'impact économique de l'implication des généralistes sur l'économie de la Santé : avec une réduction de seulement 3% du nombre de fumeurs, on éviterait sur 20 ans plus de 4000 décès par an par maladie coronarienne, BPCO, cancer du poumon et AVC.

Il incitait les décisionnaires politiques et économiques à modifier l'environnement professionnel des médecins généralistes.

L'analyse a permis aussi de démontrer que l'implication des médecins généralistes découle de certains facteurs : le fait qu'ils soient eux-mêmes fumeurs ou non, l'idée qu'ils se font de leur rôle sur le sevrage et de l'impact d'une consultation de tabacologie sur la relation avec leur patient, et l'importance des complications liées au tabac présentes chez

ce dernier. Le manque de formation et le temps des consultations dédiées sont également des freins.

Le rapport PESCE a relevé trois types d'interventions permettant une meilleure implication des médecins dans le sevrage tabagique :

- leur sensibilisation et leur formation dédiée,
- une intervention financière, par exemple avec une cotation spécifique majorée des consultations pour sevrage tabagique,
- le remboursement des produits de substitution.

L'étude recommandait que le statut tabagique ou non du patient soit recherché et consigné dans le dossier médical, permettant un rappel du statut de fumeur au médecin traitant pour la pratique du conseil minimal.

Le rôle de coordination du médecin généraliste est également mis en avant. **Il est considéré comme l'élément central dans l'aide à l'arrêt du tabac, dès la prévention et le dépistage.**

II- 4. b. Les compétences du médecin généraliste

En 2011, sous la direction du Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE), et à partir des publications de la WONCA (organisation mondiale des médecins généralistes), la médecine générale a été décrite par **six compétences génériques transversales** (cf figure 3). Elles ont été publiées dans la revue *Exercer* en 2013 (31).

L'une d'elles est la compétence en éducation, prévention, santé individuelle et communautaire. Son but est d'améliorer et de maintenir la santé des patients.

La promotion du sevrage tabagique s'inscrit parfaitement dans cette démarche de prévention en médecine générale.

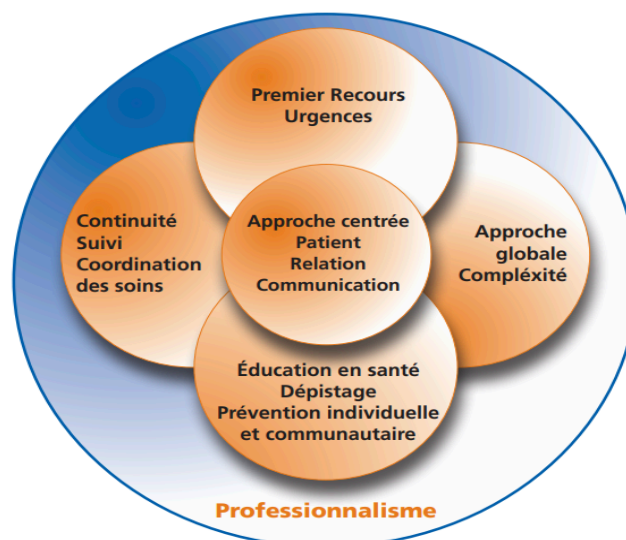


Figure 3. La marguerite des compétences du médecin généraliste. *Revue Exercer* 2013.

II- 5. LA FORMATION EN TABACOLOGIE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Selon le Conseil de l'Ordre des médecins, en Gironde, treize généralistes (et huit psychiatres) sont titulaires de la capacité d'Addictologie, et huit généralistes (et un psychiatre) du DIU de Tabacologie. Ces chiffres sont le reflet des diplômes enregistrés et sont probablement sous-estimés. Mais cette insuffisance de ressources spécialisées montre tout l'intérêt de former les médecins généralistes : ils sont en Gironde actuellement près de 1900 installés en libéral.

En France, selon l'Atlas de démographie médicale publié en 2020 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (32), ils sont plus de 86 000 dont plus de la moitié (55,9%) exerce en libéral.

II- 5. a. La formation médicale initiale

Le rapport du plan de mobilisation contre les addictions 2018/2022 de la MILDECA (Mission Inter-ministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives) déclare (33) : « *La majorité des médecins en fin de cursus de formation de médecine générale ne semble pas en mesure de repérer et de prendre en charge de manière adéquate un fumeur (...). Les compétences en addictologie des médecins généralistes peuvent être renforcées ; il existe une insuffisance de formation initiale sur le sujet. En outre, il apparaît qu'une amélioration de celle-ci permet une amélioration des pratiques. (...) Les universités et formations doivent pouvoir garantir un socle minimal de formation et d'acquisition de compétences sur les conduites addictives. »*

Dans le tronc commun du deuxième cycle du cursus médical, le sevrage tabagique (34) est abordé dans la préparation à l'internat dans l'item 73 « addiction au tabac » depuis 2013.

Il comptabilise une dizaine de pages avec les objectifs pédagogiques suivants :

- L'épidémiologie du tabagisme et celle des principales maladies qui lui sont liées ;
- Les principaux composants présents dans la fumée du tabac,
- Les risques liés au tabagisme actif passif et in utero, ainsi que les mécanismes de toxicité pulmonaire et extra-pulmonaire de la fumée,
- Les différents types de dépendance et leur évaluation,
- Les moyens de prévention, primaire et secondaire,
- Les traitements de la dépendance au tabac.

À Bordeaux, ces objectifs sont inclus dans le module d'addictologie générale, étudié sur deux après-midis en DFASM1 (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales 1, quatrième année du cursus étudiant).

Le troisième cycle à Bordeaux comporte une journée de module addictologie depuis novembre 2018 (rappels de cours autour du thème avec rédactions, discussions et partages de connaissances par les étudiants sur des récits de situations ponctuelles en lien avec une problématique addictologique, tabac ou autre).

Le matin est consacré aux GEAP (Groupes d'Études et d'Analyse des Pratiques) : les étudiants rapportent une situation qu'ils ont vécue avec un patient leur ayant posé une ou des difficulté(s), dans le domaine des addictions à l'alcool, au tabac, aux opiacés ou autres substances (cocaïne, cannabis etc.). Puis, chacun apporte une solution en fonction de ses connaissances et de son parcours. L'après-midi, un cours leur est dispensé par un enseignant s'attachant à faire le lien avec les thématiques abordées le matin.

De plus, le CNGE intègre dans son descriptif de « *l'ensemble des familles de situations dans lesquelles l'interne de médecine générale devrait être placé afin d'évaluer ses performances et ses compétences* » (35), un item dédié à l'accompagnement des patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage : « *Le médecin en formation doit apprendre à dépister le trouble d'usage et à en déterminer le degré de sévérité, puis à proposer au patient concerné un suivi avec des thérapeutiques adaptées. L'accompagnement du patient dans la compréhension de son trouble et son acceptation de la maladie en fait partie* ».

Ainsi, un effort d'approfondissement de la formation initiale des médecins est réalisé mais le temps dédié aux cours d'addictologie, et a fortiori de tabacologie, reste faible.

II- 5. b. La formation médicale continue

Le Développement Professionnel Continu (DPC)

C'est une obligation pour les professionnels de santé tout au long de leur exercice. L'agence du DPC incite aux formations en addictologie dans une fiche d'orientation prioritaire (fiche de cadrage n°41 en 2019, Annexe 1). Elle concerne le repérage précoce, l'accompagnement et la prise en charge des patients présentant des pratiques addictives dont le tabac.

Parmi les éléments du programme figurent les objectifs suivants :

« faire un diagnostic situationnel et des facteurs de risque et vulnérabilité, être à l'aise dans l'abord et la prise en charge des patients aux différentes étapes de leur parcours, renforcer les connaissances sur les mécanismes de la dépendance, les comorbidités et les complications, maîtriser le RPIB, le suivi non complexe, l'accompagnement du patient, connaître les différentes thérapeutiques spécifiques aux addictions, connaître la prise en charge d'un patient fumeur vers l'arrêt du tabac selon la HAS ».

L'Unité Mixte de Formation Continue en Santé (UMFCS) de Bordeaux

Elle propose depuis plusieurs années, également dans le cadre du DPC, des cours de thérapeutique en lien avec le tabac.

L'addictologue de l'Hôpital Suburbain du Bouscat réalise également régulièrement des formations sur le sevrage tabagique, à la demande de l'association ReAGJIR (Regroupement Autonome des Jeunes médecins Installés et Remplaçants). Cela montre un réel intérêt des jeunes médecins dans ce domaine.

Les DIU de tabacologie ou addictologie, très chronophages et spécialisés, ne semblent pas adaptés au généraliste souhaitant mettre à jour ses connaissances dans le cadre du développement continu. Ils s'adressent davantage aux médecins souhaitant s'investir dans l'addictologie à part entière.

Les formations en e-learning

Elles paraissent une opportunité à développer pour la formation personnelle continue. L'accès en e-learning à des formations peut être varié.

Il existe des MOOC (Massive Open Online Course) intégrant des sessions « comprendre les addictions ». Ces cours organisés sous l'égide de l'université Paris-Saclay (Pr Benyamina) sont ouverts à tous sur inscription, gratuits, et accessibles pendant un temps limité sur différentes interfaces (fun-mooc.fr, my-mooc.com, mooc-francophone.com...) (36).

La Société Francophone de Tabacologie propose également un MOOC « Tabac, arrêtez comme vous voulez ! » pour renforcer les connaissances des soignants, notamment sur la prescription de substituts nicotiques.

Certains sites en ligne proposent à destination des professionnels du matériel d'apprentissage ne rentrant pas dans le cadre du DPC.

Par exemple : le site intervenir-addictions.fr propose des vidéos de simulations de consultation courante (37), le site addictutos.com, développé par la COREADD, propose des tutoriels en ligne, gratuits et en libre accès (38), et la section dédiée aux professionnels du site Tabac Info Service (pro.tabac-info-service.fr) rappelle les directives de la HAS avec des liens directs sur les dernières recommandations (39).

L'ensemble de ces supports peut être intéressant pour le praticien.

II- 5. c. Perception par les généralistes de leur formation.

Une analyse faite en 2017 par S. Cliquennois (thèse médecine, Dijon) (40) a démontré que les médecins généralistes connaissent certains principes de base du sevrage tabagique : conseil minimal, substituts nicotiques en première intention, varénicline en seconde intention. Mais en pratique peu s'impliquent dans cette démarche.

Les inconvénients principaux qu'ils ont rapportés sont le temps (durée de consultation longue, et défaut de valorisation financière), et un manque de formation au suivi du sevrage en pratique, à l'entretien motivationnel, et aux thérapies cognitivo-comportementales.

Une étude réalisée par E. Dimeglio en 2018 (thèse de médecine, Bordeaux) (41) sur les généralistes et le marketing social en lien avec la campagne Moi(s) sans tabac, montrait également un manque de connaissance des praticiens de premier recours quant à l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Des médecins interrogés avaient déclaré : « *ce n'est pas moi qui vais faire le suivi pour l'arrêt. Pour l'instant je ne suis pas capable de faire ça* », « *Au bout d'un moment... moi je ne suis pas spécialiste en tout* ».

Les thérapeutiques associées au sevrage tabagique semblent également mal maîtrisées par les médecins traitants. La thèse de E. Ravily en 2018 (42) sur les représentations des médecins généralistes bordelais retrouvait une connaissance insuffisante des médicaments d'aide au sevrage et de leurs modalités de prescription.

Ils exprimaient des craintes liées à l'utilisation de la varénicline, du fait d'effets secondaires qu'ils lui attribuaient, et qui souvent étaient en réalité ceux du sevrage tabagique lui-même. Ils étaient nombreux à confondre varénicline et bupropion.

Voici quelques propos cités :

« *Je n'ai pas beaucoup de connaissances dans les traitements médicamenteux, donc je ne les utilise pas* »,

« *J'envoie au tabacologue parce que je ne prendrais pas le risque d'utiliser ces médicaments que je ne sais pas utiliser* ».

Les médecins étaient également demandeurs de formation au sevrage tabagique sur le plan pratique. Ils déclaraient :

« *[Je voudrais] des formations très pratiques, sur ce qu'on peut faire dans un temps de consultation de médecine libérale* »,

« *S'il y avait une manière de faire, j'aimerais mieux savoir* »,

« *Notre formation n'est pas quand même... ça pourrait être mieux pour les médecins généralistes, ce n'est pas optimal* ».

En 2019, L. Crevoisier (thèse de médecine, Bordeaux) a étudié les freins des médecins de soins premiers quant à leur implication dans l'accompagnement au sevrage tabagique (43). Ils décrivaient principalement le manque de temps, l'absence de demande de la part du patient, et le manque de formation. Elle a également mis en évidence les facteurs favorisant leur engagement auprès des patients, qui sont : la demande d'aide de la part du patient, la confiance du patient envers eux, l'élaboration d'un guide simple et

pragmatique, éventuellement des ordonnances types et une revalorisation financière. 80% des médecins interrogés reconnaissent qu'il était possible d'améliorer leur accompagnement des patients en démarche de sevrage.

Il semble persister dans ces études un vrai besoin de formation pour les médecins généralistes, qui n'est pas satisfait par les modalités actuelles proposées.

II- 6. UNE EXPÉRIENCE DE FORMATION ACTIVE DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS

II- 6. a. La mise en œuvre initiale en Gironde

La création d'un parcours partagé

Depuis 2017, la médecin addictologue/tabacologue de l'Hôpital Suburbain du Bouscat a mis en œuvre un dispositif pédagogique de formation active des médecins de premier recours.

Cette démarche fait suite à la constatation de la demande croissante de consultations pour sevrage tabagique, qu'elle réalise sur trois demi-journées par semaine dans l'établissement (ses autres créneaux de consultation étant ouverts à l'addictologie générale).

Elle a donc imaginé partager la prise en charge avec les médecins traitants des patients reçus en consultation, en ciblant les prises en charge dont le pronostic était à priori favorable.

Ce partenariat ville-hôpital a pour objectif de familiariser les médecins traitants avec l'accompagnement au sevrage tabagique. Une des conséquences attendues est de désengorger les consultations d'addictologie (actuellement 3 à 4 mois de délai de premier rendez-vous) pour pouvoir recevoir plus rapidement les patients dont les sevrages sont complexes ou urgents.

Les patients inclus réalisent un parcours de consultations alternées entre leur médecin généraliste et la tabacologue que nous explorerons dans la partie Matériels et Méthode.

La coopération entre les deux praticiens s'appuie sur un référentiel conjoint adressé au médecin traitant en début de démarche (cf annexes 2 et 2 bis). Le lien entre les deux acteurs est favorisé par le livret partagé, que le patient amène à chaque consultation.

Au fur et à mesure des consultations et des échanges entre les deux professionnels, le généraliste acquiert en pratique les étapes successives de l'accompagnement du patient vers l'arrêt du tabac, et s'approprie le maniement des thérapeutiques médicamenteuses et comportementales.

La légitimité du modèle proposé

Elle se base sur plusieurs années d'expérimentation qui ont permis d'acter son efficacité auprès des patients.

En 2017, F. Pradet (thèse de médecine, Bordeaux) (44) a évalué les facteurs associés à l'abstinence de plus de six mois chez les patients accompagnés par la tabacologue de l'Hôpital du Bouscat, entre début 2011 et fin 2015, soit 5 années consécutives.

En termes d'efficacité, malgré une population étudiée plutôt difficile (fort tabagisme, vulnérabilités multiples), **plus de la moitié des patients ayant initié le traitement étaient parvenus à une abstinence continue d'au moins 6 mois** : 52,6 % en intention de traiter (c'est-à-dire en comptant les perdus de vue comme échecs), et 60,6% per

protocole (c'est-à-dire sans les comptabiliser).

En mettant en œuvre le parcours partagé, l'addictologue a formalisé sur un référentiel synthétique le rythme et contenu de ses consultations et a ventilé celles-ci entre les 2 acteurs de soins : en choisissant de conserver les 2 premières, plus denses et chronophages, ainsi que la séance de renforcement de la démarche à 1 mois, et en proposant au généraliste les consultations de suivi intermédiaires.

Les étapes plus spécifiques à 3 et 6 mois de sevrage étaient également réalisées par l'addictologue.

II- 6. b. Une première évaluation en 2018

Une évaluation de ce dispositif concernant les patients inclus sur les 2 premiers mois de l'expérimentation (septembre et octobre 2017) et suivis sur 6 mois, a été réalisée par M. Fournols (thèse médecine, Bordeaux) (8). Cela concernait 31 patients pour 30 médecins généralistes.

Le suivi du parcours partagé n'a pas pu être réellement engagé pour tous les patients, mais pour 20 d'entre eux ayant au moins consulté une fois leur médecin traitant, on retrouvait un taux d'abstinence tabagique à 6 mois de 60% (45% en comptabilisant les 31 patients inclus).

Les médecins généralistes de ces patients se sont déclarés motivés par le principe du partenariat, satisfaits de son organisation, et ont exprimé le souhait de renouveler cette expérience ultérieurement. À l'issue, 8 médecins sur 20 se déclaraient en capacité de gérer seuls le sevrage tabagique d'autres patients fumeurs.

Les praticiens ont approuvé l'intérêt pédagogique, comme le montrent certains de leurs commentaires :

- « *J'ai trouvé un intérêt éducatif, pour moi et pour mon patient* »,
- « *J'ai bien aimé le côté sympa et confraternel de travailler ensemble pour le patient* »,
- « *Il y avait un intérêt de ce suivi pour apprendre des astuces que je ne connaissais pas* »,
- « *Ça m'a mise en confiance pour mieux les accompagner* »,
- « *C'était rassurant de pouvoir joindre la tabacologue pour adapter le traitement* »,
- « *Le protocole transmis est une bonne base pour nous et pour le patient, on est guidé* »,
- « *Le livret du patient permet une transmission des informations, très utile pour échanger* »,
- « *Ça m'a appris beaucoup de choses, je sais mieux quelles questions leur poser et comment les conseiller* »,
- « *J'ose plus maintenant faire une consultation tabac dédiée, avec un calendrier* »,
- « *C'est une très bonne expérience, je vais me mettre à faire du sevrage tabac !* ».

Les patients, quant à eux, ont également apprécié l'expérience, se sont sentis valorisés et ont ressenti un plus grand investissement du médecin traitant dans leur sevrage :

- « *Démarrer avec un médecin spécialiste constitue un pacte et le suivi avec le médecin généraliste est un double engagement* »,
- « *L'approche est complémentaire : le spécialiste sert de phénomène déclencheur (...) et transmet les concepts essentiels. Le médecin traitant connaît bien son patient, il conforte, il renforce, il encourage, il félicite* »,
- « *J'ai apprécié la programmation en alternance avec le transport du dossier : ça responsabilise le patient qui visualise sa propre démarche de l'intérieur* »,
- « *C'est important que les médecins aient le même discours et le même suivi, et soient au fait des thérapeutiques* »,
- « *J'ai été aidé par le temps de parole dédié uniquement à l'arrêt du tabac, j'avais besoin d'être soutenu. Mon médecin avait toujours le protocole devant elle* »,

« Ma médecin est plus impliquée et plus sensibilisée, à chaque fois on parle du tabac même si je vais la voir pour autre chose ».

L'intérêt pour les patients était aussi d'avoir accès à une aide au sevrage à proximité de leur domicile, avec leur médecin traitant, certains notamment en zone rurale se déplaçant de très loin pour accéder à la consultation hospitalière d'addictologie.

Cette prise en charge conjointe a donc montré des résultats intéressants en termes d'efficacité du sevrage tabagique, de satisfaction des médecins et des patients impliqués.

II- 6. c. Une tentative de diffusion en région

Ces retours positifs ont encouragé la poursuite de la démarche par N. Lajzerowicz. Fin 2018, dans le cadre de son activité dans l'Association de Prévention COREADD, elle avait contacté plus de trente collègues addictologues d'Ex-Aquitaine pour leur proposer la diffusion de ce parcours partagé.

Une vingtaine d'entre eux y avaient répondu favorablement. Ce projet consistait à organiser l'appropriation de la méthode et des outils de l'expérience princeps. Il avait pour objectif de favoriser la transférabilité du dispositif.

La tabacologue a construit durant l'année 2019 le déroulé progressif de travail collectif de ce groupe sur six réunions successives.

