



HAL
open science

Étude de la viabilité et de l'acceptabilité pour les patients d'un parcours coordonné ville-hôpital pour l'arrêt du tabac en Ex-Aquitaine

Joris Madelenat

► **To cite this version:**

Joris Madelenat. Étude de la viabilité et de l'acceptabilité pour les patients d'un parcours coordonné ville-hôpital pour l'arrêt du tabac en Ex-Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03435557

HAL Id: dumas-03435557

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03435557>

Submitted on 18 Nov 2021

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

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

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

Thèse n° 95

THÈSE POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 septembre 2021

Par MADELENAT Joris Andréa Xavier

Né le 4 janvier 1991 à Paris (75)

**Étude de la viabilité et de l'acceptabilité pour les patients d'un
parcours coordonné ville-hôpital pour l'arrêt du tabac en Ex-
Aquitaine**

Sous la direction de : Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Monsieur le Docteur Léo DONZEL-GODINOT

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François ALLA

Président

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Juge et Rapporteur

Madame le Professeur Mélina FATSEAS

Juge

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Juge

Remerciements

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur François ALLA

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Votre expérience dans le domaine de la prévention apporte une critique nécessaire à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Vous me faites l'honneur d'être le rapporteur de ce travail, vous qui êtes à l'origine de ce Parcours coordonné, pierre angulaire de cette étude. Merci de m'avoir initialement retenu pour participer à un travail de thèse lié à 'EVIAPACT', puis de m'avoir aiguillé pour le finaliser. Soyez assurée de mes remerciements et de ma sincère reconnaissance.

Madame le Professeur Méлина FATSEAS

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez accepter la marque de ma respectueuse considération.

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. J'ai eu la chance d'assister à plusieurs de vos cours durant la formation de Médecine Générale. Je garde le souvenir de cours vivants, stimulants, avec des références culturelles appréciées. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Léo DONZEL-GODINOT

Vous me faites l'honneur de codiriger cette thèse. Merci pour votre concours et votre aide à différentes étapes de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Vous me faites l'honneur de codiriger cette thèse. Merci pour votre investissement, vos conseils, votre réactivité, votre disponibilité durant toute cette période. Je crois et j'espère que beaucoup partagent l'estime que j'ai pour vous. Vous avez soutenu tant d'étudiants dans leur cheminement vers le doctorat. Difficile d'imaginer comment se porterait le cursus Bordelais de Médecine Générale sans vous. Vous pouvez passer le flambeau avec fierté. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon immense gratitude.

À ma famille :

À ma mère et à mon père, ces quelques lignes ne suffiront pas à exprimer toute la reconnaissance et l'amour que j'ai pour vous. Vous avez été d'un soutien sans faille, sous toutes ses formes, depuis mon plus jeune âge jusqu'à aujourd'hui. Je n'ai jamais manqué de rien, ai toujours été mis dans les meilleures dispositions pour réussir et apprécier un quotidien vierge de véritables difficultés. Cet accomplissement, c'est aussi le vôtre, et je suis fier de pouvoir le partager avec vous. Si c'est encore Niort qui me vient à l'esprit quand je pense à la 'maison', vous n'y êtes pas étrangers. Merci pour tout, et plus encore.

À mes frères, qui sont d'une importance cruciale et sous-estimée dans ma vie. Une enfance entre amour et désamour, comme cela peut arriver dans une fratrie de 3 garçons. Les années ont eu le même effet sur notre relation que sur un bon vin. On ne choisit pas sa famille, c'est un fait, mais je me sens très chanceux d'appartenir à celle-ci. On prend le meilleur de chacun et on fait abstraction du reste. On se connaît, on s'apprécie, on construit et on avance ensemble.

À ma grand-mère Liliane, exemple de résilience et de combativité, qui a dédié bon nombre d'années au monde de la Santé. Tant de temps passé au 'Moulin', loin des tracasseries et des obligations, à profiter en toute simplicité. Je te remercie d'être là pour nous, encore aujourd'hui. Je chérie chaque occasion qui m'est donnée de te voir, en espérant qu'elles soient encore nombreuses. Je t'embrasse Mamie.

À ma grand-mère Jacqueline, un bon bout de femme, solide comme un roc malgré sa silhouette chétive. Il nous est difficile de voir les souvenirs t'abandonner. Nous faisons face malgré tout, soudés et armés d'un optimisme certes un peu naïf mais au combien nécessaire.

À mes grands-pères, Gilbert et Henri, dont je garde un tendre souvenir.

À ma tante et à mes cousins, pour lesquels je ferai toujours mon possible malgré la distance.

À mes amis :

À cette deuxième famille, Niortaise, composée il y a plus d'un lustre maintenant. Vous êtes aussi ce pourquoi 'Niort' a et aura toujours un écho particulier pour moi. Énormément de bons souvenirs, de premières fois, que le choix de faire LV1 Allemand aurait pu contrarier. Heureusement, la déception de Tonton à la rentrée de Paul Guérin à, a contrario, fait mon bonheur. J'ai pu raccrocher ce wagon qui n'en finit décidément plus de rouler. De Chauray à Aiffres en passant par Vouillé, chacun se reconnaîtra dans ce voyage où l'important n'a jamais été la destination.

À Matthieu, par lequel je commence, non pas par corporatisme, mais parce que je n'en serais probablement pas là sans toi. Tu as été déterminant dans ma volonté de changer de voie, et dans la réussite de la première année. J'ai suivi tes traces comme on suit un sentier de randonnée, balisé et sûr, jusqu'à bifurquer vers mon propre chemin. Tu fais partie des calmes et de ceux qui ont une influence positive sur autrui. Je me sens privilégié de partager tout cela avec toi. Ton futur prend gentiment forme, et c'est amplement mérité. Je te souhaite le meilleur, sauf au squash, en raison d'un conflit d'intérêt évident.

À Tom, aka Harry, ce Souchéen transféré dans l'équipe du centre-ville pour le plus grand plaisir de tous, et pas uniquement en raison des soirées de fond du jardin. On a découvert Poitiers ensemble et je suis bien content de t'avoir eu comme acolyte à cette période. Douze années plus tard, nous ne sommes pas là où l'on était attendu, et ce n'est pas plus mal. Et puis, les mathématiques ne seront jamais bien loin. De la réflexion, des convictions, de la curiosité, beaucoup de choses dont je vais m'efforcer de m'inspirer. Je te souhaite de t'épanouir en Isère, sans oublier l'Ouest et tout ce que ça représente.

À Vincent, Rennais par amour du goût. Tu ne cherches pas la lumière mais tu la prends naturellement, tout en spontanéité. Je te vois comme un épicurien, qui a bien fait la part des choses entre ce qui compte et le reste. J'espère que tu as conscience de ce que tu apportes aux autres au quotidien, parce que c'est loin d'être négligeable. Notre appétence pour le sport nous rapproche mais ça va évidemment plus loin que ça. J'ai l'impression que la vie est douce en ce moment pour toi et les tiens. Qu'elle le reste le plus longtemps possible.

À Martin, Tonton, l'homme à la barbe la plus saillante de Gironde. Un talent artistique indéniable, aussi à l'aise avec les bombes de peinture qu'avec les mots. Aucun moule n'est fait pour toi et c'est très bien comme ça. Je t'ai parfois vu comme un deuxième grand frère, de par ta prestance, ton bagou, et surtout ton âge comme chacun sait. Tu n'as rien eu pour acquis jusqu'ici, et tu ne t'en es jamais plaint. Tu fais face, tu surmontes et tu passes à la suite. J'ai un grand respect pour ça. Si on m'avait demandé il y a 10 ans où tu en serais aujourd'hui, je n'aurais pas su quoi répondre. Il me serait

toujours difficile d'y répondre aujourd'hui, mais j'ai maintenant la certitude que tout ira bien, et qu'il n'y a rien de plus à dire.

À Jules et Clément, mes amis depuis Ferdinand Buisson. Que de chemin parcouru depuis, avec des trajectoires bien différentes. Penser à vous, c'est revenir à mes racines, à une certaine simplicité que l'on rêve tous de toucher à nouveau. Je crois que rien ne changera de ce point de vue, ni entre nous, et ça me ravit.

À Paul, qui n'est pas Niortais mais qui aurait très bien pu l'être. Je ne sais pas quel plus beau compliment je pourrais te faire. Belle rencontre de ces dix dernières années, au décours d'un rapprochement inopiné avec Tom. Je crois qu'on est tous bien tombés sur ce coup-là. Un grand cœur, un grand homme, de grands projets. On attend ton retour en Gironde, alors ne traîne pas trop, qu'on puisse être témoins de la suite.

Aux gars du Symbiose, Simon et Thomas, qui nous font profiter du QG le plus qualitatif de Bordeaux. À leur image, racé.

Aux Pictaviens, dont l'importance est certaine depuis la fac.

À Marion, une Saint-Palaisienne au physique de surfeuse et à la démarche de cowboy. Le décor est planté. Rien ne nous prédestinait à cette amitié. Toi, l'extravertie hyperactive au besoin viscéral de voir le monde. Moi, plus introverti, casanier, me contentant très bien de ma côte ouest. Tu as trouvé une profession en accord avec ton esprit militant, et ça te sied parfaitement. En France ou ailleurs, tu auras toujours mon soutien, et je sais que j'aurai le tien.

À Godefroy, l'esprit vif. Même si c'est peu fréquent, on tombe parfois sur des gens comme toi. Une intelligence évidente, au service d'un humour tantôt raffiné, tantôt d'un admirable mauvais goût. J'ai appris à apprécier plutôt qu'à me comparer. Il est des relations qui n'ont pas besoin de démonstration. Celle-ci en fait assurément partie.

À Paulin, la force tranquille. Une joie et une chance de te côtoyer depuis tout ce temps. Sûrement la relation qui s'est le plus renforcée depuis l'arrivée en terre Bordelaise. Ce sont les liens qu'on tisse qui donnent de l'intérêt au quotidien. Je suis très fier de pouvoir t'accompagner pour la prochaine étape en septembre prochain.

À Martin et Gauthier, la team de 5 au complet. Je chérie ce groupe et tout ce qu'on a vécu ensemble. Avec vous, Poitiers valait clairement la peine. J'ai bien failli débarquer dans la Ville rose à cause de

vos choix douteux. Un tiraillement qui me laisse aujourd'hui sans regret, avec cependant l'envie de faire les efforts afin de nous traverser encore quelques décennies ensemble.

À Maëlle, avec laquelle je partage une trajectoire voisine, depuis les cours du soir rue Jean Jaurès jusqu'à Bordeaux. Si je me rappelle mieux de ta date d'anniversaire que de celle de Paulin, c'est qu'il doit y avoir une raison. On a partagé pas mal quand on y pense, en métropole comme sur les îles. Brillante, même quand il s'agirait de laisser la place (palet), je doute que tu aies déjà échoué un jour. Une inspiration, bien qu'un non-dit. Une amie, sans faire de bruit.

À Sylvain, qui n'est pas Pictavien mais pâtit de l'absence de rubrique Berlinoise. Un mec aussi attachant qu'il manque de discrétion. À quand le Berghain avec quelques kilos de son ??!

À Pierre, dit Steph', Champion du monde avant les autres. Fin de journée, soleil déclinant sur la côte Ouest. Un homme adossé sur un van, cure dent au coin de la bouche et paire de Tom Smith vissées sur le nez. Ralenti bien senti se terminant par un plan serré sur cette fameuse paire de lunettes. On a peut-être ici la prochaine publicité télé de la marque qui monte. Une aventure à lui tout seul.

À Pierre-Yves et Benjamin qui ont été mes compagnons de route en 1^{ère} année. Vous avez fait de cette potentielle année cauchemardesque une année que je me remémore avec le sourire, empreinte de soutien, de camaraderie, d'espoir. Une année qui compte.

Aux Bordelais,

À Joffrey, qui m'a fait l'honneur de m'accepter comme coloc' dans le centre névralgique de Bordeaux. On avait bien-sûr accroché pendant ce semestre d'anthologie à Périgueux. On n'a peut-être pas gagné l'Euro en 2016, mais on est loin d'être sortis perdants de cet été intemporel. Une personne qui compte. Tu es maintenant dans la capitale, ce qui est bizarre pour un Gone, mais c'est toujours bon de se rapprocher de sa moitié. Que des bonnes choses pour Laura et toi.

À Antoine, complice de la première heure, à Pau puis Périgueux. Un beau représentant de la Bourgogne, des choses simples, 'à la bonne franquette'. Si le verre est à moitié vide, c'est surtout parce qu'il est à moitié plein. C'est la philosophie que tu m'inspires et sur laquelle je travaille. À nos prochaines sorties, sportives mais surtout gustatives.

À Laura et Charles, les natifs Bordelais qui nous ont fait nous sentir Bordelais à notre tour. Ne pas avoir à se forcer est un gage de qualité, et c'est exactement comme ça avec vous. Une belle équipe de quatre avec encore quelques destinations à découvrir.

À Pierre-Louis, l'homme à connaître parce que lui connaît tout le monde, et qu'il sera peut-être le chef de nous un jour. Tout ce qui s'est passé à la Madeleine valait le détour, ta rencontre ne fait pas exception. Une bonne humeur contagieuse chez un type avenant, qui fédère autour de lui, et dont le rire auto-convaincu pourrait faire pâlir Hubert B. de la Bath.

À l'équipe de la Madeleine (Maëlle, Marie-Élise, Pauline, Étienne et Paulin), avec laquelle j'ai partagé certains des meilleurs moments de mon internat. Quel semestre !! De la bonne entente, de la légèreté, des repas de chef, du jac', des soirées d'une qualité rare, du ski comme on l'aime, et un peu de travail quand on y réfléchit bien.

À celles et ceux passés par le Clos, la Couarde ou encore la Réunion (Alexandra, Clara, Sarra, Charles D., Julien, Mathieu et Pierre), et avec lesquels c'est toujours un plaisir de partager du bon temps.

Au Squad de Cuba, dans lequel on retrouve des types pleins d'avenir. Antoine, Arthur, Benoît, je ne parle toujours pas Espagnol mais avec vous c'est comme si, et c'est ça le plus important.

À Louise C., petite fraîcheur venue de Nantes, partenaire de jeu à Périgueux et de travail aux Urgences Ped comme à Montussan. Grand plaisir d'avoir partagé tout ça avec toi.

À Camille V., Camille M., Louise J., Marilou, Sabah, Solweig et Victoria qui font le bonheur d'hommes chanceux cités précédemment. Derrière chaque grand homme se cache une femme. L'inverse est assurément vrai.

À tous les copains de l'internat, entre Pau, Périgueux et Bordeaux. Un cheminement commun entre sport, bringues et responsabilités grandissantes. Je pense notamment à Anne-Lise, Claire, Hortense, Julie, Juliette, Lucille, Marine, Raphaëlle, Baptiste, Benjamin, Boris, Christophe, Clément, La Vinch' et Quentin.

À Mathilde, qui est tellement de choses pour moi. Une évidence initialement, une certitude à cet instant. Aux cinq années qui nous ont menés jusqu'ici, et à toutes celles qui nous attendent.

Table des matières

Liste des tableaux, figures et annexes

Abréviations et acronymes

1- INTRODUCTION	11
1.1. TABAC, ENJEU SANITAIRE ET ECONOMIQUE MONDIAL	11
1.2. STRATEGIE MONDIALE ET NATIONALE DE LA LUTTE ANTI-TABAC	12
1.2.1. <i>La mobilisation de l’OMS</i>	12
1.2.2. <i>De la loi Évin à nos jours</i>	13
1.2.3. <i>Chiffres français encourageants depuis 2014</i>	15
1.2.4. <i>En pratique, une prise en charge perfectible de l’arrêt de l’usage du tabac</i>	16
1.3. SITUATION EN REGION NOUVELLE-AQUITAINE	17
1.4. PARCOURS COORDONNE POUR L’ARRET DU TABAC	19
1.4.1. <i>Volonté de décloisonnement ville-hôpital</i>	19
1.4.2. <i>Genèse du projet en 2017</i>	19
1.4.3. <i>Intention de diffusion à plus large échelle</i>	21
1.4.4. <i>Acceptabilité et viabilité du parcours pour les patients</i>	21
1.5. PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE	22
1.6. OBJECTIFS DE L’ETUDE	23
1.6.1. <i>Objectif principal</i>	23
1.6.2. <i>Objectif secondaire</i>	23
2- MATERIELS ET METHODES	24
2.1. SCHEMA DE L’ETUDE	24
2.2. POPULATION DE L’ETUDE	24
2.3. DEROULE ET SYNOPTIQUE DU PARCOURS COORDONNE POUR L’ARRET DU TABAC	25
2.4. QUESTIONNAIRE PATIENT	26
2.5. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES	26
2.6. MESURES ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	27
2.7. FINANCEMENT DE L’ETUDE	27
3- RESULTATS	28
3.1- POPULATION D’ETUDE	28
3.1.1- <i>Sélection de la population</i>	28
3.1.2- <i>Description de la population</i>	29
3.2- PERCEPTIONS DES PATIENTS SUR L’ACCEPTABILITE DU PARCOURS COORDONNE	31
3.3- PERCEPTIONS DES PATIENTS SUR LA VIABILITE DU PARCOURS COORDONNE	35
3.4 - PROFIL INDIVIDUEL DES PATIENTS	39
4- DISCUSSION	46
4.1 SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS	46
4.2 FORCES DE L’ETUDE	47
4.3 LIMITES DE L’ETUDE	49
4.4 INTERPRETATION DES RESULTATS	51
5- CONCLUSION	59
6- BIBLIOGRAPHIE	60
7- ANNEXES	64

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques cliniques des sujets ayant participé au parcours coordonné d'arrêt du tabac et répondus au questionnaire (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021.....	29
Tableau II : Évaluation de l'acceptabilité pour les patients du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021	31
Tableau III : Évaluation de la viabilité pour les patients ayant participé au parcours coordonné d'arrêt du tabac (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021	35
Tableau IV : Profil clinique de chaque patient inclus dans l'étude et ayant répondu au questionnaire (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021.....	40
Tableau V : Évaluation de l'acceptabilité déclinée pour chaque patient du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021.....	41
Tableau VI : Évaluation de la viabilité du parcours déclinée pour chaque patient du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021.....	42
Tableau VII : Évaluation de l'humeur des patients lors du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021.....	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Parcours coordonné ville-Hôpital pour l'arrêt du tabac	26
Figure 2 : Diagramme de flux de la population incluse dans l'étude	28

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive
ORL : Oto-rhino-laryngé
GEU : Grossesse extra-utérine
FCS : Fausse couche spontanée
RCIU : Retard de croissance intra-utérin
DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
DGS : Direction générale de la santé
OMS : Organisation mondiale de la santé
PNRT : Programme national de réduction du tabagisme
PNLT : Programme national de lutte contre le tabagisme
BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire
TNS : Traitements nicotiniques de substitution
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
EMA : Agence européenne du médicament
ATS : American thoracic society
HAS : Haute autorité de santé
ARS : Agence régionale de santé
AGIR 33 : Addictions Gironde (association)
ADDICTLIM : Addictions Limousin (association)
RESAPSAD : Réseau sud-Aquitain des professionnels de soins en addictologie
COREADD : Coordination régionale en addictologie
RPIB : Repérage précoce et intervention brève
PACT-Tabac : Programme d'accompagnement au changement du fumeur de tabac
CRAG : Centre ressource addictions et grossesse
LAST : Lieu d'accompagnement à la santé sans tabac
PAST : Pôle d'accompagnement à la santé sans tabac
SSMIP : Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention
CHU : Centre hospitalo-universitaire
HSB : Hôpital suburbain du Bouscat
EVIAPACT : Évaluation de la viabilité du programme PACT-Tabac
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP : Comité de protection des personnes
AAP : Appel à projets
DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
CEID : Comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions
CDTnet : Consultation de dépendance tabagique, base de données
SSR : Soins de suite et de réadaptation
ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
CES : Centre d'examens de santé

1- INTRODUCTION

1.1. Tabac, enjeu sanitaire et économique mondial

L'intoxication tabagique est l'un des plus grands enjeux sanitaires de l'ère moderne. Prenant la forme inoffensive d'une habitude, d'un lien social, d'un exutoire, elle est pourtant à l'origine d'une dépendance aux lourdes conséquences pour la santé et particulièrement coûteuse pour les économies nationales.

La composition des cigarettes en dit long sur leur caractère néfaste. On dénombre 2500 composés chimiques dans le tabac non brûlé et plus de 4000 dans la fumée issue de la combustion de cigarette. Parmi eux, 69 sont des carcinogènes avérés. La nicotine, elle, est le principal agent responsable de la dépendance, dès les premières semaines d'exposition et pour une faible consommation (1,2). Une dépendance physique, psychologique et comportementale qui fait office de nerf de la guerre dans la lutte contre le tabac. En effet, ce pouvoir addictif de la nicotine rend l'arrêt particulièrement difficile malgré une forte volonté.

Il existe beaucoup de chiffres à propos du tabac et des quelques 1,3 milliards de fumeurs répartis dans le monde. Le tabagisme est un facteur de risque de six des huit premières causes de mortalité dans le monde. Il est responsable chaque année d'1 décès sur 8, soit plus de 8 millions de morts dans le monde, dont 7 millions de consommateurs ou anciens consommateurs et plus d'1 million de non-fumeurs, dits tabagiques passifs (3). En moyenne, c'est un fumeur régulier sur deux qui décède des conséquences de sa consommation tabagique. La moitié des décès liés au tabac survient dans la population âgée de 30 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie des fumeurs de 20 à 25 ans (4). L'excès de risque encouru dépend de la consommation moyenne de tabac et plus encore de l'ancienneté d'exposition.

En France, le tabac est la première cause de décès évitable avec 75 000 décès imputables pour l'année 2019, soit 13% du total des décès annuels. La majorité des décès imputables au tabac sont liés aux cancers. 20% d'entre eux sont d'ailleurs causés par le tabagisme actif (5,6). On en dénombre 45 000 en France en 2019 pour, au total, 17 localisations différentes de cancers. La plus courante est broncho-pulmonaire (7), d'origine tabagique dans 80 à 90% des cas. Le tabac est également la première cause de pathologies cardiovasculaires. On compte notamment 250 000 séjours hospitaliers annuels d'origine cardiovasculaire imputables au tabac ainsi qu'un taux significatif de 80% de fumeurs chez les victimes d'infarctus de moins de 45 ans.

