



HAL
open science

Étude des freins et leviers à l'organisation d'une filière de prise en charge du tabagisme des patients reçus à la Ligue Contre le Cancer : étude qualitative auprès des professionnels de la Ligue en Gironde

Charlotte Jehl

► To cite this version:

Charlotte Jehl. Étude des freins et leviers à l'organisation d'une filière de prise en charge du tabagisme des patients reçus à la Ligue Contre le Cancer : étude qualitative auprès des professionnels de la Ligue en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03456862

HAL Id: dumas-03456862

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03456862>

Submitted on 30 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

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

N°

114

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 septembre 2021

Par Charlotte JEHL

Née le 16.09.1990 à Toulouse (31)

Etude des freins et leviers à l'organisation d'une filière de prise en charge du tabagisme des patients reçus à la Ligue Contre le Cancer : étude qualitative auprès des professionnels de la Ligue en Gironde.

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Jury

Monsieur le Professeur François ALLA	Président du jury
Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE	Juge
Madame le Docteur Palina DZERAVIASHKA	Juge et Rapporteur
Monsieur le Professeur Christophe JOUHET	Juge
Madame la Professeure Simone MATHOULIN-PELISSIER	Juge

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES	2
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	7
1-INTRODUCTION	8
2-CONTEXTE	11
2.1-Tabac et cancer	11
2.2-La Ligue Contre le Cancer	15
2.3-Question de recherche et objectifs	17
3-MATERIEL ET METHODE	19
3.1-Schéma de l'étude	19
3.2-Population de l'étude	19
3.3-Grille d'entretien	20
3.4-Recueil de données	21
3.5-Analyse des données	21
3.6-Aspect réglementaire et éthique	21
4-RESULTATS	22
4.1-Caractéristiques des entretiens	22
4.2-Caractéristiques des professionnels de la Ligue	23
4.3-Les professionnels de la Ligue et leur implication dans le sevrage tabagique	26
4.4-Les échanges entre les professionnels du parcours de soin du patient	33
5-DISCUSSION	40
5.1-Limites de l'étude	40
5.2-Forces de l'étude	41
5.3-Interprétation des résultats	42
6-PERSPECTIVES	51
7-CONCLUSION	54

8-BIBLIOGRAPHIE	55
9-ANNEXES	62
9.1-Grille d'entretien	62
9.2-Fiche du registre des traitements des données à caractère personnel	64
10-SERMENT D'HIPPOCRATE	69
11-RESUME	70

REMERCIEMENTS

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

A Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE, vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A Madame le Docteur Palina DZERAVIASHKA, pour avoir accepté de juger ce travail, pour vos suggestions, votre réactivité, et votre bienveillance. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance et gratitude.

A Monsieur le Professeur Christophe JOUHET, je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A Madame la Professeure Simone MATHOULIN-PELISSIER, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, directeur de thèse, pour votre aide, votre disponibilité et votre patience. Je vous remercie de m'avoir guidée et conseillée tout au long de la préparation de ce travail, en partageant votre expérience. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

A Margaux FONTAN et Rebecca RATEL, je vous remercie pour ces nombreux échanges enrichissants qui ont permis de guider mon travail plus sereinement, mais aussi pour votre soutien et vos encouragements.

A Maryline MOZELADROITE et à Emmanuelle CLAIREMBAULT pour l'intérêt porté à ce projet, mais aussi à **l'ensemble des bénévoles de la Ligue** pour leur investissement, sans lequel ce travail n'aurait pu aboutir.

A ma Mère, et mon Père, pour m'avoir soutenue et accompagnée depuis la première année, pour avoir cru en moi, et m'avoir épaulée au mieux afin que je puisse me consacrer pleinement à ces études.

A Parrain, Marraine, François, Dominique et ma Famille, pour leurs encouragements perpétuels, leur bienveillance et leur écoute.

Je remercie particulièrement ma mère et Dominique pour leur talent de dactylographes.

A mes Grand-mères passées du côté de l'éternel, qui auraient aimé partager ce moment avec nous.

A Harold, pour son amour, ses conseils, son humour, mais aussi notre complicité et nos folies qui m'ont apporté du réconfort à bien des reprises.

A mes Amis de toujours avec qui j'ai grandi, **Anne-Sophie, Aurélie, Camille, Clio, Eva, Laurence, Irina, et Marine**, pour leur soutien, leur affection, pour nos rires et nos discussions sans fin, pour tous ces moments ensemble.

A Eva, Lorraine, et Julien, avec qui j'ai partagé l'apprentissage de pages de Mikbook, mais aussi fous-rires, incertitudes et angoisses pendant ces années de médecine.

A mes Beaux-parents, pour m'avoir accueillie à bras ouverts dans leur famille, comme leur fille.

A Mada, pour son amour inconditionnel et ses chapardises.

A tous mes maîtres de stages et ceux qui m'ont instruit à l'hôpital, ou en cabinet.

A Axel Khan disparu cette année. Il n'aura présidé la Ligue nationale contre le cancer que deux années, de 2019 à 2021. Mais toute sa vie, il a inspiré nombre de soignants. D'abord par la rigueur et l'audace de ses recherches, ensuite par son souci de toujours y associer une réflexion éthique.

Grand randonneur, ses pas dans le monde montraient le chemin qui était le sien: améliorer la condition des hommes, leur santé et surtout donner du sens à tout cela. De plus, cet humaniste

convaincu avait à cœur de rendre ses travaux accessibles.

Sa lettre d'adieu, parue dans le Midi libre le 22 mai 2021, est un passage de témoin pour les combats à venir contre le cancer. Axel Khan était un exemple, avec toute la noblesse attachée à ce terme.

LISTE DES ABREVIATIONS

INCa : Institut National contre le Cancer

LCC : Ligue Contre le Cancer

Etude VICAN2 : « La Vie 2 ans après un diagnostic de Cancer »

TSN : Traitement de Substitution Nicotinique

HAS : Haute Autorité de Santé

CNCT : Comité National Contre le Tabagisme

APA : Activité Physique Adaptée

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

HAD : Hospitalisation A Domicile

LAST : Lieu Accompagnement à la Santé sans Tabac

COREADD : Coordination Régionale Addictions

SSMIP : Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention

ARS : Agence Régionale de Santé

1-INTRODUCTION

Le tabac est le premier facteur de risque de cancer, responsable d'un cancer sur cinq et d'un décès sur trois par cancer (soit 45 000 décès par cancer par an). Consommer du tabac augmente le risque de 17 localisations différentes de cancer. La France connaît une des consommations les plus élevées parmi les pays occidentaux : un adulte sur 4 fume quotidiennement du tabac [1]. Le Programme national de réduction du tabagisme (2014-2019) puis le Programme national de lutte contre le tabac (2018-2022) ont permis une réduction enregistrée de 1 600 000 fumeurs entre 2016 et 2018 [2].

Mais la France, comme le reste du monde, a été touchée en 2020 par une crise exceptionnelle liée à la pandémie de Covid-19. En 2020, plus de trois adultes de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (31,8%) et un quart déclaraient fumer quotidiennement (25,5%), (contre 24% de fumeurs quotidiens en 2019). La prévalence du tabagisme et du tabagisme quotidien ne varie pas significativement par rapport à 2019 et se stabilise. Cependant, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté parmi la population dont les revenus étaient les moins élevés. Les inégalités sociales restent ainsi très marquées en 2020. Dans un contexte de crise sanitaire, psychologique, économique et sociale inédite, un des enjeux est de réinstaller une tendance à la baisse, et de renforcer encore la lutte auprès des populations les plus vulnérables face au tabagisme [3].

La systématisation de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les patients fumeurs, objectif inscrit dans le Plan cancer 2014-2019, apparaît comme un nouvel élément de la prise en charge en cancérologie appelant à une amélioration des pratiques cliniques et une implication plus forte de l'ensemble des professionnels du parcours de soins du patient [4]. Par la suite, la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 renforce cet objectif et fait de la réduction du tabagisme une priorité absolue, sur le plan de la prévention. Elle propose des stratégies d'intervention innovantes permettant d'accompagner le développement de comportements protecteurs face aux risques de cancer [1].

Ainsi, l'arrêt du tabac doit être proposé à tous les patients atteints de cancer et fumeurs. Un fumeur aura 80 % de plus de chances d'arrêter s'il reçoit de l'aide d'un professionnel de santé [5]. La survenue d'un cancer est un moment opportun pour l'arrêt du tabac, car il déclenche chez de nombreux patients un désir de réduction de certains comportements à risque [6,7]. La

probabilité que le patient arrête de fumer est encore plus grande si le professionnel est formé pour savoir communiquer dans les moments opportuns [8], grâce à des outils facilitateurs [9].

Une enquête sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé intervenant en cancérologie a été menée par l'INCa en 2014 [10] : 80 % des professionnels de santé interrogés, en fonction de leur profession, déclarent parler de la consommation de tabac avec leurs patients et environ 90 % sont tout à fait d'accord avec le fait qu'aborder l'arrêt du tabac avec leurs patients fumeurs fait partie de leur rôle. Néanmoins il existe un manque de prise de parole de la part du professionnel de santé sur le sujet : la moitié ne se sent pas en mesure d'assurer l'accompagnement proprement dit au sevrage, par manque de formation sur les méthodes d'aide au sevrage, manque de temps, ou encore surestimation des effets indésirables du sevrage. De plus, lorsque le sujet est abordé, le tabac semble être une problématique peu discutée en profondeur avec un discours du professionnel de santé qui apparaît simpliste et non spécifique vis-à-vis de l'impact que le tabac peut avoir sur la prise en charge du cancer. Il semble donc exister un décalage entre l'importance que les professionnels de santé portent à cette thématique et la faiblesse de leur implication perçue par les patients sur ce sujet.

La mise en place de programmes de soins de support de proximité est également un objectif important de la stratégie décennale de lutte contre le cancer. En effet, les soins oncologiques de support font partie intégrante du traitement des personnes atteintes de cancer et sont centrés sur leurs besoins. Ils répondent à un objectif essentiel : lutter contre les conséquences immédiates ou de plus long terme du cancer ou des traitements, et améliorer la qualité de vie des patients [1].

C'est à travers ces objectifs que se construisent pleinement les missions de la LCC, dont une des priorités majeures réside dans la prévention. Ainsi, la prise en charge du sevrage tabagique des patients et l'accroissement des compétences des professionnels dans cette prise en charge constitue une action transversale à ses différentes missions [11].

Au sein du parcours de soins du patient, parmi les activités et consultations de la Ligue un accompagnement au sevrage tabagique pourrait être proposé aux patients fumeurs. Afin d'optimiser cet accompagnement et la mise en place d'une stratégie de sevrage tabagique au sein de la Ligue, une évaluation a priori de l'organisation du terrain de déploiement sera proposée. Cette étude aura pour objectif de déterminer d'un point de vue des professionnels, les freins et leviers à l'organisation d'une filière de prise en charge tabac auprès des patients reçus

à la Ligue, et ainsi de dégager les pistes d'intervention en amont de l'implantation de l'intervention.

2-CONTEXTE

2.1-Tabac et Cancer

L'arrêt du tabac doit être proposé à tous les patients atteints de cancer et fumeurs. Quelle que soit la localisation du cancer diagnostiqué, le sevrage tabagique est important pour différentes raisons :

- Améliorer le pronostic (diminution de la mortalité toutes causes confondues) [13] ;
- Réduire les risques de seconds cancers primitifs ;
- Réduire les risques per et postopératoires et de toxicité liés aux traitements. Le tabagisme augmente le risque de complications per et postopératoires, notamment les risques d'infection du site opératoire, de nécrose, et des complications respiratoires [14-16].

L'arrêt du tabac avant chirurgie est toujours bénéfique quel que soit le délai du sevrage, et il est important de le conseiller au patient et de lui proposer une aide adaptée le plus tôt possible [9]. Par ailleurs, le tabagisme augmente certaines toxicités liées aux traitements anticancéreux [17-21]. Il favoriserait, sur une tumeur existante, la progression tumorale et pourrait être à l'origine de résistances à certains traitements [22-23].

- De plus, pour les stades précoces comme pour les stades avancés, la poursuite du tabagisme apparaît associée à une détérioration plus marquée de la qualité de vie, tant dans les dimensions physiques (fonctionnement physique, symptômes respiratoires, douleurs et « performance status ») que psychiques, émotionnelles, et sociales [24-28].

La survenue d'un cancer est un moment opportun pour l'arrêt du tabac, car il déclenche chez de nombreux patients un désir de réduction de certains comportements à risque [6,7].

Dans l'enquête VICAN2, menée en France en 2012, 37 % des fumeurs actifs au moment du diagnostic étaient devenus abstinents deux ans après le diagnostic [29]. Le pourcentage d'arrêt est très variable en fonction de la localisation du cancer suggérant que la perception du lien entre le tabac et la survenue de la maladie favorise l'arrêt. Plus le délai est court entre le moment du diagnostic de cancer et la mise en place d'un programme de sevrage tabagique, plus le patient a de chances d'arrêter de fumer [7,30].

Cependant, pour les patients, comme pour les professionnels, il existe des représentations négatives liées au sevrage tabagique, qui sont des freins qu'il faut lever.

Une enquête sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé intervenant en cancérologie a été menée par l'INCa en 2014 [10]. Elle indique que la quasi-totalité des professionnels de santé en cancérologie considère qu'il est de leur rôle de sensibiliser les patients à l'arrêt du tabac, mais la moitié ne se sent pas en mesure d'assurer l'accompagnement proprement dit au sevrage, par manque de formation sur les méthodes d'aide au sevrage et manque de temps. Il semble donc exister un décalage entre l'importance que les professionnels de santé portent à cette thématique et la faiblesse de leur implication perçue par les patients sur ce sujet.

D'autre part, les effets indésirables du sevrage du tabac seraient surestimés par les professionnels de santé, engendrant ainsi pour certains une réticence à intervenir sur la problématique tabac auprès de patients atteints de cancer. En particulier, le fait que le tabac puisse représenter un réconfort pour la personne ou qu'arrêter le tabac en même temps que combattre un cancer serait trop difficile. Sont évoqués également comme freins le fait que cela prenne trop du temps et que ce ne soit pas utile pour un patient atteint de cancer. De plus, les professionnels de santé identifient certains profils de patients avec lesquels ils évoquent moins souvent la problématique du tabac : patients ayant un mauvais pronostic, une maladie psychiatrique associée, un âge avancé ou une réticence à arrêter de fumer.

Ainsi, revenir sur les idées fausses et apporter des éléments facilitant la prise de parole des professionnels de santé auprès du patient fumeur est indispensable pour accompagner le changement des pratiques.

Du point de vue des patients, de manière générale, ils évoquent un manque de soutien de la part des professionnels de santé, ainsi qu'un manque d'écoute, d'accompagnement psychologique, d'empathie ou de suivi individualisé [10].

Une enquête a été réalisée pour mieux comprendre le vécu des fumeurs ayant un cancer, identifier les difficultés et les ressources à l'arrêt du tabac, et dégager par la suite des besoins éducatifs permettant d'intégrer pleinement l'éducation thérapeutique en tabacologie [31]. Les difficultés émergentes à l'arrêt du tabac des patients sont les suivantes : un faible sentiment d'auto-efficacité, une focalisation sur les sensations agréables qu'ils relient à la cigarette, des représentations peu favorables à l'utilisation des TSN, un faible sentiment d'aide par l'entourage ou les professionnels de santé.

Afin que le patient se sente soutenu par une proposition d'aide à l'arrêt, l'implication de chaque professionnel du parcours du patient est nécessaire.

La probabilité que le patient arrête de fumer est encore plus grande si le professionnel est formé pour savoir communiquer dans les moments opportuns (Teachable Moment Communication Process) [8], grâce à des outils facilitateurs.

La HAS propose une démarche en trois étapes [9], retrouvées dans de nombreuses stratégies. En premier lieu, le professionnel doit repérer systématiquement la consommation de tabac, dès le diagnostic, évaluer le niveau de dépendance, et suivre cette consommation à tous les temps de la prise en charge. Chaque consultation est une nouvelle opportunité d'actualiser ce statut et de renforcer la motivation du patient. Il est important qu'un dialogue avec le patient s'installe dès le début pour accompagner le changement de comportement tabagique ensuite.