Au cours de cette démarche, G. Gretten (thèse de médecine, Bordeaux, 2020) (45) a relevé les difficultés perçues par les addictologues pour appliquer à leur tour le parcours partagé.

Il s'agissait tout d'abord de la diversité des pratiques des différents spécialistes, que ce soit le rythme des consultations, les outils utilisés, et leurs formations propres (l'addictologue pouvant être initialement un psychiatre ou un généraliste). Il pouvait également y avoir une différence d'organisation créant des contraintes. Dans les structures d'addictologie, l'accompagnement en tabacologie était souvent réalisé par des professionnels paramédicaux (IDE, psychologue, assistante sociale...). Enfin, le manque de temps a été rapporté comme un frein limitant l'investissement des participants.

Fin 2019, 15 addictologues étaient cependant prêts à s'impliquer concrètement dans l'inclusion de patients dans ce dispositif. 10 se sont finalement portés volontaires pour s'engager début 2020. Au terme d'une année, l'évaluation en cours, diligentée en partenariat avec le CHU de Bordeaux, fait pourtant état dans ses résultats préliminaires d'un faible nombre d'inclusions (J. Madelénat, thèse en cours, Bordeaux). Nous évoquerons les suites envisagées dans la partie Perspectives.

II- 7. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

En 2018, la réforme « Ma Santé 2022 » (46) place le patient au cœur du système de santé. Il s'engage à organiser l'articulation entre la médecine de ville, l'accompagnement médicosocial et l'hôpital. Il veut favoriser la coopération de proximité entre les différents professionnels de santé et l'optimisation des parcours de soin. Ce parcours partagé répond à ces objectifs.

De plus, il satisfait la demande de formation des généralistes dans ce domaine, en leur permettant d'appliquer directement les connaissances acquises à chaque consultation. Cela favorise leur autonomie dans la gestion du sevrage tabagique.

Ce dispositif est d'autant plus intéressant dans les zones rurales : l'offre de soin en addictologie est faible et le patient, en l'absence d'addictologue, va recourir à son généraliste pour un suivi médicalisé du sevrage tabagique.

Nous avons vu que l'étude princeps présentait des résultats prometteurs, mais leur interprétation était limitée par la taille de l'échantillon (n=31).

Pendant toute cette période, le parcours partagé pour l'arrêt du tabac a été poursuivi à l'Hôpital Suburbain du Bouscat. Il touchait déjà plus de 170 patients au début de notre travail de recherche en novembre 2020.

Notre question de recherche est la suivante :

Quelle est l'efficacité du parcours coordonné pour l'aide à l'arrêt du tabac, en termes de résultats et de processus ?

L'objectif principal de cette étude est d'analyser l'efficacité du dispositif partagé pour l'obtention du sevrage tabagique des patients à six mois.

Les objectifs secondaires sont :

- Évaluer l'implication des généralistes dans cette démarche**, par le biais du nombre de consultations réalisées, et la qualité de leurs observations dans les livrets partagés.
- Souligner l'intérêt en termes d'offre de soin de proximité.**

III- MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, quantitative, qui évalue le processus et les résultats d'une prise en charge conjointe entre la médecin addictologue/tabacologue ayant mis en place le dispositif à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, et le médecin traitant du patient souhaitant arrêter de fumer.

NB : Nous emploierons indifféremment le terme addictologue ou tabacologue pour désigner la médecin responsable du parcours coordonné, et le terme « livret partagé » ou « dossier partagé » pour le document imprimé utilisé lors du suivi du patient.

III- 1. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF

Le dispositif de prise en charge conjointe est réalisé **depuis septembre 2017***. Le rythme des consultations et leur contenu sont synthétisés sur un synoptique/référentiel adressé en début de parcours au médecin traitant (cf annexe 2).

Les deux consultations initiales, plus longues, sont réalisées par la tabacologue. La première permet de poser les fondements de l'accompagnement (concepts en addictologie, présentation des thérapeutiques) et de proposer la prise en charge partagée, ses objectifs et ses outils (livret partagé, protocole conjoint). La seconde, réalisée à J8 ou J9, permet d'évaluer la tolérance du traitement instauré (substituts nicotiques ou varénicline) et de débiter la thérapie comportementale.

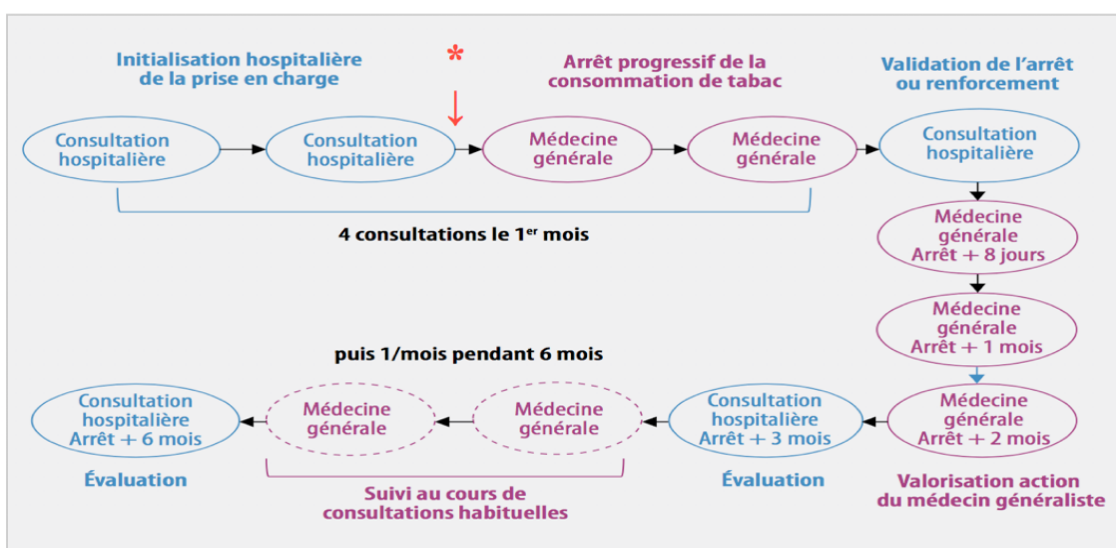


Figure 4. Modélisation du parcours partagé (N. Lajzerowicz, Hôpital du Bouscat) (7)

* confirmation de l'inclusion :
Envoi du référentiel au médecin généraliste et remise du livret au patient

* : Pour quatre patients, l'inclusion s'est faite fin août 2017. Ils ont été comptabilisés parmi les patients inclus en septembre 2017 (cf. thèse de M. Fournols (8)).

Puis les deux consultations suivantes sont réalisées par le médecin traitant, à un rythme hebdomadaire, pour qu'il évalue lui aussi l'évolution de la consommation de tabac, la tolérance du traitement, et pour soutenir son patient dans cette démarche.

La tabacologue revoit ensuite le patient après le premier mois de prise en charge, puis à 3 mois et 6 mois de l'arrêt, moments importants face au risque de rebond dépressif ou de transfert addictif ou alimentaire.

Le médecin traitant reçoit quant à lui son patient dans l'intervalle, en consultations mensuelles, dédiées au tabac uniquement, jusqu'au troisième mois, puis ultérieurement dans le cadre de consultations classiques. Il a accès à une ligne directe pour joindre la tabacologue si cela lui est utile.

Le livret partagé remis au patient fait le lien entre l'addictologue et le médecin traitant. Il est le support de transmission des informations, et de communication entre les acteurs de soins. Les deux professionnels doivent le renseigner, respectivement, lors des consultations dédiées.

III- 2. POPULATION ÉTUDIÉE

La première évaluation avait concerné 31 patients inclus entre début septembre et fin octobre 2017 (8). Devant les résultats encourageants en termes d'obtention du sevrage et de satisfaction des médecins impliqués, nous avons poursuivi l'étude sur 3 années supplémentaires, jusqu'au 30 octobre 2020.

L'objectif est d'étudier la population de patients s'étant présentée en consultation d'aide au sevrage tabagique à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, **inclus en série continue**. L'inclusion ou non des patients dans le dispositif était faite par l'addictologue en début de parcours selon des critères objectifs.

Les patients étaient gardés en prise en charge hospitalière exclusive dans les cas suivants :

- **Présence de co-addictions** (notamment alcool et cannabis) : ce profil de patient avait été inclus lors de l'étude princeps en 2017, et avait montré les limites de la prise en charge partagée puisque le sevrage tabagique avait échoué. De ce fait, à partir de novembre 2017 quand l'addictologue a décidé de poursuivre l'expérience du parcours coordonné, les critères de non-inclusion ont concerné aussi ces patients poly-addicts.

Ces patients étaient comptabilisés en « prise en charge spécialisée exclusive » quand le motif principal de consultation était le tabac. Ceux dont la demande concernait principalement le sevrage en alcool ou en cannabis ne sont pas recensés dans notre étude.

- **Comorbidités lourdes** rendant impératif le sevrage tabagique.

- **Cas urgents**, par exemple avant une intervention chirurgicale ou pendant une grossesse.

- **Absence de médecin traitant**.

- **Refus d'inclusion dans le dispositif**, lorsque le patient souhaitait une prise en charge spécialisée uniquement.

L'accord des patients pour la prise en charge conjointe était recueilli dans le dossier lors de la première consultation avec la spécialiste, puis confirmé lors de la suivante.

La tabacologue adressait alors le référentiel du parcours partagé au généraliste, accompagné d'un courrier exposant les enjeux de la démarche. Cet envoi actait l'inclusion du patient dans le parcours (cf annexes 2 et 2 bis).

Nous avons analysé trois sous-groupes de population :

Tout d'abord **la totalité des patients** correspondants aux critères d'inclusion, étudiés dans le chapitre « *Analyse des patients inclus sur trois ans* ».

Puis, les **patients dont le sevrage tabagique n'a pas été impacté par la crise liée à la COVID**, dans le paragraphe « *Efficacité de la prise en charge avant l'impact de la crise sanitaire* ». Ils présentaient l'intérêt de ne pas avoir été influencés négativement par les restrictions liées à la pandémie de COVID, au cours de leur tentative de sevrage.

Enfin, nous avons réalisé **l'évaluation des consultations et des observations** portées par les médecins généralistes dans les livrets partagés.

Nous préciserons la constitution et la taille de ces sous-groupes dans la partie Résultats.

III- 3. CRITÈRES DE JUGEMENT

Critère de jugement principal

Il s'agit de **l'obtention du sevrage tabagique** effectif de plus de 6 mois. Ce critère est le plus souvent retrouvé dans les études publiées pour évaluer les sevrages au long cours. L'abstinence tabagique était contrôlée par un test au monoxyde de carbone expiré, jusqu'en 2020 avec l'apparition de la crise sanitaire.

L'analyse princeps réalisée en 2018 sur 31 patients retrouvait un taux d'abstinence tabagique à 6 mois de 45% (n=14/31). Celui-ci atteignait 60% (n=12/20) lorsque l'analyse ciblait les patients ayant vu leur médecin traitant au moins une fois.

Notre étude vérifiera si ce taux est effectivement retrouvé avec un échantillon plus important.

Critères de jugement secondaires

Il s'agit de :

- L'implication du médecin généraliste dans le parcours partagé, évaluée par le nombre de consultations réalisées et la qualité des observations effectuées.
- L'intérêt du dispositif, en termes d'accès aux soins de proximité. Celui-ci est estimé par la distance géographique parcourue par le patient pour se rendre à la consultation spécialisée.

III- 4. RECUEIL DES DONNÉES

Les livrets partagés

Ils ont évolué au fil du temps.

Les premiers supports en 2017 étaient les dossiers nationaux de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) mis à disposition des consultations de tabacologie. Ils étaient monochromes, et comportaient très peu d'espace pour permettre un remplissage adéquat des dossiers par les médecins.

Les médecins ayant tracé leurs observations ont dû écrire au milieu de nombreux items pré-imprimés. De plus, ils ne comportaient pas beaucoup de pages et quelques consultations étaient remplies sur des feuilles volantes, rendant la visualisation de l'ensemble du dossier difficile.

À partir de juin 2018, ces livrets partagés ont été reformatés par l'Hôpital du Bouscat pour laisser davantage d'espace aux emplacements dédiés aux consultations de suivi par la tabacologue et par le généraliste. Cela a facilité l'écriture des observations médicales.

À partir de mai 2019, le support partagé a été entièrement revu, en couleur. Celui-ci a été élaboré avec le collectif d'addictologue réuni fin 2018 par l'addictologue responsable du parcours coordonné.

Il présentait un avantage net sur les précédents. D'une part les espaces dédiés pour l'addictologue et le médecin traitant étaient bien définis, et d'autre part il proposait des paragraphes spécifiques dans l'emplacement du généraliste pour guider les médecins sur les premières consultations. Le suivi du patient est plus visuel et encourage davantage à la rédaction.

Depuis le début de l'année 2020, les dossiers hospitaliers de tabacologie sont informatisés. Ils portent la mention PTC (protocole conjoint), si la prise en charge partagée est actée avec le patient. Les livrets continuent d'être utilisés.

Le patient apporte à chaque consultation son livret qui sert de support de suivi. Il est conservé par l'addictologue à trois mois de sevrage révolus, date correspondant à l'arrêt des consultations programmées dédiées avec le généraliste. Pour les patients renonçant à poursuivre la démarche, le livret est également récupéré par l'addictologue.

Constitution de la base de données

Les données ont été collectées de façon rétrospective par l'addictologue pour 2017, 2018 et 2019 sur la base des dossiers présents, puis prospective en 2020 au fur et à mesure des inclusions sous la forme suivante :

Tableau 1. Mode de recueil de données des patients inclus

Num de dossier	Initiales	Date d'inclus°	Adressage par le MT	Domicile	Sexe	Âge	Traçabilité	Cs totales	Cs MT	Sevrage	Trt instauré
1	LS	22/08/2017	Oui	30 km	H	36	Succinct	5	3	>6mois	Varénicline
2, etc											

Trois séries continues ont été constituées sur la base des dossiers physiquement présents : les parcours partagés (cf tableau 1), les prises en charge exclusives (et motifs) et la liste des patients non concernés (non revenus après un seul contact).

Elles ont été complétées par la vérification systématique par l'addictologue, avec l'aide des services administratifs, de tous les patients ayant consulté sur cette période, sur la base informatique de l'hôpital. Tous les patients ajoutés suite à ce screening systématique ont fait l'objet d'une recherche par l'addictologue de la trace informatique du référentiel conjoint adressé au médecin traitant. Ce temps de vérification a permis d'**identifier des perdus de vue**.

Les informations concernant les parcours partagés ont ensuite été revérifiées systématiquement et complétées pour tous les dossiers, étudiés un par un par la doctorante.

Ceux-ci ont été reclassés chronologiquement et numérotés pour assurer la confidentialité de la base de données. Les patients dont les dossiers étaient recensés comme perdus ont également été inclus chronologiquement dans la base d'étude.

La doctorante a rappelé systématiquement dans un premier temps tous les patients, dont les dossiers étaient présents, mais perdus de vue au cours du parcours avant 6 mois. Elle

a rappelé dans un deuxième temps les perdus de vue dont les dossiers n'avaient pas été rapportés, patients retrouvés par la confrontation avec la base administrative informatisée des consultations hospitalières.

Les informations recueillies auprès des patients sur leur statut tabagique et leurs durées de sevrage ont été consignées et datées dans le dossier partagé.

Les données ont été recensées et exploitées par la doctorante avec le logiciel EXCEL.

La durée d'abstinence tabagique :

Elle a été relevée pour les patients à 7 jours, 1 mois, 3 mois, **6 mois**.

Les informations concernant les patients perdus de vue ont été collectées de façon rétrospective par téléphone par la doctorante. Elle se présentait comme une jeune médecin généraliste travaillant avec l'addictologue dans le cadre de sa thèse, en rappelant son objectif. Les renseignements obtenus par ce moyen ont ensuite été consignés dans les dossiers en précisant la date et leur mode de recueil.

Lorsque, après au moins trois relances téléphoniques, les informations ne pouvaient pas être recueillies, le statut tabagique a été identifié comme celui figurant dans le dossier à la dernière consultation.

NB : si un patient ayant obtenu une abstinence tabagique annonçait un « écart », c'est-à-dire une reprise ponctuelle de sa consommation, nous n'en avons pas tenu compte à **condition que l'écart soit exceptionnel sur la période de sevrage**.

Ces cas seront listés dans les résultats.

Le suivi des consultations :

Il a été évalué en comptabilisant la totalité des consultations réalisées par les deux professionnels, et plus spécifiquement le nombre de consultations effectuées par le généraliste dédiées à ce motif, c'est à dire jusqu'à trois mois de sevrage (cf figure 4 : modélisation du parcours partagé).

Quand le patient déclarait, lors de la consultation d'addictologie, avoir vu son médecin traitant en consultation dédiée sans lui avoir présenté son livret ce jour-là, cela était notifié dans le support comme consultation médicale effectuée.

La qualité des observations notées par le médecin généraliste :

Elle a été évaluée en double regard par l'addictologue et la doctorante. Elle était appréciée en retenant le meilleur niveau quand il était hétérogène pour un même médecin.

La traçabilité a été classée : « optimale », « correcte », « succincte », ou « absente », en utilisant les repères d'évaluation suivants :

« **Optimale** » (O) : lorsque la traçabilité était bien construite, avec des informations complètes, faisant écho aux consultations de l'addictologue.

« **Correcte** » (C) : lorsque l'observation d'au moins quatre lignes, concernait le traitement, l'utilisation des conseils et/ou des outils proposés, la date de sevrage, l'état général du patient, l'évaluation du craving ...

« **Succincte** » (S) correspondait à un commentaire de 1 à 3 lignes axé sur les chiffres tensionnels, une éventuelle prescription ou un commentaire court.

« **Absente** » (A) : quand il n'y avait pas de traçabilité malgré la réalisation effective de la consultation.

La distance parcourue par le patient pour accéder à la consultation spécialisée :

Elle a été classée en : < 10 km, [10 - 30[km, [30 - 50[km, et ≥ 50 km.

Autres informations relevées :

- Les caractéristiques générales (âge, sexe).
- L'orientation initiale ou non par le médecin traitant vers la consultation de tabacologie. Quand le professionnel de santé à l'origine de la demande de prise en charge était le cardiologue, pneumologue, oncologue ou tout autre médecin que le généraliste, il a été noté comme « non adressé par le médecin traitant ».
- Les traitements prescrits.

Concernant les patients inclus en 2020, nous avons recueilli leur ressenti sur l'impact des restrictions sanitaires mises en place à partir du 15 mars 2020.

III- 5. ANALYSE DES DONNÉES

Les taux de sevrage de plus de 6 mois :

- Nous avons tout d'abord évalué cette donnée pour la totalité des patients inclus.
- Puis, afin d'éliminer le risque d'impact lié à la pandémie de COVID à compter du premier confinement (15 mars 2020), nous avons souhaité cibler la population d'étude sur les patients dont la période de 6 mois de sevrage (défini comme critère de jugement principal) n'atteignait pas le 15 mars 2020. Nous avons aussi tenu compte du délai d'obtention du sevrage pour définir la limite d'inclusion. Cela nous a permis d'analyser le **taux de sevrage de plus de 6 mois sur la population non impactée par la crise sanitaire**.
- Nous l'avons également relevé pour la population potentiellement impactée par la crise.

Nous avons défini deux types d'analyses :

- Analyses « en intention de traiter » (ITT) :
Les données manquantes sur la variable d'intérêt principal ont été considérées comme un échec (pas d'abstinence ≥ 6 mois)
- Analyses « per protocole » (PP) :
Les patients dont les données étaient manquantes sur la variable d'intérêt principal ont été retirés des analyses.

L'analyse du suivi en termes de nombre de consultations, et de qualité des observations rédigées par les médecins généralistes :

- A trois mois de sevrage, l'addictologue récupérait les livrets partagés afin de limiter le risque de perte de ces documents. La dernière consultation comptabilisée était donc celle réalisée après ces 3 mois.
Cette date correspondait à la fin des consultations dédiées avec le généraliste. Comme le reste du suivi préconisé pouvait se faire au cours de consultations de médecine générale pour d'autres motifs, il était plus difficile et moins pertinent d'en faire le décompte.
- Ces informations n'ont pas pu être analysées pour les dossiers perdus, même lorsque le patient avait pu être joint par téléphone, en raison d'un trop grand risque de biais de mémorisation.