Au-delà des cancers et des maladies cardiovasculaires, le tabac est à l'origine de très nombreuses pathologies. On retiendra surtout la Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) pouvant aller jusqu'à l'insuffisance respiratoire chronique, l'asthme, mais également un sur-risque infectieux de localisation principalement pulmonaire et ORL, des pathologies digestives comme la maladie de Crohn, des pathologies métaboliques comme le diabète et la dyslipidémie, des pathologies de la sphère ORL et

odontologique, des pathologies rhumatismales comme la polyarthrite rhumatoïde, de troubles de la fertilité et de la sexualité, de complications gravidiques avec en particulier le sur-risque de grossesse extra-utérine (GEU), de fausse couche spontanée (FCS), de retard de croissance intra-utérin (RCIU), d'accouchement prématuré, de malformations congénitales... Le tabac est aussi un facteur aggravant de l'évolution de certaines maladies comme l'ulcère gastro-duodéal, le lupus, la cataracte, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), l'eczéma ou encore le psoriasis. Il altère les capacités de cicatrisation des fumeurs et favorise la survenue de complications post-opératoires (1,7).

Les populations les plus fragiles sont aussi les plus exposées au tabagisme (8). C'est le cas des classes socio-économiques les plus précaires, des patients atteints de pathologies psychiatriques ou encore de la population carcérale, où la proportion de fumeurs avoisinait les 80% en 2003 (9,10). Bien que les inégalités sociales ne se soient pas creusées depuis 2016, il existe toujours une disparité majeure concernant la prévalence du tabagisme quotidien. Plus de 15 points d'écart entre les plus bas et les plus hauts revenus (33,3% vs 18%); presque 17 points d'écart entre les personnes au chômage et les travailleurs (43,9% vs 27,1%) (11).

D'un côté, les conséquences du tabac sur la santé sont nombreuses, graves et documentées. De l'autre, ses conséquences économiques sont tout aussi notables. Une évaluation de ce coût dit 'social' a été réalisée en 2014 par P. Kopp, Professeur d'Économie à la Sorbonne, pour le compte de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) et de la Direction Générale de la Santé (DGS). Il comportait à la fois un coût externe, relatif aux conséquences de la consommation de tabac et de son trafic, et un coût interne, correspondant au coût pour les finances publiques. Le coût externe comprenait la valeur des vies humaines perdues, la perte de la qualité de vie et la perte de production. Le coût interne comprenait lui les dépenses de prévention, de répression et de soins, tout en incluant les recettes associées aux économies de retraites non versées et les recettes de taxes prélevées sur le tabac. Au final, ce coût social a été évalué à 122 milliards d'euros en France pour l'année 2010, dont 25,9 milliards de dépenses consacrées aux soins des malades du tabac. À titre de comparaison, la fiscalité actuelle du tabac ne représente que 40% du coût total des soins de ces malades du tabac (4). Considérant les 1,9 milliards paquets de cigarettes vendus chaque année en France, il faudrait que le prix de chaque paquet soit fixé à 45 euros pour que les taxes puissent équilibrer ce coût social (12).

1.2. Stratégie mondiale et nationale de la lutte anti-tabac

1.2.1. La mobilisation de l'OMS

À l'échelle internationale, l'acte charnière de lutte antitabac correspond à la Convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2003, aujourd'hui forte de 182 parties signataires, représentant 90% de la population mondiale (3). Elle définit les principes et le contexte de l'élaboration de politiques, de la planification d'interventions et de la mobilisation de ressources politiques et

financière pour la lutte antitabac. Dans ce traité historique, les dirigeants des pays affirment le droit de chacun à posséder le meilleur état de santé possible. Ils s'engagent ainsi à prendre des mesures efficaces pour protéger leur population.

Dans ce contexte, l'OMS fait émerger en 2007 le programme 'MPOWER' visant à faciliter, uniformiser et organiser la stratégie de lutte antitabac afin d'accélérer l'application sur le terrain des dispositions de la Convention-cadre (13). Les six éléments clés de ce programme sont les suivants :

- Monitor : Surveiller la consommation de tabac
- Protect : Protéger la population contre la fumée du tabac
- Offer : Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
- Warn : Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
- Enforce : Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac et de la promotion
- Raise : Augmenter les taxes sur les produits du tabac

Ces politiques 'MPOWER' doivent bénéficier à chaque programme national de lutte contre le tabac avec comme objectif la couverture de l'ensemble de la population. Elles tendent à créer les conditions idéales pour aider les consommateurs à renoncer au tabac, protéger la population contre le tabagisme passif et empêcher les jeunes de commencer à fumer.

1.2.2. De la loi Évin à nos jours

En France, c'est la loi Évin, datant de 1991 et faisant suite à la loi Veil de 1976, qui fait office d'acte fondateur dans la dénormalisation de la consommation de tabac et d'alcool (14). Elle a fait de ces produits considérés jusque-là comme des biens de consommation courante, des produits à risques sanitaires élevés contre lesquels la population doit être protégée. Les mesures novatrices qui lui sont associées sont toujours au cœur des politiques de santé actuelles : l'interdiction de toutes formes de publicité en faveur du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif (travail, transports), l'adoption d'une politique fiscale sur les produits du tabac, le renforcement du contenu des avertissements sanitaires.

Par la suite, sous l'impulsion des différents ministres de la Santé, les mesures sanitaires se sont étoffées. D'abord en 2006 via l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Puis, avec l'interdiction des arômes caractérisés dans les cigarettes et la mise en place d'un affichage d'images chocs sur les paquets entre 2007 et 2010.

L'accélération de la lutte antitabac se réalise au travers du Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019 (PNRT), dans le cadre du second Plan Cancer (15). L'objectif, particulièrement ambitieux, est d'arriver à l'horizon 2032 à la première génération d'adultes sans tabac. Le PNRT correspond à un programme d'actions coordonnées, organisé autour de trois axes principaux :

- Protéger les enfants et les jeunes de l'entrée dans le tabagisme

- Débanalisation du tabac
- Réduction de la promotion du tabac et de l'exposition des jeunes
- Inciter et aider les fumeurs à arrêter de fumer
 - Accompagnement et soutien, information, prise en charge et traitements
- Agir sur l'économie du tabac
 - Fiscalité et transparence
 - Lutte contre le commerce illicite

Dans les faits, les mesures phares de ce plan sont l'instauration du paquet neutre, l'agrandissement des avertissements sanitaires sur les paquets (de 35 à 65% de la surface), l'interdiction des arômes dans les produits du tabac, l'interdiction de la publicité sur le lieu de vente, l'habilitation des polices municipales pour contrôler l'interdiction de vente aux mineurs, une communication ciblée autour de Tabac Info Service, la création du « Moi(s) Sans Tabac » qui se déroule chaque année en novembre, l'amélioration de l'accessibilité des traitements d'aide au sevrage via l'élargissement des prescripteurs potentiels (infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes, médecins du travail, sages-femmes) et l'augmentation du forfait de prise en charge des traitements de substitution nicotinique à 150 euros pour tous les usagers, la création d'un fond de lutte contre le tabac financé en partie par les distributeurs de tabac et la poursuite de la politique fiscale avec une augmentation progressive du prix du paquet de cigarettes.

Le PNRT, fort de résultats encourageants, cède ensuite sa place au Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 (PNLT), avec la volonté d'amplifier cette lutte (16). Il reprend les mêmes axes que le PNRT en y ajoutant « la surveillance, l'évaluation, et la diffusion des connaissances relatives au tabac ». Les mesures phares de ce plan sont la meilleure prise en charge des traitements de substitution nicotinique en passant du forfait d'aide au sevrage annuel de 150 euros au remboursement intégral pour tous, la formation et le soutien des professionnels de santé dans l'accompagnement vers le sevrage, l'extension de l'autorisation de prescription des substituts nicotiques à environ 800 000 nouveaux professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, dentistes, médecins du travail), la mise en place d'une stratégie durable de communication sur le tabac, l'intensification du dispositif de marketing social contre le tabac avec notamment le « Moi(s) Sans Tabac », le déploiement de la charte « lieux de santé sans tabac » dans les établissements sanitaires et les établissements médicosociaux sur l'ensemble du territoire, la poursuite de la politique fiscale étendue à l'ensemble des produits du tabac avec comme étendard le paquet de cigarettes dont le prix a été progressivement porté à 10 euros en 2020.

L'augmentation de la fiscalité du tabac ne peut atteindre son potentiel d'efficacité maximum sans être accompagné d'une amélioration et d'une harmonisation de la politique fiscale comme de la lutte contre le commerce illicite à l'échelle Européenne.

1.2.3. Chiffres français encourageants depuis 2014

En France, après une diminution globale du tabagisme observée jusqu'au début des années 2000, le nombre de fumeurs a augmenté entre 2005 et 2010, tant chez les adolescents (31,5% ; + 2,6%) que chez les adultes (29,1% ; +2,1%) (15). Les programmes nationaux mis en œuvre, PNRT 2014-2019 puis PNLT 2018-2022, découlent de ce constat d'échec avec l'ambition d'inverser la tendance puis de soutenir les efforts afin d'atteindre les objectifs fixés :

- Moins de 24% de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans en 2020, moins de 22% en 2022 et moins de 16% en 2027
- Moins de 20% de fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans en 2022
- Première génération d'adultes non-fumeurs d'ici 2032

À l'aide des relevés épidémiologiques effectués chaque année par Santé Publique France, il est possible de constater une évolution très positive des chiffres du tabagisme en France depuis 2014, tant sur l'arrêt du tabac que sur la baisse d'entrée dans le tabagisme (17-19).

Chez les 18-75ans, en 2019, on note une baisse de la prévalence du tabagisme pour la 3ème année consécutive. Avec 30,4% de fumeurs réguliers et 24% de fumeurs quotidiens, la prévalence atteinte est la plus faible observée en France depuis 2000. En cinq ans, c'est une baisse respective de 3,9 points (- 11%) pour le tabagisme régulier et de 4,5 points (-16%) pour le tabagisme quotidien. Cette baisse est constatée chez les hommes comme chez les femmes, dans plusieurs classes d'âge, indépendamment du niveau de diplôme ou de salaire. La part des personnes n'ayant jamais fumé a elle progressé de 4 points pour atteindre 37,7% sur la même période.

L'objectif annoncé du PNRT 2014-2019 d'obtenir une baisse de 10% du tabagisme quotidien a donc été atteint (-16%).

Des inégalités continuent cependant de persister, même si elles n'augmentent plus depuis 2016. C'est le cas notamment entre les plus bas et les plus hauts revenus (écart de 15 points), ainsi qu'entre les chômeurs et les actifs (écart de 17 points).

En ce qui concerne les adolescents, l'enquête EnCLASS, menée par l'OFDT et réalisée en collège et lycée a montré une diminution de la consommation quotidienne de tabac entre 2015 et 2018 (-5,7 points ; 17,5%). Il en était de même concernant le tabagisme régulier (-5,5 points ; 27,3%) et l'expérimentation du tabagisme (-7,9 points ; 53%) (20). Une autre étude menée par l'OFDT, ESCAPAD, menée entre 2014 et 2017 auprès d'adolescents de 17 ans à l'occasion de la journée de défense et de citoyenneté, a elle aussi constaté une forte diminution du tabagisme quotidien (- 7 points ; 25,1%) comme du tabagisme régulier (- 9,7 points ; 34,1%) (21). Cette tendance est à suivre et à confirmer, d'autant plus que les chiffres du dernier Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2021 sur le tabac, marqués par les contextes socio-économique (mouvements des gilets jaunes) et sanitaire (pandémie de Covid-19), sont discordants. En effet, on observe une baisse de la proportion des 18-75 ans déclarant n'avoir jamais

fumé (-2,2 points ; 35,5%) (11). Une entrée tardive dans le tabagisme n'est évidemment pas à exclure, mais cela appelle à la prudence quant à la tendance du tabagisme chez les jeunes.

1.2.4. En pratique, une prise en charge perfectible de l'arrêt de l'usage du tabac

La France compte encore plus de 13 millions de fumeurs quotidiens. Parmi eux, 70% ont déjà arrêté de fumer volontairement pendant plus d'une semaine, et 60% souhaitent arrêter de fumer (15). Pourtant, seuls 3 à 5% parviennent à arrêter dans les 6 à 12 mois, du fait du potentiel addictif du tabac, supérieur à l'alcool, à l'héroïne ou encore à la cocaïne.

La probabilité d'arrêt est logiquement meilleure en cas de suivi par un professionnel ; potentiellement à l'aide d'un traitement pharmacologique. L'organisation de l'aide à l'arrêt du tabac par des professionnels apparaît comme un des piliers des politiques actuelles de santé ; elle correspond au deuxième axe d'intervention du PNRT et du PNLT. Actuellement, celle-ci est pourtant perfectible. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur l'arrêt de consommation de tabac, qui datent de 2014, correspondent à un document de 60 pages qui pâtit d'un manque de lisibilité et qui nécessiterait une mise à jour (22). Elles s'adressent en priorité aux médecins généralistes, souvent esseulés, qui ont du mal à trouver leur place, en raison notamment de la complexité apparente de la prise en charge, alors que le plus souvent elle est simple et efficace. Aborder ce sujet est perçu comme chronophage et difficile, notamment en raison d'un manque de demande des patients, de leur refus d'en parler et d'un manque de formation dédiée (23–25). Bien que la quasi-totalité des médecins généralistes (> 99%) estiment que la prévention du tabagisme leur incombe, ils ne sont qu'une faible majorité (63%) à évoquer cette question au moins une fois avec chaque patient (23).

Lorsque l'arrêt est décidé, que la prise en charge débute et qu'un traitement est instauré, ce sont les traitements nicotiques de substitution (TNS) qui sont proposés en 1^{ère} intention. Il est d'ailleurs recommandé de combiner les formes orales aux patchs pour une meilleure efficacité. En 2^{nde} intention, la prescription de Varénicline ou de Bupropion doit être envisagée, mais a été compromise par des données contradictoires sur les risques psychiatriques de la varénicline. Il s'avère que le suivi de pharmacovigilance à l'échelle nationale (ANSM) et européenne (EMA) n'a permis d'établir aucun lien avec ces effets indésirables graves, ce que confirment une méta-analyse de 2015 du British Medical Journal et l'étude EAGLES, essai randomisé en triple aveugle parue dans le Lancet en 2016 (26–29). De plus, une méta-analyse de la Cochrane de 2016 à laquelle appartient notamment l'étude 'EAGLES', suggère la supériorité de la varénicline sur les TNS dans le sevrage du tabac (30). Les dernières recommandations de l'American Thoracic Society (ATS) de 2020 vont dans ce sens en priorisant la varénicline vis à vis des substituts nicotiques dans l'aide à l'arrêt du tabac (31). Toutes ces données récentes rendent obsolètes une grande partie des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), lesquelles pourraient bénéficier d'une mise à jour.

Les généralistes peuvent orienter vers un spécialiste dans des situations spécifiques mais qui concernent une minorité de patients : échecs répétés, accompagnement psychothérapeutique spécifique, poly-

addictions et comorbidités psychiatriques. La prise en charge apparaît encore cloisonnée entre soins primaires et secondaires.

1.3. Situation en région Nouvelle-Aquitaine

En 2017, la région Nouvelle-Aquitaine comptait 1,1 millions de fumeurs quotidiens dans la tranche 18-75 ans, correspondant à 28,1% de fumeurs, chiffre supérieur à la moyenne nationale (26,9%). C'était également le cas pour des populations critiques ; les jeunes de 17 ans (28,5%) et les femmes enceintes avant la grossesse (40,2%) et au 3^{ème} trimestre (22,9%). En ce qui concerne l'incidence et la mortalité pour les pathologies les plus associées au tabac, la région se situait dans la moyenne nationale (32,33).

Grâce notamment au fonds de lutte contre le tabac, effectif depuis 2018, et sous l'impulsion de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine et des associations d'addictologies départementales (AGIR 33, ADDICTLIM, RESAPSAD), regroupées depuis 2020 sous le nom de COREADD (COordination Régionale Addiction) Nouvelle-Aquitaine, de nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé dans le champ des addictions ont été mises en œuvre, avec le tabac comme chef de file. Ces actions sont menées aussi bien par des établissements de soins que par des partenaires associatifs, des collectivités territoriales.

La dynamique des dernières années est très positive, cristallisée par l'organisation annuelle du « Moi(s) sans Tabac », opération nationale de marketing social qui se tient entre octobre et novembre depuis 2016 et dont la COREADD est ambassadrice. Inspiré du concept anglais 'Stoptober', le « Mois sans tabac », rattaché à Tabac Info Service, cumule près d'1 million d'inscrits en cinq éditions. L'objectif principal est d'inciter les fumeurs à arrêter le tabac pour une durée d'un mois, ce qui multiplie par 5 les chances d'arrêt définitif (34). De façon plus globale, il vise à « *sensibiliser le public à la dépendance tabagique, aux effets bénéfiques de l'arrêt du tabac et de présenter les différentes aides, structures et outils auxquels les fumeurs peuvent avoir recours pour arrêter de fumer* » (35). En Nouvelle-Aquitaine, l'évènement de 2018 a par exemple compté 546 actions réparties dans les différents départements. Sur le terrain, cela s'est traduit par la tenue de stands d'informations, de campagnes d'affichage, d'ateliers collectifs, de conférences, de villages évènementiels, le tout en partenariat avec des acteurs de tous domaines d'activités (entreprises, conseils départementaux, professionnels libéraux, Éducation nationale, associations de santé et culturelles, Pôle Emploi, Gendarmerie Nationale, Centres de détention, lieux de loisir comme les musées et les cinémas, ...).

En 2019, ce sont 19 185 Néo-Aquitains qui se sont inscrits au « Moi(s) sans tabac » sur le site Tabac-Info-Service.fr ; 200 000 au niveau national (34).

En raison de la digitalisation de la société, les outils numériques sont progressivement privilégiés pour le déploiement de la campagne. Le contexte sanitaire actuel n'a fait que potentialiser et accélérer cette démarche. En plus de sites internet et de l'application digitale dédiée, les réseaux sociaux ont permis

d'amplifier la portée de l'événement. Les pages Instagram et les groupes Facebook, tant nationaux que régionaux, ont fédéré une large communauté sur les dernières années.

La COREADD est orientée sur les addictions en soins premiers, en favorisant l'entrée des patients dans des parcours de soins pertinents et en facilitant les liens avec les ressources spécialisées. Pour ce faire, elle dispose notamment d'un annuaire régional des contacts et ressources en addictologie, disponible sur le site 'addictoclic.com', ainsi que d'un site de tutoriels dédié à la prise en charge des addictions par les professionnels : 'addictutos.com'. Ses missions de bases consistent à coordonner les actions suivantes au niveau régional (35):

- Le Repérage Précoce en Intervention Brève (RPIB)
- La visite de santé publique
- Le Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac (PACT-Tabac)

À partir de 2016, les associations originelles puis la COREADD sont également en charge de l'ambassade régionale du « Mois sans tabac » et du centre de ressources addictions et grossesse (CRAG), centré sur la prévention de l'exposition fœtale à l'alcool, au tabac et aux autres consommations.

D'autres projets sur le tabac ont vu le jour depuis 2018, tels que 'LAST' et 'PACT-Tabac'. 'LAST', qui correspond aux lieux d'accompagnement à la santé sans tabac, est porté par la COREADD et le service de soutien méthodologique et d'innovations en prévention (SSMIP) appartenant au Pôle Santé Publique du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Bordeaux, lequel est dirigé par le Professeur François Alla depuis sa création en 2018. Ce projet part du constat que tout professionnel de santé doit pouvoir proposer une aide aux patients fumeurs, lesquels ont de bien meilleures chances de pérenniser l'arrêt en lien avec un professionnel (25% d'arrêt à 1 an contre 2% sans aide) (36). Il donne ainsi aux professionnels de santé de premier recours la possibilité de s'identifier de façon claire comme 'LAST' et donc d'informer les patients de l'aide de proximité dont ils peuvent bénéficier en vue d'un arrêt du tabac. Pour faciliter cette démarche, ces professionnels ont accès à des outils, formations et ressources diffusées par la COREADD. Ensemble, les différents 'LAST' de chaque territoire ont vocation à former des pôles d'accompagnement à la santé sans tabac (PAST).

Le nouveau PACT-Tabac de 2018 est un Programme d'Accompagnement coordonné sur les territoires, pour l'arrêt du tabac. Il concerne la diffusion d'un parcours de soins coordonnés entre la ville et l'Hôpital, entre le médecin généraliste et le médecin addictologue. Cette expérience tripartite entre le patient et ces deux professionnels de santé présente un intérêt pour les fumeurs demandeurs d'un accompagnement, ceux répondant favorablement à l'incitation de leur médecin traitant ou encore ceux présentant une indication médicale à l'arrêt (grossesse, cancer, prévention secondaire).

Le SSMIP, engagé sur des projets comme 'LAST' ou '5A-QUIT-N', place la prévention au cœur des priorités de soins en soutenant son développement et sa structuration sur les territoires. « *Il porte et*

accompagne des innovations organisationnelles en prévention, en particulier dans le domaine du sevrage tabagique » (37).

Le projet '5A-QUIT-N', par exemple, vise à développer une organisation territoriale innovante du sevrage tabagique chez les femmes enceintes en Nouvelle-Aquitaine via l'implantation de la méthode '5A' (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange), initialement recommandée aux États-Unis (38). Cela consiste à « *définir une stratégie d'intervention (gradation de l'offre de soin, prise en charge personnalisée), à structurer l'offre de soin (mobilisation du soin primaire et coordination des ressources) ; puis à en déterminer l'efficacité* » (37).

En définitive, l'organisation régionale, marquée par une communauté territoriale de professionnels partageant les mêmes discours et les mêmes outils, tend à répondre aux besoins des fumeurs à chaque étape de leur cheminement. Le « Mois sans tabac » donne les clés aux fumeurs afin d'envisager puis d'effectuer une tentative d'arrêt en autonomie. En cas d'échec ou de volonté d'accompagnement, les 'LAST' permettent d'entreprendre un arrêt du tabac en lien avec les professionnels en soins primaires. Le projet 'PACT-Tabac', lui, vise au déploiement d'un Parcours coordonné entre ville et Hôpital. Les fumeurs bénéficient d'une prise en charge mixte, coordonnée entre médecins généralistes libéraux et addictologues en structure (soins secondaires). Lorsque cela est nécessaire, de par la difficulté d'arrêt ou le terrain des patients (poly-addictions, trouble psychiatrique non stabilisé, contexte préopératoire urgent, ...), l'intervention exclusive des soins secondaires est alors envisagée. Ces parcours gradués, divers et complémentaires, ont pour objectif de répondre efficacement à chaque profil de fumeur, à chaque situation, pour faciliter l'arrêt du tabac.