Par la suite, il est recommandé de délivrer un conseil d'arrêt du tabac clair et adapté à la situation du patient en rappelant les moyens efficaces existants. Il faut être attentif à ne pas faire culpabiliser le patient sur un éventuel lien de causalité entre tabagisme et cancer, mais plutôt le mobiliser pour un arrêt de sa consommation, en l'informant des risques du tabagisme et des bienfaits de l'arrêt dans le cadre d'un traitement de cancer. Il est recommandé également de donner l'accès à des supports d'information pour permettre au patient d'y repenser par la suite et de consolider le discours du soignant.

Enfin, il est important de veiller à ce qu'un sevrage soit initié au moment de la consultation et que le patient soit orienté de façon adaptée vers un professionnel de proximité qui sera en charge de l'accompagnement dans la durée (médecin traitant, spécialiste en tabacologie, ligne téléphonique Tabac-Info-Service...). Des traitements de substitution ont fait preuve de leur efficacité et permettent de soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes. Il a été démontré que des interventions combinant les traitements médicamenteux et le soutien comportemental par un professionnel augmentaient le succès de sevrage tabagique [32].

L'objectif idéal est bien l'arrêt de la consommation et non la réduction, car l'effet de la durée du tabagisme est plus important que le niveau de consommation quotidienne vis-à-vis du risque de cancer. Cependant, la réduction accompagnée et contrôlée de la consommation, associée à des traitements addictolytiques, peut être une étape vers un arrêt ultérieur pour les fumeurs ne

pouvant pas arrêter dans un premier temps [9]. En effet, une réduction de la consommation sans traitement associé entraîne, de façon inconsciente, une compensation dans la façon de fumer, afin d'obtenir le même taux de nicotine. Ceci se traduit par une augmentation de la combustion et donc de l'effet toxique du tabagisme. De nombreux patients, en bonne conscience et avec beaucoup d'efforts, diminuent le nombre de cigarettes sans impact sur leur santé. Ainsi, la réduction contrôlée n'est pas à envisager avec les méthodes non médicamenteuses d'aide à l'arrêt, qui imposent l'atteinte de l'objectif idéal [33].

Les modalités de l'aide à l'arrêt du tabac doivent être envisagées dans le cadre d'une décision partagée avec le patient (en fonction des besoins, de co-addictions, des préférences...). Cet échange est l'occasion de recueillir les préférences du patient, ses objectifs, de le responsabiliser et de renforcer la motivation à l'arrêt. Cette prise en charge centrée sur le patient permet également de réduire la pression que peuvent ressentir certains professionnels non aguerris dans ce type de soin.

La systématisation de l'aide à l'arrêt du tabac pour les patients fumeurs atteints de cancer nécessite la mise en place d'une dynamique structurante, à l'échelle des établissements, reposant sur les éléments suivants [4] : élaborer un projet de parcours du patient fumeur ; organiser pour le personnel des formations afin d'acquérir des stratégies validées leur permettant d'agir plus efficacement auprès des patients fumeurs ; mettre des outils à disposition des équipes soignantes permettant le partage des informations sur la consommation de tabac des patients ; identifier une personne référente dans l'établissement sur cette question ; assurer l'information et l'implication systématique du médecin traitant ; identifier et mobiliser un réseau de professionnels à partir des ressources internes-externes existantes.

La stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 (qui fait suite aux conclusions du plan cancer 2014-2019) se compose de 4 axes principaux : améliorer la prévention, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie, lutter contre les cancers de mauvais pronostic, et s'assurer que les progrès bénéficient à tous [1]. Sur le plan de la prévention, elle fait de la réduction du tabagisme une priorité absolue.

Les soins oncologiques de support font partie intégrante du traitement des personnes atteintes de cancer, adaptés et centrés sur leurs besoins, et ont pour but de lutter contre les conséquences immédiates ou de plus long terme du cancer ou des traitements, et d'améliorer leur qualité de

vie. Il s'agit de proposer aux patients des dispositifs d'accompagnement global à proximité, couvrant toutes les dimensions de la personne (physique, psychique, socio-économique).

Afin d'optimiser l'accompagnement du patient à l'arrêt du tabac, l'objectif est de mobiliser l'ensemble des acteurs du système de santé dans un esprit de dialogue et de concertation, faisant appel au réseau ville-hôpital. Proposer aux patients une organisation plus efficace de leur suivi, adaptée à leurs besoins, centrée sur eux, partagée entre les professionnels de santé de ville, les professionnels de santé hospitaliers et les professionnels sociaux et médicosociaux.

Des actions visant à améliorer la coordination seront menées, telles que le développement et le déploiement d'outils pertinents d'interface et d'échanges entre professionnels, l'élaboration de recommandations, la proposition de formations innovantes et outils d'aide à la pratique communs à l'ensemble des acteurs.

En période de crise, la continuité des actions de lutte contre les cancers doit être garantie et une attention accrue sera nécessaire pour combattre les pertes de chance. Il s'agira, en prévention, de permettre aux personnes de continuer à adopter des comportements favorables à leur santé.

2.2-La Ligue contre le cancer

Créée en 1918, la Ligue contre le cancer est une association dont l'objectif est de lutter contre le cancer et toutes ses conséquences [11]. Elle est caritative, indépendante de tout pouvoir politique ou économique. Les ressources de la Ligue sont privées et en priorité orientées vers le financement de projets de recherche.

Elle œuvre pour soutenir et promouvoir tout ce qui peut accélérer la guérison et alléger les souffrances des malades avec la triple exigence de l'éthique, de l'innovation et de l'efficacité. Elle milite pour la solidarité, en protégeant les personnes les plus vulnérables dans le respect de l'intégrité, de la liberté et de la dignité des personnes.

La Ligue comprend des centaines de milliers de membres, des bénévoles et des salariés, répartis sur tout le territoire, au plus proche des malades dans plus de 300 espaces Ligue, mais aussi présents dans les structures de soins. Elle représente une fédération de plus de 100 comités départementaux. Elle recherche la coopération nationale et internationale afin d'optimiser ses actions.

Les missions de la Ligue se retrouvent dans la recherche scientifique et médicale, l'accompagnement des malades et de leurs proches, l'information, la prévention et la promotion des dépistages afin de réduire de 40% le taux de cancer dû à l'exposition à des facteurs de risque, la mobilisation de la société contre le cancer (transformer la société dans son rapport à la maladie et aux malades), en recueillant des témoignages de patients afin de comprendre leurs difficultés, leur quotidien et proposer des actions adaptées.

Ainsi la prise en charge du sevrage tabagique des patients et l'accroissement des compétences des soignants dans cette prise en charge est définie comme une action transversale à ses différentes missions.

L'espace Ligue de Bordeaux a pu accueillir plus de 1000 patients et accompagnateurs dont 350 nouveaux malades en 2020 [34]. Parmi ces patients une majorité est âgée de plus de 40 ans et est représentée par des femmes (39% d'hommes, 61% de femmes) en cours de traitement (41%). Les typologies de cancer les plus présentes sont les cancers du sein (39%), digestifs (24%), et hématologiques (13%). Le cancer du poumon, très souvent mis en lien avec le tabac concerne 9% de ces patients.

En 2020, les patients venaient à la Ligue par le biais d'intervenants de la Ligue (29%), de professionnels d'établissements de soins : infirmières ou psychologues (14%), ou de manière spontanée (12%).

Vice-Présidente du conseil d'administration de l'Institut national du cancer, la Ligue contre le cancer s'est mobilisée autour du projet de stratégie décennale. Elle a formulé plusieurs propositions. Elles sont articulées autour de ses missions. La priorité majeure de la Ligue réside dans la prévention. Cela passe par l'information et la sensibilisation de chacun sur les risques et les moyens de protection des cancers, afin d'améliorer les connaissances, faire prendre conscience des enjeux et des dangers de certains produits, pratiques, ou habitudes. Elle propose également de nombreuses actions d'éducation à la santé.

Elle a aussi rappelé l'importance de l'accompagnement des personnes, depuis l'annonce de la maladie et tout au long du parcours dans le but d'améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches. Un ensemble d'activités est proposé gratuitement aux patients dans chaque

département : soutien psychologique pour les malades mais aussi leurs proches, activité physique adaptée, consultation diététique et atelier de cuisine, soins socio-esthétiques, sophrologie, réflexologie, atelier d'art thérapie, mais aussi soutien financier, accès au prêt, aide-ménagère, amélioration du confort à l'hôpital...

Les soins de support sont destinés à améliorer la qualité de vie du patient, tout en le responsabilisant, en lui donnant le choix de leur prise en charge : patient « acteur de sa santé ». Ils sont déterminés selon les besoins exprimés par les patients à l'issue d'un entretien d'accueil, permettant de réaliser un parcours personnalisé et évolutif.

La lutte contre le tabac s'inscrit donc naturellement dans les actions de la Ligue. Elle est historiquement et légitimement très impliquée dans ce combat. Grâce à sa capacité pour rassembler l'opinion, la Ligue s'est mobilisée en faveur de la loi Evin en 1991 (relative à la lutte contre le tabagisme), a fondé, avec le CNCT, l'Alliance contre le tabac en 1991, et a collecté la signature de plus de 350 000 personnes pour l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

La Ligue contre le cancer profite de la Journée mondiale sans tabac pour appeler à une forte mobilisation, citoyenne et internationale et pour accompagner la société française à sortir de l'emprise du tabac d'ici 2030. Elle prend, ainsi, la tête d'un mouvement international pour la mise en place d'un dispositif global d'actions décisives comme un plan global international notamment européen et la mise en place d'un prélèvement solidaire sur les ressources engendrées par les produits du tabac [12]. Les objectifs sont d'accompagner les fumeurs dans l'arrêt, de financer des campagnes de prévention et des actions de terrain concrètes, de contrer les lobbies, de désintoxiquer la société française, et de financer les plans de lutte contre les maladies non transmissibles et les addictions.

2.3-Question de recherche et objectifs

Au sein du parcours de soins du patient, parmi les activités et consultations de la Ligue, un accompagnement au sevrage tabagique pourrait être proposé aux patients fumeurs. Cet accompagnement nécessiterait l'implication de professionnels de la Ligue volontaires. Le professionnel de la Ligue pourrait ainsi proposer des activités complémentaires à un traitement médicamenteux prescrit, afin d'optimiser le sevrage ou son maintien au long cours. L'efficacité de l'association de soins médicamenteux et psycho-sociaux a été démontrée [32].

Pour cela, une coordination entre les professionnels de la Ligue et ceux extérieurs devra donc se mettre en place dans le cadre de cet accompagnement (professionnels de soins primaires, addictologues, professionnels des établissements de santé, professionnels de la Ligue).

Par ailleurs, les professionnels de la Ligue ne sont pas, pour la plupart, formés à la prise en charge du tabac dans leur formation initiale. De ce fait, il est indispensable de former et d'outiller ces professionnels pour les mettre en confiance dans l'accompagnement au sevrage de leurs patients fumeurs atteints de cancer, en agissant notamment sur les représentations des professionnels et des patients.

Afin d'optimiser la mise en place d'une méthode de sevrage tabagique au sein de la Ligue, une évaluation a priori de l'organisation du terrain de déploiement sera proposée et permettra ainsi de dégager les pistes d'intervention en amont de l'implantation de l'intervention.

Cette thèse a pour but de répondre à la question de recherche suivante : **quels sont, du point de vue des professionnels, les freins et les leviers à l'organisation d'une filière de prise en charge du tabagisme des patients reçus à la Ligue contre le cancer ?**

L'objectif principal est de déterminer, du point de vue des professionnels de l'espace Ligue de Bordeaux, les freins et les leviers à l'organisation d'une filière de prise en charge du tabagisme des patients reçus à la Ligue contre le cancer.

Les objectifs secondaires sont de :

- déterminer les professionnels impliqués dans le parcours du patient au sein et en dehors de la Ligue contre le cancer
- comprendre l'implication de ces professionnels dans la prise en charge du tabagisme, dans ce contexte.

3-MATERIEL ET METHODE

3.1- Schéma de l'étude

Le schéma d'étude choisi a été celui d'une étude qualitative visant à étudier, par le biais d'entretiens individuels semi-directifs menés auprès des professionnels de la Ligue contre le cancer, les freins et les leviers à la mise en place d'une filière de prise en charge du tabagisme des patients reçus à la Ligue.

3.2-Population de l'étude

La population de l'étude est composée de professionnels de la Ligue contre le cancer de l'Espace Ligue de Bordeaux situé au 228 Boulevard du Président Franklin Roosevelt, tous rattachés au comité Gironde de la Ligue.

Une pré-sélection exhaustive de 13 professionnels de l'Espace Ligue de Bordeaux en lien avec la thématique du sevrage tabagique et susceptibles de s'y impliquer, a été effectuée par Maryline Moze Ladroite (coordinatrice de la mission d'aide aux malades de la Ligue) et Emmanuelle Clairembault (chargée de prévention et de dépistages à la Ligue). Parmi ces professionnels, une variété importante de professions est retrouvée ; on note : 3 psychologues, 2 diététiciennes, 2 sophrologues, 2 socio-esthéticiennes, 2 professeurs d'APA, une praticienne de shiatsu, et la coordinatrice de la Ligue.

Un premier mail a été envoyé par l'intermédiaire d'Emmanuelle Clairembault aux 13 professionnels sélectionnés pour les informer du projet, et leur proposer par le biais d'un doodle, des créneaux pour la réalisation des entretiens.

La période proposée pour la réalisation des entretiens s'est étendue sur deux semaines du 19 avril au 2 mai 2021.

A l'issue de ce mail, 3 intervenants se sont inscrits sur le doodle (2 diététiciens et un professeur d'activité physique adaptée).

Par la suite, la doctorante a contacté par téléphone les professionnels n'ayant pas encore répondu (un mail regroupant les coordonnées des professionnels sélectionnés lui a été envoyé par la coordinatrice de la Ligue). 8 de plus ont accepté de fixer un rendez-vous pour les

entretiens : la coordinatrice de la Ligue, 2 psychologues, 2 sophrologues, un professeur d'activité physique adaptée, une socio-esthéticienne, une praticienne de shiatsu.

Enfin, un mail a été envoyé à chacun des 11 professionnels volontaires, ayant répondu favorablement à la demande d'entretien pour leur confirmer la date et l'heure de celui-ci et leur joindre un lien pour accéder à la visio-conférence.

3.3-Grille d'entretien

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle, selon le mode semi-directif. Le mode semi-directif a permis de collecter des données informatives à travers des interrogations générales et ouvertes qui ont structuré l'entretien. Il a permis également à la personne interrogée de répondre librement et d'exprimer un point de vue précis sur une question donnée, et a autorisé le chercheur à relancer la personne qui est questionnée.

La grille d'entretien a été réalisée lors d'un travail d'équipe entre Margaux Fontan, chargée de projets en prévention et promotion de la santé au CHU de Bordeaux, et la doctorante. Elle a par la suite été relue et validée par le directeur de thèse (Annexe 1).

Elle a été divisée en trois parties.

La première partie s'est intéressée au profil du professionnel, et à son implication au sein de la Ligue contre le cancer : depuis quand est-il impliqué au sein de la Ligue, comment intervient-il auprès des patients, quels rapports entretient-il avec eux ?

La deuxième partie s'est concentrée sur son implication dans le sevrage tabagique des patients, ses besoins et attentes : quelle est son expérience dans le sevrage tabagique des patients, quel serait son degré de légitimité à s'impliquer dans le sevrage tabagique des patients, quel serait son degré de motivation à s'y impliquer, qu'est-ce qui lui permettrait de mieux intégrer le sevrage tabagique des patients dans sa pratique ?

Enfin la dernière partie s'est attardée sur les interactions du professionnel avec les autres professionnels du parcours du patient au sein de la Ligue mais aussi en dehors de celle-ci : quels échanges a-t-il avec les autres professionnels, avec quels professionnels communique-t-il le

plus, par quel moyen de communication, quelle est la place du tabac dans ses échanges et qu'est-ce qui lui permettrait de favoriser ses échanges ?