Modes d'analyse :

Le logiciel PSPP a été utilisé pour obtenir les effectifs et les pourcentages.

Pour le choix des calculs statistiques nous avons utilisé le logiciel en ligne BiostaTGV.
Pour toutes les analyses, nous avons choisi le seuil de significativité classiquement établi à 5% ($p < 0,05$).

Nous avons utilisé :

BiostaTGV pour le khi 2 de Pearson. Il teste l'indépendance entre deux variables qualitatives (ex : obtention du sevrage selon le sexe).

Le logiciel PSPP pour le test de corrélation de Spearman.

Il permet de rechercher un lien entre les durées de sevrages maintenues et le nombre de consultations réalisées.

Le calculateur en ligne Medcalc.

Pour une comparaison entre deux populations d'études (ex : taux de sevrage dans la population potentiellement impactée par la COVID versus taux de sevrage dans la population non impactée) nous avons choisi de faire un calcul du risque relatif en indiquant l'intervalle de confiance à 95%.

Nous avons également réalisé les calculs de comparaison des moyennes (ex : moyennes d'âge dans la population impactée par la crise sanitaire et celle non impactée).

Les tests statistiques ont été validés par D. Moreau, ingénieur statisticien, Rennes, ex-INSERM.

III- 6. MESURES ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

Conformément à la loi Jardé sur la recherche impliquant la personne humaine, une soumission au Comité de Protection des Personnes n'était pas nécessaire. Le consentement des patients au protocole de suivi était recueilli préalablement à leur inclusion. Leur anonymat est conservé dans ce travail où aucune information personnelle n'apparaît de façon nominative.

La déclaration de ce projet de recherche à la Commission Nationale Informatique et Libertés a été faite sous la forme d'une déclaration de conformité MR 004, sous le numéro 2221259v0.

Elle s'inscrit en effet dans le cadre des études ne répondant pas à la définition d'une recherche impliquant la personne humaine, en particulier les études portant sur la réutilisation de données, mais d'intérêt public.

IV-RÉSULTATS

IV- 1. ORGANISATION DE LA BASE DE DONNÉES

À partir du lancement du dispositif partagé en septembre 2017, jusqu'au 30 octobre 2020 : 414 patients ont consulté l'addictologue sur sa plage de consultations dédiée aux aides à l'arrêt du tabac (3 demi-journées hebdomadaires sur l'ensemble de son activité d'addictologie).

Parmi eux, 45 n'étaient finalement pas décidés à l'arrêt de leur consommation et ne sont pas revenus après la première consultation.

IV- 1. a. Les patients non inclus

Parmi les 369 patients ayant eu une première consultation et décidés à l'arrêt, 181 ont été inclus dans le dispositif partagé.

188 ont été pris en charge de façon exclusive par l'addictologue.

Leur répartition chronologique est la suivante :

Tableau 2. Nombre de patients en suivi exclusif par année (n=188).

Année	Effectif
2017	37
2018	74
2019	38
2020	39
Total	188

Les motifs de non-inclusion sont détaillés ci-dessous et exposés par ordre de fréquence (il y a parfois coexistence de plusieurs critères pour un même patient).

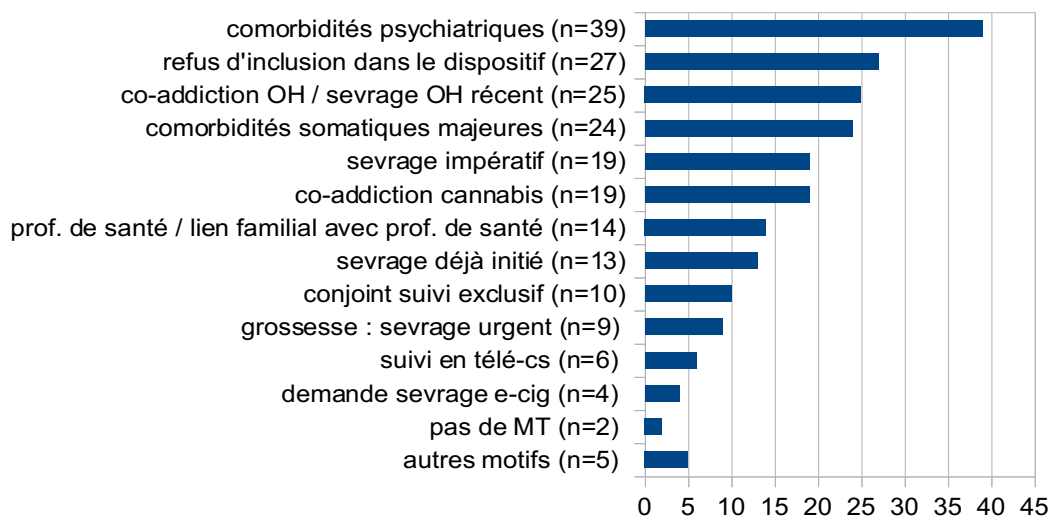


Figure 5. Motifs de non-inclusion dans le parcours partagé

Nous retrouvons les critères prévus de non-inclusion, qui sont ceux de l'étude princeps de 2017.

Ils concernent les patients :

- avec des comorbidités trop lourdes pour un suivi ambulatoire,
- avec des co-addictions notamment concernant l'alcool et le cannabis,
- souhaitant une prise en charge uniquement spécialisée,
- dont le sevrage est considéré urgent
- n'ayant pas de médecin traitant.

L'addictologue a ajouté **d'autres motifs de non-inclusion** qui se sont présentés dans la période d'étude :

- Les patients eux-mêmes collègues de la tabacologue à l'Hôpital du Bouscat, ou ayant un lien familial avec ces professionnels de santé, ou bien un lien de parenté avec leur généraliste.
- Ceux pour lesquels le sevrage était déjà initié.
- Ceux dont le conjoint était suivi de façon exclusive par l'addictologue,
- Ceux qui ont été suivi exclusivement par téléconsultation.
- Les patients en demande de sevrage de la e-cigarette.
- Autres motifs.

À noter que pour 4 patients le motif de non-inclusion n'a pas été retrouvé a posteriori.

On remarque chez les patients non inclus une grande proportion de patients avec des comorbidités psychiatriques, somatiques et des co-addictions alcool et cannabis (cf figure 5).

Voici quelques exemples de non-inclusion de patients :

Tableau 3. Exemples de motifs de non-inclusion dans le dispositif.

Motifs de non-inclusion		Exemples
Comorbidité(s) importante(s)	Somatique(s)	Patient VIH, traité pour un lymphome
	Psychiatrique(s)	Patiente en cours de dépression avec antécédent de tentative de suicide
Refus d'une prise en charge partagée		Patient qui pensait que son généraliste ne voudrait pas s'engager dans cette démarche
Sevrage urgent		Patient dont le sevrage est à obtenir avant une chirurgie prévue rapidement (chirurgie vasculaire pour AOMI sévère)
« Autre » motif		Patient parlant mal le français

IV- 1. b. Les patients inclus

De début septembre 2017 à fin octobre 2020, 181 patients ont été inclus. Leurs dossiers ont été numérotés par ordre chronologique, constituant la base de données.

Afin que tous les patients analysés le soient sur la même base d'inclusion, nous n'avons pas retenu les 5 patients addicts à l'alcool de l'étude princeps (2017-18).

On note toutefois trois patients supplémentaires qui n'auraient pas dû être inclus, en 2018, correspondant aux dossiers 36 (forte addiction au cannabis), 74 et 80 (exogénose chronique associée), que nous avons choisi de ne pas analyser.

L'étude finale comporte donc 173 dossiers patients.

Ils se répartissent de la façon suivante :

Tableau 4. Nombre de patients inclus par année (n=173).

Année	Nombre de patients inclus
2017	28
2018	56
2019	40
2020	49
Total	173

IV- 1. c. Les pertes de données

Les dossiers perdus :

Ils constituent une perte de donnée pour la traçabilité des consultations.

Sur les 173 patients inclus, 56 patients avaient conservé leur livret partagé, ayant abandonné leur démarche ou n'ayant pas poursuivi le parcours jusqu'aux trois mois de sevrage : cette échéance de 3 mois correspond au moment où l'addictologue récupère le livret, afin de limiter le risque de perte de ces dossiers partagés.

À notre demande, 8 d'entre eux ont rapporté le document. **Il restait donc 48 patients**, pour lesquels l'analyse du suivi des consultations et la traçabilité par le médecin traitant n'ont pas pu être réalisées.

Les perdus de vue :

Ils constituent une perte de donnée sur l'obtention ou non d'un sevrage ≥ 6 mois.

Les patients considérés « perdus de vue » sont ceux qui étaient inclus dans le parcours et qui ont arrêté leur suivi avant 6 mois sans qu'on en connaisse la raison. On ne sait donc pas s'ils ont ou non maintenu leur sevrage plus de 6 mois.

Au début de l'analyse, sur les 173 patients, il y avait une soixantaine de patients perdus de vue que la doctorante a rappelé au fur et à mesure de l'étude (avec en l'absence de réponse, au moins trois relances téléphoniques et au moins une tentative d'appel du médecin traitant). Pour une patiente, le recueil d'information s'est fait auprès de son médecin traitant.

Au terme des relances, **il restait 12 patients perdus de vue**, non joignables :
1 patient perdu de vue parmi les 125 dossiers présents à l'Hôpital du Bouscat ;
11 perdus de vue parmi les 48 patients qui ont conservé ou égaré leur dossier.

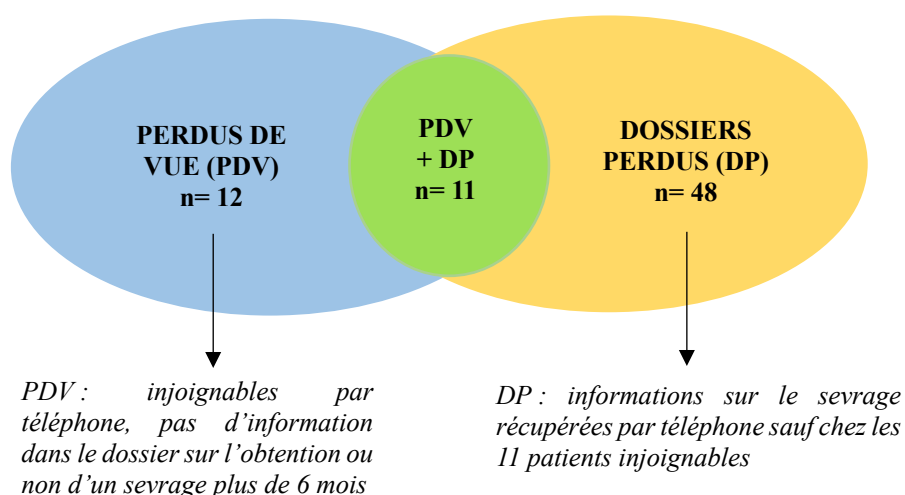


Figure 6. Répartition des dossiers perdus et des patients perdus de vue

IV- 2. ANALYSE DES PATIENTS INCLUS SUR TROIS ANS

IV- 2. a. Données générales

Âge et sexe

Les 173 patients inclus représentent 96 femmes (55,5%) et 77 hommes (44,5%). Leur âge varie de 19 à 84 ans. L'âge moyen retrouvé est de 50 ans (50,3). La médiane se situe également à 50 ans : il y a autant de patients ayant moins de 50 ans que de patients plus âgés.

74 d'entre eux étaient adressés par leur généraliste (43%), versus 93 patients venus consulter de leur propre initiative ou sur conseil d'un autre professionnel de santé (54%). Pour 6 patients, l'information « patient adressé ou non par le médecin traitant » n'était pas disponible.

Origine géographique

Nous avons étudié la distance parcourue par les patients pour se rendre à la consultation spécialisée d'addictologie.

Tableau 5. Distance parcourue par les patients (n=173)

Distance	< 10 km	[10-30[km	[30-50[km	≥ 50 km
Effectif	109	51	9	4
Fréquence	63%	29,5%	5,2%	2,3%

Un peu moins des deux tiers (63%, soit n=109/173) faisait partie d'une patientèle locale et habitait à moins de 10 km de l'Hôpital du Bouscat. 37% des patients (n=64/173), ont parcouru 10 km ou plus pour consulter l'addictologue, et 7,5% (n=13/173) ont parcouru plus de 30 km. Certains sont venus de très loin (jusqu'à 88 km, Cours-les-Bains, à hauteur de Marmande).

Soutien médicamenteux proposé

Sur les 173 patients, 133 ont bénéficié d'un traitement par varénicline, 9 d'un traitement par substitut nicotinique, et 31 ont reçu les deux traitements cumulés.

Leur répartition exprimée en pourcentage est la suivante :

- patients traités par varénicline : 76,9 %,
- patients traités par substituts nicotiniques : 5,2%,
- patients ayant bénéficié des 2 traitements (successifs ou cumulés) : 17,9%.

On voit qu'une très large majorité de patients a été soutenu par le traitement médicamenteux de sevrage : la varénicline, selon les habitudes de prescription de cette addictologie.

IV- 2. b. Efficacité de la prise en charge

Nous avons établi les durées des sevrages obtenus pour les 173 patients inclus. Pour les patients perdus de vue, nous avons noté leur statut tabagique comme le dernier connu, et nous l'avons réparti dans les classes de durée (≥ 7 jours, ≥ 1 mois, ≥ 3 mois, ≥ 6 mois).

Par exemple, un patient ayant été perdu de vue après 2 mois de sevrage était comptabilisé comme « ayant maintenu au moins un mois d'abstinence tabagique ». En l'absence d'information, ils étaient identifiés comme n'ayant pas obtenu d'abstinence tabagique.

On retrouve les résultats suivants :

Tableau 6. Sevrage des patients pour la totalité de la population étudiée (n=173)

	Obtention d'un sevrage ≥ 7 jours	Pas de sevrage
Effectif	122/173	51/173
Fréquence	70,5%	29,5%

Pour les patients ayant obtenu un sevrage, les durées de maintien de l'abstinence tabagique ont été relevées :

Tableau 6 bis. Durée d'abstinence tabagique pour ces patients.

	≥ 7 jours	≥ 1 mois	≥ 3 mois	≥ 6 mois
Effectif	122	120	107	93
Fréquence	70,5%	69,4%	61,9%	53,8%

Près de 54 % des patients ont maintenu une abstinence tabagique plus de 6 mois.

Nous avons considéré les taux de sevrage selon le sexe :

Chez les femmes : 58% ont maintenu l'abstinence tabagique à 6 mois (n=56/96) ;

Chez les hommes : 48% ont maintenu l'abstinence tabagique à 6 mois (n=37/77).

Compte tenu de la taille de notre population d'étude, nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative selon le sexe (khi 2 de Pearson=1,82 et p=0,18).

En considérant les patients ayant engagé le parcours avec leur médecin traitant (n=163/173), le taux d'abstinence tabagique à 6 mois est de 54,6%.

Les « écarts »

7 patients ayant maintenu une abstinence tabagique **plus de 6 mois** ont eu une reprise de consommation ponctuelle que nous avons accepté. Il s'agit des dossiers :

- 48 : 2 écarts durant 4 jours (5 cigarettes par jour),
- 67 : pour un sevrage débuté en janvier, 2 reprises ponctuelles d'une unique cigarette en janvier + 4 écarts en juin*,
- 123 : quelques bouffées d'une cigarette à 3 mois de sevrage,
- 128 : 2 écarts d'une seule cigarette,
- 133 : 2 bouffées 2 à 3 fois par mois pendant 2 mois,
- 153 : 2 consommations d'une cigarette entre le 2ème et le 3ème mois,
- 180 : plusieurs cigarettes à l'occasion de 2 ou 3 soirées, après 4 mois de sevrage.

* Pour le dossier 67, la durée de sevrage est sujet à caution, du fait de la répétition des écarts en juin, nous aurions pu relever sa durée d'abstinence tabagique comme étant de 4 mois et demi entre janvier et mai soit « plus de 3 mois ».

En revanche lorsque la durée de cet écart ne permettait pas de le considérer comme ponctuel, il était noté comme date de reprise. Exemple : le dossier 178, où le patient avait consommé 2 cigarillos par jour pendant 10 jours, à 2 mois et demi de son sevrage, au cours d'une abstinence tabagique ensuite poursuivie à ce jour (> 6 mois). Le sevrage du patient a été comptabilisé comme maintenu « ≥ 1 mois ».

IV- 3. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE LIÉE À LA COVID

IV- 3. a. Impact sur le recueil de données dans les dossiers

L'année 2020 a été touchée par la pandémie de COVID 19 avec la mise en place de mesures sanitaires strictes dont des confinements successifs.

Pour définir la date à partir de laquelle le recueil de données a pu être impacté :

Tout d'abord nous avons calculé la période moyenne entre la date d'inclusion et le premier jour d'obtention de l'abstinence tabagique. Nous avons étudié les 30 premiers patients de 2018, en série continue, ayant obtenu un arrêt de leur consommation.

La durée moyenne d'obtention du sevrage était de 5 semaines (la plus courte était d'une semaine et demie, la durée la plus longue était de 10 semaines).

Les dossiers étaient conservés par l'addictologue à **trois mois** de sevrage. Cette disposition a pu être impactée par la crise sanitaire pour les patients inclus à partir du **10/11/2019**.

En effet, cela correspond à la date du premier confinement (15 mars 2020) en retranchant 3 mois (durée de sevrage avant récupération des livrets par l'addictologue) et 5 semaines (durée moyenne d'obtention du sevrage).

Tableau 7. Répartition des patients selon l'impact potentiel de la crise sur l'étude des dossiers (n=173)

	Avant le 10/11/2019	À partir du 10/11/2019
Patients inclus	119 patients (dont 6 PDV)	54 patients (dont 6 PDV)

L'évolution des pertes de dossiers :

Si l'on compare **le nombre de dossiers perdus** avant et après le 10/11/19 on observe :
- dans la population non impactée : 28 dossiers perdus sur 119 au total soit 24% environ,
- dans la population potentiellement impactée : 20 dossiers perdus sur 54 au total soit 37% environ.

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative ($p=0,066$) mais il semble exister **une tendance vers une majoration de la perte de dossiers pour la population potentiellement impactée par la COVID.**

Le risque relatif est $RR = 1,57$, avec un intervalle de confiance (IC) à 95% : [0,98-2,53].

L'évolution des suivis :

La réalisation des consultations avec le médecin généraliste a pu être impactée pour les patients inclus à partir du 1er mars 2020 (le confinement ayant eu lieu le 15 mars 2020 et les deux premières consultations hebdomadaires étant réalisées par la tabacologue).

10 patients n'ont pas du tout consulté leur médecin traitant :

Entre le début du dispositif jusqu'au 1er mars 2020 : 5 patients sur 132 n'ont finalement pas expérimenté le dispositif partagé avec leur généraliste, soit 3,8%.

A partir du 1er mars 2020 : 5 patients inclus sur 41 n'ont pas consulté leur médecin traitant soit 12,2%.

On retrouve une différence significative selon le khi 2 de Pearson ($p=0,044$) : les patients inclus à partir du 1er mars ont moins souvent engagé le parcours partagé avec leur médecin traitant, que ceux inclus avant cette date.

12 patients sont considérés perdus de vue. Ils ont arrêté leur suivi avant 6 mois de sevrage sans qu'on en connaisse la raison :

- Parmi les patients inclus avant le 1er mars 2020 : 6 perdus de vue sur 132 patients inclus (4,5%),

- Après le 1^{er} mars : 6 perdus de vue sur 41 patients inclus (14,6%).

On retrouve une différence significative ($p=0,026$) : les patients inclus à partir du 1^{er} mars ont été plus souvent perdus de vue que ceux inclus avant cette date.

IV- 3. b. Impact sur le sevrage tabagique

Nous avons voulu étudier le taux d'arrêt de consommation tabagique chez les patients ayant été confrontés aux restrictions sanitaires liées à la COVID.

Rappelons la méthode retenue pour définir cet échantillon.

La durée du maintien de l'abstinence tabagique, habituellement retenue dans les études publiées comme seuil du sevrage au long cours, est de 6 mois.