1.4. Parcours coordonné pour l'arrêt du tabac

1.4.1. Volonté de décloisonnement ville-hôpital

Le plan de transformation du système de santé : « Ma Santé 2022 », lancé début 2018, est venu renforcer la volonté d'améliorer l'organisation nationale des professionnels de santé avec l'objectif de replacer le patient au cœur du soin et de lutter contre les déserts médicaux. La promotion du décloisonnement ville-hôpital fait partie des priorités de cette réorganisation qui va délaissier la tarification à l'acte au profit des parcours de soins. Cette coordination entre professionnels de santé doit faciliter le développement d'actions de prévention et l'accès des patients aux médecins spécialistes (39,40).

1.4.2. Genèse du projet en 2017

Comme rappelé dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme en 2019, l'offre destinée aux fumeurs souhaitant y renoncer est un élément essentiel de la stratégie globale de lutte contre le tabac, et correspond à une des six politiques du programme 'MPOWER' de l'OMS (41). Permettre aux fumeurs d'arrêter est tout aussi déterminant que d'empêcher la population d'entrer dans le

tabagisme. La mise en place d'interventions d'un bon rapport cout/efficacité est la clef de voûte de cette stratégie.

En dépit des bons chiffres des dernières années concernant le tabagisme en France, beaucoup reste à accomplir, notamment en ce qui concerne l'arrêt de l'usage. Malgré une augmentation de la demande, les médecins généralistes ne trouvent globalement pas leur place dans le parcours de sevrage. Ils sont trop peu nombreux à questionner sur le tabac et à réaliser des interventions brèves à propos du sevrage. D'un autre côté, les agendas des addictologues sont saturés et les délais de prise en charge dissuasifs.

Articuler la prise en charge des fumeurs majeurs, en partenariat ville-hôpital, s'inscrit dans l'ère du temps et permettrait au médecin généraliste de s'approprier la pratique, de renforcer ses connaissances et la confiance de ses patients, de s'alléger de nombre de consultations motivées par les conséquences directes du tabagisme actif. En parallèle, il permettrait aux addictologues de travailler plus sereinement, dans des délais acceptables et ainsi de faciliter leur engagement sur les dossiers les plus complexes (42).

Dans le cadre de la promotion d'actions de santé décloisonnées par le Ministère de la Santé, le Dr Nathalie Lajzerowicz, addictologue à l'Hôpital Suburbain du Bouscat (HSB), a construit un parcours coordonné d'arrêt du tabac impliquant généralistes et addictologues, sur la base d'un protocole commun, d'un dossier médical partagé et de consultations alternées. La chronologie des consultations se calque sur la trame de suivi exclusif en tabacologie, réalisé à l'HSB sur les cinq années précédentes : une douzaine de consultations sur six mois, d'abord hebdomadaires, jusqu'à stabilisation de l'arrêt, puis mensuelles, réparties entre généraliste et addictologue. Le parcours se décline ainsi en quatre phases : l'initiation hospitalière de la prise en charge avec l'addictologue, l'arrêt progressif de la consommation de tabac en lien avec le médecin généraliste, la validation de l'arrêt (ou le renforcement selon les cas) avec l'addictologue et le suivi au décours en alternance avec les deux praticiens. Les thérapeutiques initiées, de la responsabilité de l'addictologue, peuvent être la varénicline ou les TNS. Un synoptique contenant les éléments clés et les objectifs de chaque consultation est fourni aux médecins généralistes. Le dossier médical de suivi est remis au patient à la fin de la seconde consultation avec l'addictologue et doit l'accompagner lors de chacune des consultations suivantes, afin d'être annoté (annexe 2). Le dispositif tripartite est ainsi mis en avant, centré sur le patient responsabilisé (dossier médical, prise de rendez-vous).

Ce parcours est expérimenté en 2017 à l'échelle locale, dans l'agglomération bordelaise. Il implique 30 médecins généralistes et 31 patients (43). Cela fait l'objet d'un travail de thèse de la Doctorante Margaux Fournols visant à évaluer l'efficacité du parcours en termes de suivi et de résultats ainsi que le vécu des médecins et des patients (44). Les résultats sont très encourageants, comparables à ceux réalisés exclusivement avec un addictologue : 14 obtentions de sevrage, maintenus après 6 mois de suivi sur 31 patients, soit 45%. Ce chiffre s'élève même à 60%, si on ne considère que les patients ayant effectivement suivi le parcours en tandem 'médecin généraliste-addictologue'. Les retours des patients comme des médecins généralistes sont positifs et porteurs d'espoir en vue d'une implication du monde libéral et d'une diffusion régionale.

1.4.3. Intention de diffusion à plus large échelle

Ce projet de diffusion à l'échelle régionale, soutenu par l'ARS, est porté par la COREADD et évalué par le SSMIP. L'objectif est cette fois d'évaluer l'implémentation, la transférabilité de ce parcours dans différents territoires auxquels appartiennent des populations variées et des professionnels de santé aux pratiques hétérogènes. Cela a commencé par une évaluation de l'appropriation du parcours par un collectif de 18 addictologues répartis sur la région et représentatifs des différentes structures de tabacologie du territoire (SSR, ANPAA, CHU, CH, Clinique, CES, CEID, ...), recrutés par l'addictologue coordinatrice du Parcours coordonné, le Dr N. Lajzerowicz. Les addictologues ont bénéficié d'un courrier initial présentant le parcours coordonné, l'expérience princeps menée à l'Hôpital Suburbain du Bouscat et tous les outils associés (dossier support, carnet de suivi, synoptique de prise en charge conjointe) afin qu'ils puissent se les approprier. Les modes de fonctionnement, les protocoles, les habitudes étant très hétérogènes, il était nécessaire d'exposer le projet, de discuter des forces et faiblesses du parcours et d'évaluer son potentiel de diffusion. Six réunions présentiennes ont donc été organisées et animées par l'addictologue coordinatrice sous l'égide de la COREADD afin de définir un consensus sur les outils et le contenu du parcours. La majorité des addictologues étaient présents lors de trois des réunions, huit pour l'une d'entre elles. La grande majorité des addictologues ont compris les enjeux de la démarche et les bénéfices à en attendre, tant du point de vue des patients, des médecins généralistes, que du leur. Le Doctorant Guillaume Gretten a mené cette évaluation dans le cadre de son travail de thèse intitulé « 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 » (42). Il notait dans sa conclusion que « les addictologues semblaient motivés et volontaires pour participer au parcours ».

1.4.4. Acceptabilité et viabilité du parcours pour les patients

Ce parcours d'arrêt du tabac en partenariat ville-hôpital a donc fait preuve de son efficacité au niveau local. Un collectif d'addictologues s'est montré motivé à y participer et l'accueil des médecins généralistes ayant participé à l'expérimentation initiale s'est avéré tout à fait favorable.

Il est temps désormais de s'intéresser à l'implémentation et à la transférabilité du projet de façon plus large, à l'échelle régionale. La transférabilité correspond à la mesure dans laquelle l'effet d'une intervention dans un contexte donné peut être obtenu dans un autre contexte.

La réussite du parcours dépend de l'implication, de l'intérêt des patients. Il ne peut exister sans leur adhésion. Le travail de thèse que je mène vise ainsi à évaluer la qualité du parcours du point de vue des patients, en termes de viabilité et d'acceptabilité. C'est une condition manquante et indispensable à la transférabilité de ce projet.

L'acceptabilité s'apprécie selon la réaction du public visé, des patients impliqués dans l'intervention de santé. Elle s'apprécie via leur satisfaction, leur intention de poursuivre l'intervention, leur perception de

son caractère approprié, de son attractivité et son adéquation avec leurs habitudes organisationnelles (45).

La viabilité est une composante déterminante des études concernant la santé de la population (46). En effet, les résultats d'une intervention sont dépendants de l'efficacité de celle-ci mais également du contexte dans lequel elle est menée. Certains auteurs plaident pour une modification de la structure globale de l'évaluation d'interventions spécifiques, comme celles de prévention ou de promotion de la santé en population générale (47). Les études d'efficacité ne seraient alors réalisées qu'après les études de viabilité, dont l'objet est d'évaluer la capacité d'une intervention à être généralisée en routine, en conditions de vie réelle.

Dans le cadre de ce Parcours coordonné pour l'arrêt du tabac, les caractéristiques des médecins, des patients ainsi que des outils utilisés, correspondant à la trame du parcours et au dossier médical à la charge des patients, forment les éléments de contexte qui ont un fort impact sur son efficacité. Notre intention, dans le cadre de cette démarche d'évaluation de la viabilité et de l'acceptabilité de ce parcours pour les patients, est notamment d'évaluer le caractère approprié, attractif, pratique, accessible, abordable sur le plan financier, adapté et utile de l'intervention pour les patients.

1.5. Problématique et question de recherche

Le parcours coordonné pour l'arrêt du tabac de l'Hôpital Suburbain du Bouscat, intervention pour le moment locale, fait partie intégrante d'un vaste projet national de prévention. L'objectif de diffusion à plus large échelle de ce parcours, via le programme PACT-Tabac, est toujours en cours d'évaluation (EVIAPACT) et d'évolution afin de répondre au cahier des charges d'une intervention de santé efficiente.

L'efficacité d'une intervention de santé est nécessaire et primordiale. Cependant, elle ne peut se départir de l'accueil qui lui est réservé par les patients. Celui-ci dépend de la qualité de sa construction, de sa facilité d'appropriation et d'adhésion. Cette étude a donc vocation à évaluer la qualité intrinsèque du parcours pour les patients inclus.

La question de recherche est donc la suivante :

Le Parcours coordonné pour l'arrêt du tabac créé à l'Hôpital du Suburbain du Bouscat, et diffusé auprès de plusieurs addictologues par le programme 'PACT-Tabac' sous l'égide de la COREADD, est-il viable et acceptable pour les patients ?

1.6. Objectifs de l'étude

1.6.1. Objectif principal

Recueillir l'avis des patients concernant le parcours coordonné pour l'arrêt du tabac, appliqué par plusieurs addictologues, en termes d'acceptabilité et de viabilité.

1.6.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire est de confirmer l'efficacité du parcours coordonné, appliqué par plusieurs addictologues, à travers la connaissance du statut tabagique des patients à plus de 3 mois de parcours.

2- MATERIELS ET METHODES

2.1. Schéma de l'étude

Cette étude de viabilité, transversale, correspond à une enquête d'opinion sur les pratiques, via des questionnaires individuels. Elle a été menée par le doctorant auprès des patients impliqués dans le projet de diffusion du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac, entre mars et juin 2021. **L'objectif était d'observer les profils des patients et d'évaluer l'acceptabilité ainsi que la viabilité du parcours à l'aide de sous-parties distinctes.**

Chaque fois que possible, l'évaluation de l'acceptabilité et de la viabilité a été présentée sous la forme d'une proposition soumise à un degré d'accord ou désaccord selon une échelle de Likert à choix forcé. Les choix de réponses proposés étaient les suivants : 'Tout à fait d'accord', 'Plutôt d'accord', 'Plutôt pas d'accord', 'Pas du tout d'accord'. Il a été décidé de ne pas proposer de choix neutre pour inciter le patient à exprimer une opinion tranchée. Cette homogénéité de formulation avait pour objectif de simplifier l'évaluation et la perception des résultats. Notamment, il était possible de discrétiser les réponses en deux catégories « accord » ou « désaccord ». De la même façon, en supposant que l'écart entre les réponses était à peu près constant et en attribuant un chiffre de 0 à 3, il devenait possible de créer un score appelé 'score total', permettant d'apprécier plus justement l'adhésion globale des patients pour chaque item.

2.2. Population de l'étude

La population de l'étude était sensiblement la même que celle définie lors de l'expérience créée et menée à l'Hôpital Suburbain du Bouscat en 2017. Des critères d'inclusion et d'exclusion avaient été définis pour permettre aux médecins généralistes d'accompagner des patients ne présentant pas de facteurs de complexité, à priori.

Les critères d'inclusion dans le parcours et dans l'étude étaient les suivants :

- Fumeur de tabac
- Âgé de plus de 18 ans
- Demandeur d'une aide pour arrêter de fumer du tabac
- Consultant un médecin addictologue de sa propre initiative ou adressé par son médecin traitant
- Acceptant les principes du parcours coordonné
- Résident et suivi en Ex-Aquitaine

- Suivi partiel ou complet du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac
- Approbation de participation à cette étude

Les critères d'exclusion du parcours étaient les suivants :

- Absence de médecin traitant déclaré ou médecin traitant apparenté ou proche
- Poly-addiction
- Troubles psychiatriques non stabilisés
- Contexte préopératoire urgent
- Troubles cognitifs empêchant le parcours coordonné
- Problème de couverture sociale, de prise en charge des soins
- Sans logement
- Présence provisoire sur le territoire de l'étude (< 6 mois)

Les patients ayant suivi le parcours coordonné entre le printemps 2020 et l'hiver 2021 se sont vus proposer de participer à cette étude. Cette proposition a été faite par le thésard à l'occasion d'un appel téléphonique. Les coordonnées des patients avaient été récupérées en amont par le thésard auprès des addictologues associés au projet. Lorsqu'un patient répondait favorablement à cette proposition, un questionnaire lui était envoyé par mail ou par voie postale, selon sa préférence.

2.3. Déroulé et synoptique du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac

Le synoptique de cette prise en charge coordonnée pour l'arrêt du tabac n'a pas subi de modification depuis sa création en 2017 à l'Hôpital Suburbain du Bouscat. Il a été adressé à chaque médecin généraliste participant au suivi des patients inclus dans le parcours. Il reprend la chronologie des consultations entre addictologue et médecin traitant. Il énonce également les principaux objectifs inhérents à chaque consultation.

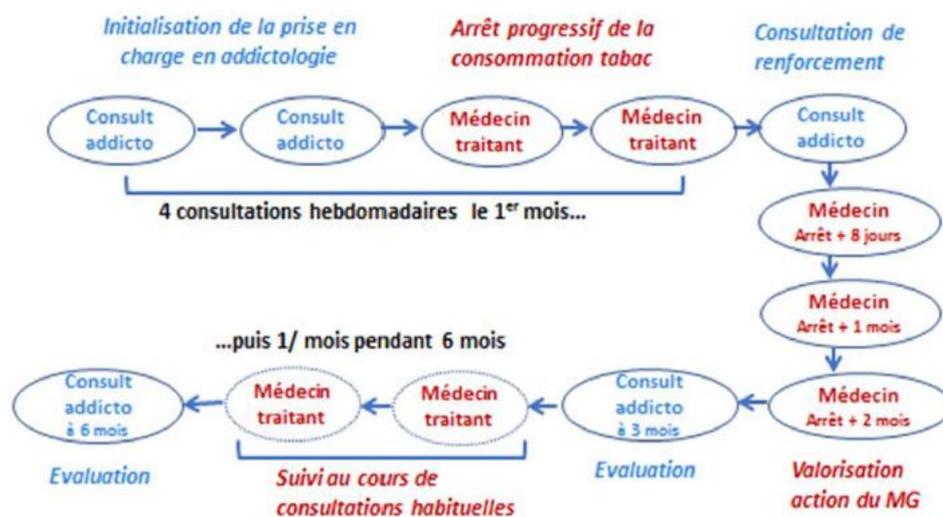


Figure 1 : Parcours coordonné ville-Hôpital pour l'arrêt du tabac
Source : Hôpital Suburbain du Bouscat

2.4. Questionnaire patient

Le questionnaire a été élaboré de façon conjointe avec les deux co-directeurs, dans le but de répondre de façon efficiente à la question de recherche portant sur deux éléments majeurs : l'acceptabilité et la viabilité du parcours pour les patients.

Il comprend trois parties distinctes. La première définit le profil des patients et leurs caractéristiques de fumeurs avant l'entrée dans le parcours. La seconde, vise à évaluer l'acceptabilité du parcours avec une majorité de questions construites selon une échelle de Likert. La troisième, construite sur le même modèle, vise à évaluer la viabilité du parcours.

Le questionnaire est composé d'un total de 28 items, dont la quasi-totalité correspondent à des questions fermées avec un éventail de choix possibles (**Annexe 1**).

2.5. Recueil et analyse des données

Une fois le questionnaire validé par les deux co-directeurs, l'étape suivante a consisté en l'organisation de sa diffusion afin que les patients puissent le remplir eux-mêmes. Plusieurs alternatives ont été discutées, notamment l'envoi par courrier et par courriel. En définitive, en raison de la méconnaissance des profils des patients à ce stade, il a été décidé que les patients auraient le choix entre ces deux formules.

Le thésard a obtenu la liste des addictologues participants au Parcours coordonné. Des 18 addictologues impliqués au début des réunions en mars 2019, dont l'objectif était l'appropriation des outils du Parcours coordonné, 10 ont poursuivi leur implication et se sont vus adressés les dossiers papiers, en 2020, afin de pouvoir procéder aux inclusions. Après échange avec chacun d'entre eux, le thésard a pu obtenir la liste des patients inclus ainsi que leurs coordonnées (numéro de téléphone et/ou adresse mail). Il a ainsi pu joindre ces patients entre avril et mai 2021 afin de leur délivrer les informations utiles sur le projet de thèse et, de façon plus globale, pour EVIAPACT. Leur accord oral concernant leur participation à l'étude a été obtenu.

Suite à l'accord oral, le thésard leur a exposé les possibilités d'envoi du questionnaire et de renvoi de celui-ci, par courrier ou courriel. Pour cette dernière éventualité, l'adresse utilisée correspondait à l'adresse créée spécifiquement pour cette étude : « these.madelenat@gmail.com ».

Si la voie postale était privilégiée, le courrier (enveloppe pré-timbrée fournie avec le questionnaire) était renvoyé aux locaux de l'association COREADD à Bordeaux.

Les questionnaires ont ensuite été transmis au thésard entre mai et juin 2021 et traités par celui-ci, après anonymisation des réponses, à l'aide d'un tableur EXCEL®. L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R version 3.6.1. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et proportions, les variables quantitatives à l'exception de la confiance en l'arrêt ont été décrites à l'aide de la moyenne et de l'écart-type. La confiance en l'arrêt aux différents temps du parcours a été décrite avec sa médiane, son premier et son troisième quartile.

2.6. Mesures éthiques et réglementaires

L'évaluation de 'PACT-Tabac' ('EVIAPACT') relève d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale Informatique et des Libertés), réalisée conformément au texte de méthodologie de référence MR004.

En accord avec la loi Jardé de novembre 2016 et son arrêté de mai 2017 sur la recherche impliquant la personne humaine, une déclaration au CPP (Comité de Protection des Personnes) n'était pas nécessaire.

2.7. Financement de l'étude

Le CHU de Bordeaux, dans le cadre de l'évaluation de 'PACT-Tabac', a bénéficié d'un financement par l'ARS Nouvelle-Aquitaine à hauteur de 73 000 euros dans le cadre de l'Appels à Projets (AAP) Fond Addictions 2019.

3- RESULTATS

3.1- Population d'étude

3.1.1- Sélection de la population

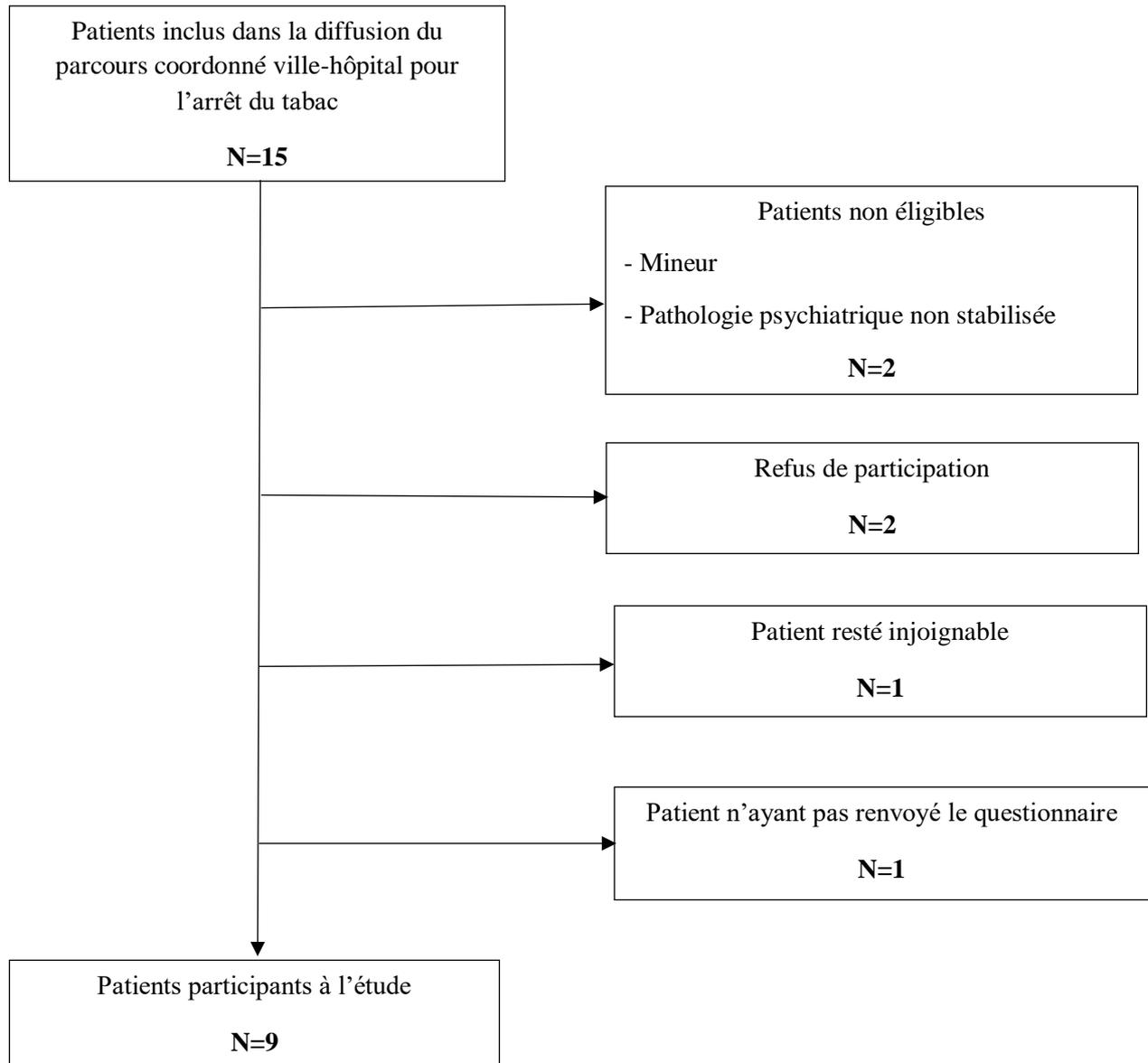


Figure 2 : Diagramme de flux de la population incluse dans l'étude

Au total, 15 patients ont accepté de participer au parcours coordonné pendant la période d'évaluation, du printemps 2020 au printemps 2021. Parmi eux, 13 remplissaient les critères d'inclusion (un mineur et un patient présentant une pathologie psychiatrique non stabilisée relevaient des critères de non-

inclusion). Quatre addictologues ont participé à l'inclusion et au suivi de ces patients sur les 10 s'étant vus remettre les dossiers papiers afin de participer à l'étude.