3.4-Recueil des données

Dans le contexte sanitaire de la Covid 19, tous les entretiens ont été réalisés par visio-conférence via l'application Zoom.

Ils ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone, après accord de l'enquêté, et de manière anonyme.

Par la suite, ils ont été retranscrits mot à mot manuellement, puis détruits.

3.5-Analyse des données

La retranscription a fait l'objet d'une analyse thématique avec codage des verbatims, manuellement, permettant de répondre aux questionnements de départ.

3.6-Aspect réglementaire et éthique

Un dépôt de projet a été effectué auprès du directeur de protection des données du CHU de Bordeaux par le biais d'une fiche du registre de traitements des données à caractère personnel, en conformité avec le RGPD et selon de format proposé par la CNIL (Annexe 2). En revanche, l'étude n'a pas nécessité de dépôt auprès du CPP.

4-RESULTATS

4.1-Caractéristiques des entretiens

Au total, 11 entretiens se sont déroulés sur la période du 19 au 24 avril 2021. Tous ont été réalisés en visio dans le contexte sanitaire de la Covid 19.

Le plus court a duré 18 minutes et 8 secondes, et le plus long 39 minutes et 17 secondes. La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes et 24 secondes.

Tableau I : Caractéristiques des entretiens

Nom de l'entretien	Genre	Activité professionnelle	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
E1	Femme	Diététicienne	19/04/21	19min23sec
E2	Homme	Professeur d'APA	23/04/21	39min17sec
E3	Femme	Professeur d'APA	26/04/21	18min08sec
E4	Femme	Sophrologue	26/04/21	24min36sec
E5	Femme	Psychologue	27/04/21	23min47sec
E6	Femme	Socio-esthéticienne	28/04/21	22min02sec
E7	Femme	Sophrologue	28/04/21	32min48sec
E8	Femme	Psychologue	28/04/21	26min50sec
E9	Femme	Diététicienne	28/04/21	19min01sec
E10	Femme	Praticienne de shiatsu	29/04/21	18min10sec
E11	Femme	Coordinatrice de la LCC	29/04/21	33min34sec

Les résultats se divisent en 3 parties :

- La première partie détaille les caractéristiques des professionnels de la Ligue.
- La deuxième partie s'intéresse à leur implication dans le sevrage tabagique.
- La troisième partie s'attarde sur les échanges entre les professionnels du parcours de soins du patient.

Pour la rédaction, les nœuds sont représentés en souligné. Afin de les illustrer, certains verbatims sont cités et présentés entre guillemets et en italique.

4.2- Caractéristiques des professionnels de la Ligue

➤ Fonction

Parmi les 11 professionnels interrogés, on retrouve 10 femmes et un seul homme.

Les fonctions des professionnels interrogés se répartissent en : deux diététiciennes, deux professeurs d'activité physique adaptée (dont un spécialisé en cancérologie E2), deux psychologues (dont une spécialisée en soins palliatifs E8), deux sophrologues, une socio-esthéticienne, une praticienne de shiatsu, et la coordinatrice de la mission d'aide au malade de la LCC de Gironde.

La plupart sont bénévoles et ont une activité professionnelle à côté (libérale ou salariée). D'autres ont un contrat avec la Ligue.

La durée de leur fonction au sein de la Ligue s'étend de 1 mois (E5) à 15 ans (E2 et E11).

➤ Séances

La coordinatrice de la Ligue reçoit les patients lors d'un entretien initial. Elle recueille le parcours de vie et de soins du patient, son quotidien, et détermine avec lui un programme d'activités adaptées et personnalisées à sa situation et ses besoins. A la fin de chaque programme, un point de situation est effectué, avant d'envisager une éventuelle poursuite des soins de support, et un nouveau programme. Les patients sont en moyenne suivis à la LCC entre 8 à 12 mois, jusqu'au retour à l'emploi, voire après (E11).

Les 3 premières séances de chaque discipline sont prises en charge par la Ligue pour les patients, sauf pour l'APA et la sophrologie où 8 séances sont prises en charge. Les séances peuvent être reconduites par la suite selon les besoins du patient.

La fréquence des séances est adaptée à chaque patient selon ses besoins, ses disponibilités, et l'appréciation du professionnel sur son évolution.

Les séances se déroulent soit au sein de l'espace Ligue de Bordeaux, soit au domicile des patients, pour ceux éloignés ou avec limitations sévères. Dans le contexte sanitaire de la Covid 19, les séances se déroulent en visio, et le nombre total de séances doit être réduit. Lorsque les séances en visio ne sont pas possibles, un protocole sanitaire doit être réalisé, demandant au professionnel une organisation et un temps supplémentaire (E10).d

➤ Objectif des professionnels

Parmi les objectifs des professionnels, on retrouve des objectifs communs à tous, et d'autres qui dépendent de leur discipline.

Globalement, tous les professionnels interrogés adaptent leurs séances (programmes, conseils) en fonction du patient, de son âge, de sa pathologie, de ses traitements, du moment de sa prise en charge, mais aussi de ses besoins et de ses souhaits.

- Un des principaux objectifs des professionnels de la Ligue est de **lutter contre les effets indésirables des traitements** « *Cibler les effets majeurs des traitements, et accompagner le patient.* » (E11), chacun à son échelle en fonction de sa discipline : lutte contre la dénutrition et gestion du poids (E1, E9), lutte contre la fonte musculaire et la fatigue (E2, E3), lutte contre les cicatrices (E6, E10), et la douleur physique (E7, E10).

- Un autre objectif émergent de plusieurs entretiens (E1, E2, E3, E6, E7), est d'apprendre au patient à **se réapproprier son corps** et l'image de soi, lui donner de l'assurance et de la bienveillance malgré les intrusions violentes des traitements, et reprendre soin de soi : « *Se reconnecter de façon différente à ce corps qui peut être douloureux, qu'on ne reconnaît plus.* » (E7).

- **La gestion des émotions et de la douleur morale** apparaît également comme importante. Au lendemain de l'annonce du diagnostic, le rôle d'écoute est primordial, tandis que dans la période de post-traitement, il semble primordial d'être vigilant sur le sentiment d'abandon que peut ressentir le patient : « *Il existe un mécanisme de protection du cerveau, qui mettait jusque-là le traumatisme de la maladie de côté, de par la situation d'urgence et l'initiation rapide des traitements ; par la suite lors de l'arrêt des traitements, le patient subit le contre-coup.* » (E11). Le professionnel va aider le patient à mettre le vécu positif en avant, sans nier pour autant le négatif (E4, E7, E10). Il l'aide à se préparer à des moments particuliers (E7), mais aussi à déculpabiliser, à trouver un sens à ce qui lui arrive, à profiter de l'instant présent, à apprendre la compassion et le pardon envers soi et les autres (E8) : « *Il y a là un énorme devoir de déculpabilisation parce que bien souvent ils disent, j'ai fait ceci ou cela, c'est pour ça que je suis malade... l'idéal c'est de pouvoir les aider à trouver un sens à ce qui leur arrive.* » (E8).

- Enfin, suivre l'évolution du patient au fil des séances est nécessaire, en adaptant les séances suivantes, dans un but final de **les autonomiser**, afin qu'ils puissent poursuivre la discipline seuls, et en tirer les bénéfices sur la durée (E1, E2, E3, E7, E10) : « *Mon but c'est vraiment de les autonomiser le plus possible une fois qu'ils rentrent à la maison.* » (E3). Le

professionnel a un rôle tremplin et transitoire pour les patients, pendant cette période difficile de leur vie : « *J'ai un rôle de tremplin c'est-à-dire qu'à un moment donné, je suis connoté à une mauvaise période de leur vie, et l'on ne va pas travailler ensemble indéfiniment.* » (E2).

➤ Relation avec le patient

On retrouve chez plusieurs professionnels interrogés la volonté d'instaurer **une relation de confiance** avec le patient (E1, E2, E7, E8), basée sur la **bienveillance**, les encouragements (E1, E2) et le non-jugement : « *Constater, sans juger, avec humanité et psychologie.* » (E1). Le professionnel doit savoir faire preuve d'humilité avec le patient (E7).

La **transparence et l'honnêteté** sont également des valeurs qui ressortent des entretiens (E2, E6) : « *Trouver un compromis, ne pas faire espérer le patient, ni le mettre face à ses limites ou une situation d'échec.* » (E2).

Lors des échanges avec le patient, **l'écoute** occupe une place importante (E4, E7, E8, E10) avec une liberté de laisser le patient s'exprimer ou non selon ses envies. La première séance est souvent consacrée à l'anamnèse (histoire de la maladie, traitements, parcours de vie, ressources et environnement...), puis lors des séances suivantes, un temps d'écoute est instauré au début de séances pour échanger sur les attentes du patient ou, en fin de séance, pour un retour sur le vécu de celle-ci, ou d'autres thématiques qu'aurait envie d'aborder le patient. « *L'écoute est une grande partie du bénéfice de la séance.* » (E4). Certains professionnels insistent aussi sur l'importance de faire ressortir le positif chez le patient (E2, E4).

Certains **vécus** de séances sont jugés **compliqués** par les professionnels, de par l'intensité des relations. Il arrive parfois qu'ils se projettent, avec alors une difficulté à prendre du recul et à lâcher prise (E7, E8) : « *On doit faire face à des choses difficiles, et c'est traumatisant pour nous.* » (E8).

Les intervenants interrogés appartiennent à des professionnels dont les interventions ne sont pas, la plupart du temps, prises en charge dans le droit commun.

Un programme d'activités personnalisées est établi pour chaque patient, dont le nombre de séances, la fréquence et le lieu sont adaptés à sa situation et ses besoins.

Les intervenants de la Ligue ont pour objectif le mieux-être du patient ; leurs missions se concentrent autour de : la lutte contre les effets secondaires des traitements, la

réappropriation du corps, la gestion de la douleur physique et psychique, et l'autonomisation du patient.

Les qualités mises en avant par les professionnels afin d'instaurer une relation de confiance avec le patient sont : la bienveillance, la transparence, et l'écoute, tout en tâchant de garder la bonne distance. Une souffrance par procuration est décrite par certains.

4.3- Les professionnels de la LCC et leur implication dans le sevrage tabagique

➤ Expérience personnelle

Parmi les 11 professionnels interrogés, seulement 2 d'entre eux ont fait part de leur expérience personnelle actuelle (E2) ou passée (E6) de fumeur. Un de ces professionnels (E2) s'est servi de cette position pour conseiller les patients sans apporter de jugement : « *Je leur dis, voilà je suis fumeur, je ne vous juge pas, sachez que pour l'activité physique...* ».

Pour l'autre professionnelle (E6), qui a arrêté seule sa consommation tabagique, cela lui a conféré une légitimité pour son implication dans le sevrage tabagique des patients.

➤ Expérience professionnelle théorique

La plupart des professionnels interrogés ont suivi des cours d'addictologie générale dans le cursus de leur formation (E3, E5, E7), mais sans spécificité sur les patients ayant un cancer et fumeurs : « *J'ai des notions sur tout ce qui est propre à l'addiction, mais pas de formation spécialisée dans la prise en charge de la consommation de tabac.* » (E5).

Une professionnelle (E1) a suivi une formation sur un type précis d'addiction, non tabagique (troubles du comportements alimentaires et addictions alimentaires).

Une autre professionnelle a fait la démarche d'elle-même de se spécialiser en addictologie (E9). Enfin, deux professionnelles (E6, E8) ont suivi une formation au sein de la LCC il y a quelques années, animée par un tabacologue, portant sur les mécanismes de l'addiction, et sa prise en charge.

➤ Expérience professionnelle pratique

• **Sentiment de légitimité du professionnel à l'implication dans le sevrage tabagique**

Parmi les 10 professionnels interrogés (en dehors de la coordinatrice de la LCC), leur sentiment de légitimité dans le sevrage tabagique s'étend de 4 à 10 (sur une échelle de 0 à 10, 0 étant le minimum et 10 le maximum).

Un professionnel a répondu 4, justifiant par la présence de quelques outils disponibles dans sa pratique pour agir sur les addictions (points du corps) (E10).

Un autre a répondu 5, de par son expérience personnelle d'ancien fumeur (E6).

Deux ont répondu 6, en raison de la complémentarité des professionnels dans cette prise en charge (E7), et de la connaissance d'outils similaires de prise en charge utilisés dans un autre type d'addiction (arrêt du tabac et compensation par d'autres types d'addictions avec gestuelle de la bouche similaire comme les TCA) : « *Le premier frein qui fait que les patients ne vont pas arrêter de fumer, c'est parce qu'ils ne veulent pas prendre de poids, il y a une question alimentaire qui va se jouer et on est obligé de s'impliquer.* » (E9).

Trois ont répondu 7, du fait que leur discipline a un objectif de mieux-être, permettant de diminuer ainsi l'anxiété et les consommations (E2, E3) : « *L'activité physique peut pallier à tout ça, ça peut permettre aussi de s'occuper l'esprit. Plus on va être bien dans son corps, et moins on va être sur des comportements addictifs.* » (E3). E1 a donné la même justification que E9, c'est à dire la connaissance d'outils de prise en charge similaires utilisés dans d'autres types d'addictions comme les TCA.

Un a répondu 8, se sentant légitime pour la prise en charge initiale, puis par la suite réorientation du patient (E5).

Deux ont répondu 10, justifiant là encore par le fait que les professionnels de la Ligue ont un objectif de mieux-être pour le patient, d'où une légitimité de remplacer le tabagisme par d'autres habitudes de santé bénéfiques pour le patient (E4, E8) : « *Tous les intervenants qui sont présents, on est dans le bien-être, le mieux-être ; le tabac fait partie des addictions qui compensent un mal-être. Si on peut transformer cette addiction en d'autres habitudes qui sont meilleures pour la santé, c'est tout bénéfique pour la personne.* » (E4).

- **Implication dans leur pratique**

Parmi les 11 sujets interrogés, leur expérience professionnelle et implication dans le sevrage tabagique des patients étaient variables.

Cinq d'entre eux ont une **expérience minimale ou nulle** (E4, E5, E6, E7, E10), expliquant qu'ils n'ont pas ou très peu rencontré de patients ayant un cancer et fumeurs, ou en cours de sevrage. Un professionnel a avoué ne pas poser la question du statut tabagique de ces patients, et s'il en avait connaissance, ne pas aborder le sujet (E7). Un autre a indiqué avoir aidé le patient à réduire son anxiété mais uniquement en période de post-sevrage (E4).

Un professionnel a indiqué qu'il rencontrait plus fréquemment des patients ayant un cancer et fumeurs dans les services d'oncologie lors de l'annonce ou du début des traitements, et plus rarement à la Ligue ou en période de post-traitement (E3).

Pour d'autres professionnels, l'implication dans leur pratique est **plus régulière** avec la systématisation de la question du statut tabagique du patient et de sa consommation (E2, E3, E8), voire de sa motivation à l'arrêt. Puis par la suite, ils expliquent ne pas donner de conseil d'arrêt direct ou de discours moralisateur, mais plutôt une éducation bienveillante sur les conséquences du tabac, et les bienfaits du sevrage sur le corps, par rapport à une activité physique (E2, E3) : « *J'y vais direct en leur disant, pas de cigarette en amont de la séance et pas de cigarette en aval.* » (E2), à leurs traitements, ou de manière générale (E8, E9).

Parmi eux, certains indiquaient rencontrer deux situations distinctes :

-le patient ayant une volonté de sevrage, situation dans laquelle le professionnel pouvait réorienter le patient vers un médecin prescripteur de TSN, en complément de sa prise en charge (E9)

-le patient sans volonté de sevrage, et dans ce cas deux attitudes différentes de professionnels : une volonté de le faire changer d'avis : « *On essaie de leur montrer que tout acte, quel qu'il soit, a des conséquences.* » (E8), ou un lâcher-prise pour y revenir plus tard (E6, E9) : « *On le met de côté.* » (E9).

Un professionnel racontait avoir un jour refusé un patient pour une séance d'APA, alors que la consommation tabagique en amont de chaque séance se reproduisait systématiquement (E2).

Un professionnel expliquait avoir organisé un *live* avec les patients de la LCC en rapport avec sa discipline, portant sur la gestion des compulsions alimentaires suite à l'arrêt du tabac (E1).