Nous avons retranché six mois à la date du premier confinement, ce qui menait au 15/09/2019. Puis nous avons soustrait le délai moyen de l'obtention du sevrage tabagique (5 semaines dans notre étude). Nous avons estimé que l'obtention du sevrage des patients inclus à partir du **11/08/2019** avait pu être impacté par la crise sanitaire.

Une dizaine de patients concernés par cette période ont directement rapporté, lors de leur suivi programmé ou lors des « rattrapages » téléphoniques de la doctorante, **un impact négatif des restrictions sanitaires** sur l'obtention ou le maintien de leur sevrage tabagique.

Tableau 8. Répartition des patients selon l'impact potentiel de la crise sur **leur sevrage** (n=173)

	Avant le 11/08/2019	À partir du 11/08/2019
Patients inclus	112 patients (dont 5 PDV)	61 patients (dont 7 PDV)
Patients ayant consulté leur MT	108 patients (dont 5 PDV)	55 patients (dont 7 PDV)

61 patients inclus sont concernés par cet impact potentiel de la crise : 30 femmes et 31 hommes. La moyenne d'âge est de 50 ans (49,8).

Nous avons choisi de nous centrer sur les **55 patients ayant engagé le dispositif partagé avec leur médecin traitant**. Nous avons fait deux analyses :

- L'une dite « en intention de traiter » (ITT) en comptabilisant les 7 perdus de vue, comme n'ayant pas maintenu de sevrage \geq 6 mois : les 55 patients sont 29 femmes et 26 hommes, leur âge moyen est de 50 ans (49,6) ;
- L'autre, dite « per protocole » (PP), en retirant les perdus de vue de l'analyse. Il s'agit de 48 patients : 27 femmes et 21 hommes, leur âge moyen est de 51 ans (50,56).

Tableau 9. Sevrage des patients impactés par la crise sanitaire ayant engagé le dispositif partagé

	Sevrage \geq 6 mois	Sevrage < 6 mois	Total
Avec les PDV : ITT Effectif (Pourcentage)	25 (45,5%)	30 (54,5%)	55
Sans les PDV : PP Effectif (Pourcentage)	25 (52,1%)	23 (47,9%)	48

Parmi les patients potentiellement impactés par la crise sanitaire ayant engagé le dispositif partagé avec leur médecin traitant :

En comptant les perdus de vue comme des échecs : 45,5% ont maintenu un sevrage tabagique plus de six mois,

En les soustrayant de l'analyse : ce taux s'élève à 52,1%.

Nous déterminerons ci-dessous le taux de patients ayant maintenu une abstinence tabagique dans la population non impactée par la crise. Nous rechercherons alors une différence significative entre ces deux groupes, pour l'obtention d'un sevrage d'au moins 6 mois.

IV- 4. EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE AVANT L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE

Selon la méthode indiquée ci-dessus, nous avons vu que **le sevrage à 6 mois des 112 patients inclus avant le 11/08/19 n'a pas été impacté par la crise sanitaire** (cf tableau 8).

Nous avons voulu analyser parmi ces patients le statut tabagique de ceux ayant expérimenté le suivi partagé entre l'addictologue et le généraliste, et donc **ayant consulté au moins une fois leur médecin traitant**.

La population concernée était de **108 patients** parmi lesquels **5 perdus de vue avant le terme de 6 mois de sevrage**. Dans les dossiers, on relevait les informations suivantes :

- Un patient avait maintenu une abstinence tabagique 4 mois,
- Un patient avait maintenu une abstinence tabagique 1 mois,
- Nous n'avions aucune information pour 3 d'entre eux.

IV- 4. a. Abstinence tabagique étudiée « per protocole »

Nous avons effectué une analyse sur les données disponibles (nous n'avons pas pris en compte les 5 patients restés perdus de vue au terme des relances téléphoniques), que nous définirons comme étant « per protocole »

Nous avons donc **un échantillon interprétable de 103 patients**.

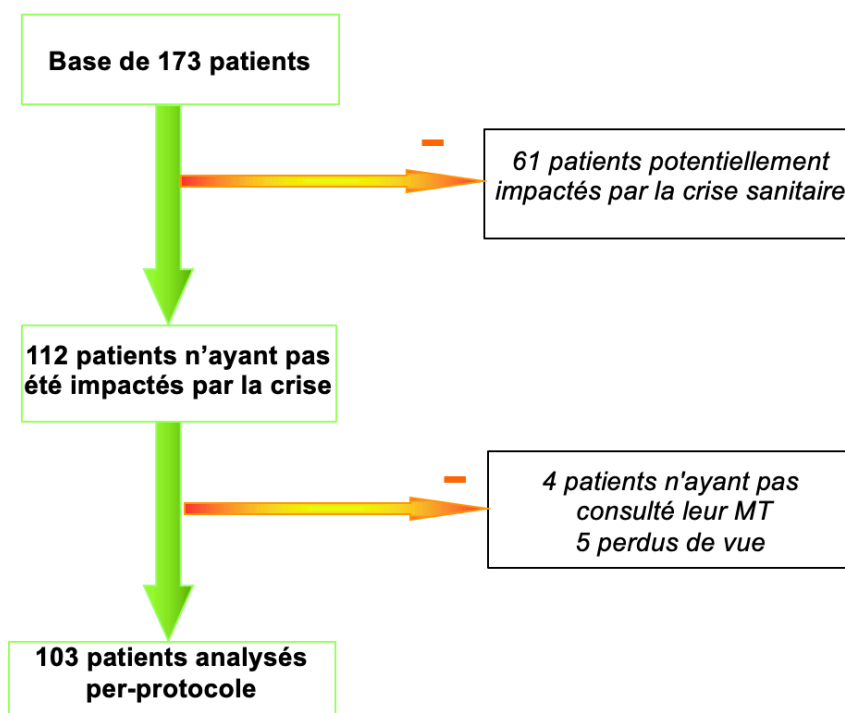


Figure 7. Diagramme de flux des patients non impactés par la crise (n=103).
Analyse per protocole.

Notre objectif était d'identifier le taux de patients ayant maintenu une abstinence tabagique au moins 6 mois selon notre critère de jugement principal.

Voici les résultats :

Il s'agit de 59 femmes et 44 hommes, leur âge moyen est de 51 ans (50,87).

*Tableau 10. Sevrage des patients non impactés, ayant expérimenté le dispositif partagé.
Analyse per protocole (n=103).*

	Maintien d'un sevrage \geq 7jours	Pas de sevrage
Effectif	83	20
Fréquence	80,6%	19,4%

Pour les patients ayant obtenu un sevrage, les durées de maintien de l'abstinence tabagique ont été relevées.

*Tableau 10 bis. Durées d'abstinence pour ces patients (n=83/103).
Analyse per protocole.*

	\geq 7 jours	\geq 1 mois	\geq 3 mois	\geq 6 mois
Effectif	83	82	74	64
Fréquence	80,6%	79,6%	71,8%	62,1%

Presque 2/3 (62,1%) des patients ayant expérimenté le parcours partagé ont maintenu leur abstinence tabagique au moins 6 mois. Il s'agit de 39 femmes et 25 hommes (Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative pour les sevrages \geq 6 mois selon le sexe : $p=0,336$).

Seulement 19,4% n'ont pas réussi à obtenir un sevrage.

Tableau 11. Abstinence tabagique de la population impactée (n=48) ou non (n=103) par la crise sanitaire. Analyse per protocole

	Abstinence tabagique \geq 6 mois	Abstinence tabagique < 6mois	Total :
Population impactée par la crise	25	23	48
Population non impactée	64	39	103
Total :	89	62	151

Nous n'observons pas de différence significative pour le maintien du sevrage tabagique à 6 mois, entre la population non impactée par la crise sanitaire : 62,1%, et la population potentiellement impactée par la crise : 52,1 % ($p=0,242$).

Le risque relatif est RR = 1,27, avec IC à 95% : [0,86 – 1,86].

Ces populations ont les mêmes critères d'inclusion et sont comparables pour l'âge (test de comparaison des moyennes, $p=0,885$) et le sexe (test du khi 2 $p=0,905$).

Concernant le traitement médicamenteux :

Parmi ces 103 patients, 83 ont bénéficié de varénicline, 3 de substituts nicotiques et 17 ont reçu les deux traitements. Cela s'approche de la répartition des traitements utilisés sur la totalité de la population d'étude.

Le taux d'abstinence tabagique à 6 mois dans chaque classe thérapeutique est le suivant :

-dans le groupe varénicline : 52 patients sur 83 soit 62,7%

-dans le groupe substituts nicotiques : 1 patient sur 3

-dans le groupe ayant reçu les deux traitements : 11 patients sur 17 soit 64,7%.

IV- 4. b. Abstinence tabagique étudiée en « intention de traiter »

Nous avons repris l'analyse, cette fois en « **intention de traiter** », **c'est à dire en retenant également les 5 patients perdus de vue** : nous avons considéré les patients dont nous n'avions aucune information comme des échecs ($n=3$), et les autres selon leur dernier statut tabagique connu ($n=2$).

Pour rester centré sur les patients ayant engagé le dispositif partagé, nous avons là encore soustrait les 4 patients qui n'avaient pas consulté leur généraliste (cf figure 7).

L'échantillon comprend donc **108 patients ayant consulté au moins une fois leur généraliste**. Il s'agit de 63 femmes et 45 hommes. Leur âge moyen est de 51 ans (50,6).

On retrouve les résultats suivants :

Tableau 12. Sevrage des patients non impactés, ayant expérimenté le dispositif partagé. Analyse en intention de traiter (n=108).

	Maintien d'un sevrage ≥ 7 jours	Pas de sevrage
Effectif	84	24
Fréquence	77,8%	22,2%

Pour les patients ayant obtenu le sevrage tabagique, les durées de maintien de l'abstinence tabagique ont été relevées.

Tableau 12 bis. Durées d'abstinence pour ces patients (n=84/108). Analyse en intention de traiter.

	≥ 7 jours	≥ 1 mois	≥ 3 mois	≥ 6 mois
Effectif	84	83	74	64
Fréquence	77,8%	76,9%	68,6%	59,3%

Même en considérant les perdus de vue comme des échecs, **le taux de maintien de l'abstinence tabagique à 6 mois reste proche de 60% (59,3%)**.

Tableau 13. Abstinence tabagique de la population impactée (n=55) ou non (n=108) par la crise sanitaire. Analyse en intention de traiter.

	Abstinence tabagique ≥ 6 mois	Abstinence tabagique < 6 mois	Total
Population impactée	25	30	55
Population non impactée	64	44	108
Total	89	74	163

Ces populations ont les mêmes critères d'inclusion et sont comparables pour l'âge (test de comparaison des moyennes, $p=0,628$) et le sexe (test du khi 2 $p=0,495$).

Nous ne retrouvons pas de différence significative pour les taux de sevrage à 6 mois entre la population impactée : 45,5% et celle non impactée : 59,3% ($p=0,094$).

On observe une tendance à la diminution du taux de sevrage dans la population impactée par la crise.

Le risque relatif est $RR = 1,34$ pour un IC à 95% : $[0,96 - 1,87]$.

IV- 4. c. Analyses complémentaires

Nous avons repris les analyses précédentes, en comptabilisant cette fois tous les patients, y compris les 4 qui n'ont pas consulté leur généraliste :

- Si on soustrait les 5 patients perdus de vue (cf analyse per protocole) : le taux de maintien de l'abstinence tabagique à 6 mois est de 66/107 soit 61,7%.
- Si les perdus de vue sont comptabilisés comme des échecs (cf analyse en intention de traiter) le taux de maintien de l'abstinence tabagique à 6 mois est de 66/112 soit 58,9%.

En résumé :

Nous avons tout d'abord évalué le taux d'abstinence tabagique à 6 mois pour la totalité des patients inclus sur trois ans dans le dispositif partagé. Il était de 53,8%. Nous nous sommes ensuite intéressés à ceux qui avaient effectivement engagé la démarche avec leur médecin traitant, et nous avons scindé cette population en deux sous-groupes :

D'une part, les patients non impactés par la crise, pour lesquels le taux d'abstinence tabagique à 6 mois était de 62,1% en « per protocole » et de 59,3% en « intention de traiter ».

D'autre part, les patients ayant pu être impactés par la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID. Le taux d'abstinence tabagique à 6 mois dans ce sous-groupe était de 52,1% en « per protocole », et de 45,5 % en « intention de traiter » c'est-à-dire en incluant les perdus de vue comme des échecs.

IV- 5. ANALYSE DES LIVRETS PARTAGÉS AVANT L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE

IV- 5. a. Les consultations effectuées

L'évaluation du nombre de consultations réalisées était faite directement à partir des dossiers partagés. Pour rappel, la tabacologue les gardait, soit à la consultation qui coïncidait ou qui suivait les 3 mois d'abstinence tabagique, soit, pour les patients n'ayant pas réussi à obtenir un sevrage, au moment où le patient annonçait arrêter le suivi.

Les téléconsultations n'ont pas permis la traçabilité du suivi sur les livrets partagés. Dans cette situation, la tabacologue proposait au patient de tracer lui-même les éléments de la consultation sur le support en sa possession.

L'évaluation du suivi des consultations a été réalisée pour les inclusions effectuées avant le **10/11/2019** (cf IV - 3. a).

Cela concernait 119 patients.

Parmi eux, 28 livrets sont considérés comme perdus, les patients ne l'ayant pas ramené à l'hôpital ou l'ayant égaré, et ce malgré les rappels téléphoniques de la doctorante.

Au total, **91 dossiers ont été analysés pour le suivi des consultations.**

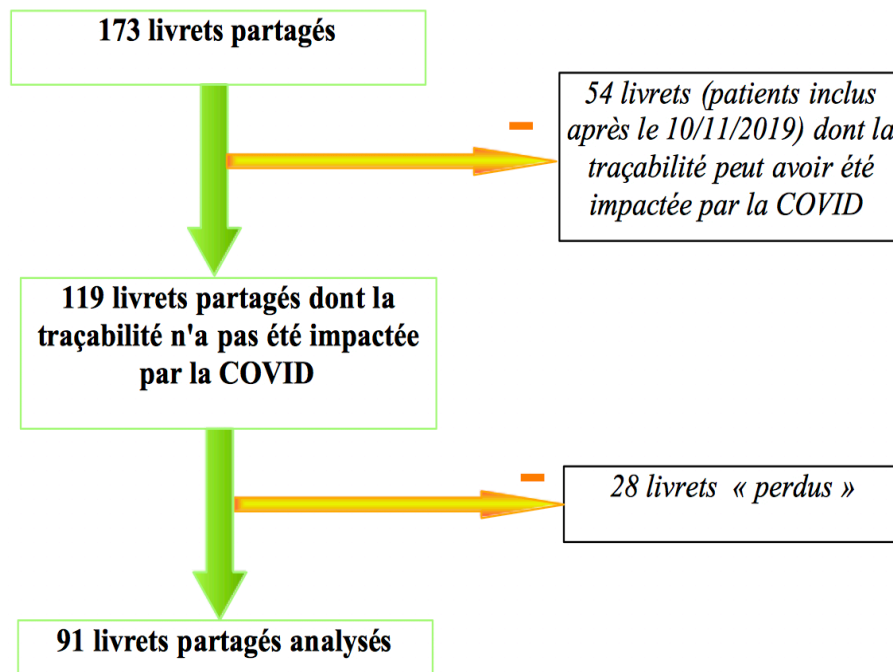


Figure 8. Diagramme de flux des 91 dossiers analysés pour le suivi des consultations.

Nombre de consultations réalisées par les patients

Environ 96% des patients (n=87/91) ont réalisé au moins une consultation avec leur médecin traitant (tableau 10).

En moyenne ils l'ont consulté deux ou trois fois (m=2,65).

Plus de la moitié d'entre eux (46/91 soit 50,6%) a fait activement participer les généralistes à leur sevrage en les consultant au moins trois fois dans le cadre du parcours partagé.

Tableau 14. Répartition du nombre de consultations réalisées par les patients *

Nombre de Cs chez le MT	Nombre total de Cs pour sevrage	Nombre de patients (total n=91)
0	2	2
	4	1
	5	1
1	3 ou 4	9
	5 ou 6	7
	≥ 7	6
2	5 ou 6	13
	7 ou 8	5
	9 ou 10	3
3	5 ou 6	2
	7 ou 8	15
	≥ 9	7
4	7 ou 8	4
	9	2
	≥ 10	4
≥ 5	9 ou 10	3
	11 ou 12	7
	≥ 13	2

* Le nombre total de consultations comprend les consultations avec le médecin traitant (MT) et celles avec l'addictologue.

Intensité du suivi et maintien de l'abstinence

Nous avons voulu étudier s'il existait ou non un lien entre le nombre de consultations réalisées (totales ou avec le généraliste) et les durées de maintien du sevrage tabagique.

NB : parmi les patients correspondants aux 91 dossiers étudiés ici, ceux ayant obtenu une abstinence tabagique l'ont maintenu au moins un mois.

Tableau 15. Durée d'abstinence en fonction du nombre total de consultations réalisées (n=91 patients)

	Pas d'arrêt	Arrêt [1M-3M [Arrêt [3M-6M [Arrêt ≥ 6 mois	Total
2 cs	2 (2,2%)	/	/	/	2 (2,2%)
3 cs	1 (1,1%)	/	/	/	1 (1,1%)
4 cs	4 (4,4%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	8 (8,8%)
5 cs	3 (3,3%)	1 (1,1%)	/	6 (6,6%)	10 (11%)
6 cs	1 (1,1%)	2 (2,2%)	/	9 (9,9%)	12 (13,2%)
7 cs	/	1 (1,1%)	2 (2,2%)	12 (13,2%)	15 (16,5%)
8 cs	2 (2,2%)	/	1 (1,1%)	11 (12,1%)	14 (15,4%)
9 cs	1 (1,1%)	/	1 (1,1%)	5 (5,5%)	7 (7,7%)
10 cs	1 (1,1%)	2 (2,2%)	1 (1,1%)	3 (3,3%)	7 (7,7%)
11 cs	/	/	/	4 (4,4%)	4 (4,4%)
12 cs	/	/	1 (1,1%)	7 (7,7%)	8 (8,8%)
13 cs	/	/	/	1 (1,1%)	1 (1,1%)
16 cs	/	1 (1,1%)	/	/	1 (1,1%)
18 cs	/	/	/	1 (1,1%)	1 (1,1%)
Total	15 (16,5%)	8 (8,8%)	7 (7,7%)	61 (67%)	91 (100%)

Nous avons retrouvé une possible **corrélation, bien que modérée**, entre le nombre total de consultations et les **résultats obtenus concernant l'abstinence tabagique** (tableau 15).

Nous avons choisi de réaliser la corrélation de Spearman ($r=0,31$, $p=0,003$) plutôt que celle de Pearson, la distribution des valeurs ne suivant pas ici parfaitement une loi normale.

Tableau 16. Durée d'abstinence, en fonction du nombre de consultations réalisées avec le généraliste (n=91 patients)

	Pas d'arrêt	Arrêt [1M-3M [Arrêt [3M-6M [Arrêt ≥ 6 mois	Total
Ø cs	2 (2,2%)	/	/	2 (2,2%)	4 (4,4%)
1 cs	6 (6,6%)	2 (2,2%)	3 (3,3%)	10 (11%)	21 (23,1%)
2 cs	4 (4,4%)	3 (3,3%)	/	13 (14,3%)	20 (22%)
3 cs	1 (1,1%)	2 (2,2%)	2 (2,2%)	19 (20,9%)	24 (26,4%)
4 cs	1 (1,1%)	/	1 (1,1%)	8 (8,8%)	10 (11%)
5 cs	1 (1,1%)	1 (1,1%)	/	6 (6,6%)	8 (8,8%)
6 cs	/	/	/	1 (1,1%)	1 (1,1%)
7 cs	/	/	1 (1,1%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)
8 cs	/	/	/	1 (1,1%)	1 (1,1%)
Total	15 (16,5%)	8 (8,8%)	7 (7,7%)	61 (67%)	91 (100%)

Nous avons également retrouvé une possible corrélation, bien que modérée, entre le nombre de **consultations réalisées avec le généraliste** et les **durées de maintien du sevrage** (tableau 16) en utilisant la corrélation de Spearman $r=0,27$ ($p=0,009$).

Ces résultats présentent toutefois un risque de biais qui sera évoqué dans la partie Discussion.