Parmi les 13 patients, 2 ont refusé de participer à l'étude, 1 patient est resté injoignable (coordonnées erronées, pas de retour du médecin traitant) et 1 patient a d'abord répondu favorablement mais n'a jamais renvoyé le questionnaire.

Ainsi, 9 patients sur les 13 dont le profil correspondait aux critères d'inclusion et d'exclusion ont accepté de participer à cette étude et donc de recevoir le questionnaire puis de le compléter et de le renvoyer. Quatre addictologues ont suivi des patients dans ce parcours coordonné, à Arès, Bayonne, Lesparre-Médoc et au Bouscat. L'un des addictologues, exerçant à Arès, a assuré le suivi de six patients parmi les neuf.

3.1.2- Description de la population

Tableau I : Caractéristiques cliniques des sujets ayant participé au parcours coordonné d'arrêt du tabac et répondus au questionnaire (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021

Caractéristiques	Population d'étude (N=9)	
	Effectifs (N=9) (%) *	Moyenne (écart-type)
Sexe	Homme	4 (44,4%)
	Femme	5 (55,6%)
Âge	18-39	1 (11,1%)
	40-59	2 (22,2%)
	60-79	6 (66,7%)
Statut Professionnel	Emploi	2 (22,2%)
	Sans Emploi	1 (11,1%)
	Étudiant	1 (11,1%)
	Retraité	5 (55,6%)
Situation économique	Difficile	2 (22,2%)
	Suffisante	5 (55,6%)
	Confortable	2 (22,2%)
Entourage domicile	Fumeur	4 (44,4%)
	Non-Fumeur	3 (33,3%)
	Non concerné	2 (22,2%)
Entourage lieu de travail	Fumeur	2 (22,2%)
	Non-Fumeur	0 (0,0%)
	Non concerné	7 (77,8%)
Autres consommations	Aucune	6 (66,7%)
	Alcool	3 (33,3%)
	Cannabis	0 (0,0%)
Proposition d'inclusion dans le parcours	Médecin Traitant	1 (11,1%)
	Addictologue	8 (88,9%)

Nombre d'années de tabagisme			
	< 15	1 (11,1%)	
	15-30	2 (22,2%)	35,44 (11,76)
	> 30	6 (66,7%)	
Type de tabac consommé			
	Cigarettes	9 (100%)	
	Tabac à rouler	0 (0,0%)	
	Cigares/Cigarillos	0 (0,0%)	
Consommation quotidienne de tabac (nombre de cigarettes)			
	1-10	3 (33,3%)	
	11-20	3 (33,3%)	19,33 (14,29)
	> 20	3 (33,3%)	
Antécédent(s) de tentatives d'arrêt du tabac			
	Oui	9 (100%)	
	Non	0 (0,0%)	
Antécédent(s) d'arrêt du tabac > 7 jours			
	Oui	9 (100%)	
	Non	0	
Nombre de tentatives d'arrêt > 7 jours			4,22 (2,64)
Durée de l'arrêt le plus long			
	< 3 mois	4 (44,4%)	
	3-12 mois	3 (33,3%)	10,67 (14,53)
	> 12 mois	2 (22,2%)	
Antécédent de prise d'un traitement pour l'arrêt du tabac			
	Aucun	1 (11,1%)	
	Substitut nicotinique	7 (77,8%)	
	Varénicline	3 (33,3%)	
	Bupropion	3 (33,3%)	
	Hypnose	7 (77,8%)	
	Acupuncture	4 (44,4%)	
	Magnétisme	1 (11,1%)	
Sentiment d'aide du traitement pour l'arrêt du tabac			
	Oui	1 (12,5%)	
	Plutôt Oui	3 (37,5%)	
	Plutôt Non	4 (50,0%)	
	Non	0 (0,0%)	
	Manquant	1	
Antécédent d'utilisation de cigarette électronique			
	Oui	7 (77,8%)	
	Non	2 (22,2%)	
Avez-vous déjà arrêté accompagné d'un professionnel			
	Oui	3 (33,3%)	
	Non	6 (66,7%)	

* Proportion calculée sur les données disponibles (exclusion des manquants)

La population d'étude se compose de 9 personnes, 5 femmes et 4 hommes âgés de 35 à 75 ans avec une moyenne à 59 ans. La majorité d'entre eux sont retraités (5 sujets ; 55,5%) contre seulement deux actifs, un sans emploi et un étudiant ayant paradoxalement l'âge de la retraite (68 ans). Seuls deux d'entre eux décrivent une situation économique 'difficile'. Parmi ceux qui ne vivent pas seuls, plus de la moitié (4 patients sur 7 ; 57,1%) vivent avec un ou plusieurs fumeurs. Les deux actifs travaillent entourés de fumeurs.

Tous ont affirmé fumer exclusivement des cigarettes et 1/3 ont déclaré consommer également de l'alcool ; qui est la seule co-consommation déclarée par les patients.

En accord avec la moyenne d'âge, le passif tabagique est élevé ; 2/3 des patients présentent une consommation supérieure à 30 paquets-année. En ce qui concerne la consommation quotidienne, 1/3 des patients dépassent le paquet quotidien, 1/3 fument entre la moitié et un paquet chaque jour et 1/3 fument moins de 10 cigarettes quotidiennement. Tous avaient déjà réalisé des tentatives d'arrêt du tabac, avec une moyenne supérieure à 4 arrêts de plus de 7 jours. Sept d'entre eux n'ont jamais atteint un an d'arrêt ; deux ont déjà réussi à arrêter le tabac durant 3 ans.

La quasi-totalité (8 patients ; 88,8%) a déjà eu recours à un ou plusieurs traitements lors d'un arrêt du tabac. Plus des 3/4 (7 patients, 77,7%) ont bénéficié d'une substitution nicotinique et d'hypnothérapie. Quatre ont essayé l'acupuncture et 1/3 la Varénicline et/ou le Bupropion. Enfin, un des patients a fait appel à l'aide d'un magnétiseur. Des huit patients ayant eu recours à un traitement, qu'il soit médicamenteux ou non, la moitié à le sentiment d'avoir été aidé par celui-ci.

La cigarette électronique a déjà été utilisée par sept des neuf patients (77,7%). Seulement 1/3 des patients ont déclaré avoir déjà bénéficié de l'aide d'un professionnel.

Enfin, huit patients (88,8%) se sont vus proposer d'intégrer le parcours par l'addictologue.

3.2- Perceptions des patients sur l'acceptabilité du parcours coordonné

Tableau II : Évaluation de l'acceptabilité pour les patients du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021

		Effectifs	Proportion (%)	Score Total*
Vous avez le sentiment d'avoir bien compris l'organisation du parcours proposé (N=9)	Tout à fait d'accord	3	33,3%	20/27
	Plutôt d'accord	5	55,5%	
	Plutôt pas d'accord	1	11,1%	
	Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Le parcours vous semble Utile (N=9)	Tout à fait d'accord	2	22,2%	20/27
	Plutôt d'accord	7	77,7%	
	Plutôt pas d'accord	0	0,0%	
	Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Le parcours vous semble Simple (N=9)	Tout à fait d'accord	2	22,2%	17/27
	Plutôt d'accord	5	55,5%	
	Plutôt pas d'accord	1	11,1%	
	Pas du tout d'accord	1	11,1%	
Le parcours vous semble Complet (N=9)	Tout à fait d'accord	1	11,1%	19/27
	Plutôt d'accord	8	88,8%	
	Plutôt pas d'accord	0	0,0%	
	Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Le rôle du patient dans ce parcours est Responsabilisant (N=9)	Tout à fait d'accord	3	33,3%	21/27
	Plutôt d'accord	6	66,6%	
	Plutôt pas d'accord	0	0,0%	
	Pas du tout d'accord	0	0,0%	

Le rôle du patient dans ce parcours est Motivant (N=9)			
Tout à fait d'accord	2	22,2%	20/27
Plutôt d'accord	7	77,7%	
Plutôt pas d'accord	0	0,0%	
Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Le dossier patient est simple d'utilisation (N=8)			
Tout à fait d'accord	3	37,5%	18/24
Plutôt d'accord	4	50,0%	
Plutôt pas d'accord	1	12,5%	
Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Vous considérez le dossier patient comme un atout (N=8)			
Tout à fait d'accord	1	12,5%	15/24
Plutôt d'accord	5	62,5%	
Plutôt pas d'accord	2	25,0%	
Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Vous aviez le dossier patient avec vous lors de : (N=8)			
≥ 75% des consultations	3	37,5%	
[50-75[% des consultations	3	37,5%	
[25-50[% des consultations	1	12,5%	
[0-25[% des consultations	1	12,5%	
Lorsque vous aviez le dossier patient, il a été utilisé par le praticien (N=8)			
Tout à fait d'accord	6	75,0%	22/24
Plutôt d'accord	2	25,0%	
Plutôt pas d'accord	0	0,0%	
Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Vous auriez aimé avoir un espace dédié dans le livret pour y noter des choses (N=8)			
Tout à fait d'accord	1	12,5%	14/24
Plutôt d'accord	5	67,5%	
Plutôt pas d'accord	1	12,5%	
Pas du tout d'accord	1	12,5%	
Médecin traitant et addictologue sont complémentaires (N=9)			
Tout à fait d'accord	4	44,4%	19/27
Plutôt d'accord	2	22,2%	
Plutôt pas d'accord	3	33,3%	
Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Deux lieux de consultation différents, c'est contraignant (N=9)			
Tout à fait d'accord	0	0,0%	12/27
Plutôt d'accord	6	66,6%	
Plutôt pas d'accord	0	0,0%	
Pas du tout d'accord	3	33,3%	
La durée de suivi est satisfaisante (N=9)			
Tout à fait d'accord	3	33,3%	19/27
Plutôt d'accord	4	44,4%	
Plutôt pas d'accord	2	22,2%	
Pas du tout d'accord	0	0,0%	
L'alternance des consultations chez les praticiens a été conforme à ce qui était initialement prévu (N=9)			
Tout à fait d'accord	4	44,4%	20/27
Plutôt d'accord	3	33,3%	
Plutôt pas d'accord	2	22,2%	
Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Vous avez privilégié les consultations chez le médecin traitant (N=9)			
Tout à fait d'accord	0	0,0%	8/27
Plutôt d'accord	0	0,0%	
Plutôt pas d'accord	8	88,8%	
Pas du tout d'accord	1	11,1%	

De façon globale, l'organisation est contraignante (N=9)			
Tout à fait d'accord	0	0,0%	11/27
Plutôt d'accord	2	22,2%	
Plutôt pas d'accord	7	77,7%	
Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Vous avez participé à toutes les consultations prévues dans le parcours (N=9)			
Oui	4	44,4%	
Non	5	55,5%	
Votre confiance dans l'arrêt lors de la 1^{ère} consultation (0-10) (N=9)			
Faible [0-3]	0	0,0%	
Modéré [4-6]	5	55,5%	
Forte [7-8]	1	11,1%	
Très forte [9-10]	3	33,3%	
Votre confiance dans l'arrêt aujourd'hui (0-10) (N=9)			
Faible [0-3]	1	11,1%	
Modéré [4-6]	3	33,3%	
Forte [7-8]	4	44,4%	
Très forte [9-10]	1	11,1%	

*Score total calculé en attribuant à chaque variable de l'échelle de Likert une note de 0 à 3.

Note de 0 pour « Pas du tout d'accord » ; Note de 1 pour « Plutôt pas d'accord » ; Note de 2 pour « Plutôt d'accord » ; Note de 3 pour « Tout à fait d'accord »

Cette partie du questionnaire avait pour but d'évaluer l'acceptabilité du suivi pour les patients en fonction de la construction du parcours. Pour les items organisés en Likert, une note a été attribuée afin de créer un score dit 'total', permettant in fine d'estimer l'adhésion globale des patients au parcours coordonné.

Huit patients sur neuf (88,8%) ont le sentiment d'avoir globalement bien compris l'organisation du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac, avec une adhésion forte (« Tout à fait d'accord ») pour trois d'entre eux. Le score total reflétant cette adhésion est de 20/27.

Tous les patients s'accordent sur le caractère utile de ce parcours coordonné. Toutefois, sept d'entre eux (77,7%) nuancent leur réponse (« Plutôt d'accord »). Le score total est de 20/27.

Sept d'entre eux (77,7%) le perçoivent globalement comme simple, avec une adhésion nuancée (« Plutôt d'accord ») pour une majorité d'entre eux (5 patients). Le score total est de 17/27.

Tous les patients jugent le parcours complet, avec cependant une quasi-totalité (8 patients ; 88,8%) de réponses nuancées (« Plutôt d'accord »). Ainsi, le score total est de 19/27.

L'ensemble des patients attestent du rôle responsabilisant et motivant qui est le leur dans ce parcours. À nouveau, **une majorité a toutefois nuancé sa réponse** en cochant « Plutôt d'accord » ; six patients (66,6%) pour le rôle 'responsabilisant' et même sept (77,7%) pour le rôle 'motivatif' pour des scores totaux respectifs de 21 et 20/27.

Seuls huit patients ont répondu sur les items concernant le dossier patient. En effet, un patient a précisé ne l'avoir jamais eu en sa possession. **Sept patients (87,5%) estiment que le dossier patient est simple**

d'utilisation. Quatre sont nuancés (« plutôt d'accord ») alors que trois sont sans équivoque (« Tout à fait d'accord »). Score total de 18/24.

Six patients (75,0%) considèrent le dossier comme un atout dans leur prise en charge. Parmi eux, un seul adhère fortement (« Tout à fait d'accord ») à cette affirmation. Score total de 15/24.

Six patients (75,0%) ont amené leur dossier de suivi lors de plus de la moitié des consultations ; trois patients (37,5%) l'ont même amené lors de plus des trois-quarts des consultations. À l'inverse, deux patients (25,0%) l'avaient avec eux pour moins de la moitié des consultations.

Lorsque **le dossier patient** était amené, **il a toujours été utilisé par le praticien.** Score total de 22/24.

Six patients (75,0%) auraient souhaité un espace d'expression dédié dans le dossier de suivi. En raison de cinq réponses nuancées (« Plutôt d'accord »), le score total est de 14/24.

Une majorité de patients (6 patients ; 66,6%) ont ressenti une complémentarité entre les deux praticiens. Quatre d'entre eux adhèrent fortement (« Tout à fait d'accord ») à ce sentiment de complémentarité. Le score total est ici de 19/27. Cependant, il est à noter que **trois patients (33,3%) n'ont pas perçu cette complémentarité** entre addictologues et médecins traitants. Tous ont nuancé leur désaccord sur ce point (« Plutôt pas d'accord »).

Une majorité de patients (6 patients ; 66,6%) pensent que la pluralité des lieux de consultation est contraignante avec, ceci dit, une réponse nuancée pour chacun d'eux. En revanche trois patients (33,3%) ne le trouvent pas du tout contraignant. Ainsi, le score total, à interpréter à l'inverse du fait de la connotation négative de l'affirmation, n'est que de 12/27.

Une large majorité de patients (7 patients ; 77,7%) considèrent la durée de suivi comme satisfaisante. Parmi eux, quatre sont nuancés (« Plutôt d'accord ») et trois sont formels (« Tout à fait d'accord ») pour un score total à 19/27. Pour rappel, cette durée est d'approximativement 6 mois.

Une large majorité de patients (7 patients ; 77,7%) a vécu son parcours coordonné de façon conforme à ce que prévoyait l'organisation théorique, avec une alternance spécifique des consultations entre addictologue et médecin traitant. Quatre sont catégoriques dans leur réponse (« Tout à fait d'accord »), ce qui correspond à un score total de 20/27.

Il apparaît que les consultations chez l'addictologue ont été privilégiées par les patients. Huit patients (88,8%) estiment en effet avoir privilégié les consultations avec l'addictologue (score total de 22/27) quand dans le même temps, la totalité des patients concède ne pas avoir privilégié les consultations chez le médecin traitant (score total de 8/27), bien que huit patients (88,8%) nuancent leurs propos (« Plutôt pas d'accord »). Parmi les motifs invoqués par ceux ayant répondu à la question ouverte, on trouve : « *pour avoir un soutien personnalisé* », « *problème COVID* », « *plus d'infos chez le tabacologue (maîtrise du sujet), il cherche à connaître l'histoire de vie pour apporter des solutions* », « *chacun sa spécificité* », « *addicto le plus concerné* ».

Une large majorité des patients (7 patients ; 77,7%) n'ont pas le sentiment que ce parcours soit globalement contraignant. Cependant, l'ensemble de cette majorité a nuancé sa réponse (« Plutôt pas d'accord »), ce qui induit un score total à 11/27.

Moins de la moitié des patients (4 patients ; 44,4%) déclarent avoir participé à toutes les consultations prévues dans le parcours coordonné. Parmi les patients au parcours incomplet, un n'a réalisé que deux consultations et invoque un arrêt « à cause du confinement », un autre en a réalisé 50,0%, un mentionne « un abandon en cours de route » sans plus de précisions, un n'a manqué que la dernière consultation en invoquant « le COVID », le dernier n'a pas répondu à la question sur le nombre et le motif des consultations manquées.

Au début du parcours, la confiance dans l'arrêt était majoritairement 'modérée' (5 patients, 55,5%), même si un patient présentait une confiance 'forte' et trois patients (33,3%) une confiance 'très forte'. **Après la fin du parcours, cette confiance était majoritairement 'forte' (4 patients, 44,4%).** Un patient présentait une confiance 'faible' donc amoindrie par rapport au début du parcours, trois patients présentaient une confiance 'modérée' et un seul une confiance 'très forte'.

Au total, le parcours coordonné de soins est décrit dans la majorité des cas comme simple et relativement peu contraignant, avec un dossier simple à utiliser et une collaboration bénéfique entre les praticiens, même si le rôle du médecin traitant semble difficile à percevoir pour les patients. La réalisation du parcours s'est globalement déroulée comme théoriquement prévu.

Même si les réponses ne sont pas unanimes, la confiance en l'arrêt semble globalement meilleure en fin de parcours, comme l'atteste la médiane des réponses disponible dans le tableau V (médiane de confiance à 6 en début de parcours ; à 7 en fin de parcours).

3.3- Perceptions des patients sur la viabilité du parcours coordonné

Tableau III : Évaluation de la viabilité pour les patients ayant participé au parcours coordonné d'arrêt du tabac (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021

	Effectifs	Proportion (%)	Score total*
Concilier vie personnelle et parcours est facile (N=9)			
Tout à fait d'accord	4	44,4%	19/27
Plutôt d'accord	3	33,3%	
Plutôt pas d'accord	1	11,1%	
Pas du tout d'accord	1	11,1%	
Impact de ce suivi sur les finances (N=9)			
Économies	7	77,7%	
Coût nul	1	11,1%	
Coût acceptable	1	11,1%	
Coût dissuasif	0	0,0%	
Temps de trajet acceptable pour se rendre chez le médecin traitant (N=9)			
Tout à fait d'accord	6	66,6%	24/27
Plutôt d'accord	3	33,3%	
Plutôt pas d'accord	0	0,0%	
Pas du tout d'accord	0	0,0%	

Temps de trajet acceptable pour se rendre chez l'addictologue				
(N=9)				
	Tout à fait d'accord	4	44,4%	21/27
	Plutôt d'accord	4	44,4%	
	Plutôt pas d'accord	1	11,1%	
	Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Moyen de locomotion (N=9)				
	Véhicule personnel	8	88,8%	
	Transport en commun	0	0,0%	
	Vélo	0	0,0%	
	À pied	1	11,1%	
L'accessibilité des lieux est bonne chez le médecin traitant				
(N=9)				
	Tout à fait d'accord	8	88,8%	26/27
	Plutôt d'accord	1	11,1%	
	Plutôt pas d'accord	0	0,0%	
	Pas du tout d'accord	0	0,0%	
L'accessibilité des lieux est bonne chez l'addictologue				
(N=9)				
	Tout à fait d'accord	6	66,6%	24/27
	Plutôt d'accord	3	33,3%	
	Plutôt pas d'accord	0	0,0%	
	Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Le rôle du médecin traitant est utile (N=9)				
	Tout à fait d'accord	2	22,2%	18/27
	Plutôt d'accord	5	55,5%	
	Plutôt pas d'accord	2	22,2%	
	Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Le rôle de l'addictologue est utile (N=9)				
	Tout à fait d'accord	8	88,8%	26/27
	Plutôt d'accord	1	11,1%	
	Plutôt pas d'accord	0	0,0%	
	Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Vous vous êtes senti(e) triste, pessimiste ou déprimé(e) ces deux dernières semaines (N=9)				
	Tout à fait d'accord	2	22,2%	13/27
	Plutôt d'accord	2	22,2%	
	Plutôt pas d'accord	3	33,3%	
	Pas du tout d'accord	2	22,2%	
Depuis deux semaines, vous avez moins d'intérêt ou de plaisir dans les activités que vous appréciez habituellement (N=9)				
	Tout à fait d'accord	0	0,0%	10/27
	Plutôt d'accord	3	33,3%	
	Plutôt pas d'accord	4	44,4%	
	Pas du tout d'accord	2	22,2%	
Votre bien-être global à 3 mois de parcours est meilleur qu'avant de le débiter (N=9)				
	Tout à fait d'accord	1	11,1%	14/27
	Plutôt d'accord	4	44,4%	
	Plutôt pas d'accord	3	33,3%	
	Pas du tout d'accord	1	11,1%	
Vous recevez du soutien, des encouragements de votre entourage concernant votre parcours d'arrêt du tabac (N=9)				
	Tout à fait d'accord	3	33,3%	20/27
	Plutôt d'accord	5	55,5%	
	Plutôt pas d'accord	1	11,1%	
	Pas du tout d'accord	0	0,0%	
Sensation de craving à 3 mois de parcours (N=9)				
	Nul	0	0,0%	
	Faible	1	11,1%	
	Modéré	2	22,2%	
	Fort	3	33,3%	
	Très fort	3	33,3%	

Sensation de craving moins important maintenant qu'au moment de l'arrêt (N=9)			
Tout à fait d'accord	3	33,3%	14/27
Plutôt d'accord	1	11,1%	
Plutôt pas d'accord	3	33,3%	
Pas du tout d'accord	2	22,2%	
Avez-vous arrêté de fumer durant ce parcours (N=9)			
Oui	3	33,3%	
Non	6	66,6%	
Cet arrêt se poursuit-il ? (N= 3)			
Oui	3	100,0%	
Non	0	0,0%	
Votre ressenti sur l'efficacité de ce parcours (0-10) (N=9)			
Faible [0-3]	0	0,0%	
Modéré [4-6]	5	55,5%	
Forte [7-8]	3	33,3%	
Très forte [9-10]	1	11,1%	

*Score total calculé en attribuant à chaque variable de l'échelle de Likert une note de 0 à 3.