Deux professionnels indiquaient avoir participé à l'organisation d'un atelier d'aide à l'arrêt en lien avec un tabacologue, mais avec peu de patients inscrits ou parmi les inscrits peu de présents le jour J (E9 E11).

➤ Sentiments du professionnel à l'égard du patient tabagique

Parmi les professionnels de la LCC, plusieurs sentiments se sont dégagés de l'interrogatoire quant à leur ressenti face aux patients fumeurs de la Ligue.

On retrouve notamment un sentiment de dévalorisation, d'illégitimité, ou d'impuissance quant à leur rôle dans le sevrage de ces patients : « *Je ne pourrais pas faire grand-chose.* » (E6), « *Je ne suis qu'un petit maillon.* » (E8), « *Ce n'est pas mon rôle, je n'ai pas les connaissances.* » (E9). D'autres se rassurent concernant la prise en charge : « *Je ne suis pas seule à accompagner.* » (E7). Enfin, on peut noter également chez certains un sentiment d'agacement, de frustration, voire de désespoir (E8).

➤ Freins et leviers du professionnel à son implication dans le sevrage tabagique des patients

• **Les freins**

Parmi les freins évoqués par les professionnels interrogés, on retrouve :

- **Un manque de patients** rencontrés ayant un cancer et fumeurs (E10), par un manque d'inclusion de la Ligue dans le parcours de soin du patient (bouche à oreille simplement), et donc un manque d'orientation des patients (E11).
- **Un manque de suivi** dans la durée du patient (E1, E2, E5) : « *On n'a pas la possibilité de les suivre sur le long terme, ce que l'on propose c'est un soutien ponctuel.* » (E5).
- **Un manque de formation** à l'addictologie, et la prise en charge du sevrage tabagique (E5, E9) : « *C'est les connaissances théoriques que je n'ai pas finalement, et la mise en pratique de ces connaissances.* » (E9) engendrant un doute sur l'utilité de ses propres protocoles dans le sevrage tabagique (E10).
- **Un manque de temps** pour se former, et s'impliquer dans de nouveaux objectifs : « *Je fais déjà beaucoup de choses à la ligue et je n'ai pas envie d'arrêter ça.* » (E10).
- **Un manque d'échange des professionnels** pour une prise en charge pluridisciplinaire du patient (E1, E2) (point qui sera développé dans la troisième partie des résultats).
- **Le poids de la parole de certains médecins et soignants** allant à l'encontre d'un discours de sevrage : « *Ce n'est pas le moment.* » (E11), « *Laissez-le tranquille, laissez-*

lui le seul plaisir qu'il lui reste. » (E8) et la difficulté à faire entendre un autre discours au patient.

- **L'absence de prescripteurs de TSN**, entraînant une réorientation des patients, et la perte de vue de patients qui étaient dans une dynamique d'arrêt : « *On est dans la réorientation, et la problématique c'est pour les patients qui n'arrivent pas à obtenir de rendez-vous, on les perd.* » (E11).
- **Les freins propres aux patients** : manque de motivation (E7), sentiment de honte ou de culpabilité (sujet tabou) (E9, E11), peur de la prise de poids (E1, E9) : l'arrêt du tabac est vécu comme « *une punition supplémentaire* » car il détourne le patient d'un plaisir (E8), « *Le patient ne veut pas s'en rajouter.* » (E9).

- **Les leviers existant déjà**

Parmi les leviers existant déjà, évoqués par les professionnels interrogés, on retrouve :

- **Un moment propice** avec un enjeu de santé majeur pour faire entendre au patient un autre discours : « *Il y a un avant et un après cancer ; le patient a vécu des angoisses de mort lors de l'annonce diagnostique, il a réalisé qu'il était mortel, et se trouve pour l'après cancer, dans un dynamisme d'un positif qui soit différent.* » (E11). Les patients venant à la LCC sont dans une démarche personnelle, avec un besoin d'écoute et de soutien, et donc plus favorables au sevrage tabagique (E5) : « *demande forte du patient* » (E9).
- **Un lieu de mieux-être** au sein de l'espace Ligue, avec une unité complète et une coordination déjà fonctionnelle (E11), appréciées par les patients, qui sont, là encore, plus ouverts à entendre un discours sur le sevrage tabagique : « *Un cocon où ils sont prêts à s'impliquer.* » (E7).
- **L'expérience de professionnels** compétents, qui identifient les patients nécessitant une aide, ou qui instaurent une relation de confiance, permettant au patient d'aborder le sujet du sevrage tabagique de lui-même : « *Quand on est dans une relation d'aide et une écoute empathique avec les patients, la question du statut tabagique, elle arrive quasiment spontanément.* » (E11). Certains professionnels interrogent de manière systématique le patient sur son statut tabagique et sa consommation lors de l'anamnèse (E8, E9, E10).

- **Des protocoles et boîtes à outils**, inclus dans la formation initiale des professionnels, avec des exercices adaptables à chaque patient pour les accompagner dans différentes problématiques et notamment le sevrage tabagique (E1, E4, E5, E10).

Les intervenants peuvent utiliser des protocoles spécifiques aux addictions : interroger le patient sur les causes de sa consommation, sur ce que cela lui apporte, les répercussions physiques sur son corps (peau, respiration) (E6, E7), et les émotions négatives associées (E8, E10), mais aussi un travail sur le positif : souvenirs de respiration différente sans la cigarette, projection sur les bienfaits du sevrage (E6, E7, E8), à refaire seul par le patient quand l'envie de fumer se présente, pour l'en dissuader ; tout comme le travail sur des points du corps liés aux addictions (E10). Des techniques d'entretiens motivationnels, de TCC, d'hypnose peuvent également être utilisées (E5). En période de post-sevrage, il existe aussi des outils pour limiter l'anxiété et éviter les rechutes.

- **La complémentarité des soins** alternatifs et des soins médicaux, avec une possibilité pour le professionnel d'orienter le patient vers un prescripteur de TNS dans un second temps : « *Je ne suis pas seule à l'accompagner.* » (E7).

- **La motivation des professionnels** : sur une échelle de 0 à 10 (0 étant le minimum et 10 le maximum), la motivation des professionnels interrogés s'étend de 5 à 10.

Une personne a évalué sa motivation à 5, la justifiant par le fait d'être sensibilisée de par une expérience personnelle, et la volonté de se former dans ce domaine pour aider les patients, mais aussi un proche (E6).

Une personne a évalué sa motivation à 6 (E2), une personne à 7 (E1), et une personne à 8 (E5).

Enfin les 6 autres personnes l'ont évaluée à 10, justifiant par une volonté d'aider, de répondre aux besoins des patients (E4, E7, E10) : « *J'ai un besoin de m'impliquer, de proposer de mon temps, c'est un enrichissement.* » (E7), d'améliorer leur pronostic et réduire les effets néfastes (E3), un optimisme de faire changer les choses et une volonté de se former (E9), un désir d'avoir les conclusions des études et les solutions éventuelles mises en place pour un changement (E8).

- **Les leviers propres aux patients** : le traumatisme vécu par l'annonce de la maladie (E9), le dégoût du tabac pendant les périodes de traitements (E2, E3, E9), la motivation (E7, E10), l'avantage sur leur qualité de vie et leur forme physique (E2, E9), l'avantage financier (E2, E6).

- **Leviers à renforcer ou mettre en place**

Parmi les leviers à renforcer ou mettre en place, évoqués par les professionnels interrogés, on retrouve :

- **La mise en place de formations** auprès des professionnels de la Ligue, basées sur les mécanismes de l'addiction et du sevrage (E3, E5, E9, E10), des conseils pour aborder le sujet avec le patient (E3, E9), notamment pour systématiser lors des premiers entretiens la question du sevrage tabagique (E11), des clés simples et concises pour le sensibiliser, le prendre en charge (E10), ou l'orienter (E6), afin de lui proposer un accompagnement au sein de la LLC tout au long de son parcours (E7, E9, E11).
- **La mise en place d'un professionnel de santé de référence**, prescripteur de TSN (E11) : « *Qui serait disponible, investi et valoriserait le projet.* » (E2).
- **Des réunions entre professionnels**, centrées sur le patient, avec un retour de chacun, et une complémentarité des informations, pour optimiser la prise en charge (E1, E9). (Ce point sera développé dans la troisième partie des résultats.)
- **Une unité** entre médecins, soignants, et professionnels de la Ligue, pour un même discours incitant au sevrage tabagique, quelle que soit la situation du patient : « *Pas de discours moralisateur, mais sensibilisation avec humilité, et empathie.* » (E8).
- **Le développement de campagnes de prévention**, impliquant la reconnaissance du corps médical, avec notamment la mise en place de flyers dans les salles d'attente, en partenariat avec la LCC (E2).

Sur 10 professionnels interrogés, leur sentiment de légitimité à s'impliquer dans le sevrage tabagique des patients s'étend de 4 à 10, avec une moyenne de 7 sur 10.

Les principaux freins évoqués par les intervenants à leur implication dans le sevrage tabagique des patients sont les suivants : un manque de patients orientés vers la Ligue, un manque de suivi de ceux-ci, un manque de temps et de formation sur le sevrage tabagique, un manque d'échange entre les professionnels, le poids de la parole de certains médecins allant à l'encontre du sevrage, l'absence de prescripteur de TSN, les freins propres aux patients.

Parmi les leviers existants déjà à l'implication des professionnels dans le sevrage tabagique des patients on retrouve : un moment et un lieu propices pour le patient, la présence de professionnels expérimentés et motivés qui possèdent déjà des outils dans leur

pratique pour initier une prise en charge en complémentarité de TSN, et les leviers propres aux patients.

Parmi les leviers à développer pour favoriser l'implication des professionnels dans le sevrage tabagique des patients, on retrouve : la mise en place de formations, la présence d'un professionnel de référence prescripteur de TSN, une unité et des échanges entre les professionnels du parcours de soins, le développement de campagnes de prévention.

4.4- Les échanges entre les professionnels du parcours de soins du patient

➤ Fréquence des échanges

Pour 6 des 11 professionnels interrogés (E1, E4, E5, E7, E8, E9), les échanges entre les professionnels du parcours du patient sont restreints, les professionnels agissant plutôt seuls. Il s'agit d'un point important, régulièrement soulevé par les professionnels, désireux de favoriser ces échanges : « *Je trouve ça super intéressant, l'échange de pratiques, pour moi c'est capital de pouvoir échanger.* » (E7).

Pour la coordinatrice de la Ligue, les échanges sont réguliers au sein de la Ligue, mais inexistantes en dehors.

Pour les professionnels restants (E2, E3, E6, E10), les échanges sont relativement fréquents, que ce soit au sein de la LCC ou en dehors (mais souvent avec un réseau personnel au professionnel : E6, E10).

➤ Identification des professionnels

Le professionnel qui intervient le plus dans les échanges est, au sein de la LCC, la coordinatrice. En dehors de la LCC, pour plusieurs des professionnels interrogés, il n'y a pas d'interlocuteur (E1, E8, E11) : « *Que ce soit les généralistes, les établissements de soins, les plateformes d'appui, les HAD.* » (E11). Pour d'autres (E6, E9), le généraliste apparaît comme un interlocuteur un peu plus fréquent, ou alors uniquement dans des situations particulières (E10). Les oncologues sont également évoqués (E2 E3) pour certains, psychiatres ou psychologues pour d'autres (E5, E10), ou encore infirmiers (E2, E6), et kinésithérapeutes (E2).

➤ Mode de communication

Le mode de communication le plus fréquemment utilisé est le mail ou le téléphone (E2, E3, E5, E8, E9, E10, E11).

On retrouve également cité le présentiel, avec des rencontres « de couloir » (E1, E5, E6, E7, E8, E9, E11), plutôt que de véritables réunions difficiles à organiser dans le contexte sanitaire Covid 19 (E1, E2, E4), et difficilement imposables pour des bénévoles.

Des regroupements en visio avec une psychologue sont en train de se mettre en place depuis peu (E1, E4, E7).

Enfin, un professionnel a évoqué l'existence d'une plateforme pour les professeurs d'APA (E3).

➤ Nature des échanges

Ils sont de divers types :

- Avant de rencontrer le patient, les intervenants reçoivent une fiche de la coordinatrice de la Ligue avec un **résumé des données médicales** importantes concernant le patient. Dans le cas d'une situation particulière ou compliquée (profil psychologique, urgence sociale, familiale, conjugale...), la coordinatrice se charge d'informer les professionnels par téléphone (E11).

- Au fil des séances des professionnels avec les patients, **des informations** concernant ceux-ci peuvent être recroisées entre les professionnels dans le but d'éclairer leur prise en charge, et pour qu'elle soit optimale : « *Il y a une belle philosophie dans ce lieu qui fait que de toute façon s'il y a quelque chose de majeur dans le parcours qui n'aurait pas été identifié, il y a une belle solidarité qui se fait et on va pouvoir poser les choses à un moment donné.* » (E11). Parfois les échanges et le vécu du patient varient d'un professionnel à l'autre ; cela permet de recueillir les informations par un autre biais que celui du patient, pour en rediscuter par la suite avec lui, et ajuster la prise en charge. Ces informations peuvent concerner la santé du patient, ses traitements, son vécu, son évolution, ou encore ce qui a été mis en place par les professionnels (E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10).

Les sujets posant problème autour du patient sont aussi abordés : identification d'un besoin ou d'une problématique autour du patient auquel un autre professionnel pourrait répondre, donner des conseils (E1, E3, E4, E6, E7, E8, E9), voire réorienter le patient : « *Co-construction* » (E9).

Ces échanges sont dans l'objectif d'une prise en charge pluridisciplinaire du patient, afin d'enrichir et d'optimiser celle-ci.

- Les professionnels échangent également sur leur **état psychologique**, leur vécu dans l'accompagnement des patients. Ils rencontrent souvent des situations complexes et ressentent le besoin d'échanger, de partager leurs expériences (E1, E4, E6, E7, E11), parfois de se rassurer sur la justesse de leur prise en charge (écoute, ressenti, paroles et actes), avec des sentiments de peur ou de culpabilité sur leur gestion du patient qui peuvent ressurgir (E4, E6) : « *On veut vérifier si on est dans les clous par rapport à une prise en charge, dans ce qu'on a dit, ressenti, est-ce que c'était juste ou pas ; parfois il peut y avoir de la culpabilité, c'est-à-dire qu'on a mal répondu à la demande d'une personne et avoir besoin de vérifier si c'est vrai ou pas auprès des autres intervenants.* » (E4). Ces échanges ont pour objectif de mieux vivre certaines situations difficiles (E7), encadrés par une psychologue.

- Enfin, un professionnel a évoqué échanger sur des projets futurs de la Ligue (E5).

➤ Freins et leviers des échanges entre les professionnels

• **Freins**

Les freins aux échanges entre professionnels évoqués sont les suivants :

- Les **réunions pluridisciplinaires** au sein de la LCC sont **difficilement réalisables** : la plupart des professionnels sont des bénévoles ayant une activité en dehors de la Ligue, les réunions sont donc difficilement imposables (E11), et complexes à organiser du fait des agendas de chacun, et du manque de temps (E1, E7, E9, E10) : « *On n'est pas formaté comme un lieu médico-social où je pourrais, en tant que coordonnatrice, obliger les salariés à avoir une réunion hebdomadaire, ici on travaille avec des bénévoles.* » (E11).
- Un **manque de connaissance des professionnels entre eux** et donc un défaut d'identification des professionnels de la LCC qui prennent en charge un patient commun (E1, E4, E10) : « *Quand on suit un patient à la Ligue, on est en quelque sorte obligé de demander au patient « vous êtes suivi par qui ici ? ».* » (E1).
- Un **manque d'informations propres aux patients** (E1) : les professionnels de la Ligue n'ont pas accès au dossier médical du patient ; les informations obtenues sont celles données par le patient lui-même (E8, E11) : « *On n'a aucune information, juste la parole*

du patient, ...on patauge ! » (E8). Il n'existe pas de dossier médical commun au sein de la LCC (E9).