Pour les patients ayant maintenu le sevrage ≥ 6 mois (n=61/91) :

Le nombre moyen de consultations totales est de 8 (8,16) ce qui comprend en moyenne 3 (2,89) consultations avec le généraliste.

Pour les patients n'ayant pas réussi à obtenir ou maintenir un sevrage ≥ 6 mois (n=30/91) :

Le nombre moyen de consultations totales est de 7 (6,67) dont en moyenne 2 (2,17) avec le médecin traitant.

Tableau 17. Obtention de l'abstinence tabagique (maintien ≥ 6 mois) en fonction du nombre moyen de consultations réalisées

	Sevrage maintenu ≥ 6 mois (n=61/91)	Pas de sevrage ou maintenu. <6 mois (n=30/91)
Nombre moyen de cs réalisées (addictologue + MT)	8,2 (écart type : 2,65)	6,7 (écart type : 3,15)
Nombre moyen de cs réalisées avec le MT	2,9 (écart type : 1,59)	2,2 (écart type : 1,60)

Un test t de Student a été réalisé, retrouvant un lien entre le maintien ou non d'une abstinence tabagique ≥ 6 mois, et le nombre de consultations effectuées :

- que ce soit le nombre total de consultations : $t = 2,38$ $p=0,020$
- ou celles réalisées avec le généraliste : $t = 2,02$ $p=0,046$.

IV- 5. b. La qualité des observations des médecins généralistes

Nous avons repris la population d'étude précédente : celle des 91 livrets partagés n'ayant pas été impactés par la crise. Nous avons soustrait de l'analyse les 4 patients n'ayant pas du tout consulté leur médecin traitant.

L'échantillon est donc de 87 dossiers.

La traçabilité a été classée : « optimale », « correcte », « succincte », ou « absente » à l'aide des repères d'évaluation prédéfinis, exposés dans la Méthode.

Pour plusieurs livrets partagés, la qualité des observations d'un même dossier par le médecin généraliste s'est améliorée au fil des consultations. Dans ce cas l'évaluation retenue était la meilleure retrouvée.

L'évaluation est la suivante :

Tableau 18. Niveau de traçabilité des consultations de médecine générale (n=87).

	Absente	Succincte	Correcte	Optimale
Nombre	8	27	28	24
Fréquence	9,2%	31%	32,2%	27,6%

Plus de 90% des médecins traitants ont écrit leurs observations sur le livret partagé. **La traçabilité était optimale ou correcte pour environ 60% des livrets** (n=52/87 soit 59,8%).

Nous avons cherché à savoir s'il existait une amélioration globale de la qualité de la traçabilité de la consultation des médecins traitants au cours de la période d'étude.

Nous avons :

En 2017 : 28 dossiers dont **23 analysables** pour la traçabilité des consultations avec le généraliste (dans 3 cas le patient n'a pas consulté le généraliste et dans deux cas, le dossier a été perdu).

En 2018 : 56 dossiers dont **41 analysables** (15 dossiers perdus).

En 2019 jusqu'au 10/11/19 : 35 dossiers mais seulement **23 analysables** (un patient n'a pas consulté son médecin traitant et 11 sont perdus).

Parmi les livrets étudiés de 2019, les 7 derniers font partie des nouveaux livrets en couleur.

Ainsi si l'on observe la proportion de livrets partagés dont la traçabilité est absente ou succincte, et celle des livrets renseignés de façon correcte ou optimale sur les différentes années, on trouve les résultats suivants :

Tableau 19. Niveau de traçabilité des consultations de médecine générale en fonction des années (n=87).

	Peu ou non rempli (S+A)	Bien rempli (O+C)
2017 : 23 dossiers	6+3= 9(39%)	3+11= 14 (61%)
2018 : 41 dossiers	16+4= 20 (49%)	13+8= 21 (51%)
2019 (jusqu'au 10 nov.) : 23 dossiers	5+1= 6 (26%)	8+9= 17 (74%)

On ne retrouve pas de de différence significative ($p=0,107$) entre la qualité des observations renseignées par les généralistes en 2019 (17 dossiers sur 23 pour lesquels la traçabilité est correcte ou optimale) et les années antérieures (35 dossiers sur 64).

Cependant il pourrait y avoir une tendance en faveur d'une meilleure qualité des observations renseignées par les généralistes en 2019 par rapport aux années précédentes.

Sur ces 87 patients :

- 46 étaient venus à la consultation d'addictologie de leur propre chef (53%),
- 41 avaient été adressés par leur généraliste (47%).

Nous avons tenté d'évaluer si la qualité des observations des généralistes différait selon qu'ils avaient adressé le patient ou non à la consultation d'addictologie.

Tableau 20. Traçabilité des consultations de médecine générale selon l'adressage ou non du patient à la consultation spécialisée (n=87).

	Absente	Succincte	Correcte	Optimale
Patient adressé par le MT (n=41)	4	10	15	12
Patient non adressé par le MT (n=46)	4	17	13	12

Parmi ceux ayant été adressés par leur médecin :

La traçabilité est absente ou succincte pour 34% des dossiers (n=14/41) et elle est correcte ou optimale pour 66% des dossiers (n=27/41).

Dans la population de patients venus de leur propre chef :

La traçabilité est absente ou succincte pour 46% des dossiers (n=21/46) et elle est correcte ou optimale pour 54 % des dossiers (n=25/46).

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistique dans la qualité des observations selon que le médecin avait ou non adressé le patient à la consultation spécialisée (p=0,27).

Le risque relatif est RR = 1,34 pour un IC à 95% : [0,79-2,27].

IV- 5. c. Intérêt du livret partagé

En servant de lien entre les deux professionnels, le livret partagé leur permettait de communiquer autour de l'évolution du patient. Des constats ou des interrogations pouvaient être formulées par le médecin généraliste (G) auxquels l'addictologue (A) répondait lors de la consultation suivante par écrit.

Voici quelques exemples d'échanges relevés :

Dossier 76 :

G : « *Se plaint de toux non fébrile, jetage postérieur à l'examen, allergie ?* »

A : « *La toux et l'inflammation de la gorge sont probablement liés au sevrage tabagique car le nettoyage ciliaire reprend.* »

Dossier 100 :

G : « *Le patient décrit une sensation de manque, sans identifier de quoi exactement.* »

A : « *La sensation de manque peut être expliquée par l'hypoglycémie post sevrage ; en effet la nicotine augmente la cortisolémie et donc la glycémie.* »

Dossier 104 :

G : « *Y-a-t-il un intérêt à changer le patch [sur 16h] pour un patch de 24h ?* »

A : « *Effectivement, proposition de passer à un patch sur 24 heures +/- patch sur 16h associé, et/ou garder le patch 16h avec ajout de substituts nicotiques oraux.* »

Elle rappelait les mécanismes d'adaptation physiopathologique liés à l'arrêt du tabac. Elle pouvait également transmettre des conseils de prise en charge médicamenteuse, ou d'adaptation thérapeutique.

Ainsi on retrouvait fréquemment dans les livrets :

« Développer le petit déjeuner pour favoriser la tolérance de la varénicline »,
« Carnet de consommation remis, à montrer au médecin traitant »,
« Prévoir une cinétique de réduction du tabagisme généralement sur 4 à 6 semaines »,
« Prévoir le maintien du traitement 4 à 5 mois après le sevrage ».

Mais on relève aussi d'autres exemples des précisions qu'elle pouvait apporter en fonction des situations cliniques :

Dossier 41 : « L'hypersomnie est classique en post sevrage. »

Dossier 68 : « L'arrêt de la varénicline trop rapide va favoriser les craving (pulsions) et donc le grignotage alimentaire. »

Dossier 91 : « Mettre en place un petit déjeuner, car les hypoglycémies possibles en post sevrage engendrent l'envie de nicotine. »

Dossier 98 : « Penser à développer le petit déjeuner pour améliorer la tolérance de la pleine dose de varénicline. »

Dossier 112 : « Les cauchemars peuvent être dus à la franche réduction de tabac ou à la varénicline : faire une réduction de moitié de la dose du soir et réévaluation. »

Dossier 131 : « Il faudra surveiller l'évolution du transit qui risque d'être ralenti par la diminution du tabac. »

Dossier 150 : « allergie aux patchs : je propose un changement de marque »,

« Pulsions fortes le matin : on peut proposer de réduire le café, voire de le supprimer quelques jours pour retarder la première cigarette ».

Enfin, l'addictologue soulignait systématiquement la nécessité de dédier les consultations avec le médecin traitant à la démarche de sevrage.

V- DISCUSSION

V- 1. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

V- 1. a. Efficacité du dispositif pour l'arrêt du tabac

Le taux d'abstinence tabagique à 6 mois était de 53,8% (n=93/173) sur la totalité de la population étudiée.

Considérons la population ayant réalisé leur démarche avant l'impact de la crise sanitaire :

Parmi les patients ayant réalisé un parcours partagé, on retrouve un taux d'abstinence tabagique à 6 mois de 62% environ en analyse « per protocole ». Il a été obtenu chez 66% des femmes et 57% des hommes. Cette différence selon le sexe n'était pas statistiquement significative, probablement du fait de la taille insuffisante de l'échantillon.

Ce taux était d'environ 59% selon l'analyse en « intention de traiter » qui comptabilise les perdus de vue comme échecs.

Pour rappel, l'étude princeps sur les patients inclus en septembre et octobre 2017 avait retrouvé également une abstinence à 6 mois chez 12 patients sur les 20 ayant engagé le parcours partagé avec leur généraliste, soit 60%. Ce taux était de 45% (14/31) pour la totalité des patients inclus (7).

Nos résultats sont concordants : quand le parcours proposé a été engagé, environ 6 patients sur 10 obtiennent une abstinence tabagique maintenue au moins 6 mois.

Selon la HAS (47) la probabilité de maintenir le sevrage tabagique pendant 6 à 12 mois sans soutien (pharmacologique ou non), est de seulement 3 à 5 %, soit 4% en moyenne. Ce chiffre provient de la revue de littérature menée par J. Hugues en 2004 (48) basée essentiellement sur des études prospectives de patients entamant un sevrage sans soutien médicamenteux.

Ce taux peut être augmenté de 1 à 3 % supplémentaires (2% en moyenne) avec l'application du conseil minimal par le professionnel de santé, selon l'étude de L.F. Stead en 2013 (49), soit un taux de sevrage atteignant en moyenne 6%.

D. Kotz, chercheur anglais, a montré en 2014 que les patients en cours de sevrage bénéficiant à la fois d'un soutien médicamenteux et comportemental avaient trois fois plus de chances de réussite que ceux qui n'en bénéficient pas (50).

Sur le plan médicamenteux, les substituts nicotiques sont efficaces : la probabilité d'obtenir l'abstinence tabagique à 6 mois est augmentée de plus de 50 % dans le groupe traitement versus le groupe témoin selon la revue Cochrane en 2018 (51). On peut estimer ainsi l'accroissement du taux de sevrage : de 6% en moyenne à un taux d'environ 9%.

C'est ce que confirme une évaluation anglaise menée en 2019 (52) qui retrouve un taux d'abstinence tabagique à un an à 9,9% sous substituts nicotiques.

A travers une méta-analyse réalisée en 2019, Hartmann-Boyce (53) souligne l'importance du soutien comportemental et conclue à sa complémentarité par rapport aux mesures médicamenteuses. Il augmenterait les chances de réussite d'environ 15%.

Dans notre étude, la thérapeutique la plus largement prescrite était la varénicline (pour 133 patients, soit 76,9% des 173 patients inclus).

Une étude publiée en 2015 par J. Ebbert (randomisée et en double aveugle) sur l'efficacité de ce traitement, retrouve un taux d'abstinence tabagique continue (TAC) à 32%, calculé entre la semaine 15 et 24 (54).

La commission de transparence de la HAS en novembre 2016 (55), saisie pour la demande d'inscription de la varénicline sur la liste des médicaments remboursables, reconnaît son efficacité. Elle regroupe plusieurs études, toutes randomisées en double aveugle, qui estiment le TAC sur 4 semaines sur la période des semaines 9 à 12 (entre le deuxième et le troisième mois), sur des patients traités par varénicline. Les résultats sont les suivants :

- d'après l'étude A3051054 : TAC à 42%,
- d'après l'étude A3051049 : TAC à 47%,
- d'après l'étude A3051123 (EAGLES) : TAC à 33%. De plus cette publication conclut que ce traitement a fait les preuves de sa supériorité par rapport au placebo, aux substituts nicotiques et au bupropion (56).

Ces résultats se basent sur l'abstinence tabagique entre le deuxième et le troisième mois de sevrage.

Dans notre évaluation de l'efficacité du dispositif partagé, **le taux d'abstinence tabagique à 3 mois était de 72%** selon l'analyse per protocole des patients non impactés par la COVID et ayant consulté leur médecin traitant au moins une fois. L'analyse en intention de traiter retrouvait 69% d'abstinence à 3 mois.

Pour la totalité de la population étudiée (y compris les patients n'ayant pas consulté leur généraliste et ceux impactés par la crise sanitaire), le taux d'abstinence tabagique à 3 mois était de 62%, supérieur aux résultats obtenus dans les études pharmaceutiques sus citées.

L'efficacité de la varénicline, utilisée majoritairement dans notre population d'étude pourrait avoir joué un rôle dans ces résultats.

Récemment, l'American Thoracic Society recommande, dans son rapport scientifique de mai 2020, son usage en première intention (57), avant les substituts nicotiques, et ce même chez les patients avec des comorbidités psychiatriques (dépression, schizophrénie, troubles bipolaires).

Le parcours coordonné mis en place à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, associant un traitement d'aide à l'arrêt du tabac et le soutien comportemental respectif par le médecin généraliste et l'addictologue, paraît efficace en termes d'abstinence tabagique.

V- 1. b. L'impact des mesures sanitaires liées au COVID

Sur les pertes de livrets :

La récupération des livrets par la tabacologue a pu être impactée par la crise à partir du 10/11/19. Après cette date, il y a une tendance à l'augmentation du taux de dossiers perdus : 37% versus 24% environ avant le 10/11/19 ($p=0,066$).

Sur les perdus de vue :

Pour les patients inclus à partir du mois de mars 2020, le nombre de patients perdus de vue s'est accru par rapport aux patients inclus avant cette date : 14,6% versus 4,5% ($p=0,026$).

L'engagement du parcours auprès du médecin traitant :

Les patients inclus à partir du 1^{er} mars 2020 ont moins engagé le parcours partagé avec leur généraliste ($p=0,044$).

La tabacologue avait continué de les suivre par téléconsultation lorsqu'ils en faisaient la demande, mais le nombre de patients n'ayant pas du tout consulté le médecin traitant (et donc n'ayant pas pu suivre le rythme proposé de consultations partagées) a été majoré : environ 12%, versus environ 4% pour les patients inclus les années antérieures.

La crise sanitaire a donc eu un effet net sur les perdus de vue et sur l'engagement du dispositif partagé avec le généraliste, et elle a eu tendance à majorer la perte des livrets partagés.

Sur l'abstinence tabagique à 6 mois parmi les patients qui, malgré le contexte sanitaire, ont engagé le parcours avec le généraliste :

- Pour l'analyse en intention de traiter, nos résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative pour les taux d'abstinence à 6 mois ($p=0,094$) entre la population impactée par la crise (45,5%) et la population non impactée (59,3%). Toutefois on note une tendance en faveur d'un meilleur taux de sevrage dans la population non impactée.
- L'analyse per protocole ne retrouvait pas de différence ($p=0,242$) entre les deux groupes : 52,1% dans la population impactée versus 62,1% dans la population non impactée.

La crise semble davantage avoir impacté l'engagement du dispositif auprès du médecin traitant et le recueil des données que les sevrages des patients, du moins sur les populations analysées.

En effet l'analyse du taux de sevrage à 6 mois concernait les patients ayant consulté au moins une fois le généraliste, qui sont donc peut-être plus motivés dans leur démarche.

La tendance vers la diminution du taux d'abstinence tabagique pour les patients impactés par la crise, retrouvée dans l'analyse en intention de traiter, peut s'expliquer par le nombre plus important de perdus de vue à partir de mars 2020.

Les études françaises retrouvaient une augmentation de la consommation de tabac lors du premier confinement (11,12).

Alors que le tabagisme en France diminuait régulièrement depuis les mesures nationales prises ces dernières années, jusqu'à un taux de 24% de fumeurs quotidiens, cette prévalence s'est majorée en 2020 à 25,5% selon le BEH Santé Publique France (10).

Le Baromètre Européen de la consommation tabagique retrouvait même un taux de 28% de fumeurs en France (13).

V- 1. c. L'implication concrète du médecin généraliste

Les consultations dédiées

Elles ont été évaluées sur les 91 livrets à notre disposition dont le recueil n'a pas été impacté par la crise. Environ 96% des patients ont sollicité leur médecin traitant au moins une fois ($n=87/91$) et au moins trois fois pour la moitié d'entre eux ($n=46/91$, soit 50,6%). Certains ont réalisé jusqu'à huit consultations de médecine générale.

Cela montre un intérêt de la part des patients pour l'implication de leur médecin référent dans la prise en charge de leur sevrage tabagique.

Nous avons retrouvé une **corrélation significative entre le nombre de consultations (que ce soit la totalité ou celles réalisées par le généraliste) et les taux d'abstinence tabagique.**

Cependant, le test de corrélation montre que les patients ayant poursuivi leur sevrage sont aussi ceux qui ont poursuivi les consultations ; ceux en échec de sevrage ont abandonné le parcours plus tôt, sans présumer du sens du lien de corrélation.

On peut évoquer ici un biais lié aux abandons qui pourrait surestimer ce résultat : on peut penser que les patients qui échouent dans leur arrêt ne reviennent pas -ou moins souvent- en consultation de suivi, par rapport à ceux qui poursuivent leur abstinence.

Certains patients ayant refusé de participer à la démarche avaient évoqué le fait qu'ils ne pensaient pas que leur médecin serait intéressé. Mais dans l'expérience princeps de parcours partagé (8) la majorité des médecins interrogés (n=26/28) était motivée par ce partenariat.

Seuls deux généralistes auraient déclaré à leur patient ne plus souhaiter participer au suivi partagé après avoir réalisé une première consultation dédiée.

Selon P. Loumagne (thèse de médecine, 2013, Poitiers) le nombre élevé de consultations de suivi pour un sevrage tabagique, quel que soit le traitement envisagé, était un des principaux facteurs favorisant la réussite du sevrage (58). Les patients alors interrogés appréciaient le suivi rapproché et le soutien apporté par le médecin.

La HAS a également rapporté que l'entretien motivationnel, surtout s'il est exercé par un médecin, est efficace et augmente la probabilité d'obtenir un arrêt de la consommation (14). Cet effet est d'autant plus positif que les consultations sont longues, ce qui est difficilement applicable en médecine générale. C'est pourquoi la HAS propose dans ce cas de réaliser plusieurs consultations uniquement dédiées au sevrage tabagique, d'une durée de 20 minutes.

La qualité des observations

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative ($p=0,107$) concernant la qualité des observations médicales en 2019 par rapport aux années précédentes.

Toutefois, il pourrait y avoir une **tendance en faveur d'une amélioration au fil des années** : en 2019 jusqu'au 10/11 la traçabilité était jugée correcte ou optimale pour environ 74% des dossiers (n=17/23) versus environ 55 % (n=35/64) les années précédentes.

Il existe sans doute une évolution des connaissances et de la pratique du sevrage tabagique, chez les médecins généralistes impliqués dans les parcours partagés depuis 2017 ayant réitéré leur participation au cours de cette période de trois ans.

Cependant, cela ne concerne pas la majorité des médecins impliqués. Les renouvellements de participation sont en cours de quantification dans un nouveau travail de recherche (S. Labarthe, thèse médecine en cours, Bordeaux).

La nouvelle amélioration des livrets partagés, en cours d'année 2019, augmente leur attrait et leur praticité, ce qui pourrait également inciter davantage les médecins à développer leurs observations (cela concerne seulement 7 des 23 dossiers analysés pour l'année 2019).

Parmi les patients pour lesquels la traçabilité des consultations a été analysée (87 dossiers), 41 étaient adressés par le généraliste et 46 ne l'étaient pas.