Note de 0 pour « Pas du tout d'accord » ; Note de 1 pour « Plutôt pas d'accord » ; Note de 2 pour « Plutôt d'accord » ; Note de 3 pour « Tout à fait d'accord »

Cette troisième partie du questionnaire se concentre sur la viabilité du parcours pour les patients, notamment par une évaluation logistique du suivi et des effets sur leur consommation tabagique. Encore une fois, un score dit 'total' est utilisé afin de mieux percevoir l'adhésion globale des patients.

Une majorité de patients (7 patients ; 77,7%) sont parvenus à concilier leur vie privée avec le parcours coordonné. Presque la moitié d'entre eux (4 patients ; 44,4%) présente une forte adhésion (« Tout à fait d'accord ») sur ce point. Le score total est ici de 19/27.

Une majorité de patients (7 patients ; 77,7%) déclarent avoir fait des économies grâce au parcours coordonné d'arrêt du tabac. Aucun ne considère le parcours comme dissuasif sur le plan financier.

L'ensemble des patients estiment que le temps de trajet pour se rendre chez leur médecin traitant est acceptable ; les 2/3 sont même formels à ce sujet (« Tout à fait d'accord »). Concernant le temps de trajet pour aller chez l'addictologue, huit patients (88,8%) le considèrent comme acceptable avec une répartition égale entre « Plutôt d'accord » et « Tout à fait d'accord ». Au total, les scores totaux sont de 24/27 pour le trajet chez le médecin traitant et de 21/27 pour celui chez l'addictologue.

Une large majorité (8 patients ; 88,8%) utilise son véhicule personnel pour se rendre aux cabinets des praticiens. Un patient (11,1%) a déclaré marcher jusqu'aux lieux des consultations. Les patients sont unanimes à propos de l'accessibilité des lieux de consultations qu'ils considèrent 'bonne'. Pour chaque praticien, on note une majorité de réponses univoques (« Tout à fait d'accord »). Huit patients (88,8%) concernant l'addictologue, contre six (66,6%) à propos du médecin traitant. Les scores totaux sont ici respectivement de 26/27 et 24/27 pour médecin traitant et addictologue.

L'ensemble des patients attestent du rôle utile du médecin addictologue. D'ailleurs, Huit d'entre eux (88,8%) sont catégoriques (« Tout à fait d'accord »). **Les réponses sont moins tranchées concernant le rôle utile du médecin traitant.** Deux patients (22,2%) le contestent avec nuance («

Plutôt pas d'accord ») et seulement deux (22,2%) adhèrent fortement à cette affirmation (« Tout à fait d'accord »). Les avis sont malgré tout favorables avec une majorité des patients de l'effectif (5 patients ; 55,5%) qui se disent « Plutôt d'accord » sur le caractère utile du médecin traitant. Au final, on note une différence notable sur les scores totaux avec 18/27 pour le médecin traitant et 26/27 pour l'addictologue.

Une faible majorité de patients (55,5%) réfutent avoir ressenti de la tristesse, du pessimisme ou un sentiment de déprime sur la dernière quinzaine. Les réponses sont globalement partagées entre les 4 items. Le score total n'est que de 13/27 pour cette affirmation.

Deux-tiers des patients infirment avoir ressenti un moindre intérêt ou plaisir dans les activités habituelles lors des deux semaines précédentes. Aucun patient ne s'est déclaré « Tout à fait d'accord » avec cette affirmation. Cela se reflète au niveau du score total, plus bas encore, à 10/27.

Une faible majorité de patients (5 patients ; 55,5%) évaluent leur bien-être global comme meilleur à 3 mois de parcours, comparativement à avant celui-ci. Un seul patient (11,1%) est ferme (« Tout à fait d'accord ») sur ce point. Le score total est tout juste positif, à 14/27.

Huit patients (88,8%) ont perçu un soutien et des encouragements de la part de leur entourage pendant le parcours. Trois patients (33,3%) sont « Tout à fait d'accord » sur ce point. **Un patient (11,1%) n'a pas reçu de soutien (« Plutôt pas d'accord »),** ce qui n'empêche pas un score total positif à 20/27.

Le craving apparaît comme persistant à 3 mois de parcours. Seul un patient (11,1%) le décrit comme 'faible', contre deux patients (22,2%) 'modéré', trois patients (33,3%) 'fort' et trois patients (33,3%) 'très fort'. Ainsi, ce sont les 2/3 des patients qui ressentent un craving allant de 'fort' à 'très fort' à 3 mois de parcours. **Il n'y a pas de réelle tendance concernant la comparaison entre le craving à l'arrêt et le craving au moment de remplir le questionnaire.**

On note que cinq patients (55,5%) sont en désaccord sur l'amélioration du craving au fur et à mesure du parcours.

Seuls trois patients (33,3%) ont arrêté le tabac pendant le parcours coordonné ; Six (66,6%) n'y sont pas parvenus.

Les trois patients qui ont réussi à arrêter le tabac ont maintenu cet arrêt au moment de compléter le questionnaire.

La dernière question du questionnaire patient aborde de façon globale le ressenti sur l'efficacité du parcours coordonné, avec une graduation de 1 à 10. **La majorité (5 patients, 55,5%) ont le sentiment d'une efficacité 'modérée' du parcours coordonné.** Trois patients ont relevé une efficacité 'très forte' et un patient une efficacité 'forte'. Il est à noter qu'aucun patient n'a attribué une efficacité 'faible' au parcours.

3.4 - Profil individuel des patients

Les tableaux IV, V et VI nous permettent de mieux appréhender chaque patient de la population d'étude.

Seuls deux patients définissent leur situation économique comme 'précaire'. Pour autant, ces deux patients n'ont pas la plus grosse consommation quotidienne de tabac. En effet, leur consommation est respectivement de 15 et d'une seule cigarette par jour, quand la moyenne de l'effectif atteint 19,3 cigarettes par jour.

L'effectif présente par ailleurs une moyenne d'années de tabagisme actif à 35,4, avec un minimum de 10 années de tabagisme pour la patiente la plus jeune (35 ans). **Notre effectif correspond donc plutôt à des fumeurs persistants, dits 'Heavy Chronic Smokers', présentant une dépendance majeure au tabac.**

Mis à part un patient, tous ont déjà eu recours à des traitements médicamenteux pour arrêter le tabac ; le plus souvent des substituts nicotiques.

Parmi les 3 patients ayant arrêté le tabac pendant le parcours, toutes sont des femmes, toutes ont maintenu cet arrêt après le parcours. Deux d'entre elles présentent un nombre de tentatives d'arrêt de plus de 7 jours au-dessus de la moyenne de l'effectif. Deux d'entre elles décrivent une situation économique 'précaire' alors que la troisième la décrit comme 'suffisante'.

Tableau IV : Profil clinique de chaque patient inclus dans l'étude et ayant répondu au questionnaire (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021

	Sexe	Âge	Emploi	Situation économique	Co-consommation	Années tabagisme	Consommation /jour	Nombre arrêt > 7j	Arrêt le plus long (mois)	Aide à l'arrêt				
										Nicotinique	Varécliline	Bupropion	Non Médicamenteux	Aide du substitut
Patient 1	F	60	Retraitée	Suffisante	Aucune	42	12	4	3	Oui	Non	Non	Oui	Plutôt Non
Patient 2	F	54	Sans Emploi	Précaire	Alcool	30	15	10	36	Oui	Oui	Non	Oui	Plutôt Non
Patient 3	H	66	Retraité	Suffisante	Alcool	40	40	4	8	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Patient 4	H	75	Retraité	Confortable	Aucune	45	8	5	6	Oui	Non	Non	Oui	Plutôt Non
Patient 5	H	53	Emploi	Confortable	Alcool	32	8	2	1	Non	Non	Oui	Oui	Plutôt Oui
Patient 6	F	35	Emploi	Suffisante	Aucune	10	20	3	36	Non	Non	Non	Non	
Patient 7	H	60	Retraité	Suffisante	Aucune	40	30	1	2	Oui	Non	Non	Oui	Plutôt Non
Patient 8	F	64	Retraitée	Précaire	Aucune	30	1	3	2	Oui	Non	Non	Non	Plutôt Oui
Patient 9	F	68	Étudiant	Suffisante	Aucune	50	40	6	2	Oui	Oui	Oui	Oui	Plutôt Oui

Tableau V : Évaluation de l'acceptabilité déclinée pour chaque patient du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021

	Le parcours semble					Durée de suivi satisfaisante	Praticiens complémentaires	Concernant le dossier				Confiance dans l'arrêt		
	Utile	Simple	Complet	Responsabilisant	Motivant			Simple	Atout	Présenté	Organisation contraignante	Participation complète	Début de parcours	À ce jour
Patient 1	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	> 75%	Plutôt d'accord	Non	8	2
Patient 2	Plutôt d'accord	Pas du tout d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	> 75%	Plutôt pas d'accord	Non	4	7
Patient 3	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	< 50%	Plutôt pas d'accord	Non	4	6					
Patient 4	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt pas d'accord	> 50%	Plutôt pas d'accord	Oui	10	5					
Patient 5	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	> 75%	Plutôt pas d'accord	Oui	4	8				
Patient 6	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt pas d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt pas d'accord	< 25%	Plutôt pas d'accord	Non	10	10
Patient 7	Tout à fait d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt pas d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	> 50%	Plutôt pas d'accord	Non	6	6
Patient 8	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	> 50%	Plutôt pas d'accord	Oui	10	8
Patient 9	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	> 75%	Plutôt pas d'accord	Oui	6	7					
											Médiane de la confiance dans l'arrêt [Q1 ; Q3]		6 [4 ;10]	7 [6 ;8]

Tableau VI : Évaluation de la viabilité du parcours déclinée pour chaque patient du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021

	Conciliation parcours/vie personnelle	Impact sur les finances	Temps de trajet acceptable		Rôle utile		Amélioration bien-être global	Craving		Arrêt		Efficacité du parcours
			Médecin traitant	Addictologue	Médecin traitant	Addictologue		À 3 mois	Diminué/début	Pendant le parcours	Poursuivi après le parcours	
Patient 1	Tout à fait d'accord	Économies	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Très fort	Pas du tout d'accord	Non		5
Patient 2	Pas du tout d'accord	Économies	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord	Très fort	Plutôt pas d'accord	Oui	Oui	7
Patient 3	Plutôt d'accord	Économies	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Modéré	Plutôt d'accord	Non		6
Patient 4	Plutôt pas d'accord	Acceptable	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt pas d'accord	Fort	Plutôt pas d'accord	Non		5
Patient 5	Tout à fait d'accord	Économies	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Fort	Tout à fait d'accord	Non		8
Patient 6	Tout à fait d'accord	Économies	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Faible	Tout à fait d'accord	Non		4
Patient 7	Tout à fait d'accord	Nul	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt pas d'accord	Très fort	Pas du tout d'accord	Non		5
Patient 8	Plutôt d'accord	Économies	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt pas d'accord	Modéré	Tout à fait d'accord	Oui	Oui	10
Patient 9	Plutôt d'accord	Économies	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Fort	Plutôt pas d'accord	Oui	Oui	8

Tableau VII : Évaluation de l'humeur des patients lors du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac (N=9), Ex-Aquitaine, 2020-2021

	Moral triste lors des deux dernière semaines	Moindre intérêt dans les activités	Amélioration du bien-être global
Patient 1	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord
Patient 2	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Patient 3	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
Patient 4	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord
Patient 5	Pas du tout d'accord	Pas du tout d'accord	Plutôt d'accord
Patient 6	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord
Patient 7	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord
Patient 8	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt pas d'accord
Patient 9	Plutôt pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord

Les tableaux V et VI sur l'évaluation de l'acceptabilité et de la viabilité du parcours pour les patients permettent de corréliser les réponses au questionnaire à l'évolution de la confiance dans l'arrêt et à l'efficacité globale du parcours.

Les patients 1, 4 et 8 ont vu leur confiance dans l'arrêt s'érousser entre le début et la fin du parcours. Parmi ces 3 patients, certaines choses sont à noter. Les patients 4 et 8 déclarent avoir participé à la totalité des consultations du parcours. Les patients 1 et 4 relèvent une organisation globale contraignante. Seul le patient 1 fait état d'une durée de suivi insatisfaisante.

Les 3 patients sont d'accords concernant l'utilité, la simplicité, les caractères complet, responsabilisant et motivant du parcours.

Le patient 4 est celui dont le retour est le plus négatif. En effet, il est le seul à déprécier le dossier patient, tant sur sa simplicité que sur le fait qu'il représente un atout, il infirme la complémentarité entre addictologue et médecin traitant et le rôle utile de celui-ci. De plus, il a éprouvé des difficultés à concilier sa vie personnelle et le parcours coordonné qu'il décrit comme ayant eu un impact négatif sur ses finances ; impact qu'il juge cependant 'acceptable'.

Les patients 4 et 8 ne ressentent pas d'amélioration de leur bien-être global en fin de parcours. Les patients 1 et 4 n'ont pas le sentiment d'une baisse de craving à 3 mois de parcours. **Seul le patient 8 est parvenu à arrêter le tabac, et attribue la note de 10 concernant l'efficacité globale. Les patients 1 et 4 n'ont pas arrêté de fumer et attribuent une même note d'efficacité globale à 5.**

Les patients 2, 8 et 9 ont réussi à arrêter le tabac pendant cette prise en charge coordonnée. Les 3 patients sont d'accord concernant l'utilité, la simplicité, les caractères complet, responsabilisant et motivant du parcours. Ils sont également d'accord sur la durée de suivi satisfaisante et sur le fait que le parcours n'est pas contraignant.

Seul le patient 9 est en désaccord sur la complémentarité entre addictologue et médecin traitant ainsi que sur le rôle utile du médecin traitant.

Les patients 8 et 9, à la différence du patient 2, ont réalisé l'intégralité du parcours.

Le patient 2 n'a pas reçu de dossier patient et ne l'a donc pas utilisé. Les patients 8 et 9 sont positifs au sujet de ce dossier patient qu'ils considèrent simple et comme un atout, avec des réponses nuancées pour le patient 9.

Paradoxalement, malgré l'arrêt du tabac obtenu et poursuivi, le patient 8 présente une confiance dans l'arrêt en baisse de 2 points entre le début et la fin du parcours (10 au début, 8 à la fin).

Les 3 patients attribuent des notes d'efficacité globale parmi les meilleures avec respectivement un 7, un 10 et un 8 pour les patients 2, 8 et 9.

Le tableau VII sur l'évaluation de l'humeur des patients lors du parcours nous permet d'appréhender un possible état dépressif chez certains d'entre eux et sa corrélation avec l'arrêt et le ressenti d'efficacité du parcours.

Les patients 4 et 7 sont les deux patients à avoir répondu de façon affirmative et sans ambiguïté à une des deux questions d'évaluation de l'humeur (tableau VII), issus du questionnaire de Aroll sur la recherche d'une dépression en médecine générale (48) et eux-mêmes repris du DSM-IV sur le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé (critères majeurs). Une réponse positive à une de ces deux questions (« *Vous êtes-vous senti triste, pessimiste ou déprimé ces deux dernières semaines ?* » et « *Depuis deux semaines, avez-vous moins d'intérêt ou de plaisir dans les activités que vous appréciez habituellement ?* ») signe la dépression avec une sensibilité de 97% et une spécificité de 67%. Ces deux patients étaient aussi en désaccord avec l'amélioration de leur bien-être global à 3 mois de parcours. Aucun d'entre eux n'a arrêté le tabac. Ils ont donné la même note d'efficacité du parcours, parmi les plus basses de l'effectif (5/10).

4- DISCUSSION

4.1 Synthèse des principaux résultats

Nous nous sommes attachés dans notre étude à évaluer l'acceptabilité et la viabilité du parcours coordonné d'arrêt du tabac chez les 9 patients de notre population, 5 femmes et 4 hommes.

Il ressort du questionnaire une bonne compréhension du parcours, dont les caractères utiles, simple et complet ont été approuvés. Le rôle des patients, qui se veut à la fois responsabilisant et motivant, se trouve conforté par les réponses apportées. Le dossier patient apparaît simple d'utilisation mais divise sur sa capacité à être un atout pour eux. L'apport du dossier en consultation, bien qu'imparfait et perfectible, est encourageant, avec seulement un quart des patients l'ayant présenté à moins de 25% des consultations. Le déroulé du parcours était, globalement conforme au suivi théorique prévu.

La complémentarité entre addictologue et médecin traitant, mais aussi la durée de suivi, n'atteignent pas une adhésion totale, mais restent approuvées par une majorité. Néanmoins, il apparaît que les consultations chez l'addictologue ont été privilégiées à celles chez le médecin traitant.

La pluralité des lieux de consultations, qu'ils considèrent contraignante, est le seul élément négatif relevé par les patients.

Les retours concernant le parcours dans sa globalité sont dans la lignée du ressenti général des patients. Sans être catégoriques, ils n'ont pas le sentiment que ce parcours coordonné soit contraignant. Malgré des avis positifs dans l'ensemble, une majorité de patients n'a pas participé à toutes les consultations du parcours (5/9, 55,5%).

La confiance dans l'arrêt, si l'on se fie à la médiane des réponses, est globalement meilleure en fin de parcours (7/10 en fin de parcours contre 6/10 en début de parcours).

Les patients, pour la plupart, sont parvenus à concilier leur vie privée et le parcours coordonné et ont réalisé des économies grâce à celui-ci. Le temps de trajet pour se rendre chez chacun des praticiens est jugé acceptable. De même, l'accessibilité des lieux est jugée bonne. Le rôle utile de l'addictologue est unanimement souligné, contrairement au médecin traitant pour lequel les avis sont plus nuancés.

Les avis sont partagés sur l'éroussement de l'humeur, comme sur l'amélioration du bien-être global à 3 mois de parcours. Le craving persiste à 3 mois de parcours sans amélioration nette.

Trois patients ont arrêté le tabac pendant le parcours, soit un tiers du total. Ils sont tous parvenus à maintenir cet arrêt à distance. En parallèle du nombre d'arrêts du tabac observés, une majorité de patients relèvent une efficacité simplement modérée du parcours. Ce ressenti d'efficacité semble intimement lié à la réussite d'arrêt du tabac. Réussite moindre en comparaison des études précédentes sur le parcours qui concernaient des patients essentiellement traités par varénicline. La composition de notre effectif

constitue un élément de réponse. En effet, il est composé de fumeurs persistants, ayant vécu de nombreuses tentatives d'arrêt et s'étant souvent orientés seuls vers l'addictologue.

Les réponses au questionnaire sont, en définitives, favorables tant du point de vue de l'acceptabilité de l'étude, que de certains critères de viabilité. Dans l'ensemble, la structure du parcours, sa durée, l'alternance de consultations entre deux praticiens exerçant dans des structures distinctes et l'utilisation d'un dossier à la charge des patients, a été bien accueillie. De la même façon, l'analyse des questionnaires conforte le caractère abordable du parcours sur le plan économique.

4.2 Forces de l'étude

Parcours d'addictologie novateur

Ce parcours coordonné de soins est à ce jour, en France et en addictologie, sans équivalent. Son originalité se veut au service de l'organisation de soins en permettant, à une époque où la demande de prise en charge en addictologie est en forte augmentation, de réduire les délais de consultations, aux addictologues de pouvoir se focaliser sur les cas complexes et aux médecins généralistes d'assumer leur rôle central dans le suivi global de leurs patients. Après avoir éprouvé son efficacité dans des travaux précédents, notamment celui du Dr M. Fournols (44), cette étude menée auprès des patients est une étape supplémentaire en vue de la diffusion du parcours à plus large échelle. Elle permet d'apprécier son acceptabilité et sa viabilité, éléments prioritaires pour juger de sa validité externe, nécessaire à son déploiement. Elle nous offre également un éclairage sur des limites qu'il faudra surmonter, notamment le défaut de participation des addictologues.

Une évaluation globale nommée EVIAPACT

Notre étude n'a pas été développée de façon isolée, elle s'inscrit dans une évaluation globale, nommée EVIAPACT, qui vise l'implémentation, la viabilité et la transférabilité du Parcours coordonné. Celui-ci consiste en une intervention innovante pour l'arrêt du tabac, coordonnée entre soins primaires et unités spécialisées d'addictologie, créée en 2017 à l'Hôpital Suburbain du Bouscat et évaluée la même année lors d'une étude unicentrique qui s'est déroulée dans le cadre d'une thèse de médecine générale (44). Ce protocole de sevrage a déjà fait la preuve de son efficacité avec 60% d'arrêt chez les patients qui ont engagé le Parcours coordonné dans l'étude de 2017. Deux travaux de thèses des Doctorants M. Fournols et G. Gretten ont également mis en évidence l'adhésion des médecins généralistes à propos de ce parcours et un accueil favorable de la part d'un collectif d'addictologues régionaux (42,44).