- **Un manque de considération et de reconnaissance** de la part des professionnels extérieurs à la LCC (notamment le corps médical), de l'existence **de la Ligue**, et des soins de support qu'elle propose, conduisant à un défaut d'information du patient. La Ligue n'étant pas une structure de soins à proprement parler, elle propose des soins de support souvent éloignés du domaine médical pur, et non reconnus. Il n'existe pas d'interlocuteur médical ou paramédical pour la transmission directe des informations concernant le patient (E5, E8) : « *Manque de retour des médecins généralistes, difficulté à les joindre.* » (E9) ; il arrive au patient lui-même de faire l'intermédiaire : « *Il s'agit là d'une dysfonction du réseau ville-hôpital.* » (E11).
- Enfin, **le contexte sanitaire de la Covid 19**, n'a pas favorisé les échanges : il a entraîné un défaut de rencontres des professionnels en présentiel : « *Plus de plaisir des contacts humains.* » (E3), remplacées par des conférences en visio avec un aspect relationnel plus complexe, et parfois des problèmes techniques ou de connexion (E1, E2, E4, E5, E7).

- **Leviers existant déjà**

Parmi les leviers déjà présents évoqués, on retrouve :

- La présence de **bénévoles et professionnels investis** au sein de la LCC, qui consacrent leur temps et leur énergie pour les patients (E11).
- **Les coordonnées des professionnels** de la LCC, accessibles à chacun (E9).
- **Des fiches synthétiques** avec les principales données médicales du patient, fournies à chaque professionnel avant la rencontre de celui-ci avec le patient.
- **Des réunions** récemment initiées en **visio**, animées par psychologues, en présence des différents intervenants (E1, E4, E7).
- Pour certains, **le contexte sanitaire de la Covid 19**, qui a remplacé des rencontres par des échanges en visio, a permis un gain de temps : « *La visio, ça permet de faire plein de choses.* » (E4).

- **Leviers à mettre en place**

Parmi les leviers à développer, on retrouve :

- **L'identification systématique de la LCC dans le plan de parcours de soin du patient**, et l'orientation de celui-ci par les professionnels extérieurs dès l'annonce diagnostique (E11). Une meilleure reconnaissance et considération de la LCC sont nécessaires, ainsi que de l'apport des professionnels et de leur discipline dans l'accompagnement des patients : « *Une meilleure prise en compte du savoir que l'on peut faire, de ce qu'on peut apporter aux patients, et que ça fasse sens pour les médecins.* » (E5). Il apparaît important pour les professionnels interrogés d'apporter un autre regard, de faire évoluer les préjugés, sur leur rôle et leur place au sein de la LCC (jugés souvent superficiels) (E6, E7, E8) : « *Dans la socio-esthétique, les gens s'arrêtent sur le côté esthétique, plastique, surfait et vide.* » (E6). L'existence d'un interlocuteur médical ou paramédical direct au sein de la LCC permettrait de favoriser la transmission des informations avec les médecins extérieurs (E5, E8).
- Des propositions de **résumés systématiques de chaque séance par les professionnels de la LCC**, avec un retour d'informations sur le patient et sur la prise en charge mise en place, par le biais de fiches synthétiques (E1), de mails, ou d'une plateforme avec un dossier commun (E6, E9). Des questions pourront également être posées dans le but d'un travail complémentaire, pour une prise en charge optimale.
- **Favoriser les rencontres entre professionnels**, pour plus de proximité, à programmer dans un espace et temps dédié (E4, E6, E7, E10) : « *Se retrouver de temps en temps et parler simplement pour échanger, se connaître.* » (E4).

➤ Place du tabac dans les échanges entre professionnels

Sur les 11 professionnels interrogés, tous ont eu la même réponse : les échanges entre professionnels autour du tabac sont très rares, voire inexistants. Les échanges peuvent porter sur les addictions de manière plus générale entre les professionnels de la LCC, mais il n'y a pas d'échanges directs sur le statut tabagique et la consommation des patients (E4, E11). Il n'y a pas d'échanges non plus de la part des médecins à ce sujet (E5).

- **Freins aux échanges portant sur le tabac**

Parmi les freins aux échanges sur le tabac, on retrouve :

- **La présence d'échanges plus globaux** entre les professionnels, non ciblés sur cette problématique (E4, E11) : « *Je réalise en discutant avec vous que ce n'est pas un sujet qui est mis en avant, on parle de manière plus globale.* » (E4).
- **La problématique de l'addiction à l'alcool** ayant pris plus de place avec les confinements successifs, au dépend de la problématique du tabagisme : « *On a une réalité sur cette histoire d'alcool et cancer qui explose depuis les confinements, du coup on a réfléchi un peu plus à cette addiction-là.* » (E11).
- Il existe **peu de questionnement** de la part des professionnels **sur le statut tabagique** et la consommation du patient ; leurs interventions sont plutôt basées sur des exercices en lien avec leur discipline (E8), portant notamment sur une diminution des effets secondaires des traitements.

- **Leviers pour favoriser les échanges autour du tabagisme**

Parmi les leviers aux échanges sur le tabac, on retrouve :

- Un professionnel (E5) a indiqué que la réalisation des entretiens dans le cadre de cette thèse avait initié des échanges entre eux sur ce sujet.
- **L'identification des patients fumeurs** (systématiser la question), et des échanges entre les professionnels (médecins et professionnels de la LCC) sur le ressenti du patient à ce sujet, son comportement, et ce qui pourrait être mis en place pour aider le patient dans son sevrage, dans l'objectif d'une prise en charge multidisciplinaire : « *Chaque professionnel pouvait résumer son intervention avec une phrase ou avec un ressenti sur le comportement du patient à ce sujet.* » (E1).
- **Une réquisition des professionnels** pour répondre à la problématique du tabagisme (E5) : « *Une complémentarité dans la prise en charge : par exemple la gestion des patchs pour les médecins, la gestion d'une alimentation compensatrice par les diététiciens, la gestion du stress occasionné par les psychologues ou sophrologues.* » (E9).

Pour la plupart des intervenants interrogés, les échanges entre les professionnels du parcours de soins du patient sont trop restreints. Au sein de la Ligue, la coordinatrice est l'interlocutrice privilégiée ; en dehors de la Ligue, pour la plupart des professionnels interrogés, il n'y a pas ou peu d'interlocuteurs. Les échanges entre professionnels portent principalement sur des informations concernant le patient, des problématiques autour de celui-ci, et l'état psychologique des intervenants ; il se font le plus souvent par mail, téléphone, ou rencontres de couloir.

Les freins aux échanges entre professionnels évoqués sont les suivants : des réunions difficilement réalisables engendrant un manque de connaissance des professionnels entre eux, un défaut d'informations concernant le patient notamment dû à un manque de reconnaissance de la Ligue dans le parcours du patient, et le contexte sanitaire de la Covid 19. Parmi les leviers aux échanges entre professionnels certains existent déjà, comme la présence d'intervenants investis dont les coordonnées sont accessibles, des fiches résumant les principales données du patient, et la mise en place de réunions en visio. D'autres leviers sont à développer pour faciliter les échanges : la systématisation de la Ligue dans le parcours de soins du patient, des résumés réguliers des professionnels concernant le déroulement de leur séance avec le patient, des rencontres entre professionnels à favoriser.

Les échanges portant sur le tabac entre professionnels sont inexistants du fait de la présence d'échanges plus globaux, et le manque de questionnement des professionnels sur le statut tabagique de leur patient. Pour valoriser la place du tabac dans les échanges entre professionnels, les solutions évoquées sont l'identification systématique des patients fumeurs, et la réquisition de professionnels de référence pour une complémentarité dans la prise en charge du sevrage tabagique.

5-DISCUSSION

5.1-Limites de l'étude

Concernant la méthodologie, cette étude présente des forces mais aussi des limites.

Dans la population étudiée, **la répartition hommes-femmes** n'est pas équilibrée avec 10 femmes pour un seul homme. Cette répartition est représentative de l'ensemble des professionnels de l'espace Ligue de Bordeaux, où l'on retrouve seulement 4 hommes pour 55 femmes (en dehors de la coordinatrice et d'une secrétaire). Cela est très loin de la réalité épidémiologique, mais aussi de la répartition hommes-femmes dans le milieu associatif (40% des femmes sont adhérentes d'au moins une association en France, un taux inférieur à celui des hommes qui est de 50%) [35]. Mais en recherche qualitative, le souci n'est pas la représentativité de l'échantillon, mais plutôt sa diversité [36].

Concernant le recrutement des professionnels, il existe un **biais de sélection**, puisque une pré-sélection de professionnels en lien avec la thématique du sevrage tabagique et susceptibles de répondre favorablement à l'enquête, a été réalisée par la coordinatrice et la chargée de prévention et dépistage de la Ligue. Il y a par la suite un **biais de volontariat**, puisque les professionnels étaient sélectionnés par ce moyen pour les entretiens, après qu'un mail explicatif a été envoyé à chacun d'eux. Toutefois, la mise en œuvre dans la vie réelle du projet d'accompagnement des patients fumeurs au sein de la ligue fera appel aussi à ces mêmes professionnels, sur la base du volontariat. Ce biais devient peut-être une force, car nous avons ainsi interrogé les futurs intervenants et participé à leur motivation.

Par ailleurs, la façon de réaliser les entretiens a pu influencer les réponses des professionnels du fait d'un **manque d'expérience et de formation** de la doctorante dans le domaine de la recherche qualitative, ce qui a pu entraîner un biais d'investigation.

Dans le contexte sanitaire de la Covid 19, les entretiens ont dû se dérouler par visio conférence. Cela a entraîné une **diminution dans le recueil d'informations**, du fait d'un défaut d'observation du langage non verbal, mais aussi du lieu de l'entretien (source d'informations sur le sujet et l'attitude à adopter), et sans doute également une diminution du temps des entretiens. Nous aurions pu enregistrer les entretiens en vidéo grâce à la fonction « enregistrement » de Zoom, ce qui nous aurait permis de mieux identifier le « non verbal » au

niveau du visage.

Enfin, cette étude ne possède **pas de double codage ni de triangulation écologique** par manque de temps, ce qui aurait pu permettre de recueillir de nouvelles données, et d'être plus représentatif de la réalité. Cependant, dans un prochain travail seront combinés les résultats de cette étude et d'une autre portant sur les freins et les leviers à la mise en place d'une filière de prise en charge tabagique à la Ligue, du point de vue des patients. Un retour sera alors fait aux deux parties (professionnels et patients) dans un deuxième temps, à partir de l'analyse croisée de l'ensemble de ces travaux.

5.2-Forces de l'étude

L'objectif principal de cette étude étant de déterminer les freins et les leviers à la mise en place d'une filière de prise en charge tabagique des patients au sein de la LCC, le choix s'est porté naturellement sur **une étude qualitative**. En effet ce type d'étude vise la compréhension de phénomènes (leurs mécanismes, connexions, causalités...) en saisissant le sens vécu d'une situation. Elle permet d'éclairer différemment des problématiques propres au champ de la santé, en saisissant par exemple le sens de l'expérience vécue des professionnels de santé. Elle est ouverte aux interprétations que les personnes enquêtées donnent à leurs propres pratiques [36]. Par ailleurs elle permet de renseigner les obstacles rencontrés, la manière de les percevoir et de les surmonter pouvant expliquer ainsi les freins ou leviers à la mise en place d'un processus comme il est question dans cette étude [37].

Le **mode d'entretien semi-directif** a été choisi pour cette étude. Il permet d'approfondir la connaissance d'un phénomène, ou son évolution. L'entretien semi-directif donne plus de liberté à l'enquêteur et à la personne interviewée puisqu'elle a la possibilité de partager son expérience et d'exprimer son ressenti [38].

Les thèmes abordés ont été pensés à l'avance et retranscrits dans une **grille d'entretien** qui a servi de guide. Ce travail a été fait en collaboration avec Margaux Fontan, chargée de projets en prévention et promotion de la santé au CHU de Bordeaux, tout comme les entraînements aux entretiens. Élaborer le guide conduit à revenir sur les questions relatives à son échantillon, et à construire son objet de recherche. Une série de questions relativement ouvertes a été établie afin d'obtenir les informations recherchées.

L'ordre et la forme de présentation des thèmes sont restés libres et ont dépendu du déroulement des entretiens. L'enquêteur doit laisser venir le plus possible la personne enquêtée pour qu'elle puisse parler selon une logique qui est la sienne. C'est à la doctorante de s'adapter à ce que dit l'interviewé en essayant de suivre la trame du guide et de relancer le sujet quand cela paraissait utile sans en influencer les réponses [39]. En effet les personnes interrogées connaissaient uniquement le thème de l'étude, ce qui a permis des réponses spontanées.

En étude qualitative, l'intérêt réside dans la **diversité de l'échantillon** notamment, et non dans la représentativité d'une population [36] ; or dans cette étude la diversité des fonctions au sein la Ligue est importante (7 professions différentes au total sur les 11 sujets interrogés), ce qui se rajoute à la force de l'étude.

Les études sur la prise en charge du sevrage tabagique et notamment celles qui abordent le point de vue des professionnels de santé, sont nombreuses [11, 40]. Cependant **l'originalité de cette étude** réside dans l'échantillon interrogé : les professionnels de la LCC ne font pas partie à proprement parler des « professionnels de santé » mais ont une implication et une responsabilité tout aussi importante auprès des patients, en créant une relation de confiance avec eux, à travers les soins de support qu'ils proposent. Cette étude leur a donné l'opportunité de s'exprimer sur leur implication dans le sevrage tabagique, mais aussi sur leur ressenti, leur représentation, et leur légitimité à s'investir dans un tel projet. Elle a permis de mettre en avant le rôle que chacun d'eux peut jouer dans le sevrage tabagique des patients rencontrés. Comme nous le verrons par la suite, elle a abouti à des pistes d'intervention pour l'organisation d'une telle filière au sein de la Ligue.

5.3-Interprétation des résultats

En réponse à l'objectif principal de cette étude, nous allons reprendre les freins et les leviers évoqués par les professionnels à leur implication dans le sevrage tabagique des patients.

Parmi les **leviers existant déjà**, on retrouve **le lieu et le moment** qui sont particulièrement propices pour le patient à entendre un discours de sevrage tabagique. L'annonce du diagnostic de cancer ainsi que les traitements constituent un moment crucial pour le patient. Le traumatisme de l'annonce entraîne bien souvent une remise en question, et une dynamique

d'avancer vers un futur différent et positif pour « l'après cancer ». De plus, le patient est dans une démarche personnelle et désireux de soutien lorsqu'il vient à la Ligue. Ces données viennent confirmer les résultats d'autres études démontrant que le diagnostic d'un cancer apparaît comme un moment où les patients semblent particulièrement réceptifs à des messages de réduction des risques, en particulier d'arrêt du tabac [41]. Le moment des traitements peut également être un facteur déclenchant à l'arrêt, engendrant un certain dégoût du tabac pour les patients. Par ailleurs, l'espace Ligue est considéré comme un espace de bien-être ou de mieux-être où les patients se sentent protégés et écoutés.

L'expérience de professionnels compétents est un atout supplémentaire, permettant d'instaurer une relation de confiance rapidement avec le patient. Cette relation de confiance centrée sur le patient est aussi basée sur le non-jugement et va permettre au patient de se livrer plus facilement sur la problématique du tabagisme (sans honte ni culpabilité), mais aussi être plus favorable à entendre un discours d'aide à l'arrêt. On retrouve ce même levier dans une autre étude portant sur les leviers des professionnels de santé à s'impliquer dans l'accompagnement de leur patient dans l'arrêt du tabac [42]. La motivation des professionnels de la Ligue à répondre aux besoins des patients, et leur objectif principal de les amener vers un mieux-être, leur confère une vraie légitimité dans cette problématique.

De manière systématique les professionnels peuvent **interroger** le patient sur son **statut tabagique** et sa consommation (professeurs d'APA et psychologue), voire sa motivation à l'arrêt [43]. Certains professionnels interrogés (parmi lesquels ceux ayant une expérience personnelle de fumeur) se sentent plus légitimes et éduquent déjà leurs patients sur les conséquences du tabagisme et les bienfaits du sevrage. Ceci est en contradiction avec les observations réalisées par ailleurs, montrant que le statut de fumeur diminue la motivation des professionnels à s'impliquer dans l'accompagnement du sevrage tabagique, avec une perception plus négative de l'efficacité des traitements et le sentiment que les patients sont peu motivés pour leur arrêt [42, 44, 45]. Mais ici, il s'agit de professionnels plongés dans le contexte singulier du suivi de patients cancéreux.