Nous n'avons pas pu montrer de différence statistiquement significative ($p=0,27$) concernant la qualité des observations du médecin généraliste, selon qu'il avait orienté le patient ou non à la consultation d'addictologie.

Il pourrait y avoir un investissement plus important de la part des médecins qui sont à l'initiative de la demande de consultation de tabacologie, ou au contraire certains pourraient être moins impliqués, en orientant le patient vers le spécialiste.

V- 1. d. Le lien entre l'addictologue et la médecine ambulatoire

La proximité géographique du médecin traitant

Parmi les patients dans le parcours coordonné entre 2017 et 2020, **37%, soit plus d'un tiers (n=64/173) ont parcouru plus de 10 km pour consulter à l'hôpital et 7,5% (n=13/173) plus de 30 km.**

En incluant les généralistes dans le parcours, le bénéfice immédiat pour les patients est le gain de temps, le cabinet du médecin traitant étant souvent à proximité du lieu d'habitation du patient.

La distance à parcourir pour bénéficier d'une consultation d'addictologie n'est pas négligeable, si on y ajoute le délai moyen pour accéder à une première consultation (plusieurs mois), cela peut créer un frein pour le sevrage tabagique des patients. L'accessibilité du généraliste est supérieure à celle de l'addictologue.

L'intérêt du lien ville-hôpital

Le livret crée un support d'échange entre les deux médecins, par des conseils spontanés ou des questions/réponses. De plus, les médecins traitants dont les patients sont inclus dans la démarche, ont accès à la ligne directe de la tabacologie.

La dichotomie ville/hôpital autrefois très nette n'apparaît plus aujourd'hui comme immuable ; de nombreux projets essaient de recréer le lien entre tous les acteurs du parcours de soin.

Une étude menée en 2018 par N. Serriari (thèse de médecine, Amiens) (59) retrouvait un manque de communication et d'échange entre les généralistes et les addictologues en Picardie. Les pistes évoquées pour améliorer cet état des lieux mentionnaient entre autres la création d'un lien de qualité entre les professionnels, par des rencontres et des moyens de communication moderne, mais aussi par des formations conjointes, des groupes multidisciplinaires de travail ou d'entraide.

En 2018, V. Pernossi (thèse de médecine, Grenoble) (60) soulignait le fait que la gestion commune des patients forge le contact entre le médecin traitant et ses confrères hospitaliers, et que la création d'une communication par ce biais renforce les échanges ville - hôpital.

Ainsi, L. Enzinger préconisait en 2018 (thèse de médecine, Grenoble), un appel téléphonique bref du médecin hospitalier au généraliste à la sortie d'hospitalisation des patients complexes. Cette coopération entre les professionnels de santé encadrerait le retour à domicile pour ces patients dont on constatait une diminution des réadmissions à 30 jours (61). Il s'agissait d'une information unique du spécialiste vers le généraliste, et non un système de communication réciproque comme le propose le dispositif partagé de l'Hôpital du Bouscat.

Quelques expériences de lien entre addictologue et généraliste

Pour pallier le manque de couverture territoriale d'accès à une consultation de tabacologie ou d'addictologie, surtout en territoire rural, et faciliter l'accès au sevrage, plusieurs expérimentations ont cherché à créer un lien entre le spécialiste et le médecin généraliste, impliquant davantage ce dernier dans cette prise en charge.

Les MSMA : Une étude « Equip'addict » est en cours actuellement sur l'évaluation et le financement de micro-structures médicales addiction (MSMA) en lien avec un CSAPA (62) dans 5 régions : Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France et Occitanie.

La MSMA, reliée au CSAPA local, est constituée d'une équipe de soin primaire comprenant sur des créneaux horaires dédiés (3h/semaine), outre le médecin traitant, un psychologue et un travailleur social habitués à l'accompagnement des patients addicts, avec l'intervention possible d'un addictologue. Cette équipe est localisée dans le cabinet (ou maison de santé) du médecin généraliste. Des réunions de synthèse sont organisées entre les différents intervenants à un rythme d'au moins une fois par trimestre.

Les télé-consultations conjointes : En Lorraine, dans la Meuse, à Revigny, le Dr Bouchy, médecin généraliste, a expérimenté un système de téléconsultations partagées avec l'addictologue, au cabinet du médecin généraliste, qu'il a présenté au CMGF (Congrès de la Médecine Générale France) en 2016. (63)

Le « parcours de soins coordonnés addictologue / hépato-gastroentérologue pour les patients addicts » élaboré par le Dr Paille (64) à Nancy en 2018. Le rôle du médecin traitant réside dans l'inclusion du patient et le suivi des thérapeutiques initiées par le duo de spécialistes qui réalisent le principal de la prise en charge.

Ainsi une meilleure coordination des soins et une amélioration de la communication ville/hôpital et généraliste/spécialiste représentent un enjeu intéressant pour tout le territoire et plusieurs spécialités. Si ces dispositifs incluent le généraliste dans la prise en charge de son patient, son rôle est le plus souvent en amont et/ou en aval de celle-ci.

Des exemples existent pour d'autres spécialités :

Le PRADO (Programme de Retour À Domicile), mis en place depuis 2010 : Il fluidifie le retour à domicile au décours d'une hospitalisation, par des protocoles et en facilitant les transmissions, notamment entre les spécialistes hospitaliers et les soignants de ville (médecin et IDE). Ses champs d'action sont vastes comme la décompensation cardiaque, la BPCO, le retour à domicile après un accouchement etc. (65)

Le Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie, à Toulouse, permet depuis 2017 une facilitation d'accès aux consultations de psychiatrie par l'intermédiaire du généraliste et une communication renforcée entre le spécialiste et le médecin traitant (ligne téléphonique dédiée). (66)

Le suivi alterné ville-hôpital des patients sous PrEP en Gironde à l'Hôpital de Jour de maladies infectieuses de l'Hôpital Saint-André (CHU de Bordeaux). Celui propose depuis juillet 2018, à chaque patient sous PrEP (prophylaxie pré-exposition) un suivi par son médecin traitant. Le praticien de ville est amené à effectuer le renouvellement trimestriel de la PrEP une fois sur 2, en alternance avec le service hospitalier. Cette pratique a été décrite en 2019 dans le cadre d'une thèse de médecine générale par M. Sacal (67).

Cette expérience est proche du parcours coordonné, objet de notre travail, en impliquant activement le généraliste dans le suivi du patient.

Le Dispositif Partagé de l'Hôpital du Bouscat donne également un rôle essentiel au médecin dans les décisions thérapeutiques et l'accompagnement du patient, tout au long de sa démarche.

V- 2. FORCES DE L'ÉTUDE

La taille de l'échantillon

Cette étude se place dans la continuité de l'expérience princeps réalisée en 2017 et évaluée par M. Fournols (8), qui portait sur 31 parcours. Nous avons analysé presque six fois plus de patients (n=173), inclus en série continue au cours de trois années consécutives, ce qui renforce la représentativité de l'échantillon.

L'originalité de l'étude

Beaucoup de travaux de thèse explorent le sevrage tabagique d'un point de vue qualitatif, sur les attentes des patients ou des médecins, mais nous n'avons pas retrouvé de travail quantitatif sur l'obtention du sevrage tabagique en pratique réelle ambulatoire, impliquant des médecins généralistes.

Cette étude permet une estimation des taux d'abstinence tabagique obtenus en faisant participer le médecin traitant des patients à cette démarche.

La méthodologie rigoureuse

Nous avons respecté une méthode rigoureuse tout au long de notre travail.

Les dossiers ont été classés minutieusement par ordre chronologique et numérotés.

Afin de ne pas méconnaître des perdus de vue éventuels, un screening a été réalisé sur l'ensemble des patients ayant consulté la tabacologue à l'Hôpital du Bouscat pendant la période considérée.

Les données récupérées par téléphone ont été recueillies et inscrites dans les livrets patients présents.

Pour les patients vus en consultation, l'abstinence tabagique était contrôlée par un testeur au monoxyde de carbone (jusqu'en 2020 où pour des raisons sanitaires cela n'a plus été réalisé).

Une fois la totalité des données obtenues, les périodes de l'impact potentiel de la crise sanitaire ont été définies en tenant compte du délai moyen d'obtention du sevrage. Nous avons calculé ce dernier sur la base des 30 premiers patients ayant obtenu un sevrage (quel qu'en soit la durée) en 2018, en série continue afin d'être représentatif de la durée moyenne d'obtention du sevrage parmi les patients de l'Hôpital du Bouscat.

L'analyse pour les populations impactée et non impactée par la crise sanitaire a été réalisée à la fois « per protocole » et « en intention de traiter ». Cela a permis d'estimer les taux d'abstinence tabagique à la fois chez les patients qui ont suivi la démarche partagée, même partiellement, mais également en condition « réelle » en comptabilisant les perdus de vue comme des échecs, ce qui permet d'éviter un éventuel biais d'attrition (68).

Le nombre de consultations dans chaque dossier et l'analyse de la qualité des observations des médecins généralistes ont été évaluées par le double regard de la tabacologue et de la doctorante pour faciliter la lecture et fiabiliser l'analyse.

Pour définir la distance parcourue par les patients, en cas de plusieurs itinéraires possible, la valeur intégrée au logiciel d'analyse était la plus courte.

Le faible nombre de perdus de vue

En 2017 F. Pradet (44) a étudié les facteurs associés à l'abstinence de plus de 6 mois sur 266 patients suivis exclusivement par la tabacologue et traité par varénicline, inclus entre janvier 2011 et novembre 2015 à l'Hôpital du Bouscat. Elle retrouvait 35 perdus de vue, soit un peu plus de 13%.

Nous comptabilisons 12 perdus de vue sur 173 inclusions (6,9%) soit quasiment la moitié par rapport à l'étude sus citée. Ce faible taux peut être la conséquence du rappel systématique des patients perdus de vue au cours de l'étude par la doctorante.

V- 3. LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude a été menée de façon rigoureuse tout au long de l'évaluation, mais il peut subsister des biais indépendants de notre méthode d'analyse.

Biais de représentativité des patients

Selon la définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (69), il correspond à une distorsion de l'estimation de l'effet, due à la manière de sélectionner la population à étudier.

Les patients recrutés pour l'étude, par définition, avaient un meilleur état de santé que les patients non inclus qui présentaient des poly-pathologies associées et/ou des co-addictions.

Cela peut entraîner une sélection de patients dont l'accompagnement et le sevrage tabagique pourraient être plus faciles, entraînant une hausse artificielle des résultats.

Les patients se présentant en consultation spécialisée sont par définition plus motivés et plus engagés que ceux rencontrés en routine au cabinet médical.

Biais lié aux pertes de données

Le fait de tracer les informations sur un livret partagé imprimé exposait au risque de perte de données. En effet, parfois le patient oubliait de l'amener aux consultations et il est possible que cela ait pu impacter l'analyse du suivi de la traçabilité. Toutefois lors de la consultation suivante, l'entretien manquant était rapporté et consigné. On note que cela est resté très occasionnel. Une patiente avait rempli elle-même le compte-rendu de la consultation une fois chez elle.

Les premiers dossiers manquaient de praticité et les médecins n'avaient pas beaucoup de place pour écrire. L'apport de feuilles volantes pouvait augmenter encore le risque de perte de données et gêner la visibilité sur certains dossiers. On note cependant qu'avec l'amélioration des livrets partagés, dès 2018, davantage de place était réservée à la traçabilité des consultations et ce problème n'a plus été retrouvé.

Les patients inclus dans le dispositif étaient responsables de leur propre livret partagé lors de leur parcours entre l'addictologue et le généraliste. Le risque était de ne pas récupérer ces livrets au terme de l'étude et donc d'avoir une perte d'information.

En effet, le nombre de patients ayant conservé ou perdu le livret partagé est important (48/173 soit environ 28%). L'analyse de la traçabilité des livrets partagés n'a pu se faire que sur ceux qui avaient été rendus à la tabacologue de l'Hôpital du Bouscat.

Notre étude peut ne pas être représentative de la traçabilité réelle par les généralistes.

Biais de mémorisation

Ce biais concerne les patients perdus de vue rappelés par la doctorante par téléphone. Ces patients étaient interrogés sur le sevrage datant parfois de plusieurs mois (jusqu'à deux ans).

Le risque est faible pour la durée d'abstinence tabagique (les patients sont fiers d'avoir réussi à arrêter et ils sont souvent capables de donner la date précise de leur arrêt).

Ce biais aurait été plus important en ce qui concerne les précisions sur le nombre de consultations réalisées (totales ou avec le médecin traitant) et c'est pour cela que cette analyse a été réalisée seulement sur les livrets rendus à l'hôpital, et sur la période non impactée par la COVID (n=91).

Biais de désirabilité sociale

Il consiste à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé (70). De plus, on peut trouver une motivation provoquée par la valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt (effet Hawthorne).

Ce biais pouvait apparaître dans les données déclaratives. La probabilité de ce biais sur le sevrage lui-même était cependant largement diminuée par un test au monoxyde de carbone expiré qui était réalisé lors des consultations avec la tabacologue (jusqu'à la crise sanitaire où ce test a été suspendu pour des raisons évidentes).

La plupart des études portant sur le critère d'abstinence continue définissent celui-ci par la mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré lors de la venue du patient en consultation.

Dans notre travail, un seul patient se disait sevré mais avec une contradiction nette au test CO expiré : nous l'avons exclu du total des patients ayant obtenu une abstinence tabagique.

D'autre part, ce biais pouvait exister théoriquement chez les patients perdus de vue contactés par la doctorante au téléphone et interrogés sur la durée de sevrage : certains pouvaient omettre une reprise transitoire de quelques jours ou semaines avant un nouvel arrêt de tabac. La doctorante faisait attention à ne pas influencer la réponse des patients et ne présentait pas de jugement en recueillant les données.

À la fin de l'appel téléphonique, la doctorante pouvait féliciter les patients qui avaient maintenu leur sevrage ou dans le cas contraire conseiller de ne pas hésiter à reprendre rendez-vous avec l'addictologue ou leur médecin traitant s'ils envisageaient à nouveau un sevrage.

V- 4. PERSPECTIVES

Les formations DPC à l'exercice coordonné

Le dispositif de parcours partagé pour l'arrêt du tabac, par définition, contribue à la communication et la collaboration entre le généraliste et le spécialiste, autour de leur patient commun.

Comme souligné dans le plan de Santé Publique « Ma Santé 2022 » (46), *l'amélioration de la coopération ville/hôpital représente un enjeu intéressant tout le territoire et toutes les spécialités*. L'Agence du DPC l'individualise dans la fiche de cadrage n°23 d'août 2019 (annexe 3). Il s'agit de favoriser la mise en œuvre de projets d'exercice coordonné.

Les actions de DPC pluri-professionnelles sont proposées à des équipes de terrain engagées dans la mise en œuvre de projets de santé communs, pour encourager le développement des compétences nécessaires à leur aboutissement.

Ces derniers sont variés, et peuvent porter sur des actions de prévention sur l'accès aux soins, l'organisation des parcours de santé etc.

L'agence du DPC souligne également les enjeux généraux de l'exercice coordonné et vise au développement de compétences interprofessionnelles : connaissance des leviers, des ressources territoriales et des acteurs institutionnels, création de protocoles de coopération pluri-professionnels, le partage sécurisé de l'information et des données médicales, l'utilisation des outils numériques de coordination...

La diffusion du dispositif à d'autres structures

Le parcours coordonné réalisé à l'Hôpital Suburbain du Bouscat encourage la participation des médecins traitants à la prise en charge du sevrage tabagique de leurs patients.

On pourrait envisager sa diffusion à d'autres structures et d'autres régions pour faciliter l'arrêt de la consommation tabagique en France.

La transmission de ce concept aux addictologues de la région est difficile à mettre en œuvre en pratique, comme le montrent les freins relevés par G. Gretten dans son étude en 2020 (45). Les patients reçus par ces spécialistes sont souvent complexes (co-addictions, comorbidités psychiatriques) rendant le partage de leur suivi avec le généraliste plus difficile. Une solution serait de cibler prioritairement les addictologues spécialisés en tabacologie, même si leur nombre est limité, plutôt que ceux pratiquant des consultations d'addictologie générale.

D'autres régions pourraient être sollicitées pour élargir le panel de structures de tabacologie à impliquer.

L'impact sur les pratiques des médecins

Il serait intéressant de voir si les médecins généralistes impliqués dans le protocole partagé et qui se déclarent plus à l'aise avec le suivi du sevrage tabagique, ont davantage pratiqué celui-ci depuis le lancement de cette expérience en 2017.

Plusieurs patients ont rapporté que suite à une rechute ultérieure de leur consommation tabagique, leur médecin traitant avait initié de lui-même un nouvel accompagnement d'aide à l'arrêt du tabac.

Pour un médecin exerçant en groupe, ou en lien régulier avec ses confrères, cela pourrait entraîner un phénomène d'incitation collective à pratiquer davantage de consultations dédiées au sevrage. Or comme l'a montré la Commission des Jeunes Médecins en 2019, davantage de médecins plébiscitent un exercice libéral en groupe et on constate une diminution des médecins souhaitant exercer seuls. (71)

Un médecin plus expérimenté dans ce domaine pourra facilement répondre aux questions d'un confrère moins formé, et lui communiquer des repères utiles de prise en charge.

Cela pourrait être évalué par la diminution de la prévalence de patients fumeurs dans leur patientèle (difficile à obtenir en pratique), ou éventuellement par la progression de la déclaration ROSP du généraliste sur la part de patients tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève.

Une nouvelle thèse est en cours (S. Labarthe, Bordeaux), sur l'analyse comparative de l'évolution des prescriptions de substituts nicotiniques ou de varénicline, dans le groupe des médecins formés dans le cadre du parcours partagé versus un groupe témoin apparié. Cette étude fait intervenir le service médical de l'Assurance Maladie.

Vers une valorisation de l'implication des médecins de premier recours ?

Pour encourager davantage les médecins généralistes à s'impliquer dans l'arrêt du tabac de leurs patients, la valorisation des consultations dédiées au sevrage avait également été mise en avant comme solution par l'association européenne.

La Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018 a introduit, dans son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits (72).

Cela concerne les expérimentations portant notamment sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins.

L'addictologue de l'Hôpital Suburbain du Bouscat, responsable des Parcours Coordonnés, a rédigé fin 2018, sur la base des résultats de l'expérience princeps, une lettre d'intention encouragée par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) de Gironde, proposant un forfait au parcours au titre des « innovations organisationnelles – article 51 » pour valoriser notamment la participation des médecins généralistes. Les structures hospitalières qui inciteraient leurs addictologues à appliquer ce dispositif seraient également concernées.

Ce forfait, discuté avec l'ARS en 2019, a été fixé à **125 euros par patient inclus**.

Cette dérogation tarifaire devait couvrir :

- **un forfait de 75€ pour le médecin généraliste** représentant un complément de valorisation de 25€ par consultation pour les trois premières consultations en soin de premier recours. Le médecin généraliste recevrait ainsi 25 euros complémentaires au tarif de sa consultation classique, pour assurer une consultation dédiée, intégrer les modalités de suivi partagé avec l'addictologue, et assurer la traçabilité de sa consultation dans le livret commun.

- **50 euros versés à la structure spécialisée d'addictologie**, pour la valorisation de 25€ par consultation pour les deux premières consultations, rendues plus longues, incluant : la présentation du parcours patient et le recueil de son adhésion, les envois des documents-soutiens au généraliste, les messages pédagogiques adressés à ces médecins traitants via les dossiers transportés par le patient, la disponibilité pour répondre à leurs questions en hot-line (mail ou téléphone).

L'ARS de Nouvelle Aquitaine a transmis le projet fin 2019 au Comité Technique National « Article 51 ». Celui-ci a manifesté son intérêt et en a cautionné le principe, mais demande à ce jour l'extension préalable du dispositif, au-delà de l'étude princeps initiale ne concernant que 20 parcours partagés effectifs.

L'étude réalisée dans ce travail de thèse sur 173 parcours pourra, on l'espère, contribuer à un avis favorable.

VI- CONCLUSION

Le partenariat ville-hôpital mis en œuvre à l'Hôpital Suburbain du Bouscat depuis 2017 propose un parcours coordonné entre le médecin de premier recours et l'addictologue hospitalière, pour les patients en demande d'aide à l'arrêt du tabac.