Dans la continuité de ces premiers résultats encourageants en termes d'efficacité et d'accueil auprès des médecins généralistes et addictologues, **les réponses au questionnaire sont favorables tant du point de vue de l'acceptabilité de l'étude, que de certains critères de viabilité.**

Population d'étude

Nous avons tenté de contacter tous les patients répondant aux critères d'inclusion et ayant suivi le parcours coordonné, ce qui a permis de limiter le biais de sélection en garantissant une exhaustivité du recrutement. En définitive, une patiente est restée injoignable en raison d'un numéro de téléphone erroné (et d'une absence de retour de son médecin traitant). Sur les 12 patients répondant aux critères d'inclusion que nous avons réussi à joindre, 10 ont accepté de participer à l'étude et de répondre au questionnaire. **Neuf d'entre eux ont renvoyé le questionnaire complété, soit 75,0% de l'ensemble de la population source, la perte de données patients est donc limitée.** Ils ont pu compléter les questionnaires à leurs domiciles, dans un cadre favorable, de confiance.

Le profil des patients de notre effectif pourrait correspondre à la population cible de ce parcours.

Il s'agit d'un profil de 'Heavy Chronic Smokers', présentant plusieurs tentatives d'arrêt du tabac à leur actif et ayant déjà eu recours à des aides médicamenteuses et non médicamenteuses pour y parvenir. Ce sont des fumeurs persistants qui, pour la prise en charge d'arrêt du tabac, se trouvent en bout de chaîne. Cette population semble constituer une cible préférentielle pour ce suivi coordonné spécifique qui se veut exhaustif, ce qui augmente la validité externe de cette étude.

Modalité de recueil des données

Le taux de remplissage du questionnaire traduit une qualité de ce dernier, avec des items clairs et intelligibles pour les patients. Hormis un patient qui n'a pas complété la partie sur le dossier patient, faute de l'avoir eu en sa possession, les questionnaires ont été complétés en totalité sur les questions fermées.

L'utilisation d'une échelle de Likert, outil fiable et facilement intelligible pour les patients, permettait une bonne évaluation de leur opinion sur chaque modalité du protocole.

Cette échelle, très utilisée dans le domaine du marketing notamment, est facile à construire et simple à s'approprier. Elle permet d'obtenir l'opinion d'une population avec une certaine fiabilité, et sans ambiguïté. Elle est ici construite de façon symétrique avec un nombre pair de degrés (quatre degrés : Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas du tout d'accord), obligeant donc le répondant à exprimer une opinion claire, ce qui semble pertinent au vu de l'objectif de cette étude.

4.3 Limites de l'étude

Population d'étude

La quantité de patients recrutés pour notre analyse était limitée et plus faible que celle initialement prévue, réduisant la puissance de notre étude. Sur les 15 centres d'addictologie initialement sélectionnés pour mener des inclusions dans ce parcours coordonné en 2020, seuls 4 addictologues issus de 4 centres ont effectivement inclus un ou plusieurs patients dans le parcours. Huit patients sur les 15 inclus initialement dans le parcours l'ont été par un des addictologues qui exerce au Comité d'Études et d'Information sur les Drogues (CEID) d'Arès. L'effectif de patients est bien inférieur à ce qui était espéré initialement, à savoir 15 couples médecins-patients par addictologue. Cela a nécessairement un fort impact sur la puissance de l'étude, tant sur l'évaluation de l'acceptabilité et de la viabilité du parcours pour les patients que sur la réussite à l'arrêt du tabac.

De plus, parmi les 9 patients finalement inclus dans l'étude, 6 ont été suivis par le même addictologue. Il s'agit ici d'un biais important, les opinions des patients pouvant refléter la qualité des interactions avec cet addictologue plus que sur la qualité du parcours lui-même, au moins pour une partie des questions.

La population de l'étude n'est pas représentative de la population de fumeurs en France (49). En effet, la moyenne d'âge tutoie les 60 ans, la consommation moyenne journalière avoisine le paquet (19,3 cigarettes) et le nombre d'années de tabagisme moyen est de 35,4. Ils font donc partie des fumeurs 'persistants' pour lesquels la dépendance est particulièrement forte et la prise en charge difficile. Toutefois, ces patients sont représentatifs de ceux qui aboutissent en consultation d'addictologie, après reprises multiples de l'usage suite à des tentatives non accompagnées (50–52).

Construction du questionnaire et recueil des réponses

Le recours à une échelle de Likert dans la construction du questionnaire et le peu de questions ouvertes peut être à l'origine d'une perte d'information de par son cadre trop restrictif.

Tout d'abord, l'absence de choix neutre dans l'échelle de Likert contraignait les patients à se positionner dans leurs réponses et d'exprimer une opinion claire. Ainsi, certaines réponses peuvent être biaisées, du fait de l'impossibilité pour les patients d'exprimer une opinion neutre. Toutefois, l'utilisation d'une échelle de Likert à choix forcé est souvent préférée afin de faciliter l'analyse des données.

La conception du questionnaire a nécessité des échanges réguliers entre le thésard et les deux co-directeurs. Il n'est pas basé sur des recommandations spécifiques, mais fait suite à un travail de définition, de déclinaison des termes d'acceptabilité et de viabilité en fonction du parcours coordonné.

Il est évidemment perfectible, manque de certaines données pertinentes comme le degré de motivation initiale des patients, la participation à une ou plusieurs des campagnes de Moi(s) sans tabac, la présence de pathologies dites ‘graves’, le traitement d’aide à l’arrêt du tabac utilisé pendant le parcours, le motif de la tentative d’arrêt et de cet accompagnement. Le nombre de consultations effectuées chez chacun des praticiens aurait pu être demandé, dans un souci de précision. La formulation de l’item sur l’arrêt du tabac ‘seul’ ou ‘accompagné d’un professionnel’ aurait mérité plus de clarté.

Bien que les questionnaires soient anonymes et que les identités des patients n’apparaissent à aucun moment, le mode de récupération des questionnaires par courriel ne garantissait pas totalement cet anonymat pour le thésard. Cependant, aucune donnée concernant les réponses aux questionnaires n’a été communiquée aux professionnels de santé impliqués dans le parcours.

De par leurs réponses au questionnaire, les patients ont pu être tentés de renvoyer une image positive d’eux-mêmes, la désirabilité sociale étant la propension de chacun à vouloir se valoriser. Cette tendance peut notamment être favorisée par l’implication d’une tierce personne, impliquée dans la réalisation de l’étude menée. L’anonymisation des questionnaires a toutefois permis de fortement limiter ce biais.

L’ensemble des éléments suscités peuvent être à l’origine d’un biais d’information, influençant les réponses aux questions par le patient.

Biais de confusion

Le contexte sanitaire particulier, concomitant des inclusions dans l’étude, a pu avoir un impact pour les patients au niveau de l’efficience et de l’efficacité de la prise en charge (investissement personnel et totalité du parcours réalisé, arrêt du tabac obtenu) ou encore vis à vis de la réponse à certaines questions, notamment en rapport avec l’humeur des patients, directement liée à l’utilité du parcours.

Participation et efficacité du parcours

Moins de 50,0% des patients de l’échantillon ont participé à la totalité du parcours. Ce taux limite la puissance de notre étude. Cependant, le contexte sanitaire peut avoir joué un rôle dans la participation des patients à ce parcours prometteur mais exigeant.

Seuls 3 patients, soit 1/3 de l’effectif, ont réussi à arrêter le tabac. Ce résultat est assez nettement inférieur à celui obtenu sur l’expérience princeps mené au Bouscat. Cependant, il est à noter que sur les 4 patients qui ont participé à la totalité du parcours, 2 sont parvenus à l’arrêt du tabac, soit 50,0%, dans une population particulière de par son profil de fumeurs persistants. Ce chiffre se rapproche des 60,0% de l’expérience princeps, concernant les patients qui ont engagé le Parcours coordonné.

4.4 Interprétation des résultats

Effectif et profil des patients

Neuf patients qui ont suivi le parcours coordonné pour l'arrêt du tabac diffusé sur le territoire d'ex-Aquitaine, ont été inclus dans cette étude, dont l'objectif est d'évaluer l'acceptabilité et la viabilité de celui-ci. On dénombre 4 hommes et 5 femmes, pour la majorité retraités, dont l'âge médian est de 59 ans. Tous fument exclusivement des cigarettes, la plupart sans co-consommation associée (six patients). La consommation quotidienne moyenne est de 19,3 cigarettes par jour. La moyenne d'années de tabagisme actif est, elle, de 35,4 ans. Tous ont déjà arrêté le tabac pendant plus de 7 jours, avec une moyenne supérieure à 4. Enfin, à une exception près, tous ont déjà eu recours à un ou plusieurs traitements d'aide à l'arrêt, au-devant desquels les substituts nicotiques. Cette population ne reflète pas la population générale des fumeurs français (49). Elle est plus âgée, présente une addiction tabagique plus prononcée et a déjà fait l'expérience de différents suivis pour parvenir à l'arrêt.

Notre effectif a des similarités avec la population des 'Hard-Core Smokers', qui correspond aux fumeurs persistants, récalcitrants. Il n'existe pas de consensus officiel sur la définition exacte des 'Hard-Core Smokers'. La définition donnée dans l'étude de S. Emery et col. sur la population de fumeurs en Californie en 2000 peut être mise en avant (53). Elle se base sur trois critères spécifiques chez les adultes de 26 ans et plus :

- Consommation ≥ 15 cigarettes par jour
- Pas d'antécédent de prise en charge pour arrêter le tabac dans les douze derniers mois
- Pas d'envie ni d'intention d'arrêter le tabac

Ainsi, ce sont principalement l'envie et l'intention qui différencient notre population des 'Hard-Core Smokers'.

Cette définition a été reprise et modifiée dans plusieurs études internationales basées sur l'exploration de cette population particulièrement ciblée en Santé publique (54–58). L'étude de ML Costa et col. de 2010 qui a recoupé et comparé les différentes définitions, puis évalué la prévalence des 'Hard-Core Smokers' en Ontario, Canada (59) et la revue de la littérature menée par A Darville et col. en 2014 (60) nous aident à mieux appréhender cette population. Au final, la population des 'Hard-Core Smokers' est plutôt constitué d'hommes non mariés, isolés, au faible niveau d'études, souvent sans emploi, aux revenus faibles, ayant un suivi sanitaire moins régulier et moins enclin à reconnaître les effets néfastes du tabac sur la santé. Ils ont commencé à fumer jeunes et présentent une forte consommation de tabac ainsi qu'une dépendance élevée.

Notre population se rapproche plutôt des 'Heavy Chronic Smokers', fumeurs précaires présentant une consommation de tabac d'au moins 15 cigarettes par jour depuis plus de 5 ans, mais qui ont déjà tenté d'arrêter le tabac (54,61).

Si l'on compare notre effectif à la population de patients qui consultent en centre de tabacologie, notamment grâce à la base de données française 'CDTnet' (Consultation de Dépendance Tabagique) (50–52), beaucoup de points communs peuvent être relevés. Ce sont le plus souvent des femmes de plus de 40 ans, actives, qui présentent une consommation quotidienne plus importante que la population générale des fumeurs, depuis plus longtemps, avec une grande dépendance au tabac, plusieurs tentatives d'arrêts par le passé ainsi qu'une tendance aux symptômes anxieux et dépressifs. Cette population est remarquable par la sous-représentation des personnes précaires. On retrouve les mêmes caractéristiques à l'échelle internationale, notamment dans la population de fumeurs Californiens au suivi spécialisé en tabacologie (62,63).

Le faible échantillon de patients qui participent à cette étude, 9 au total, amène à un constat partiel d'échec et à des interrogations. Quinze centres d'addictologie avaient été sélectionnés sur l'ensemble de l'ex-Aquitaine, avec un contingent de 20 addictologues. Ces chiffres sont sensiblement les mêmes qu'au cours du travail de thèse G. Gretten, doctorant en médecine générale, intitulé « 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 » (42). Les addictologues recrutés à l'époque, en 2019, ont bénéficié d'un courrier initial présentant le parcours coordonné, l'expérience princeps menée à l'Hôpital Suburbain du Bouscat et tous les outils associés (dossier support, carnet de suivi, synoptique de prise en charge conjointe) afin qu'ils puissent se les approprier. Par la suite, six réunions présentiels se sont tenues afin de définir un consensus sur les outils et le contenu du parcours. La majorité des addictologues étaient présents lors de trois des réunions, huit pour l'une d'entre elles. L'avancée déterminante a été la possibilité de moduler le parcours selon l'évaluation initiale du patient, un raccourcissement et une simplification du dossier patient. Au décours, des entretiens présentiels avec le Doctorant G. Gretten ont eu lieu afin de recueillir leurs avis et leur engagement à participer à la diffusion du parcours (PACT-Tabac). À une exception près, tous les addictologues ont participé à ces entretiens. Beaucoup de leviers ont été identifiés pour les patients (accessibilité géographique, pérennité du suivi, réelle considération), les médecins généralistes (efficacité thérapeutique, allègement de la charge de travail concernant les soins évitables, gain de temps médical, formation continue) mais aussi pour les addictologues (allègement de la charge de patients, accès facilité aux cas complexes, mission pédagogique) et pour les collectivités (dispositifs de coopération, fluidification du parcours de soin, efficience des ressources). À l'inverse, certains freins avaient également été relevés lors de cette étude, le principal étant relatif à l'hétérogénéité des pratiques. Chacun des centres présente une organisation spécifique, unique, tant sur les méthodes proposées que sur la périodicité de suivi, avec des consultations parfois menées par des paramédicaux et non par l'addictologue lui-même. Cette hétérogénéité semble constituer une entrave considérable à l'implication des addictologues dans le parcours, bien qu'il ait été modifié, affiné, et même déclaré modulable pour chacun d'entre eux. Cette demande d'adaptation des pratiques habituelles des spécialistes n'a pas été suivie d'effet et aboutit à un problème de viabilité. Non pas auprès des patients, mais des addictologues, bien qu'elle semble s'inscrire dans l'évolution souhaitable du système de santé.

Il serait néanmoins pertinent de comparer les effectifs de patients suivis par les addictologues dans chacun des centres pendant la période d'inclusion, aux années précédentes. De la même façon, le taux de refus des patients qui se sont vus proposer l'inclusion dans le parcours et le ratio des patients à qui l'on a proposé l'inclusion par rapport au nombre de patients correspondant aux critères d'inclusion vus en consultation nous serait utile.

Parmi les patients de l'étude, seulement un tiers d'entre eux ont déclaré avoir déjà bénéficié de l'aide d'un professionnel pour l'arrêt du tabac. En comparant ce chiffre avec celui du recours aux différents traitements pour l'arrêt du tabac, une discordance est à noter. Ils sont en effet 8 à avoir bénéficié d'un ou plusieurs traitements parmi les substituts nicotiques, la varénicline et le bupropion. Au-delà des hypnotérapeutes, des acupuncteurs et des magnétiseurs, ils ne considèrent peut-être pas les médecins traitants comme des professionnels de l'arrêt du tabac. Ce point de vue semble partagé par les médecins généralistes eux-mêmes (64–66). Lors d'une enquête nationale périnatale menée en 2016, si près de 80% des femmes enceintes déclaraient avoir été interrogées sur leur consommation de tabac, seules 46,3% d'entre elles avaient bénéficié de conseils pour l'arrêt du tabac (64). En 2009, lors du dernier « Baromètre santé Médecins Généralistes » en date, axé sur les pratiques de prévention, seulement 63% des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir discuté au moins une fois avec chacun de leurs patients de leur consommation de tabac (65). Des résultats récents concernant l'implication des médecins généralistes sont malgré tout encourageants. Lors du « Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale » qui s'est déroulé entre décembre 2019 et mars 2020, le taux de médecins ayant discuté au moins une fois avec l'ensemble de leur patientèle de leur consommation de tabac était en augmentation, à 76% (66).

Acceptabilité du parcours coordonné

À l'aide de l'analyse des questionnaires de ce modeste échantillon de patients et des scores totaux, créés pour estimer l'adhésion globale au parcours, **nous constatons que l'acceptabilité du parcours coordonné pour l'arrêt du tabac fait consensus, sans pour autant que cette adhésion soit totale.**

La majorité des scores sont compris entre 17 et 21/27 (compréhension de l'organisation du parcours, parcours utile, simple, complet, rôle responsabilisant du patient, rôle motivant, complémentarité des deux praticiens, durée de suivi, déroulé du parcours comme prévu théoriquement). Le caractère 'globalement contraignant' du parcours est réfuté par les patients, avec un score total de 11/27.

Le dossier patient, délivré à huit d'entre eux, est l'élément du parcours qui semble le moins fédérateur. Il y a certes consensus sur sa simplicité (18/24) et sur son utilisation en consultation (22/24), mais plus de nuance sur le fait qu'il représente un atout dans la prise en charge (15/24). En parallèle, son apport en consultation n'a pas été concluant, puisque seuls trois patients (37,5%) l'avaient avec eux lors de plus de 75,0% des consultations. Ce chiffre reflète la contrainte qu'il a représentée pour les patients. Ceci soulève sans doute un des problèmes de ce dossier, essentiellement conçu pour l'articulation entre

les soins primaires et secondaires. Le patient, bien qu'il en soit le porteur, n'y a pas sa place, d'espace dévolu. C'est un élément d'explication tangible.

La pluralité des lieux de consultation a divisé l'effectif sur sa nature contraignante, avec score total malgré tout favorable de 12/27. Cette donnée ne constitue pas une entrave à l'acceptabilité du parcours. En effet, aucun des patients n'était « Tout à fait d'accord » sur cet élément de contrainte.

Malgré cet accueil positif, seuls quatre patients (44,4% de l'effectif) ont participé à l'ensemble des consultations du parcours. Parmi les cinq patients qui ne sont pas allés au bout, deux n'ont pas précisé le nombre de consultations manquées, un patient a manqué uniquement la dernière, un patient a effectué la moitié du parcours et un patient n'a, au final, réalisé que deux consultations.

Entre le début et la fin du parcours, la confiance dans l'arrêt s'est certes nivelée, avec une diminution de confiance 'très forte', mais avec une majoration globale de celle-ci, passée de 'modérée' à 'forte'. L'évolution favorable de la confiance n'était pas l'apanage des patients ayant réussi à arrêter le tabac. Des six patients restés fumeurs, deux ont vu leur confiance décroître, deux ont gardé la même confiance et deux ont vu la leur augmenter. Cette confiance de notre effectif dans l'arrêt, globalement préservée, est une donnée déterminante de l'acceptabilité du parcours.

Viabilité du parcours coordonné

Les réponses à la troisième partie du questionnaire sont importantes, puisqu'elles nous aident à déterminer la viabilité du parcours, qui correspond à 'la mesure dans laquelle une intervention est déployable en contexte réel'.

Une majorité d'items ont des scores totaux favorables, entre 18 et 26/27 (conciliation vie personnelle et parcours, temps de trajet acceptable, accessibilité des lieux de consultation, rôle 'utile' du médecin traitant, rôle 'utile' du médecin addictologue). La différence entre médecin traitant et addictologue concernant leur rôle 'utile' (8 points d'écart ; 18/27 et 26/27) est notable, dans la lignée des réponses sur les consultations privilégiées de la partie précédente. En effet, les consultations chez l'addictologue ont été nettement privilégiées avec un score total de 22/27. Cela questionne sur la capacité des médecins traitants à s'approprier leurs prérogatives dans le parcours. Les informations dont ils disposent (lettre d'information, synoptique, échanges avec les addictologues, dossier patient), leur suffisent-elles pour remplir le rôle qui leur incombe de manière efficiente ?

Sur le plan financier, pierre angulaire de la viabilité, une large majorité de patients ont fait des économies grâce au parcours (77,7%). Un patient a déclaré un coût 'nul' et un autre patient un coût 'acceptable'. Aucun n'a décrit ce coût comme 'dissuasif'. Ces données sont tout à fait encourageantes car un impact financier négatif aurait été rédhitoire pour la diffusion à grande échelle du parcours coordonné.

L'état thymique des patients n'a pas évolué pendant le suivi. Les sentiments de 'tristesse, pessimisme ou déprime' obtiennent un score total neutre à 13/27. La perte 'd'intérêt ou de plaisir dans les activités

habituelles' lors des deux semaines précédentes n'a pas été vécue par la plupart, le score total n'étant que de 10/27. D'un autre côté, le ressenti 'd'un bien-être global meilleur à 3 mois de parcours' est mitigé, à 14/27. Il est nécessaire de rester prudent à propos de ces résultats, tant en raison du faible échantillon de population interrogée que du contexte actuel, où crise sociale ('gilets jaunes') et sanitaire (pandémie de Covid-19) se cumulent et constituent des facteurs de confusion. Ainsi, l'absence d'amélioration de l'humeur et du bien-être ne peut être corrélée uniquement au parcours coordonné, d'autant plus qu'elle n'impacte pas la confiance dans l'arrêt après le parcours.

Les patients n'ont pas ressenti d'amélioration du craving en cours de suivi, avec un score total neutre de 14/27. Cela peut expliquer pourquoi seulement trois patients (33,3%) sont parvenus à arrêter le tabac pendant le parcours. Il aurait été intéressant de pouvoir associer cette notion de craving au traitement d'aide à l'arrêt utilisé pendant le suivi et au ressenti des patients à ce propos. Parmi les trois patients qui ont arrêté le tabac, deux n'ont justement pas perçu d'amélioration du craving, considéré initialement comme 'fort' et 'très fort'. Le troisième patient, qui a noté une amélioration du craving, initialement 'modéré', avait l'imprégnation tabagique la plus faible puisqu'il ne consommait en moyenne qu'une seule cigarette par jour. Le craving est donc persistant malgré un parcours intensif, cumulant les consultations. Ceci peut être lié à l'insuffisance en traitement addictolytique. En l'absence d'éléments objectifs, on ne peut éliminer la possibilité que les patients n'ayant pas réussi à arrêter de fumer se déculpabilisent en insistant sur la difficulté de l'arrêt et sur l'efficacité imparfaite du suivi.