Par la suite, ils ont en leur possession, en rapport avec leur discipline et leurs formations, **des outils** pour s'impliquer davantage dans le sevrage de leurs patients, ce qui leur confère là encore une certaine légitimité. Il s'agit de protocoles généraux avec des exercices adaptables à cette problématique ; par exemple le fait de se concentrer sur le ressenti négatif physique (socio-esthétique) ou émotionnel lié à la cigarette et de se projeter dans les bienfaits du sevrage sur

le corps et l'esprit (sophrologues, psychologues), ou encore de travailler sur des points du corps liés aux addictions (praticienne de shiatsu). Ces exercices sont facilement reproductibles par le patient seul, de manière à contrer une éventuelle envie de consommer. Ces soins alternatifs seraient **complémentaires** d'une prise en charge médicamenteuse (avec une orientation secondaire vers un prescripteur de TSN) pour une prise en charge optimale du patient. Le rôle de l'ensemble des intervenants est d'impulser une démarche de sevrage en créant les conditions de son initiation puis en s'assurant qu'un professionnel de santé dédié prenne le relais [41].

Parmi les professionnels interrogés, la plupart déclaraient avoir une expérience et une implication dans le sevrage tabagique de leur patient minime, voire nulle. Cela s'explique en partie par les freins que nous allons développer, dont beaucoup pourraient être évités par **la mise en place de solutions** que suggèrent les professionnels.

Une prise en charge d'un plus grand nombre de patients ayant un cancer et fumeurs, pourrait être réalisée, en **médiatisant plus systématiquement la place possible de la LCC dans le parcours de soins** du patient, notamment auprès des professionnels de santé extérieurs. La reconnaissance du corps médical pourrait notamment passer par des affiches ou flyers dans les salles d'attente en partenariat avec la LCC, informant les patients sur son existence et ses missions.

Dans l'enquête « Face au cancer, l'épreuve du parcours de soins », près de la moitié des répondants ont ressenti un manque de coordination entre les professionnels de santé pendant leur parcours de soins, que ce soit au sein de l'hôpital entre deux établissements différents ou entre l'hôpital et la ville. Lorsqu'elles reçoivent un nombre important de traitements, les personnes malades ont besoin de soins associés au traitement anti-cancéreux pour supporter les effets indésirables. Plus qu'accessoirement bénéfiques, les soins de support se révèlent être absolument nécessaires pour traverser le parcours de soins du cancer, d'autant plus quand le traitement est lourd. La Ligue demande que ces dernières bénéficient d'une orientation efficace et adéquate vers les soins de support [46]. Il convient de ne pas sous-estimer, cependant, le fardeau du suivi médical déjà très lourd. Certains patients peuvent vivre aussi les soins de support comme un fardeau supplémentaire, d'autant plus chez des patients plus jeunes, devant continuer à gérer leur travail et leurs enfants, par exemple. Les participants ont évoqué le fait que l'arrêt du tabac était une charge supplémentaire pour certains patients.

Le manque de connaissance par les professionnels de la ligue concernant l'addictologie et la prise en charge du sevrage tabagique est évoqué ici comme frein (psychologue, diététicienne), comme le suggèrent les résultats d'autres études portant sur les professionnels de santé et leur implication dans le sevrage tabagique des patients [42-45]. En effet, la plupart ont reçu dans leur formation initiale des cours d'addictologie très généraux et non spécifiques au tabagisme et au patient atteint de cancer. Cela pourrait se rectifier par **la mise en place de formations** portant sur ces thématiques, et notamment la manière d'aborder le sujet avec le patient, des clés pour le sensibiliser et initier une prise en charge, sans discours moralisateur, mais plutôt avec bienveillance, humilité, et non jugement. Le développement de ces formations renforcerait les connaissances des professionnels mais aussi leur assurance [47] et faciliterait le sevrage chez les patients [48]. Tous les professionnels du parcours de soins ont un rôle à jouer pour intervenir auprès de leurs patients atteints de cancer et déclencher un accompagnement à l'arrêt du tabac. L'INCa met à leur disposition des outils d'aide à la pratique pour favoriser le déploiement de cette démarche au sein des établissements de santé, en lien avec les professionnels du premier recours [41].

Une nouvelle stratégie pour l'aide au sevrage tabagique des patients a été mise en place en Nouvelle-Aquitaine par le biais du projet LAST [49].

Un fumeur a 10 fois plus de chances d'arriver à un arrêt du tabac avec l'accompagnement d'un professionnel de santé. Or, le plus souvent, le patient ne formule pas de lui-même une demande d'aide à l'arrêt du tabac.

Le projet LAST est un projet porté par l'association COREADD et le service prévention (SSMIP) du CHU de Bordeaux, en Nouvelle-Aquitaine, grâce à un financement de l'ARS. Il propose aux lieux de santé de premier recours d'exposer de façon claire et lisible leur capacité à aider leurs patients fumeurs de tabac en s'identifiant comme LAST.

Pour faciliter leur pratique et dans un objectif de gain de temps et d'efficacité, les LAST disposent de formations (en présentiel ou à distance), de forums pour échanger, mais également des outils simples et efficaces (pédagogiques, de communication, d'aide à la décision partagée). Ils peuvent plus facilement identifier les ressources d'addictologie et de tabacologie de leur territoire, et rejoindre une communauté de professionnels engagés.

Cet accompagnement se fait dans la durée, depuis le conseil à l'arrêt, en passant par la réduction contrôlée, le sevrage immédiat ou progressif, puis dans la prévention de la rechute. Il est important que le patient se sente écouté. Il s'agit de lui donner confiance dans les chances d'y arriver, de l'encourager. Le fumeur choisit son programme idéal dans le cadre d'une décision

partagée, en conformité avec les meilleures données de la science. Des rencontres courtes et répétées sur plusieurs mois sont nécessaires. Il est important d'associer plusieurs aides, la rencontre avec le professionnel de santé est la plus importante mais il est le plus souvent nécessaire d'associer des médicaments pour diminuer le craving, des astuces pour contrôler les envies, de l'activité physique, de la relaxation...

Ainsi, par le biais de ce projet, la Ligue pourrait devenir un LAST, en complément des soins de support qu'elle propose.

Les professionnels relèvent l'absence de prescripteur de TSN référent comme frein à leur implication (professeur d'APA, coordinatrice). En effet, même s'ils initient une prise en charge auprès des patients, le travail reste inachevé. S'ils réorientent les patients pour la suite de la prise en charge, ceux-ci sont souvent « perdus de vue ». Ainsi, la mise en place d'un **professionnel de santé de référence, et prescripteur de TSN**, disponible et investi, permettrait une prise en charge complémentaire et optimale du patient, et rassurerait certains professionnels de la Ligue qui avouent se sentir alors plus légitimes à s'impliquer (sophrologue). Là encore, cela pourrait se faire en coordination avec un prescripteur du projet LAST.

Il a été démontré que l'association de traitements médicamenteux et d'un soutien comportemental augmente les chances de succès de sevrage par rapport à une intervention minimale [50, 51]. Ces taux de succès sont comparables dans la population de fumeurs ayant un cancer par rapport à la population de fumeurs n'ayant pas de cancer. De plus, la nicotine et plus largement les substituts nicotiniques n'ont pas de rôle oncogénique démontré et peuvent être utilisés à tous les stades de la maladie [52].

Les professionnels mentionnent également un manque de suivi dans le temps des patients pour davantage s'investir dans cette problématique (diététicienne, professeur d'APA, psychologue). **Augmenter le nombre de séances** par patient permettrait ainsi au professionnel de suivre l'évolution de celui-ci dans le temps, et d'avoir un retour sur l'efficacité de son investissement dans le sevrage tabagique. Ceci est d'autant plus vrai qu'une des principales limites au sevrage tabagique en soins primaires est la difficulté du suivi [44]. Or, ce suivi pourrait être assuré par la ligue, dans le cadre d'un parcours coordonné.

Un autre frein important soulevé est la discordance entre les discours des soignants sur l'intérêt du sevrage tabagique chez des patients atteints de cancer et le poids accordé par les patients à

la parole des médecins, même si celle-ci va à l'encontre du sevrage (psychologue, coordinatrice). Des idées fausses telles que le tabac puisse représenter un réconfort pour la personne ou qu'arrêter le tabac en même temps que combattre un cancer serait trop difficile, aboutissent à la non-proposition de cette aide à certains patients [41]. Ainsi, il semble primordial, mais peut-être utopique, de créer une unité entre les professionnels du parcours du patient, pour **un même discours accordé**, insistant sur les bénéfices du sevrage quel que soit le type de cancer, le stade de la maladie, ou les traitements utilisés.

Pour les freins propres aux patients, il convient de les entendre et les prendre en compte dans la démarche d'aide au sevrage [53]. D'autres études effectuées directement auprès des patients identifient également leurs freins. On y retrouve notamment le manque d'informations sur les aides disponibles au sevrage, leur coût, ou encore la méfiance et la peur de développer une autre forme de dépendance [54].

Enfin un des freins majeurs signalé réside dans le **manque d'échanges des professionnels** du parcours de soins du patient, dans l'objectif d'une prise en charge pluridisciplinaire. Pour la plupart des professionnels interrogés, les échanges entre les professionnels du parcours du patient sont assez restreints, pourtant il s'agit d'un point régulièrement soulevé avec un véritable désir de les renforcer (diététiciennes, sophrologues, psychologues). Selon eux, c'est au sein de la Ligue qu'il y a le plus d'échanges et notamment avec la coordinatrice. En dehors de la LCC, pour la plupart, il n'y a pas ou peu d'interlocuteur. Le médecin généraliste est rarement un interlocuteur direct ou alors dans des situations bien particulières ; il en est de même pour les oncologues, ou psychiatres.

Cela s'explique par des **freins propres aux échanges** qui pourraient être atténués par le développement de solutions évoquées par les professionnels, que nous allons revoir.

Un des freins principaux aux échanges réside dans le **manque d'information relative au patient**. Les professionnels de la Ligue n'ont en leur possession qu'une fiche synthétisant les principales données médicales que le patient a bien voulu confier. Ils n'ont pas connaissance du retour et prise en charge des autres professionnels au sein de la Ligue.

Ils n'ont pas non plus accès au dossier médical et n'ont pas d'interlocuteur direct en dehors de la Ligue (généraliste, oncologue...) pour la transmission des informations (diététicienne, psychologue, coordinatrice, sophrologue, socio-esthéticienne). Cela s'explique par un véritable

manque de considération et de reconnaissance de la Ligue par le corps médical, du fait qu'elle ne soit pas reconnue comme une structure de soins. Les soins de support qu'elle propose sont souvent éloignés du domaine médical et considérés comme peu légitimes aux yeux du corps médical. Ce manque de communication entre les professionnels de la Ligue et ceux extérieurs sont le témoin d'une véritable dysfonction du réseau ville-hôpital, au détriment du patient.

Ce manque de coordination entre l'hôpital et la ville est un ressenti des patients interrogés dans le rapport 2018-2019 de l'Observatoire sociétal des cancers [46]. Ce sentiment est associé à un plus mauvais vécu de la période des traitements et du parcours de soins dans son ensemble. Ainsi, lorsque les équipes hospitalières et de ville parviennent à se coordonner pour organiser voire anticiper la fin des traitements, la sortie du parcours de soins est d'autant mieux vécue par les personnes malades. Ce vécu global du parcours de soins en cancérologie dont témoignent les personnes malades met en exergue les forces du système de soins français mais également ses faiblesses. En effet malgré l'ambition des différents Plans cancer d'améliorer la coordination entre les professionnels hospitaliers et ambulatoires, force est de constater que beaucoup de progrès reste à faire dans ce domaine. Actuellement aucune évaluation récente ne permet de mesurer la performance réelle de la coordination hôpital-ville ni l'homogénéité de la diffusion des outils de communication auprès des professionnels de ville, des associations et des personnes qui ont été soignées pour un cancer. La Ligue nationale contre le cancer propose des pistes d'actions au regard de cette typologie difficile de vécus du parcours de soins, notamment la création des postes d'infirmiers de coordination dans tous les établissements autorisés à exercer une activité en cancérologie afin de faire le lien avec les professionnels de ville et associations comme la Ligue.

Ainsi afin de faciliter ces échanges entre les professionnels de la Ligue et ceux extérieurs, l'identification systématique de la Ligue dans le parcours de soins du patient est primordiale. Il semble important de faire évoluer les préjugés et d'apporter un autre regard sur le rôle de ces professionnels (jugés souvent comme accessoires ou complémentaires au lieu d'être intégrés) dans l'accompagnement des patients.

Pour favoriser les échanges à l'intérieur de la Ligue, des résumés de chaque séance pourraient être mis en place par les professionnels, avec un retour d'informations sur le vécu du patient et sur la prise en charge, en plus des fiches synthétiques sur les principales données médicales du patient déjà présentes. Des questions pourront également être posées dans le but d'un travail complémentaire, pour une prise en charge optimale. De manière plus simple et réalisable qu'une

plateforme informatisée, la mise en place d'un **carnet de liaison** ou de courriers apportés par le patient lors de chaque séance, pourrait permettre un support écrit aux informations le concernant, un partage entre les professionnels, et une implication active du patient.

Un autre frein aux échanges entre les professionnels de la Ligue réside dans la **difficulté à organiser des réunions pluridisciplinaires**, et à se connaître, dû aux nombreux intervenants de la Ligue qui ont une activité professionnelle à côté, avec des agendas bien remplis pour chacun. Le contexte sanitaire de la Covid 19, par ailleurs, a empêché les réunions en présentiel de se tenir, et les a remplacées par des séances en visio avec un aspect relationnel parfois plus complexe (barrière de l'écran, diminution du langage non verbal...). Des réunions en présentiel, de manière occasionnelle et programmées à l'avance pourraient venir compléter les échanges via une plateforme (diététicienne, professeur d'APA, sophrologue, psychologue, socio-esthéticienne, praticienne de shiatsu).

Ainsi après avoir analysé l'implication des professionnels dans le sevrage tabagique, ainsi que les échanges entre les professionnels, on peut plus facilement expliquer **la place inexistante du tabac dans les échanges**, reconnue par tous les professionnels interrogés (rares expériences professionnelles dans le sevrage tabagique, et échanges entre professionnels souvent limités). Les échanges entre les professionnels lorsqu'ils sont présents sont souvent plus globaux. Ils portent sur des informations concernant les patients ou des problématiques autour de ceux-ci, dans l'objectif d'optimiser la prise en charge à travers une pluridisciplinarité. Ils portent aussi sur le vécu des professionnels dans la prise en charge des patients, leur partage d'expérience, d'émotions et de sentiments afin de mieux vivre leur accompagnement.

Afin de valoriser la place du tabac dans les échanges, l'implication de professionnels formés, de référence, et possiblement prescripteurs est une solution afin d'atteindre une complémentarité dans la prise en charge.

L'intégration du projet LAST au sein de la LCC permettrait d'organiser au sein de cette structure un accompagnement optimisé des fumeurs vers l'arrêt du tabac.

En amont de l'instauration du projet LAST en Nouvelle-Aquitaine, des études ont été effectuées afin de construire une organisation adaptée aux besoins des professionnels de santé et des fumeurs. Les freins et les leviers à l'implication des différents professionnels de santé dans le sevrage tabagique de leur patient ont été identifiés (manque de formation des professionnels, manque de temps, impression de faible efficacité des prises en charge, manque de demande des

patients). Les LAST, en proposant un accompagnement adapté, vont faciliter la demande d'aide des fumeurs auprès des professionnels de santé de proximité. Pour y répondre, il est important de s'adresser à ces derniers dans chaque territoire, de travailler avec eux sur les moyens, les outils et les organisations à développer et sur la place qu'ils souhaitent occuper auprès des fumeurs [42,45].