Une première évaluation, formalisée en 2018, avait montré l'adhésion des médecins généralistes et la satisfaction des patients concernés, mais elle ne portait que sur 20 parcours partagés.

Dans notre étude sur 3 années, 173 patients ont été inclus entre septembre 2017 et fin octobre 2020.

Parmi les patients non impactés par la crise sanitaire de 2020 ayant engagé le dispositif, 62,1% ont poursuivi leur abstinence tabagique plus de 6 mois (59,3% en comptabilisant les perdus de vue comme non parvenus à ce seuil). Dans la population potentiellement impactée par le contexte COVID, 52,1% maintenaient l'arrêt du tabac à 6 mois (45,5% en comptant les perdus de vue comme échecs).

On observe également un impact négatif de la crise liée au COVID sur le suivi : les patients ont moins souvent engagé le parcours auprès de leur médecin, et ont été plus fréquemment perdus de vue.

La très grande majorité des patients (95%) ont consulté au moins une fois leur médecin traitant, la moitié d'entre eux l'ont consulté au moins 3 fois. Plus de 90% des généralistes impliqués ont intégré des observations médicales dans le livret partagé. Celles-ci étaient estimées correctes ou optimales pour 60% des dossiers évalués.

Le dispositif présente un intérêt en termes d'offre de soins de proximité, compte tenu des lieux de résidence des patients, parfois très éloignés.

Cette prise en charge conjointe, réalisée par le généraliste et l'addictologue/tabacologue, contribue à promouvoir l'exercice coordonné plébiscité par les instances de Santé pour améliorer l'offre de soin sur le territoire. Il est prévu d'évaluer son impact sur l'évolution des pratiques des médecins concernés.

La diffusion de ce modèle de partenariat dans d'autres régions et la valorisation de l'implication des médecins de premier recours pourraient être des perspectives intéressantes pour accroître la prise en charge du sevrage tabagique sur le territoire national.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):278-84.
- 2- HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique, argumentaire scientifique [internet]. Octobre 2014 [consulté le 26 avril 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire_scientifique_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
- 3- Poisson N, Gaudoneix-Taieb M, Armand-Branger S, Beauverie P, Molimard R. Interactions médicamenteuses et tabac. Le Courrier des Addictions. Mise au point. 1998;1(5):204-208.
- 4- Kopp P. Le coût social des drogues en France. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. 2015.
- 5- Quinet E. Évaluation socioéconomique des investissements publics. Commissariat général à la stratégie et à la prospective. Sept 2013.
- 6- Bonnay-Hamon A, Brousse P. Perceptions des fumeur×ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : enquête qualitative auprès des fumeur×ses au stade d'intention et préparation. [Thèse de Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2019.
- 7- 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;4(20):22-27.
- 8- Fournols M. Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac : retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise. [Thèse de Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2018.
- 9- Noury U, Andler R, Bonaldi C, Broustal O, Cogordan C, Gane J et al. Bulletin de santé publique Tabac. Nouvelle Aquitaine : Santé Publique France ; janv 2019.
- 10- Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Bull Epidémiol Hebd. 2021;(8):132-9.
- 11- Santé publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [internet]. 4 juin 2021 [consulté le 5 juin 21]. 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#block-252159>
- 12- Rolland B, Haesebaert F, Zante E, Benyamina A, Haesebaert J, Franck N. Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France: Survey Study. JMIR Public Health Surveill. 2020 Sep 18;6(3).

- 13- Kantar. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes, August-September 2020. Special Eurobarometer 506. European Commission, Directorate General for Health and Food Safety; Febr 2021. 235p. Rapport n°EW0620138ENN.
- 14- HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique [internet]. Octobre 2014 [consulté le 26 avril 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
- 15- Ministère des solidarités et de la santé. Médecin généraliste [internet]. Juillet 2015 [consulté le 26 avril 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/medecin-generaliste/>
- 16- Legifrance. Loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé. Article L-3511-10. [internet]. 26 janvier 2016 [consulté le 23 février 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641>
- 17- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Objectif 10 du Plan Cancer 2014-2019.
- 18- JJC. Le Généraliste inscrit dans la lutte antitabac. MG France [internet]. Septembre 2014 [consulté le 24 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/actualite-sante-publique/617-le-generaliste-inscrit-dans-la-lutte-anti-tabac>
- 19- Santé Publique France. Communiqué de presse. #Mois sans tabac, le défi commence maintenant ! octobre 2020.
- 20- Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action et des Comptes publics. Programme national de lutte contre le tabac 2018 – 2022.
- 21- COREADD. Addictoclic, contacts et ressources utiles en Nouvelle Aquitaine [internet]. Mars 2021 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.addictoclic.com/structure/gironde/renapsud>
- 22- Association Addictions France. Qui sommes-nous ? [internet]. 2020 [consulté le 19 mars 2021]. Disponible sur : <https://addictions-france.org/>
- 23- COREADD. En 2021, L'ANPAA devient l'AAF [internet]. 04 janv 2021 [consulté le 19 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.coreadd.com/post/anpaa-devient-aaf>
- 24- Legifrance. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Formation spécialisée transversale d'addictologie. [internet]. 20 novembre 2017 [consulté le 19 mars 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000036525660/2020-09-11
- 25- Collège national universitaire des enseignants d'addictologie. FST Addictologie [internet]. 2021 [consulté le 19 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.cunea.fr/fst-addictologie>

- 26- Université Paris-Saclay. D.U. Addictologie générale en e-learning [internet]. [Consulté le 19 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.medecine.universite-paris-saclay.fr/formations/formation-continue/les-diplomes-duniversite-du-et-diu/du-addictologie-generale-en-e-learning>
- 27- Société Francophone de Tabacologie. Formations [internet]. [consulté le 26 avril 2021]. Disponible sur : <http://www.societe-francophone-de-tabacologie.org/formations1.html>
- 28- UMFCS Aix Marseille Université. Tabacologie et aide au sevrage tabagique. Formation diplômante pour DESIU [internet]. 2020 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : <https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/tabacologie-et-aide-au-sevrage>
- 29- European Stakeholder Conference. General Practitioners and the economics of smoking cessation in Europe. Rapport Mars 2008; Barcelone.
- 30- European Commission. General Practitioners and Economics of Smoking Cessation in Europe [PESCE] [2005319] – Project [internet]. 2006 [consulté le 19 mars 2021]. Disponible sur : https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/2005319/summary.
- 31- Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Revue Exercer. 2013;108:148-55.
- 32- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [internet]. 2020 [consulté le 24 avril 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
- 33- MILDECA. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022 [internet]. Janv 2019 [consulté le 18 février 2021]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>.
- 34- Collège National des Enseignants de Pneumologie. Item 73 Addiction au tabac [internet]. 2017 [consulté le 18 février 2021]. Disponible sur : http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2017/04/item-73_Tabac-2017_04.pdf
- 35- Aubert JP, Binder P, Birgé J, Certain MH, Dumay C et al. Descriptif de l'ensemble des familles de situations (problèmes complexes) dans lesquelles l'interne de médecine générale devrait être placé afin d'évaluer ses performances et ses compétences. Collège National des Généralistes Enseignants [internet]. [Consulté le 18 février 2021]. Disponible sur : http://www.cemg-lille.fr/fichiers/outils/famillesdesituations_descriptif.pdf
- 36- Fun MOOC. Comprendre les addictions [internet]. 2020 [consulté le 19 mars 2021] Disponible sur : <https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:ParisSaclay+71010+session05/about>
- 37- Intervenir Addictions. Se former [internet]. 2021 [consulté le 23 février 2021]. Disponible sur : <https://intervenir-addictions.fr/formation/>
- 38- Addictutos. Tutoriel Sevrage Tabac [internet]. 2016 [consulté le 23/02/2021]. Disponible sur : <https://www.addictutos.com/page/tutoriels/tutoriel-sevrage-tabac>

- 39- Santé Publique France. Pro-Tabac-Info-Service, Espace professionnel de santé [internet]. [Consulté le 19 mars 2021]. Disponible sur : <https://pro.tabac-info-service.fr/>
- 40- Cliquennois S. Difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique. [Thèse de Médecine]. Dijon. Université de Bourgogne ; 2017.
- 41- Dimeglio E. Campagne #MoisSansTabac 2016, le marketing social auprès des médecins généralistes : enquête qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes du Lot-et-Garonne. [Thèse de Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2018.
- 42- Ravily E. Connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes concernant deux thérapeutiques de l'arrêt du tabac : la varénicline et le bupropion. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Gironde. [Thèse de Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2018.
- 43- Crevoisier L. Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine. [Thèse de Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2019.
- 44- Pradet F. Traitement de l'addiction au tabac par varénicline : facteurs associés à l'abstinence de plus de six mois. [Thèse de Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2017.
- 45- Gretten G. Diffusion d'un parcours coordonné pour l'arrêt du tabac en ex-Aquitaine : freins et leviers pour l'appropriation de la méthode et des outils par un collectif d'addictologues. [Thèse de Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2020.
- 46- Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022, un engagement collectif. Dossier de Presse. Sept 2018.
- 47- Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière [internet]. 2006 [consulté le 03 avril 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_daide_au_sevrage_tabagique__avis_de_la_has.pdf
- 48- Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99(1):29-38.
- 49- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;5(165).
- 50- Kotz D, Brown J, West R. 'Real-world' effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. *Addiction*. 2014;109(3):491-9.
- 51- Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;5:CD000146.
- 52- Hajek P, Philipps Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N et al. A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. *N Engl J Med*. 2019; 380:629-637.

- 53- Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 5;6(6).
- 54- Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, et al. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2015 Feb 17;313(7):687-94.
- 55- HAS. Commission de transparence, Avis sur la varénicline [internet]. Novembre 2016 [consulté le 26/04/21]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-14982_CHAMPIX_PIC_INS_Avis3_CT14982.pdf
- 56- Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016;387(10037):2507-20.
- 57- Leone F, Zhang Y, Evers-Casey S. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependant Adults. An official ATS Clinical Practice Guideline. American Thoracic Society Documents. Mai 2020.
- 58- Loumaigne P. Évaluation de la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale : étude quantitative et qualitative d'un échantillon de 89 patients [Thèse de Médecine]. Poitiers. Université de Poitiers ; 2013
- 59- Serriari N.E. Échanges d'Informations médicales entre centres d'addictologie et médecins généralistes : ressenti des médecins généralistes picards. [Thèse de Médecine]. Amiens. Université de Picardie ; 2018.
- 60- Pernossi V. Lien ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïis. [Thèse de Médecine]. Grenoble. Université de Grenoble ; 2018.
- 61- Enzinger L. Coopération ville-hôpital : évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile. [Thèse de Médecine]. Grenoble. Université de Grenoble ; 2018.
- 62- Equip'Addict. Cahier des charges : développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions [internet]. Septembre 2019 [consulté le 12 février 2021]. Disponible sur : <https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/equipaddict.pdf>
- 63- Olivier Bouchy. Téléconsultations : opinion des médecins généralistes d'un territoire rural. CMGF 10^{ème} édition [internet]. 1^{er} Avril 2016 [consulté le 27 février 2021]. Disponible sur : <http://presentations.congresmg.fr/presentations-2016/videos-intervenants-site/vendredi/252b/14/01-bouchy-didier.html>
- 64- Groupe de travail de la FFA et de l'AFEF. Éliminer l'infection par le virus de l'hépatite C. Construire un parcours de soins coordonnés addictologues/hépatogastroentérologues pour les patients addicts. Parcours adapté aux besoins de chaque patient. *Alcoologie et Addictologie*. 2019;41(1):46-51.
- 65- Ameli. Prado, le service de retour à domicile [internet]. Mars 2021 [consulté le 30 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

66- Ministère des solidarités et de la santé. Mise en place d'un dispositif de soins partagés, Versailles et Toulouse [internet]. [Consulté le 30 mai 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/mise-en-place-d-un-dispositif-de-soins-partages>

67- Mathieu Sacal. Acceptation du suivi alterné médecin généraliste / médecin spécialiste hospitalier chez les patients sous PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH) : enquête dans 3 centres en Gironde. [Thèse de Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2019.

68- Chevalier P. Analyse en intention de traiter. *Minerva*. 2010;9(2)28

69- Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional pour le Pacifique occidental. Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. 2e éd. [internet]. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. 2003 [consulté le 03 avril 2021]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208221>

70- CEDIP. Chabal. S, les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Fiche 62. [Internet]. 2014 [consulté le 03 avril 2021]. Disponible sur : http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf

71- Commission des Jeunes Médecins. Enquête sur les déterminants à l'installation. Conseil National de l'Ordre des Médecins [internet]. 2019 [consulté le 21 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>

72- Ministère des solidarités et de la santé. Expérimenter et innover pour mieux soigner. Organisation et financement du système de santé [internet]. Février 2021 [consulté le 04 mai 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-Ifss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche de cadrage n°41 de l'Agence Nationale du Développement Professionnel continu (aout 2019)

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 41

I/ Repérage précoce, accompagnement et prise en charge des patients présentant des pratiques addictives de type tabac, alcool, cannabis et opioïdes

Repérage précoce, accompagnement et prise en charge des patients présentant des pratiques addictives de type tabac, alcool, cannabis, opioïdes, jeux écrans, achats compulsifs, sexe

II/ Contexte et enjeux

Le tabac et l'alcool représentent les deux premières causes de mortalité évitable. La consommation de tabac et la consommation excessive d'alcool sont des déterminants majeurs de santé. Chaque année 73 000 décès sont dus au tabac et 49 000 décès à l'alcool.

On estime à 1,4 million de personnes le nombre d'usagers réguliers de cannabis dont 700 000 usagers quotidiens.

L'usage problématique des autres drogues illicites¹³ concerne environ 280 000 personnes, dont environ 105 000 usagers pratiquant l'injection intraveineuse.

Favoriser l'accès à un traitement de substitution aux opioïdes pour les personnes dépendantes aux opioïdes est un enjeu majeur pour réduire les risques de contamination virale (hépatite C, VIH) et de surdoses. La prévalence du VHC demeurant très élevée chez les usagers de drogues (estimée à 64% chez les usagers de drogues par voie intraveineuse en 2011).

Les opioïdes antalgiques dont les prescriptions sont en hausse, présentent un fort potentiel d'abus et de mésusage et exposent au risque de surdoses. Cela souligne l'enjeu du bon usage des opioïdes antalgiques auquel doivent contribuer les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, paramédicaux..) et les professionnels du traitement de la douleur

Renforcer les compétences des professionnels de santé permettrait :

- D'accroître leur rôle en matière de repérage des usagers problématiques ou dépendants de substances psychoactives, notamment tabac, alcool, cannabis et opioïdes , jeux, écrans, achats compulsifs, sexe ;
- D'accroître leur implication dans la prise en charge des personnes confrontées à des addictions, en connaissant mieux les stratégies thérapeutiques et les outils de réduction des risques et des dommages, notamment tabac, alcool, cannabis et opioïdes, jeux, écrans, achats compulsifs, sexe ;
- De mieux adapter le parcours des usagers en difficultés avec leurs consommations de substances en améliorant la connaissance pour le professionnels de santé, des réseaux et structures du champ des addictions ;

¹³ Usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour les 15-64 ans (définition OEDT).

01-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019. Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- De renforcer l'accompagnement à l'arrêt du tabac et de mieux connaître les traitements et outils disponibles pour aider à l'arrêt du tabac ;
- De contribuer au bon usage des médicaments opioïdes (antalgiques opioïdes et traitements de substitution opiacés).

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé

Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

- Stratégie nationale de santé 2018-2022
- Plan priorité prévention 2018-2022
- LMSS 2016: inscription dans la loi de la politique de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de substances psychoactives.
- Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Améliorer le savoir être pour mieux accompagner les personnes confrontées à des consommations problématiques avec focus particulier tabac, alcool, cannabis et opioïdes et à des comportements addictifs : jeux écrans, achats compulsifs, sexe
- Savoir utiliser le RPIB, repérage précoce et intervention brève avec les référentiels et outils d'évaluation validés selon les produits, en particulier pour le tabac, l'alcool, le cannabis et opioïdes ;
- Savoir orienter les personnes vers des prises en charge adaptées à leur situation ;
- Augmenter la part des patients accompagnés vers un arrêt du tabac ;
- Promouvoir le bon usage des traitements opioïdes dans le cadre de la substitution aux opiacés et dans le cadre du traitement de la douleur.
- promouvoir les bonnes pratiques en matière d'utilisation d'écrans et de jeux

VI/ Périmètre – Eléments de programme

- Faire un diagnostic situationnel, et des facteurs de risque et de vulnérabilité
- Etre à l'aise dans l'abord et la prise en charge des patients aux différentes étapes de leur parcours ;
- Renforcer les connaissances sur les mécanismes de la dépendance, les comorbidités notamment psychiatriques, la douleur, les complications somatiques et psychiques;
- Intervention courte type RPIB, suivi non complexe, accompagnement du patient,
- Connaître les différentes possibilités thérapeutiques communes et spécifiques aux addictions (approches et outils de la réduction des risques et des dommages)
- Connaître les dispositifs de recours existants structures d'addictologie, ambulatoire, résidentiel...;
- Connaître la prise en charge d'un patient fumeur vers l'arrêt du tabac selon la HAS
- Prise en charge complexe des patients sévères en rupture avec le circuit de soins spécialisés (réseau addictologique et psychiatrique au regard de la fréquence des comorbidités)

01-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

ANNEXE 2 : courrier et synoptique adressés au médecin traitant pour un patient inclus traité par substitut nicotinique

Chère Consoeur, Cher Confrère,

J'ai vu aujourd'hui, pour une aide à l'arrêt du tabac, votre patient : M.....

Je voudrais vous proposer de vous intégrer dans un projet quelque peu novateur, qui consiste en **une prise en charge conjointe** entre ma consultation hospitalière et votre suivi de ce patient que vous connaissez bien.

On peut repérer 3 enjeux :

D'abord respecter cette **mission forte de la médecine générale**, que les médecins de premier recours prennent en charge déjà dans de nombreux domaines. Le tabac est notamment impliqué dans quasiment toutes les pathologies rencontrées au cabinet, et constitue bien souvent un obstacle à l'amélioration de l'état de santé!

Ensuite vous permettre, si besoin est, de vous **familiariser avec l'accompagnement à l'arrêt du tabac**, par cette transmission d'expérience. Nombreux sont les confrères qui ne s'engagent pas dans cette aide à l'arrêt qui leur paraît chronophage, complexe, et bien peu efficace. Une expérimentation en tandem peut changer la représentation de cette démarche...

Enfin, permettre à plus de patients d'accéder à la prise en charge en **désengorgeant la consultation hospitalière**, notamment les urgences concernant les post IDM-AVC, les situations préopératoires, et les femmes enceintes, ou encore les addictions au tabac particulièrement sévères, (ancienneté de l'intoxication, polyconsommations), les patients avec co-morbidités psychiatriques importantes (bipolarité/dépression majeure) ou somatiques graves (cancer en soins, insuffisance respiratoire, SAS) actuellement impossibles à gérer, avec 5 mois d'attente pour les RDV.

Comment concrètement cela va-t-il se passer, avec votre accord, pour ce suivi conjoint ?

Cela doit s'intégrer dans votre pratique, avec une **durée de consultation compatible** avec votre activité habituelle (1 quart d'heure/ 20 mn). Le synoptique au verso propose les dates et objectifs de chaque consultation afin de bien les délimiter (consultations de médecine générale en rouge, sur la moitié supérieure du document, les miennes en dessous en bleu pour votre information).

Les patients sont avertis qu'ils vous consulteront **pour ce seul motif**. Ils sont aussi au fait du calendrier d'accompagnement : 10 consultations en moyenne, dont 4 le 1^{er} mois, et de la durée du traitement (3 à 6 mois selon l'ancienneté du tabagisme et l'évolution). L'arrêt progressif du tabac est attendu généralement autour d'1 mois.

Je propose un soutien pharmacologique addictolytique par **substituts nicotiniques**, qui sont désormais pris en charge par l'assurance maladie depuis 2018.

Je vais gérer les 2 premières consultations de mise en route qui sont un peu plus longues (J0 et J9). Ce passage initial en consultation hospitalière permet au patient de prendre date et **d'acter son engagement**, selon les propres arguments de certains confrères MG.

Je vous rends la main, avec courrier à l'appui, pour les **2 consultations hebdomadaires suivantes** qui doivent mener, sinon à l'arrêt, du moins à une nette diminution de la consommation.

Je revois le patient à 1 mois, pour « booster » les patients les plus dépendants, et vous tiens informé(e) par un second courrier. **La chronologie de la suite de prise en charge est indiquée au verso.**

Vous pouvez **me joindre « en hot line »** lors de vos consultations de suivi, pour toute question.

Bien confraternellement !

Dr Nathalie LAJZEROWICZ

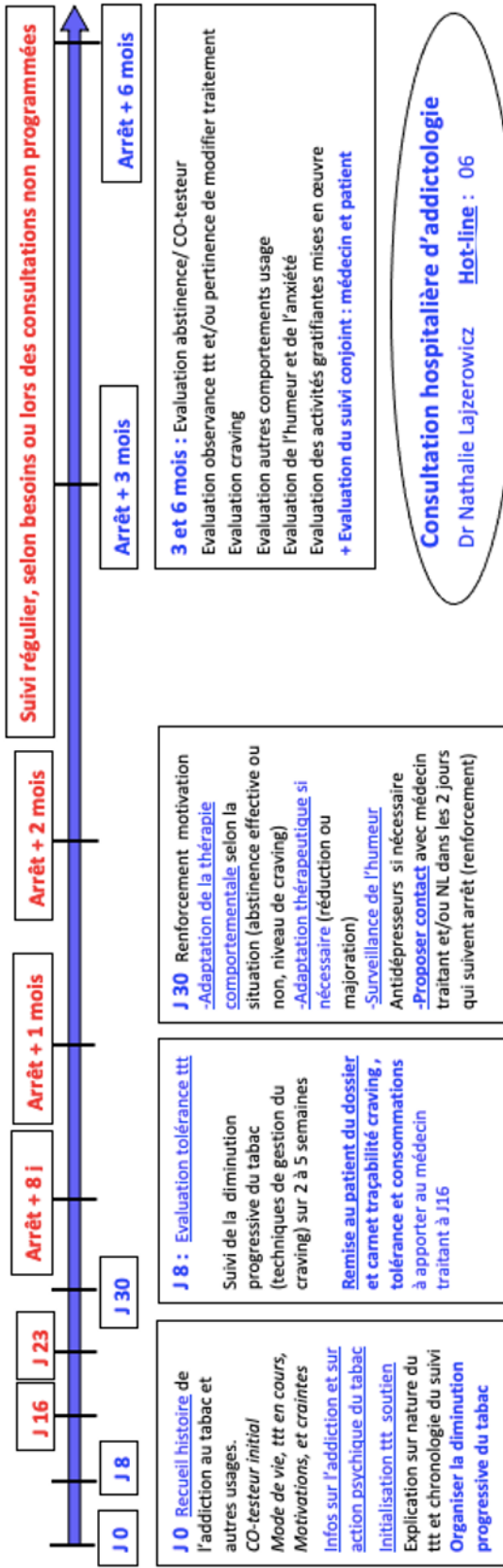
SYNOPTIQUE D'ACCOMPAGNEMENT A L'ARRÊT DU TABAC AVEC PATCHS NICOTINIQUES

Médecin Traitant du patient

J 16 : Evaluation consommation tabac (et attention au transfert vers autres consos ou comportements)
-Evaluation dosage des patches (surdosage : nausées/tachycardie ou sous dosage : pulsions fortes)
 -Si substituts nicotiniques oraux : adaptation du nombre
 -Si abandon dernières cig difficile: arrêt café qq jours
-Suivi des conseils pour réduction des symptômes sevrage et du craving (boire grand verre eau, respirations profondes, changer d'occupation, modification des habitudes, prévention hypoglycémies, autres activités gratifiantes et accessibles)
-Poursuite carnet traçabilité jusqu'à 2-3 jours après abstinence (renforce sentiment capacité)
 -Encourager et féliciter de l'engagement
-Revenir à J 23 si n'a pas arrêté le tabac à J16

Dès l'arrêt : Valoriser ++ le changement Revenir à 8 jours et 1 mois de l'arrêt
 A chaque RDV de suivi : Favoriser l'énoncé, par le patient, des bénéfices ressentis, et ses actions pour gérer le craving.
Expliquer et gérer les symptômes de sevrage ressentis : troubles transit, céphalées, douleurs abdominales, toux, infections ORL, asthénie, troubles du sommeil ou de l'humeur...
Surveiller les éventuelles compensations alimentaires et l'évolution du poids

Calendrier de suivi idéalement 1 fois / mois pendant 6 mois
 Puis à 9 mois et 1 an. Déculpabiliser sur rechute ultérieure
 Reposer la question de l'abstinence à chaque consultation



ANNEXE 2 (bis) : courrier et synoptique adressés au médecin traitant pour un patient inclus avec traitement par varénicline

Chère Consoeur, Cher Confrère,

J'ai vu aujourd'hui, pour une aide à l'arrêt du tabac, votre patient : M.....

Je voudrais vous proposer de vous intégrer dans un projet quelque peu novateur, qui consiste en **une prise en charge conjointe** entre ma consultation hospitalière et votre suivi de ce patient que vous connaissez bien.

On peut repérer 3 enjeux :

D'abord respecter cette **mission forte de la médecine générale**, que les médecins de premier recours prennent en charge déjà dans de nombreux domaines. Le tabac est notamment impliqué dans quasiment toutes les pathologies rencontrées au cabinet, et constitue bien souvent un obstacle à l'amélioration de l'état de santé!

Ensuite vous permettre, si besoin est, de vous **familiariser avec l'accompagnement à l'arrêt du tabac**, par cette transmission d'expérience. Nombreux sont les confrères qui ne s'engagent pas dans cette aide à l'arrêt qui leur paraît chronophage, complexe, et bien peu efficace. Une expérimentation en tandem peut changer la représentation de cette démarche...

Enfin, permettre à plus de patients d'accéder à la prise en charge en **désengorgeant la consultation hospitalière**, notamment les urgences concernant les post IDM-AVC, les situations préopératoires, et les femmes enceintes, ou encore les addictions au tabac particulièrement sévères, (ancienneté de l'intoxication, polyconsommations), les patients avec co-morbidités psychiatriques importantes (bipolarité/dépression majeure) ou somatiques graves (cancer en soins, insuffisance respiratoire, SAS) actuellement impossibles à gérer, avec 5 mois d'attente pour les RDV.

Comment concrètement cela va-t-il se passer, avec votre accord, pour ce suivi conjoint ?

Cela doit s'intégrer dans votre pratique, avec une **durée de consultation compatible** avec votre activité habituelle (1 quart d'heure/ 20 mn). Le synoptique au verso propose les dates et objectifs de chaque consultation afin de bien les délimiter (consultations de médecine générale en rouge, sur la moitié supérieure du document, les miennes en dessous en bleu pour votre information).

Les patients sont avertis qu'ils vous consulteront **pour ce seul motif**. Ils sont aussi au fait du calendrier d'accompagnement : 10 consultations en moyenne, dont 4 le 1^{er} mois, et de la durée du traitement (3 à 6 mois selon l'ancienneté du tabagisme et l'évolution). L'arrêt progressif du tabac est attendu généralement autour d'1 mois.

Je propose un soutien pharmacologique addictolytique par **varénicline**, qui est pris en charge par l'assurance maladie depuis mai 2017, ou **substituts nicotiniques**, également pris en charge depuis 2018.

Je vais gérer les 2 premières consultations de mise en route qui sont un peu plus longues (J0 et J9). Ce passage initial en consultation hospitalière permet au patient de prendre date et **d'acter son engagement**, selon les propres arguments de certains confrères MG.

Je vous rends la main, avec courrier à l'appui, pour les **2 consultations hebdomadaires suivantes** qui doivent mener, sinon à l'arrêt, du moins à une nette diminution de la consommation.

Je revois le patient à 1 mois, pour « booster » les patients les plus dépendants, et vous tiens informé(e) par un second courrier. **La chronologie de la suite de prise en charge est indiquée au verso.**

Vous pouvez **me joindre « en hot line »** lors de vos consultations de suivi, pour toute question.

Bien confraternellement !

Dr Nathalie LAJZEROWICZ

SYNOPTIQUE D'ACCOMPAGNEMENT A L'ARRÊT DU TABAC

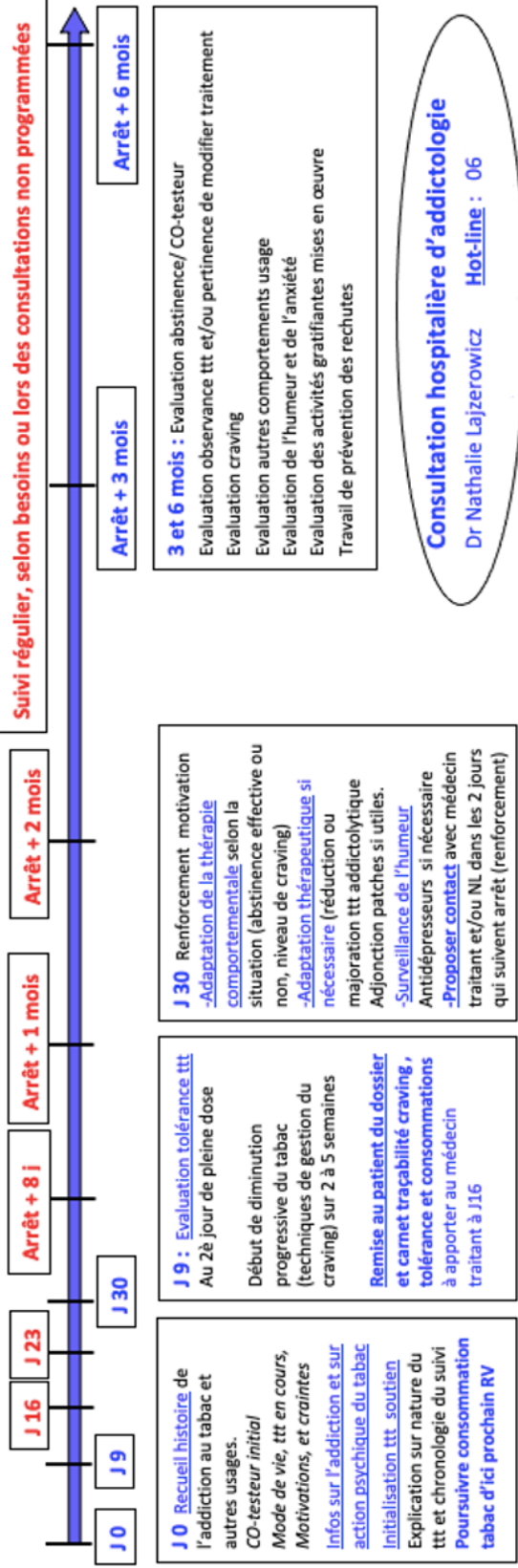
AVEC VARENICLINE

Médecin Traitant du patient

J 16 : Evaluation consommation tabac (et attention au transfert vers autres consos ou comportements)
-Evaluation tolérance ttt : si nausées ou insomnie (surtout femmes et faible IMC) : réduire doses (1 cp le matin et le soir ou 0,5x 3 fois par jour (ou 2x)
 -Si abandon dernières cig difficile: arrêt café qq jours
-Suivi des conseils pour réduction des symptômes sevrage et du craving (boire grand verre eau, respirations profondes, changer d'occupation, modification des habitudes, prévention hypoglycémies, autres activités gratifiantes et accessibles)
-Poursuite carnet tracabilité jusqu'à 2-3 jours après abstinence (renforce sentiment capacité)
 -Encourager et féliciter de l'engagement
-Revenir à J 23 si n'a pas arrêté le tabac à J16

Dés l'arrêt : Valoriser ++ le changement
Revenir à 8 jours et 1 mois de l'arrêt
 A chaque RDV de suivi : Favoriser l'énoncé, par le patient, des bénéfices ressentis, et ses actions pour gérer le craving.
Expliquer et gérer les symptômes de sevrage ressentis : troubles transit, céphalées, douleurs abdominales, toux, infections ORL, asthénie, troubles du sommeil ou de l'humeur...
Surveiller les compensations alimentaires (ou autres substances) et l'évolution du poids

Calendrier de suivi idéallement 1 fois / mois pendant 6 mois
 Puis à 9 mois et 1 an. Déculpabiliser sur rechute ultérieure
 Reposer la question de l'abstinence à chaque consultation
 Poursuivre le traitement pharmacologique 3 à 6 mois après le sevrage



ANNEXE 3 : Fiche de cadrage n°23 de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (2019)

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 23

I/ Intitulé de l'orientation
Appui à la construction et à la mise en œuvre de projets d'exercice coordonné
II/ Contexte et enjeux
<p>L'exercice en équipes coordonnées pluri-professionnelles s'est développé depuis une quinzaine d'années selon 3 modèles : les maisons de santé pluri professionnelles, les centres de santé pluri-professionnels et plus récemment les équipes de soins primaires inscrits depuis la loi de janvier 2016 dans le Code de la santé publique (CSP). Bien qu'encore minoritaire, cet exercice concerne un nombre croissant de professionnels de santé et il est plébiscité par les jeunes générations. Une première évaluation par l'IRDES a montré des gains en matière de productivité et de dépenses associés à une meilleure qualité des pratiques pour le suivi des malades atteints de pathologies chroniques (diabétiques), la vaccination et la prévention du risque iatrogénique. De plus, il contribue à stabiliser l'offre de soins dans les territoires connaissant des tensions démographiques. Ces bénéfices sont d'autant plus observés que les professionnels coopèrent de manière effective entre eux et partagent de l'information. C'est pourquoi un des objectifs de la stratégie « Ma santé 2022 » est de doubler le nombre des équipes de soins coordonnées d'ici 2022.</p> <p>Les communautés territoriales de santé (CPTS), elles aussi inscrites dans le code de la santé publique depuis la loi de janvier 2016, sont ancrées dans les bassins de vie et constitue une forme d'exercice coordonné à une échelle territoriale : les professionnels de santé participant aux CPTS ne partagent pas nécessairement la même patientèle mais se coordonnent pour mettre en œuvre des projets répondant aux besoins de la population de leur territoire, en utilisant une logistique commune et des outils de partage sécurisé des données de santé. Actuellement, plus de 300 projets de CPTS ont été identifiés pour l'essentiel à l'initiative des professionnels de santé de ville et avec l'appui des ARS. La stratégie de transformation du système de santé a pour ambition de mailler tout le territoire national de CPTS d'ici 2022 afin que l'exercice isolé constitue une exception et afin d'assurer une organisation territoriale des soins. La loi sur l'organisation et la transformation du système de santé inscrit dans le CSP les équipes de soins spécialisés en leur donnant comme objectif d'organiser leurs activités de façon coordonné avec l'ensemble des acteurs du territoire, et ce sera la plupart du temps dans le cadre des CPTS. Des négociations entre l'Assurance Maladie et les représentations professionnelles sont en cours pour mettre en œuvre un financement pérenne des CPTS en contrepartie de missions prioritaires (accès aux soins, organisation des parcours, prévention) et optionnelles (démarche qualité, accompagnement des professionnels).</p> <p>Le développement professionnel continu doit accompagner cette évolution des pratiques et des modes d'exercice.</p>

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

III/	Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
	<ul style="list-style-type: none"> - Plan d'égal accès aux soins dans les territoires - Stratégie « ma santé 2022 » (en particulier le chantier 1 sur l'organisation des soins de proximité)

IV/	Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins
	Proposer des actions de DPC pluri-professionnelles aux professionnels de santé engagés dans l'exercice coordonné, quelle que soit sa forme, pour les outiller à la construction et à la mise en œuvre de projets de santé communs.

VI/	Périmètre – Eléments de programme
	<ul style="list-style-type: none"> - En priorité proposition d'actions de DPC à des équipes de terrain engagées dans la mise en œuvre de projet de santé bien définis, visant à l'acquisition des compétences nécessaires à la mise en œuvre de ces projets. Ces projets peuvent porter sur l'accès aux soins, sur l'organisation des parcours de santé, sur les actions de prévention, sur l'accompagnement des professionnels de santé nouvellement installés, sur la qualité et la pertinence des pratiques ou encore sur d'autres thèmes - Egalement proposition d'actions de DPC portant sur les enjeux généraux de l'exercice coordonné et visant au développement de compétences interprofessionnelles : connaissance des leviers, ressources territoriales et acteurs institutionnels, connaissance des enjeux de la responsabilité territoriale et populationnelle, protocoles de coopération pluri-professionnels, partage sécurisé de l'information et des données médicales, utilisation d'outils numériques de coordination...

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La lutte contre le tabagisme est au premier plan des enjeux de santé publique en France. Le médecin généraliste, au cœur de la prise en charge globale du patient, a une place privilégiée pour accompagner celui-ci vers l'arrêt du tabac. L'Hôpital Suburbain du Bouscat propose depuis 2017, une prise en charge conjointe entre médecin addictologue et médecins traitants des patients candidats au sevrage. Une première évaluation réalisée en 2018 sur un échantillon réduit (n=31) avait montré un maintien du sevrage de plus de 6 mois pour 60% des patients ayant engagé le parcours. Notre travail avait pour objectif principal d'évaluer l'efficacité de cette démarche, sur une population plus importante.

METHODE : il s'agit d'une étude rétrospective quantitative des sevrages des patients inclus dans le dispositif entre septembre 2017 et octobre 2020. Le critère de jugement principal est le maintien d'une abstinence tabagique au moins 6 mois.

RESULTATS : Parmi les patients ayant engagé le parcours partagé (n=163/173), 55% ont maintenu une abstinence tabagique au moins 6 mois. Parmi les patients pris conjointement en charge avant la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID en 2020, le taux de maintien de l'abstinence tabagique à 6 mois s'élève à 62% (59% en comptabilisant les perdus de vue comme échecs), ce qui confirme les résultats de l'étude princeps. Les patients ont impliqué leur médecin traitant dans leur suivi en le consultant en moyenne 2 à 3 fois. Plus de 90% des praticiens ont rédigé des observations dans le livret partagé. Ce support servait de lien entre les deux professionnels, et permettait au médecin généraliste de s'approprier la démarche.

CONCLUSION : Ce modèle de partenariat ville-hôpital semble efficace. Sa diffusion dans d'autres régions, et la valorisation de l'implication des médecins de premier recours, pourraient être des perspectives intéressantes pour accroître la prise en charge du sevrage tabagique sur le territoire national.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS CLES : Arrêt du tabac/ Partenariat Ville-Hôpital/ Parcours Coordonné/ Médecin Généraliste/ Addictologue

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

ABSTRACT

TITLE : Evaluation of the coordinated pathway to help smoking cessation in Gironde. Retrospective study of three years care.

INTRODUCTION : The fight against smoking has been at forefront of public health stakes in France. The general practitioner, at the heart of the overall care of the patient, has a privileged role to support him in his smoking cessation. Since 2017, the Bouscat Suburban Hospital offers a joint care between the addictologist and general practitioners treating patients requesting help to quit smoking. A first evaluation carried out in 2018 on a small sample (n=31) showed that smoking cessation was maintained for more than 6 months for 60% of the patients who started the pathway. The main objective of our work was to assess the effectiveness of this approach, on a larger population.

METHODS : This is a quantitative retrospective study of the smoking cessation of patients included in the device between September 2017 and October 2020. The primary endpoint is the maintenance of smoking abstinence for at least 6 months.

RESULTS : Among the patients who started the shared process (n=163/173), 55% maintained smoking abstinence for at least 6 months. Among the patients jointly treated before the health crisis linked to the COVID pandemic in 2020, the rate of maintaining smoking abstinence at 6 months is 62% (59% when counting those lost to follow-up as failures), which confirms the results of the originator study. The patients involved their attending physician in their follow-up by consulting him on average 2 to 3 times. Over 90% of practitioners wrote comments in the shared booklet. This support served as link between the two professionals and allowed the general practitioner to take ownership of the process.

CONCLUSION : This city-hospital partnership model seems effective. Its diffusion in other regions, and the highlighting of the involvement of primary care physicians, could be interesting prospects for increasing the management of smoking cessation in the national territory.

DISCIPLINE: General Medicine

Keywords: Smoking cessation / City-Hospital Partnership / Coordinated Pathway / General Practitioner / Addictologist

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