En ce qui concerne le ressenti sur 'l'efficacité du parcours', qui entretient un lien étroit avec la réussite à l'arrêt du tabac, les notes sont principalement 'modérées', mais porteuses d'espoir avec une médiane à 6/10. Ceux qui ont réussi à arrêter le tabac présentent logiquement des notes parmi les plus élevées (7, 10 et 8/10). Il est également important de noter que le patient qui a attribué la note d'efficacité la plus basse (4/10) et qui n'a pas arrêté le tabac, est également celui qui a le moins participé au parcours avec uniquement deux consultations réalisées. À l'inverse, trois des quatre patients qui ont réalisé la totalité du parcours donnent les meilleurs notes (8, 10 et 8/10).

En définitive, le Parcours coordonné, avec la prudence imposée par la taille de l'échantillon, semble fournir des garanties de viabilité, en lien avec son caractère abordable financièrement, géographiquement et socialement pour les patients, ainsi que par certains critères relatifs à son utilité (rôle des praticiens, efficacité du parcours pour les patients ayant suivi le parcours de façon complète). En lien avec les facteurs de confusion cités précédemment, nous n'avons cependant pas constaté d'amélioration de leur situation, de leur bien-être pendant le parcours.

Situation socio-économique des patients

Seuls deux patients de l'effectif se considéraient précaires (cinq 'suffisant' et deux 'confortable'). Ces deux patients font partie des trois à avoir arrêté le tabac pendant le suivi. Les mesures plébiscitées par l'OMS et progressivement mises en place à l'échelle nationale (PNRT, PNLT), notamment

l'augmentation du prix du tabac, ont un impact positif sur les chiffres du tabac depuis 2016, et également sur l'arrêt de la population de l'étude.

Suivi du parcours et arrêt du tabac

Quatre patients ont réalisé la totalité des consultations du parcours. Parmi eux, deux sont parvenus à l'arrêt, soit 50,0%. Cela conforte les résultats de l'expérience princeps, objet du travail de thèse de la Doctorante M. Fournols en 2018 (44). Des patients qui avaient engagé le Parcours coordonné, 60,0% étaient parvenus à l'arrêt.

Contexte temporel de l'étude

Cette étude a été réalisée dans un contexte difficile. En effet, deux crises étaient superposées au moment des inclusions de patients. La première, sociale, dure depuis plus de deux ans, et voit une partie non négligeable de la population contester vivement les décisions gouvernementales, portant atteinte à leur pouvoir d'achat. La seconde, sanitaire, est liée à la pandémie de Covid-19, qui a notamment entraîné plusieurs confinements nationaux successifs, dont l'un au moment de la période d'inclusion. Ainsi, au vu de l'impact que cela a pu avoir sur le moral, l'intention, la motivation et la décision des patients d'arrêter de fumer, les résultats de l'étude sont évidemment à mettre en perspective.

4.5 Perspectives

Cette étude, dont les résultats sur l'acceptabilité et la viabilité du parcours pour les patients sont encourageants, nous permet de mener une réflexion sur la suite de la diffusion de ce parcours coordonné.

Mieux cibler les consultations spécialisées propices au Parcours coordonné

La principale difficulté du parcours coordonné semble liée à l'organisation des consultations d'addictologie et au profil des patients. Les patients justifiant d'une prise en charge spécialisée sont souvent trop complexes pour intégrer le parcours (critères d'inclusion). Les patients moins complexes sont souvent reçus par des infirmiers tabacologues, n'ayant pas la possibilité de prescrire la varénicline, ce qui limite l'intérêt du parcours coordonné. **Il s'agirait donc d'identifier les consultations de tabacologie assurées par des médecins, avec une prévalence suffisamment élevée de patients pouvant intégrer le parcours.**

Ouvrir le parcours coordonné aux paramédicaux serait également intéressant. Une articulation serait possible entre les médecins généralistes et les infirmiers, autour du patient. Le médecin traitant serait toujours à l'origine de la prescription de varénicline tandis que les infirmiers assureraient le suivi.

Affiner le profil des patients à inclure dans le parcours

Cette étude met en évidence deux éléments notables. D'abord, le taux d'efficacité d'arrêt du tabac pour les patients 'précaires', de 100%. Ils ne sont que deux, mais il est plausible que ça ne soit pas anodin. Leur motivation à arrêter est peut-être plus forte, du fait de leurs contraintes économiques. Ce qui expliquerait également que ces deux patients font partie des quatre à avoir suivi complètement le parcours. Ensuite, les fumeurs 'persistants' qui constituent l'essentiel de notre population. Ils ont de multiples tentatives d'arrêt à leur actif, avec différentes aides, médicamenteuses et non médicamenteuses. Le suivi spécialisé semble être leur dernier recours. Ainsi, sous couvert d'une motivation suffisante qu'il sera déterminant d'évaluer, l'exhaustivité du parcours coordonné semble être une solution appropriée. Ainsi, il serait peut-être important de cibler en priorité les population 'précaires' économiquement ainsi que les fumeurs persistants sans co-addictions et comorbidités psychiatriques.

Nouvelle étude patients

En raison de son faible effectif, notre étude manque de puissance. Afin de conforter nos résultats et d'être plus représentatif de la population régionale, l'apport d'une nouvelle étude, similaire, serait considérable. Il serait alors opportun d'en profiter pour améliorer le questionnaire. Il faudrait pour cela compléter la partie profil (degré de motivation, participation Moi(s) sans tabac, la présence de pathologies dites 'graves', le traitement d'aide à l'arrêt du tabac utilisé pendant le parcours, le motif de la tentative d'arrêt et de cet accompagnement), redéfinir les termes d'acceptabilité et de viabilité afin de clarifier les parties 2 et 3.

Renforcer la place du médecin généraliste dans l'arrêt du tabac

Les patients, comme les médecins généralistes eux-mêmes, ne se considèrent pas comme des piliers de la prise en charge du sevrage tabagique. Pourtant, la logique voudrait que les professionnels de santé de premier recours soient justement en 1^{ère} ligne pour l'aide à l'arrêt des patients fumeurs, comme le recommande la HAS (22).

Pour faciliter cette évolution, la création d'un réseau d'arrêt du tabac prend tout son sens. La COREADD travaille depuis plusieurs années sur la création de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (LAST) en Nouvelle-Aquitaine, correspondant à des lieux identifiés où un accompagnement à l'arrêt est possible ; notamment des cabinets de médecine générale (36). Ces lieux, au sein d'un territoire, seront amenés à former des Pôles d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (PAST), en lien avec des structures ressources en addictologie. Ainsi, le soutien aux professionnels de soins primaires pourrait être assuré de différentes façons, par de la téléconsultation, de la télé-expertise, ou le parcours coordonné, par exemple. Le réseau des LAST doit bénéficier de rendez-vous facilités en soins spécialisés. Il paraît également prioritaire de développer la culture du retour d'informations vers le médecin traitant, même si le patient est venu de sa propre initiative.

Les médecins généralistes qui décident d'intégrer le réseau LAST peuvent bénéficier gratuitement d'une formation en ligne ou en présentiel. Des groupes de pairs sont également prévus afin de discuter de situations cliniques rencontrées.

Ainsi, on viserait directement deux des motifs principaux relevés par les médecins généralistes pour justifier leur difficulté à accompagner l'arrêt du tabac, à savoir le manque de formation et l'absence de demande des patients (25,66).

Notre population d'étude est constituée de fumeurs persistants ayant décidé de demander de l'aide en faisant appel aux soins spécialisés. Huit patients sur les neuf, n'ont pas été adressés par le médecin traitant, ce qui augmente la difficulté de la mise en place du parcours coordonné. Les patients auraient sans doute pu anticiper leur tentative s'ils avaient été préparés et orientés par leur médecin traitant.

En effet, le fumeur persistant a souvent renoncé aux tentatives d'arrêt, en ayant le sentiment que la reprise de l'usage est un échec, alors qu'il s'agit de l'évolution habituelle. Un mécanisme de défense consiste à mettre en avant la non-volonté d'arrêter, afin de ne pas se confronter à la difficulté de l'arrêt et au risque de l'échec, selon leurs représentations soutenues par leurs expériences peu accompagnées.

De plus, les fumeurs persistants font le lit des pathologies induites par le tabac : BPCO, cancers du poumon, maladies parodontales, maladies cardio-vasculaires, cancers divers et justifient de dépistages appropriés qui sont autant d'opportunités pour évoquer l'arrêt du tabac. La place du médecin traitant, outre l'implication dans l'arrêt du tabac avec des consultations intermédiaires, pourrait être la mise en place des dépistages, souvent négligés, et le suivi à distance de la phase d'arrêt.

Ainsi, un parcours coordonné, sur orientation du médecin traitant, avec une répartition des missions entre l'addictologue, le médecin traitant et la communauté des professionnels choisis par le patient, pourrait améliorer les conditions d'acceptabilité et de viabilité du projet. De plus, un ciblage clair au profit des populations précaires et des fumeurs persistants, augmenterait la lisibilité. Sur ces profils, la varénicline a fait la preuve d'une plus grande efficacité (31), ce qui impose la prescription par un médecin.

Ces différents points, qui nous paraissent déterminants, nous ramènent en proximité du dispositif initial développé à l'Hôpital Suburbain du Bouscat. En effet, la consultation était bien identifiée, avec la varénicline au centre de la prescription, pour des fumeurs persistants, avec des médecins traitants mobilisés et orientant souvent les patients vers la consultation.

5- CONCLUSION

Cette étude d'acceptabilité et de viabilité pour les patients du parcours coordonné d'aide à l'arrêt du tabac, menée entre 2020 et le printemps 2021 par 4 addictologues et 9 médecins généralistes auprès de 9 patients, présente des résultats encourageants malgré son manque de puissance dû à un effectif très restreint.

Les patients ont validé les caractères 'utile', 'simple' et 'complet' du parcours, leur rôle 'motivant' et 'responsabilisant', la durée du parcours et la complémentarité des deux praticiens. Leur confiance dans l'arrêt n'a pas décliné malgré le contexte socio-sanitaire et son impact sur leur entreprise d'arrêt du tabac. Ils ont en majorité fait des économies et réussi à concilier le parcours et leur vie privée. Le rôle 'utile' des médecins a été valorisé, avec toutefois une nuance concernant le médecin traitant, qui semble encore devoir affirmer sa place dans la prise en charge. Leur humeur, à défaut de se bonifier, est restée stable ; sans fléchissement thymique ni amélioration du bien-être global au cours du suivi. Leur craving, initialement fort, est là aussi resté stable, sans que l'on ait d'information sur l'introduction et la poursuite d'une aide médicamenteuse à l'arrêt. Trois patients (33,3% de l'effectif) ont arrêté le tabac et ont même poursuivi cet arrêt au décours. Parmi eux, on trouve deux des quatre patients qui ont suivi intégralement le parcours ainsi que les deux patients 'précaires'. Globalement, ils considéraient l'efficacité du parcours 'modérée' avec une médiane de 6/10.

Ce parcours semble particulièrement approprié pour les fumeurs 'persistants', ayant déjà usé de différentes aides et prises en charge. Son efficacité apparaît prometteuse chez les patients 'précaires', dont la motivation à l'arrêt pourrait être légitimement plus élevée du fait des mesures des plans successifs PNRT et PNLT, au-devant desquels l'augmentation du prix du paquet. Cette population étant celle chez laquelle on retrouve une augmentation du tabagisme quotidien lors du BEH 2021 de Santé publique France (49), la prise en charge coordonnée à l'arrêt du tabac aurait d'autant plus d'intérêt.

Afin de favoriser l'expansion de cette prise en charge coordonnée, les prochains enjeux du projet PACT-Tabac seront donc de mieux cibler les consultations spécialisées propices au parcours coordonné, d'évaluer son ouverture aux paramédicaux de tabacologie, d'affiner le profil des patients à favoriser pour le suivi et de renforcer la place du médecin généraliste dans l'arrêt du tabac.

6- BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Publique France. Tabagisme, conséquences sur la santé - Santé publique France [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
2. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Presses Universitaires François-Rabelais. 2016. 395-403 p. (L'Officiel ECN).
3. Tabac [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
4. Kopp P. Le coût social des drogues en France. *Obs Fr Drogue Toxicom.* déc 2015;75.
5. Je préserve ma santé [Internet]. tabac info service. 2021 [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/je-trouve-ma-motivation/je-preserve-ma-sante>
6. Carioli G, Malvezzi M, Bertuccio P, Boffetta P, Levi F, La Vecchia C, et al. European cancer mortality predictions for the year 2021 with focus on pancreatic and female lung cancer. *Ann Oncol.* avr 2021;32(4):478-87.
7. Tabac: quels sont les risques ? [Internet]. ameli.fr. 2020 [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tabac/risques-tabagisme>
8. Bricard D, Jusot F, Beck F, Khlal M, Legleye S. L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération. *Econ Stat.* 2015;475(1):89-112.
9. Spring B, Pingitore R, McChargue DE. Reward Value of Cigarette Smoking for Comparably Heavy Smoking Schizophrenic, Depressed, and Nonpatient Smokers. *Am J Psychiatry.* févr 2003;160(2):316-22.
10. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Dir Rech Études Lévaluation Stat.* mars 2005;(386):12.
11. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire: Journée mondiale sans tabac 2021. 26 mai 2021;(8):24.
12. Alliance Contre le Tabac. Le vrai coût du tabac pour tous [Internet]. 2020 [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: https://alliancecontreletabac.org/wp-content/uploads/2020/12/DP_ACT_Vrai_cout_tabac.pdf
13. Organisation Mondiale de la Santé. mpower: un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie [Internet]. 2008 [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_french.pdf?ua=1
14. Alliance Contre le Tabac. 30 ans de la loi Évin: un acte fondateur pour la santé publique en France [Internet]. 2021 [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://alliancecontreletabac.org/wp-content/uploads/2021/01/CP-Loi-Evin-ACT-AAF.pdf>

15. Ministère des Solidarité et de la Santé. Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019 [Internet]. 2013 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
16. Ministère des Solidarité et de la Santé. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 [Internet]. 2017 [cité 9 août 2020]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france](#)
17. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire: Journée mondiale sans tabac 2018. 29 mai 2018;(14-15):56.
18. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire: Journée mondiale sans tabac 2019. 28 mai 2019;(14):16.
19. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire: Journée mondiale sans tabac 2020. 26 mai 2020;(14):24.
20. Spilka S, Godeau E, Le Nézet O, Ehlinger V, Janssen E, Brissot A, et al. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018 [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2019 [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssz6.pdf>
21. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, et al. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2018 [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>
22. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014.
23. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. Inpes Enq Baromètre Santé Médecins Généralistes. déc 2011;(77):5.
24. Vavilina E. Expériences et opinions des médecins généralistes sur la prise en charge au cabinet d'un fumeur de tabac. [Thèse Médecine]. Nice. Université de Nice ; 2016.
25. 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 Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2019. N°215
26. Commission de la transparence de la HAS. Varénicline. Haute Autorité de Santé; 2016.
27. Maison P. Suivi national de pharmacovigilance des spécialités à base de varénicline (CHAMPIX). ANSM; 2015 oct p. 7-8.
28. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, Higgins JPT, Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 12 mars 2015;350:1-11.
29. 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. *The Lancet*. juin 2016;387(10037):2507-20.

30. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 9 mai 2016 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006103.pub7>
31. Leone FT, Zhang Y, Evers-Casey S, Evins AE, Eakin MN, Fathi J, et al. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 15 juill 2020;202(2):e5-31.
32. Santé Publique France. Bulletin de santé publique Nouvelle-Aquitaine Janvier 2019. 2019.
33. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Arrêter de fumer en Nouvelle-Aquitaine [Internet]. ARS Nouvelle Aquitaine. 2019 [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/santefr-arreter-de-fumer-en-nouvelle-aquitaine>
34. Tabac Info Service. #Mois Sans Tabac en Nouvelle-Aquitaine, dossier de presse 2020 [Internet]. 2020 [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-11/DP_Mois_Sans_Tabac_2020.pdf
35. Santé publique France. Bulletin de santé publique Nouvelle-Aquitaine, Février 2021. 2021.
36. Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac: Présentation [Internet]. L.A.S.T. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.last-na.fr/>
37. Innover contre le tabac - Développement, évaluation et mise à l'échelle d'organisations de soins de santé primaires pour le sevrage tabagique. [Internet]. CHU de Bordeaux. [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/Patient-proches/Prise-en-charge-du-cancer/Actualités-cancérologie-CHU-de-Bordeaux/Innover-contre-le-tabac-Développement,-évaluation-et-mise-à-l'échelle-d'organisations-de-soins-de-santé-primaires-pour-le-sevrage-tabagique./>
38. Haute Autorité de Santé. Présentation de la méthode des 5A, Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » [Internet]. 2014 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf
39. Ma santé 2022: découplage et réorganisation des soins [Internet]. ars.santé.fr. 2021 [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decouplage-et-reorganisation-des-soins>
40. Alla F, Cambon L. L'Hôpital, acteur de la promotion de la santé et de la prévention ? Santé Publique. 2018;30(1):5.
41. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, résumé d'orientation. 2019 p. 8.
42. 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 Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2020. N°5
43. Lajzerowicz N, Fournols M, Castera P. Prise en charge conjointe ville-hôpital de l'arrêt du tabac : une expérience de pédagogie active en addictologie. Courr Addict. déc 2018;20, n°4:22-7.
44. 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 Médecine]. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2018. N°123

45. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How We Design Feasibility Studies. *Am J Prev Med.* mai 2009;36(5):452-7.
46. Cambon L, Alla F. Current challenges in population health intervention research. *J Epidemiol Community Health.* juill 2019;3.
47. Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: A new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann.* 2010;10.
48. Arroll B, Smith FG, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a “help” question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ.* 15 oct 2005;331(7521):884.
49. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard J-B, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020: Résultats du baromètre de Santé publique France. *Santé publique France*; 2021.
50. Le Faou A-L, Scemama O, Ruelland A, Ménard J. Caractéristiques des fumeurs s’adressant aux consultations de tabacologie. *Rev Mal Respir.* nov 2005;22(5):739-50.
51. Le Faou A-L, Baha M, Rodon N, Lagrue G, Ménard J. Trends in the profile of smokers registered in a national database from 2001 to 2006: Changes in smoking habits. *Public Health.* janv 2009;123(1):6-11.
52. Baha M, Boussadi A-A, Le Faou A-L. L’efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013. *Bull Épidémiologique Hebd.* 19 mai 2016;(30-31):7.
53. Emery S, Gilpin EA, Ake C, Farkas AJ, Pierce JP. Characterizing and identifying « hard-core » smokers: implications for further reducing smoking prevalence. *Am J Public Health.* mars 2000;90(3):387-94.
54. Augustson E, Marcus S. Use of the Current Population Survey to characterize subpopulations of continued smokers: A national perspective on the « hardcore » smoker phenomenon. *Nicotine Tob Res.* 1 août 2004;6(4):621-9.
55. Burns DM, Warner KE. Smokers Who Have Not Quit: Is Cessation More Difficult and Should We Change Our Strategies? *Smok Tob Control Monogr.* janv 2003;(15):11-31.
56. Jarvis MJ. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *BMJ.* 15 mai 2003;326(7398):1061-0.
57. Fagerstrom KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob Control.* 1 mars 1996;5(1):52-6.
58. MacIntosh H, Coleman T. Characteristics and prevalence of hardcore smokers attending UK general practitioners. *BMC Fam Pract.* déc 2006;7(1):24.
59. Costa ML, Cohen JE, Chaiton MO, Ip D, McDonald P, Ferrence R. « Hardcore » definitions and their application to a population-based sample of smokers. *Nicotine Tob Res.* 1 août 2010;12(8):860-4.
60. Darville A, Hahn EJ. Hardcore smokers: What do we know? *Addict Behav.* déc 2014;39(12):1706-12.
61. Perriot J, Mathern G, André E, Schmitt A, Merson F, Brousse G, et al. Le sevrage tabagique des fumeurs très dépendants. *Rev Med Liège.* 2013;68(5-6):256-61.

62. Myers MG, Strong DR, Linke SE, Hofstetter CR, Al-Delaimy WK. Predicting use of assistance when quitting: A longitudinal study of the role of quitting beliefs. *Drug Alcohol Depend.* avr 2015;149:220-4.
63. Zhu S-H, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance. *Am J Prev Med.* mai 2000;18(4):305-11.
64. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale : Rapport 2016 [Internet]. 2017 oct [cité 6 août 2021] p. 317. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
65. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* oct 2011;59(5):285-94.
66. David S, Buyck J-F, Metten M-A. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. *Doss Drees.* juill 2021;(80):47.

7- ANNEXES

Annexe I : Auto questionnaire patient	59
Annexe II : Dossier patient	63
Annexe III : Carnet d'auto-gestion du patient	73

QUESTIONNAIRE PATIENT CONCERNANT LE PARCOURS COORDONNE POUR L'ARRÊT DU TABAC

Ce questionnaire vous est remis au moins 3 mois après le début de votre parcours en vue d'un arrêt du tabac. Il a pour but d'évaluer la qualité du parcours proposé, au travers de votre vécu et de votre ressenti. Il est anonymisé afin que vous vous sentiez libre de vos réponses.

La rédaction complète dure une dizaine de minutes et comprend 28 items.
Nous vous remercions pour le temps que vous voudrez bien nous accorder.