Une autre étude s'est intéressée au versant des patients fumeurs en évaluant leur perception sur le programme d'aide à l'arrêt idéal. Cette étude conclue que l'intention de changement est très fragile chez les fumeurs. Pour limiter au maximum les obstacles face à ce changement, il faut que les professionnels agissent en proximité temporelle, géographique et humaine. Il est donc nécessaire de communiquer largement sur les bénéfices de l'arrêt du tabac et sur les aides disponibles et facilement accessibles, avec des messages et supports adaptés aux cibles [54].

Enfin, depuis la mise en place du projet LAST, sa viabilité auprès médecins généralistes a déjà fait l'objet d'une étude. Les résultats de celle-ci montrent que le projet LAST est viable et extensible à la Nouvelle-Aquitaine d'après l'étude pilote menée sur le bassin de vie d'Arcachon moyennant le renforcement de la diffusion et des réseaux de proximité [55].

6-PERSPECTIVES

Cette étude a permis de mettre en lumière les freins et les leviers à l'implication des professionnels de la Ligue dans le sevrage tabagique des patients reçus. Certains leviers sont déjà présents et doivent être perçus comme des atouts. D'autres sont à renforcer ou à mettre en place afin de renforcer l'implication des professionnels dans cette problématique.

L'objectif pour les intervenants de la Ligue serait d'impulser une démarche de sevrage tabagique pour le patient dans son parcours de soins de support, en systématisant d'une part l'interrogatoire sur le statut tabagique de leurs patients, puis en les sensibilisant sur le sujet, et en assurant un suivi du sevrage. Cette démarche se ferait en complément de la prescription de TSN par un professionnel à l'extérieur de la Ligue. Cela pourrait être un professionnel référent, ou encore le médecin traitant des patients, ce qui constituerait un levier pour valoriser la place de celui-ci au centre du parcours de soins du patient et son rôle de coordinateur.

Une alternative est également de proposer à tous les professionnels en capacité de prescrire les traitements, de proposer un sevrage aux patients fumeurs, dans le cadre d'une réduction contrôlée progressive ou d'un arrêt immédiat, en leur proposant d'être accompagnés par les professionnels de la ligue, grâce à des soins de support. Le sevrage tabagique s'intégrerait ainsi dans le « prendre soin de soi », sans ajouter au fardeau des consultations.

Pour renforcer les compétences de ces professionnels non prescripteurs dans le sevrage tabac, il s'agira de proposer des outils et des formations pour les mettre en confiance, par le biais du projet LAST notamment. Il s'agit de lieux disposant d'un professionnel du parcours de soins du patient formé et souhaitant mettre à profit sa disponibilité pour aider les patients fumeurs dans le sevrage tabagique.

Afin de mettre en place un accompagnement dans le sevrage tabagique centré sur le patient, et efficace, il convient par ailleurs de renforcer les échanges entre les professionnels qui sont jugés trop restreints. La mise en place d'un carnet ou courriers de liaison apportés par le patient lors de chaque séance, pourrait être une piste afin de les développer et permettrait d'intégrer activement le patient dans cette démarche. Il conviendrait aussi de renforcer la place de la Ligue dans le parcours de soins du patient pour faciliter les échanges extérieurs.

De manière simultanée, une enquête auprès des patients fumeurs de la LCC a été menée afin de

comprendre leurs parcours, leurs attentes et leurs besoins dans ce type de prise en charge, et optimiser celle-ci [56]. Il est ressorti de cette étude qu'il est fréquent que ces patients essaient d'arrêter de fumer par la mise en place de stratégies individuelles. En effet, bien que l'étayage des professionnels de santé permette de les accompagner et d'optimiser leurs chances de réussite, celui-ci fait défaut et ne permet pas de répondre aux besoins des patients. Le sevrage tabagique semble donc être un élément essentiel à intégrer systématiquement dans le parcours de soins du patient atteint de cancer, et notamment dans les soins de support que propose la Ligue, ce qui pourrait se révéler être un levier intéressant pour soutenir l'aide à l'arrêt et son maintien. La démarche de sevrage devra constituer un chemin propre et personnalisé à chaque patient en fonction des spécificités de son parcours, de son vécu à la maladie, de ses expériences avec le tabac et de ses besoins.

Afin de répondre au mieux aux besoins des patients, des objectifs ont été identifiés par cette étude :

- Identifier systématiquement le statut tabagique de la personne dès l'entretien d'accueil de la LCC (les résultats obtenus dans cette étude soulignent que les professionnels de la LCC n'abordent pas la question du tabac alors que les patients sont dans l'attente que les professionnels leur proposent des solutions)
- Définir avec les patients des objectifs du sevrage en plusieurs étapes (à court, moyen et long termes)
- Identifier les ressources et les motivations du patient,
- Mettre en place des actions sur le thème du tabac à destination des patients : organiser des ateliers de groupe, agir sur les représentations et les croyances des patients, développer un accompagnement autour de la prévention des rechutes
- Renforcer les dispositifs d'équipe mobile pour couvrir une plus grande partie du territoire girondin et favoriser une offre de santé sans tabac de proximité : (l'éloignement géographique a été montré comme un facteur de rupture dans la continuité des soins)
- Améliorer la communication par exemple par le biais de la messagerie électronique à des fins d'informations sur les actions relatives à la lutte contre le tabac à destination des professionnels et des patients
- Promouvoir une collaboration pluridisciplinaire dans l'aide au sevrage

Par la suite, les données de ces deux enquêtes (menées auprès des professionnels et des patients) seront croisées avec les données de la LCC pour réaliser une évaluation complémentaire

orientée sur l'organisation du méso-système observable sur la LCC. Il s'agira alors de comprendre la place de la LCC dans le sevrage tabagique du patient, d'identifier les partenariats de la LCC, de repérer les échanges et les organisations autour des professionnels et des patients de la LCC. L'ensemble de ces résultats permettra de construire concrètement le projet d'intervention.

Il conviendra d'agir sur les représentations des professionnels afin qu'ils se sentent plus légitimes dans cette prise en charge liant gestion du sevrage tabac et gestion du cancer, mais aussi sur les représentations du patient concernant le sevrage [54]. Les compétences des professionnels en matière d'accompagnement au sevrage tabagique devront être optimisées, entraînant l'intégration du tabac dans leur pratique et ainsi favorisant l'adhésion de leurs patients.

Ainsi, par l'intermédiaire de ce projet, la LCC souhaite élargir ses missions et intégrer pleinement l'accompagnement à l'arrêt du tabac au sein de son parcours de soins oncologique de support.

7-CONCLUSION

Tout au long de son parcours, le patient atteint de cancer rencontre une multitude de professionnels susceptibles d'aborder le sujet du sevrage tabagique avec lui, notamment les professionnels des soins de support de la Ligue contre le cancer. Afin de mettre en place une intervention ayant pour objectif le sevrage tabagique des patients reçus à la Ligue, il convient de lever les freins à l'implication des professionnels par la mise en place solutions. Parmi les freins évoqués on retrouve notamment un manque de patients orientés vers la Ligue, un manque de suivi de ceux-ci, un manque de temps et de formation sur le sevrage tabagique, un manque d'échange entre les professionnels, le poids de la parole de certains professionnels de santé allant à l'encontre du sevrage, l'absence de prescripteur de TSN, les freins propres aux patients. Outre le lieu et le moment propice pour le patient à entendre un discours de sevrage, et la présence de professionnels motivés possédant déjà certains outils dans leur pratique pour aider le patient, il existe d'autres leviers à mettre en place. Parmi eux, on insistera sur la mise en place de formations, la présence d'un professionnel de référence prescripteur de TSN, une cohérence des discours et la facilitation des échanges entre les professionnels du parcours de soin. Il est essentiel d'apporter aux intervenants tous les moyens pour que ceux-ci puissent être en mesure d'intégrer le sevrage tabagique comme une pratique courante de la prise en charge en cancérologie. C'est ainsi que la mobilisation de l'ensemble de ces professionnels et l'organisation d'une coordination interprofessionnelle autour d'un parcours de sevrage tabagique au sein de la Ligue contre le cancer pourront être possibles. Le projet LAST Tabac, en Nouvelle-Aquitaine, apparaît comme une opportunité.

8-BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut National du Cancer, Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Stratégie Cancer [Internet]. 2021.
- [2] Bourdillon F. Éditorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(15):270-1.
- [3] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du baromètre de santé publique France. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(8):132.
- [4] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (page consultée le 30/06/2019). Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Rapport annuel 2016, [En ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>.
- [5] Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. Questions d'économie de la santé 2012.
- [6] Demark-Wahnefried W, Aziz N, Rowland J, et al. Riding the crest of the teachable moment : promoting long-term health after the diagnosis of cancer. J Clin Oncol, 2005. 23(24): p. 5814-30.
- [7] McBride C.M, Ostroff J.S. Teachable moments for promoting smoking cessation : the context of cancer care and survivorship. Cancer Control, 2003. 10(4): p. 325-33.
- [8] Flocke S.A, Clark E, Antognoli E, et al. Teachable moments for health behavior change and intermediate patient outcomes. Patient Educ Couns, 2014. 96(1): p. 43-9.
- [9] HAS, « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours ». 2014.

[10] Institut national du cancer ; arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer : systématiser son accompagnement.2016.

[11] Qui sommes-nous | La Ligue contre le cancer [Internet]. Ligue contre le cancer. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur : /article/25989_face-au-cancer-est-plus-forts-ensemble.

[12] La Ligue Contre le Cancer. Journée mondiale sans tabac : La France doit sortir du tabac. Communiqué de presse. 30 mai 2011. Paris.

[13] SGR, US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking - 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2014.

[14] Nakagawa M, Tanaka H, Tsukuma H, et al. Relationship between the duration of the preoperative smoke-free period and the incidence of postoperative pulmonary complications after pulmonary surgery. *Chest*, 2001. 120(3): p. 705-10.

[15] Kuri M, Nakagawa M, Tanaka H, et al. Determination of the duration of preoperative smoking cessation to improve wound healing after head and neck surgery. *Anesthesiology*, 2005. 102(5): p. 892-6.

[16] Jung J.J, Ho Cho J, Shin S, et al. Surgical treatment of anastomotic recurrence after gastrectomy for gastric cancer. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*, 2014. 47(3): p. 269-74.

[17] Rugg T, Saunders M.I, Dische S. Smoking and mucosal reactions to radiotherapy. *Br J Radiol*, 1990. 63(751): p. 554-6.

[18] van der Voet J.C, Keus R.B, Hart A.A, et al. The impact of treatment time and smoking on local control and complications in T1 glottic cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 1998. 42(2): p. 247-55.

- [19] Eifel P.J, Jhingran A, Bodurka D.C, et al. Correlation of smoking history and other patient characteristics with major complications of pelvic radiation therapy for cervical cancer. *J Clin Oncol*, 2002. 20(17): p. 3651-7.
- [20] Zevallos J.P, Mallen M.J, Lam C.Y, et al. Complications of radiotherapy in laryngopharyngeal cancer : effects of a prospective smoking cessation program. *Cancer*, 2009. 115(19): p. 4636-44.
- [21] Alsadius D, Hedelin M, Johansson K.A, et al. Tobacco smoking and long-lasting symptoms from the bowel and the anal-sphincter region after radiotherapy for prostate cancer. *Radiother Oncol*, 2011. 101(3): p. 495-501.
- [22] Warren G.W, Sobus S, Gritz E.R. The biological and clinical effects of smoking by patients with cancer and strategies to implement evidence-based tobacco cessation support. *Lancet Oncol*, 2014. 15(12): p. e568-80.
- [23] Sobus S.L, Warren G.W. The biologic effects of cigarette smoke on cancer cells. *Cancer*, 2014. 120(23): p. 3617-26.
- [24] Chen J, Qi Y, Wampfler J.A, et al. Effect of cigarette smoking on quality of life in small cell lung cancer patients. *Eur J Cancer*, 2012. 48(11): p. 1593-601.
- [25] Balduyck B, Hendriks J.M, Lauwers P, et al. Quality of life after anterior mediastinal mass resection: a prospective study comparing open with robotic-assisted thoracoscopic resection. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2011. 39(4): p. 543-8.
- [26] Baser S, Shannon V.R, Eapen G.A, et al. Smoking cessation after diagnosis of lung cancer is associated with a beneficial effect on performance status. *Chest*, 2006. 130(6): p. 1784-90.
- [27] Morse D.E, Psoter W.J, Baek L.S, et al. Smoking and drinking in relation to depressive symptoms among persons with oral cancer or oral epithelial dysplasia. *Head Neck*, 2010. 32(5): p. 578-87.

- [28] Duffy S.A, Ronis D.L, Valenstein M, et al. Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics*, 2007. 48(2): p. 142-8.
- [29] INCa, la vie deux ans après un diagnostic de cancer - de l'annonce à l'après-cancer. Collections Eudes et enquêtes, 2014.
- [30] Gritz E.R, Cororve Fingeret M, Vidrine D.J, et al. Successes and failures of the teachable moment: smoking cessation in cancer patients. *Cancer*, 2006. 106(1): p. 17-27.
- [31] Huteau M.E, Baussard L, Moutet A.L, et al. (2016). Sevrage tabagique en cancérologie : que nous apprennent les patients ? Perspectives pour l'ETP. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, 8(2), 20108.
- [32] Nayan S, Gupta M.K, Strychowsky J.E, et al. Smoking cessation interventions and cessation rates in the oncology population : an updated systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2013. 149(2): p. 200-11.
- [33] Le Houezec J, Säwe U. (2003). « Réduction de consommation tabagique et abstinence temporaire : de nouvelles approches pour l'arrêt du tabac ». *Journal des maladies vasculaires*. 28 (5), p. 293-300.
- [34] SSMIP, « Protocole d'évaluation, Ligue contre le cancer ». Mars 2021.
- [35] Ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. La place des femmes au cœur de la vie associative. [Internet]. 2013[Consulté le 13 juillet 2021]. Disponible sur : <https://www.associations.gouv.fr/la-place-des-femmes-au-coeur-de-la-vie-associative.htm>
- [36] Balard F, Kivits J, Schrecker C, et al. L'Analyse qualitative en santé. Dans : Joëlle Kivits et al., *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin ; 2016. p 165-183.
- [37] Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Rev Med Suisse*. 2004; volume O.24011.
- [38] Sifer-Rivière L. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. Dans : Joëlle Kivits et al., *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin ;

2016. p 85-100.

[39] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : première partie. Exercer. 2009 ; 87 : 74-9.

[40] Institut national du cancer ; rapport d'activité 2014 de l'Institut national du cancer, 2014 première année de mise en œuvre du nouveau plan cancer. 2014

[41] Deutsch A. Systématiser l'accompagnement à l'arrêt du tabac des patients atteints de cancer. Rev Prat. 2019;4:444-8.

[42] Jacquot Q, Loizeau C. Etude des freins et leviers des professionnels de santé à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du tabac, en Nouvelle-Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2021. N°32A et 32B (H).

[43] Weiss Y, Bristow B, Limor Karol D, et al. Exploring Tobacco Use and Smoking Cessation Best Practices From the Perspectives of Individuals With Lung Cancer and Health Care Professionals. J Med Imaging Radiat Sci. 2020;51(1):62-67.

[44] Artola C, Maurin C. Accompagnement à l'arrêt du tabac : changements perçus par les professionnels de santé « nouveaux prescripteurs » à la suite des soirées d'information organisées par l'Assurance Maladie, en Nouvelle-Aquitaine. [Thèse Médecine], Bordeaux, 2021. N°53A et 53B (TH)

[45] Crevoisier L. Etude des freins et 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, 2019. N°215. (TH)

[46] Ligue nationale contre le cancer. Face au cancer, l'épreuve du parcours de soins. Synthèse du rapport 2018-2019 de l'Observatoire sociétal des cancers. 2019.

[47] Coovadia S, D'Alimonte L, Bristow B, et al. Catalyst for Change: Measuring the Effectiveness of Training of All Health Care Professionals to Provide Brief Intervention for Smoking Cessation to Cancer Patients. *J Med Imaging Radiat Sci.* 2020;51(1):7-11.

[48] Toll B.A, Brandon T.H, Gritz E.R, et al. Assessing tobacco use by cancer patients and facilitating cessation: an American Association for Cancer Research policy statement. *Clin Cancer Res*, 2013. 19(8): p. 1941-8.

[49] Last-na[Internet]. [Consulté le 26 juillet 2021]. Disponible sur : <http://www.last-na.fr>.

[50] Stead L.F, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 10: p. CD008286.

[51] Nayan S, Gupta M.K, Sommer D.D. Evaluating smoking cessation interventions and cessation rates in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *ISRN Oncol*, 2011. 2011: p. 849023.

[52] Ruppert A-M, Amrioui F, Fallet V. Intérêt du sevrage tabagique chez les patients atteints de cancer du poumon. *Rev Prat.* 2020;8:857-8.

[53] Wells M, Aitchison P, Harris F, et al. Barriers and facilitators to smoking cessation in a cancer context: A qualitative study of patient, family and professional views. *Nicotine Tob Res.* 2020. 24;22(9):1484-1491.

[54] Brousse P, Bonnay-Hamon A. Perceptions des fumeur·ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : enquête qualitative auprès des fumeur·ses au stade d'intention et préparation. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2019. N°148a et 148b. (THFJ)

[55] Pravia M. Etude de la viabilité du projet LAST (Lieux d'accompagnement à la santé sans tabac) auprès des médecins généralistes en Nouvelle-Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2021. N°73.

[56] Phanatzis O. Étude des freins et des leviers à l'organisation d'une filière de prise en charge du tabac auprès de patients reçus par la Ligue Contre le Cancer : entretiens qualitatifs semi-

directifs auprès de patients de la Ligue Contre le Cancer Gironde. Rapport de stage, Bordeaux :
Université de Bordeaux ; 2021.

9-ANNEXES

9.1-Grille d'entretien

Information sur l'entretien

Date et heure :
Lieu :
Durée :
Commentaires :

Information sur le Professionnel de Santé (PS)

Sexe :
Age :
Profession :

Présentation

Bonjour,

Tout d'abord je vous remercie du temps que vous allez m'accorder.

Je m'appelle Charlotte Jehl, je suis médecin généraliste et je prépare actuellement ma thèse de docteur en médecine, qui porte sur l'étude de la mise en place d'une filière de sevrage tabagique auprès des patients fumeurs de la Ligue Contre le Cancer (LCC).

Je me permets de vous contacter afin que vous puissiez me faire part de votre rôle au sein de la Ligue, de votre implication dans le sevrage tabagique des patients, et de vos attentes concernant cette prise en charge.

L'entretien durera une trentaine de minutes, et sera réalisé de manière anonyme. Afin d'analyser les résultats, m'autorisez-vous à enregistrer avec un dictaphone et à retranscrire ce que vous allez me dire ? L'enregistrement sera par la suite détruit. Les réponses sont libres, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse ; elles permettront de comprendre votre activité et les besoins qui y sont associés. N'hésitez pas à me poser des questions ; je les noterai et j'y répondrais à la fin de l'entretien.

Etes-vous prêt à commencer ?

J'enregistre.

Questions par thèmes

Le profil du professionnel et son implication au sein de la LCC	<ul style="list-style-type: none">➤ Pour commencer pourriez-vous me parler de votre rôle et de votre expérience au sein de la LCC ?- Depuis quand êtes-vous impliqué au sein de la LCC ?- Comment intervenez-vous auprès des patients ? (profession)- Quels rapport avez-vous avec eux ?
Le professionnel et le tabac : implication, besoins et attentes	<ul style="list-style-type: none">➤ Pourriez-vous me parler de votre position dans le sevrage tabagique des patients fumeurs de la LCC ?

	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est votre expérience avec le sevrage tabagique ? (formation, compétences) /Avez-vous déjà été confronté à un patient fumeur de la Ligue ? (outils utilisés, réorientation des patients) - Sur une échelle de zéro à dix (zéro étant pas du tout et dix le maximum), quel serait votre degré de légitimité à vous impliquer dans le sevrage tabagique des patients fumeurs de la LCC ? - Sur une échelle de zéro à dix, quel serait votre degré de motivation pour vous impliquer dans le sevrage tabagique des patients fumeurs de la LCC ? - Qu'est-ce qui vous permettez de mieux accompagner les patients ? / comment feriez-vous pour intégrer cette notion d'aide au sevrage tabagique dans votre pratique ? <p>Quelle serez votre vision des choses par rapport à la mise en place de cette filière au sein de la Ligue (facilités ? freins ?)</p> <p>Quel serez pour vous le meilleur moment pour aborder le sevrage tabagique du patient ?</p>
<p>Le professionnel et ses interactions avec les autres professionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quels échanges avez-vous avec les autres professionnels impliqués dans le parcours du patient ? - Au sein de la LCC ? En dehors de la LCC ? - Par quels moyens de communication échangez-vous ? - Avec quels professionnel échangez-vous le plus ? - Qu'est-ce qu'il vous permettrait de favoriser ces échanges ? - Quelle est la nature de vos échanges ? - Quelle est la place du tabac dans vos échanges ?

Conclusion :

Avez-vous des questions ou quelque chose à rajouter à l'entretien ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Je coupe l'enregistrement.

9.2-Fiche du registre des traitements de données à caractère personnel



Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention (SSMIP) CHU de Bordeaux

Fiche du registre des traitements de données à caractère personnel

(format RGPD, proposé par la CNIL)

Nom de l'organisme :	CHU de Bordeaux
Nom du Délégué à la Protection des Données :	Dr HAJJAR Moufid
Désignation de l'activité :	Recherche - évaluation
Date de création de la fiche :	Mars 2021
Date de dernière mise à jour de la fiche :	
Nom du responsable et du responsable conjoint du traitement :	Pr ALLA François
Nom du traitement :	
Nom du logiciel utilisé :	NVIVO

Objectifs poursuivis

Décrivez clairement l'objet du traitement de données personnelles et ses fonctionnalités.

Exemple : pour une activité « formation des personnels » : suivi des demandes de formation et des périodes de formation effectuées, organisation des sessions et évaluation des connaissances.

OBJECTIF PRINCIPAL : Déterminer des pistes d'intervention afin d'optimiser l'implantation d'une stratégie de prise en charge du tabac chez les patients fumeurs atteints de cancer au sein de la Ligue contre le cancer.

EVALUATION 1 : Entretiens qualitatifs semi-directifs auprès des professionnels de santé LCC

- Identifier les professionnels impliqués dans le parcours du patient au sein de la LCC : il s'agit du corps de métier du professionnel et non son identité elle-même

(exemple : le nombre de diététiciens impliqués dans cette prise en charge)

- . - Identifier les professionnels impliqués dans le parcours du patient en dehors de la LCC : idem
- . - Comprendre l'implication de ces professionnels dans la prise en charge du tabac
- . **EVALUATION 2 : Entretiens qualitatifs semi-directifs auprès de patients de la LCC**
 - Comprendre le parcours de soins du patient
 - Comprendre le besoin de sevrage de ces patients

Catégories de personnes concernées par le traitement

Listez les différents types de personnes dont vous collectez ou utilisez les données.

Exemples : salariés, usagers, clients, prospects, bénéficiaires, etc.

- Professionnels de santé salariés de la Ligue Contre le Cancer
- Professionnels de santé non salariés de la Ligue Contre le Cancer
- Patients suivis par la Ligue Contre le Cancer. L'ensemble de ces personnes se situent dans l'agglomération bordelaise.

Catégories de données collectées

Cochez et listez les différentes données traitées

Etat civil, identité, données d'identification, images (*nom, prénom, adresse, photographie, date et lieu de naissance, etc.*) Les noms, prénoms et coordonnées des différents professionnels seront anonymisés par un chiffre lors de la transcription des données. Les tables de correspondance entre le nom des participants et les codes associés seront ensuite détruites. Les données seront recueillies de manière manuscrite auprès des patients par les professionnels, et seront anonymisées par un numéro pour chaque patient et chaque professionnel. Concernant les dossiers patients des CR, il s'agira simplement de connaître le nombre de patients échangés avec la première ligne, et connaître la justification de ces échanges, les données seront agrégées par les centres ressources et aucune donnée individuelle ne sera transmise.

Vie personnelle (*habitudes de vie, situation familiale, etc.*)

Vie professionnelle (*CV, situation professionnelles, scolarité, formation, distinctions, diplômes, etc.*)

Pour les professionnels de santé interrogés : mode et milieu d'exercice (*seul/cabinet de groupe – milieu rural/urbain*)

Informations d'ordre économique et financier (*revenus, situation financière, données bancaires, etc.*)

Données de connexion (*adresses Ip, logs, identifiants des terminaux, identifiants de connexion, informations d'horodatage, etc.*)

Données de localisation (*déplacements, données GPS, GSM, ...*)

Internet (*cookies, traceurs, données de navigation, mesures d'audience, ...*)

Autres catégories de données (*précisez*) :

Des données sensibles sont-elles traitées ?

La collecte de certaines données, particulièrement sensibles, est strictement encadrée par le RGPD et requiert une vigilance particulière. Il s'agit des données révélant l'origine prétendument raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale des personnes, des données génétiques et biométriques, des données concernant la santé, la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle des personnes, des données relatives aux condamnations pénales ou aux infractions, ainsi que du numéro d'identification national unique (NIR ou numéro de sécurité sociale).

Oui Non

Si oui, lesquelles ? :

Durées de conservation des catégories de données

Combien de temps conservez-vous ces informations ?

.....Jours,Mois,Ans, Autre durée :

Si vous ne pouvez pas indiquer une durée chiffrée, précisez les critères utilisés pour déterminer le délai d'effacement (par exemple, 3 ans à compter de la fin de la relation contractuelle).

- Les tableaux comportant les données personnelles servant au recrutement, jusqu'à la fin du recrutement.

- Les enregistrements, jusqu'à leur retranscription.

- Les retranscriptions (auxquelles toute donnée potentiellement identifiante aura été retirée), jusqu'à la rédaction/publication des résultats.

Si les catégories de données ne sont pas soumises aux mêmes durées de conservation,

ces différentes durées doivent apparaître dans le registre.

Catégories de destinataires des données

Destinataires internes

(exemples : entité ou service, catégories de personnes habilitées, direction informatique, etc.)

- Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention (SSMIP) du CHU de Bordeaux (site Saint-André)
- Les étudiants du SSMIP (thèse et master) impliqués sur ce projet

Organismes externes

(Exemples : filiales, partenaires, etc.)

Aucun

Sous-traitants

(Exemples : hébergeurs, prestataires et maintenance informatiques, etc.)

Aucun

Transferts des données hors UE

Des données personnelles sont-elles transmises hors de l'Union européenne ?

Oui Non

Si oui, vers quel(s) pays :

Dans des situations particulières (transfert vers un pays tiers non couvert par une décision d'adéquation de la Commission européenne, et sans les garanties mentionnées aux articles 46 et 47 du RGPD), des garanties spécifiques devront être prévues et documentées dans le registre (article 49 du RGPD). Consultez le site de la CNIL.

Mesures de sécurité

Cochez et décrivez les mesures de sécurité organisationnelles et techniques prévues pour préserver la confidentialité des données.

Chaque enquêteur (chargé de projet ou thésard) réalisera les enregistrements et les retranscriptions à partir d'un dictaphone fourni par les services du projet, et de leur

ordinateur personnel ou professionnel. Aucune donnée ne sera mise sur un réseau informatique ou transmise par messagerie. Seules les données agrégées issues des analyses seront échangées.

Le niveau de sécurité doit être adapté aux risques soulevés par le traitement. Les exemples suivants constituent des garanties de base à prévoir et peuvent devoir être complétés.

Contrôle d'accès des utilisateurs

Décrivez les mesures : mot de passe pour chaque utilisateur.

Mesures de traçabilité

Précisez la nature des traces (exemple : journalisation des accès des utilisateurs), les données enregistrées (exemple : identifiant, date et heure de connexion, etc.) et leur durée de conservation.

Enregistrement automatique de l'utilisateur ainsi que de la date et heure de la dernière utilisation d'un document.

Mesures de protection des logiciels (antivirus, mises à jour et correctifs de sécurité, tests, etc.)

Antivirus sur chaque ordinateur. Sécurisation informatique du CHU de Bordeaux.

Sauvegarde des données

Décrivez les modalités : ordinateur portable (disque dur interne) du CHU de Bordeaux réservé pour ce genre de missions.

Chiffrement des données

Décrivez les mesures (exemple : site accessible en https, utilisation de TLS, etc.) : NON

Contrôle des sous-traitants

Décrivez les modalités : NON

Autres mesures : NON

En tant que responsable du traitement, je certifie l'exactitude des informations portées sur cette déclaration et m'engage à signaler toute modification.

Date : Nom : Pr François ALLA

signature : 

10-SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11- RÉSUMÉ

Titre : Etude des freins et leviers à l'organisation d'une filière de prise en charge du tabagisme des patients reçus à la Ligue Contre le Cancer : étude qualitative auprès des professionnels de la Ligue en Gironde.

Introduction : La systématisation de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les patients fumeurs atteints de cancer, est un objectif du Plan cancer 2014-2019, puis de la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030. Il appelle à une implication plus forte de l'ensemble des professionnels du parcours de soins du patient, et une amélioration des pratiques cliniques. L'objectif principal était de déterminer du point de vue des professionnels, les freins et les leviers à l'organisation d'une filière de prise en charge du tabagisme des patients reçus à la Ligue contre le cancer.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse thématique d'entretiens semi-dirigés, auprès de 11 professionnels de la Ligue Contre le Cancer de Gironde.

Résultats : Les freins évoqués par les professionnels à leur implication dans le sevrage tabagique des patients sont un manque de patients orientés vers la Ligue, un manque de suivi, un manque de temps et de formation, un manque d'échange entre les professionnels, le poids de la parole de certains médecins allant à l'encontre du sevrage, l'absence de prescripteur de traitements de substituts nicotiques, et les freins propres aux patients. Les leviers déjà présents sont un moment et un lieu propices, la présence de professionnels expérimentés, motivés, possédant déjà des outils, et les leviers propres aux patients. Les leviers à développer sont la mise en place de formations, la présence d'un professionnel de référence prescripteur, une unité et des échanges entre les professionnels du parcours de soin.

Conclusion : Au sein du parcours de soins de support qu'offre la Ligue, la mise en place d'une filière de sevrage tabagique des patients pourrait être bénéfique. Pour cela, il convient de lever les freins à l'implication des professionnels dans cette organisation, par le développement de formation, d'outils, et d'une coordination interprofessionnelle centrée sur le patient. Le projet LAST apparaît comme une opportunité.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : Arrêt du tabac / Patients / Professionnels / Ligue Contre le Cancer

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

ABSTRACT

Title : Study of the obstacles and levers to the organization of a support chain for the smoking of patients admitted to the League against cancer : qualitative study among professionals of the League in Gironde.

Introduction : Systematization of smoking cessation support for smoking patients with cancer is an objective of the 2014-2019 Cancer Plan, then of the 2021-2030 ten-year cancer control strategy. It calls for a stronger involvement of all professionals in the patient care pathway, and an improvement in clinical practices. The main objective was to determine, from the point of view of professionals, the obstacles and levers for the organization of a treatment system for smoking in patients received at the League against cancer.

Méthod : This is a qualitative study with thematic analysis of semi-structured interviews with 11 professionals from the League against cancer in Gironde.

Results : The obstacles mentioned by professionals to their involvement in patients' smoking cessation are a lack of patients referred to the League, a lack of follow-up, a lack of time and training, a lack of discussion between professionals, the weight of the words of certain doctors going against smoking cessation, the absence of a prescriber of nicotine replacement therapy, and the brakes specific to patients. The levers already present are a favorable time and place, the presence of experienced and motivated professionals who already have the tools to assist their patients in smoking cessation, and the levers specific to patients. The levers to be developed are the establishment of training, the presence of a reference professional prescriber, a unity and exchanges between professionals in the care pathway.

Conclusion : Within the supportive care pathway offered by the League, the establishment of a smoking cessation process for patients could be beneficial. For this, it is necessary to remove the obstacles to the involvement of professionals in this organization, by developing training, tools, and interprofessional coordination centered on the patient. The LAST project appears as an opportunity.

Discipline : General medicine

Tags : Smoking cessation / Patients / Professionals / League Against Cancer

Title and address of the UFR : Faculty of Medical Sciences at the University of Bordeaux