Partie 1 : PROFIL PATIENT (avant le début du suivi)

1. Êtes-vous : Une femme Un homme
2. Votre âge : _____ ans
3. Votre statut professionnel : Emploi Sans emploi Étudiant Retraité
4. Comment considérez-vous votre situation économique ?
 Difficile Suffisante Confortable
5. Concernant le statut tabagique de votre entourage :
 - a. Au domicile : Fumeur Non-Fumeur Non concerné
 - b. Au travail : Fumeur Non-Fumeur Non concerné
6. Quelles sont vos autres consommations :
 Aucune Alcool Cannabis Autre : _____
7. La proposition d'accompagner votre arrêt du tabac dans ce parcours a été faite par :
 Médecin Traitant Tabacologue/Addictologue
8. Nombre d'années de tabagisme dans votre vie (enlever les périodes d'arrêt) ? _____ ans
9. Quel type de tabac fumez-vous ? Tabac à rouler Cigarettes Cigarillos/Cigares
10. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? _____ cigarettes
11. Concernant l'arrêt du tabac :
 - a. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? Oui Non
En cas de réponse négative, merci de passer directement à la Partie 2
 - b. Combien de fois avez-vous arrêté de fumer plus de 7 jours : _____ fois
 - c. Quelle a été la durée de votre arrêt le plus long ? _____
 - d. Avez-vous bénéficié d'un traitement lors d'un arrêt du tabac (plusieurs choix possibles) ?
 Aucun Substitution nicotinique Champix Zyban
 Hypnose Acupuncture Autre : _____
 - e. Si oui, ce traitement vous a t'il aidé : Non Plutôt Non Plutôt Oui Oui
 - f. Avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique pour arrêter le tabac ? Oui Non

- g. Avez-vous arrêté : Seul Accompagné d'un professionnel

Partie 2 : PARTICIPATION

12. Vous avez le sentiment d'avoir bien compris l'organisation du parcours proposé :

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

13. Après explications sur le déroulé du parcours, celui-ci vous semble :

a. **Utile**

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

b. **Simple**

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

c. **Complet**

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

14. Le rôle du patient dans ce parcours est :

a. **Responsabilisant**

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

b. **Motivant**

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

15. Concernant le dossier patient qui vous a été confié :

a. Il est **simple** d'utilisation

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

b. Vous considérez le dossier patient comme un **atout** :

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

c. Vous l'aviez avec vous lors de :

- < 25% des consultations < 50% > 50% > 75% des consultations

d. Lorsque vous l'aviez en consultation, il a été utilisé avec le praticien :

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

e. Vous auriez aimé avoir un espace dédié dans le livret pour y noter des choses :

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

16. Votre ressenti sur l'organisation du parcours :

a. Les deux intervenants, médecin traitant et addictologue, sont **complémentaires**

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

b. Deux lieux de consultation différents, c'est **contraignant**

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

c. La durée du suivi est **satisfaisante** :

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

d. À propos des consultations :

- L'alternance des consultations chez le médecin traitant et l'addictologue a été conforme à ce qui était initialement prévu :

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

- Vous avez privilégié les consultations chez l'addictologue :

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

- Vous avez privilégié les consultations chez le médecin traitant :

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

- Si tel est le cas, pour quelle(s) raison(s) avez-vous privilégié le suivi avec un des professionnels :

e. De façon globale, l'organisation est **contraignante** :

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

17. Votre implication dans le parcours :

a. Avez-vous participé à toutes les consultations prévues dans le parcours ?

Oui Non

b. Combien de consultations avez-vous manquées ? pour quel(s) motif(s) ?

18. Confiance dans l'arrêt :

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse sur une échelle de 0 à 10

0 signifie « je n'ai aucune confiance dans l'arrêt. »

10 signifie « j'ai une confiance totale dans l'arrêt. »

a. Lors de la première consultation :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b. Aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Partie 3 : VIABILITÉ

19. Concilier vie personnelle et parcours est **facile** :

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

20. Quel est l'impact de ce suivi sur vos **finances** (incluant le prix du tabac) ?

J'ai fait des économies Coût nul Coût acceptable Coût dissuasif

21. Concernant le transport pour se rendre aux consultations :

a. Temps de trajet **acceptable** :

i. Chez le médecin traitant :

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

ii. Chez l'addictologue :

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

b. Moyen de locomotion :

Véhicule personnel Transport en commun Vélo À pied

- c. L'accessibilité des lieux est **bonne** :
- i. Chez le médecin traitant :
 Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord
- ii. Chez l'addictologue :
 Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

22. Le rôle du praticien dans ce parcours est **utile** :

- a. Médecin traitant :
 Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord
- b. Tabacologue :
 Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

23. Évaluation de votre **moral** à 3 mois de parcours :

- a. Vous vous êtes senti(e) triste, pessimiste ou déprimé(e) ces deux dernières semaines
 Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord
- b. Depuis deux semaines, vous avez moins d'intérêt ou de plaisir dans les activités que vous appréciez habituellement
 Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

24. Votre bien-être global à 3 mois de parcours est **meilleur** qu'avant de le débiter

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

25. Vous recevez **du soutien, des encouragements** de votre entourage concernant votre parcours d'arrêt du tabac :

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

26. À propos du **craving** (pulsion, envie très forte de fumer ; brutale et courte) :

- a. À 3 mois de parcours : Nul Faible Modéré Fort Très fort
- b. Moins important qu'au moment de l'arrêt :
 Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

27. À propos de l'arrêt :

- a. Avez-vous arrêté de fumer durant ce parcours ? Oui Non
- b. Si oui, cet arrêt se poursuit-il ? Oui Non

28. Votre ressenti sur l'efficacité de ce parcours :

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse sur une échelle de 0 à 10

0 signifie « je n'ai aucune confiance dans l'arrêt. »

10 signifie « j'ai une confiance totale dans l'arrêt. »

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Questionnaire diffusé dans le cadre du travail de thèse mené par Joris Madelenat, sous la responsabilité du Professeur P. Castera et du Dr L. Donzel Godinot.

Contacts pour questions et renvoi du questionnaire:

- these.madelenat@gmail.com
- Association COREADD : 4 rue de Fleurus, 33000, Bordeaux

Structure d'Addictologie

Médecin Traitant

PACT-Tabac régional

Parcours d'Accompagnement Coordonné
sur les Territoires pour l'arrêt du Tabac

MON PARCOURS PARTAGÉ



CONSULTANT

ADDICTOLOGUE

MÉDECIN TRAITANT

CONSULTATION PRÉPARATOIRE (ADDICTOLOGIE)

DATE :

Nom..... Prénom.....

Addictologue..... Médecin traitant.....

Adressé par mon médecin Venu de moi-même

Inclusion en parcours partagé (plusieurs réponses possibles) :

- Consultants fumeurs > ou =18 ans, y compris grossesse (ou projet en cours) et pathologies somatiques graves.
- Demandeurs d'une aide pour arrêter de fumer du tabac
- Venant de sa propre initiative ou adressé par son médecin traitant
- Acceptant les principes du parcours coordonné (adhésion écrite)

Non inclusion (consultant en prise en charge exclusive en addictologie) :

- Absence de médecin traitant déclaré ou médecin traitant conjoint (ou autre proche familial)
- Polyaddiction :
 - Autre(s) trouble(s) d'usage sévère(s) (avec ou sans substance) :
 - (Seuil proposé à 10 verres/semaine et 10 joints/an)
- Troubles psychiatriques non stabilisés (hormis anxiété)
- Contexte pré-opératoire urgent (dans les 2 mois)
- Troubles cognitifs empêchant le parcours coordonné
- Problèmes de couverture sociale empêchant la prise en charge des soins
- Sans logement
- Présence provisoire sur le territoire de l'étude (< 6 mois)

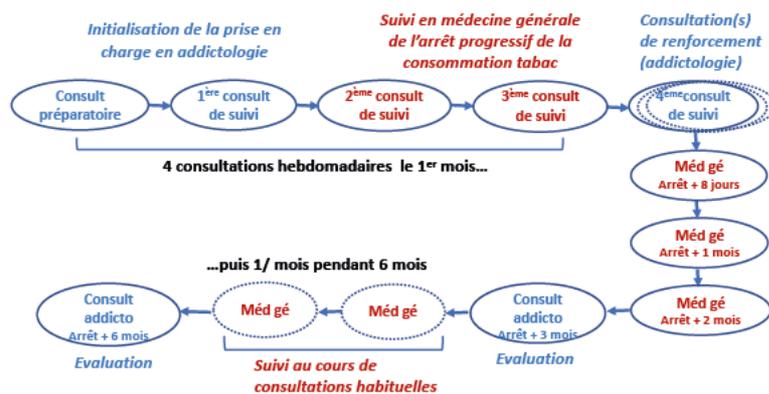
Mon adhésion au parcours :

Je suis d'accord pour intégrer le projet expérimental de parcours partagé entre mon addictologue et mon médecin traitant.

Le patient est informé que le projet expérimental de parcours coordonné fait l'objet d'une évaluation et que sa participation suppose sa non-opposition aux traitements des données le concernant dans le dossier de suivi partagé, lesquelles seront recueillies et anonymisées à des fins de recherche. Le patient dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées dans ce dossier par l'intermédiaire du médecin addictologue qui l'a inclus dans le projet.

oui non **Signature**

Simple repères chronologiques : peuvent varier selon l'évolution clinique →



Age..... Commune.....
 Activité professionnelle actuelle..... sans activité
 Mode de vie : vit seul-e en couple enfant(s)
 Poids actuel Taille
 Pathologies actuelles (somatiques et psychiques) : ALD/100%

Traitement en cours :

Antécédents de dépressions ayant nécessité un traitement ? oui non
 Période(s)

Histoire avec le tabac /Co-consommations :

Consommation actuelle de tabac (préciser Qté par /j ou /sem) :
 Cigarettes manufacturées Roulées Cigarillos Autres
 Délai réveil-1ère cigarette < 1h > ou = 1h
 Environnement fumeur ? non oui conjoint oui enfants oui au travail
 Usage Cigarette Electronique ? oui non si oui : nb flacons/sem et dosage (mg/ml).....
 Usage alcool oui non si oui : Qté par /j ou /sem
 Usage cannabis oui non si oui : fréquence.....
 Autres usages et comportements
 Conduites alimentaires.....

Antécédents d'arrêt du tabac ≥ 7j : 3 principaux (ou antécédents de réduction : préciser)

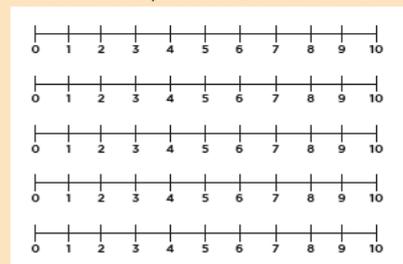
Quand	Par quels moyens	Durée

Difficultés ressenties/ Bénéfices perçus

Mes motivations à fumer :

- Je fume pour éviter les pulsions (craving)
- Je fume pour me détresser
- Je fume pour garder le moral
- Je fume pour me concentrer
- Je fume par habitude

Entourer : de 0 = pas du tout, à 10 = maximal



Cette tentative d'arrêt : Quelles sont mes craintes :

.....

Mes motivations à cesser le tabac et/ou contexte de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

l'importance pour moi de l'arrêt du tabac

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mon sentiment de capacité à y parvenir

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mes autres sources de bien-être/plaisir :

Actuelles

Passées

Souhaitées

Activité physique : oui non Préciser activité et fréquence :

.....

Synthèse par l'addictologue :

CO-test :

Objectifs partagés de consommation tabac :

Traitement(s) prescrit(s) à l'issue de la consultation :

(Si varécline, à prendre pendant les repas, et à débiter le pour consultation au 9^{ème} jour)

Conseils de maniement du traitement :

Si varécline : mettre en place petit-déj pour éviter nausées

Si substituts nicotiques : augmenter les doses en fonction du craving

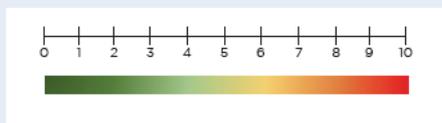
Consommation tabac (réf=journée précédente) :cig./ jour
Si réduction, préciser.....
Si abstinence, depuis.....

CO-test :

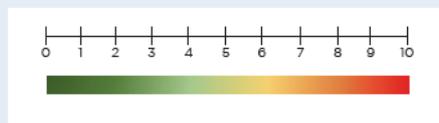
Évaluation tolérance traitement : (si varénicline : rechercher notamment nausées/insomnie)

Évaluation craving :

En moyenne



Pic maximal



Commentaires sur le craving (fréquences, moments, durée, gestion) :

Délivrance ce jour du carnet de traçabilité des consommations et craving :
conseils de remplissage

Prescriptions/Évolutions thérapeutiques proposées :

Transmission courrier et protocole de prise en charge conjointe ce jour au Docteur :

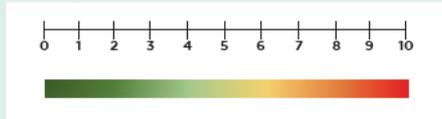
.....
Prévoir consultation médecin traitant , dédiée au suivi tabac, dans 8 et 15 jours
Consultation spécialisée prévue à 1 mois (rapporter le livret partagé) : date prévue
.....

2^{ème} CONSULTATION DE SUIVI : MÉDECIN TRAITANT **DATE :**
ou médecin remplaçant: nom.....

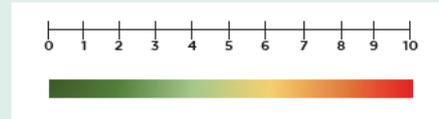
Consommation tabac (réf=journée précédente) :cig./ jour
Si réduction, préciser..... Si abstinence, depuis

Évaluation tolérance traitement :

Évaluation des pulsions à fumer (craving) :
En moyenne



Utilisation carnet tracabilité oui non
Pic maximal



Commentaires sur le craving (fréquences, moments, durée, gestion) :

Utilisation des conseils de gestion du craving, évolution des loisirs, activité physique... :

Évolution autres comportements d'usage (alimentation, appétence sucres, alcool, E-cig...) :

Suivi du poids :

Évaluation et difficultés / symptômes de sevrage (sommeil, transit, humeur*...):

**pour l'humeur, évaluer : tristesse (vous êtes vous senti déprimé ces 2 dernières semaines ?) et : anhédonie (ressentez vous moins d'intérêt/plaisir dans les activités que vous appréciez habituellement ?)*

Évaluation des bénéfices ressentis :

Prescriptions/Évolutions thérapeutiques proposées :

Cette consultation a-t-elle été plus au moins longue qu'habituellement ?

Oui Non Idem

Consultation suivante prévue dans 8 jours (rapporter le livret partagé) :

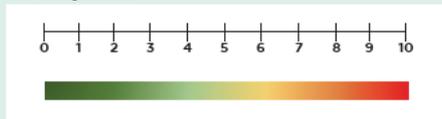
date prévue.....

3^{ème} CONSULTATION DE SUIVI : MÉDECIN TRAITANT DATE :
ou médecin remplaçant: nom.....

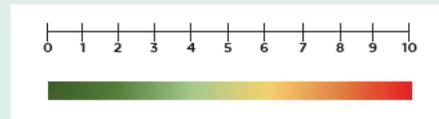
Consommation tabac (réf=journée précédente) :cig./ jour
Si réduction, préciser..... Si abstinence, depuis

Évaluation tolérance traitement :

Évaluation des pulsions à fumer (craving) :
En moyenne



Utilisation carnet tracabilité oui non
Pic maximal



Commentaires sur le craving (fréquences, moments, durée, gestion) :

Utilisation des conseils de gestion du craving, évolution des loisirs, activité physique... :

Évolution autres comportements d'usage (alimentation, appétence sucres, alcool, E-cig...) :

Suivi du poids :

Évaluation et difficultés / symptômes de sevrage (sommeil, transit, humeur*...):

**pour l'humeur, évaluer : tristesse (vous êtes vous senti déprimé ces 2 dernières semaines ?) et : anhédonie (ressentez vous moins d'intérêt/plaisir dans les activités que vous appréciez habituellement ?)*

Évaluation des bénéfices ressentis :

Prescriptions/Évolutions thérapeutiques proposées :

Cette consultation a-t-elle été plus au moins longue qu'habituellement ?

Oui Non Idem

Consultation suivante prévue dans 8 jours (rapporter le livret partagé) :

date prévue.....

4^{ème} CONSULTATION DE SUIVI : ADDICTOLOGUE

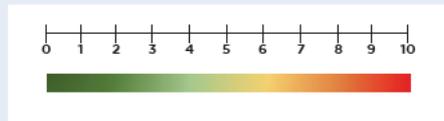
DATE :

Consommation tabac (réf=journée précédente) :cig./ jour
Si réduction, préciser..... Si abstinence, depuis

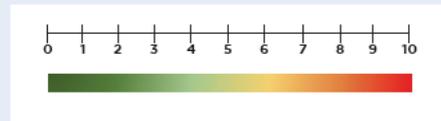
CO-test : **Traitement de sevrage depuis :**

Évaluation tolérance traitement :

Évaluation des pulsions à fumer (craving) :
En moyenne



Utilisation carnet tracabilité oui non
Pic maximal



Commentaires sur le craving (fréquences, moments, durée, gestion) :

Utilisation des conseils de gestion du craving, évolution des loisirs, activité physique... :

Évolution autres comportements d'usage (alimentation, appétence sucres, alcool, E-cig...) :

Suivi du poids :

Évaluation et difficultés / symptômes de sevrage (sommeil, transit, humeur*...):

**pour l'humeur, évaluer : tristesse (vous êtes vous senti déprimé ces 2 dernières semaines ?) et : anhédonie (ressentez vous moins d'intérêt/plaisir dans les activités que vous appréciez habituellement ?)*

Évaluation des bénéfices ressentis :

Prescriptions/Évolutions thérapeutiques proposées :

Prévoir consultation médecin traitant (date) :

CONSULTATIONS DE SUIVI : NOM DU MÉDECIN & DATES

--

PARTENAIRES ADDICTOLOGUES • TABACOLOGUES

Hôpital Suburbain du Bouscat

97 avenue G. Clémenceau, 33110 Le Bouscat

Centre Hospitalier de la Côte Basque

13 avenue de l'Interne Jacques Loeb, 64100 Bayonne

Centre Hospitalier d'Arcachon

Avenue Jean Hameau, 33260 La Teste-de-Buch

CEID d'Arcachon

Boulevard du Général Leclerc, 33120 Arcachon

CEID d'ARES

14 bis boulevard Javal, 33740 Arès

ANPAA de Mont-de Marsan

109 rue Fontainebleau 40000 Mont de Marsan

ANPAA de Pau

16-18 rue Montpensier 64000 Pau

ANPAA de Périgueux

10 rue Saint Georges 24100 BERGERAC

Pôle de Santé du Villeneuvois

Route de Fumel, Lieu-dit Brignol Romas, 47305 Villeneuve-sur-Lot

Clinique Mutualiste du Médoc

64 Rue Aristide Briand, 33340 Lesparre-Médoc



www.addictoclic.com



**CARNET
D'AUTO-GESTION**

Date							
Craving moyen 0 à 10							
Consommation à noter après chaque prise							

A compléter au cours de la semaine

Contextes de pic max du craving

Stratégies de gestion du craving

Notes personnelles

PACT-Tabac régional

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque ».

Étude de la viabilité et de l'acceptabilité pour les patients d'un parcours coordonné ville-hôpital pour l'arrêt du tabac en Ex-Aquitaine

Introduction. Dans le cadre de la promotion d'actions de santé décloisonnées, un parcours coordonné 'ville-hôpital' pour l'arrêt du tabac voit le jour en 2017 à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, sous l'égide du Dr N. Lajzerowicz. C'est une prise en charge tripartite impliquant patient, addictologue et médecin traitant, à l'aide de consultations alternées entre les praticiens. Fort des résultats encourageants d'une expérience monocentrique menée en 2017 par la Doctorante M. Fournols, le projet 'PACT-Tabac' et l'évaluation de la viabilité de celui-ci ('EVIAPACT') s'inscrivent dans une volonté de diffusion du parcours coordonné à plus large échelle.

Objectif. Cette étude a pour objectif d'évaluer la viabilité et l'acceptabilité de ce parcours coordonné pour les patients, à l'aide d'un auto-questionnaire remis en fin de parcours.

Matériel et méthodes. Notre étude transversale, correspond à une enquête d'opinion sur les pratiques, menée entre mars et juin 2021, à l'aide de questionnaires individuels, principalement construits sous la forme d'une échelle de Likert. L'étude concerne les patients ayant suivi le parcours entre le printemps 2020 et l'hiver 2021 dans un des 10 centres d'addictologie sélectionnés et répartis en ex-Aquitaine.

Résultats. Au total, 9 patients remplissant les critères d'inclusion ont répondu au questionnaire. Le profil des patients correspond sensiblement à la population des 'Heavy Chronic Smokers'. L'acceptabilité du parcours fait consensus auprès des patients, sans remporter une adhésion totale, avec une minorité de parcours complets (44,4%). Le parcours fournit des garanties de viabilité. D'abord parce qu'il est abordable économiquement, mais aussi grâce à son utilité et à son accessibilité géographique et sociale.

Conclusion. Les résultats de cette étude sont encourageants, en dépit d'un manque de puissance en rapport avec un effectif très limité. Le parcours coordonné semble approprié pour les fumeurs persistants aux multiples tentatives d'arrêt du tabac, et aux 'précaires' pour lesquels l'efficacité apparaît satisfaisante.

Patients' viability and acceptability experiencing a coordinated 'town-hospital' pathway for Tobacco cessation in Ex-Aquitaine

Introduction. As part of the health campaign for smoking cessation, a coordinated 'city-hospital' pathway was created in 2017 at the 'Hôpital Suburbain du Bouscat', under the aegis of Dr. N. Lajzerowicz. In this program, patients, addictologist and general practitioners are involved with alternating appointments between practitioners. Based on the encouraging results of a monocentric study conducted in 2017 by PhD Student M. Fournols, the 'PACT-Tabac' program and its viability evaluation ('EVIAPACT') are part of a desire to disseminate the coordinated pathway on a larger scale.

Objective. The aim of this study was to evaluate the viability and acceptability of this coordinated program for patients, using a self-survey.

Methods. We conducted a cross-sectional study between March and June 2021, using individual questionnaires, mainly constructed in the form of a Likert scale. The study concerned patients having followed the program between spring 2020 and winter 2021 in one of the 10 selected addictology centers distributed in ex-Aquitaine.

Results. A total of 9 patients meeting the inclusion criteria completed the questionnaire. Our patients' characteristics were comparable to a profile of 'Heavy Chronic Smokers'. Patients agreed on the acceptability of the program, but the adhesion was not full, with a minority of complete programs (44.4%). The program seems to provide guarantees of viability. First, because it is economically affordable, but also because of its usefulness and its geographical and social accessibility.

Conclusion. The results of this study are encouraging, despite a lack of strength due to a very limited number of participants. The coordinated pathway seems appropriate for persistent smokers with multiple quit attempts, and for 'precarious' smokers for whom the effectiveness appears satisfactory.

Mots-clés : Parcours coordonné, arrêt du tabac, patients, acceptabilité, viabilité, transférabilité, auto-questionnaire

Discipline : Médecine Générale

Adresse : Université de Bordeaux - UFR des Sciences Médicales 146, rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex