



HAL
open science

Proposer un accompagnement au sevrage tabagique aux patients atteints de cancer : le rôle clé des associations délivrant des soins oncologiques de support

Océane Phanatzis

► To cite this version:

Océane Phanatzis. Proposer un accompagnement au sevrage tabagique aux patients atteints de cancer : le rôle clé des associations délivrant des soins oncologiques de support. Santé publique et épidémiologie. 2022. dumas-03837719

HAL Id: dumas-03837719

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03837719>

Submitted on 3 Nov 2022

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.

Deuxième année du Master Sciences, Technologies, Santé
Mention Santé Publique
Parcours Promotion de la santé
Promotion 2021-2022

**Proposer un accompagnement au sevrage
tabagique aux patients atteints de cancer :**
Le rôle clé des associations délivrant des soins
oncologiques de support

Rédigé par
Océane Phanatzis
oceane.phanatzis@etu.u-bordeaux.fr

Soutenu le 21 septembre 2022

Lieu d'accueil : Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation
en Prévention du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Maitre de stage : Rébecca Ratel

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui ont contribué au bon déroulement de ce stage et qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce mémoire.

A Rébecca Ratel, tutrice de stage et coordinatrice de projets du Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention (SSMIP) du CHU de Bordeaux, pour m'avoir encadrée et guidée tout au long de ce stage. Un immense merci pour son écoute, sa disponibilité et sa bienveillance qui m'ont aidée à développer ma confiance en moi. Sa confiance, ses encouragements et ses précieux conseils ont été d'une aide inestimable tout au long de ce stage et ont permis l'aboutissement de ce travail.

A Isabelle Barcos, co-encadrante de ce stage et cadre de santé du SSMIP, pour m'avoir également accompagnée dans mes missions de stage. Merci pour sa gentillesse, sa disponibilité et son implication afin de s'assurer que les étudiants soient accueillis dans un environnement de travail agréable.

A François Alla, professeur des universités et praticien hospitalier en santé publique et chef de service du SSMIP, pour les enseignements prodigués durant cette année universitaire, pour m'avoir accueillie au sein de son équipe de recherche et pour ses conseils tout au long de ce stage.

A l'ensemble des membres de l'équipe dont la bonne humeur et l'esprit d'équipe nous ont permis de partager des moments conviviaux et ont rendu le déroulement de stage très agréable. Merci pour leurs conseils. Je tiens à adresser un remerciement spécial à Charlotte, qui m'a beaucoup aidée tout au long de ce stage, et dont le partage d'expérience et de connaissances a été très enrichissant.

A toutes les personnes qui ont participé au recueil de données et qui ont pris le temps de partager leurs expériences précieuses à la réalisation de ce mémoire.

A l'ensemble des membres de l'équipe pédagogique de Master Santé Publique Parcours Promotion de la santé pour leur dynamisme, leurs conseils et leurs enseignements qui m'ont appris à appréhender pleinement la démarche de promotion de la santé et qui m'ont aidée à être autonome lors de ce stage.

A mes très chères collègues de bureaux, Emeline et Leïla, pour tous ces moments de complicité partagés ensemble. J'espère que nous pourrons en vivre de nombreux autres.

A mes proches, ma famille et mes amis adorés, dont le soutien, la joie de vivre et les idées plus folles les unes que les autres me sont indispensables au quotidien.

SOMMAIRE

TABLE DES ABREVIATIONS	5
PARTIE I – RAPPORT DE STAGE	6
1. Présentation du lieu de stage.....	6
1.1. Les origines du service.....	6
1.2. Les missions du service	6
1.3. L'organisation du service et de l'équipe.....	7
2. Missions de stage prévues.....	7
3. Activités réalisées.....	8
3.1. Les activités principales.....	8
3.2. Les activités annexes	9
4. Résultats obtenus.....	10
PARTIE II – MEMOIRE.....	11
1. Introduction	11
2.1. Constats de départ : état des lieux des connaissances actuelles	11
2.1.1. Le tabagisme, un enjeu majeur de santé publique	11
2.1.2. Le tabagisme dans le contexte du cancer	13
2.1.3. La place du sevrage tabagique dans le parcours de soins en cancérologie.....	15
2.1.3.1. Un contexte de cancer considéré favorable au sevrage tabagique	15
2.1.3.2. Des défis professionnels et éthiques	16
2.1.3.3. Un système de soins favorable à l'amélioration des organisations et des pratiques professionnelles.....	18
2.2. Questionnement et objectifs	20
2.3. Cadre conceptuel.....	20
2.3.1. La complexité des interventions en prévention et promotion de la santé	20
2.3.2. Un type d'intervention fondée sur la théorie : la logique d'intervention.....	21
2.3.2.1. Vers une « evidence-based health promotion »	21
2.3.2.2. La recherche interventionnelle en santé des populations	21
2.3.3. Les approches fondées sur la théorie	22
2.3.3.1. Améliorer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions	22
2.3.3.2. Le Medical Research Council Framework	23
2.3.3.3. La logique d'intervention.....	24
3. Matériels et méthodes	24
3.1. Déclinaison des différentes étapes	25
3.1.1. Etude préalable pour l'évaluation des freins et des leviers a priori	25
3.1.2. Recueil des données probantes issues de la littérature	27

3.1.3. Conception du cadre théorique	28
3.1.4. Elaboration de la logique d'intervention	28
3.2. Organisation du travail de recherche.....	28
3.2.1. Calendrier.....	28
3.2.2. Considérations éthiques.....	29
4. Résultats.....	29
4.1. Synthèse des données probantes.....	29
4.1.1. Les déterminants du sevrage tabagique	29
4.1.1.1. Au niveau des patients fumeurs	29
4.1.1.2. Au niveau des professionnels	31
4.1.1.3. Au niveau des relations interpersonnelles	32
4.1.1.4. Au niveau de l'association	33
4.1.1.5. Au niveau inter-organisationnel.....	34
4.1.1.6. Au niveau politique	35
4.1.1.7. Synthèse : Un contexte associatif favorable à la mise en œuvre d'un accompagnement au sevrage tabagique dans le cancer	35
4.1.2. Les stratégies et leviers interventionnels.....	35
4.2. La logique d'intervention.....	37
4.2.1. Objectifs	37
4.2.2. Effets escomptés	38
4.2.3. Populations ciblées.....	38
4.2.4. Composantes et cadre de l'intervention	38
4.2.4.1. Au niveau de l'organisation associative	38
4.2.4.2. Au niveau des organisations de soins primaires et secondaires	41
4.2.4.3. La coordination entre l'association et les organisations de soins primaires et secondaires.....	42
5. Discussion	43
5.1. Synthèse des résultats	43
5.2. Une intervention qui s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé	44
5.3. La logique d'intervention : un outil de modélisation intéressant	44
5.4. Réflexions éthiques sur l'intervention	46
5.4.1. Une intervention qui soulève de nombreux enjeux éthiques	46
5.4.2. Une réflexion éthique sur la planification des interventions en prévention et promotion de la santé.....	47
5.5. Le partenariat entre un hôpital promoteur de santé et le milieu associatif	49
5.6. Une illustration des enjeux du transfert de connaissances	50
5.6.1. Les enjeux de la collaboration entre les chercheurs et les acteurs de terrain.....	50
5.6.2. Des défis rencontrés et des questionnements soulevés	51

5.7. Forces et limites méthodologiques.....	53
5.7.1. Forces.....	53
5.7.2. Limites.....	53
5.8. Perspectives.....	54
6. Conclusion.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES.....	72
Annexe I : Organigramme de l'équipe du SSMIP.....	72
Annexe II : La proportion des cancers liés aux principaux facteurs de cancer.....	73
Annexe III : Les trois étapes de la démarche pour accompagner l'arrêt du tabagisme dans le cadre de la mise en place d'une prise en charge en oncologie.....	74
Annexe IV : La schématisation du parcours de soins du patient en oncologie.....	75
Annexe V : Schéma des acteurs impliqués dans la stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030.....	76
Annexe VI : Schéma du système interventionnel.....	77
Annexe VII : Medical Research Council Framework.....	78
Annexe VIII : Schéma du processus méthodologique de l'élaboration de la logique d'intervention.....	79
Annexe IX : Tableaux récapitulatifs des différentes méthodes utilisées.....	80
Annexe X : Diagramme de flux de recrutement des professionnels de santé et de bien-être.....	84
Annexe XI : Guide d'entretien adressé aux professionnels de santé et de bien-être.....	85
Annexe XII : Questionnaire de recueil des données socio-démographiques, d'information à l'existence de l'enquête et de recrutement des patients.....	87
Annexe XIII : Diagramme de flux du recrutement des patients.....	89
Annexe XIV : Guide d'entretien adressé aux patients fumeurs atteints de cancer.....	90
Annexe XV : Tableau des indicateurs organisationnels.....	92
Annexe XVI : Arbre thématique des résultats des entretiens semi-directifs avec les patients.....	98
Annexe XVII : Arbre thématique des résultats des entretiens semi-directifs avec les professionnels de santé et de bien-être.....	99
Annexe XVIII : Arbre thématique des résultats des entretiens directs avec les membres permanents.....	100
Annexe XIX : Arbre thématique de la triangulation des données.....	101
Annexe XX : Protocole de la scoping review.....	102
Annexe XXI : Diagramme de flux de la scoping review.....	107
Annexe XXII : Framework of PC organization de Senn et al (2021).....	108
Annexe XXIII : Framework for care coordination EPOCK de Colombani et al. (2022).....	109
Annexe XXIV : Clinical and community care Framework de Krist et al. (2013).....	110
Annexe XXV : Cadre théorique.....	111
Annexe XXVI : Calendrier du déroulement du projet de mémoire.....	112

Annexe XXVII : Les déterminants du sevrage tabagique dans le contexte étudié répartis selon le modèle socio-écologique	113
Annexe XXVIII : Modèle logique de l'intervention.....	114
Annexe XXIX : Préfiguration du séquençage du parcours de sevrage tabagique	115

TABLE DES ABREVIATIONS

AFSOS : Association Française des Soins Oncologiques de Support

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COVID : Corona Virus disease

DPO : Délégué à la protection des données

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INCa : Institut National du Cancer

IRISPC : Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada

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

JBI : Joanna Briggs Institute

LCC : Ligue Contre le Cancer

MASCC : Multinational Association for Supportive Care in Cancer

MRC : Medical Research Council

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

PNLT : Programme national de lutte contre le tabac

PNRT : Plan national de réduction du tabagisme

PPS : Plan personnalisé de soins

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RISP : Recherche interventionnelle en santé des populations

SFSP : Société Française de Santé Publique

SOS : Soins oncologiques de support

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

TNS : Traitements nicotiniques de substitution

UHIP : Unité Hospitalière d'Innovation en Prévention

USAP : Unité de Soutien aux Actions de Prévention

PARTIE I – RAPPORT DE STAGE

Ce document a été rédigé dans le cadre du stage de fin d'études du Master 2 Santé Publique Parcours Promotion de la santé à l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) de l'Université de Bordeaux. Ce stage s'est déroulé sur la période allant du mois d'octobre 2021 au mois de juillet 2022 au sein du Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention (SSMIP) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux. Il s'est déroulé dans la continuité du stage de Master 1 Santé Publique.

1. Présentation du lieu de stage

1.1. Les origines du service

Depuis longtemps, la France est considérée comme le mauvais élève européen dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, soulignant ainsi la nécessité de renforcer la prévention et la promotion la santé dans le système de soins et de développer, mettre en œuvre et évaluer des innovations organisationnelles efficaces. La stratégie nationale de santé 2018-2022 définie par le Gouvernement français accorde une place importante à la promotion de la santé et prévoit notamment de « mobiliser les outils de prévention du système de santé » (1). De plus, le rapport « Place des offreurs de soins dans la prévention » publié par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en septembre 2018 encourage la mise en place d'un espace dédié à la prévention au sein des établissements de santé (2). Face à cette volonté de structurer politiquement la prévention et la promotion de la santé dans le contexte français, le Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention (SSMIP) a été créé en novembre 2018 au sein du pôle de santé publique du CHU de Bordeaux avec l'appui de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine. La prévention y est perçue dans toutes ses dimensions, individuelles et collectives, avec une acception large qui inclut la promotion de la santé. Depuis sa création, l'activité du SSMIP a pris de l'ampleur avec l'existence d'une équipe composée d'une trentaine de personnes et le développement d'un grand nombre de projets sur les territoires de l'agglomération de Bordeaux, de la Gironde et de la Nouvelle-Aquitaine. Il ouvre aujourd'hui son champ d'actions à une large diversité de thématiques, telles que la vaccination, la santé sexuelle, la nutrition, la petite enfance, la santé environnementale ou encore l'addictologie.

1.2. Les missions du service

Les missions du SSMIP s'inscrivent dans la stratégie du CHU de Bordeaux, labellisé « hôpital promoteur de santé » depuis 2012. Ce service cherche à renforcer le développement d'une offre de prévention et de la promotion de la santé sur le territoire, et ce en répondant aux besoins de santé des populations. Il accompagne notamment les établissements hospitaliers à adopter une culture organisationnelle et une offre de soins qui intègrent la prévention et la promotion de la santé. Au-delà des murs hospitaliers, il soutient également la structuration de l'offre de prévention dans le système de santé, par l'apport d'une aide à la décision politique, par la coordination et la mise en réseau des organismes de prévention, mais également par un accompagnement des professionnels de santé et des organisations du territoire dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions graduées en prévention et promotion de la santé efficaces et efficientes. Par ailleurs, il accompagne l'innovation technologique et organisationnelle grâce à des activités de recherche en prévention et promotion de la santé.

Toutes ces missions s'érigent selon quatre principes d'intervention :

- L'intégration des données probantes scientifiques, expérientielles et contextuelles dans le développement des interventions ;
- Une vision systémique qui considère le système de soins dans son ensemble, avec toute sa complexité et ses niveaux d'actions, en considérant non plus l'individu, mais toute une organisation et un territoire ;
- Une démarche partenariale coordonnée et décloisonnée, s'appuyant sur les organisations pré-existantes et sur l'expertise de terrain des acteurs concernés, qu'ils soient issus du milieu hospitalier, du soin de ville et du secteur de la prévention institutionnelle et associative ;
- Une perspective de mise à l'échelle des interventions.

1.3. L'organisation du service et de l'équipe

Le SSMIP comprend deux unités, l'Unité de Soutien aux Actions de Prévention (USAP) et l'Unité Hospitalière d'Innovation en Prévention (UHIP) (Annexe I), qui assurent des missions spécifiques et complémentaires.

- L'USAP agit dans un périmètre départemental. Elle apporte un soutien méthodologique aux acteurs de terrain à toutes les étapes de la démarche de projet en prévention et promotion de la santé (réponse aux appels à projet, évaluation des besoins, conception et mise en place d'interventions, construction d'outils, formation et mise en réseau des acteurs impliqués, évaluation).
- L'UHIP agit dans un périmètre national. Elle contribue au développement des innovations technologiques et organisationnelles en prévention et promotion de la santé dans le système de soins à toutes les étapes de la démarche d'innovation (modélisation de l'intervention, viabilité, implémentation, évaluation de l'efficacité, des processus et des mécanismes, transférabilité, mise à l'échelle) en s'appuyant sur une approche fondée sur les données probantes. Elle soutient également la recherche évaluative par la conceptualisation de la recherche, la soumission à des appels à projet et la conduite de la recherche en partenariat avec les acteurs du territoire.

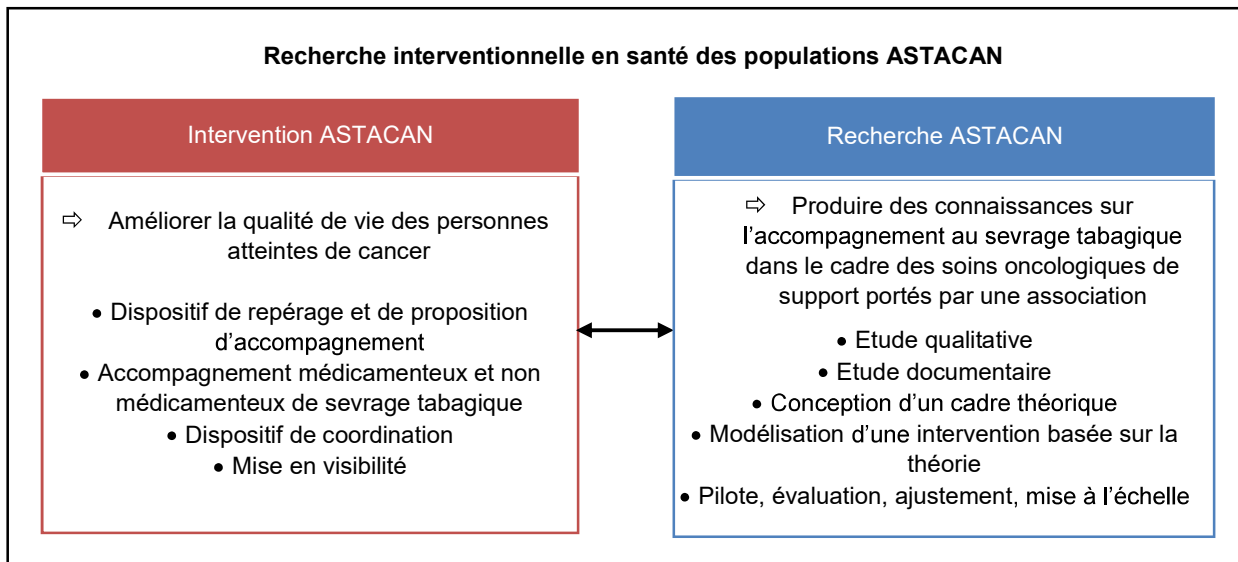
Ces deux unités collaborent étroitement avec l'équipe de recherche universitaire MÉRISP (« Méthodes pour la Recherche Interventionnelle en Santé des Populations ») et la Chaire Prévention de l'ISPED. En plus des professionnels qui composent l'équipe du SSMIP, le service accueille régulièrement des étudiants en médecine, en pharmacie et en santé publique, et leur permet de participer aux missions menées par l'équipe.

2. Missions de stage prévues

Les missions principales de mon stage se sont situées à l'interface des deux unités qui composent le SSMIP, l'USAP et l'UHIP, et s'inscrivent dans la continuité du stage effectué lors du Master 1 Santé Publique. En effet, depuis le mois d'avril 2021, je participe au projet de recherche interventionnelle en santé des populations, Accompagnement au Sevrage Tabagique dans le Cancer (ASTACAN), qui vise à modéliser une intervention d'accompagnement vers l'arrêt du tabagisme adossée à l'offre de soins oncologiques de support des associations et fondée sur la théorie. Ce projet a émergé d'une demande émise par la Ligue Contre le Cancer (LCC) Gironde, une association consacrant une partie de son activité aux soins oncologiques de support, car elle souhaitait étudier l'opportunité d'intégrer une offre d'accompagnement au sevrage tabagique au sein de son parcours de soins de support avec l'appui du SSMIP. Afin d'étudier la faisabilité de ce projet et d'optimiser la mise en application des méthodes de sevrage tabagique, une évaluation des freins et leviers a priori à l'organisation de cette offre d'accompagnement a été réalisée au sein de la LCC Gironde. La mission qui m'avait alors été confiée durant le Master 1 Santé Publique était de participer à cette évaluation par l'intermédiaire d'une enquête qualitative auprès de patients fumeurs atteints de cancer.

Dans la continuité de ce stage et des étapes du projet ASTACAN, mes missions se sont divisées en deux axes étroitement liés à la configuration du projet ASTACAN :

- Un axe « recherche » visant à produire des connaissances sur l'accompagnement au sevrage tabagique dans le cadre des soins oncologiques de support portés par une association ;
- Une axe « intervention » visant à concevoir une intervention innovante, structurée et adaptée au contexte local avec le partenaire en vue de sa mise en œuvre sous de forme de pilote.



Des missions annexes supplémentaires, initialement non prévues, se sont ajoutées et sont venues enrichir ce stage.

3. Activités réalisées

Les activités que j'ai réalisées durant ce stage seront présentées en deux parties : les activités principales, liées au projet ASTACAN, et les activités annexes, liées à d'autres projets de recherche.

3.1. Les activités principales

Les activités de recherche, menées pour produire des connaissances sur l'accompagnement au sevrage tabagique dans le cadre des soins oncologiques de support portés par une association, sont principalement représentées à l'Annexe VIII.

L'évaluation des freins et leviers a priori à la mise en place d'une offre d'accompagnement au sevrage tabagique au sein du parcours de soins de oncologiques de support de la LCC Gironde a été poursuivie. En effet, l'ensemble des données recueillies lors de cette évaluation ont été triangulées, analysées et synthétisées dans un rapport d'évaluation et une note de synthèse. Les premières pistes d'actions qui ont été mises en lumière grâce à ces résultats ont également été intégrées au rapport pour être communiquées au partenaire.

En complément de ces données associées au contexte local et aux expériences des participants à l'évaluation, une scoping review sur les interventions probantes de sevrage tabagique dans le cadre des soins oncologiques de support portés par le milieu associatif pour identifier les stratégies interventionnelles disponibles dans la littérature sur le sujet et venir alimenter l'intervention fondée sur la théorie à élaborer.

Ensuite, pour aider à la structuration organisationnelle de l'intervention fondée sur la théorie, un cadre théorique a été conçu à partir de trois modèles organisationnels sélectionnés dans la littérature scientifique disponible. Le croisement de l'ensemble de ces données ont permis d'élaborer et de modéliser une intervention fondée sur la théorie avec la description du système de l'intervention au niveau des micro-, méso- et macro-environnements.

Dans les perspectives de la suite du projet de recherche, une préfiguration d'un protocole étude de cas a également été réalisée.

Ce stage a également été animé par une recherche bibliographique sur différents sujets afin d'alimenter la méthodologie utilisée et le contenu de chacune des missions évoquées ci-dessus. Ainsi, ont été menées :

- Une recherche bibliographique sur les freins et leviers au développement d'une offre d'accompagnement au sevrage tabagique dans le parcours de soins en cancérologie ;
- Une recherche bibliographique sur la méthodologie des scoping reviews, des logiques d'intervention et des études de cas ;
- Une recherche bibliographique sur les modèles organisationnels de soins primaires et secondaires existant dans la littérature.

Des activités de valorisation des résultats de recherche ont également été réalisées, notamment l'élaboration d'une note de politique récapitulative des résultats de ce mémoire à l'attention des partenaires du projet, la réponse à un appel à communication pour le partage des résultats lors d'un congrès sur les soins oncologiques de support et la réponse à un appel à rédaction pour la publication d'un article dans une revue sur les soins oncologiques de support.

Les activités de gestion de projet, menée en vue de concevoir une intervention structurée et adaptée au contexte local, ont principalement porté, dans le cadre de ce stage, sur l'animation du partenariat avec la LCC Gironde et l'échange des connaissances. En effet, tout au long du stage, des échanges ont eu lieu avec la LCC afin de les informer de l'avancée des travaux et de planifier les réunions. Par exemple, à la suite de l'évaluation des freins et leviers a priori, une réunion a été organisée avec la LCC dans le but de restituer les résultats, d'exposer les perspectives d'actions et de convenir des suites du projet. Initialement, il était prévu que la collaboration avec la LCC soit beaucoup plus participative, avec notamment la planification, la mise en place et l'animation de groupes de travail pour concevoir l'intervention et obtenir une vision partagée de celle-ci. Cependant, le consensus sur les perspectives d'actions n'a pas été immédiatement obtenu et les groupes n'ont pas eu lieu sur cette durée de stage. Après plusieurs mois d'échanges, un consensus a pu toutefois être obtenu lors d'une réunion dédiée à trouver un terrain d'entente et les groupes de travail sont prévus à compter du mois de septembre 2022.

3.2. Les activités annexes

Des activités annexes sont venues compléter les activités principales. En effet, je suis venue en appui sur des projets menés par d'autres membres de l'équipe de recherche. J'ai notamment aidé au recueil de données par passation de questionnaires et par observations dans le cadre de l'évaluation du projet « Évaluation Réaliste de l'Intervention Expériences Animées en milieu Scolaire de Nouvelle-Aquitaine » (ERIAS) ayant pour objectif de caractériser les effets sur les consommations d'alcool et de cannabis des adolescents et le recours à des professionnels de santé pour des consommations problématiques de ces substances, ainsi que sur le contexte et les mécanismes qui fondent ces effets. J'ai également participé à la restitution des résultats de l'étude pilote du programme « Accompagne-moi » (EPPAm) dont l'intervention vise à améliorer les pratiques professionnelles permettant aux enfants de développer leurs habiletés et leurs compétences socio-affectives.

Ce stage a également été l'occasion de participer aux réunions « Prévention et recherche » de l'équipe et aux réunions d'animation sur différentes thématiques. J'ai eu l'occasion d'animer une réunion d'animation d'une durée de deux heures sur le rapport « La politique de prévention en santé » publié par la Cour des comptes en décembre 2021. J'ai également participé à plusieurs groupes de travail, portant notamment sur l'analyse du rapport « Mission Santé jeunes » publié en mars 2022, sur l'éthique et l'*empowerment* dans la prise en charge du tabagisme, sur la méthodologie des études de cas et sur le transfert de connaissances, qui m'ont offert l'occasion de m'intéresser à toute une variété de domaines de recherche.

4. Résultats obtenus

Les missions confiées lors de mon stage ont été très diverses et m'ont ainsi permis d'explorer différentes domaines et thématiques de recherche et de réflexion. Elles m'ont permis de comprendre le déroulement de l'intégralité d'un projet de recherche en santé des populations et furent l'occasion de mettre en œuvre les étapes de la démarche en promotion de la santé, avec l'identification d'un objectif de santé, des déterminants de santé, puis des stratégies interventionnelles à activer pour agir sur ces déterminants, qui me semblent fondamentales en tant que future professionnelle de la santé publique et de la promotion de la santé. Elles ont grandement contribué au développement de mes réflexions, ainsi que de mes capacités d'adaptation. Ma participation à des réunions diverses avec de nombreux professionnels de la santé publique s'est révélée très instructive.

La plupart des activités confiées ont pu être menées à terme, à l'exception du processus de concertation avec les acteurs de terrain qui n'a pas eu lieu dans son intégralité en raison de divergences sur les perspectives d'actions à mettre en place sur le terrain. Néanmoins, cette expérience a permis de me préparer aux enjeux qui relèvent de la collaboration entre les chercheurs et les acteurs de terrain. Elle a également soulevé de nombreuses questions éthiques et partenariales qui sont explorées dans la suite de ce document.

PARTIE II – MEMOIRE

1. Introduction

2.1. Constats de départ : état des lieux des connaissances actuelles

2.1.1. Le tabagisme, un enjeu majeur de santé publique

➤ **Aux origines de la lutte contre le tabagisme en Europe et en France**

Bien que l'usage du tabac fût initialement une source d'étonnement pour les européens lors de la découverte du continent américain, cette pratique s'est popularisée en Europe à la fin du XV^e siècle en raison de son origine exotique, de son assimilation à une substance enivrante et des vertus thérapeutiques qu'on lui prêtait. En s'adaptant aux cultures locales, le tabagisme a alors connu un essor rapide au sein des sphères aisées de la société française, puis de toutes les catégories sociales (3). Au fil des siècles, la découverte d'une association entre le tabagisme et la survenue de nombreux problèmes de santé a fait de la lutte contre le tabagisme une priorité de santé publique et a contribué à une évolution du regard porté par la société sur celui-ci (3–5).

Grâce à l'engagement de nombreuses personnalités du monde de la santé, la loi Veil de 1976, première loi française de lutte contre le tabagisme, a ouvert la voie à toute une série de mesures réglementaires de lutte contre le tabac afin de prévenir l'entrée dans le tabagisme et d'accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt (6). Au cours des dernières décennies, les pouvoirs publics ont mis en œuvre la loi Evin de 1991, le décret Bertrand de 2006 et bien d'autres engagements politiques (5) qui ont notamment abouti à la proscription de toute forme de publicité en faveur du tabagisme, à l'interdiction de fumer dans tous les lieux à usage collectif (7,8), à des campagnes de prévention, à l'affichage d'avertissements sanitaires illustrés sur les paquets de cigarettes, à l'interdiction de vendre du tabac aux moins de 16 ans, aux augmentations successives des prix des produits du tabac ou encore à la mise en place de forfaits de remboursement des traitements nicotiques de substitution (TNS) entre 2007 et 2015 (6,7).

Par la suite, toutes ces mesures ont été renforcées par le lancement du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) dans le cadre de l'objectif 10 du Plan cancer 2014-2019 (9) avec la mise en place d'un paquet neutre pour maîtriser le marketing développé autour des paquets de cigarettes, l'augmentation du forfait des TNS pour améliorer l'accessibilité aux traitements de sevrage tabagique, l'intensification du dispositif de marketing social contre le tabac, notamment avec la création de la campagne « Mois sans tabac » (6).

Plus récemment, le Plan Priorité Prévention mis en place en 2018 et le Programme National de Lutte Contre le Tabac (PNLT) 2018-2022 ont été initiés par le gouvernement toujours dans l'objectif d'éviter l'initiation au tabagisme, d'encourager le sevrage tabagique et de prévenir les rechutes, notamment par l'augmentation du prix du paquet de cigarettes à 10 euros en 2020 (6,10). Aujourd'hui, plus de neuf personnes sur dix considèrent que le tabagisme favorise l'apparition d'un cancer, et parmi les fumeurs quotidiens, les trois quarts craignent d'être touchés par un cancer associé au tabagisme (7). Malgré cette perception négative, la consommation tabagique reste toujours très présente dans la société française.

➤ **Une situation épidémiologique française préoccupante**

Grâce à cet arsenal de mesures nationales, la prévalence du tabagisme dans la population âgée de plus de 18 ans a reculé ces dernières années, avec un passage de 34% à 31,8% de fumeurs quotidiens ou occasionnels entre 2017 et 2020 (11,12). Toutefois, malgré cette diminution, la situation reste préoccupante puisque la France s'est classée en quatrième position des pays les plus consommateurs de tabac au sein de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) en 2019 (13). En 2020, en France métropolitaine, plus d'un adulte sur quatre (soit exactement

25,5% de la population âgée entre 18 et 75 ans) déclarait fumer en moyenne 13 cigarettes par jour. Le tabagisme se répartit de manière inégale en fonction du sexe, mais également en fonction de l'âge. En effet, la prévalence du tabagisme quotidien est plus élevée chez les hommes ; elle était de 29,1% chez les hommes contre 22,0% chez les femmes en 2020 (12). Ce sont également les personnes âgées entre 35 et 44 ans qui présentent la plus forte consommation de tabac (11).

En outre, le tabagisme est marqué par des disparités sociales accentuées qui se sont aggravées ces dernières années. D'après le Baromètre de Santé Publique France de 2020, la prévalence de la consommation quotidienne de tabac est plus élevée chez les catégories sociales les plus défavorisées et cet écart avec les catégories sociales aisées tend à se creuser. Cela est constaté chez les personnes peu ou pas diplômées qui fument plus fréquemment que les personnes ayant fait des études supérieures (35,8% contre 17,3%). Par ailleurs, plus le revenu est faible, plus la prévalence du tabagisme quotidien est élevée ; elle est de 33,3% parmi les personnes dont le revenu mensuel correspond à la tranche la plus basse contre 18,0% parmi la tranche de revenu la plus élevée. Un constat similaire est effectué pour la situation professionnelle ; la prévalence du tabagisme quotidien est de 43,9% pour les personnes au chômage contre 27,1% pour celles qui ont un emploi (12). Cette consommation plus forte de cigarettes est notamment associée à une moindre adhésion aux messages de prévention, une moindre accessibilité économique aux traitements (4), une moindre perception du risque ou encore un jugement de la lutte contre le tabagisme comme moralisatrice et restrictive de liberté (14). Par ailleurs, certaines mesures ne permettent pas d'atteindre les fumeurs en situation de précarité et tendent à accroître les écarts entre les couches sociales. Par exemple, la politique de « dénormalisation » du tabagisme touche peu les catégories sociales défavorisées car l'intégration sociale ne dépend généralement pas du respect des normes sociales, mais dépend plutôt du maintien d'une distance avec celles-ci (4).

S'ajoutant aux inégalités sociales, les disparités régionales en termes de tabagisme sont également marquées. En 2017, le tabagisme quotidien chez les adultes variait de 21,3% à 32,1% selon les régions de la France métropolitaine (15). La région Nouvelle-Aquitaine chiffrait à 28,1% la prévalence de fumeurs quotidiens âgés de plus de 18 ans et elle présentait une incidence et une mortalité par pathologies associées au tabac proches de la moyenne nationale (16).

➤ **Un comportement complexe et difficile à combattre**

Si le tabagisme est difficile à combattre, c'est bien parce que la majorité des milliards de cigarettes achetées chaque année en France (17) ne sont pas fumées par choix et que le tabagisme entraîne une triple dépendance physique, psychologique et comportementale (18,19).

Cette dépendance est liée à un phénomène complexe qui résulte d'une rencontre entre de nombreux facteurs, à savoir, une substance au fort pouvoir addictif, une prédisposition individuelle et un environnement socio-culturel (20). Néanmoins, si les propriétés psychoactives de la nicotine contenue dans le tabac sont essentielles pour expliquer la dépendance physique et la difficulté à s'affranchir du tabagisme à court terme (21), ce sont les facteurs environnementaux, sociaux et économiques qui expliquent majoritairement la persistance du tabagisme et les freins à son arrêt à long terme. En effet, une fois les caractéristiques individuelles prises en compte, les études soulignent bien que la variabilité interindividuelle de la disposition à fumer provient du fait que les individus évoluent dans des contextes différents et que le tabagisme ne se limite pas à la responsabilité individuelle (22,23). En conséquence, bien que le désir d'arrêter de fumer soit présent chez 56,5% des fumeurs quotidiens (7), le sevrage est souvent difficile (18) et se caractérise par une rechute pour la moitié des tentatives d'arrêt (19).

➤ **Un comportement aux répercussions considérables sur la santé des populations**

Première cause de mortalité évitable dans le monde (24), la fumée du tabac est responsable de la survenue ou de l'aggravation de nombreuses pathologies (19). En effet, près de 8 millions de

personnes dans le monde (25) et 75 000 personnes en France décèdent chaque année d'une pathologie induite par le tabac (24).

Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer ne représente pas de risque (21). Quelles que soient la durée et la quantité fumée, le tabagisme multiplie les risques de survenue d'un grand nombre de pathologies, telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires ou encore les maladies respiratoires (26,27). Il est notamment responsable de 85% des broncho-pneumopathies chroniques obstructives dont il est le principal facteur de risque (19,27). Il est également le facteur aggravant de plusieurs pathologies, comme l'asthme, la tuberculose, le diabète de type 1 et de type 2, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, l'insuffisance rénale ou encore la dégénérescence maculaire (19). De plus, le tabagisme peut mener à des troubles de la fertilité et à des complications pendant la grossesse et l'accouchement (27). Mais plus particulièrement, le tabagisme est à l'origine de la survenue de 25% de l'ensemble des cancers (26,27).

2.1.2. Le tabagisme dans le contexte du cancer

➤ Epidémiologie des cancers en France

Malgré une poursuite du recul du taux de mortalité par cancer (10) et une amélioration de la survie qui résultent des progrès récents et continus en matière de détection précoce, de traitement et de survie aux cancers (10,13,28,29), les cancers représentent encore aujourd'hui la cause principale de mortalité en France. De plus, en raison du vieillissement de la population générale, l'incidence de cancers a augmenté (7,13,28). En effet, il était estimé que 157 400 décès par cancer étaient enregistrés (10), 3,8 millions de personnes étaient touchées par un cancer et 382 000 cancers sont survenus en France métropolitaine en 2018 (10,13,28). Parmi eux, les types de cancers les plus fréquents sont les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum chez les hommes et les cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon chez les femmes (13,28).

Le contexte de cancer est marqué par des inégalités sociales et territoriales en raison de la multiplicité des déterminants de cette maladie et de l'influence particulièrement forte des déterminants sociaux sur l'accès aux systèmes de prévention et de soins (30). En France, les inégalités de mortalité par cancer sont classées parmi les plus importantes d'Europe avec des chances de survie moindres pour les catégories sociales défavorisées (31). Ces inégalités sociales de mortalité résultent d'une succession d'inégalités sociales tout au long de l'histoire naturelle d'un cancer (32). En effet, les expositions aux différents carcinogènes dans les groupes sociaux défavorisés dessinent d'abord un gradient social en termes de survenue de cancer. De même, des études internationales montrent que les personnes issues des milieux sociaux les plus précaires font face à, un recours plus faible aux dépistages, une détection plus tardive des premiers symptômes de cancer en soins primaires, un diagnostic plus tardif, un pronostic moins favorable, une transmission d'informations moins satisfaisante des médecins vers les patients, un plus long délai d'accès aux soins spécialisés, mais également une probabilité réduite de recevoir des traitements anticancéreux et une surveillance des rechutes de moins bonne qualité dans les catégories sociales les plus faibles (33). En France, une étude menée en 2012 par l'Institut National du Cancer (INCa) sur les cancers les plus fréquents montre qu'il existe des différences de délais de prise en charge et d'accès aux soins, selon les zones géographiques, mais aussi selon les catégories socioéconomiques des patients (34). Une autre enquête française illustre que les personnes les moins diplômées et aux revenus les plus faibles sont souvent plus insatisfaites des échanges d'informations avec les professionnels de santé et de la prise en charge reçue (35).

Si l'on sait que des causes multiples interviennent dans la survenue de cancers, incluant les facteurs génétiques, comportementaux et/ou environnementaux (36) et que toutes les causes de cancers ne sont pas connues aujourd'hui, les résultats de l'étude du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) de 2018 montrent que 41% des nouveaux cas de cancers seraient attribuables à des facteurs de risque modifiables, c'est-à-dire qu'ils seraient liés à nos comportements, à nos modes de vie et à notre environnement. Parmi eux, les quatre principaux sont le surpoids et l'obésité,

l'alimentation, la consommation d'alcool et le tabagisme (36,37) (Annexe II). Ce dernier, composé de plus de 7 000 substances chimiques, dont 70 cancérigènes connus (38), reste le premier facteur de risque évitable des cancers en France et dans le monde (39). En 2015, 68 000 nouveaux cas de cancer, toutes localisations confondues, étaient attribuables au tabagisme (10,13,37). Le tabagisme est notamment responsable de plus de 80% des cancers du poumon, de près de 70% des cancers des voies aérodigestives supérieures (cavité nasale, cavité buccale, sinus, pharynx, larynx, œsophage) et de 35% des cancers de la vessie. Il est également impliqué dans la survenue des cancers du foie, du pancréas, de l'estomac, du rein, du côlon-rectum, de l'ovaire, du col de l'utérus, du sein et de certaines leucémies. Au total, le tabagisme augmente le risque de cancers pour 17 localisations différentes (7,39–41).

➤ **Les conséquences du tabagisme dans le contexte du cancer**

La prévention du tabagisme est la prévention la plus efficace de cancer (19). Toutefois, les répercussions de la consommation de tabac ne se limitent pas à la survenue de cancer. En effet, une fois le diagnostic de cancer établi, la poursuite du tabagisme entraîne des conséquences néfastes sur de multiples plans de la prise en charge en cancérologie (38).

D'abord, les données issues de la littérature révèlent que le tabagisme des patients atteints de cancer augmente la mortalité toutes causes confondues et la mortalité spécifique par cancer pour plusieurs localisations (38,42) comparé à un arrêt du tabagisme ou au fait de ne jamais avoir fumé. C'est notamment le cas des analyses menées par Warren et al. (43), mais également par Tao et al. (44) dans le cadre d'études de cohorte prospective. De même, dans les dix études cliniques évaluées par Parsons et al. en 2010 (45), le taux de survie après 5 ans était de 33% chez les patients continuant à fumer, contre 70% chez les patients ayant arrêté de fumer. En outre, plusieurs auteurs ont estimé un gain d'espérance de vie chez les fumeurs en fonction de l'âge d'arrêt de la consommation tabagique (27,46,47).

Ensuite, la poursuite du tabagisme après le diagnostic d'un cancer conduit à un risque accru de récurrence (42,45,48) et d'apparition de seconds cancers primitifs (42,47,49). En effet, d'après l'INCa, le tabac est impliqué dans la survenue d'une proportion importante de seconds cancers primitifs, par son action cancérigène directe, mais aussi indirecte, via son interaction avec certains traitements anticancéreux (50). Des constats similaires ont été effectués par des études menées dans des pays du monde entier chez des populations différentes en termes de localisations, de stades de cancer et de traitements reçus (45,47,51–55). À celles-ci s'ajoutent d'autres études qui mettent en exergue que le tabagisme jouerait un rôle de promoteur vis-à-vis d'une tumeur déjà existante, augmentant ainsi le risque de prolifération du cancer (41,43,49).

De plus, les données disponibles suggèrent que le tabagisme peut également altérer la tolérance des patients aux traitements anticancéreux administrés (56,57), augmenter leur toxicité (41,41,42) et perturber leur efficacité (41,47,56,57), comme c'est le cas de la chimiothérapie et la radiothérapie (42,58,59). Le tabagisme est également associé à une augmentation du risque de complications péri-opératoires et post-opératoires (infection du site opératoire, absence de consolidation osseuse, lenteur de cicatrisation, complications respiratoires ou encore augmentation de la durée de séjour hospitalier) (42,58).

Enfin, quel que soit le stade du cancer (42), le tabagisme conduit à une détérioration de la qualité de vie des patients (19,41,42,47,60). En effet, les études mettent en évidence une qualité de vie plus faible chez les patients qui continuent à fumer aussi bien dans les dimensions physiques que psychiques, émotionnelles et sociales (42). Inversement, une association entre l'arrêt du tabagisme et la perception d'une meilleure qualité de vie a été démontrée (49,61).

Tous ces éléments, souvent peu connus et pris en compte, suggèrent qu'il existe toujours des bénéfices à l'arrêt du tabagisme quel que soit l'âge, le stade et la localisation du cancer diagnostiqué (42,47). Ainsi, la démarche d'accompagnement vers l'arrêt du tabagisme apparaît comme un nouvel enjeu du parcours de soins en cancérologie qui ne vise plus seulement à diminuer la survenue du

cancer, mais également à améliorer les conditions de vie et de soins des patients atteints de cancer (42,47,49,62).

2.1.3. La place du sevrage tabagique dans le parcours de soins en cancérologie

2.1.3.1. Un contexte de cancer considéré favorable au sevrage tabagique

➤ **Un « teachable moment for smoking cessation »**

Près de 20% des patients fument au moment de l'annonce du cancer (41). Par la suite, entre 30 et 60% des patients arrêtent de fumer en fonction des études. En effet, d'après l'enquête VICAN2, menée en France en 2012, 37% des patients fumeurs au moment du diagnostic avaient cessé de fumer deux ans après le diagnostic (35). Des résultats comparables ont été obtenus dans l'étude VICAN5 où 39,8% des patients fumeurs étaient devenus abstinentes cinq ans après le diagnostic (63). De même, plusieurs études anglophones ont abouti à des résultats similaires (64,65). L'une d'entre elles confirme que le taux d'arrêt est supérieur chez les personnes diagnostiquées avec un cancer comparé à celles qui n'ont pas eu un cancer (65). Par ailleurs, le taux d'arrêt est plus élevé si une démarche de sevrage est débutée pendant les périodes d'hospitalisation (57,66–68). Comme le montre l'étude de Tang et al., l'évocation de l'arrêt du tabac avec les patients qui ont une suspicion de cancer augmente également les chances de sevrage (69).

Ainsi, le contexte de cancer est qualifié de « teachable moment for smoking cessation » par de nombreux auteurs, c'est-à-dire que les patients atteints de cancer présentent une plus grande motivation pour arrêter de fumer (67,70). En effet, le choc provoqué par l'annonce d'un cancer modifie le rapport qu'entretiennent les patients avec leur santé entraînant une prise de conscience des effets nocifs du tabagisme sur la santé (71–73) et un désir de réduire les comportements à risque (42).

Par ailleurs, il a été montré que le taux d'arrêt du tabagisme est plus important si une aide au sevrage est proposée au moment du diagnostic de cancer (42,74). Cependant, les patients ne sont souvent pas prêts à solliciter de l'aide et donc, ne sont souvent pas accompagnés. Ainsi, près de deux patients fumeurs sur trois continuent de fumer à distance du diagnostic, et particulièrement ceux dont le cancer n'est pas connu pour être associé au tabagisme (41,75). Parmi eux, la majorité exprime le besoin d'un accompagnement dans cette démarche. En effet, dans une enquête réalisée par l'Institut Régional du Cancer de Montpellier, 68% des fumeurs ont déclaré vouloir arrêter de fumer dans les six mois à venir et parmi eux, 47,1% ont exprimé le souhait d'une aide dans cette démarche (75).

➤ **Des recommandations à la systématisation de la proposition d'accompagnement à l'arrêt du tabagisme en cancérologie**

Compte tenu des effets liés au tabagisme sur les traitements de cancer et du « teachable moment for smoking cessation », la systématisation du repérage du statut tabagique et la proposition d'un accompagnement à l'arrêt du tabagisme après un diagnostic de cancer apparaissent comme un enjeu important de la prise en charge personnalisée du patient (42). La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, dans son axe qui prévoit de prioriser la prévention par rapport au curatif, indique d'ailleurs que « la réduction du tabagisme reste notre priorité absolue » (76) et le PNLT déclare que « l'accompagnement à l'arrêt du tabac doit constituer un élément à part entière du traitement d'un cancer » (77).

Tous les professionnels qui interviennent en cancérologie ont un rôle à jouer dans l'aide à l'arrêt du tabagisme chez les patients atteints de cancer (47,62). En effet, un fumeur a 80% de chance supplémentaire de cesser de fumer sur le long terme s'il reçoit l'aide d'un ou plusieurs professionnels de santé du parcours de soins (42,62,78). Chaque consultation avec un patient fumeur constitue donc une nouvelle opportunité d'aborder la question du tabagisme (62).

Ainsi, dans le cadre de la cancérologie, la HAS invite tous les professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins des patients à suivre une démarche de sevrage organisée qui peut être déclinée en trois étapes basées sur les méthodes des 5A ou des 3A (79) (Annexe III) :

- 1) Repérer systématiquement le statut tabagique et suivre régulièrement son évolution au cours de la prise en charge : tout professionnel de parcours de soins doit interroger systématiquement le statut tabagique et évaluer la consommation, le niveau de dépendance, la présence de co-consommations et la motivation à l'arrêt du patient.
- 2) Délivrer un conseil d'arrêt clair et personnalisé : tout professionnel doit sensibiliser le patient à l'arrêt du tabagisme, délivrer le conseil minimal à l'arrêt et rappeler les moyens existants pour accompagner efficacement l'arrêt du tabagisme et soulager les symptômes de sevrage. Ce conseil à l'arrêt doit être délivré aussi bien aux patients motivés qu'à ceux qui n'ont aucune motivation pour arrêter.
- 3) Veiller à ce qu'un accompagnement au sevrage tabagique soit initié et que le patient soit orienté de façon adaptée vers un professionnel qui prendra le relais pour cet accompagnement : tout professionnel doit proposer des méthodes d'accompagnement qui permettent d'initier le sevrage tabagique et d'orienter le patient afin qu'il bénéficie d'un accompagnement inscrit dans la durée (18,19,27,42,56,80,81).

Dans cette troisième étape, le traitement du patient fumeur dépendant repose sur l'association des traitements pharmacologiques et des interventions cognitives et comportementales qui optimise les chances de succès au sevrage (56,82–84). Une fois que le patient a arrêté de fumer, l'accompagnement doit également viser à prévenir les rechutes. Celles-ci sont fréquentes au cours du cheminement vers le changement de comportement du patient (85), notamment au terme de la première année où le taux de rechute concerne près d'un patient sur deux (86). Pour prévenir ces rechutes, il est important d'identifier les facteurs qui peuvent inciter l'ancien fumeur à une reprise du tabagisme (82).

2.1.3.2. Des défis professionnels et éthiques

➤ Un décalage entre les pratiques professionnelles et les recommandations

Malgré le bénéfice démontré à aborder la question du sevrage au cours du parcours de soins, l'importance dédiée au sevrage tabagique par les professionnels de santé et la motivation à l'arrêt des patients lors du diagnostic de cancer et des traitements, les pratiques des professionnels de santé en ce qui concerne le sevrage tabagique ne sont pas toujours en adéquation avec les recommandations évoquées précédemment. En effet, l'enquête sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé intervenant en cancérologie réalisée par l'INCa en 2014 a mis en exergue que la majorité des professionnels interviewés considéreraient que l'accompagnement au sevrage tabagique faisait partie de leur rôle (42). Pourtant, le sujet de la consommation de tabac reste très peu abordé dans le parcours de soins en cancérologie et lorsque le statut tabagique est repéré, les professionnels ne parviennent pas toujours à délivrer les conseils à l'arrêt, à évaluer la motivation à l'arrêt et à évoquer les options de traitements envisageables à la démarche d'arrêt (42,87,88).

Dans le cadre de l'enquête menée par l'INCa en 2014, les entretiens réalisés avec les patients ont montré qu'il existait un manque de prise de parole de la part des professionnels de santé sur le sujet (42). En 2015, seulement 30,6% des fumeurs déclarent avoir abordé la question du tabac avec un médecin lors des douze derniers mois, à part égale entre initiative du fumeur et initiative du médecin. Parmi eux, 53,5% déclarent que leur médecin leur a suggéré une aide au sevrage tabagique, soit 16,4% de la totalité des fumeurs quotidiens (7). Des études menées dans d'autres pays ont abouti à des constats similaires. Une étude réalisée aux Etats-Unis, auprès de 94 patients atteints de cancer bronchique, a mis en évidence que la moitié des participants n'avaient pas bénéficié d'une aide à l'arrêt du tabagisme (89). Une autre enquête réalisée en Nouvelle-Zélande dans un centre de soins en cancérologie a montré que le statut tabagique n'était pas identifié dans le dossier médical pour 46%

des patients (90). Une troisième étude menée en Jordanie a mis en évidence que les pratiques professionnelles les plus fréquentes consistaient à demander aux patients s'ils fumaient et à conseiller l'arrêt du tabagisme dans respectivement 50% et 45% des cas. Or, dans cette même étude, seulement 13% des professionnels déclaraient accompagner ou orienter les patients vers une intervention d'arrêt du tabagisme (91). Par ailleurs, l'évocation de l'arrêt du tabac varie en fonction de la localisation du cancer et du stade de cancer. En effet, une aide au sevrage est souvent moins proposée chez les patients dont le cancer n'est pas connu pour être lié directement au tabagisme (42) et chez les patients qui sont diagnostiqués à un stade tardif de la maladie (92).

➤ **Les enjeux éthiques soulevés par la question tabagisme**

Parce que le cancer est une maladie très grave et généralement mortelle, la question de l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme met en jeu des questions éthiques fondamentales (93).

L'annonce d'un diagnostic de cancer bouleverse la vie des patients, marque le commencement d'une prise en charge lourde et douloureuse, et exacerbe ainsi la vulnérabilité psychologique des personnes diagnostiquées. Cette vulnérabilité peut être liée à l'angoisse de se savoir atteint d'une maladie considérée comme très dure à vivre et à guérir, à l'accès aux traitements appropriés au vu de leur coût, à l'inquiétude de faire face à la toxicité des thérapeutiques anticancéreuses et au besoin et à l'accessibilité à un accompagnement complet sur les plans médical, psychologique et social. Face à ces enjeux, depuis 2003, un dispositif d'annonce réglementaire a été défini pour assurer aux patients de bénéficier des meilleures conditions d'annonce de diagnostic possible. Les stratégies politiques qui ont suivi, soulignent les nombreux enjeux éthiques soulevés tout au long du parcours de soins (93).

Contrairement à la cancérologie, il n'existe pas de principes éthiques clairement articulés qui puissent guider l'accompagnement au sevrage tabagique. De nombreux articles mettent en lumière des tensions éthiques entre ceux qui considèrent que chaque personne est responsable de sa décision de prendre des risques concernant sa santé et ceux qui affirment que le tabagisme est un phénomène bien plus complexe (93–95). Il existe également d'autres tensions entre ceux qui estiment qu'un patient ne voulant pas arrêter de fumer ne doit pas être traité contre une maladie et ceux qui défendent le droit du patient à refuser d'être traité contre le tabagisme (93,94,96). Ces tensions amènent une absence de consensus en ce qui concerne les pratiques professionnelles de sevrage tabagique.

Face à la complexité du sevrage tabagique et à la situation douloureuse dans laquelle se trouvent les patients atteints de cancer, est-il éthiquement acceptable d'accompagner à arrêter de fumer en connaissant les symptômes associés au sevrage tabagique ? Comment agir si une personne ne souhaite pas arrêter de fumer ? Comment trouver un équilibre entre les enjeux de santé publique et le respect de la volonté de la personne ?

L'éthique médicale définit quatre principes fondamentaux qui sont également acceptés dans le domaine de la santé publique pour fonder sa pratique professionnelle :

- La bienfaisance qui consiste au devoir d'agir pour le bien d'autrui et la recherche de conséquences favorables pour les individus ;
- La non-malfaisance qui répond au devoir de ne pas nuire et de faire attention aux conséquences négatives pour les individus ;
- La justice qui cherche à répondre aux disparités en matière de santé qui existent dans le domaine du tabagisme ;
- Le respect de l'autonomie qui implique le droit d'être libre de toute influence contrôlante et de faire des choix pour sa santé (97).

Ces principes permettent de réfléchir aux enjeux sous-jacents à chaque intervention professionnelle. Toutefois, l'éthique ne doit pas être cantonnée au stade de la réflexion, mais doit alimenter fondamentalement les interventions en prévention et promotion de la santé afin d'assurer que l'intervention fonctionne en adéquation avec les principes éthiques, mais également que les professionnels agissent de manière éthique (98,99).

2.1.3.3. Un système de soins favorable à l'amélioration des organisations et des pratiques professionnelles

➤ Un parcours de soins qui implique de nombreux professionnels et traitements

Lorsque le diagnostic de cancer est confirmé, un long parcours de soins aux nombreuses étapes commence (Annexe IV), rendant essentielle la motivation du patient (100). Ce parcours doit intégrer une prise en charge globale, structurée et continue du patient, au plus près de chez lui (101). Communément co-construit entre le patient et l'équipe soignante, ce parcours est formalisé par écrit sous la forme d'un programme personnalisé de soins (PPS) en cancérologie adapté aux besoins exprimés par le patient et identifiés par l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du cancer. Il est ajusté tout au long du parcours afin de favoriser la prise en compte de l'évolution des besoins du patient tout en préservant la continuité de ses soins et sa qualité de vie (102).

Généralement, deux grandes méthodes thérapeutiques sont associées : les traitements destinés à traiter le cancer lui-même et les soins oncologiques de support (SOS) (102). Les principaux traitements spécifiques du cancer sont la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie (102,103). D'autres types de traitements anticancéreux peuvent être utilisés, dont notamment l'hormonothérapie et l'immunothérapie (103). Effectués conjointement aux traitements spécifiques de cancer, les SOS font partie intégrante du traitement contre le cancer (102,104,105). Les SOS sont définis par la Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a » (105). Plus précisément, ce sont des soins qui visent à répondre aux besoins pouvant survenir pendant la maladie et après la maladie, à atténuer les symptômes liés au cancer ou à ses traitements (106) et à assurer la meilleure qualité de vie possible sur les plans physique, psychologique et social (104). Le socle de base des SOS comprend la gestion de la douleur et de la fatigue, la prise en charge diététique et nutritionnelle, l'accompagnement psychologique, mais également la prise en charge sociale, familiale et professionnelle. A cela, peuvent s'ajouter la prise en charge des problèmes digestifs, respiratoires, génito-urinaires, dermatologiques et odontologiques, la reprise d'une activité physique adaptée, l'aide à l'amélioration de l'image corporelle (socio-esthétique, art-thérapie), les approches psychocorporelles (sophrologie, acupuncture, hypnose, méditation pleine conscience), la prise en charge des troubles de la sexualité et l'accompagnement à la fin de vie (103,104,107). Les SOS peuvent également intégrer le soutien en addictologie, dont l'aide au sevrage tabagique (102,104).

Face à la diversité des traitements envisageables en fonction du type de cancer et des besoins du patient, une multitude de soignants est susceptible d'intervenir dans le parcours de soins en oncologie, à savoir des professionnels de santé investis dans les traitements spécifiques du cancer et dans les SOS (médecins oncologues, infirmiers coordinateurs, équipe soignante du domicile ou du service hospitalier, etc.) et des professionnels de santé ou non qui consacrent toute leur activité aux SOS (onco-psychologues, assistants sociaux, diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, socio-esthéticiennes, métiers de la rééducation fonctionnelle, art-thérapeutes, médecins de la douleur, etc.) (107). Ces derniers interviennent souvent dans les lieux de soins, en libéral ou au sein de structures dédiées, comme les associations de soutien (104).

En raison des répercussions néfastes du tabagisme sur les effets des traitements anticancéreux et la qualité de vie des patients, de la lourdeur des soins, de la vulnérabilité psychologique, de la rechute fréquente et de la possibilité de décompenser sur d'autres addictions, les patients atteints de cancer se trouvent dans une situation complexe qui exige l'adoption d'une vision globale et patient-centrée dans le cadre de la prise en charge du tabagisme. De plus, l'organisation du parcours de soins en cancérologie, associée à la diversité des professionnels impliqués, peuvent favoriser l'adoption de cette vision globale et l'ajustement de l'offre de sevrage tabagique en fonction des besoins du patient. Le panier des SOS semble pouvoir former un levier dans l'accompagnement non médicamenteux au sevrage tabagique.

➤ **Les associations dédiées aux patients atteints de cancer : l'exemple de la Ligue Contre le Cancer**

En raison des multiples déterminants qui influencent l'état de santé d'une population, comme les patients atteints de cancer, les institutions hospitalières ne peuvent satisfaire à elles seules tous les besoins des patients en termes de santé. Tout un ensemble de services viennent compléter cette offre institutionnelle et considèrent les individus avec une vision globale. C'est le cas du secteur associatif dont l'offre se situe à l'interface du champ sanitaire et du champ social qui constitue souvent un angle mort des institutions. En France, un large pan des services de proximité émane des associations, dites « loi de 1901 », des organismes à but non lucratif qui regroupent des bénévoles, souvent connus sous le nom d'organisations communautaires dans la culture anglo-saxonne. Présentes à toutes les étapes du parcours de soins des patients atteints de lourdes maladies, les associations gravitent autour de tous les acteurs impliqués dans le système de soins, et constituent un maillage de services locaux et un espace propice à l'émergence d'idées (108).

Du fait de leur proximité avec les patients et de leur écoute, elles ont une bonne connaissance des patients, de leur vécu et de leurs problèmes spécifiques, ce qui favorise la prise en compte d'une vision globale et leur qualité de vie. Par ailleurs, grâce à une offre de proximité accessible à des coûts réduits, les associations présentent un fort potentiel pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (109).

Toutes ces caractéristiques s'appliquent aux associations qui œuvrent dans le domaine des SOS. En effet, ce sont des acteurs clés des services de proximité en santé qui entretiennent des relations étroites avec les patients qu'elles peuvent suivre tout au long de leur parcours de soins. De ce fait, elles ont le potentiel de jouer un rôle pivot dans l'organisation d'une prise en charge du tabagisme adressée aux patients atteints de cancer.

La Ligue Contre le Cancer (LCC) est une fédération associative nationale qui regroupe 103 comités départementaux, 36 Espaces de Rencontres et d'Information et plus de 300 Espaces Ligue en France (110,111). Chacun de ses comités forme une association loi de 1901 indépendante en matière de décisions stratégiques ou organisationnelles relatives aux moyens humains et financiers engagés, tout en conservant des liens avec la Ligue nationale et les 102 autres comités départementaux.

En Gironde, la LCC comprend 12 000 adhérents et accueille 200 bénévoles dont près de 140 professionnels de santé et de bien-être non prescripteurs qui prodiguent des SOS aux patients bénéficiaires (110). Impliquée dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 (76) (Annexe V), elle mène quatre champs d'actions :

- De recherche : « Chercher pour guérir ». Elle participe au financement de la recherche en cancérologie en France pour une meilleure compréhension du cancer et l'amélioration de la prise en charge de cette maladie.
- De prévention : « Prévenir pour protéger ». Elle propose des dispositifs de prévention sur les facteurs de risque du cancer.
- De mobilisation : « Mobiliser la société : changer les mentalités face au cancer ». Elle mène notamment une activité de plaidoyer et se fait porte-parole dans la promotion des droits des patients atteints de cancers.
- D'accompagnement : « Améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leurs proches ». Elle propose notamment un parcours de SOS dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des patients et de les rendre acteurs de leur santé (activités physiques adaptées, soins socio-esthétiques, consultations diététiques, soutien psychologique, sophrologie, réflexologie, ateliers d'expression, groupes de convivialité, etc.). Elle offre également un accompagnement et un soutien aux proches des patients. Son parcours intègre différents modes de prise en charge, à savoir le présentiel avec son Espace Ligue, le domicile avec le DomiLigue, une équipe mobile, et le distanciel avec la visioconférence (110,111).

2.2. Questionnement et objectifs

L'ensemble des constats précédents invitent à explorer plus en profondeur la place que pourraient avoir les associations, qui proposent des soins oncologiques de support, dans la démarche de sevrage tabagique chez les patients atteints de cancer. Ce mémoire cherche à répondre à la problématique de recherche suivante : **comment développer l'accompagnement vers l'arrêt du tabagisme des patients atteints de cancer dans le cadre des soins de support proposés par une association ?**

L'objectif principal de ce mémoire de recherche est de **comprendre les éléments interventionnels et contextuels d'un accompagnement au sevrage tabagique efficace des patients atteints de cancer dans le cadre des soins de support proposés par une association.**

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les freins et les leviers à la mise en place d'un parcours d'accompagnement au sevrage tabagique chez les patients atteints de cancer
- Identifier les interventions probantes et leurs composantes concernant l'accompagnement au sevrage tabagique dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association
- Elaborer une logique d'intervention pour un sevrage tabagique efficace dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association en s'appuyant sur un cadre théorique.

2.3. Cadre conceptuel

2.3.1. La complexité des interventions en prévention et promotion de la santé

Les interventions en prévention et promotion de la santé sont considérées comme complexes (112–114). Cette complexité est générée par la multiplicité des composantes des interventions, le nombre de niveaux organisationnels ciblés, la multitude d'acteurs impliqués, la difficulté du processus de changement de comportements pour la population ciblée et la variabilité des résultats possibles (112,113). Cette complexité provient également des spécificités du contexte dans lequel les interventions sont mises en œuvre. En effet, les éléments qui appartiennent à l'intervention et ceux qui appartiennent au contexte interagissent dynamiquement et étroitement entre eux pour engendrer des mécanismes, qui entraînent à leur tour les résultats de l'intervention. Au fil du temps où ces interactions se produisent, l'intervention mise en œuvre s'adapte, c'est-à-dire qu'elle modifie son contexte, qui, à son tour, transforme l'intervention qui produit ensuite des effets sur les déterminants et la santé des populations. Ainsi, les effets d'une intervention sont attribuables à ses composantes et sont modulés par les caractéristiques du contexte dans lequel elle est mise en œuvre (115). Cette configuration est qualifiée de « système interventionnel » (Annexe VI) qui est défini par Cambon et al. comme un ensemble d'éléments humains, tels que les connaissances, les attitudes, les représentations ou les compétences psychosociales, et d'éléments non humains, comme les ressources matérielles ou financières, dans un temps et un espace délimités, générant des mécanismes qui constituent des conditions préalables aux changements de comportements à impact sur la santé (116). En prenant en compte ces dimensions interactives et adaptatives des interventions dans un contexte précis, les données issues de la littérature invitent à s'intéresser à la compréhension du système interventionnel dans son ensemble sans chercher à isoler l'intervention de son contexte (115).

En raison du rôle majeur de la variabilité du contexte sur le fonctionnement, l'évolution et les résultats des interventions en prévention et promotion de la santé, ces dernières ne peuvent pas être envisagées comme des solutions « clés en main » et doivent toujours être adaptées à leur contexte (117). En effet, il est communément acquis en promotion de la santé que le développement d'interventions exige une vision globale des déterminants de la santé, qu'ils soient situés au niveau des individus, de l'environnement ou de l'organisation du système de soins de santé (118), et que ces interventions ne peuvent être que plus efficaces si elles sont adaptées aux circonstances locales (112).

Par ailleurs, du fait de leur complexité, les interventions en prévention et promotion de la santé exigent des démarches évaluatives innovantes qui peuvent permettre de « prendre en compte l'influence du contexte dans la mesure où il affecte la manière dont nous comprenons le problème et le système, informe la conception de l'intervention, façonne la mise en œuvre, interagit avec les interventions et modère les résultats » (116). En effet, les essais contrôlés randomisés, considérés comme la référence pour évaluer l'efficacité des interventions, peuvent se révéler inadaptés à l'évaluation en milieu complexe compte tenu du fait qu'ils n'intègrent pas les aspects dynamiques du contexte qui sont indissociables des effets de l'intervention. L'enjeu ne se limite alors pas à la seule évaluation de leur efficacité, mais réside également dans l'exploration des processus, des mécanismes et des éléments de l'intervention, ainsi que de la manière dont ceux-ci interagissent avec le contexte (119). Ce nouveau paradigme soutient les évaluations fondées sur la théorie qui permettent de comprendre comment les interventions fonctionnent dans le monde réel par la clarification des mécanismes qui sous-tendent l'intervention et qui engendrent ses résultats à court, moyen et long termes selon le contexte (112,116,120,121). Le principe de base est de fonder l'évaluation sur une conceptualisation explicite de la théorie utilisée pour définir la collecte de données, de sorte que la théorie conceptualise les caractéristiques de l'intervention qui doivent être explicitées et validées par le processus d'évaluation (122). Il ne s'agit plus seulement d'évaluer si l'intervention est efficace ou non, mais d'ouvrir la « boîte noire » de l'intervention pour comprendre comment les éléments interventionnels ont interagi avec les éléments contextuels afin de produire les résultats observés et pour expliquer comment, pour qui et dans quelles conditions une intervention peut être efficace (115,120,123). Ainsi, l'attention est accordée à la conception de l'intervention elle-même et aux conditions nécessaires pour engendrer les mécanismes et soutenir la portée de l'intervention lors de sa mise en œuvre dans le monde réel (114).

2.3.2. Un type d'intervention fondée sur la théorie : la logique d'intervention

2.3.2.1. Vers une « evidence-based health promotion »

Les interventions sont généralement conçues selon l'expérience, la connaissance et l'intuition des acteurs de terrain, mais ces derniers n'établissent souvent pas de lien entre leur travail et les concepts théoriques (124). Dans le contexte français, où la reconnaissance de la promotion de la santé évolue progressivement, la nécessité de mettre en place des interventions en prévention et promotion de la santé, dont l'efficacité a été prouvée, est mise en avant. Ainsi, il est de plus en plus demandé aux acteurs de terrain de fonder leur pratique sur les données probantes. On parle alors de démarche probante en promotion de la santé (*evidence-based health promotion*). Celle-ci correspond à l'« utilisation d'informations, issues de la recherche et des études systématiques, permettant d'identifier les déterminants et facteurs qui influencent les besoins de santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et une population donnés » (125). Cette démarche intègre les savoirs scientifiques issus de la recherche aux savoirs expérientiels et scientifiques pour éclairer la pratique lors des phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des interventions (126,127).

Cependant, les acteurs de terrain sont confrontés à un accès difficile aux données probantes en raison d'un manque de données disponibles sur les interventions en prévention et promotion de la santé, mais également d'un soutien insuffisant pour repérer et utiliser ces données dans leur pratique (117).

2.3.2.2. La recherche interventionnelle en santé des populations

Afin de soutenir une pratique fondée sur les données probantes, un type de recherche prend de l'ampleur : la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) (117). Alimentée par la

recherche dans de multiples domaines (évaluation, sciences humaines et sociales, science politique, épidémiologie sociale, etc.), la RISP est définie par l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC) comme l'utilisation des méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, les programmes et les politiques qui opèrent à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur de la santé et qui sont susceptibles d'avoir un impact favorable sur la santé des populations (128). Au-delà de la production de connaissances sur l'efficacité des interventions, la RISP favorise la compréhension des déterminants de la santé, des leviers d'intervention prometteurs, des conditions d'implémentation et des stratégies d'évaluation. Elle s'intéresse également aux processus, aux mécanismes, aux effets et aux impacts des interventions (114,123). Ainsi, la RISP ne se focalise pas uniquement sur les problèmes, mais cherche à comprendre de manière approfondie les solutions envisageables pour surmonter ces problèmes. Il s'agit de déplacer le point focal de la recherche de l'évaluation de l'efficacité d'une intervention à un large éventail de questions, comme la considération des interactions entre l'intervention et son contexte, la théorisation du fonctionnement de l'intervention, l'identification des mécanismes engendrés et des effets inattendus de l'intervention ou encore la généralisation et la transférabilité des résultats à d'autres contextes (117).

Pour parvenir à la production de ces connaissances, la RISP est fondée sur plusieurs principes. D'après McLaren et Have (129), la RISP doit reposer sur une perspective socio-écologique qui considère l'ensemble des déterminants de la santé et leurs interactions entre les différents niveaux (individuel, interpersonnel, organisationnel, communautaire, politique), sans faire peser le poids du changement de comportement sur les individus seuls. Un second des principes fondamentaux sous-tendus par la RISP est toute intervention de recherche doit être conçue et mise en œuvre en collaboration avec les organisations et les professionnels qui sont au cœur de l'intervention de sorte qu'ils deviennent de vrais partenaires de la recherche. Ce partenariat permet de mieux prendre en compte les savoirs expérientiels des acteurs de terrain et de toutes les personnes concernées par le projet, et permet ainsi à l'intervention d'être insérée dès le départ dans son contexte local, ce qui accroît ainsi son acceptabilité, sa légitimité, sa pertinence et finalement ses chances de pérennité. En effet, les chercheurs sont souvent accusés d'ignorer les besoins du terrain, de concevoir et de tester des interventions que personne ne serait en mesure de mettre en œuvre dans la vie réelle (128). Ensuite, la RISP impose d'avoir recours aux données probantes, pour mieux se saisir des déterminants de la santé et des connaissances antérieures sur la problématique étudiée, de recenser et d'analyser l'efficacité des interventions déjà existantes dans le domaine ciblé (117). Enfin, la RISP implique d'avoir recours aux cadres théoriques en sciences humaines et sociales afin de fonder les programmes sur des théories solides, au-delà du sens commun, de l'expérience ou de l'intuition des acteurs. Par exemple, l'identification des déterminants sociaux du problème de santé implique de recourir à un ou plusieurs cadres théoriques, comme le modèle socio-écologique, pour mieux comprendre les déterminants considérés à chaque niveau (individuel, interpersonnel, organisationnel, communautaire, politique) (118).

2.3.3. Les approches fondées sur la théorie

2.3.3.1. Améliorer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions

Au sein de la RISP, un consensus se dégage sur le fait que l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions devraient s'appuyer sur une ou plusieurs théories car ils est considérées que leur utilisation permet de produire des interventions plus efficaces (120). Une théorie est définie par Nilsen comme « un ensemble de principes ou d'énoncés analytiques conçus pour structurer notre observation, notre compréhension et notre explication du monde » (130). Ainsi, une théorie peut former un point de départ utile au développement et à la mise en œuvre d'une intervention car elle explicitera la modélisation de l'intervention et aidera l'identification de l'ensemble des éléments à incorporer dans

l'intervention pour qu'elle fonctionne (120). On peut alors parler d'« action model » ou de logique d'intervention (121,122).

L'évaluation permettra de tester et d'affiner la théorie afin d'acquérir une compréhension fine du fonctionnement de l'intervention appliquée dans le contexte réel, de ses mécanismes, de ses effets, et si ceux-ci sont conformes à ce qui était attendu lors de sa conception (120). Cette précision de la théorie participera au « change model » qui s'intéresse aux composantes explicatives et aux mécanismes qui influencent l'atteinte des objectifs de l'intervention (121,122). Les résultats de l'évaluation permettront également d'optimiser la portée de l'intervention fondée sur la théorie dans des contextes semblables, différents ou plus généraux (120).

Avant la planification de l'évaluation, il est alors nécessaire de disposer d'informations claires sur le contexte, de savoir comment l'intervention fondée sur la théorie a été conçue et comment les concepts théoriques ont été sélectionnés et appliqués dans la conception de l'intervention. De cette manière, l'intervention fondée sur la théorie pourra être évaluée avec la prise en compte de ses concepts sous-jacents et des enseignements pourront être tirés de cette évaluation (120).

Il existe des outils pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions en prévention et promotion de la santé fondées sur la théorie, comme le cadre de l'Intervention Mapping (126) ou encore le Medical Research Council Framework (114).

2.3.3.2. Le Medical Research Council Framework

Il peut être utile de considérer les rôles de la théorie en relation avec les directives du Medical Research Council (MRC). Le MRC propose un cadre pour aider les chercheurs dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions complexes (112). Ce cadre conçoit la compréhension des interactions entre une intervention complexe, son contexte et les mécanismes qui en découlent, comme une approche majeure aux données probantes pour qu'elles viennent alimenter la pratique (113). Il aide les chercheurs à décrire une théorie d'intervention (*program theory*) c'est-à-dire comment et dans quelles conditions une intervention est censée amenée aux résultats visés. Une théorie d'intervention bien développée peut aider à identifier les caractéristiques de l'intervention qui doivent être adaptées selon le contexte, et les mécanismes clés qui devraient être conservés même s'ils sont mis en œuvre de manière légèrement différente (114). Pour cela, il invite à une description théorique précise des composantes de l'intervention et des variations autorisées et interdites parmi ces composantes. Cette approche permet à la mise en œuvre d'une intervention complexe de varier selon les contextes tout en maintenant l'intégrité des composantes de base de l'intervention (114).

Selon le MRC Framework, la RISP peut être envisagée selon quatre phases qui ne sont pas nécessairement séquentielles (Annexe VII) :

- Le développement d'une intervention complexe fait référence à l'ensemble du processus de conception et de planification de l'intervention. Cette phase comprend l'identification et le recueil des données probantes, l'identification et le développement des théories (comme une théorie de changement de comportement, une théorie d'implémentation, un modèle organisationnel), le design de l'intervention fondée sur la théorie et la modélisation des processus et des résultats attendus. La modélisation d'une intervention complexe avant une évaluation peut fournir des informations importantes sur la conception de l'intervention et de l'évaluation.
- L'étude de la faisabilité de cette intervention explore l'acceptabilité, la mise en œuvre de l'intervention, l'adhésion ou les capacités des acteurs de terrain à intégrer l'intervention à leur pratique car les interventions sont souvent compromises en raison d'une absence d'étude visant à explorer si et comment une intervention sera saisie par les acteurs de terrain.
- L'évaluation de l'intervention comprend l'évaluation de l'efficacité, des processus et des mécanismes de l'intervention.

- L'implémentation de cette intervention qui doit être anticipée tout au long des phases de développement de l'intervention, de l'étude de la faisabilité, et de l'évaluation. Outre les résultats spécifiques à la mise en œuvre, il est essentiel de prêter attention aux composantes de la stratégie de mise en œuvre et aux facteurs contextuels qui soutiennent ou entravent la réalisation des impacts (112–114).

2.3.3.3. La logique d'intervention

Chen propose également un guide méthodologique sur les approches fondées sur la théorie qui se révèle complémentaire au MRC Framework et qui s'intéresse de près aux théories d'intervention. Chen définit la théorie d'intervention comme « une spécification de ce qui doit être fait pour atteindre les objectifs visés, quels autres impacts importants peuvent également être prévus, et comment ces objectifs et impacts visés seraient générés » (121). Cette théorie d'intervention permet donc une description précise et cohérente de l'intervention qui sera essentielle lors du design de l'évaluation. Elle peut être divisée en deux parties distinctes nommées précédemment : le « change model » et l'« action model », que nous nommerons modèle d'action.

Le modèle d'action décrit les stratégies interventionnelles, les activités, les moyens et les conditions estimés nécessaires à la réussite de l'intervention et la manière dont ces éléments vont interagir entre eux pour que le processus de changement de comportements puisse se produire. Ces éléments sont donc tout aussi importants que les mécanismes sous-jacents à une théorie d'intervention. Le modèle d'action s'apparente à ce qu'on appelle la logique d'intervention, un processus de RISP qui permet de répondre à la fois aux enjeux scientifiques et pratiques de la recherche en prévention et promotion de la santé car elle constitue une ressource qui guide l'action, mais qui permet aussi de tirer des apprentissages des interventions mises en œuvre et de capitaliser sur les expériences. Rigoureusement utilisée, elle constitue un outil utile pour planifier, expliquer et évaluer les interventions (123). Elle accorde une importance à la nécessité d'élaborer le contenu et les modalités des interventions (118,123). La logique d'intervention peut être représentée visuellement par un modèle logique qui peut par exemple servir à illustrer de manière simplifiée les déterminants du problème identifié, les composantes principales de l'intervention ou encore les mécanismes de l'intervention (121).

D'après Chen, lorsque des acteurs de terrain ont une nouvelle idée d'intervention qu'ils voudraient mettre en œuvre, ils peuvent solliciter des chercheurs qui travaillent sur les approches fondées sur la théorie pour les aider dans cette démarche. Il est alors nécessaire d'acquérir une connaissance solide du contexte de l'intervention, de la population ciblée, d'évaluer les besoins et les lacunes dans le domaine. Pour ce faire, il faut recueillir toutes les données empiriques sur la population et le domaine ciblé, les avis sur cette idée d'intervention pour savoir comment elle serait reçue, les déterminants visés par l'intervention, ainsi que les stratégies interventionnelles qui peuvent aider à planifier l'intervention. L'ensemble de ces données permettra de co-construire la logique d'intervention avec les acteurs afin d'obtenir une vision partagée de celle-ci (121).

C'est sur l'ensemble de ces principes méthodologiques qu'a été construite la méthodologie utilisée dans ce mémoire.

3. Matériels et méthodes

La première partie de ce mémoire a permis de justifier et de préciser les questionnements explorés dans ce mémoire. Cette seconde partie va permettre de détailler la méthodologie employée pour répondre à la question de recherche et atteindre les objectifs présentés ci-dessus. Celle-ci s'est déroulée en plusieurs étapes appuyées sur les premières étapes du MRC Framework (114) et le modèle d'action proposé par Chen (121). Le processus méthodologique est représenté

schématiquement à l'Annexe VIII et les différentes méthodes utilisées sont récapitulées dans un tableau disponible à l'Annexe IX.

Un processus de concertation a eu lieu tout au long de ce mémoire pour valider les choix méthodologiques effectués à chaque étape et les résultats obtenus. Ce travail a été effectué en collaboration avec la LCC Gironde afin d'obtenir une logique d'intervention adaptée au contexte local.

3.1. Déclinaison des différentes étapes

3.1.1. Etude préalable pour l'évaluation des freins et des leviers a priori

Une étude préalable pour l'évaluation des freins et des leviers a priori à l'organisation d'une offre de prise en charge du tabagisme au sein de la LCC Gironde a été menée. Cette étude devait permettre de déterminer la faisabilité de l'organisation d'une offre d'accompagnement au sevrage tabagique dans le cadre des SOS de l'association étudiée, de repérer l'éventuelle existence de besoins ou de lacunes dans le domaine, et d'acquérir une compréhension approfondie du contexte local et des déterminants à considérer pour une intervention de prise en charge du tabagisme.

Cette étude s'est réalisée à l'aide d'une étude qualitative, d'une étude documentaire et d'une recherche bibliographique. L'étude qualitative s'est déclinée en trois études qui se sont respectivement focalisées sur les professionnels de santé et de bien-être de la LCC (évaluation 1), sur les patients fumeurs atteints de cancer suivis par la LCC (évaluation 2) et sur l'organisation de la LCC Gironde et de son mésosystème (évaluation 3). Celles-ci ont été réalisées par Charlotte Jehl dans le cadre de sa thèse de médecine générale et par Océane Phanatzis dans le cadre de son mémoire de master 1 de santé publique.

➤ Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé et de bien-être de la LCC Gironde (évaluation 1)

Cette étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs s'intéressait aux professionnels de santé et de bien-être qui interviennent auprès des patients atteints de cancer dans le cadre de la LCC Gironde. Elle visait à identifier les professionnels impliqués dans le parcours des patients au sein de la LCC et en dehors de la LCC, et à comprendre les pratiques, les expériences, les préoccupations, les ressources et les contraintes des professionnels vis-à-vis de la prise en charge du tabagisme.

Les participants devaient présenter des caractéristiques variées en termes de tranches, d'âge, de profession et d'ancienneté au sein de la LCC. Ils ont été recrutés par l'intermédiaire des membres permanents de la LCC qui ont transmis les coordonnées des professionnels les plus susceptibles de participer à l'étude. Treize professionnels ont alors été contactés par courriel afin de convenir d'une date et d'un créneau pour réaliser l'entretien. Toutes les étapes de recrutement des participants ont été représentées sous la forme d'un diagramme de flux (Annexe X).

Pour mener à bien les entretiens, un guide d'entretien a été conçu préalablement au recueil de données (Annexe XI), en lien avec une recherche bibliographique et le public concerné.

Onze entretiens ont été conduits par visioconférence du 19 au 24 avril 2021 auprès des professionnels de santé et de bien-être de la LCC Gironde. Ils ont duré entre 18 et 39 minutes. Ces entretiens ont été enregistrés par dictaphone après accord oral des participants, retranscrits mot à mot, puis détruits. Par la suite, ces entretiens ont été analysés lors d'une analyse thématique continue avec codage des verbatims (131). Les détails de cette étude peuvent être retrouvés dans la thèse rédigée par Charlotte Jehl (132).

➤ Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des patients fumeurs atteints de cancer suivis par la LCC Gironde (évaluation 2)

Cette étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs ciblait les patients fumeurs atteints de cancer suivis par la LCC Gironde dans le cadre du traitement de leur cancer et fumeurs au

moment du diagnostic du cancer. Ces entretiens visaient à investiguer le parcours de soins du patient atteint de cancer, les perceptions et les expériences vécues autour de la consommation de tabac et du sevrage tabagique, mais également de recueillir les besoins en ce qui concerne un accompagnement à l'arrêt du tabagisme.

Les participants devaient être âgés de plus de 18 ans. Il était souhaité de recruter des patients aux caractéristiques variées, notamment au niveau des tranches d'âge, du niveau d'études, du type de cancer ou encore de la durée de fréquentation de la LCC Gironde. Aucun critère d'exclusion n'a été fixé sur le type de cancer. Les participants ont été recrutés au volontariat à partir d'une enquête en ligne visant à recueillir des données socio-démographiques et le statut tabagique des patients de la LCC Gironde (Annexe XII). Cette enquête par questionnaire a été diffusée par l'intermédiaire du mailing de la LCC Gironde. Lors de cette enquête, les patients ont été informés de l'existence du projet et invités à laisser leurs coordonnées s'ils souhaitaient participer à un entretien. Afin de les rassurer, de favoriser leur participation à l'étude et de les rendre plus enclins à partager leurs expériences, les patients ont été informés du déroulement de l'étude, en rappelant la garantie de l'anonymat, la confidentialité de l'entrevue et la durée d'entretien prévue. Cette première approche du public ciblé a permis d'exclure les patients non-fumeurs et anciens fumeurs (c'est-à-dire qui ont cessé de fumer depuis au moins 6 mois) suivis par la LCC Gironde. A la suite de leurs réponses au questionnaire, les patients fumeurs, ayant transmis leurs coordonnées, ont été contactés par l'intermédiaire de leur messagerie électronique afin de convenir d'une date et d'une heure de rendez-vous en fonction de leurs disponibilités. Toutes les étapes de recrutement des participants ont été représentées sous la forme d'un diagramme de flux (Annexe XIII).

Pour aider au recueil de données, un guide d'entretien a été conçu au préalable (Annexe XIV), en lien avec une recherche bibliographique et le public concerné.

Cinq entretiens ont été réalisés par téléphone du 19 avril au 03 mai 2021 auprès de patients fumeurs suivis à la LCC Gironde. Ceux-ci ont duré entre 30 minutes et 1 heures 05 minutes. Ces entretiens ont été enregistrés par dictaphone après accord oral des enquêtés. Ils ont été intégralement retranscrits, puis détruits. Par la suite, une analyse thématique continue a été effectuée. Après lecture des retranscriptions, les idées principales ont été identifiées, regroupées par thèmes et sous-thèmes, puis illustrées sous la forme d'arbre thématique (Annexe XVI). Chaque thème a été associé à un codage et les unités de sens des entretiens ont été codées en fonction des thèmes auxquelles elles correspondaient. Ensuite, en fonction du codage qui leur était attribué, les unités de sens ont été transférées dans une grille d'analyse thématique (131).

➤ **Etude qualitative par entretiens directs auprès des membres permanents de la LCC et par étude documentaire des données d'activités (évaluation 3)**

Cette étude cherchait à comprendre l'organisation de la LCC Gironde, le contexte local dans lequel elle agit et sa place dans le sevrage tabagique des patients atteints de cancer.

Après avoir identifié les indicateurs organisationnels à recueillir en fonction des résultats obtenus lors des deux évaluations précédentes et des données issues de la littérature, une grille regroupant tous les indicateurs a été conçue (Annexe XV). Un mode de recueil de données a été attribué à chaque indicateur parmi le site internet de la LCC Gironde, les rapports d'activités de l'Espace Ligue et du DomiLigue, et des entretiens directs réalisés auprès de membres de l'équipe permanente du comité de Gironde identifiés comme clés dans l'organisation de la prévention et le parcours des patients au sein de la LCC. Chaque indicateur recueilli par entretien semi-directif s'est vu associer une ou plusieurs questions afin de faciliter le déroulement des entretiens. Une catégorie a été prévue pour les indicateurs non identifiés à cette étape.

Les rapports d'activités de l'Espace Ligue et du DomiLigue ont été mis à disposition par la LCC Gironde et les données d'activités ont été extraites des documents et du site internet. Trois entretiens directs ont été menés par téléphone entre le 19 et le 29 juillet 2021, et parmi ces trois entretiens, l'un a fait l'objet d'une prise de notes et les deux autres ont été enregistrés par dictaphone après accord

oral des personnes interviewées. Par la suite, ils ont fait l'objet d'une analyse thématique continue au cours de laquelle des thèmes et des sous-thèmes ont été repérés et codés (131). Ceux-ci ont été illustrés sous la forme d'arbre thématique (Annexe XVIII). Les entretiens ont été codés et les verbatims ont été transférés dans une grille d'analyse thématique en face du thème auxquelles ils étaient associés. L'ensemble de ces données a ensuite été transféré dans la grille d'indicateurs organisationnels et synthétisé par écrit.

➤ **Triangulation des données contextuelles et expérientielles**

L'intégralité des résultats recueillis dans les trois études présentées ci-dessus a été triangulée et a permis d'obtenir une vision globale des déterminants qui peuvent agir sur la mise en œuvre d'une démarche de sevrage tabagique au sein de la LCC et du contexte local, ainsi que de déterminer le rôle que peut jouer la LCC dans l'accompagnement au sevrage tabagique du public qu'elle accompagne. Cette triangulation a été réalisée à l'aide des arbres thématiques réalisés dans les évaluations 1 et 3. Un arbre thématique (Annexe XVII) a également été réalisé à partir des résultats présentés dans l'évaluation 2. Cela a facilité l'identification des thèmes et sous-thèmes convergents ou spécifiques à chaque étude. Ceux-ci ont été illustrés sous forme d'une carte mentale disponible à l'Annexe XIX.

➤ **Recherche bibliographique sur les freins et les leviers à la démarche de sevrage tabagique en cancérologie**

Une recherche bibliographique manuelle a été menée afin d'identifier les freins et les leviers à la démarche de sevrage tabagique en cancérologie répertoriés dans la littérature. Les informations recueillies lors de cette recherche bibliographique ont été comparées avec les données recueillies dans le contexte de la LCC Gironde.

➤ **Synthèse des freins et leviers à l'organisation d'une offre de prise en charge du tabagisme au sein de la LCC Gironde**

L'ensemble des freins et des leviers identifiés lors de l'enquête menée auprès de la LCC Gironde et de la recherche bibliographique ont été synthétisés à l'aide du modèle socio-écologique. Le modèle socio-écologique considère que les comportements en matière de santé sont déterminés à cinq niveaux : les caractéristiques de l'individu (connaissances, représentations, histoire, etc.), les facteurs interpersonnels (famille, amis, collègues de travail, etc.), les facteurs institutionnels (caractéristiques organisationnelles, règles de fonctionnement, etc.), les facteurs communautaires (relations entre les organisations, etc.) et les politiques publiques (locales, nationales, etc.). Ce modèle a donc été choisi afin d'avoir une vision claire des déterminants qui influencent la démarche de sevrage tabagique en cancérologie, et plus particulièrement dans le cadre de la LCC.

3.1.2. Recueil des données probantes issues de la littérature

Pour compléter les données contextuelles et expérientielles recueillies lors de l'évaluation des freins et leviers a priori, une scoping review a été réalisée dans l'objectif de recenser les interventions probantes disponibles concernant l'accompagnement au sevrage tabagique dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association. Cette scoping review s'est basée sur la méthodologie proposée par le Joanna Briggs Institute (JBI) (133) et la liste de contrôle PRISMA-ScR élaborée par ce même organisme. Les questions évaluatives, les objectifs, les questions évaluatives, les critères d'inclusion et les méthodes utilisées pour cette scoping review ont été spécifiés à l'avance et documentés dans un protocole disponible à l'Annexe XX. Le processus de sélection des articles et d'analyse des données a été effectué entre les mois d'avril et juillet 2022 en utilisant les bases de données PubMed, Web of Science, BASE, CORE et Doc'CISMEF. Pour compléter ces sources documentaires, les listes de référence des documents sélectionnés pour l'analyse ont été vérifiées et des recherches manuelles ont eu lieu. Au total, 6055 documents ont été enregistrés, dont 27 ont été

inclus pour l'analyse finale. Le diagramme de flux du processus de sélection est disponible à l'Annexe XXI.

Une recherche bibliographique manuelle sur les enjeux éthiques du sevrage tabagique en cancérologie a également été menée pour venir enrichir le recueil de données probantes.

3.1.3. Conception du cadre théorique

A partir de modèles organisationnels de soins primaires et secondaires, un cadre théorique a été conçu afin de structurer l'intervention fondée sur la théorie et à l'identification des éléments essentiels dans le cadre d'une intervention à visée organisationnelle. Une recherche bibliographique a été d'abord menée en amont de la conception du cadre afin de repérer plusieurs modèles organisationnels existant dans la littérature. Trois modèles ont été choisis en raison de leur adéquation avec le projet mené et de leur complémentarité :

- Le « Framework of PC organization » de Senn et al. (134) décrit l'organisation des soins primaires et leurs activités. Il considère les besoins de la population ciblée, la structure et l'organisation des pratiques, l'offre de soins primaires et les effets sur la santé de la population.
- Le « Framework for care coordination EPOCK » de Colombani et al. a été créé sur le constat que beaucoup de modèles organisationnels s'intéressent à la coordination aux niveaux méso- et macroenvironnements de la coordination, mais n'intègrent que plus rarement le micro-environnement. Il fournit donc des informations concernant le microenvironnement qu'il s'agisse des activités détaillées à mener avec les patients, des informations détaillées sur les acteurs, des outils utilisés pour effectuer une coordination des soins patient-centrée ou des effets globaux de la coordination des soins.
- Le « Clinical and community care Framework » de Krist et al. met en évidence que le lieu où une personne modifie son comportement n'est pas à l'intérieur d'une institution, mais dans son environnement quotidien où elle est exposée à un grand nombre de déterminants qui influencent ses choix. Ce modèle est construit sur le fait qu'il faudrait des activités préventives dans les lieux de soins cliniques et dans les organisations communautaires, mais que ces activités sont rarement coordonnées entre les lieux. Il identifie donc les acteurs nécessaires, leur rôle dans la délivrance des soins, les ressources et les politiques nécessaires pour amener les membres des institutions et les organisations communautaires à travailler ensemble et à intégrer la prévention.

Les modèles organisationnels sélectionnés peuvent être retrouvés respectivement aux Annexes XXII, XXIII et XXIV. Par la suite, les domaines, dimensions et éléments des différents modèles ont été comparés et assemblés pour créer le cadre théorique (Annexe XXV).

3.1.4. Elaboration de la logique d'intervention

En s'appuyant sur le cadre théorique, les données contextuelles, expérientielles et issues de la littérature ont été croisées pour modéliser une première version d'intervention fondée sur la théorie adaptée au contexte de la LCC Gironde et des effets escomptés. En raison de divergences entre les parties prenantes, des groupes de travail initialement prévus n'ont pas encore eu lieu lors de la rédaction de ce mémoire et ne sont donc pas pris en compte dans la conception de la logique d'intervention. Cette logique d'intervention a été construite dans un processus de concertation avec les membres de l'équipe de recherche, mais n'a pas encore été affinée et complétée par les membres de la LCC Gironde.

3.2. Organisation du travail de recherche

3.2.1. Calendrier

Le calendrier du déroulement de l'étude est disponible à l'Annexe XXVI.

3.2.2. Considérations éthiques

Un dépôt de projet a été effectué auprès du délégué à la protection des données (DPO) du CHU de Bordeaux par le biais d'une fiche du registre de traitements des données à caractère personnel, en conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et selon le format proposé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Dans un souci de respect de la protection des données, l'ensemble de la méthodologie utilisée dans ce mémoire est soumis au respect de la confidentialité et de l'anonymat des participants. Le questionnaire permettant de recueillir les données sociodémographiques des patients, leur statut tabagique, leur consentement et leurs coordonnées pour participer à un entretien a été transmis par l'intermédiaire de l'association. Au début de chaque entretien, le consentement oral des enquêtés pour la participation à l'entretien et pour son enregistrement a été systématiquement recueilli et obtenu. Les coordonnées des participants ont été supprimées à l'issue de l'enquête. Les données ont été recueillies et traitées de manière anonyme et confidentielle.

Dans un souci de respect du partenaire principal à ce travail de recherche, l'avancée de l'étude s'est adaptée au rythme de l'association.

4. Résultats

4.1. Synthèse des données probantes

4.1.1. Les déterminants du sevrage tabagique en cancérologie et dans le contexte de la LCC

Les freins et les leviers identifiés lors de l'enquête menée auprès de la LCC Gironde et de la recherche bibliographique ont été représentés à l'aide du modèle socio-écologique à l'Annexe XXVII.

4.1.1.1. Au niveau des patients fumeurs

Les déterminants de la démarche de sevrage tabagique dans le contexte du cancer peuvent concerner directement les patients.

Initiés au tabagisme à un jeune âge dans un contexte social, les patients interviewés fumaient depuis de nombreuses années. Or, il a été montré qu'une forte dépendance (67,135–137) est associée à l'ancienneté du tabagisme (138,139) et à la quantité de cigarettes fumées, et que celles-ci, ajoutées à la sensation de craving (135) et aux symptômes de sevrage (42,56,67,68,137,140–142) qui surviennent lors d'une tentative d'arrêt, constituent des obstacles à l'arrêt du tabagisme. Par ailleurs, les patients ont également décrit les habitudes de vie qui se créaient autour de la cigarette. Or, l'ancrage de la cigarette dans le quotidien de la personne est souvent identifié dans la littérature comme un obstacle à l'engagement dans la démarche de sevrage (75,135,138,143).

L'annonce du diagnostic de cancer, comme le montrent les données issues de la littérature et des entretiens avec les patients, vient chambouler la vie des personnes et les amène à s'interroger sur leur consommation tabagique. Le contexte de cancer peut alors aussi bien jouer un rôle de levier que de frein à l'engagement dans une démarche d'arrêt. Certains patients deviennent plus réceptifs aux messages de prévention et sont ainsi plus à même de vouloir arrêter de fumer (67,70). En effet, l'annonce du cancer peut bouleverser la perception que les personnes ont de leur tabagisme ou de leur santé. Certains patients interviewés ont notamment expliqué avoir perçu un lien entre leur tabagisme et la survenue de leur cancer, qui est souvent identifié comme un levier au sevrage dans la littérature (41,90,135,140,141,143–149). Dans l'étude VICAN2, les patients fumeurs atteints d'une typologie de cancer connue pour être liée au tabagisme, comme le cancer du poumon, sont plus nombreux à avoir arrêté de fumer (42). A l'inverse, d'autres patients poursuivent, voire accroissent leur consommation tabagique pour surmonter les émotions négatives liés aux événements, l'anxiété, le stress ou encore la solitude et l'ennui (73,135–137,140,148,150–152) qui résultent de devoir cesser leur activité

professionnelle. De plus, les personnes diagnostiquées à un stade tardif (135,140), qui ressentent une forme de fatalisme (67,137) et qui sont pessimistes (148) vis-à-vis des résultats des traitements, risquent plus de vouloir continuer à fumer. D'autres éléments liés à la perception de leur tabagisme ou de leur santé viennent influencer l'engagement des patients fumeurs dans une démarche d'arrêt. Les patients interviewés ont notamment identifié des sources de motivation à la poursuite du tabagisme et à son arrêt, et des inconvénients à continuer de fumer ou à arrêter qui sont également des déterminants du sevrage tabagique. Les patients ont par exemple évoqué la focalisation sur les sensations agréables procurées par la cigarette (75) qui peut jouer un rôle de frein, tandis que la perception des bénéfices financiers ou encore l'amélioration des résultats des traitements peuvent être des éléments motivateurs au sevrage tabagique (135,148,153).

Pendant la période de traitement ou de rémission du cancer, les traitements du cancer ont un effet sur la consommation tabagique. En effet, la proximité temporelle d'une intervention chirurgicale ou d'une chimiothérapie encourage les personnes à cesser de fumer (137,154). Pour réguler leur tabagisme, ces patients recherchent et mettent souvent en place des stratégies individuelles (155). Plusieurs ont été identifiées lors des entretiens avec les patients : l'identification des cigarettes « essentielles » et l'arrêt de toutes les cigarettes « inutiles » de leurs habitudes de consommation, l'utilisation de substituts comme la cigarette électronique, l'association d'une cigarette à une boisson, la contrainte de respecter une quantité auto-imposée de cigarettes, l'interdiction de prendre son paquet de cigarettes à l'extérieur de son domicile. A l'inverse, tandis que certains patients posent un regard critique sur leur consommation tabagique, d'autres patients satisfont leur envie de fumer sans chercher à se restreindre.

En outre, toujours dans un but de contrôler leur consommation tabagique, les patients interviewés s'informaient par eux-mêmes sur les méthodes de sevrage tabagique grâce à l'utilisation de diverses sources d'informations matérielles ou humaines. Grâce à ces sources d'informations, les patients possédaient des connaissances sur les moyens de sevrage tabagique. Ils étaient capables de citer plusieurs moyens de sevrage (TNS et traitements non pharmacologiques), soit parce qu'ils en avaient déjà entendu parler, soit parce qu'ils les avaient essayés par le passé. Malgré toutes ces connaissances, les patients ont admis ne pas connaître l'intégralité des moyens de sevrage existants. En plus de leurs connaissances, les patients possédaient des croyances sur les méthodes de sevrage et leur efficacité. Les connaissances et les croyances des patients sur le sevrage tabagique (75,135,139,156) et sur l'efficacité des traitements (153,157) viennent également influencer le recours au sevrage. En effet, la croyance selon laquelle les traitements de sevrage ne sont pas nécessaires et la volonté est suffisante pour permettre l'arrêt constitue un frein (140,142,157). Il en est de même concernant le manque de connaissances sur les effets du tabagisme dans le contexte du cancer (143,158). A l'inverse, la perception des bénéfices à l'arrêt constitue un élément motivateur au sevrage tabagique (135,143,145,158), alors que les représentations négatives du sevrage tabagique, comme la prise de poids (56,150) ou la vision négative des médicaments de sevrage tabagique font obstacles à la motivation pour cesser de fumer (159).

De plus, les patients ont souvent l'impression de ne pas être capables d'arrêter de fumer pendant cette période psychologique éprouvante que constitue le contexte de cancer. D'autres études ont obtenu des résultats comparables avec l'identification du faible sentiment d'auto-efficacité comme un frein au sevrage (75,142,153,157,160). De même, la motivation du patient est déterminante à l'engagement dans une démarche d'arrêt (75,136,142,157,161). Des études ont montré qu'une intervention de sevrage dans une population motivée avait plus de chances de succès qu'un accompagnement auprès de patients moins motivés (162). Les professionnels interviewés ont évoqué ce manque de motivation comme un frein au sevrage tabagique, mais il est important d'avoir conscience que les patients qui expriment une réticence à l'arrêt sont souvent plus à risque de ne pas se voir proposer un accompagnement pour arrêter de fumer. Cette réticence ne doit pas être perçue comme un obstacle au sevrage (42), il est uniquement nécessaire d'adapter la proposition de sevrage au stade de changement dans lequel se trouve le patient (163).

Certains éléments, non identifiés dans les entretiens, déterminent également les chances de succès au sevrage des patients atteints de cancer et sont essentiels à prendre en compte dans le cadre de ce projet de recherche. C'est le cas du niveau éducatif et socio-économique de la personne (164–166). En effet, plus le niveau est faible, plus les risques d'échec au sevrage tabagique sont élevés. Cette information sera importante à prendre en compte par la suite car ce sont les populations les plus défavorisées qui présentent les prévalences de tabagisme et de cancer les plus élevées au sein de la population générale (15,34). Également non évoquées dans les entretiens et à prendre en compte, les poly-addictions, comme la consommation d'alcool, requièrent un accompagnement très spécialisé pour des chances de succès au sevrage sur le long terme (137,167–171), tout comme la douleur liée au cancer qui joue un rôle dans la poursuite du tabagisme (89,171). D'autres déterminants, sur lesquels on peut plus difficilement agir, mais qui sont également à connaître, concernent le sexe (89,172) et l'âge (165,173,174) des personnes au moment du diagnostic de cancer.

4.1.1.2. Au niveau des professionnels

Contrairement aux recommandations de la HAS (27) et aux attentes des patients fumeurs interviewés, le sevrage tabagique reste un sujet généralement peu abordé en pratique par les professionnels de santé en cancérologie. Du côté des professionnels extérieurs à la LCC, lorsque le sujet était abordé, les professionnels ne traitaient pas la question de manière approfondie. En effet, ils demandaient parfois au patient de cesser de fumer sans proposer de solution ou sans mettre en place d'accompagnement. Ce constat est retrouvé dans une étude menée au Royaume-Uni par Wells et al., où, bien que les soignants identifiaient le statut tabagique en amont de la mise en place de traitements anticancéreux, cela menait rarement à la délivrance de conseils d'arrêt et à la mise en place d'une aide au sevrage (140). Lorsque les professionnels extérieurs à la LCC proposaient un accompagnement aux patients, ces derniers ne prenaient ensuite pas l'initiative de s'engager dans la démarche de sevrage. Par ailleurs, les expériences décrites par les patients ont montré que les traitements pharmacologiques et les interventions non pharmacologiques de sevrage tabagique n'étaient souvent pas associés. En effet, une étude, conduite auprès de patients cherchant à arrêter de fumer, a observé qu'à l'inclusion, seulement un tiers des fumeurs et un cinquième des anciens fumeurs ayant récemment cessé de fumer, utilisaient les deux méthodes combinées (46). Par ailleurs, d'après les entretiens réalisés avec les patients et les professionnels de santé et de bien-être, le sevrage tabagique était souvent relégué au second plan tant par les patients, par leur entourage que par les professionnels extérieurs à la LCC. Des constats semblables sont retrouvés dans la littérature où le sevrage tabagique n'est par exemple pas considéré comme la priorité par rapport aux traitements anticancéreux ou à la gestion de la douleur (136,140,175). Tous ces facteurs ont souvent été identifiés dans la littérature comme des freins à la démarche de sevrage.

Du côté de la LCC Gironde, bien qu'ils abordent peu le sujet de l'arrêt du tabagisme et accompagnent rarement les patients, les professionnels de santé et de bien-être perçoivent le contexte de cancer comme une période où les patients sont plus ouverts à entendre un discours orienté vers le sevrage tabagique. La plupart de ces professionnels se sentent légitimes et motivés à accompagner les personnes touchées par le cancer à cesser de fumer. Or, certains éprouvent parfois des difficultés à déterminer le rôle et l'apport de leur discipline à la démarche de sevrage tabagique (140,176,177). Plusieurs études montrent que la remise en question de leur rôle et de leur légitimité à en parler et à s'en occuper peut freiner l'implication des professionnels (41,140,175–178). De même, une faible capacité perçue à aborder le sujet et à aider les patients à arrêter de fumer est considérée comme un frein (136,175,179). Pourtant, leur expérience avec la population touchée par le cancer pourrait leur permettre d'aborder le sujet avec plus d'aisance.

Au-delà des connaissances et des compétences des professionnels, leurs représentations influencent leur implication dans l'accompagnement au sevrage tabagique. En effet, la crainte de générer une source de stress supplémentaire (141), de stigmatiser (177) et d'exacerber la culpabilité

du patient en parlant de ce sujet sensible au moment du diagnostic de cancer (140,158,175,176,180–183), le réconfort que peut représenter le tabagisme pour le patient (140) et la réticence à priver le patient d'une source de plaisir (58,70,136,158,184), notamment dans le cas d'un cancer de stade tardif (140,158,185,186), reviennent régulièrement. Aussi, les professionnels considèrent souvent que mener une lutte contre le tabagisme et le cancer simultanément risquerait d'être difficile pour les patients (41,42,187), comme cela pourrait être le cas des professionnels de santé externes à la LCC. Ensuite, les professionnels de la LCC ont une opinion positive vis-à-vis des méthodes de sevrage tabagique dans le contexte du cancer. Une étude montre que cet opinion favorise l'implication des professionnels dans la démarche de sevrage tabagique (158,161), tandis qu'un manque de confiance (87,176,181) et une perception des effets négatifs de l'accompagnement au sevrage tabagique freinent l'engagement des professionnels dans la démarche d'aide à l'arrêt (176). La perception qu'ils se font de leurs patients constitue également un déterminant du sevrage tabagique. En effet, la sensation qu'un patient est réticent (87,186) à arrêter de fumer ou qu'il n'est pas motivé ni intéressé (175,179,186) conduit les professionnels à ne pas aborder la question du tabagisme. Contrairement aux données recueillies dans les entretiens avec les professionnels, être un professionnel fumeur est souvent identifié dans la littérature comme un frein à l'accompagnement au sevrage tabagique (176,188,189). Pourtant, une autre étude révèle que ce statut de fumeur peut aider les professionnels à mieux comprendre les patients et à avoir des réactions moins stigmatisantes à l'égard des personnes atteintes de cancer (189).

Malgré leur mise en retrait sur le sujet du tabagisme, les professionnels sont des acteurs clés à l'intégration de la personne dans une dynamique d'arrêt du tabagisme. En effet, ils disposent d'outils et d'exercices de SOS (entretiens motivationnels, thérapies cognitivo-comportementales, hypnose, exercices de respiration et de gestion de l'anxiété) utilisables et adaptables pour accompagner les personnes à cesser de fumer. Par ailleurs, des études scientifiques ont montré que la transmission d'une information claire et précise de la part du professionnel favorise l'engagement dans une démarche d'arrêt (7,22,25,30), comme le démontre l'étude conduite par Jones et al. qui a mis en exergue que les messages de prévention délivrés par l'oncologue formaient un élément déterminant dans l'adhésion des patients à la démarche de sevrage (51).

4.1.1.3. Au niveau des relations interpersonnelles

➤ L'entourage familial et amical, frein ou levier ?

Comme cela a été évoqué par plusieurs patients interviewés, le comportement tabagique de l'entourage, notamment du conjoint, peut aussi bien être un facteur limitant que motivant à l'arrêt du tabagisme (90,135,139,143). En effet, un entourage fumeur est souvent présenté comme un frein à la motivation à l'arrêt ou au maintien de l'arrêt (176,190,191). Néanmoins, dans l'étude de Cooley et al., les patients avec des conjoints fumeurs se montraient six fois plus intéressées pour participer au programme d'accompagnement au sevrage tabagique proposé (191). A l'image du statut tabagique, les croyances de l'entourage familial sur le sevrage tabagique du patient influencent l'arrêt du tabagisme (192,193). Par ailleurs, le soutien perçu par le patient venant de ses proches et des professionnels de santé peut être décisif dans la démarche d'arrêt (75,135,138,139,143,155). En effet, des études ont montré que le soutien social du conjoint peut améliorer les résultats de sevrage tabagique (191). En revanche, un entourage trop insistant dans ses encouragements à ce que le patient cesse de fumer peut devenir un frein. Ainsi, selon la situation, l'entourage peut être considéré comme un frein ou un levier. De ce fait, dans une étude menée par Wells et al., les patients n'étaient pas toujours certains de vouloir inclure les membres fumeurs de leur famille dans la démarche de sevrage car ils ne voulaient pas générer de problèmes familiaux supplémentaires et préféraient que la décision d'arrêter de fumer leur appartienne (140). Par ailleurs, la perception du tabagisme comme une norme sociale (135) et son association à des moments conviviaux (4,56) sont souvent présentées comme des freins dans la littérature. En effet, le statut tabagique fait souvent partie de l'identité du groupe et ainsi,

il peut agir soit en tant qu'obstacle, soit en tant que facilitateur à la démarche de sevrage tabagique (192).

➤ **Les professionnels de santé et de bien-être, des personnes de confiance**

La relation de confiance entretenue par les professionnels de la LCC avec leurs patients crée un contexte favorable à la proposition d'un accompagnement au sevrage tabagique. En effet, une bonne relation thérapeutique aide le patient à se livrer plus facilement sur son tabagisme et à être plus favorable à l'entente d'un discours orienté vers le sevrage tabagique (52,136,160). Pour les professionnels de la LCC, la relation de confiance est très importante. Leur accompagnement est guidé par les principes de bienveillance, d'encouragement, de non-jugement, d'écoute, de transparence et d'honnêteté, tout en cherchant à ne pas mettre le patient en échec et en essayant de trouver un compromis avec lui. Cependant, par peur de compromettre cette relation thérapeutique (175,181,194), les professionnels peuvent se sentir sur la réserve d'aborder ce sujet (140).

4.1.1.4. Au niveau de l'association

➤ **L'offre de soins**

Dans son offre de SOS, la LCC possède de nombreuses ressources pour la mise en place d'une offre d'accompagnement au sevrage tabagique. L'existence de trois formats d'interventions, à savoir le présentiel à l'Espace Ligue Bordeaux Métropole, les visites à domicile pour le dispositif DomiLigue et le distanciel par visioconférence, offre la possibilité de couvrir le territoire et d'accompagner des publics variés. Par ailleurs, la diversité des SOS proposés (consultation diététique, soutien psychologique, sophrologie, réflexologie, activité physique adaptée, acupuncture, shiatsu, méditation de pleine conscience) sont accessibles à un moindre coût d'adhésion, pertinents dans une démarche de sevrage tabagique et complémentaires à une prise en charge médicamenteuse de sevrage tabagique. Ces soins sont fondés sur un important principe de bienveillance car la LCC se veut être un « *cocon* », un lieu d'écoute et de confiance au sein duquel les patients se sentent attendus, écoutés, accompagnés et libres de s'exprimer.

➤ **Le parcours de soins oncologiques de support des patients**

Lors de l'arrivée des patients à la LCC, un entretien d'accueil a systématiquement lieu avec une personne dédiée pour identifier les temporalités de la maladie, les notions de traitement, l'environnement psycho-social et la qualité de vie quotidienne, et pour réaliser une évaluation globale des besoins du patient en matière de SOS. Lors de cet entretien, un programme de trois activités de SOS est établi. Celui-ci constitue un levier intéressant à l'identification du statut tabagique des patients et à la mise en place d'un programme adapté au sevrage. De même, si le patient n'est pas motivé à entamer une démarche de sevrage à ce moment-là, la proposition d'accompagnement peut être réitérée par la suite lors des séances avec les professionnels de santé et de bien-être ou lors des points de situation ayant lieu à la fin de chaque programme d'activités. Par la suite, le patient est suivi pendant un nombre défini de séances de SOS et au total, souvent pendant une durée inférieure à douze mois. Cette durée limitée interroge sur la possibilité d'accompagner le patient dans l'intégralité de la démarche de sevrage ou sur la nécessité de mettre en place une coordination pour des relais avec des professionnels extérieurs. Par ailleurs, il a été noté à plusieurs reprises lors des entretiens avec les professionnels et les salariés de la LCC qu'aucun professionnel prescripteur de traitements médicamenteux de sevrage tabagique n'intervient au sein de ce parcours. Or, des études montrent qu'une insuffisance des professionnels ressources dans la démarche de sevrage tabagique vers qui les patients pourraient être orientés constitue un facteur limitant (138,180). De plus, l'association des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques augmente les chances de succès au sevrage par rapport à une intervention brève (83,195), renforçant ainsi la nécessité d'intégrer un professionnel prescripteur de traitements médicamenteux de sevrage tabagique dans le parcours de soins du patient

fumeur atteint de cancer. Toutefois, les patients sont amenés à rencontrer plusieurs fois des professionnels pouvant être prescripteurs de traitements médicamenteux de sevrage tabagique durant leur parcours de soins.

➤ **L'organisation institutionnelle**

La diversité des SOS proposée implique qu'une équipe variée de professionnels de santé et de bien-être accompagne plus d'un millier de patients atteints de cancer. Cette équipe est stable et investie dans les projets de l'association, ce qui permet aux formations suivies par les professionnels dans le cadre de la LCC de servir dans la durée. Cependant, le statut vacataire ou bénévole des professionnels impliqués constitue une limite à la coordination du parcours et à la communication interprofessionnelle. En effet, ce statut rend les réunions pluridisciplinaires difficiles à organiser en raison du statut bénévole de certains professionnels et de leurs calendriers professionnels extérieurs chargés et incompatibles. D'autres éléments limitent également la collaboration interprofessionnelle. Le manque de données sur les patients suivis à cause d'un non-accès au dossier médical, le manque d'informations sur les collègues qui prennent en charge les mêmes patients ou encore la traçabilité ponctuelle complexifient la coordination de leurs activités et du suivi du patient. Néanmoins, de nombreux éléments ont été mis en place afin de faire face à ces freins. Les échanges informels sont très développés. Une fiche de synthèse relative au patient est remplie à chaque entretien d'accueil et à chaque point de situation, et mise à disposition des professionnels sur un logiciel hébergé en données de santé. Des échanges par courriel et par téléphone ont également lieu grâce à la disponibilité des coordonnées de tous les professionnels qui exercent à la LCC.

L'organisation de travail influence également la mise en œuvre d'un accompagnement au sevrage tabagique. Parmi les principaux freins, les auteurs citent le manque de formation (87,91,136, 138,140,151,158,161,175,176,179–182,196,197), de connaissances (138,140,141,158,161,176, 179) et d'expériences en matière d'accompagnement au sevrage tabagique (87,91,171, 175,190,191). Un autre obstacle, qui revient aussi bien dans les entretiens que dans la littérature, est le manque de temps (136,138,151,158,161,175,176,178,181,196) pour pouvoir aborder le tabagisme avec le patient, le conseiller et l'orienter, mais également pour se former et s'impliquer dans de nouveaux objectifs.

4.1.1.5. Au niveau inter-organisationnel

La LCC Gironde est agréée pour travailler avec tous les établissements de soins en cancérologie du département de Gironde. Or, du fait de son statut associatif, la LCC manque d'identification et de reconnaissance au sein du parcours de soins en cancérologie et entretient peu de relations avec les professionnels de santé et certains établissements de soins en cancérologie du secteur. En effet, ces derniers ont tendance à orienter peu de patients vers la LCC ; c'est notamment le cas des structures éloignées de Bordeaux et des médecins généralistes. Il a été expliqué lors des entretiens que ce manque d'orientation de patients vers l'association pourrait être lié à une représentation négative des associations dans le système de soins. Par ailleurs, les professionnels de la LCC ont abordé un manque de collaboration avec les autres professionnels du parcours de soins en cancérologie concernant le suivi des patients. En plus de délivrer des activités de SOS aux patients, la LCC se veut être une « *passerelle* » qui aide à la mise en place progressive d'un accompagnement vers d'autres acteurs sur le plus long terme. Cependant, cette orientation extérieure ne rencontre pas toujours le succès espéré. L'équipe a constaté que le délai de mise en place d'un accompagnement externe est long, ce qui démotive des patients à mener la démarche dans son intégralité. Les études, y compris celles centrées sur le sevrage tabagique, montrent que le manque de visibilité d'une offre de soins (175), ainsi que l'absence de connaissances et de ressources humaines, matérielles, électroniques et documentaires pour orienter les patients (91,136,151,158,161,175,179,182,196) constituent un obstacle à la continuité des soins et à la démarche d'arrêt du tabagisme. Toutefois, la LCC a développé un réseau partenarial local affirmé avec des établissements de soins proches de

Bordeaux et certains professionnels libéraux pour favoriser la construction de projets communs sur le territoire.

Afin de favoriser la bonne mise en œuvre d'une démarche de sevrage tabagique, il est nécessaire qu'un parcours coordonné existe. Pourtant, à l'instar des résultats de la présente étude, le rapport de l'Observatoire sociétal des cancers de 2018-2019 a montré que près de la moitié des répondants ont ressenti un manque de coordination entre les professionnels de santé, que soit au sein même d'un hôpital, entre deux établissements de soins ou entre l'hôpital et la ville (198).

4.1.1.6. Au niveau politique

Lorsque la problématique du tabagisme est peu investie par l'établissement dans lequel les professionnels travaillent, ces derniers se préoccupent peu de la question dans leur pratique (140,161,175,179,188,199). La LCC souhaite s'investir davantage dans la prise en charge du tabagisme des patients atteints de cancer, ce qui peut constituer un cadre favorable au développement de l'offre d'aide à l'arrêt. Cependant, la pérennité de ce type de projet est favorisée par un financement stable (175). Bien que ce projet soit soutenu par la fédération nationale, il sera nécessaire de penser à des solutions pour prendre en compte ce facteur.

Ensuite, l'accessibilité à l'offre de soins de sevrage peut encourager ou freiner le recours au sevrage tabagique. En effet, l'accessibilité géographique aux traitements du cancer lui-même, aux soins de sevrage, à des spécialistes (137,175,198), ainsi que le coût des produits du tabac peuvent influencer le recours au sevrage (200). D'autres études ajoutent à ce dernier déterminant, l'accessibilité financière aux moyens de sevrage (137,140,159) qui n'a pas été mentionnée par les patients dans l'évaluation.

Enfin, au niveau étatique, les recommandations nationales soutiennent le développement de l'accompagnement au sevrage tabagique dans le cancer (27,42,76).

4.1.1.7. Synthèse : Un contexte associatif favorable à la mise en œuvre d'un accompagnement au sevrage tabagique dans le cancer

Les résultats de l'évaluation des freins et des leviers a priori soulignent la nécessité de développer une intervention d'accompagnement au sevrage tabagique globale, qui considère la population atteinte de cancer, les pratiques professionnelles, le contexte associatif et l'organisation des soins. Ils confirment qu'il existe une réelle opportunité à la conception d'une offre de sevrage tabagique au sein de la LCC Gironde, une association qui propose une offre de SOS de proximité. En effet, cette enquête est venue, d'une part, d'une demande qui a émergé de la LCC, ce qui démontre la motivation de cette organisation à la mise en place d'une offre de sevrage tabagique. D'autre part, de nombreux leviers existent pour adosser cette offre au parcours de SOS de la LCC et la plupart des freins identifiés peuvent être surmontables par des activités qui pourraient être mises en place au sein de l'intervention ASTACAN.

4.1.2. Les stratégies et leviers interventionnels

La scoping review a montré que de nombreux projets de développement d'une offre d'accompagnement à l'arrêt du tabagisme ont été développés en cancérologie. Cependant, ces interventions sont souvent mises en œuvre dans des centres de soins en cancérologie comme une offre qui vient s'ajouter en supplément des traitements anticancéreux. Elles sont souvent délivrées par des professionnels impliqués dans ces traitements anticancéreux. La littérature scientifique et grise étudiée ne recense pas d'intervention d'accompagnement au sevrage tabagique adossée à une offre de SOS et développée au sein du milieu associatif. En conséquence, ce sont des documents de recommandations ou des articles formulés sous la forme de recommandations qui ont permis d'identifier les principaux leviers et stratégies interventionnels à prendre en compte dans le cadre d'une

aide au sevrage tabagique. Cependant, ces recommandations s'adressent systématiquement au domaine de la cancérologie de manière générale et ne ciblent jamais les SOS ni les associations.

De ces documents, il ressort qu'une intervention d'aide au sevrage tabagique doit être menée par un professionnel du parcours de soins du patient car l'implication de ce professionnel augmente les chances de réussite du sevrage (201,202). Il est important que ce professionnel soit formé aux méthodes de sevrage tabagique fondées sur les données probantes (66,203–206). Par ailleurs, une intervention de sevrage tabagique doit s'adresser à toute personne atteinte de cancer qui fume ou qui a récemment arrêté de fumer et proposer une aide au sevrage tabagique intensive (58,66,202,207,208) basée sur les données probantes (27,42,58,67,206,209–211). Elle peut également intégrer l'entourage familial de la personne (203).

Le modèle des 5A (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*), développé par l'US Department of Health and Human Services Public Health Service (212), revient fréquemment dans les documents sélectionnés (27,58,66,203–205,207,208,211,213,214) et rassemble :

- Le repérage systématique du statut tabagique (41,42,58,66,202–204,204,207,210,211,215,216) caractérisé par l'identification du statut tabagique du patient atteint de cancer et de son conjoint, la justification de la raison pour laquelle le statut tabagique est abordé, le recueil d'informations pour mieux comprendre le tabagisme de la personne (ancienneté du tabagisme, quantité de cigarettes fumées, précédentes tentatives d'arrêt, utilisation de traitements de sevrage tabagique) (66,138,202,205,216,217). Tous ces éléments nécessitent d'être documentés (66,202–204,207,210,216) et mis à jour régulièrement lors de chaque consultation avec le patient (209,216).
- La délivrance d'un conseil d'arrêt qui vise à informer la personne des effets positifs liés à l'arrêt du tabagisme (205) en adaptant le message à la personne (41,42,66).
- L'évaluation qui consiste à évaluer le degré de consommation tabagique et de dépendance, la présence de comorbidités et de poly-addictions, et la motivation à l'arrêt de la personne (66,203,204,210). Cette évaluation peut être ajustée selon le statut tabagique de la personne (210).
- La proposition d'un accompagnement d'aide à l'arrêt du tabagisme et la mise en place de cet accompagnement qui consiste à explorer toutes les anciennes expériences où la personne a arrêté de fumer et à proposer des outils d'aide à l'arrêt qui ont du sens pour la personne. Cette proposition d'accompagnement doit être adaptée en fonction du statut tabagique et de la motivation à arrêter de la personne (138,203,210,215–217). Pour les patients motivés, un plan personnalisé est établi avec une date d'arrêt et une présentation des options de traitements (207,210,215).
- L'orientation et la garantie de la mise en place d'un suivi d'aide à l'arrêt (42,48,66,215) qui cherchent à orienter la personne à partir des ressources internes à l'organisation et des ressources externes existantes sur le territoire (41), puis à s'assurer que le patient reçoit un accompagnement et que celui-ci est approprié (41,205,209).

La version simplifiée des 3A (*Ask, Advise, Act*) revient également (209). Une autre méthode est régulièrement abordée dans la littérature lorsque le patient exprime des réticences à l'arrêt ; il s'agit de la méthode de 5R (*Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition*) (58,203,204,208) qui consiste à renforcer la motivation de la personne à s'engager dans une démarche d'arrêt.

De plus, les documents préconisent des variations à prévoir dans le programme de sevrage tabagique (202) selon le statut tabagique de la personne (210), son désir d'arrêt de fumer (210), son rapport au tabagisme ou encore son désir d'être accompagnée (138,204,209,210).

En conséquence, il est important de bien évaluer la situation du patient pour personnaliser l'intervention en fonction des besoins du patient (27,66,203,207). Par exemple, si le patient n'est pas prêt à arrêter de fumer, il est intéressant de proposer dans un premier temps une stratégie de réduction du tabagisme par étapes (209,215). Un patient qui n'est pas motivé à cesser de fumer, doit au moins recevoir une intervention brève basée sur les 5A (202,203,215).

Les interventions doivent associer, pour une meilleure efficacité, des traitements médicamenteux et des thérapies cognitives et comportementales (27,58,66,138,201,202,207,208,

210,215–217). Les traitements non médicamenteux de sevrage consistent à apporter aux fumeurs un soutien psychologique, à anticiper les situations à risque de rechute, à développer des compétences de résolution de problèmes et des stratégies de coping pour faire face aux envies, à identifier les raisons pour lesquelles elle a cessé de fumer et les bénéfices qu'elle en tire, mais aussi à rechercher un soutien social et des encouragements auprès de leur réseau social et par le biais d'une relation thérapeutique avec un professionnel de santé (27,66,201,203,207,208,214,215). Des interventions alternatives sont également mentionnées (acupuncture, hypnothérapie, méditation de pleine conscience, activité physique) (201,215). En cas de rechute, le professionnel doit restructurer le plan de traitement (215), encourager à poursuivre les tentatives d'arrêt (216,217) et aider le patient à anticiper les situations à risque de rechute (205).

Les interventions en face à face doivent être priorisées (204) et les patients doivent être encouragés tout au long de l'accompagnement (204). Enfin, toute intervention doit comporter une option de sortie (*opt out option*) afin de permettre au patient de cesser tout accompagnement s'il le souhaite (218).

Dans le cadre spécifique des SOS, le tabagisme peut être intégré à l'évaluation globale des besoins en SOS du patient qui a lieu au début de chaque parcours de SOS (105).

4.2. La logique d'intervention

La logique d'intervention a été élaborée en s'appuyant sur le cadre théorique conçu à partir des modèles organisationnels de Senn et al. (134), de Colombani et al. (219) et de Krist et al. (220). Les éléments qui appartiennent au contexte de l'intervention sont décrits dans la synthèse des données probantes et ne seront pas précisés à nouveau dans cette partie. Néanmoins, ces facteurs contextuels externes font partie intégrante de la logique d'intervention. La logique d'intervention a été représentée sous la forme d'un modèle logique qui s'appuie sur le cadre théorique (Annexe XXVIII).

4.2.1. Objectifs

L'objectif principal de l'intervention ASTACAN est de réduire la prévalence du tabagisme au sein de la population atteinte de cancer.

Cet objectif principal se décline en trois objectifs spécifiques :

- Développer l'accompagnement vers l'arrêt du tabagisme des patients atteints de cancer dans le cadre des SOS proposés par une association ;
- Développer un cadre d'intervention réunissant toutes les conditions favorables afin de permettre aux professionnels de proposer une aide au sevrage tabagique bienveillante et centrée sur les besoins du patient ;
- Développer l'identification de l'association au sein du parcours de soins en cancérologie en tant qu'acteur clé du sevrage tabagique.

Les objectifs opérationnels sont :

- Mettre en place un dispositif de repérage systématique du statut tabagique et de proposition d'accompagnement selon différents scénarios ;
- Organiser une offre d'accompagnement au sevrage tabagique adossée à l'offre de SOS de la LCC et intégrée à la pratique professionnelle ;
- Former et outiller les professionnels de la LCC ;
- Développer un dispositif de coordination entre la LCC et les professionnels de soins primaires et secondaires ;
- Développer la visibilité de l'offre d'accompagnement au sevrage tabagique sur le territoire.

4.2.2. Effets escomptés

Les effets escomptés sont, à terme, une amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer. De nombreux autres effets sont attendus selon la population ou le niveau considérés.

Au niveau des patients fumeurs atteints de cancer, les effets attendus sont une évolution des représentations, une amélioration des capacités de gestion des symptômes de sevrage et des sensations de craving, une diminution des émotions négatives, du stress et de l'anxiété, une amélioration du vécu de la maladie et des traitements anticancéreux.

Au niveau des proches de ces patients, des effets similaires peuvent être escomptés s'ils sont également intégrés à la démarche de sevrage tabagique. Une diminution du fardeau du proche aidant pourrait également être envisagée.

Au niveau des professionnels de santé et/ou de bien-être, il est attendu une évolution des connaissances et des représentations sur l'offre de sevrage tabagique, une augmentation de leur capacité perçue à accompagner les personnes atteintes de cancer à cesser de fumer, une amélioration des pratiques professionnelles et une meilleure adhésion aux recommandations, une amélioration de leur capacité à mettre en place une démarche de sevrage tabagique bienveillante et adaptée au patient.

Au niveau du système de soins, les effets escomptés sont une amélioration de l'accessibilité, de la visibilité et de l'utilisation de l'offre de sevrage tabagique sur le territoire, une amélioration de la cohésion des acteurs du territoire autour du sevrage tabagique, une évolution de la place des associations vis-à-vis de l'offre de prévention et de promotion de la santé dans le parcours de soins en cancérologie.

4.2.3. Populations ciblées

Les chiffres concernant le taux de fumeurs et d'anciens fumeurs suivis par la LCC Gironde ne sont pas disponibles. D'autres informations ont pu néanmoins être récoltées sur le profil des patients. Ils résident majoritairement au sein de la métropole bordelaise, mais grâce à l'équipe mobile, des personnes aux caractéristiques diversifiées peuvent être touchées, notamment des personnes qui vivent à distance de la métropole, qui sont fatiguées ou qui présentent des incapacités fonctionnelles rendant leurs déplacements difficiles. La plupart est sous traitement anticancéreux.

Les patients interviewés remettaient en question leur consommation tabagique et avaient déjà fait des tentatives d'arrêt au cours de leur trajectoire de fumeur. Ils ont exprimé un avis favorable à la création d'une offre d'accompagnement au sevrage tabagique intégrée à la LCC Gironde, estimant que les professionnels qui prodiguent des SOS sont pertinents dans le cadre de ce type d'intervention. Certains se sont montrés curieux et ont posé des questions sur le projet d'intervention. Plusieurs besoins ont été mis en évidence dans le discours des patients : le besoin d'être accompagné, le besoin d'être motivé, le besoin d'améliorer la qualité de vie physique (améliorer ses capacités physiques et respiratoires, prévenir la prise de poids), psychique (être occupé, trouver une autre source de plaisir, trouver une autre source d'apaisement, prendre confiance en soi) et sociale (rencontrer de nouvelles personnes).

4.2.4. Composantes et cadre de l'intervention

4.2.4.1. Au niveau de l'organisation associative

- **Un dispositif de repérage systématique du statut tabagique et de proposition d'accompagnement selon différents scénarios**

Un dispositif de repérage du statut tabagique pourrait être mis en place systématiquement pour chaque patient suivi par la LCC. Cette approche systématique permettrait de considérer tous les patients reçus par la LCC et de n'exclure aucun bénéficiaire en accord avec le principe éthique de justice. Ce questionnement devrait être expliqué et justifié au patient afin qu'il ne se sente pas jugé. Le repérage du statut tabagique pourrait avoir lieu à plusieurs moments. Idéalement, il pourrait avoir lieu

dès l'entretien d'accueil organisé lors de l'arrivée d'un patient à la LCC. Cet entretien d'accueil, qui correspond à une évaluation globale des besoins du patient en matière de SOS, pourrait facilement contenir des questions sur la consommation tabagique du nouveau patient et permettre un repérage initial de son statut tabagique. D'autres moments, notamment les points de situation réguliers et les séances avec les professionnels, pourraient permettre le repérage itératif du statut tabagique de la personne si celle-ci a refusé d'évoquer son statut tabagique lors de l'entretien d'accueil ou n'a pas souhaité modifier sa consommation tabagique.

Une fois le statut tabagique identifié, cette étape de repérage constituerait l'opportunité de recueillir précisément des informations sur le vécu de la personne vis-à-vis de sa consommation tabagique. Ces informations, associées aux autres données recueillies lors de l'entretien, permettraient d'obtenir une vision globale de la personne. En effet, le tabagisme n'est pas simplement une question de choix individuel. Il est influencé par des facteurs biologiques et sociaux qui échappent souvent au contrôle de l'individu, et ceux-ci nécessitent d'être compris afin d'organiser la prise en charge la plus personnalisée et la plus adaptée possible. Selon le statut tabagique de la personne, mais également tout un ensemble de caractéristiques (ancienneté du tabagisme, nombre de cigarettes fumées, niveau de dépendance, précédentes tentatives d'arrêt, souhait de modifier sa consommation, souhait d'être accompagné ou non), plusieurs scénarios de repérage et de proposition d'accompagnement pourraient être envisagés afin de commencer à personnaliser la prise en charge et d'ouvrir le champ des possibles aux besoins de la personne. La schématisation de ces scénarios est disponible à l'Annexe XXIX.

Si la personne fume, ce temps d'entretien serait l'occasion d'évoquer l'arrêt du tabagisme, de délivrer un conseil clair et personnalisé à l'arrêt du tabagisme pour informer la personne des risques du tabagisme et des bienfaits du sevrage, ainsi que pour déterminer si la personne est prête à arrêter de fumer. Tout cet échange devrait être formulé de sorte que le discours tenu ne soit pas perçu comme un jugement moral pour la personne. Le déroulement de cette phase de repérage de la personne fumeuse est plus précisément détaillé à l'Annexe XXIX.

Si la personne a arrêté de fumer, il faudrait questionner la personne sur son vécu de l'arrêt mais aussi valoriser les bénéfices de cet arrêt, encourager la poursuite du sevrage, évaluer les envies de fumer et leur gestion. Dans le cas où la personne éprouverait des difficultés à maintenir cet arrêt, la possibilité d'un accompagnement à la consolidation du sevrage tabagique par la LCC devrait être suggérée. Dans le cas où la personne n'éprouverait aucune difficulté à maintenir l'arrêt, il faudrait informer la personne de l'éventualité d'être accompagnée si elle en ressent le besoin.

Ces scénarios pourraient être illustrés sous la forme d'un arbre décisionnel des situations complexes à construire de manière détaillée avec les professionnels afin que ces derniers puissent s'en saisir dans leur pratique.

A chacune des étapes, le patient devrait être précisément informé des objectifs, du déroulement, des bienfaits, ainsi que des risques de l'accompagnement, notamment lors du conseil à l'arrêt, de la proposition d'accompagnement, ainsi que lors de la suite de la prise en charge afin qu'il puisse prendre sa décision, qu'il soit rassuré et mis en confiance. Chaque décision devrait être diffusée à l'ensemble de l'équipe pour éviter les incohérences au niveau de la prise en charge.

À tout moment, le patient devrait être libre de refuser ou de cesser les soins qui lui sont proposés afin qu'il puisse exercer sa liberté de choix et que l'accompagnement soit ancré dans le bien-être du patient. Les professionnels devraient adopter une posture compréhensive de ces choix en prenant en compte la situation de la personne et en acceptant de lui prodiguer des SOS. Cette préservation du droit de refus s'aligne avec les principes éthiques de non-malfaisance, de bienfaisance et d'autonomie. Elle peut nettement améliorer la capacité à garantir que le patient reçoit le soutien nécessaire pour optimiser sa prise en charge du cancer.

La suite du parcours devra être adaptée régulièrement selon l'évolution de la personne, être basée sur une démarche volontariste et être préservatrice de la possibilité pour le patient de refuser des services s'il le souhaite.

➤ **Un dispositif d'accompagnement non médicamenteux de sevrage tabagique adossé à l'offre de soins oncologiques de support**

L'accompagnement à l'arrêt du tabagisme pourrait être prodigué par la LCC Gironde sous la forme d'un dispositif d'accompagnement non médicamenteux de sevrage tabagique. La LCC dispose de toutes les ressources nécessaires pour proposer ce type d'accompagnement : une offre de SOS adaptable à la démarche de sevrage tabagique et/ou de consolidation du sevrage, des professionnels motivés qui entretiennent une relation de confiance avec les patients et qui disposent d'outils utilisables en complément d'un traitement médicamenteux de sevrage. Grâce aux points de situation proposés par la LCC, une réévaluation de la situation pourrait avoir lieu à la fin de chaque programme. Grâce à l'organisation de la LCC, cet accompagnement pourrait être proposé sous trois formats d'interventions. En effet, le DomiLigue et la visioconférence permettraient d'avoir une ampleur territoriale plus importante, de toucher un public plus large, de faire face à l'éloignement géographique souvent identifié comme un facteur de rupture dans la continuité des soins (y compris dans le cadre du suivi par la LCC), et ainsi, de réduire les inégalités sociales et territoriales.

En fonction du statut tabagique du patient, deux axes d'accompagnement pourraient être envisagés :

- Une aide à la réduction du tabagisme, voire à l'arrêt immédiat en fonction des désirs du patient ;
- Une aide à la consolidation du sevrage et à la prévention des rechutes pour soulager les symptômes de sevrage et anticiper les risques de rechute en identifiant, en explorant et en exploitant, avec le patient, de manière positive, toute pensée et toute situation pouvant conduire à la prise d'une cigarette.

Cet accompagnement pourrait également être gradué en fonction de la motivation à changer de comportements en se basant sur la définition, avec le patient, d'un plan de changement et d'objectifs, selon le principe de la pédagogie par objectif, pour entretenir la motivation et rendre la démarche atteignable. Il serait important de considérer le patient comme un acteur de son parcours par le biais de son implication dans le choix des formats d'intervention, des activités de SOS (suivi diététique pour prévenir une prise de poids, soutien psychologique pour développer des stratégies de gestion des émotions, etc.), du contenu des séances et du rythme de l'accompagnement. Ces éléments devraient être choisis avec le patient en fonction de ses besoins et de ses préférences, de sorte qu'il soit amené à trouver les solutions qui l'aident dans cette démarche de sevrage tabagique.

L'accompagnement et les attitudes des professionnels devraient être adaptés en cas de faux pas ou de rechute. Il serait important que le professionnel dédramatise la situation et déculpabilise le patient en l'informant que les rechutes font partie du processus d'arrêt. Il pourrait réévaluer le stade de changement pour déterminer si le patient souhaite toujours cesser de fumer, analyser avec lui le moment de rechute qui s'est produit, notamment le contexte qui l'a incité à fumer, les situations déclenchantes et les conséquences de la rechute.

Tout cet accompagnement devrait être basé sur une démarche volontariste, bienveillante et respectueuse des souhaits du patient. Les professionnels devraient adopter un discours positif et empathique afin de préserver la motivation du patient et la relation de confiance.

Cependant, pour être efficace, cet accompagnement non pharmacologique de sevrage tabagique devrait être couplé avec un accompagnement pharmacologique de sevrage tabagique.

➤ **La formation et l'outillage des professionnels**

Pour favoriser l'intégration de la démarche de sevrage tabagique dans les pratiques courantes, les professionnels devraient disposer de toutes les connaissances, compétences et ressources nécessaires au bon déroulement de l'accompagnement du patient. Il serait alors essentiel de les sensibiliser à l'intérêt d'explorer le sevrage tabagique avec des patients atteints de cancer, de les outiller et de les former. Afin d'acquérir des techniques leur permettant d'agir plus efficacement auprès des patients fumeurs, des formations courtes et opérationnelles pourraient être adressées aux professionnels et porter sur les mécanismes de dépendance tabagique, les enjeux du sevrage dans le

contexte de cancer, les techniques pour aborder et repérer le statut tabagique, la formulation du conseil d'arrêt et d'une proposition d'accompagnement, les méthodes d'accompagnement (entretien motivationnel, thérapies cognitives et comportementales, etc.) et l'utilisation des ressources d'orientation, ainsi que les enjeux éthiques liés au sevrage tabagique dans le contexte du cancer.

Ces formations devraient pouvoir les aider à questionner leurs représentations vis-à-vis de leurs pratiques professionnelles et à se sentir capables de traiter le tabagisme. Evoqué une seule fois lors des entretiens avec les professionnels mais fréquemment retrouvé dans les données issues de la littérature (96), le refus de traiter un patient atteint de cancer qui ne veut pas arrêter de fumer constitue un sujet de tension éthique majeur dans notre système de soins, mais marque également un manque de compréhension des causes du tabagisme. Ainsi, selon les principes de bienfaisance et de non-malfaisance, l'intégration d'une dimension éthique à la formation des professionnels serait indispensable afin que les professionnels aient conscience que le tabagisme est un phénomène complexe et qu'il est nécessaire de bien comprendre la situation du patient et les causes de son comportement avant toute conclusion hâtive. Par ailleurs, les tensions éthiques sous-jacentes au sevrage tabagique en oncologie imposent que les professionnels soient pleinement capables d'adapter leur discours et leur prise en charge aux caractéristiques du patient, à sa consommation tabagique, à son rapport au tabagisme et à son évolution afin d'entretenir la relation de confiance et de maintenir l'engagement du patient.

Par ailleurs, il serait important de faire prendre conscience aux professionnels que de nombreux outils de leur pratique quotidienne pourraient servir au sevrage tabagique et que ces derniers pourraient être adaptés à ce type d'addiction. Un guide pourrait être conçu afin de leur servir de support matériel. Les ressources professionnelles extérieures disponibles pourraient être identifiées pour aider les professionnels lorsqu'une orientation se révélerait nécessaire.

➤ **Une optimisation de la coordination interne**

Au regard de la situation complexe des patients atteints de cancer, la mise en place de concertations pluridisciplinaires constituerait le moyen idéal de transmission des informations essentielles à retenir et à partager sur l'évolution du patient afin d'assurer l'efficacité et la cohérence du parcours. Il serait alors important d'activer les échanges entre les professionnels de l'organisation, par la formalisation de temps de communication et de décisions, ou encore par le développement d'un moyen de communication écrit commun à tous sur lequel les professionnels pourraient tracer leur activité, identifier les autres professionnels impliqués dans l'accompagnement d'un patient et suivre l'avancée du suivi effectué par leurs collègues. L'optimisation de la coordination interne à une organisation est essentielle pour que la continuité et la coordination de l'ensemble du parcours de soins fonctionne aux bénéfices du patient.

➤ **Une offre conjointe à destination des proches**

L'engagement des proches peut parfois motiver le patient dans sa démarche d'arrêt et l'annonce du cancer pour une personne peut rendre ses proches plus susceptibles d'entamer une démarche de sevrage tabagique (77-79). Cette éventualité pourrait être intégrée au parcours si le patient et ses proches souhaitent bénéficier d'un accompagnement au sevrage tabagique.

4.2.4.2. Au niveau des organisations de soins primaires et secondaires

➤ **Un accompagnement médicamenteux de sevrage tabagique assuré par des professionnels soins primaires et secondaires**

Pour compléter l'offre de SOS de la LCC, mais également assurer l'efficacité de la démarche d'arrêt et la pérennité de ce projet, l'intégration d'un professionnel prescripteur de traitements médicamenteux de sevrage tabagique à ce parcours se révèle indispensable. La LCC ne dispose pas de professionnel prescripteur de ce type de traitement. En raison des contraintes budgétaires et des

enjeux liés à la situation complexe des patients atteints de cancer, il serait nécessaire de s'appuyer sur les professionnels ressources existants dans l'environnement médical du patient. En effet, les patients sont amenés à rencontrer des professionnels prescripteurs tout au long de leur parcours de soins. De ce fait, une fois que la proposition d'accompagnement serait saisie par le patient, la LCC pourrait l'orienter vers un professionnel prescripteur extérieur, lui expliquer l'intérêt d'associer les traitements pharmacologiques de sevrage tabagique aux SOS et l'accompagner dans la prise de contact afin de s'assurer de l'effectivité du suivi et d'éviter les ruptures de parcours fréquentes lors de l'orientation d'un patient dans le système de soins. Cette orientation pourrait permettre au patient de bénéficier d'un accompagnement au sevrage tabagique de plus de douze mois et de surmonter la durée limitée de suivi à la LCC. La spécificité de ce public, associée à l'intérêt de s'appuyer sur l'environnement médical du patient, exige davantage une intervention guidée par les professionnels de second recours (oncologues, addictologues, tabacologues) plutôt que par des professionnels de premier recours. Cela impliquerait de développer l'articulation entre la LCC et les soins secondaires. A mesure que le traitement contre le cancer progresserait, que le patient évoluerait vers un état de rémission et sortirait de la situation complexe, la prise en charge pourrait évoluer avec un passage progressif des soins de second recours vers des soins primaires ; le oncologue et l'addictologue se désengageraient pour laisser place au médecin généraliste. Cette configuration demanderait d'activer également l'articulation entre la LCC et les soins primaires.

En ce qui concerne l'accompagnement du patient, la démarche prônée est un choix du traitement médicamenteux de sevrage tabagique avec le patient et selon son niveau de dépendance nicotinique, ainsi que la mise en place d'un suivi régulier afin de réévaluer les effets du traitement, son vécu par le patient, de l'ajuster en fonction du craving et des symptômes de sevrage. Une intervention multisite, avec la possibilité de réaliser des vacations au sein des locaux de la LCC et de recevoir les patients à l'extérieur de la LCC, pourrait participer à l'adaptation de l'accompagnement en fonction de ce qui est le plus adapté au patient.

4.2.4.3. La coordination entre l'association et les organisations de soins primaires et secondaires

➤ Un dispositif de coordination inter-organisationnelle

La situation complexe des patients atteints de cancer exige de favoriser une approche globale qui ne peut exister que si tous les acteurs de la prise en charge sont coordonnés entre eux. Le manque de ressources humaines et financières évoqué par la LCC montre les enjeux d'intégrer l'intervention proposée aux ressources existantes du système de soins en pratiques courantes et d'améliorer la collaboration entre les professionnels puisqu'il s'agit d'un levier majeur pour surmonter les freins humains et budgétaires.

Cette coordination serait le fondement de la création d'un parcours d'accompagnement au sevrage tabagique global qui regroupe toutes les étapes de la méthode des 5A. Ce parcours permettrait de décloisonner l'action de l'ensemble des acteurs et de synchroniser les interventions autour des patients par le développement de partenariats car l'une des finalités de l'intervention est de mettre en relation les différents intervenants autour du parcours du patient, et non de faire émerger de nouveaux acteurs. Il permettrait également de réduire le nombre d'interlocuteurs et ainsi, d'améliorer la lisibilité et l'accessibilité de l'offre au sein du système de soins.

Ce parcours devrait être coordonné par un professionnel dédié. La stratégie de coordination avec un professionnel prescripteur extérieur à la LCC présenterait plusieurs intérêts dans le cadre de ce projet. Le professionnel prescripteur réaliserait un suivi pharmacologique auprès des patients souhaitant arrêter de fumer ou ayant récemment cessé de fumer, tout en assurant la coordination du parcours extérieur à la LCC et en entretenant un lien étroit cette dernière. Il pourrait être ponctuellement détaché à l'Espace Ligue Bordeaux Métropole, mais en conservant la possibilité de réaliser des consultations avec des patients reçus par la LCC à l'extérieur des locaux de l'Espace Ligue. En outre,

la LCC présente la possibilité de se situer à l'interface de tous les acteurs et de former le fil conducteur de ce parcours d'aide au sevrage tabagique, en accompagnant le patient dans cette articulation avec les soins primaires et secondaires tout en lui offrant une sécurité.

Une formation à la coordination du parcours pourrait être mise en place afin d'assurer la cohérence et l'efficacité de ce parcours. De plus, il pourrait être envisagé de développer des formations communes afin d'assurer un partage de valeurs, de connaissances, de compétences entre l'ensemble des professionnels et de clarifier les rôles de chacun.

Cette coordination pourrait être précieuse lors du suivi du patient à la LCC, mais également garantir une continuité de parcours lors de la mise en place progressive d'un accompagnement de SOS extérieur puisque la durée de suivi par la LCC qui ne dépasse jamais les douze mois.

➤ **La mise en visibilité du parcours**

Une mise en visibilité du parcours pourrait aider à le faire connaître des autres acteurs de la cancérologie afin de favoriser la participation d'autres organismes au projet, de permettre à la collaboration entre les acteurs et de créer l'intégralité du parcours de sevrage tabagique. Des outils de plaidoyer pourraient être développés et utilisés auprès des établissements de santé du territoire pour expliquer clairement les enjeux de cet accompagnement, de cette collaboration, les rôles de chaque partenaire et les principes qui sous-tendent ce projet. Cette démarche de plaidoyer pourrait aider à dresser un tissu partenarial, mais aussi à améliorer la lisibilité des ressources et de l'offre de sevrage tabagique sur le territoire.

5. Discussion

5.1. Synthèse des résultats

Dans l'ensemble, les résultats de cette étude ont permis de comprendre les conditions à réunir pour accompagner efficacement les patients atteints de cancer vers un arrêt du tabagisme dans le cadre des SOS portés par une association.

Les déterminants à l'organisation d'une offre d'accompagnement au sevrage tabagique dans le parcours de soins en cancérologie sont nombreux. Le contexte de la LCC Gironde, une association qui propose un parcours de SOS de proximité, révèle une réelle opportunité à la conception d'une offre de sevrage tabagique au sein de son parcours. De nombreux leviers ont été déterminés pour développer cette offre dans le contexte de l'association étudiée, et les freins identifiés peuvent être surmontés par la mise en place d'éléments interventionnels qui viendront agir sur les facteurs qui font obstacle. Ces résultats soulignent la nécessité de développer une intervention d'accompagnement au sevrage tabagique globale, qui considère plusieurs niveaux du système interventionnel.

Des lacunes ont été identifiées dans la littérature en matière d'accompagnement au sevrage tabagique intégré à l'offre de SOS proposés par une association, ce qui révèle l'opportunité d'explorer davantage le développement de ce type de prise en charge.

L'intervention qui pourrait être mise en place se structure autour de plusieurs composantes : un dispositif de repérage systématique du statut tabagique et de proposition d'accompagnement ; une offre d'accompagnement au sevrage tabagique adossée à l'offre de SOS de l'association, intégrée à la pratique professionnelle et complétée par un traitement médicamenteux de sevrage tabagique prodigué par un professionnel prescripteur du parcours de soins du patient ; un éventuel accompagnement des proches ; un outillage et des temps de formation proposés aux professionnels ; un dispositif de coordination entre la LCC et les professionnels de soins primaires et secondaires ; une mise en visibilité de l'offre d'accompagnement auprès des acteurs du territoire. De surcroît, l'intervention est basée sur plusieurs principes clés, indispensables pour assurer une prise en charge optimale : une approche globale et positive ; un cadre interventionnel défini avec le patient ; un parcours patient-centré

personnalisé selon différents scénarios ; une posture professionnelle qui respecte les principes éthiques de bienfaisance, de non-maltraitance, de justice et d'autonomie (Annexe XXVIII).

5.2. Une intervention qui s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé

Au-delà d'être un projet de prévention tertiaire, ASTACAN est une intervention qui implique des concepts forts de promotion de la santé. En effet, cette intervention est guidée par une approche globale de la santé indispensable dans le cadre d'un accompagnement au sevrage tabagique de patients complexes, comme c'est le cas des patients fumeurs atteints de cancer. Elle considère les déterminants du sevrage tabagique dans le contexte du cancer selon une approche socio-écologique afin d'être ancrée dans plusieurs axes de la Charte d'Ottawa (221), dont notamment :

- L'élaboration de politiques publiques saines en opérant des changements organisationnels marqués par une structuration d'un parcours dédié aux personnes fumeuses touchées par un cancer et un décloisonnement des champs de la prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social pour favoriser la vision globale et la continuité des soins ;
- La réorientation des services de santé en proposant un parcours centré sur le patient et gradué selon ses besoins, en cherchant à prodiguer un cadre de soins bienveillant et en renforçant la capacité d'action des professionnels à la démarche de sevrage tabagique pour qu'ils puissent être en mesure de réagir si la personne ressent le besoin d'être accompagnée à cesser de fumer ;
- Le renforcement des capacités individuelles en apportant aux personnes toutes les ressources de sorte qu'elles puissent décider d'être accompagnées ou non vers un arrêt du tabagisme, et qu'elles disposent de stratégies de gestion de leur consommation tabagique.

De par cette multi-dimensionnalité, il s'agit de développer une intervention qui adopte une vision holistique des patients fumeurs atteints de cancer et qui agisse sur les déterminants sociaux de la santé, loin des approches culpabilisantes et comportementalistes. La santé est abordée comme une ressource et non comme un but absolu, la finalité de l'intervention étant de créer les opportunités pour que les patients fumeurs atteints de cancer puissent entamer une démarche de sevrage tabagique s'ils le souhaitent et se sentent prêts. En cohérence avec la démarche de conception d'intervention en promotion de la santé, ASTACAN vise à s'intégrer dans les pratiques courantes des professionnels et à s'adapter aux contextes locaux, en considérant les demandes, les besoins et les réponses existants sur le territoire grâce à l'étude préalable menée pour l'évaluation des freins et des leviers a priori.

Par ailleurs, l'intervention soulève un débat réflexif éthique important autour de ce qui est bon pour le patient atteint de cancer. Il faut alors permettre aux professionnels de prendre le temps de s'arrêter sur leurs pratiques pour tendre ensuite vers l'adoption d'une posture bienveillante en accord avec plusieurs principes éthiques.

En outre, l'intervention a été élaborée selon une méthodologie de développement d'intervention fondée sur la théorie. Les données probantes sur le sujet ont été recueillies et considérées pour éclairer le développement de l'intervention, à l'instar du cadre qui a été conçu pour aider à la structuration de l'intervention. Co-construit avec les acteurs de terrain, le projet s'inscrit dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 qui préconise la valorisation et l'accompagnement « des acteurs non institutionnels de la promotion de la santé et de la prévention » pour une mise en œuvre opérationnelle adaptée au plus près des réalités de terrain (222).

5.3. La logique d'intervention : un outil de modélisation intéressant

La réalisation d'une logique d'intervention s'est révélée intéressante dans le cadre de ce mémoire, mais présente également des intérêts pour la suite du projet de recherche.

En effet, la logique d'intervention est un outil précieux pour l'élaboration d'une intervention fondée sur la théorie car elle permet de se représenter clairement le système interventionnel souhaité

et de comprendre les intentions des concepteurs de l'intervention. La logique d'intervention a ici permis de prévoir les éléments interventionnels et contextuels considérés comme nécessaires pour atteindre les objectifs de l'intervention. Elle a également permis d'anticiper les principaux effets attendus de l'intervention. De plus, elle a participé à la justification théorique de l'intervention, en explicitant les objectifs de l'intervention, les déterminants ciblés et les éléments interventionnels choisis pour agir sur ces déterminants. Ainsi, dans son ensemble, la logique d'intervention permet d'adopter une vision globale de l'intervention et de son système. De ce fait, elle aide à envisager une intervention la plus complète possible afin d'atteindre les objectifs recherchés et d'éviter qu'un oubli puisse potentiellement compromettre les effets désirés, tout en ayant conscience de ce qui peut être accompli avec les ressources disponibles et en évitant de proposer une intervention inapplicable dans le contexte de l'association étudiée (121).

Sa représentation visuelle, le modèle logique de l'intervention, constitue également un support intéressant au processus de recherche et à la collaboration entre les chercheurs et les acteurs. En effet, en illustrant le système interventionnel, les acteurs de terrain peuvent adopter plus facilement une vision globale, comprendre le fonctionnement d'une intervention et de son système, et prendre du recul sur ce qui relève des croyances ou des données scientifiques. Il favorise également l'adoption d'un cadre de réflexion et d'un langage partagés entre tous les partenaires. Ainsi, les acteurs de terrain peuvent se sentir en mesure de participer plus facilement aux discussions lors de la conception de l'intervention pour choisir les éléments interventionnels qui joueront sur les déterminants ciblés. Du côté des chercheurs, cette facilitation de la participation peut les aider à se détacher des intérêts académiques de la recherche pour intégrer davantage ceux du terrain. Elle favorise également l'obtention d'une vision partagée de l'intervention et l'atteinte d'un consensus autour des composantes et des effets de l'intervention, ce qui encourage l'adhésion des acteurs de terrain au processus de recherche. Le modèle logique produit lors de ce mémoire sera donc utilisé dans les suites du projet de recherche pour servir de support aux échanges et affiner l'intervention fondée sur la théorie (121).

La logique d'intervention permet de poser les fondations pour les phases suivantes du processus de RISP, notamment l'implémentation et l'évaluation. En effet, cet outil est nécessaire au bon fonctionnement de l'implémentation car la compréhension holistique du système interventionnel permet d'anticiper les conditions de mise en œuvre de l'intervention. De plus, elle aide à la planification de l'évaluation. Elle peut présenter un avantage particulier pour réaliser une évaluation fondée sur la théorie et ouvrir la boîte noire de l'intervention pour comprendre comment l'intervention fonctionne une fois qu'elle est mise en œuvre, sans dissocier les éléments interventionnels et les éléments contextuels. Ainsi, elle permet d'obtenir des informations claires et précises pour expliquer comment et pourquoi une intervention a atteint ces résultats en explorant les mécanismes et les moyens d'implémentation. Elle peut aussi servir de base pour détailler et représenter les résultats de l'évaluation. De ce fait, les effets attendus formulés dans la logique d'intervention pourront être confrontés aux effets réellement observés en pratique lors de l'évaluation. Les éventuels effets inattendus pourront être mis en lumière, la survenue de chacun de ces effets pourra être expliquée et une réflexion pourra ainsi être engagée pour modifier ou conserver ces effets. Comme la logique d'intervention propose une description détaillée de l'intervention, il sera plus facile d'ajuster et d'améliorer cette dernière en fonction des données recueillies lors de l'évaluation (121).

Par ailleurs, la logique d'intervention présente un intérêt en termes de communication des résultats et de partage des connaissances. La description précise de l'intervention et sa représentation peuvent faciliter la communication des résultats en partageant les caractéristiques de l'intervention qui a été conçue et du contexte dans lequel elle a été mise en œuvre. Cela peut permettre de pallier le manque de données probantes disponibles sur les interventions en prévention et promotion de la santé dans la littérature scientifique et ainsi, de favoriser l'accès aux données probantes et leur adoption par les acteurs de terrain (121).

5.4. Réflexions éthiques sur l'intervention

5.4.1. Une intervention qui soulève de nombreux enjeux éthiques

Les résultats ont mis en évidence des tensions éthiques soulevées par la question du sevrage tabagique dans le contexte du cancer qui méritent d'être explorées plus profondément et qui exigent une certaine vigilance.

Le refus de prodiguer des soins à une personne en raison de son statut tabagique a été brièvement mis en évidence lors de l'un des entretiens semi-directifs. Ce refus de traiter est le sujet d'une tension éthique majeure dans les systèmes de soins et doit être interrogé. Une étude a été menée en Suède en 2015 auprès d'oncologues, de médecins généralistes et de personnes de la population générale. Les participants ont tous reçu aléatoirement une version d'un questionnaire contenant la description d'un cas de patient atteint d'un cancer du poumon. Les deux versions ne différaient que par un seul aspect : le patient était fumeur dans l'une des versions et non-fumeur dans l'autre version. Les principales questions étaient de savoir s'il fallait proposer un traitement nouveau, coûteux et susceptible de prolonger la vie et si le patient pouvait être tenu responsable de sa maladie. Les résultats de cette étude ont montré que les médecins, tout comme la population générale, étaient plus enclins à fournir un traitement coûteux à un patient non-fumeur. Cependant, les oncologues (78%) et les médecins généralistes (69%) étaient moins disposés que la population générale (84%) à proposer un traitement à un patient fumeur comparé à un patient non-fumeur (95).

Conduits par la volonté de bien faire, certains professionnels de santé considèrent qu'il est de leur devoir éthique de refuser de traiter un patient qui fume ou qui ne veut pas arrêter de fumer, en invoquant le principe de non-malfaisance. Ils fondent ce refus de traiter sur les données scientifiques qui ont montré à maintes reprises que le tabagisme altère l'efficacité des traitements anticancéreux. Ils perçoivent donc les traitements anticancéreux comme potentiellement nuisibles pour le patient fumeur (94). Mais comment les médecins peuvent-ils déterminer qu'un traitement anticancéreux ne sera pas bénéfique pour un patient fumeur par rapport à un patient qui ne fume pas ? Les résultats cliniques des traitements anticancéreux constituent-ils une base suffisante pour décider qu'un traitement n'est pas bénéfique ? Indépendamment de leurs résultats cliniques, de nombreux traitements peuvent être psychologiquement bénéfiques pour les patients et leurs familles car ils leur apportent une forme de espoir, rendant ainsi le refus de traitement contradictoire au principe de non-malfaisance (94).

Une autre cause de refus de traiter un patient fumeur repose sur la tension éthique qui résulte de l'affrontement entre deux grands courants de points de vue, celui qui défend le principe de la responsabilité individuelle et celui qui cherche à assurer l'équité dans l'offre et la délivrance des soins (93,95). Le premier soutient l'idée selon laquelle une personne fumeuse, en tant qu'être libre et autonome, fumerait par choix et pourrait être tenue responsable de son comportement tabagique et de ses conséquences sur sa santé (93). A ce titre, tandis que des médecins peuvent invoquer la non-malfaisance pour justifier le fait qu'ils ne fournissent pas de traitement aux fumeurs, d'autres peuvent considérer que le recours à des traitements moins efficaces chez des fumeurs responsables de leur maladie constitue une forme de gaspillage des ressources financières et matérielles (94). Or, peut-on parler de comportement totalement volontaire lorsque ce comportement influencé à la fois par des facteurs internes et externes à la personne ? En effet, le tabagisme est un comportement influencé par de nombreux déterminants de santé. Notre comportement, bien qu'il soit le résultat de nos décisions, est indirectement régi par nos désirs, et ces derniers sont partiellement influencés par notre caractère, qui est fortement influencé par notre patrimoine génétique et les déterminants sociaux, environnementaux et économiques. Outre les contraintes externes, un individu peut également faire face à des contraintes internes, comme les facteurs psychologiques (tristesse, stress, état dépressif, etc.) qui peuvent inciter une personne à recourir au tabagisme (94). De nombreux patients aimeraient arrêter de fumer, mais se trouvent dans l'impossibilité de le faire (96).

Le fait de refuser de traiter un patient atteint de cancer peut entraîner des conséquences considérables en désaccord avec les principes de bienfaisance, de non-malfaisance, de justice et

d'autonomie du patient. En effet, le report ou l'annulation d'un traitement anticancéreux exacerbe la morbidité à mesure que le cancer progresse, ce qui est contraire aux principes de bienfaisance et de non-malfaisance. Le fait de cibler uniquement des patients fumeurs revient à discriminer des patients vulnérables, de manière incompatible avec le principe de justice. Par ailleurs, selon le principe d'autonomie, les patients disposent du droit de faire leur propre choix concernant leur santé et d'accepter les risques encourus par leur décision (94,96). Ainsi, une partie du principe d'autonomie est le droit individuel du patient de refuser un traitement, qui se traduit par la nécessité d'obtenir le consentement du patient pour tout traitement (93,94). Le sevrage tabagique doit être considéré comme un traitement du cancer à part entière qui peut être refusé par le patient et ne doit pas non plus être imposé par le professionnel. A l'opposé du professionnel qui se montre insistant, d'autres soignants perçoivent la poursuite du tabagisme comme une source de soulagement psychique pour le patient atteint de cancer et n'abordent jamais le sujet avec le patient. Cependant, toujours selon le principe d'autonomie, c'est au patient de choisir pour lui-même, mais pour cela, il doit être informé de toutes les possibilités d'accompagnement car ne pas l'informer reviendrait à restreindre sa liberté de choix. Ainsi, le professionnel se doit de proposer un accompagnement au sevrage tabagique en raison des enjeux de santé et de sorte que le patient puisse connaître toutes les alternatives d'accompagnement, les bénéfiques, les risques de ses décisions et qu'il reste ainsi libre de choisir, mais le professionnel doit également être vigilant à ce que sa posture, ses conseils, ne soient pas paternalistes et laissent à la personne la liberté de choix (99).

Par ailleurs, la considération de ces principes éthiques est essentielle car leur non-respect peut se répercuter négativement sur le bien-être des patients. En effet, une approche basée sur la responsabilité individuelle est à l'origine d'une stigmatisation ressentie par les patients fumeurs atteints de cancer, qui se sentent coupables et honteux de continuer à fumer malgré leur maladie. Selon Gostin, le respect des populations exige d'observer « les choix faits par les communautés locales » et d'éviter « toute activité qui stigmatise, rabaisse, blesse ou désintègre les populations humaines, intentionnellement ou par inadvertance » (223). Des études ont montré qu'une bonne communication entre le patient et le professionnel de santé était associée à des niveaux plus faibles de stigmatisation ressentie. De même, d'autres études ont montré qu'un professionnel utilisant un discours empathique axé sur les difficultés rencontrées par les personnes fumeuses peut atténuer ce sentiment de stigmatisation. Ainsi, ces résultats démontrent bien que le professionnel doit être vigilant à la relation qu'il entretient avec le patient fumeur et à ne pas créer de nouvelles conditions de stigmatisation (224). Ces attitudes éthiques du professionnel renforcent la relation de confiance et les études ont montré que pour qu'un discours soit entendu et considéré par le patient, il faut qu'une relation de confiance se crée. En effet, la prise en compte du discours du professionnel ne se définit pas par le contenu, mais par la résonance des valeurs du professionnel auprès du public. Ainsi, délivrer au patient un message précis et positif sur les objectifs du sevrage tabagique favorise cette relation de confiance (99). A l'inverse, cette perte de confiance peut créer des obstacles à l'adhésion de la population (223).

Face à tous les enjeux éthiques qui sous-tendent la question de l'accompagnement au sevrage tabagique dans le contexte du cancer, nous pouvons nous douter que ces enjeux éthiques peuvent être retrouvés dans de nombreux champs de la prévention et de la promotion de la santé. Cela souligne encore une fois la nécessité d'adopter une vision globale de la situation et de veiller à l'équité des pratiques professionnelles (98). L'application des principes éthiques dans l'intervention permet de protéger les patients et les professionnels qui participeront à l'intervention, et de préserver la confiance des populations dans la santé publique (223).

5.4.2. Une réflexion éthique sur la planification des interventions en prévention et promotion de la santé

Il a été souhaité de considérer les principes éthiques de bienfaisance, de non-malfaisance, de justice et d'autonomie lors de la planification du programme ASTACAN, mais au-delà de la prise en

compte de ces enjeux éthiques, il convient de discuter de la manière dont ils ont été pris en compte. Plusieurs auteurs proposent des cadres éthiques pour aider à vérifier si les principes pertinents sont pris en compte dans l'intervention (223,225,226).

L'intervention développée dans ce mémoire propose des objectifs formulés selon une recherche de bien-être pour la population ciblée (223) et anticipe les principaux effets attendus et les potentielles nuisances de l'intervention (226) afin de préciser les hypothèses émises concernant l'intervention. Des données ont été identifiées afin de réunir toutes les conditions favorables à l'atteinte des objectifs (225) et les populations concernées par chaque activité prévue ont été précisées (223).

Un programme qui propose des actions ciblées sur certains groupes peut constituer un risque pour le principe de justice. Ainsi, la phase de repérage du statut tabagique permet d'identifier tous les patients fumeurs qui fréquentent la LCC et de tous les informer de l'existence d'une possibilité d'accompagnement. L'intervention s'adresse à toute personne qui ressent le besoin d'être accompagnée à l'arrêt du tabagisme et à la consolidation du sevrage (223). Par ailleurs, la logique d'intervention considère différents formats (présentiel, domicile, distanciel) afin de toucher un public qui se répartit sur un plus large territoire géographique et qui présente des caractéristiques variées. Malgré ces considérations, il faudra s'assurer que le programme soit implémenté de manière équitable et accessible à tous afin de considérer les catégories socio-économiquement défavorisées. Cet aspect n'a pas été abordé dans ce mémoire car celui-ci ne porte pas sur la phase d'implémentation de l'intervention, mais les inégalités sociales et territoriales de santé devront être davantage considérées dans la suite du programme (225,226).

Par ailleurs, une telle intervention peut comporter des risques pour les principes de bienfaisance, de non-malfaisance et d'autonomie. En effet, certains professionnels peuvent considérer qu'il est de leur devoir d'adopter toutes les mesures nécessaires pour amener la personne à modifier son comportement, et ce, malgré la formation proposée (225). Dans la conception de l'intervention, une attention particulière a été portée à la relation de confiance et à l'adoption d'un discours empathique afin de garantir les principes de bienfaisance et de non-malfaisance. De plus, le programme cherche à ne pas nuire à la liberté de la population ciblée. Il essaie d'anticiper les tensions éthiques existantes pour faire en sorte que le principe d'autonomie soit respecté, notamment en intégrant une dimension éthique à la formation des professionnels et des connaissances sur les enjeux du sevrage tabagique dans le contexte du cancer, afin d'améliorer les compétences des professionnels et de créer un climat bienveillant. Cette action vise à agir sur les représentations des professionnels, à les sensibiliser à l'importance de bien formuler les conseils d'arrêt pour éviter toute stigmatisation, de bien informer le patient et d'insister sur le principe volontariste qui soutient cette intervention. De ce fait, le choix de s'engager dans une démarche de sevrage relève du patient et le rôle du professionnel est de l'accompagner quel que soit ce choix. Le patient sera impliqué dans la formulation du cadre de son parcours et pourra effectuer sans contrainte les choix qu'il souhaite en ce qui concerne sa santé et son parcours après avoir été conseillé à l'arrêt et informé des objectifs et du déroulement du programme. De plus, l'entretien d'accueil prévu avec le patient vise à recueillir l'intégralité de la situation du patient afin d'adapter le programme aux besoins de patients (226).

Malgré la considération des enjeux et des potentielles nuisances de l'intervention, ainsi que la proposition de solutions pour y faire face, il est possible que ces mesures ne soient pas suffisantes. Par ailleurs, il est possible que le programme ne fonctionne pas et ne permette pas d'atteindre les objectifs et les effets escomptés. L'évaluation de l'intervention sera indispensable pour éviter la persistance des éventuelles nuisances (223). Cette évaluation permettra de déterminer précisément l'équilibre entre les bénéfices et les nuisances de l'intervention. Elle devra s'intéresser aux mécanismes de l'intervention, en cherchant par exemple à comprendre si les professionnels parviennent à respecter le cadre de l'intervention, et si ce n'est pas le cas, les raisons pour lesquelles ils ne le font pas (225).

Enfin, les aspects éthiques autour de la planification des interventions concernent également la méthodologie mise en application tout au long de ce travail de recherche. Le processus de prise de décisions concernant le contenu de l'intervention s'est fondé sur les données probantes (226). Une

recherche bibliographique spécifiquement a été menée sur les enjeux éthiques du sevrage tabagique en cancérologie pour anticiper au mieux les éventuelles nuisances lors de la conception de l'intervention. Face aux risques pour la vie privée et la confidentialité lors des activités de collecte de données (225), les personnes qui ont participé à cette étape du processus méthodologique ont bien été assurées de la confidentialité et du respect de l'anonymat. Ce travail de recherche a cherché à impliquer les personnes concernées par le projet. Les interactions avec les personnes concernées par le programme ont été recherchées, notamment par la participation de l'association aux décisions concernant l'avancée du projet et par un recueil de données auprès de tous ces acteurs (226). Néanmoins, la logique d'intervention n'est pas terminée en raison de quelques divergences vis-à-vis du contenu du programme.

5.5. Le partenariat entre un hôpital promoteur de santé et le milieu associatif

Depuis la création de la Charte d'Ottawa en 1986, plusieurs initiatives ont été lancées en vue de développer la promotion de la santé. Le concept « Hôpital promoteur de santé » (HPS) a émergé deux ans plus tard, pour être formalisé dans les recommandations de Vienne en 1997 (227). Ce concept invite les hôpitaux à repenser leur ancrage biomédical pour ouvrir leur culture organisationnelle vers une approche plus holistique de la santé (228,229) axée sur la qualité de vie des patients et de leur entourage (230). Ce recentrage sur le patient assigne les hôpitaux à s'engager dans l'enracinement de la promotion de la santé sur tout le territoire (228,229), dans l'amélioration de la continuité et de l'organisation des soins selon un continuum qui suit le parcours du patient jusque dans sa communauté (231). Cependant, alors que les organisations ont plutôt tendance à travailler de manière cloisonnée (232), ces rôles du HPS supposent de fonctionner sur un large partenariat avec les différents acteurs du champ de la santé et du champ social du territoire (professionnels de santé hospitaliers et libéraux, associations, collectivités locales, centres de santé, représentants d'usagers, etc.) afin de co-construire et d'évaluer des innovations organisationnelles en promotion de la santé (230).

Comme dans le projet ASTACAN, les associations qui œuvrent dans le domaine des SOS peuvent faire partie de ces partenaires. Une collaboration foisonnante peut émerger entre ces offreurs de services de proximité et l'hôpital. En effet, le parcours de soins en cancérologie, dont le parcours de SOS, souffre d'un manque de coordination qui peut être attribué à la multiplicité des professionnels impliqués, leur hyperspécialisation et leur hypertechnicité, aux difficultés administratives et à une insuffisance de communication entre les équipes (233). Pourtant, la coordination des soins est reconnue comme un élément clé de la qualité des soins délivrés aux patients et garantit une vision globale de la santé (219). Ainsi, la coordination territoriale entre tous les intervenants du parcours des patients atteints de cancer, au sein d'un ou entre plusieurs établissements de santé, en ville ou à son domicile, constitue un axe majeur dans l'organisation de ce parcours (105).

Par ailleurs, il existe une disparité dans l'offre des soins en cancérologie, et notamment une forte variabilité de l'offre des SOS entre les territoires par son organisation et la manière dont s'exerce la coordination entre les différents acteurs. Une enquête nationale sur l'organisation des SOS publiée en 2017 (234) a également souligné une hétérogénéité dans l'accessibilité des SOS, une coordination encore très hospitalo-centrée et un manque de suivi des SOS prodigués en ville. Tout ceci peut être source d'inégalités sociales et territoriales de santé (105).

Or, face aux contraintes en termes de financement et de ressources humaines, les associations présentent un fort potentiel pour venir soutenir la mise en place de solutions organisationnelles. Offreuses de services de proximité, ce sont des acteurs pivots du parcours de soins en cancérologie car elles sont amenées à suivre les patients aux différentes étapes de leur parcours et à graviter autour d'un grand nombre d'acteurs. Les associations présentent donc un fort potentiel pour favoriser la synergie entre les acteurs, permettre à la promotion de la santé de rayonner sur le territoire et

d'améliorer la continuité des soins sur le territoire, tout en favorisant la réduction des inégalités et l'appréhension de la pluralité des soins grâce à sa proximité relationnelle avec la population locale.

Néanmoins, l'offre des associations peut manquer de visibilité au sein du parcours de soins des patients. En effet, dans le deuxième Baromètre de l'AFSOS publié en 2015, la terminologie « soins de support » était mal repérée par les patients, avec seulement 34% des participants qui étaient familiers avec ce terme (105). Par ailleurs, toujours selon cette même étude, l'offre de SOS est insuffisante puisque seulement 23% des patients interrogés se souvenaient avoir reçu une proposition de SOS. Ainsi, l'hôpital qui jouit d'une forte connaissance au sein du secteur de la santé peut contribuer à la visibilité de l'offre médico-social des associations en s'associant avec elles sur des projets innovants (105). La naissance de tels partenariats avec de nombreux autres organismes pourrait alors continuer à décloisonner le fonctionnement des acteurs des secteurs sanitaires et sociaux, en commençant déjà par une connaissance des autres offreurs de soins existants sur le territoire et par un partage de connaissances, de compétences et de ressources (108). C'est en rassemblant les acteurs du système de soins qu'il deviendra possible de répondre pleinement aux besoins des populations, mais également de développer des interventions fondées sur la théorie et les données probantes prometteuses, efficaces et durables (232).

Cependant, ce partenariat n'est pas toujours facile car lors de la mise en place de projets, la collaboration entre les acteurs est souvent confrontée à de nombreux défis (232).

5.6. Une illustration des enjeux du transfert de connaissances

5.6.1. Les enjeux de la collaboration entre les chercheurs et les acteurs de terrain

La pratique fondée sur des données probantes garantit que les meilleures connaissances disponibles soient systématiquement utilisées dans l'organisation des soins. Le modèle traditionnel unidirectionnel de diffusion des connaissances des chercheurs vers les acteurs de terrain présente de fortes lacunes. En conséquence, la collaboration entre les chercheurs et les acteurs de terrain est de plus en plus soutenue dans le processus de recherche car elle est censée produire des données probantes disponibles et cohérentes avec les besoins du terrain, améliorer l'utilisation de ces données dans les pratiques professionnelles et ainsi, améliorer la qualité des interventions développées dans les secteurs sanitaires et sociaux (235,236). Cette collaboration implique les processus du transfert de connaissances qui est défini par l'Institut National de Santé Publique du Québec comme « l'ensemble d'activités et de mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation de connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion de la santé » (237). L'interaction en matière de transfert de connaissances entre les chercheurs et les acteurs de terrain peut avoir lieu dès le début du processus de recherche et impliquer des allers-retours fréquents entre les deux domaines (236,237).

Inscrit dans cette démarche de collaboration entre une équipe de recherche et une organisation associative, le projet ASTACAN a impliqué les acteurs de terrain à des degrés différents selon les étapes de la recherche. En effet, la LCC Gironde a adopté un rôle d'approbateur lors de la planification du design de la recherche en validant les choix méthodologiques proposés pour l'évaluation des freins et des leviers a priori à l'organisation d'une offre de sevrage tabagique en son sein. Par la suite, la LCC a joué un rôle dans le recueil de données en aidant au recrutement des participants de l'évaluation et en partageant des données sur son organisation et son contexte. Les entretiens menés ont permis de recueillir les témoignages de plusieurs catégories de personnes concernées par le projet, à savoir les patients fumeurs atteints de cancer, les professionnels de santé et de bien-être, ainsi que les salariés de la LCC. Cet échange d'informations avec l'association a permis de connaître les éléments contextuels indispensables à l'ancrage d'un projet au niveau local, mais difficiles à percevoir pour les chercheurs qui n'exercent pas professionnellement sur le terrain (238). Les données probantes recueillies et analysées, ainsi que les pistes d'actions concrètes qui en découlent, ont été diffusées à la

LCC sous plusieurs formats afin de lui mettre à disposition différents moyens de se saisir des informations. Un rapport d'évaluation accompagné d'une synthèse, ainsi qu'un temps de restitution des résultats couplé avec un temps d'échanges, ont été utilisés (237). Au moment du temps consacré à la restitution des résultats, la LCC a repris un rôle d'approbateur en confirmant les résultats de la recherche (236). Enfin, depuis le début du projet de recherche, des échanges réguliers sur l'avancée du projet ont lieu afin de maintenir une proximité avec les partenaires de terrain. Depuis la fin de l'évaluation, la LCC occupe une posture de co-concepteur de l'intervention (236) qui devrait permettre d'obtenir une vision partagée d'une logique d'intervention adaptée et ancrée dans le contexte local.

5.6.2. Des défis rencontrés et des questionnements soulevés

Malgré la participation de l'association aux différentes étapes de la recherche, le processus de collaboration a mis en lumière des défis en matière de partenariat entre le milieu de la recherche et les acteurs de terrain.

Les défis organisationnels font partie des principaux défis rencontrés. D'abord, les moments de concertation se sont révélés complexes à organiser en raison des différences d'emploi du temps. Il a parfois été difficile d'optimiser l'adéquation entre l'agenda du projet, le processus de recherche, et les activités de l'organisation partenaire et de leurs représentants (236). Le maintien du lien avec les partenaires a demandé beaucoup de temps et d'énergie (237). Les données issues de la littérature place ce constat comme un frein fréquent à la collaboration entre les chercheurs et les acteurs de terrain. Par ailleurs, il demande une compréhension mutuelle des pratiques des deux domaines. En effet, pour les chercheurs, il s'agit de faire face à cette difficulté de maintenir de lien qui prend du temps et de l'énergie sur le processus de recherche. Pour les acteurs de terrain, il s'agit de comprendre le processus de recherche, la manière dont il s'intègre dans les activités organisationnelles et d'y consacrer du temps. Une différence de temporalité entre les deux domaines s'est également révélée durant ce travail avec un rythme plus long du côté du processus de recherche et une prise de décisions plus rapide du côté des acteurs de terrain (236).

Des défis ont également été rencontrés vis-à-vis de l'adoption des connaissances issues de la recherche par les acteurs de terrain. En effet, les résultats de l'évaluation des freins et des leviers a priori, les recommandations sur la coordination des soins, la nécessité de composer avec les ressources existantes pour assurer la pérennité de l'intervention, et l'importance d'une approche centrée sur le patient, nous ont amené à proposer une intervention qui inclut les professionnels extérieurs à la LCC impliqués dans le parcours de soins en cancérologie. Ces professionnels auraient pour rôle d'offrir un accompagnement pharmacologique de sevrage tabagique complémentaire à l'accompagnement non médicamenteux qui serait délivré par l'association. Cette action s'est confrontée à une résistance de la LCC car elle ne correspondait pas à ses attentes de départ. En effet, l'association avait déjà une idée de l'intervention à concevoir avant l'obtention des résultats de l'évaluation. Ainsi, un dilemme est apparu en raison d'une divergence entre les connaissances produites par le domaine de la recherche et les attentes des acteurs de terrain en matière d'application des connaissances et d'orientation du projet (236–238). Cette divergence a mis en évidence des potentiels lacunes au niveau de la clarté des objectifs du projet et de la collaboration qui ont freiné l'avancement du projet (236).

Les difficultés rencontrées dans ce projet peuvent également être attribuées à une échelle plus large dans laquelle la collaboration entre les chercheurs et les acteurs de terrain reste marginale au sein du processus de recherche. Une étude publiée par la Société Française de Santé Publique (SFSP) en 2016 a montré que seuls 16% des acteurs interrogés étaient impliqués dans un processus de collaboration (239). En effet, l'écart entre la recherche et la pratique dans le domaine des soins de santé constitue une préoccupation reconnue, d'une part, parce que le passage des connaissances issues de la recherche à leur utilisation dans les pratiques peut prendre un temps considérable (236), et d'autre part, parce que les données probantes sont peu utilisées par les acteurs de terrain. En effet, l'étude publiée par la SFSP a montré que, bien que la quasi-totalité des professionnels fassent usage de

ressources documentaires dans leur pratique, plus de 40% d'entre eux n'intègrent pas la mise à jour des connaissances comme une activité de routine (239). Cela peut être lié à un manque de formation des acteurs de terrain au repérage et à l'utilisation de ces données, mais également à un accès difficile à certaines sources de données, à un manque de temps ou encore à un défaut d'accompagnement (239,240). Par ailleurs, les acteurs de terrain attendent des données probantes applicables au contexte français, mais celles-ci sont rares (240). En effet, les publications réalisées avec les acteurs de terrain sont difficiles à identifier car elles sont peu fréquentes et les acteurs ne sont souvent pas impliqués dans la rédaction des articles. La SFSP a mis en évidence que 35% des acteurs participants ayant contribué à un projet de recherche n'étaient pas en mesure d'identifier le support de publication du projet auquel ils avaient participé (239).

Malgré les enjeux d'amélioration des pratiques et de l'organisation des soins, il existe une scissure entre les domaines de la recherche et du terrain. Ce constat soulève plusieurs questionnements rattachés de près ou de loin au projet ASTACAN. Comment agir pour effacer cette fragmentation entre la recherche et le terrain ? Comment permettre une meilleure utilisation des données issues de la recherche dans les pratiques de terrain ? Par ailleurs, les exigences anticipées de l'association partenaire au projet ASTACAN vis-à-vis de l'intervention questionnent sur les raisons de la sollicitation de l'équipe de recherche et viennent interroger sur la manière dont les acteurs considèrent les données probantes. En effet, comment les acteurs de terrain se situent-ils par rapport aux données probantes ? Les acteurs veulent-ils utiliser les données probantes pour confirmer ce qu'ils souhaitent déjà mettre en place ? Ou souhaitent-ils mettre en place une intervention complètement innovante dans leur organisation à partir de ces données ? D'autres questionnements peuvent également être émis sur l'attitude des chercheurs face à cette situation. Lorsque les partenaires de terrain ont des attentes précises sur ce qu'ils veulent mettre en place, comment prendre en compte leurs attentes tout en fondant l'intervention sur une démarche probante indispensable à la réussite du projet ?

Plusieurs leçons peuvent être tirées de cette expérience de collaboration. Le partenariat entre la recherche et le terrain implique une compréhension des différents points de vue, attentes, contextes et organisations de travail pour être en mesure de créer de bonnes relations et de gérer les éventuels dilemmes. Cependant, malgré les efforts mis en œuvre, des divergences viennent alimenter une difficulté de collaboration et un risque de compromettre le partenariat et l'avancement du projet. En cas de divergences, des temps d'échanges s'imposent pour que chacun puisse exposer ses points de vue, ses arguments, et trouver un terrain d'entente. Dans le cas du projet ASTACAN, une réunion de concertation a été organisée avec l'association dans le but de résoudre ces divergences. Par la suite, les groupes de travail organisés devraient permettre de co-concevoir l'intervention et de faire en sorte que chaque partie prenante puisse exprimer son point de vue et ses intérêts (226). En effet, les acteurs de terrain et les organismes locaux, comme les associations, constituent des acteurs précieux au fonctionnement de notre système de soins. Il est important de préserver leurs valeurs, tout en amenant progressivement les données probantes dans leur organisation. Pour améliorer la collaboration entre le monde de la recherche et les acteurs de terrain, il est nécessaire de se saisir des questionnements qui émergent de ce projet, ainsi que de nombreux autres projets, et de porter un regard réflexif sur toutes les expériences rencontrées pour mettre en débat les positions, les formes et les logiques de pensées et d'actions de chacun afin de développer de nouveaux modes de collaboration et de combler le fossé qui existe encore entre ceux qui « font » et ceux qui « pensent ». Par ailleurs, il devient essentiel d'asseoir la place des données probantes dans les pratiques professionnelles, de renforcer la visibilité des ressources et de créer des conditions pour publier avec les acteurs de terrain. En effet, la compréhension fine des mécanismes sous-jacents au partenariat entre les chercheurs et les acteurs, associée à une implication plus forte des acteurs de terrain, pourrait-elle permettre à terme de renforcer le processus de collaboration et ainsi, améliorer les pratiques des organisations de soins ? Tous ces constats soulignent le besoin de réaliser plus d'études sur ces questions. La recherche sur le transfert de connaissances constitue un domaine propice à l'approfondissement de toutes ses questions.

5.7. Forces et limites méthodologiques

5.7.1. Forces

D'abord, l'évaluation des freins et des leviers a priori au développement de l'offre d'accompagnement vers l'arrêt du tabagisme au sein de la LCC Gironde s'est déclinée en trois études portant respectivement sur des thématiques et des populations différentes. Couplée à une recherche bibliographique manuelle, la triangulation de ces trois études a permis d'obtenir une vision globale sur le parcours des patients fumeurs atteints de cancer, sur la place de la démarche de sevrage tabagique au sein de ce parcours et des pratiques professionnelles, ainsi que sur le contexte organisationnel de la LCC Gironde. L'utilisation d'une méthodologie qualitative s'est révélée pertinente car celle-ci a permis d'obtenir une richesse de données permettant d'atteindre l'objectif de cette évaluation et de répondre aux questions évaluatives des trois études. La combinaison de cette méthodologie qualitative avec l'étude documentaire des données d'activité et la recherche bibliographique menée en amont, renforce la complémentarité des données obtenues lors de cette évaluation. L'utilisation d'arbres thématiques pour trianguler les données a permis d'identifier facilement les points communs et spécifiques à chaque étude. Plusieurs éléments convergents entre les différentes populations ont été relevés. Les résultats obtenus sont majoritairement en cohérence avec les données issues de la littérature, ce qui ajoute de la crédibilité aux données recueillies dans cette évaluation.

Ensuite, la scoping review a été réalisée selon la méthodologie du JBI et de la liste de contrôle PRISMA-ScR. L'utilisation d'une diversité de sources de données a permis d'obtenir une vision globale de la problématique étudiée et de mettre en évidence des lacunes en matière d'offre de sevrage tabagique dans les associations qui œuvrent dans le domaine des soins de support. Par ailleurs, le cadre théorique a permis d'enrichir le recueil de données probantes et d'assurer un squelette théorique du programme afin d'envisager les différents domaines du système à considérer pour ce type d'intervention.

Enfin, l'utilisation de ces différentes méthodes et sources de données ont permis d'obtenir une quantité conséquente de données probantes, qu'elles soient contextuelles, expérientielles ou issues de la littérature, afin de modéliser l'intervention fondée sur la théorie la plus adaptée possible au contexte local. Un processus de concertation avec les acteurs impliqués dans le projet a eu lieu tout au long du travail pour valider les différentes étapes méthodologiques et les résultats obtenus, mais celui-ci doit être approfondi lors des prochaines phases.

5.7.2. Limites

Plusieurs biais ont été identifiés dans l'étude préalable pour l'évaluation des freins et des leviers a priori. D'abord, le mode de recrutement des participants aux entretiens a introduit un biais de sélection. En effet, les patients étaient essentiellement des fumeurs qui se situent aux stades de contemplation, de détermination ou d'action dans le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente (241), c'est-à-dire qui ont déjà questionné leur consommation tabagique par le passé et/ou qui ont déjà mis en place des stratégies individuelles de gestion de leur tabagisme. En revanche, les fumeurs qui se situent au stade de pré-contemplation, c'est-à-dire qui n'ont jamais questionné leur consommation tabagique et qui n'éprouvent pas d'intérêt pour l'intervention, n'ont pas répondu au questionnaire et ne sont pas représentés dans l'échantillon. De même, les professionnels de santé et de bien-être de la LCC ont été présélectionnés par des membres permanents de la LCC car ils étaient considérés comme plus susceptibles de répondre à l'enquête. Ensuite, à cause des mesures sanitaires en vigueur liées à la pandémie de COVID-19, les entretiens ont tous été conduits en distanciel, soit par téléphone, soit par visioconférence, ce qui entraîne un risque de perte d'information en raison d'une absence ou d'une réduction du feedback visuel. De plus, l'intérêt manifesté par les patients et les professionnels envers ce projet peut résulter d'un biais de désirabilité sociale. Par ailleurs, les données recueillies pour chacune des trois études ont été analysées par une seule personne. Pareillement, la

triangulation des données a été réalisée par une seule personne. Il aurait fallu une double analyse pour assurer une meilleure objectivité d'analyse.

Ensuite, concernant la scoping review, en raison des lacunes en matière de sevrage tabagique dans le cadre des associations qui œuvrent dans le domaine SOS, aucune stratégie ni levier interventionnel n'a été identifié dans ce contexte précis pour venir enrichir l'intervention. Par ailleurs, la plupart des interventions n'étaient pas détaillées précisément. En conséquence, ce sont des recommandations générales qui ont majoritairement été exploitées pour déterminer des stratégies et leviers interventionnels, mais cela limite la finesse et l'adaptation des données recueillies. Malgré tous les efforts déployés pour découvrir toute la littérature pertinente, il est impossible d'ignorer la possibilité que certains documents n'aient pas été identifiés. La sélection des documents après lecture du titre, du résumé, de l'intégralité du texte, l'extraction et l'analyse des données ont été faites par une seule personne. Il en est de même concernant le choix des modèles organisationnels et la création du cadre théorique. Néanmoins, une concertation entre les membres de l'équipe a eu lieu tout au long de ce travail pour valider les différents choix et étapes de la méthodologie.

Enfin, les contraintes de temps et les divergences entre les parties prenantes n'ont pas permis d'organiser totalement le processus de concertation avec les acteurs de terrain sur la durée du stage. Ainsi, le travail de ce mémoire ne permet pas d'obtenir la version finale de l'intervention fondée sur la théorie.

5.8. Perspectives

Ce mémoire constitue une étape intermédiaire dans la modélisation de l'intervention fondée sur la théorie. En effet, les résultats de ce mémoire de recherche ne sont pas définitifs et évolueront par la suite. La suite des travaux sera découpée en deux volets : un volet « gestion de projet » spécifiquement consacré à la LCC Gironde et un volet « recherche » dédié à la montée en généralisation de l'intervention.

Concernant le volet « gestion de projet », le travail de concertation avec les acteurs nécessite d'être renforcé afin d'ancrer davantage le projet dans une démarche de co-construction d'une intervention concrète, réaliste et réalisable, et d'obtenir une vision partagée de la logique d'intervention. Il devrait se concrétiser sous la forme de groupes de travail composés de membres permanents, de professionnels de santé et de bien-être qui promulguent des SOS au sein de la LCC et de professionnels de santé qui n'exercent pas au sein de la LCC, ainsi que sous la forme de séminaires. Il permettra d'affiner et d'élaborer la logique d'intervention. Par la suite, cette logique d'intervention devra être implémentée, testée et évaluée pour être ajustée, validée et pérennisée selon les étapes du MRC Framework et le guide méthodologique de Chen sur les approches fondées sur la théorie.

Concernant le volet « recherche », un approfondissement des travaux de recherche sera parallèlement mené afin d'étendre et de généraliser la logique d'intervention. Une étude de cas multiples sera réalisée auprès de plusieurs associations proposant des SOS afin d'analyser l'organisation et le contexte de ces cas, et les conditions de mise en œuvre de l'intervention dans chacun des cas. Les résultats de cette étude de cas permettront de développer une logique d'intervention adaptable à différents contextes. Par la suite, cette intervention fondée sur la théorie devra être testée pour ensuite être ajustée et/ou validée.

Un élément majeur à prendre en compte dans la suite de la modélisation de l'intervention fondée sur la théorie et dans son processus d'implémentation concerne les inégalités sociales de santé. Cela nécessitera une étude approfondie sur les profils socioéconomiques des publics bénéficiaires des associations qui œuvrent dans le domaine des SOS.

6. Conclusion

Pour conclure, ce mémoire s'est intéressé au développement d'une offre d'accompagnement au sevrage tabagique qui serait adossée à l'offre d'une association œuvrant dans le domaine des soins oncologiques de support. Bien que le tabagisme soit un enjeu majeur de santé publique, en particulier en cancérologie, il reste insuffisamment intégré aux pratiques professionnelles. Les opportunités pour les patients qui souhaitent cesser de fumer et s'engager dans une démarche de sevrage tabagique sont donc limitées. Cette démarche de sevrage tabagique constitue un chemin propre à chaque patient et doit s'inscrire à plusieurs niveaux du système interventionnel pour prendre en compte et agir sur les nombreux déterminants du sevrage tabagique qui interviennent en cancérologie.

Comme nous l'avons constaté dans ce mémoire, les associations proposant des soins oncologiques de support ont le potentiel de jouer un rôle clé dans l'organisation de l'offre de prévention et de promotion de la santé au sein du système de soins. Cependant, il existe des lacunes en matière d'accompagnement au sevrage tabagique dans le cadre des soins oncologiques de support malgré l'existence de ressources, de demandes et de besoins sur le sujet.

Une intervention a été modélisée afin de préciser les éléments à réunir pour mettre en œuvre cette offre innovante en prévention et promotion de la santé. L'association étudiée peut être en mesure de prodiguer un accompagnement non médicamenteux de sevrage tabagique grâce à la multiplicité des soins oncologiques de support qu'elle propose. Toutefois, pour être efficace, cet accompagnement doit être complété par un traitement médicamenteux de sevrage tabagique qui exige d'impliquer les professionnels prescripteurs du parcours de soins des patients. La mobilisation de l'ensemble de ces professionnels et l'organisation d'une coordination interprofessionnelle autour d'un parcours de sevrage tabagique sont alors primordiales. Pour cela, il est essentiel de rendre cette offre lisible et d'apporter aux soignants toutes les conditions pour que ceux-ci puissent être en mesure d'intégrer le sevrage tabagique comme une pratique courante de la prise en charge en cancérologie. Néanmoins, ce type d'intervention doit être réfléchi avec prudence en raison des tensions éthiques impliquées.

Ce mémoire ne constitue qu'une étape intermédiaire de la modélisation de l'intervention et doit être poursuivi afin d'ancrer davantage la logique d'intervention dans une démarche de co-construction et d'obtenir une vision partagée de celle-ci.

Cette expérience de stage s'est révélée très riche. La diversité des missions et les responsabilités qui m'ont été confiées m'ont permis d'exploiter les connaissances et les compétences tirées lors des enseignements universitaires, de mettre en œuvre des méthodologies différentes, de développer mon esprit de réflexion et de synthèse, et de me préparer à l'entrée dans la vie professionnelle. J'ai eu l'occasion de m'intéresser à un type d'addiction auquel j'avais été peu formée au cours de mes formations antérieures et de me rendre compte que chaque professionnel de santé peut s'impliquer dans l'accompagnement vers l'arrêt du tabagisme.

Pour terminer, ce stage m'a amené à m'interroger sur ma posture et mes pratiques en tant qu'apprentie chercheuse, mais également sur la recherche elle-même. En effet, ce stage a mis en exergue de nombreux questionnements liés à la collaboration entre les chercheurs et les acteurs de terrain. Si cette collaboration est riche en enseignements pour les deux parties et essentielle en recherche interventionnelle en santé des populations, elle illustre les difficultés en matière de circulation et d'utilisation des savoirs et des expériences. Il semble alors nécessaire de se saisir de ces questions et de créer des conditions favorables à cette collaboration afin d'atténuer le fossé qui existe entre les parties. Cette prise de conscience a nourri mon désir de m'intéresser plus précisément à ce sujet au travers du projet ASTACAN et l'expérience positive de ce stage a confirmé ma conviction de poursuivre professionnellement dans les domaines de la recherche interventionnelle en santé des populations et de la promotion de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2017. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
2. Haut Conseil de la Santé Publique. Place des offreurs de soins dans la prévention [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique; 2018 juill. (Avis et Rapports). Disponible sur: https://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2018/10/rapport_HCSP.pdf
3. Ferland C. Mémoires tabagiques. L'usage du tabac, du XVe siècle à nos jours. Drogues, santé et société. 2008;6(1):17-48.
4. Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. Ethnologie française. 2010;40(3):535-42.
5. Perriot J, Underner M, Peiffer G. 73. Histoire de la lutte contre le tabagisme et de la création du dispositif de soins en tabacologie. In: Traité d'addictologie [Internet]. 2^e éd. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 537-42. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traité-d-addictologie--9782257206503-p-537.htm>
6. Institut National du Cancer. La lutte antitabac en France et dans le monde - Tabac [Internet]. e-cancer.fr. 2020 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Tabac/La-lutte-antitabac-en-France-et-dans-le-monde>
7. Pasquereau A, Deutsch A, Richard JB, Andler R, Estaquio C. Baromètre Cancer 2015. Perception des risques en 2015 et évolutions récentes [Internet]. Paris: Santé Publique France; 2019 [cité 31 mars 2021]. (Baromètres santé). Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186839/document_file/190603_1873.pdf
8. Santé Publique France. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. santepubliquefrance.fr. 2019 [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>
9. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [Internet]. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des; 2015 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
10. Institut National du Cancer. Les cancers en France en 2018 - L'essentiel des faits et chiffres (édition 2019) [Internet]. Institut National du Cancer; 2019 [cité 14 avr 2021]. Report No.: ETKAFR19. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/content/download/255246/3573612/file/Cancers_en_France-Essentiel_Faits_et_chiffres-2018.pdf
11. Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019;(15):271-7.
12. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard JB, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2021;(8):132-9.
13. Institut National du Cancer. Panorama des cancers en France - Edition 2021 [Internet]. Institut National du Cancer; 2021. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/content/download/255246/3573612/file/Panorama-des-cancers-en-France-Edition-2021.pdf>

cancer.fr/content/download/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf

14. Peretti-Watel P, Seror V, Halfen S, Grémy I, François B. Les inégalités sociales, un obstacle à la prévention ? L'exemple du tabagisme. *Rev Epidemiol Santé Publ.* 1 oct 2008;56.
15. Santé Publique France. Tabac [Internet]. *santepubliquefrance.fr*. 2021 [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/donnees/#tabs>
16. Santé Publique France. Bulletin de santé publique Nouvelle Aquitaine. Janvier 2019. [Internet]. *santepubliquefrance.fr*. 2019 [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/50348/1087352>
17. Douchet MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*; 2020.
18. Peiffer G, Udemer M, Perriot J, Paillot N, Renolleau F. Le sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités.* 2013;5(5):e5-15.
19. Dautzenberg B. Sevrage tabagique, mise au point sur la prise en charge actuelle et ses résultats. *Bulletin du Cancer.* 2012;99(11):1007-15.
20. Jauffret-Roustide M. 27. Les déterminants sociaux des addictions. In: *Traité d'addictologie* [Internet]. 2^e éd. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 241-4. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traited-addictologie--9782257206503-p-241.htm>
21. Santé Publique France. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la santé ? [Internet]. *santepubliquefrance.fr*. 2019 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
22. Goffette C. Déterminants individuels et contextuels de la consommation de tabac. Une analyse des pratiques tabagiques au sein des ménages sur données françaises. *Revue française de sociologie.* 2016;57(2):213-39.
23. Guillaumin C, Urban T. Lutte contre le tabagisme en France. L'indispensable prise en compte de la dépendance comportementale. *Revue de Pneumologie Clinique.* 1 déc 2017;73(6):294-8.
24. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.* 2019;(15):278-84.
25. Organisation Mondiale de la Santé. Tabac [Internet]. *who.int*. 2020 [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
26. Guignard R, Beck F, Deutsch A. Tabac et cancer. Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.* 2012;101-24.
27. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
28. Institut National du Cancer. Cancers : les chiffres clés - Qu'est-ce qu'un cancer ? [Internet]. *e-cancer.fr*. 2021 [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles>
29. Calvo F, Maraninchi D. 15 ans de recherche sur le cancer en France. Une trajectoire de progrès sans précédent : et maintenant ? [Internet]. Institut National du Cancer; 2018. Disponible sur:

<http://www.e-cancer.fr/content/download/223371/3045371/version/1/file/15+ans+de+recherche+sur+le+cancer+en+France+-+Fe%CC%81vrier+2018.pdf>

30. Aïach P. 10 – Le cancer au cœur des inégalités sociales de santé : quelles politiques imaginer ? In: Lutter contre les inégalités sociales de santé [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2008. p. 171-93. (Recherche, santé, social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/lutter-contre-les-inegalites-sociales-de-sante--9782859529840-p-171.htm>
31. Tron L, Belot A, Fauvernier M, Remontet L, Bossard N, Launay L, et al. Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France. Étude du réseau Francim. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2021;(5):81-93.
32. Gordon-Dseagu V. Cancer and health inequalities: an introduction to current evidence. Cancer Research UK; 2006.
33. Chauvin P, Lesieur S, Vuillermoz C. Les inégalités sociales en soins de cancérologie : comprendre pour adapter les pratiques [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2017. Disponible sur: http://www.iplesp.upmc.fr/eres/files/Plaidoyer_ISS_cancer_ARS_vfinale.pdf
34. Derbez B, Rollin Z. III. Cancer et inégalités sociales de santé. In: Sociologie du cancer [Internet]. 1^{re} éd. Paris: La Découverte; 2016. p. 53-72. (Repères). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-du-cancer--9782707182869-p-53.htm>
35. Institut National du Cancer. La vie deux ans après un diagnostic de cancer [Internet]. Institut National du Cancer; 2014 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_VieDeuxAnsApresCancer_RapportComplet_2014.pdf
36. Institut National du Cancer. Principaux facteurs de risque de cancer - Comment prévenir au mieux les cancers ? [Internet]. e-cancer.fr. 2019 [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer>
37. Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2018;(21):442-8.
38. United States Surgeon General. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of progress: A Report of the Surgeon General [Internet]. American Psychological Association; 2014 [cité 10 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/consequences-smoking-exec-summary.pdf>
39. Institut National du Cancer. Le tabac, premier facteur de risque évitable de cancers - Tabac [Internet]. e-cancer.fr. 2020 [cité 12 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Tabac/Le-premier-facteur-de-risque-evitable-de-cancers>
40. Leone N, Voirin N, Roche L, Blinder-Foucard F, Woronoff A, Delafosse P, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique [Internet]. Santé Publique France; 2015. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/145250/2130477>
41. Deutsch A, Gaillot-de-Saintignon J. Systématiser l'accompagnement à l'arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer. Oncologie. 2016;18(5):343-53.

42. Institut National du Cancer. Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer : systématiser son accompagnement [Internet]. Institut National du Cancer; 2016 [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/content/download/154626/1962262/file/Arret-du-tabac-dans-la-prise-en-charge-du-patient-atteint-de-cancer_2016_V2.pdf
43. Sobus SL, Warren GW. The biologic effects of cigarette smoke on cancer cells. *Cancer*. 2014;120(23):3617-26.
44. Tao L, Wang R, Gao YT, Yuan JM. Impact of postdiagnosis smoking on long-term survival of cancer patients: the Shanghai cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2013;22(12):2404-11.
45. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010;340:b5569.
46. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.
47. Gaillot de Saintignon J, Deutsch A. Renforcer la prévention du tabagisme dans les soins en cancérologie. *La Lettre du Cancérologue*. 2014;XXIII(6):5.
48. Shaw R, Beasley N. Aetiology and risk factors for head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. mai 2016;130(S2):S9-12.
49. Kassim R, Osei E, Cronin K. A review of the effects of tobacco smoking on cancer treatment: smoking cessation intervention should be integrated into the cancer care continuum. *Journal of radiotherapy in practice*. mars 2020;19(1):84-92.
50. Institut National du Cancer. Identifier et prévenir les risques de second cancer primitif chez l'adulte [Internet]. Institut National du Cancer; 2013 [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Identifier-et-prevenir-les-risques-de-second-cancer-primitif-chez-l-adulte>
51. Tabuchi T, Ito Y, Ioka A, Nakayama T, Miyashiro I, Tsukuma H. Tobacco smoking and the risk of subsequent primary cancer among cancer survivors: a retrospective cohort study. *Annals of Oncology*. 2013;24(10):2699-704.
52. Jégu J, Colonna M, Daubisse-Marliac L, Trétarre B, Ganry O, Guizard AV, et al. The effect of patient characteristics on second primary cancer risk in France. *BMC Cancer*. 2014;14(1):94.
53. Travis LB, Gospodarowicz M, Curtis RE, Clarke EA, Andersson M, Glimelius B, et al. Lung cancer following chemotherapy and radiotherapy for Hodgkin's disease. *Journal of the National Cancer Institute*. 2002;94(3):182-92.
54. Prochazka M, Hall P, Gagliardi G, Granath F, Nilsson BN, Shields PG, et al. Ionizing Radiation and Tobacco Use Increases the Risk of a Subsequent Lung Carcinoma in Women With Breast Cancer: Case-Only Design. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(30):7467-74.
55. Do KA, Johnson MM, Lee JJ, Wu XF, Dong Q, Hong WK, et al. Longitudinal study of smoking patterns in relation to the development of smoking-related secondary primary tumors in patients with upper aerodigestive tract malignancies. *Cancer*. 2004;101(12):2837-42.
56. Underner M, Peiffer G, Perriot J. Prise en charge du tabagisme. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*. 2014;6(4):320-34.

57. Quantin X, Stoebner-Delbarre A, Guichenez P, Pujol JL. Indications et méthodes d'aide au sevrage tabagique chez un patient fumeur atteint de cancer bronchique. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2007;24(8, Part 2):16-21.
58. American Society of Clinical Oncology. Tobacco Cessation Guide For Oncology Providers [Internet]. American Society of Clinical Oncology; 2012 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.asco.org/sites/new-www.asco.org/files/tobacco-cessation-guide.pdf>
59. Perdyan A, Jassem J. Impact of Tobacco Smoking on Outcomes of Radiotherapy: A Narrative Review. *Current Oncology*. avr 2022;29(4):2284-300.
60. McDonnell K, Bullock L, Hollen P, Heath J, Kozower B. Emerging Issues on the Impact of Smoking on Health-Related Quality of Life in Patients With Lung Cancer and Their Families. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. avr 2014;18(2):171-81.
61. Alton D, Eng L, Lu L, Song Y, Su J, Farzanfar D, et al. Perceptions of Continued Smoking and Smoking Cessation Among Patients With Cancer. *J Oncol Pract*. mai 2018;14(5):e269-79.
62. Lasserre A, Gaillot J, Deutsch A, Chauvet C, Bessette D, Ancellin R. Cancer prevention in France: Implication of health professionals. *Bull Cancer*. mars 2017;104(3):237-44.
63. Institut National du Cancer. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer [Internet]. Institut National du Cancer; 2018 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/content/download/238458/3275124/file/La_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_rapport_mel_20180625.pdf
64. Tseng TS, Lin HY, Moody-Thomas S, Martin M, Chen T. Who tended to continue smoking after cancer diagnosis: the national health and nutrition examination survey 1999–2008. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1-9.
65. Westmaas JL, Newton CC, Stevens VL, Flanders WD, Gapstur SM, Jacobs EJ. Does a Recent Cancer Diagnosis Predict Smoking Cessation? An Analysis From a Large Prospective US Cohort. *J Clin Oncol*. 2015;33(15):1647-52.
66. Gritz ER, Fingeret MC, Vidrine DJ, Lazev AB, Mehta NV, Reece GP. Successes and failures of the teachable moment: smoking cessation in cancer patients. *Cancer*. 2006;106(1):17-27.
67. McBride CM, Ostroff JS. Teachable moments for promoting smoking cessation: the context of cancer care and survivorship. *Cancer Control*. 2003;10(4):325-33.
68. Cooley ME, Wang Q, Johnson BE, Catalano P, Haddad RI, Bueno R, et al. Factors associated with smoking abstinence among smokers and recent-quitters with lung and head and neck cancer. *Lung Cancer*. mai 2012;76(2):144-9.
69. Tang MW, Oakley R, Dale C, Purushotham A, Møller H, Gallagher JE. A surgeon led smoking cessation intervention in a head and neck cancer centre. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:636.
70. Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol*. 2005;23(24):5814-30.
71. Meert A, Mayer C, Milani MM, Beckers J, Razavi D. Quelle est la place du sevrage tabagique chez les patients atteints d'une affection cancéreuse. *Bulletin du Cancer*. 2006;93(4):363-9.
72. Hsu CCT, Kwan GNC, Chawla A, Mitina N, Christie D. Smoking habits of radiotherapy patients: did the diagnosis of cancer make an impact and is there an opportunity to intervene? *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2011;55(5):526-31.

73. Puleo G, Borger T, Bowling W, Burris J. The State of the Science on Cancer Diagnosis as a « Teachable Moment » for Smoking Cessation: A Scoping Review. *Nicotine Tob Res.* 1 févr 2022;24(2):160-8.
74. Sanderson Cox L, Sloan JA, Patten CA, Bonner JA, Geyer SM, McGinnis WL, et al. Smoking behavior of 226 patients with diagnosis of stage IIIA/IIIB non-small cell lung cancer. *Psycho-Oncology.* 2002;11(6):472-8.
75. Huteau MÈ, Baussard L, Moutet AL, Morichaud A, Stoebner-Delbarre A. Sevrage tabagique en cancérologie : que nous apprennent les patients? Perspectives pour l'ETP. *Education Thérapeutique du Patient.* 2016;8(2):20108.
76. Ministère des Solidarités et de la Santé, Institut National du Cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2021. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-_strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf
77. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
78. Institut National du Cancer. Arrêter de fumer pour réduire son risque de cancers - Tabac [Internet]. e-cancer.fr. 2019 [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Tabac/Arreter-de-fumer>
79. Papadakis S, Cole AG, Reid RD, Coja M, Aitken D, Mullen KA, et al. Increasing Rates of Tobacco Treatment Delivery in Primary Care Practice: Evaluation of the Ottawa Model for Smoking Cessation. *Ann Fam Med.* mai 2016;14(3):235-43.
80. Institut National du Cancer. Aider vos patients à s'arrêter de fumer [Internet]. e-cancer.fr. 2019 [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Tabac/Aider-vos-patients-a-s-arreter-de-fumer>
81. Errard-Lalande G. L'accompagnement au sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires.* 2008;22(6):15-26.
82. Ruppert AM, Urban T. Le sevrage tabagique dans le cancer bronchique : les méthodes et les résultats ; place de la e-cigarette. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités.* 1 oct 2020;12(2, Supplement):2S14-21.
83. Nayan S, Gupta MK, Sommer DD. Evaluating smoking cessation interventions and cessation rates in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *ISRN Oncol.* 2011;2011:849023.
84. Nayan S, Gupta MK, Strychowsky JE, Sommer DD. Smoking cessation interventions and cessation rates in the oncology population: an updated systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;149(2):200-11.
85. Haute Autorité de Santé. Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients [Internet]. has-sante.fr. 2019 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients
86. Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, Larsen RJ, Yan Y, Govindan R, et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;15(12):2370-7.

87. Derksen J, Warren G, Jordan K, Rauh S, Garcia R, O'Mahony D, et al. European practice patterns and barriers to smoking cessation after a cancer diagnosis in the setting of curative versus palliative cancer treatment. *Eur J Cancer*. oct 2020;138:99-108.
88. Taniguchi C, Hibino F, Kawaguchi E, Maruguchi M, Tokunaga N, Saka H, et al. Perceptions and practices of Japanese nurses regarding tobacco intervention for cancer patients. *J Epidemiol*. 2011;21(5):391-7.
89. Cooley ME, Sarna L, Kotlerman J, Lukanich JM, Jaklitsch M, Green SB, et al. Smoking cessation is challenging even for patients recovering from lung cancer surgery with curative intent. *Lung Cancer*. 2009;66(2):218-25.
90. Yang CC, Liu CY, Wang KY, Wen FH, Lee YC, Chen ML. Smoking Status Among Patients With Newly Diagnosed Lung Cancer in Taiwan. *Journal of Nursing Research*. 2019;27(4):e32.
91. Abu-Baker NN, Al-Jarrah AA, Obeidat RF. Smoking cessation counselling practices among health care providers dealing with cancer patients. *J Eval Clin Pract*. févr 2021;27(1):167-74.
92. Couraud S, Fournel P, Moro-Sibilot D, Pérol M, Souquet PJ. Pratique professionnelle et accessibilité aux équipements en oncologie thoracique. Résultats d'une enquête de pratique en région Rhône-Alpes. *Bulletin du Cancer*. 2011;98(6):613-23.
93. Guessous N. Les questions éthiques liées au cancer. *Hegel*. 2012;3(3):27-38.
94. Helen Senderovich MD. What is Our Ethical Responsibility to Treat Smokers? Drawing a Line Between Physician and Patient. *Annals of Long-Term Care [Internet]*. 2 avr 2015 [cité 25 août 2022];23(1). Disponible sur: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/altc/articles/what-our-ethical-responsibility-treat-smokers-drawing-line-between-physician-and-patient>
95. Björk J, Lynøe N, Juth N. 'Are smokers less deserving of expensive treatment? A randomised controlled trial that goes beyond official values'. *BMC Medical Ethics*. 4 mai 2015;16(1):28.
96. Patro A, Guerrini CJ, Huang AT, Sikora AG. The Patient Who Continues to Smoke On-Treatment: An Ethical Dilemma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1 mars 2018;158(3):469-72.
97. Benmakhlouf A. L'éthique dans l'environnement sanitaire. *adsp*. 2011;Ethique et soins(77):12-6.
98. Toussaint JF. Éthique et prévention. In: *Traité de bioéthique [Internet]*. Toulouse: Érès; 2010. p. 413-7. (Espace éthique - Poche). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traité-de-bioethique-1--9782749213057-p-413.htm>
99. Fox BJ. Framing tobacco control efforts within an ethical context. *Tobacco Control*. 1 août 2005;14(suppl 2):ii38-44.
100. Arnault Y, Ben Soussan P, Prodromou N, Lacour AC. Cancer et temporalité: un aussi long parcours... *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*. 1 déc 2004;3(4):197-200.
101. Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2022 [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
102. Institut National du Cancer. Le nouveau programme personnalisé de soins - Principes généraux d'utilisation et éléments fondamentaux [Internet]. Institut National du Cancer; 2019 [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/content/download/277617/3940919/file/Le_nouveau_programme_personnalise_de_soins_mel_20191029.pdf

103. Institut National du Cancer. Les outils pour accompagner le parcours personnalisé du patient [Internet]. e-cancer.fr. 2019 [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Les-outils>
104. Institut National du Cancer. A quoi servent les soins de support ? [Internet]. e-cancer.fr. 2021 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support>
105. Institut National du Cancer. Référentiel organisationnel national Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer. Institut National du Cancer; 2021 nov. (Recommandations et référentiels / Recommandations de pratique clinique).
106. Ministère des Solidarités et de la Santé. Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [Internet]. févr 22, 2005. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/content/download/59330/539321/file/circulaire_dhos_sdo_2005_1041_220205.pdf
107. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. Identifier les professionnels / intervenants [Internet]. afsos.org. 2021 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/identifier-les-professionnels-intervenants/>
108. Fleuret S. Les associations dans le système sanitaire et social en France : les territoires de l'invisible. Economie et solidarités. 2006;CIRIEC-Canada:107-28.
109. Jaulmes D, Lasseron G. Soins de support en oncologie : les associations de patients partenaires. Le nouveau cancérologue. nov 2014;7(3):119-20.
110. Ligue contre le cancer. Qui sommes-nous [Internet]. ligue-cancer.net. 2021 [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/article/25989_face-au-cancer-est-plus-forts-ensemble
111. Ligue contre le cancer. Accompagner pour aider [Internet]. ligue-cancer.net. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/article/25990_accompagner-pour-aider
112. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 29 sept 2008;337:a1655.
113. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 19 mars 2015;350(mar19 6):h1258-h1258.
114. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 30 sept 2021;374:n2061.
115. Minary L, Alla F, Cambon L, Kivits J, Potvin L. Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. J Epidemiol Community Health. 1 avr 2018;72(4):319-23.
116. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. BMC Public Health. 25 mars 2019;19(1):339.
117. Potvin L, Ruggiero E, Shoveller JA. Pour une science des solutions: la recherche interventionnelle en santé des populations. La santé en action. 1 janv 2013;425:13-6.

118. Fassier JB, Lamort-Bouché M, Sarnin P, Durif-Bruckert C, Péron J, Letrilliart L, et al. Le protocole de l'intervention mapping : un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 févr 2016;64(1):33-44.
119. Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*. 5 juin 2008;336(7656):1281-3.
120. Moore G, Cambon L, Michie S, Arwidson P, Ninot G, Ferron C, et al. Population health intervention research: the place of theories. *Trials*. 11 juin 2019;20(1):285.
121. Chen HT. *Practical program evaluation : Theory-Driven Evaluation and the Integrated Evaluation Perspective*. 2^e éd. SAGE Publications, Inc; 2015. 443 p.
122. Cambon L, Alla F. Understanding the complexity of population health interventions: assessing intervention system theory (ISyT). *Health Research Policy and Systems*. 19 juin 2021;19(1):95.
123. Dupin CM, Breton É, Kivits J, Minary L. Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. *Santé Publique*. 2015;27(5):653-7.
124. Weiss CH. How Can Theory-Based Evaluation Make Greater Headway? *Eval Rev*. 1 août 1997;21(4):501-24.
125. Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 août 2010;58(4):277-83.
126. Fernandez ME, Ruitter RAC, Markham CM, Kok G. Intervention Mapping: Theory- and Evidence-Based Health Promotion Program Planning: Perspective and Examples. *Front Public Health*. 14 août 2019;7:209.
127. Sizaret A. Se documenter sur les interventions probantes : un défi pour les acteurs de terrain. *La santé en action*. 2021;(456):40.
128. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009;100(1):18-14.
129. McLaren L, Hawe P. Ecological perspectives in health research. *J Epidemiol Community Health*. janv 2005;59(1):6-14.
130. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*. 21 avr 2015;10(1):53.
131. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé [Internet]*. Paris: Armand Colin; 2016. 330 p. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
132. Jehl C. *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 [Internet] [Thèse de doctorat : Sciences du Vivant : Médecine humaine et pathologie]*. Université de Bordeaux; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03456862>
133. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth*. oct 2020;18(10):2119-26.
134. Senn N, Breton M, Ebert ST, Lamoureux-Lamarche C, Lévesque JF. Assessing primary care organization and performance: Literature synthesis and proposition of a consolidated framework. *Health Policy*. 1 févr 2021;125(2):160-7.

135. Li W, Chan S, Lam T. Helping Cancer Patients to Quit Smoking by Understanding Their Risk Perception, Behavior, and Attitudes Related to Smoking. *Psycho-Oncology*. oct 2014;23:191-191.
136. Rodgers-Melnick S, Hooper M. Implementation of tobacco cessation services at a comprehensive cancer center: a qualitative study of oncology providers' perceptions and practices. *Supportive Care in Cancer*. mai 2021;29(5):2465-74.
137. Duffy SA, Louzon SA, Gritz ER. Why do cancer patients smoke and what can providers do about it? *Community Oncol*. 1 nov 2012;9(11):344-52.
138. Chang EHE, Braith A, Hitsman B, Schnoll RA. Treating Nicotine Dependence and Preventing Smoking Relapse in Cancer Patients. *Expert Rev Qual Life Cancer Care*. 2017;2(1):23-39.
139. Lucchiari C, Masiero M, Botturi A, Pravettoni G. Helping patients to reduce tobacco consumption in oncology: a narrative review. *SpringerPlus*. 2016;5(1):1136.
140. Wells M, Aitchison P, Harris F, Ozakinci G, Radley A, Bauld L, et al. Barriers and facilitators to smoking cessation in a cancer context: A qualitative study of patient, family and professional views. *BMC Cancer*. 2017;17(1):348.
141. Cedzynska M, Przepiorka I, Przewozniak K, Koczkodaj P. Challenges in smoking cessation for cancer patients. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2020;6(Supplement):A114.
142. Schnoll RA, Subramanian S, Martinez E, Engstrom PF. Correlates of continued tobacco use and intention to quit smoking among Russian cancer patients. *Int J Behav Med*. déc 2011;18(4):325-32.
143. Berg CJ, Thomas AN, Mertens AC, Schauer GL, Pinsker EA, Ahluwalia JS, et al. Correlates of continued smoking versus cessation among survivors of smoking-related cancers. *Psycho-Oncology*. 2013;22(4):799-806.
144. Rowland C, Danson SJ, Rowe R, Merrick H, Woll PJ, Hatton MQ, et al. Quality of life, support and smoking in advanced lung cancer patients: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;6(1):35-42.
145. Hall DL, Neil JM, Ostroff JS, Hawari S, O'Cleirigh C, Park ER. Perceived cancer-related benefits of quitting smoking and associations with quit intentions among recently diagnosed cancer patients. *J Health Psychol*. 2021;26(6):831-42.
146. Regan T, Carey M, Bryant J, Waller A, Mansfield E, Sitas F, et al. Prevalence and correlates of current smoking among medical oncology outpatients. *Psycho-Oncology*. 2015;24(10):1258-64.
147. Jose T, Schroeder DR, Warner DO. Changes in cigarette smoking behavior in cancer survivors during diagnosis and treatment. *Nicotine Tob Res*. 21 mars 2022;ntac072.
148. Mathew B, Vidhubala E, Krishnamurthy A, Sundaramoorthy C. Can Cancer Diagnosis Help in Quitting Tobacco? Barriers and Enablers to Tobacco Cessation Among Head and Neck Cancer Patients from a Tertiary Cancer Center in South India. *Indian J Psychol Med*. juill 2020;42(4):346-52.
149. Martinez U, Brandon T, Sutton S, Simmons V. Associations between the smoking-relatedness of a cancer type, cessation attitudes and beliefs, and future abstinence among recent quitters. *Psycho-Oncology*. sept 2018;27(9):2104-10.
150. Vilensky D, Lawrentschuk N, Hersey K, Fleshner NE. A smoking cessation program as a resource for bladder cancer patients. *Can Urol Assoc J*. oct 2012;6(5):E167-173.

151. Khodadadi AB, Carroll W, Lee EL, Hansen B, Scarinci IC. It Takes Two to Tango: Patients' and Providers' Perspectives in Tobacco Cessation and Head/Neck Cancer. *Oncologist*. sept 2021;26(9):761-70.
152. Bjurlin MA, Basak R, Zambrano I, Schatz D, El Shahawy O, Sherman S, et al. Patterns and associations of smoking and electronic cigarette use among survivors of tobacco related and non-tobacco related cancers: A nationally representative cross-sectional analysis. *Cancer Epidemiol*. 2 mars 2021;101913.
153. Schnoll RA, Rothman RL, Newman H, Lerman C, Miller SM, Movsas B, et al. Characteristics of cancer patients entering a smoking cessation program and correlates of quit motivation: implications for the development of tobacco control programs for cancer patients. *Psychooncology*. mai 2004;13(5):346-58.
154. Taborelli M, Dal Maso L, Zucchetto A, Lamaj E, De Paoli P, Carbone A, et al. Prevalence and determinants of quitting smoking after cancer diagnosis: a prospective cohort study. *Tumori*. 20 avr 2021;3008916211009301.
155. Berg CJ, Carpenter MJ, Jardin B, Ostroff JS. Harm reduction and cessation efforts and interest in cessation resources among survivors of smoking-related cancers. *J Cancer Surviv*. 2013;7(1):44-54.
156. Lehto RH. Patient views on smoking, lung cancer, and stigma: a focus group perspective. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18(3):316-22.
157. Hughes JR. Smokers' beliefs about the inability to stop smoking. *Addictive Behaviors*. 2009;34(12):1005-9.
158. Weiss Y, Bristow B, Karol DL, Fitch M, McAndrew A, Gibson L, 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):62-7.
159. Roddy E, Antoniak M, Britton J, Molyneux A, Lewis S. Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers – a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2006;6(1):147.
160. Westmaas J, Berg C, Alcaraz K, Stein K. Health behavior theory constructs and smoking and cessation-related behavior among survivors of ten cancers nine years after diagnosis: A report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors-I. *Psycho-Oncology*. oct 2015;24(10):1286-94.
161. Weaver KE, Danhauer SC, Tooze JA, Blackstock AW, Spangler J, Thomas L, et al. Smoking cessation counseling beliefs and behaviors of outpatient oncology providers. *The Oncologist*. 2012;17(3):455-62.
162. Deppen SA, Grogan EL, Aldrich MC, Massion PP. Lung Cancer Screening and Smoking Cessation: A Teachable Moment? *J Natl Cancer Inst*. 2014;106(6):1-2.
163. Haute Autorité de Santé. Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_attitudes_stade_changement_patient.pdf
164. Leader A, Fernández-Somoano A, López-Cima MF, González-Arriaga P, Pascual T, Marrón MG, et al. Educational inequalities in quantity, duration and type of tobacco consumption among lung cancer patients in Asturias: epidemiological analyses. *Psicothema*. 2010;22(4):634-40.

165. Koo HY, Lee K, Park SM, Chang J, Kim K, Choi S, et al. Prevalence and Predictors of Sustained Smoking after a Cancer Diagnosis in Korean Men. *Cancer Res Treat.* janv 2020;52(1):139-48.
166. Gummerson SP, Lowe JT, Taylor KL, Lobo T, Jensen RE. The characteristics of patients who quit smoking in the year following a cancer diagnosis. *J Cancer Surviv.* févr 2022;16(1):111-8.
167. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psychol.* déc 2004;72(6):1144-56.
168. Mendelsohn CP, Wodak Am A. Smoking cessation in people with alcohol and other drug problems. *Aust Fam Physician.* août 2016;45(8):569-73.
169. Kozlowski LT, Henningfield JE, Keenan RM, Lei H, Leigh G, Jelinek LC, et al. Patterns of alcohol, cigarette, and caffeine and other drug use in two drug abusing populations. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 1 mars 1993;10(2):171-9.
170. Cottencin O, Vannimenes C. Tabagisme et comorbidités addictives : facteurs limitants à l'arrêt du tabac. *La Lettre du Pneumologue.* 2017;XX(1):4.
171. Logan HL, Fillingim RB, Bartoshuk LM, Sandow P, Tomar SL, Werning JW, et al. Smoking status and pain level among head and neck cancer patients. *J Pain.* juin 2010;11(6):528-34.
172. Chan Y, Irish JC, Wood SJ, Sommer DD, Brown DH, Gullane PJ, et al. Smoking cessation in patients diagnosed with head and neck cancer. *J Otolaryngol.* avr 2004;33(2):75-81.
173. Schnoll RA, Martinez E, Langer C, Miyamoto C, Leone F. Predictors of smoking cessation among cancer patients enrolled in a smoking cessation program. *Acta Oncol.* juin 2011;50(5):678-84.
174. Yang C, Liu C, Wang K, Chang Y, Wen F, Lee Y, et al. Trajectory of smoking behaviour during the first 6 months after diagnosis of lung cancer: A study from Taiwan. *Journal of Advanced Nursing.* mai 2021;77(5):2363-73.
175. Price SN, Studts JL, Hamann HA. Tobacco Use Assessment and Treatment in Cancer Patients: A Scoping Review of Oncology Care Clinician Adherence to Clinical Practice Guidelines in the U.S. *The Oncologist.* 2019;24(2):229-38.
176. Conlon K, Pattinson L, Hutton D. Attitudes of oncology healthcare practitioners towards smoking cessation: A systematic review of the facilitators, barriers and recommendations for delivery of advice and support to cancer patients. *Radiography.* 2017;23(3):256-63.
177. Pallin ND, Beeken RJ, Jones KP, Woznitza N, Fisher A. A Survey of Therapeutic Radiographers' Knowledge, Practices, and Barriers in Delivering Health Behaviour Advice to Cancer Patients. *J Cancer Educ.* 15 oct 2020;
178. Day FL, Sherwood E, Chen TY, Barbouttis M, Varlow M, Martin J, et al. Oncologist provision of smoking cessation support: A national survey of Australian medical and radiation oncologists. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2018;14(6):431-8.
179. DiGiacomo M, Simoes Dos Santos P, Furestad E, Hearnshaw G, Nichols S, Chang S, et al. Cancer care clinicians' provision of smoking cessation support: A mixed methods study in New South Wales, Australia. *Asia Pac J Clin Oncol.* 31 mars 2022;
180. Obeidat NA, Ayub HS, Amarin R, Aburajab Altamimi B, Ghonimat I, Abughosh S, et al. Smoking Cessation Support Among Oncology Practitioners in a Regional Cancer Center in the Middle East-Improving a Critical Service for Cancer Care. *The Oncologist.* 2016;21(4):503-5.
181. Lynne T, Peter M. Smoking cessation dialogue and the complementary therapist: reluctance to engage? *Complementary Therapies in Clinical Practice.* 2014;20(4):181-7.

182. Lina M, Mazza R, Borreani C, Brunelli C, Bianchi E, Munarini E, et al. Hospital doctors' smoking behavior and attitude towards smoking cessation interventions for patients: a survey in an Italian Comprehensive Cancer Centre. *Tumori*. 2 juin 2016;2016(3):244-51.
183. Warren G, Marshall J, Cummings M, Toll B, Gritz E, Hutson A, et al. Practice Patterns and Perceptions of Thoracic Oncology Providers on Tobacco Use and Cessation in Cancer Patients. *Journal of Thoracic Oncology*. mai 2013;8(5):543-8.
184. Jones LW, Courneya KS, Fairey AS, Mackey JR. Effects of an oncologist's recommendation to exercise on self-reported exercise behavior in newly diagnosed breast cancer survivors: a single-blind, randomized controlled trial. *Ann Behav Med*. oct 2004;28(2):105-13.
185. Eng L, Alton D, Song Y, Su J, Farzanfar D, Mohan R, et al. Cancer patients' interest and preferences for an inpatient smoking cessation program (SCP). *Journal of Clinical Oncology*. 20 mai 2016;34(15).
186. Giuliani M, Brual J, Cameron E, Chaiton M, Eng L, Haque M, et al. Smoking Cessation in Cancer Care: Myths, Presumptions and Implications for Practice. *Clinical Oncology*. juin 2020;32(6):400-6.
187. Farley A, Aveyard P, Kerr A, Naidu B, Dowswell G. Surgical lung cancer patients' views about smoking and support to quit after diagnosis: a qualitative study. *J Cancer Surviv*. 2016;10(2):312-9.
188. Mazza R, Lina M, Invernizzi G, Pierotti M, De Marco C, Borreani C, et al. The Gap between Tobacco Treatment Guidelines, Health Service Organization, and Clinical Practice in Comprehensive Cancer Centres. *J Oncol*. 2011;2011:145617.
189. Bresnahan M, Silk K, Zhuang J. You did this to yourself! Stigma and blame in lung cancer. *Journal of Applied Social Psychology*. 1 juin 2013;43:E132-40.
190. McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Educ Res*. 2003;18(2):156-70.
191. Cooley ME, Emmons KM, Haddad R, Wang Q, Posner M, Bueno R, et al. Patient-reported receipt of and interest in smoking-cessation interventions after a diagnosis of cancer. *Cancer*. 2011;117(13):2961-9.
192. Christakis NA, Fowler JH. The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *New England Journal of Medicine*. 2008;358(21):2249-58.
193. Emmons KM, Puleo E, Park E, Gritz ER, Butterfield RM, Weeks JC, et al. Peer-delivered smoking counseling for childhood cancer survivors increases rate of cessation: the partnership for health study. *J Clin Oncol*. 20 sept 2005;23(27):6516-23.
194. Bremberg S, Nilstun T. Justifications of physicians' choice of action - Attitudes among the general public, GPs, and oncologists in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. juin 2005;23(2):102-8.
195. Stead L, Koilpillai P, Fanshawe T, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;(3).
196. Warren GW, Marshall JR, Cummings KM, Toll BA, Gritz ER, Hutson A, et al. Addressing tobacco use in patients with cancer: a survey of American Society of Clinical Oncology members. *J Oncol Pract*. sept 2013;9(5):258-62.

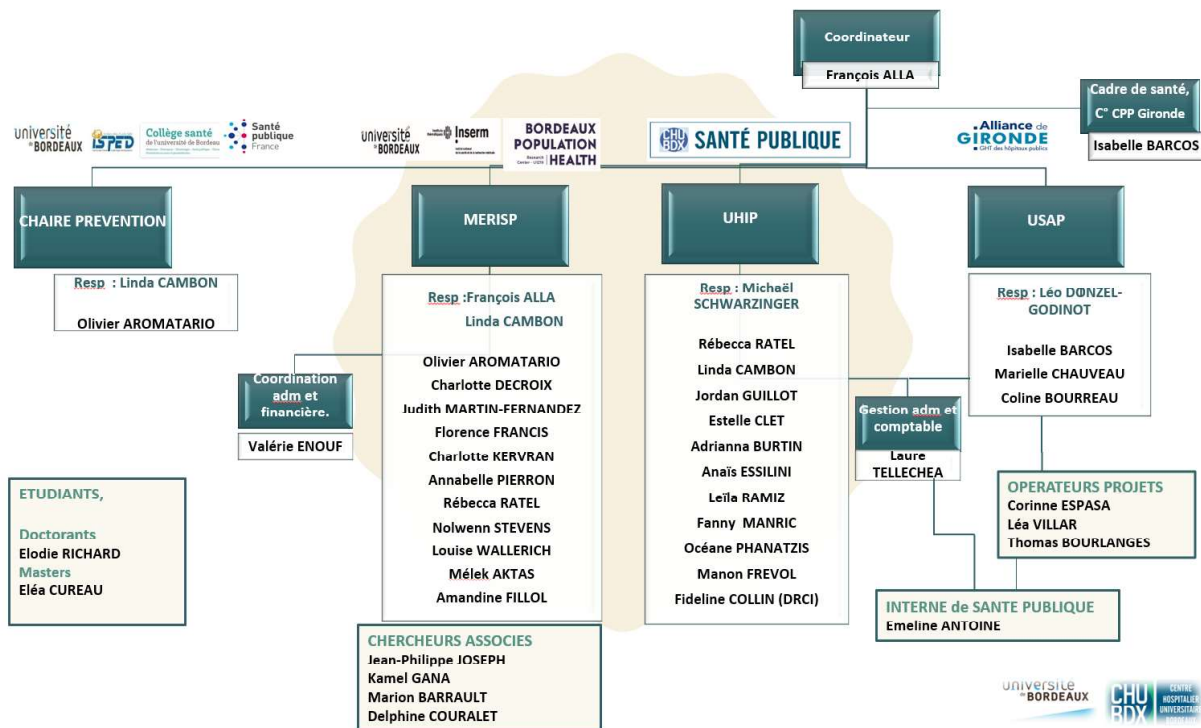
197. Warren G, Dibaj S, Hutson A, Cummings K, Dresler C, Marshall J. Identifying Targeted Strategies to Improve Smoking Cessation Support for Cancer Patients. *J Thorac Oncol.* nov 2015;10(11):1532-7.
198. Ligue contre le cancer. Face au cancer, l'épreuve du parcours de soins. Synthèse du rapport 2018-2019 de l'Observatoire sociétal des cancers [Internet]. Observatoire social des cancers; 2019. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/observatoire_societal_des_cancers_synthese_2018-2019.pdf
199. Bristow BJ. Smoking Cessation Basics: An Essential Component of Radiation Therapy Clinical Practice. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences.* 1 juin 2013;44(2):106-16.
200. Sindelar JL, O'Malley SS. Financial versus Health Motivation to Quit Smoking: A Randomized Field Study. *Prev Med.* 2014;59:1-4.
201. Carson K, Usmani Z, Robertson T, Mysore S, Brinn M. Smoking cessation interventions for lung cancer patients. *Lung cancer management.* févr 2013;2(1):61-74.
202. Warren GW, Sobus S, Gritz ER. The biological and clinical effects of smoking by patients with cancer and strategies to implement evidence-based tobacco cessation support. *Lancet Oncol.* nov 2014;15(12):e568-580.
203. Abrams S. A Sustainable Smoking Cessation Program for Patients With Lung Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* août 2016;20(4):E106-11.
204. Browning KK, Wewers ME. Smoking cessation and cancer. *Semin Oncol Nurs.* nov 2003;19(4):268-75.
205. Sarna L, Bialous SA. Implementation of Tobacco Dependence Treatment Programs in Oncology Settings. *Semin Oncol Nurs.* août 2016;32(3):187-96.
206. Viswanath K, Herbst RS, Land SR, Leischow SJ, Shields PG, Writing Committee for the AACR Task Force on Tobacco and Cancer. Tobacco and cancer: an American Association for Cancer Research policy statement. *Cancer Res.* 1 mai 2010;70(9):3419-30.
207. Karam-Hage M, Cinciripini PM, Gritz ER. Tobacco use and cessation for cancer survivors: an overview for clinicians. *CA Cancer J Clin.* août 2014;64(4):272-90.
208. Hymowitz N. Smoking and cancer: a review of public health and clinical implications. *J Natl Med Assoc.* août 2011;103(8):695-700.
209. Toll B, Brandon T, Gritz E, Warren G, Herbst R, AACR Subcomm Tobacco Canc. Assessing Tobacco Use by Cancer Patients and Facilitating Cessation: An American Association for Cancer Research Policy Statement. *Clinical Cancer Research.* 15 avr 2013;19(8):1941-8.
210. Shields P. New NCCN Guidelines: Smoking Cessation for Patients With Cancer. *JOURNAL OF THE NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK.* mai 2015;13(5.5):643-5.
211. Hanna N. Helping patients quit tobacco: ASCO's efforts to help oncology care specialists. *J Oncol Pract.* sept 2013;9(5):263-4.
212. Panel TU and DG. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. US Department of Health and Human Services; 2008.
213. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. Cigarette Smoking: Health Risks and How to Quit (PDQ®): Patient Version. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65866/>

214. PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Smoking in Cancer Care (PDQ®): Health Professional Version. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65764/>
215. Kaiser EG, Prochaska JJ, Kendra MS. Tobacco Cessation in Oncology Care. *Oncology*. 2018;95(3):129-37.
216. Shields PG, Herbst RS, Arenberg D, Benowitz NL, Bierut L, Luckart JB, et al. Smoking Cessation, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. nov 2016;14(11):1430-68.
217. Cinciripini P. Smoking Cessation in Patients With Cancer: Treatment Advances and the Oncologist's Role. *J Natl Compr Canc Netw*. mai 2017;15(5S):748-50.
218. Ohde J, Master Z, Tilburt J, Warner D. Presumed Consent With Opt-Out: An Ethical Consent Approach to Automatically Refer Patients With Cancer to Tobacco Treatment Services. *J Clin Oncol*. 10 mars 2021;39(8):876-80.
219. Colombani F, Encrenaz G, Sibé M, Quintard B, Ravaud A, Saillour-Glénisson F, et al. Development of an evidence-based reference framework for care coordination with a focus on the micro level of integrated care: A mixed method design study combining scoping review of reviews and nominal group technique. *Health Policy*. mars 2022;126(3):245-61.
220. Krist AH, Shenson D, Woolf SH, Bradley C, Liaw WR, Rothemich SF, et al. Clinical and Community Delivery Systems for Preventive Care: An Integration Framework. *American Journal of Preventive Medicine*. 1 oct 2013;45(4):508-16.
221. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 1986. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
222. Cambon L, Alla F, Chauvin F. Des ressources et des méthodes partagées. *Adsp*. 2018;(103):9-11.
223. Public Health Ontario. A Framework for the Ethical Conduct of Public Health Initiatives [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/F/2012/framework-ethical-conduct.pdf?la=en>
224. Riley KE, Ulrich MR, Hamann HA, Ostroff JS. Decreasing Smoking but Increasing Stigma? Anti-tobacco Campaigns, Public Health, and Cancer Care. *AMA Journal of Ethics*. 1 mai 2017;19(5):475-85.
225. Kass NE. An Ethics Framework for Public Health. *Am J Public Health*. nov 2001;91(11):1776-82.
226. Marckmann G, Schmidt H, Sofaer N, Strech D. Putting public health ethics into practice: a systematic framework. *Front Public Health*. 2015;3:23.
227. Réseau français des lieux promoteurs de santé. Stratégie globale HPH 2016-2018: Pour l'amélioration de la santé globale des patients, du personnel et de la communauté [Internet]. Réseau français des lieux promoteurs de santé; 2016. Disponible sur: <https://www.reseau-lsps.org/wp-content/uploads/sites/6/2019/03/Strategie-HPH.pdf>
228. Ministère des Solidarités et de la Santé. Devenir hôpital ou structure promoteur de santé : quels avantages [Internet]. 2014 [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/11673353-Devenir-hopital-ou-structure-de-sante-promoteur-de-sante-quels-avantages.html>

229. Raffellini C, Charier MD, Rey L, Colin C. Hôpitaux promoteurs de la santé : vingt ans d'histoire, neuf cents établissements membres. *La santé en action*. 2013;(424):20-3.
230. Bentz L. Compte-rendu du 1er séminaire national des hôpitaux et structures promoteurs de santé [Internet]. Afdet; 2016. Disponible sur: https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2016/12/seminaire_hsps_l_bentz.pdf
231. Servat M, Lang T, Hannon V. La promotion de la santé a-t-elle sa place dans la stratégie d'un chu ? In: *Agir pour la promotion de la santé* [Internet]. Toulouse: Érès; 2011. p. 171-82. (Action santé). Disponible sur: <https://www.cairn.info/agir-pour-la-promotion-de-la-sante--9782749214429-p-171.htm>
232. Health Research & Educational Trust. Creating effective hospital-community partnerships to build a Culture of Health [Internet]. Health Research & Educational Trust; 2016. Disponible sur: <https://www.aha.org/system/files/hpoe/Reports-HPOE/2016/creating-effective-hospital-community-partnerships.pdf>
233. Krakowski I, Boureau F, Bugat R, Chassignol L, Colombat P, Laure C, et al. Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves: proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés. *Douleur et Analgésie*. 1 mars 2004;17:43-50.
234. Scotté F, Hervé C, Oudard S, Bugat ME, Bugat R, Farsi F, et al. Supportive care organisation in France: an in depth study by the French speaking association for supportive care in cancer (AFSOS). *Eur J Cancer*. mars 2013;49(5):1090-6.
235. Ferron C, Joanny R, Le Grand E, Porcherie M, Rohou S. How to build the partnership between researchers and field actors? *European Journal of Public Health*. 1 nov 2019;29(Supplement_4):ckz186.536.
236. Nyström ME, Karlun J, Keller C, Andersson Gäre B. Collaborative and partnership research for improvement of health and social services: researcher's experiences from 20 projects. *Health Research Policy and Systems*. 30 mai 2018;16(1):46.
237. Institut National de Santé Publique du Québec. Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation [Internet]. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec; 2009. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf
238. Yatim F, Minvielle É. Quel mode d'action publique pour améliorer la coordination des soins ? *Politiques et management public*. 1 janv 2016;(Vol 33/1):27-48.
239. Société Française de Santé Publique. Quels besoins des acteurs de terrain en promotion de la santé en matière de transfert de connaissances ? [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/ra_besttransfcon_0216.pdf
240. Cambon L, Alla F. Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. *Santé Publique*. 2013;25(6):757-62.
241. Prochaska JO, DiClemente CC. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 [cité 2 juin 2021] p. 1. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

ANNEXES

Annexe I : Organigramme de l'équipe du SSMIP



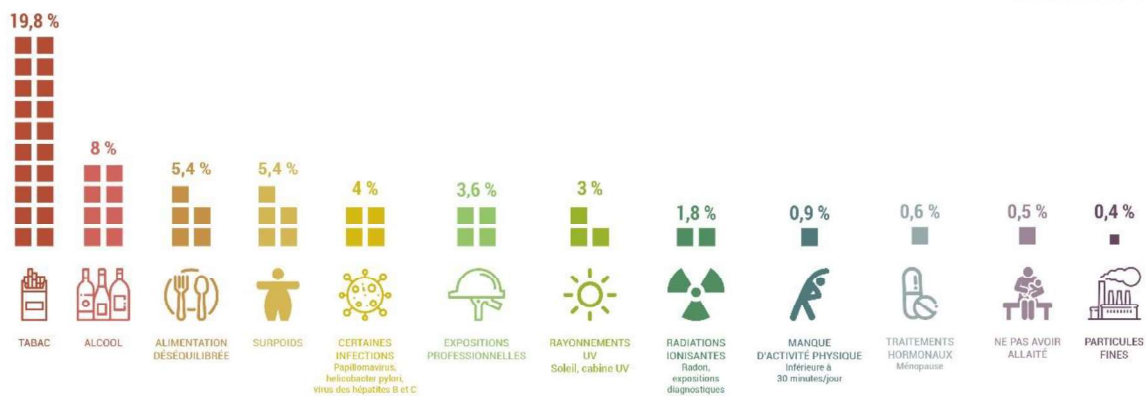
© CHU de Bordeaux

Annexe II : La proportion des cancers liés aux principaux facteurs de cancer¹

Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque

On peut prévenir 40 % des cas de cancers (142 000/an) grâce à des changements de comportements et des modes de vie

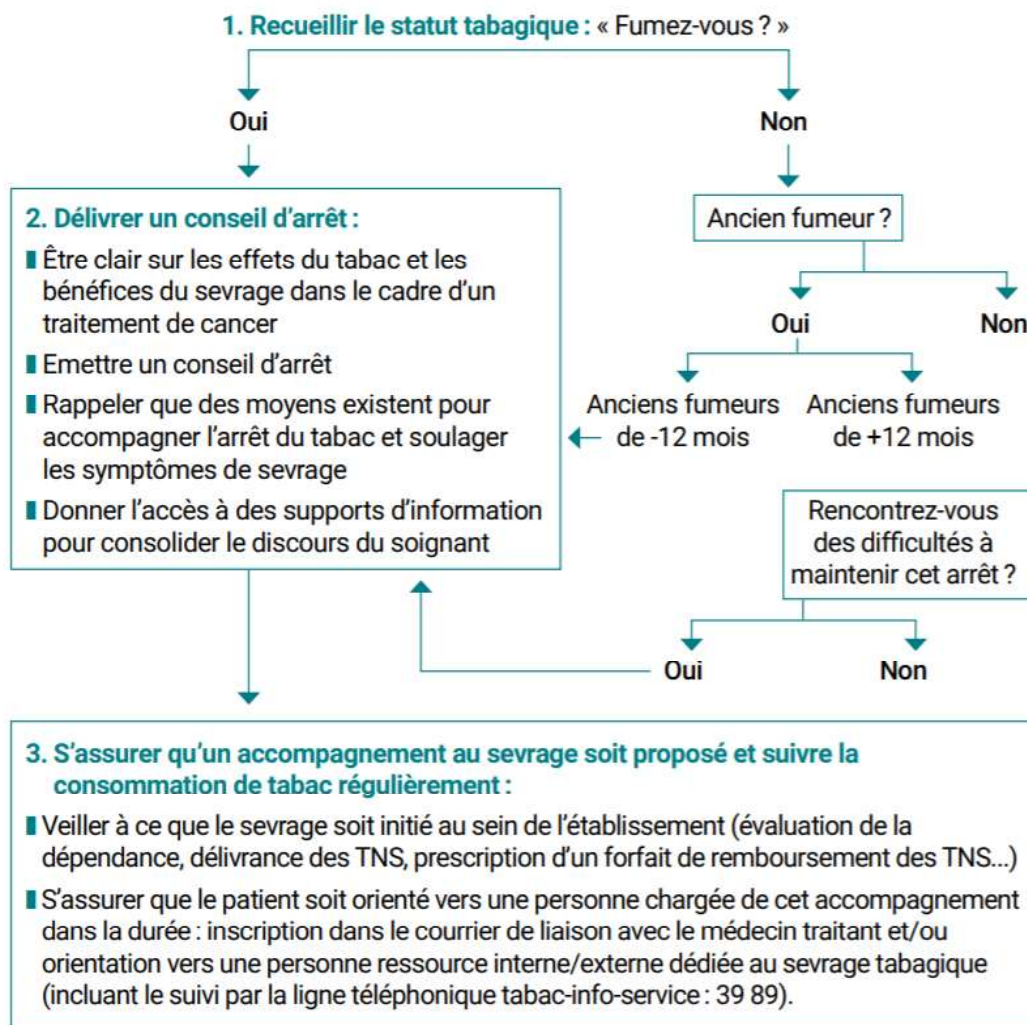
(Source : CIRC / INCa 2018)



© Institut National du Cancer

¹ Institut National du Cancer. Principaux facteurs de risque de cancer - Comment prévenir au mieux les cancers ? [Internet]. e-cancer.fr. 2019 [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer>

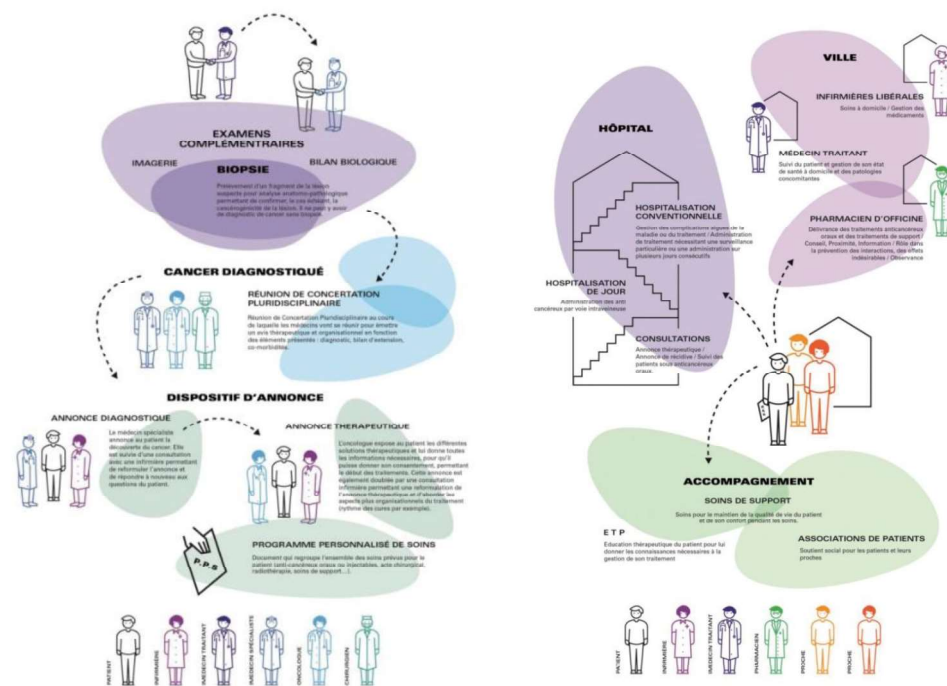
Annexe III : Les trois étapes de la démarche pour accompagner l'arrêt du tabagisme dans le cadre de la mise en place d'une prise en charge en cancérologie²



© Institut National du Cancer

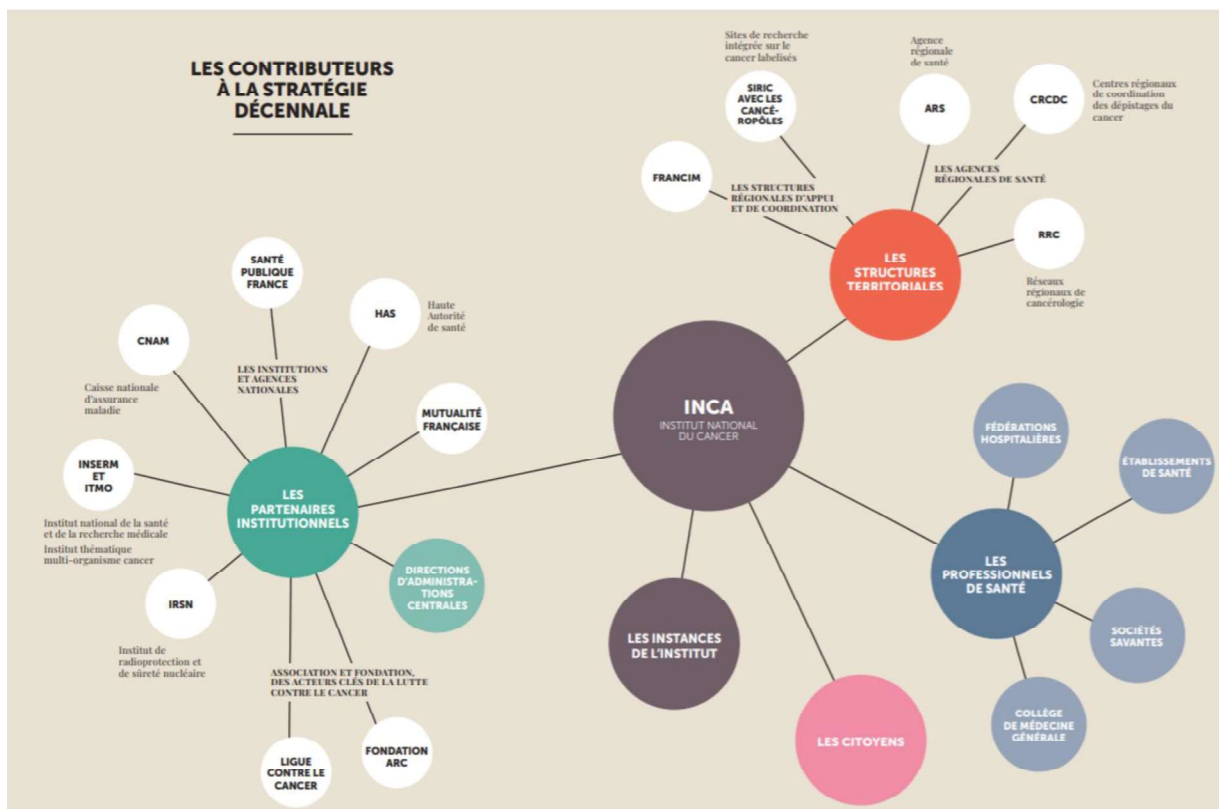
² Institut National du Cancer. Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer : systématiser son accompagnement [Internet]. Institut National du Cancer; 2016 [cité 31 mars 2021] p. 32. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/content/download/154626/1962262/file/Arret-du-tabac-dans-la-prise-en-charge-du-patient-atteint-de-cancer_2016_V2.pdf

Annexe IV : La schématisation du parcours de soins du patient en cancérologie³



³ Pennetier A, Falcowski S, Picard N. Parcours de soins d'un patient atteint de cancer, du diagnostic à l'officine. Actualités Pharmaceutiques. 2018;57(579):46-9.

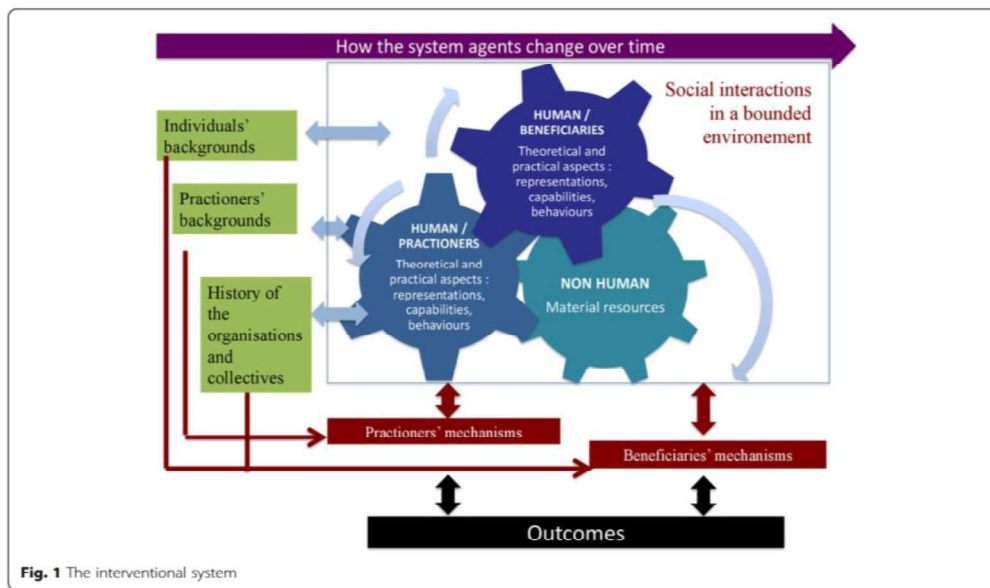
Annexe V : Schéma des acteurs impliqués dans la stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030⁴



© Institut National du Cancer

⁴ Institut National du Cancer. Une démarche collective d'élaboration de la stratégie - La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 [Internet]. e-cancer.fr. 2021 [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030/Une-demarche-collective-d-elaboration-de-la-strategie>

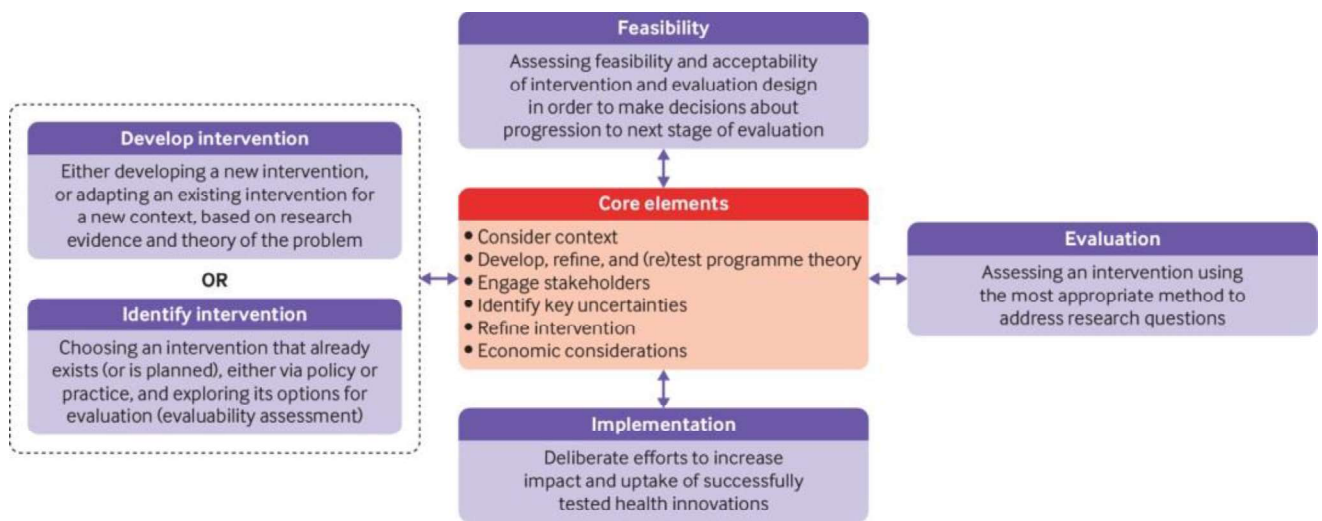
Annexe VI : Schéma du système interventionnel⁵



© Cambon et al.

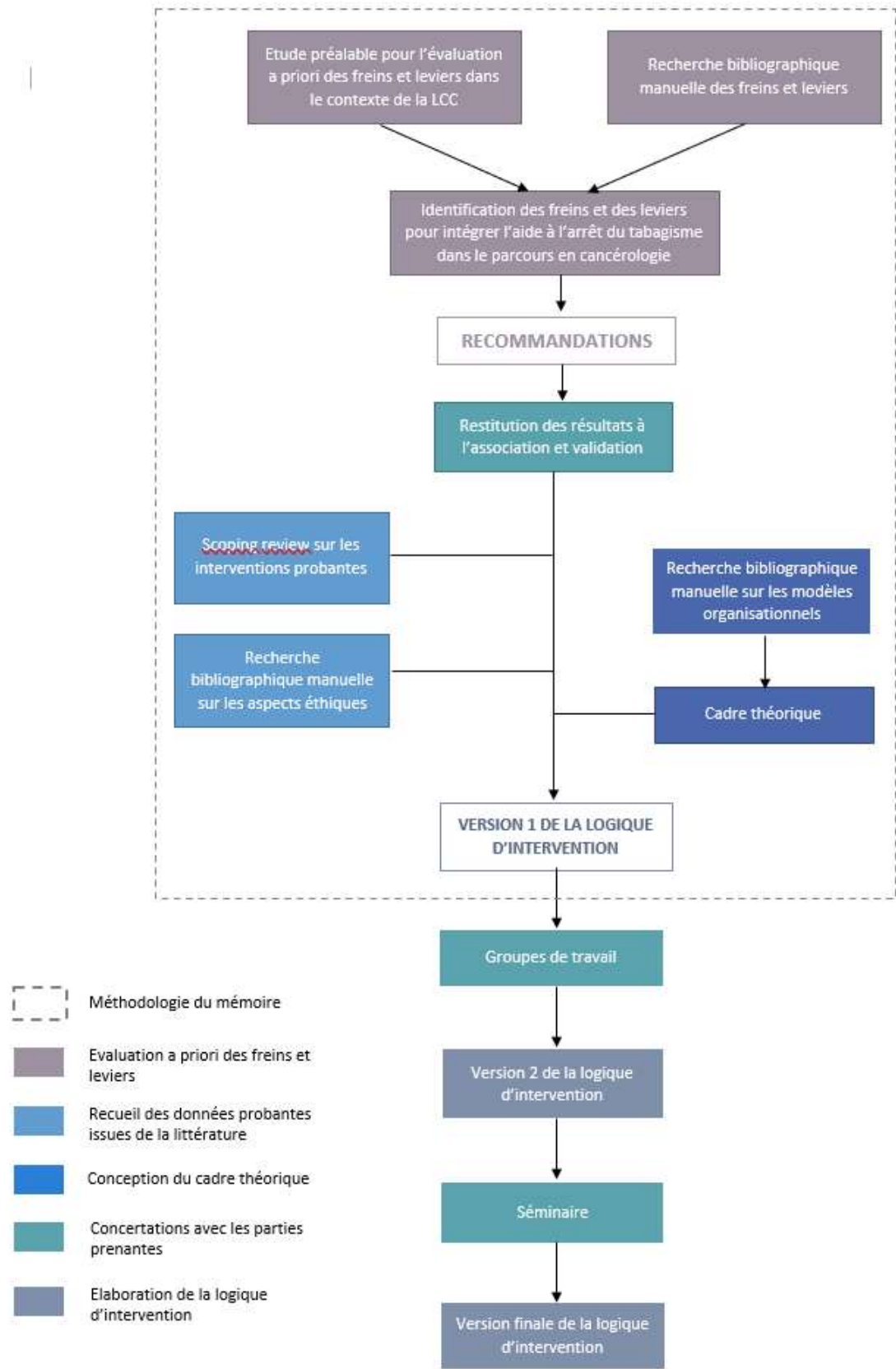
⁵ Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. BMC Public Health. 25 mars 2019;19(1):339.

Annexe VII : Medical Research Council Framework⁶



⁶ Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 30 sept 2021;374:n2061.

Annexe VIII : Schéma du processus méthodologique de l'élaboration de la logique d'intervention



Annexe IX : Tableaux récapitulatifs des différentes méthodes utilisées

Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé et de bien-être de la LCC (évaluation 1)

Pourquoi ?	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les professionnels impliqués dans le parcours du patient au sein de la LCC • Identifier les professionnels impliqués dans le parcours du patient en dehors de la LCC • Comprendre l'investissement de ces professionnels dans la prise en charge du tabagisme <p>Questions évaluatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de la LCC sont-ils motivés à mettre en place des actions d'accompagnement au sevrage tabagique de leurs patients ? • Quels sont les échanges des professionnels de la LCC avec le reste des professionnels impliqués dans le parcours de soins de leurs patients ? • Quelle position les professionnels de la LCC peuvent-ils adopter dans le sevrage tabagique de leur patient ? • Quels sont les besoins des professionnels de la LCC pour accompagner leurs patients dans un sevrage tabagique ?
Auprès de qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • 11 professionnels de santé et de bien-être de l'Espace Ligue Bordeaux Métropole (psychologues, diététiciennes, sophrologues, socio-esthéticiennes, professeurs d'activité physique adaptée, praticiennes en shiatsu et coordinatrice des actions pour les personnes malades)
Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • Avril-Août 2021
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement par l'intermédiaire des membres permanents de la LCC ; contact des professionnels volontaires par courriel • Entretien en visioconférence dans un environnement propice à la confidentialité • Enregistrement après demande de l'accord des participants • Retranscription intégrale des entretiens • Analyse thématique continue • Codage des verbatims et utilisation du logiciel Word® comme support de traitement des données. • Rédaction d'une synthèse (thèse d'exercice de médecine générale)
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Charlotte Jehl, interne en médecine générale

Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des patients fumeurs suivis par la LCC Gironde (évaluation 2)

Pourquoi ?	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le parcours de soins des patients atteints de cancer • Comprendre le besoin de sevrage de ces patients <p>Questions évaluatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour quel(s) soin(s) le patient est-il pris en charge à la LCC ? • Quels sont les professionnels identifiables sur le parcours de soins du patient suivi à la LCC ? • Quels sont les besoins exprimés par ces patients dans l'accompagnement à un sevrage tabagique ?
Auprès de qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • 5 patients fumeurs atteints de cancer et suivis par la LCC Gironde (âgés de plus de 18 ans, variété au niveau des tranches d'âge, du niveau d'études, du type de cancer et de la durée de fréquentation de la LCC Gironde, aucun critère d'exclusion fixé sur le type de cancer).
Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • Avril – juin 2021
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement au volontariat à partir d'une enquête en ligne diffusée par l'intermédiaire du mailing de la LCC Gironde. Cette enquête par questionnaire visait à recueillir des données socio-démographiques et le statut tabagique des patients de la LCC Gironde. Lors de cette enquête, les patients ont été informés de l'existence du projet et invités à

	<p>laisser leurs coordonnées s'ils souhaitent participer à un entretien. Afin de les rassurer, de favoriser leur participation à l'étude et de les rendre plus enclins à partager leurs expériences, les patients ont été informés du déroulement de l'étude, en rappelant la garantie de l'anonymat, la confidentialité de l'entretien et la durée d'entretien prévue. Cette première approche du public cible a permis d'exclure les patients non-fumeurs et anciens fumeurs (c'est-à-dire qui ont cessé de fumer depuis au moins 6 mois) reçus par la LCC Gironde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact des patients fumeurs ayant transmis leurs coordonnées par l'intermédiaire de leur messagerie électronique • Entretien téléphonique dans un environnement propice à la confidentialité • Enregistrement après demande de l'accord des participants • Retranscription intégrale des entretiens ou mise au propre des notes prises à la main • Analyse thématique continue et réalisation d'un arbre thématique • Codage des verbatims et utilisation du logiciel Word® comme support de traitement des données. • Rédaction d'une synthèse (mémoire de M1)
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Océane Phanatzis, étudiante en M1 Santé Publique

Etude qualitative par entretiens directs auprès des membres permanents de la LCC et par étude documentaire des données d'activité (évaluation 3)

Pourquoi ?	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre la place de la LCC Gironde dans le sevrage tabagique des patients atteints de cancer • Comprendre les échanges et les organisations autour des professionnels et des patients de la LCC Gironde • Identifier les différents partenariats de la LCC Gironde <p>Questions évaluatives :</p> <p><i>Au niveau micro :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment se caractérise la population auprès de laquelle intervient la LCC ? • Comment se déroule le cheminement du patient lors de son parcours de soins de support au sein de la LCC ? • Comment s'organise la LCC Gironde par rapport à la gouvernance ? aux interventions proposées ? à l'intégration et à l'accompagnement des patients ? à l'utilisation des systèmes d'information au sein de son établissement ? <p><i>Au niveau méso :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui sont les partenaires politiques, stratégiques et opérationnels de la LCC ? • Comment la LCC collabore-t-elle avec ses différents partenaires ?
Après de qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • 3 membres permanents de la LCC Gironde
Quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • Site internet de la LCC Gironde • Rapports d'activité de l'Espace Ligue Bordeaux Métropole et du DomiLigue
Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • Juillet-Août 2021
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des indicateurs organisationnels à recueillir ; conception d'une grille regroupant tous les indicateurs ; attribution d'un mode de recueil de données à chaque indicateur (site internet de la LCC Gironde, rapports d'activités de l'Espace Ligue et du DomiLigue, entretiens directs auprès des membres permanents de la LCC) ; préparation de questions pour les indicateurs concernant les entretiens. • Contact de la LCC ; transmission des rapports d'activités par message électronique ; recueil des indicateurs dans les rapports d'activité et sur le site internet ; remplissage de la grille • Recrutement des participants par courriel ; entretien téléphonique dans un environnement propice à la confidentialité avec support d'un guide d'entretien ; enregistrement après demande de l'accord des participants ou prise de notes ; retranscription intégrale des entretiens ; analyse thématique continue et réalisation d'un arbre thématique ; codage des verbatims et utilisation de Word comme support de traitement des données ; remplissage de la grille au niveau des indicateurs identifiés et non identifiés préalablement.

	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'une synthèse (rapport d'évaluation 3)
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Océane Phanatzis, étudiante en M1 Santé Publique

Scoping review sur les interventions probantes sur le sevrage tabagique dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association

Pourquoi ?	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recenser les informations disponibles sur les interventions existantes concernant l'accompagnement au sevrage tabagique des patients atteints de cancer dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier les interventions existantes sur l'accompagnement au sevrage tabagique des patients atteints de cancer ○ Déterminer les objectifs et les éléments de ces interventions (professionnels impliqués, outils, coordination, etc.) ○ Comprendre les stratégies de mise en œuvre de ces interventions (organisation, communication, etc.) ○ Analyser les résultats qui découlent de ces interventions <p>Questions évaluatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment accompagner les patients fumeurs atteints de cancer à réduire ou cesser leur consommation de tabac, puis à maintenir ce sevrage tabagique sur le long terme dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Quelles sont les interventions existantes qui contribuent au sevrage tabagique des patients atteints de cancer dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association ? ○ Quels sont les objectifs et les caractéristiques de ces interventions ? ○ Comment ces interventions ont-elles été mises en œuvre ? ○ Quels types de résultats ont été rapportés dans la littérature lors de la conception, de l'essai ou de la mise en œuvre de ces interventions ?
Quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • Bases de données (Pubmed, Web of Science, Bielefeld Academic Search Engine, CORE, Doc'CISMEF) • Recherches manuelles • Listes de référence des documents sélectionnés
Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • Mars – Juillet 2022
Comment ?	<p>Les éléments qui suivent ont été prévus dans un protocole rédigé préalablement à la réalisation de la <i>scoping review</i> selon la méthodologie du JBI et de la liste de contrôle PRISMA-ScR.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intérêt de la <i>scoping review</i> • Définition du thème de la <i>scoping review</i>, des questions évaluatives et des objectifs • Critères d'inclusion : population, concept, contexte, types de sources (articles scientifiques, thèses et mémoires, recommandations, documents publiés par des organisations et réseaux existants, résumés de conférences pertinentes) • Types de preuves recherchées : <ul style="list-style-type: none"> ○ Langues : français, anglais ○ Localisation des sources : bases de données (Pubmed, Web of Science, Bielefeld Academic Search Engine, CORE, Doc'CISMEF), recherches manuelles, listes de référence ○ Date de publication : 2000-2022 • Définition des mots-clés en français et en anglais • Rédaction des équations de recherche pour les bases de données • Importation des données dans Zotero® • Elimination des doublons • Sélection des articles sur le titre et le résumé • Sélection des articles sur le texte intégral • Extraction des données dans les différentes catégories du formulaire d'analyse • Analyse des données • Synthèse des données
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Océane Phanatzis, étudiante en M2 Santé Publique PROMS

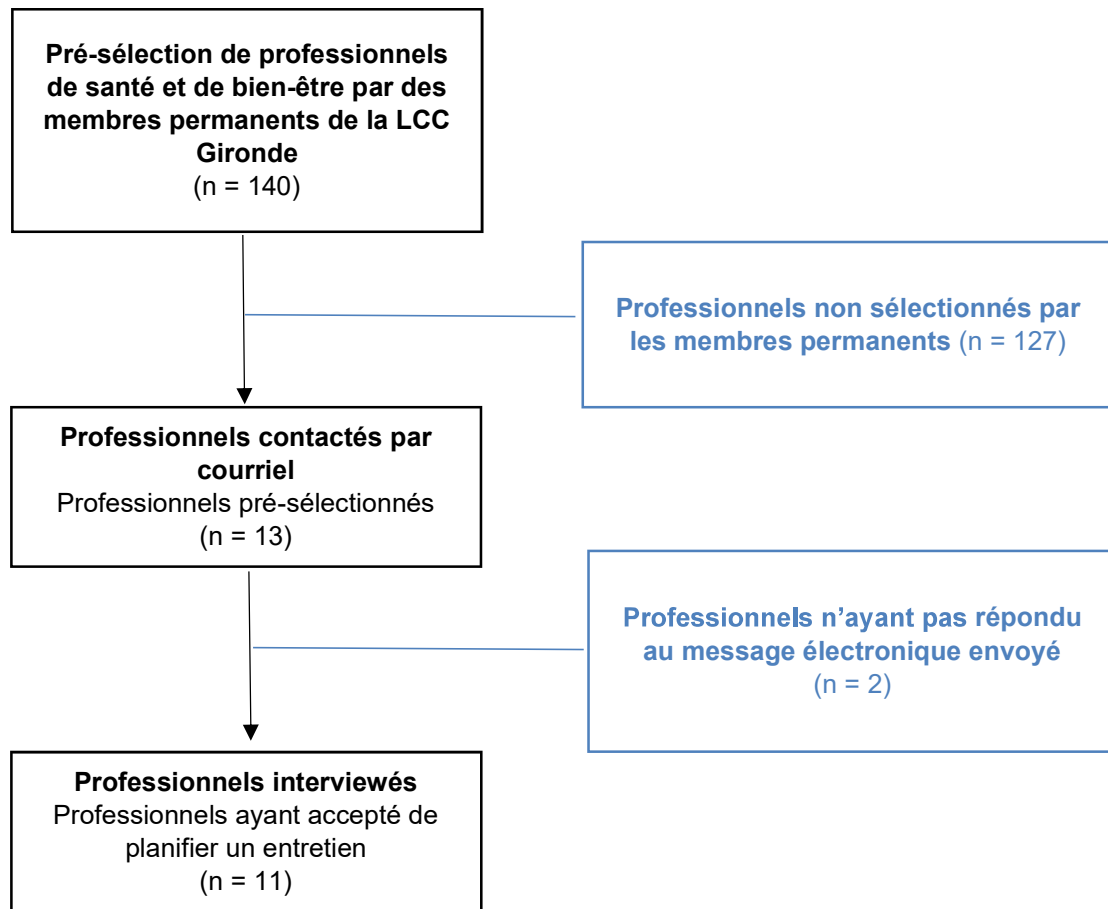
Conception du cadre théorique

Pourquoi ?	Objectifs : <ul style="list-style-type: none">• Concevoir un cadre pouvant servir d'appui à l'élaboration de la logique d'intervention Questions évaluatives : <ul style="list-style-type: none">• Quelles dimensions et composantes doivent-être considérées dans le cas de l'élaboration d'une intervention à visée organisationnelle entre une association et les professionnels de soins primaires et secondaires ?
Quoi ?	<ul style="list-style-type: none">• Framework of PC organization de Senn et al.• Clinical and community care Framework de Krist et al.• Framework for care coordination EPOCK de Colombani et al.
Quand ?	<ul style="list-style-type: none">• Mai – Juin 2022
Comment ?	<ul style="list-style-type: none">• Recherche bibliographique sur les modèles organisationnels de soins de premier et second recours existants dans la littérature• Sélection des modèles• Comparaison des dimensions, composantes et éléments des modèles• Association de tous ces éléments• Création du cadre théorie
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none">• Océane Phanatzis, étudiante en M2 Santé Publique PROMS

Recherches bibliographiques manuelles complémentaires

Des recherches manuelles ont été réalisées en complément depuis le mois d'avril 2021 pour venir enrichir chaque étape réalisée jusqu'à présent. Ces recherches ont notamment porté sur les freins et les leviers à la mise en œuvre d'une démarche de sevrage tabagique, sur les méthodologies utilisées, sur les aspects éthiques du sevrage tabagique dans le contexte de cancer.

Annexe X : Diagramme de flux de recrutement des professionnels de santé et de bien-être⁷



⁷ Diagramme de flux produit à partir des informations issues de la thèse suivante : Jehl C. 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 [Internet] [Thèse de doctorat : Sciences du Vivant : Médecine humaine et pathologie]. Université de Bordeaux; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03456862>

Annexe XI : Guide d'entretien adressé aux professionnels de santé et de bien-être⁸

Information sur l'entretien

Date et heure :

Lieu :

Durée :

Commentaires :

Information sur le Professionnel de Santé

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	<p>Pour commencer pourriez-vous me parler de votre rôle et de votre expérience au sein de la LCC ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Depuis quand êtes-vous impliqué au sein de la LCC ?• Comment intervenez-vous auprès des patients ? (Profession)• Quels rapports avez-vous avec eux ?
Le professionnel et le tabac : implication, besoins et attentes	<p>Pourriez-vous me parler de votre position dans le sevrage tabagique des patients fumeurs de la LCC ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Quelle est votre expérience avec le sevrage tabagique ? (Formations, 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 (0 = pas du tout et 10 = 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 ?

⁸ Jehl C. 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 [Internet] [Thèse de doctorat : Sciences du Vivant : Médecine humaine et pathologie]. Université de Bordeaux; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03456862>

	<ul style="list-style-type: none"> • 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>	<p>Quels échanges avez-vous avec les autres professionnels impliqués dans le parcours du patient ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au sein de la LCC ? En dehors de la LCC ? • Par quels moyens de communication échangez-vous ? • Avec quels professionnels 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.

Annexe XII : Questionnaire de recueil des données socio-démographiques, d'information à l'existence de l'enquête et de recrutement des patients

A propos de vous

Ce court questionnaire vise dans un premier temps à en savoir un peu plus sur vous et sur votre consommation de tabac. Il ne devrait pas vous prendre plus de trois minutes.

*Obligatoire

1) Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme
- Je ne souhaite pas le préciser

2) Vous avez : *

- Entre 18 et 25 ans
- Entre 26 et 35 ans
- Entre 36 et 45 ans
- Entre 46 et 55 ans
- Entre 56 et 65 ans
- Entre 66 ans et plus

3) Concernant le cancer, où en êtes-vous actuellement dans la prise en charge de votre maladie ? *

- Diagnostic récent, traitement non débuté
- Traitement en cours
- En rémission

4) Depuis quand êtes-vous accompagné par la Ligue Contre le Cancer Gironde ? (ex : 2019) *

Votre réponse _____

5) Concernant la consommation de tabac, êtes-vous : *

- Non fumeur
- Fumeur
- Ancien fumeur (vous avez arrêté il y a plus de 6 mois)

6) Si vous êtes fumeur, avez-vous modifié votre consommation depuis l'annonce de la maladie ?

- Oui
- Non

7) Si vous êtes fumeur, accepteriez-vous de participer à un entretien d'une trentaine de minutes par visioconférence ou par téléphone afin de comprendre votre parcours de soins, votre expérience avec le tabac et vos attentes en ce qui concerne un accompagnement à la réduction ou à l'arrêt du tabac ?

- Oui
- Non

Si vous acceptez ce rendez-vous :

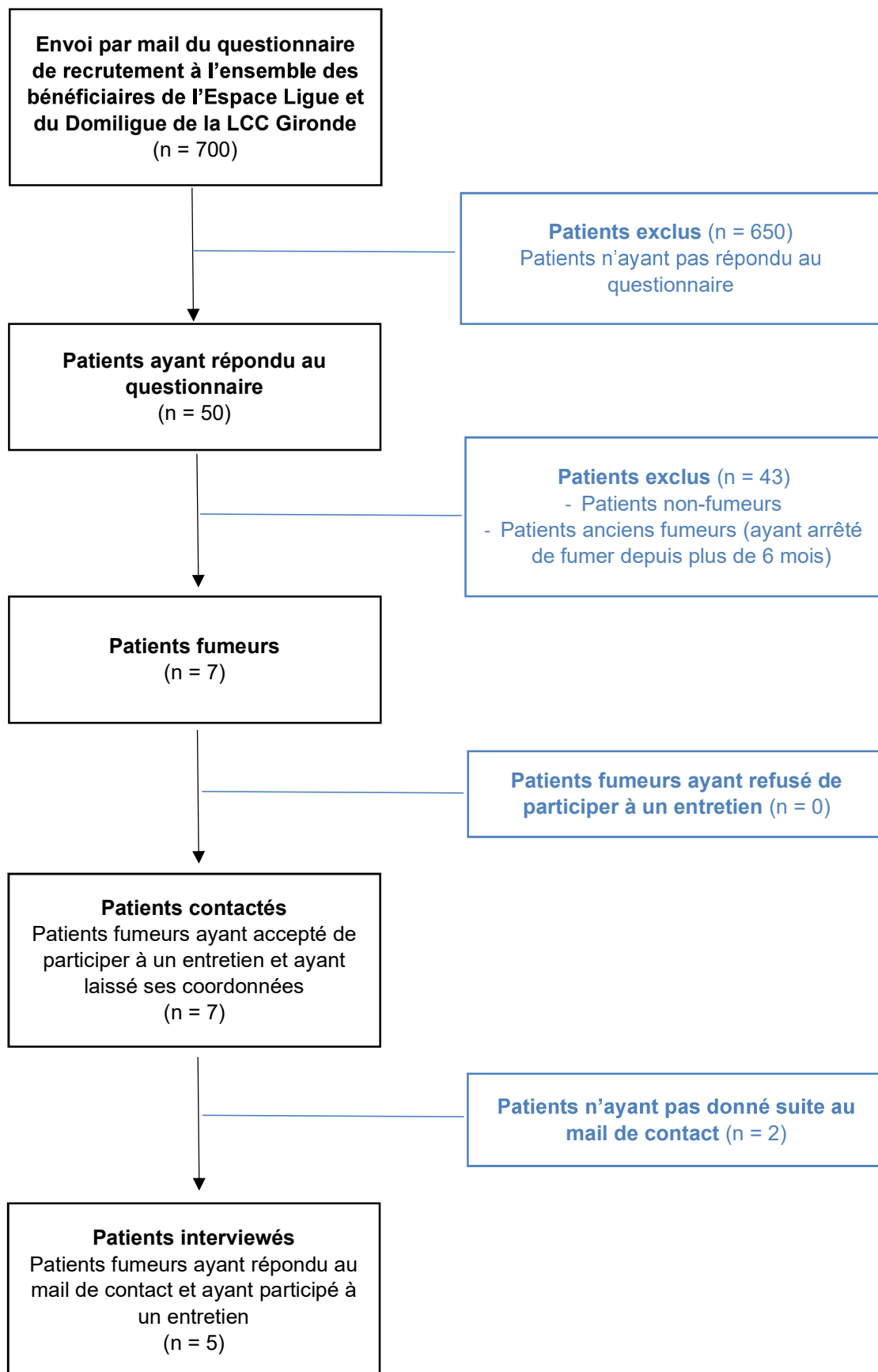
Ces entretiens se dérouleront par visioconférence et de manière anonyme. Ils seront enregistrés par dictaphone, retranscrits, puis détruits. Ils auront lieu du 19 avril au 03 mai 2021 en fonction de vos disponibilités.

Dans ce cas, merci de laisser votre adresse mail ci-dessous, nous vous recontacterons dans les plus brefs délais.

Votre réponse _____

Vous nous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

Annexe XIII : Diagramme de flux du recrutement des patients



Annexe XIV : Guide d'entretien adressé aux patients fumeurs atteints de cancer

Introduction du contexte : Bonjour, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de m'accorder de votre temps pour cet entretien. Je m'appelle Océane Phanatzis, je suis étudiante en Master de Santé Publique à Bordeaux et je participe à une étude sur la mise en place d'un parcours de prise en charge tabagique au sein de la Ligue Contre le Cancer Gironde. Afin de favoriser la mise en place de ce parcours, il est nécessaire de comprendre votre parcours de soins, votre expérience avec le tabac et vos attentes en ce qui concerne un accompagnement à la réduction ou à l'arrêt du tabac. Cet entretien est anonyme et confidentiel. Il sera retranscrit, puis détruit. Il durera 30 minutes approximativement. N'hésitez pas à me demander des éclaircissements si nécessaire. Si vous avez des questions, je les noterai et vous reviendrai dessus à la fin de l'entretien. Acceptez-vous que l'entretien soit enregistré par dictaphone ? Je démarre l'enregistrement (Débuter l'enregistrement). Êtes-vous prêt(e) à commencer ?

Thèmes :

- **Parcours de soins du patient (en dehors et dans le cadre de la LCC)** : Pour commencer, pouvez-vous me parler de votre parcours de soins depuis le diagnostic de votre maladie jusqu'à aujourd'hui ?
 - Soins proposés et reçus (traitements spécifiques du cancer et soins oncologiques de support)
 - Professionnels impliqués dans le parcours de soins et rôles
 - Vécu de l'accompagnement reçu (avis sur l'organisation des soins, relation et communication avec les professionnels, soutien reçu par les professionnels)
 - Place accordé au tabagisme dans le parcours de soins et notamment dans le cadre des soins oncologiques de support (abord du sujet du tabagisme, contexte, ce qui est fait et ce qui n'est pas fait)
- **Habitudes de consommation tabagique** : Pouvez-vous me parler de votre expérience avec le tabac depuis le début de votre consommation jusqu'à aujourd'hui ?
 - Antécédents de tabagisme (contexte de début, nombre d'années de tabagisme)
 - Habitudes de consommation de tabac (fréquence, forme de tabac consommée, importance accordée au tabagisme)
 - Eventuelles modifications et/ou tentatives d'arrêt du tabac (raisons, nombre de tentatives, recours à un professionnel)
- **Rapport au tabac et perceptions du sevrage tabagique** : Qu'est-ce que vous souhaitez faire en ce qui concerne votre consommation de tabac ?
 - Points de vue et ressentis vis-à-vis du tabac (perceptions du lien entre tabac et cancer, des bénéfices de l'arrêt et des risques de la poursuite du tabagisme)
 - Perceptions sur sa consommation de tabac (apports, inconvénients, souhait par rapport à sa consommation, stade de changement, volonté et/ou tentatives de réduction ou d'arrêt)
 - Connaissances et croyances par rapport au sevrage tabagique et aux soins existants (moyens utilisés pour débuter et suivre un sevrage tabagique, représentations des soins de sevrage tabagique)
 - Difficultés et obstacles perçus (forte dépendance physique, psychologique et comportementale, défauts de l'accompagnement, influence de l'entourage ou d'autres patients, accessibilité des soins de sevrage tabagique)
 - Motivations et ressources perçues (atouts personnels, sentiment d'auto-efficacité sur sa capacité à arrêter de fumer, accompagnement et soutien des professionnels, de l'entourage ou d'autres patients, accessibilité des soins de sevrage tabagique)

- **Attentes vis-à-vis du parcours d'accompagnement à la réduction ou à l'arrêt du tabac** : Que pensez-vous de la mise en place du parcours d'accompagnement à la réduction ou à l'arrêt du tabac ?
 - Besoins exprimés pour diminuer sa consommation de tabac
 - Aides souhaitées pour diminuer sa consommation de tabac
 - Motivations à la mise en place du parcours d'accompagnement au sevrage tabagique
 - Réticences à la mise en place du parcours d'accompagnement au sevrage tabagique

Conclusion : Cet entretien est terminé, souhaitez-vous ajouter d'autres éléments qui n'auraient pas été abordés ? Je vous remercie pour votre témoignage. Je vais maintenant arrêter l'enregistrement (Arrêter l'enregistrement).

Informations socio-démographiques :

- Sexe : Homme Femme Ne souhaite pas se prononcer
- Age : Entre 18 et 25 ans Entre 26 et 35 ans Entre 36 et 45 ans Entre 46 et 55 ans Entre 56 et 65 ans Entre 66 ans et plus
- Situation familiale : Célibataire En couple Marié Pacsé Séparé ou divorcé Veuf
- Type de cancer : _____
- Date du diagnostic du cancer : __ / __ / ____
- Phase de traitement : Diagnostic récent, traitement non débuté Traitement en cours En rémission
- Année de début d'accompagnement par la Ligue Contre le Cancer Gironde : _____
- Nombre d'années de tabagisme : ____
- Nombre moyen de cigarettes par jour : ____

Déroulement de l'entretien :

- Date et heure :
- Durée :
- Lieu :
- Commentaires :

Annexe XV : Tableau des indicateurs organisationnels

Dimensions évaluatives	Critères	Indicateurs	Nature des données	Mode de recueil de données
Fonctionnement institutionnel et articulation entre le niveau national et le niveau local	Présentation de la Ligue nationale	Organisation de la Ligue nationale (Comment s'organise la Ligue au niveau nationale ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Présentation du comité de Gironde	Date de création de la LCC Gironde (Quand le comité de Gironde a-t-il été créé ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Différents rôles de la LCC Gironde (accompagnement, prévention...) (Quels sont les différents rôles du comité de Gironde de la Ligue ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Organisation par rapport au niveau national	Présence d'un fonctionnement indépendant ou lié (Le comité de Gironde a-t-il un fonctionnement indépendant ou lié à la Ligue nationale ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Organisation des différents comités de la LCC (Comment s'organisent les différents comités de la Ligue ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Ressources humaines	Composition de l'équipe permanente	Qualitatif	Site internet de la LCC Gironde
		Attribution des rôles et des responsabilités (Quels sont les rôles et les responsabilités des permanents ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Identification des différentes professions de santé et de bien-être	Qualitatif	Thèse de Charlotte Jehl, rapports d'activité
		Statut des professionnels (bénévole, vacataire, salarié, ...) (Certains professionnels perçoivent-ils une rémunération ou interviennent-ils tous de manière bénévole ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Stabilité de l'équipe bénévole (En moyenne, combien de temps les professionnels restent-ils bénévoles au sein de la Ligue ?)	Qualitatif	Entretien directif
Formations partagées par les professionnels (Est-ce que les professionnels bénévoles bénéficient de formations communes ? Lesquelles ?)		Qualitatif	Entretien directif	
Répartition des professionnels de l'Espace Ligue et de DomiLigue (Les professionnels qui interviennent à l'Espace Ligue sont-ils les mêmes que ceux qui interviennent à domicile ?)		Qualitatif	Entretien directif	
Systèmes d'informations		Moyens formels et informels de partage d'informations au sein de l'équipe permanente (type d'outils, support, fréquence, sujet des informations) (Pouvez-vous me parler des moyens de communication utilisés au sein de l'équipe permanente ? A quelle fréquence ont lieu ces échanges ? Quel est souvent le sujet des informations transmises ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Moyens formels et informels de partage d'informations entre l'équipe permanente et les professionnels intervenants (type d'outils, support, fréquence, sujet des informations) (Comment communiquez-vous avec les professionnels ? A quelle fréquence ont lieu ces échanges ? Quel est souvent le sujet des informations transmises ?)	Qualitatif	Entretien directif	
	Moyens formels et informels de partage d'informations entre l'équipe permanente et les patients (type d'outils, support, type d'outils, support, fréquence, sujet des informations) (Comment communiquez-vous avec les bénéficiaires ? A quelle fréquence ont lieu ces échanges ? Quel est souvent le sujet des informations transmises ?)	Qualitatif	Entretien directif	

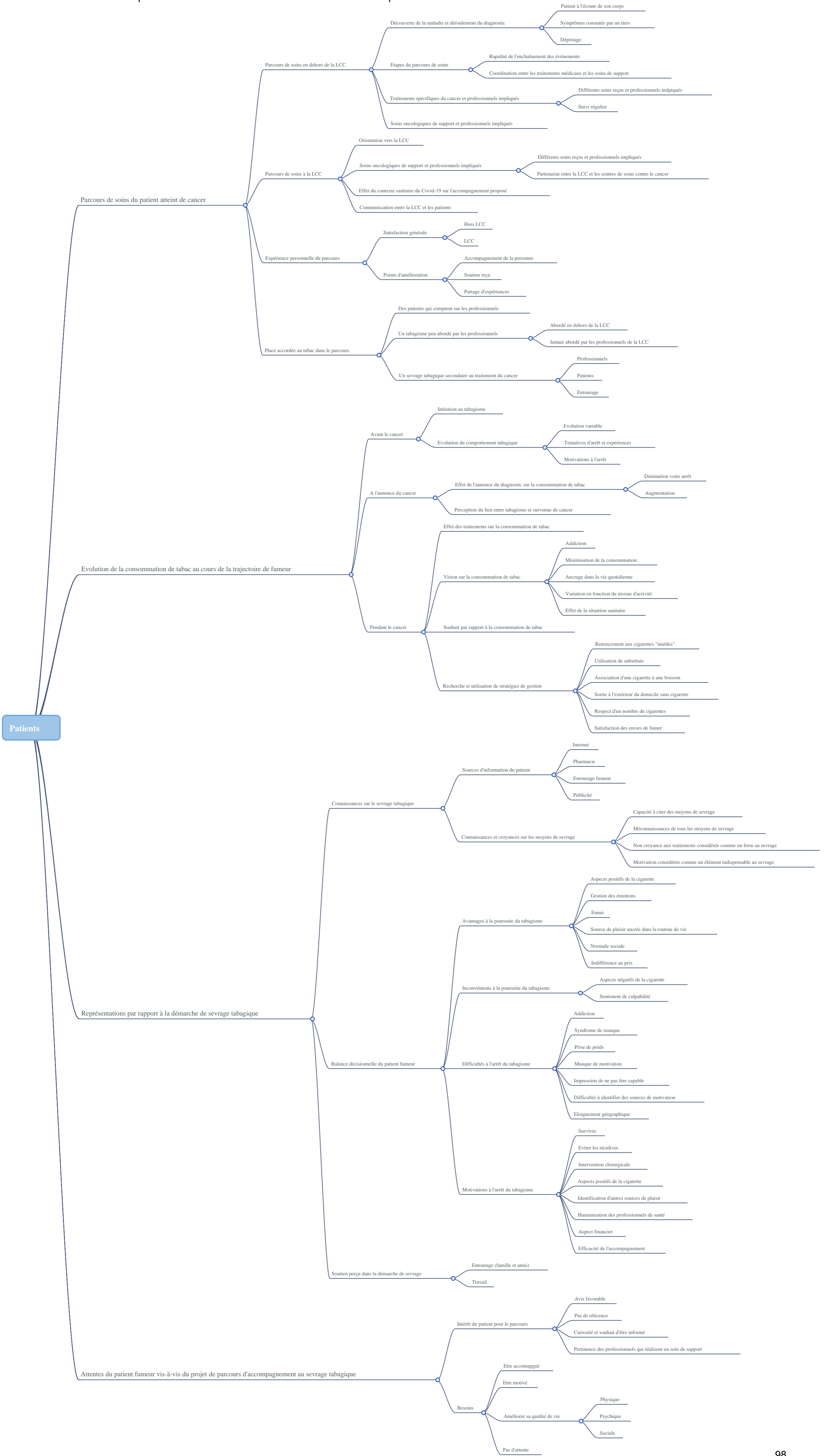
Dimensions évaluatives	Critères	Indicateurs	Nature des données	Mode de recueil de données
		Moyens de communication publique (Comment est faite la communication à destination de la population générale ? Qui est chargé de la communication au sein de la Ligue ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Traçabilité du suivi des patients (Comment s'organisent-ils là-dessus ? Sous quels supports (papier, informatique) ? Comment l'utilisent-ils ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Gouvernance locale	Processus de prises de décisions (Comment les décisions du comité de Gironde sont-elles prises ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Personnes impliquées dans les prises de décisions (patients, représentants des usagers, professionnels...) (Qui est impliqué dans les prises de décisions ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Financement	Identification des sources de financement du comité de Gironde (Concernant vos sources de financement, comment vous situez-vous par rapport au niveau national ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Utilisation des financements pour les interventions du comité de Gironde (Comment ces financements sont-ils utilisés ? Sont-ils répartis de la même manière pour l'Espace Ligue et le DomiLigue ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Communication entre le niveau national et le niveau départemental	Déroulement des interactions entre le comité de Gironde et la Ligue nationale (Quelles interactions ont lieu entre le niveau départemental et le niveau national ? Sous quelle forme ? A quelle fréquence ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Effet du contexte sanitaire actuel sur les interactions avec la Ligue nationale (Avez-vous reçu des consignes de la part de la Ligue nationale dans le contexte du COVID ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Identification des personnes en charge de la communication (Qui est chargé de la communication avec la Ligue nationale ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Offre de soins de support	Modalités d'interventions	Identification des différentes modalités d'interventions (locaux de la LCC Gironde, locaux des établissements partenaires, domicile des bénéficiaires, visioconférence, ...) (Quelles sont les différentes modalités d'interventions proposées par le comité de Gironde ?)	Qualitatif
Processus de choix des modalités d'interventions en fonction des patients (Comment les modalités d'interventions sont-elles déterminées ? Est-ce que les patients sont généralement suivis selon un ou plusieurs types de modalités ?)			Qualitatif	Entretien directif
Organisation géographique de la LCC Gironde sur le territoire (Comment le comité de Gironde investit-il le territoire (en lien avec DomiLigue) ? Ont-ils d'autres centres sur le territoire ?)			Qualitatif	Entretien directif
Organisation du DomiLigue		Répartition des modalités d'orientation vers DomiLigue (en %)	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue
		Répartition de la localisation géographique des interventions de DomiLigue sur le territoire (en %)	Qualitatif	Rapport d'activité du DomiLigue
		Déroulement des interventions de DomiLigue (Comment se déroulent les séances à domicile ? Qui est ciblé par les interventions à domicile ?)	Qualitatif	Entretien directif
Interventions proposées par la LCC Gironde		Identification des interventions à l'Espace Ligue les plus fréquemment proposées ou demandées par les patients	Qualitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue

Dimensions évaluatives	Critères	Indicateurs	Nature des données	Mode de recueil de données
		Identification et répartition des activités proposées par DomiLigue (en %)	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue
		Identification des activités proposées par visioconférence	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue
	Changement des interventions en fonction du contexte sanitaire du COVID	Effet du contexte sanitaire actuel sur l'organisation de l'équipe permanente (Quel effet la situation sanitaire a-t-elle eu sur votre organisation ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Effet du contexte sanitaire actuel sur les interventions proposées par l'Espace Ligue (Quel effet la situation sanitaire a-t-elle eu sur l'accompagnement des bénéficiaires par l'Espace Ligue ? Quelles adaptations ont été mises en place ?)	Qualitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue Entretiens directifs
		Effet du contexte sanitaire sur les interventions à domicile (Quel effet la situation sanitaire a-t-elle eu sur l'accompagnement des bénéficiaires par le DomiLigue ? Quelles adaptations ont été mises en place ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Interventions précédentes autour du tabagisme	Existence antérieure d'interventions autour du tabac (Y a-t-il déjà eu des interventions autour du tabac proposées par la Ligue ? Qu'est-ce qui a été proposé ? Par qui étaient-elles organisées ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Existence actuelle d'interventions autour du tabac (Existe-t-il actuellement des interventions autour du tabac qui sont proposées par la Ligue ? Lesquelles ? Par qui sont-elles organisées ? A qui sont-elles destinées ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Acceptabilité des interventions par les bénéficiaires (Si une intervention autour du tabac existe déjà, comment a-t-elle été accueillie par les patients ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Orientation vers un accompagnement au sevrage tabagique (Savez-vous s'il y a déjà eu des patients orientés par la LCC vers des professionnels du sevrage tabagique ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Population bénéficiaire	Caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires de l'Espace Ligue	Répartition de l'âge (en années)	Quantitatif
Répartition du sexe (en % d'hommes et de femmes)			Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue
Répartition du lieu de vie (% de personnes qui vivent à Bordeaux et qui vivent en dehors de Bordeaux)			Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue
Caractéristiques médicales des bénéficiaires de l'Espace Ligue		Répartition des typologies de cancer (en %)	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue
		Répartition de la temporalité du suivi (en %)	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue
		Répartition des établissements de soins d'origine (en %)	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue
		Répartition de la couverture sociale (si ce sont des personnes en situation de précarité ou non qui sont orientées à la LCC)	Quantitatif	Entretien directif
		Présence d'un médecin traitant (% de oui et de non)	Quantitatif	Entretien directif
Caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires de DomiLigue		Répartition de l'âge (en années)	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue
		Répartition du sexe des bénéficiaires de DomiLigue (en %)	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue
		Répartition du lieu de vie (% de personnes qui vivent à Bordeaux et qui vivent en dehors de Bordeaux)	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue
Caractéristiques médicales des bénéficiaires de DomiLigue		Répartition des typologies de cancer des bénéficiaires de DomiLigue (en %)	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue
		Répartition de la temporalité du suivi (en %)	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue

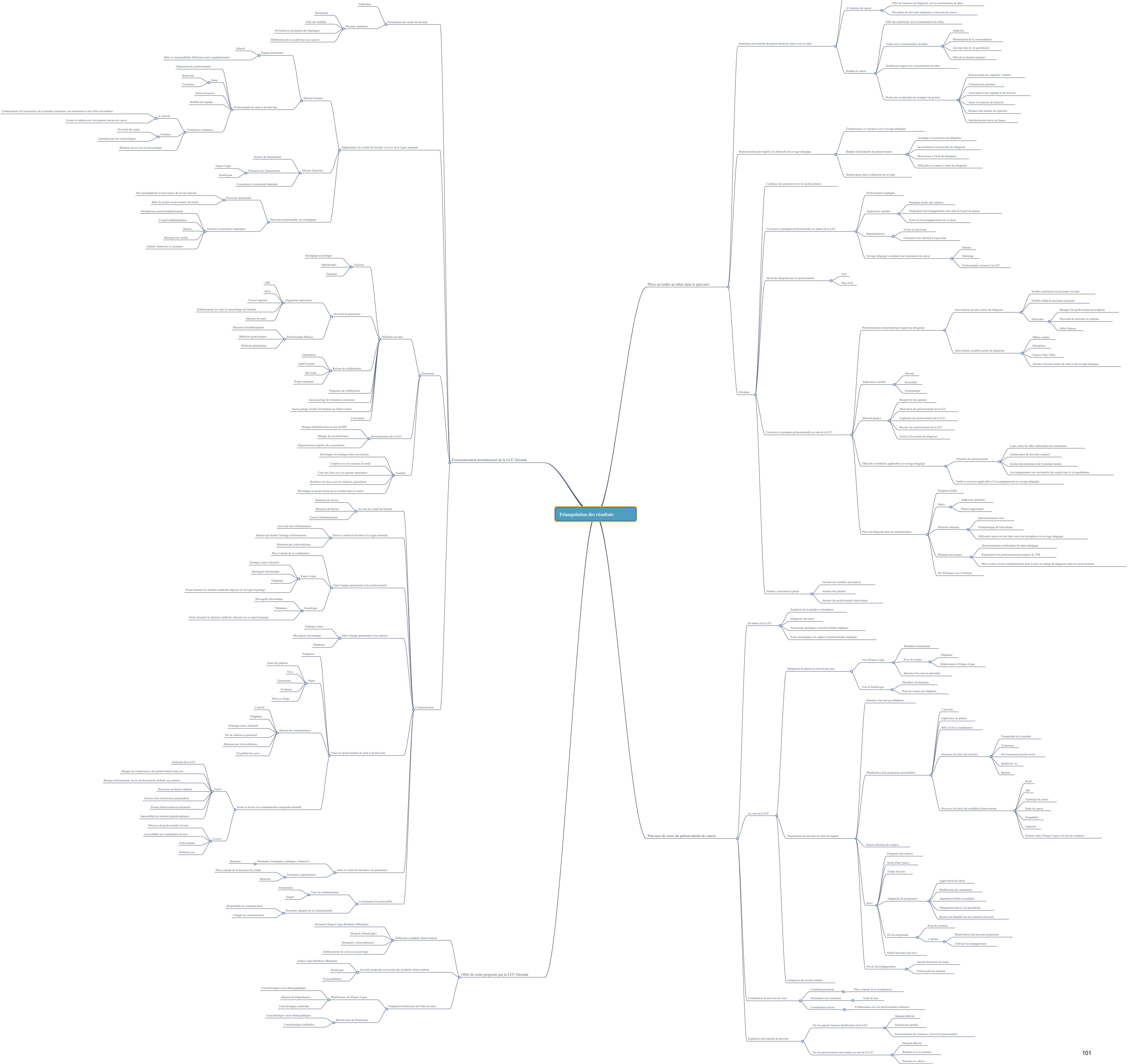
Dimensions évaluatives	Critères	Indicateurs	Nature des données	Mode de recueil de données		
		Répartition de la couverture sociale (si ce sont des personnes en situation de précarité ou non qui sont orientées à la LCC)	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue		
		Présence d'un médecin traitant (% de oui et de non)	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue		
	Demande de la population	Raisons de fréquentation de la LCC Gironde (Pour quelles raisons les patients fréquentent-ils la Ligue ?)	Qualitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue Entretien directif		
Délivrance des soins de support (cheminement du patient au sein du parcours de soins de support de la LCC)	Intégration du patient au parcours de soins de support	Répartition des modalités d'orientation du patient vers la LCC (Comment les patients sont-ils orientés vers la Ligue ? Savez-vous par qui sont-ils orientés ?)	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue Entretien directif		
		Modalités de prise de contact (premier rendez-vous) (Que se passe-t-il une fois que les patients sont orientés vers la Ligue ? Comment la prise de contact a-t-elle lieu ? Est-ce que le patient contacte-t-il lui-même la Ligue ?)	Qualitatif	Entretien directif		
		Processus l'accueil du patient (Quel est le processus d'accueil du patient à la Ligue ?)	Qualitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue Entretien directif		
	Déroulement du parcours de soins de support de la LCC	Processus de choix des soins oncologiques de support (Comment les soins de support dont bénéficie le patient sont-ils déterminés ? Qu'est-ce qui détermine une orientation vers tel ou tel soin de support ? Est-ce qu'il y a des processus particuliers pour orienter le patient vers tel ou tel soin de support ? Quelles les personnes peuvent être amenées à orienter le patient ?)	Degré d'implication des professionnels intervenants dans les décisions concernant la santé du patient (Est-ce que ce sont les professionnels de la Ligue qui adressent d'eux-mêmes vers d'autres professionnels de la Ligue ou doivent-ils passer par vous ?)	Qualitatif	Entretien directif	
			Degré d'implication du patient dans les décisions qui concernent sa santé (De quelle manière le patient est-il impliqué dans les décisions qui concernent sa santé à la Ligue ?)	Qualitatif	Entretien directif	
			Adaptations du parcours de soins de support (Est-il possible d'adapter les activités dont bénéficie le patient au cours de son suivi ?)	Qualitatif	Entretien directif	
			Organisation du suivi du patient (De quelle manière le patient est-il suivi à la Ligue ?)	Qualitatif	Entretien directif	
			Détermination de la fin de l'accompagnement (Comment la fin de l'accompagnement par la Ligue est-elle déterminée ?)	Qualitatif	Entretien directif	
			Coordination du parcours de soins de support	Modalités d'orientation du patient vers des dispositifs extérieurs à la LCC (Est-ce que la Ligue ou bien les professionnels de la Ligue orientent vers des dispositifs extérieurs ?)	Qualitatif	Entretien directif
				Collaboration de la Ligue avec le médecin généraliste (Le médecin généraliste est-il amené à coopérer avec la Ligue ? Dans quelles mesure le médecin généraliste agit-il sur le parcours du patient à la LCC ?)	Qualitatif	Entretien directif
				Collaboration de la Ligue avec d'autres professionnels du secteur libéral (La Ligue est-elle amenée à collaborer avec des professionnels indépendants ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Intégration des proches du patient au parcours de soins de support	Circonstances d'accompagnement des proches (Dans quelles circonstances les proches sont-ils accompagnés par la Ligue ?)	Identification des activités proposées aux proches (Quelles sont les activités qui peuvent être proposées aux proches ?)	Qualitatif	Entretien directif	
				Qualitatif	Entretien directif	

Dimensions évaluatives	Critères	Indicateurs	Nature des données	Mode de recueil de données
Partenariat stratégique et politique	Présentation des partenaires stratégiques et politiques	Identification des organismes partenaires (Ministères, Institut national du cancer, Agence Régionale de Santé, autres organismes...) et de leurs rôles (Avec quels partenaires stratégiques et politiques travaille la Ligue ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Raisons du partenariat (Pour quelles raisons collaborez-vous avec ces organismes ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Organisation du partenariat	Formalisation par la présence d'une convention (Ces partenariats sont-ils généralement formalisés par une convention ? Lesquels ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Fréquence de collaboration (A quelle fréquence ont lieu ces échanges ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Communication avec les partenaires et les organisations externes	Moyens formels et informels de partage d'informations (type d'outils, fréquence, sujet des informations transmises) (De quelle manière interagissez-vous avec les partenaires stratégiques et politiques ? Est-ce qu'il y a des rencontres avec ces partenaires ? A quelle fréquence ont lieu ces échanges ? Quel est souvent le sujet des informations transmises ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Identification des personnes en charge de la communication (Qui est chargé de la communication avec les partenaires stratégiques et politiques ?)	Qualitatif	Entretien directif
Partenariat opérationnel	Présentation des partenaires opérationnels	Identification des organismes partenaires (établissements de santé, associations, autres organismes...) (Avec quels organismes de terrain travaille la Ligue ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Identification des professionnels libéraux partenaires (Avec quels professionnels libéraux travaille la Ligue ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Localisation géographique des partenaires sur le territoire (Où sont localisés les partenaires opérationnels sur le territoire ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Raisons du partenariat (Pour quelles raisons collaborez-vous avec ces organismes ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Organisation du partenariat	Formalisation par la présence d'une convention (Ces partenariats sont-ils généralement formalisés par une convention ? Lesquels ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Collaboration avec les partenaires	Existence d'outils d'évaluation ou d'intervention partagés entre les professionnels de la LCC et les partenaires (Est-ce les professionnels de la Ligue et les partenaires partagent certains outils d'évaluation ou d'intervention ? si oui, lesquels ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Existence de projets communs avec les partenaires (Est-ce que vous partagez des projets communs avec vos partenaires ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Existence de formations communes offertes aux professionnels de la LCC et aux partenaires (Existe-t-il des formations partagées par les professionnels de la Ligue et les partenaires ? Si oui, lesquelles ?)	Qualitatif	Entretien directif
	Communication avec les partenaires et les organisations externes	Moyens formels et informels de partage d'informations (type d'outils, fréquence, sujet des informations transmises) (De quelle manière interagissez-vous avec les partenaires opérationnels ? Est-ce qu'il y a des rencontres avec ces partenaires ? A quelle fréquence ont lieu ces échanges ? Quel est souvent le sujet des informations transmises ?)	Qualitatif	Entretien directif
		Identification des personnes en charge de la communication (Qui est chargé de la communication avec les partenaires opérationnels ?)	Qualitatif	Entretien directif

Dimensions évaluatives	Critères	Indicateurs	Nature des données	Mode de recueil de données	
Activité de la LCC	Population bénéficiaire	Nombre de patients reçus à l'Espace Ligue à l'année	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue	
		Nombre de patients demandeurs de soins à domicile	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue	
		Durée moyenne du suivi d'un patient	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue	
	Organisation des interventions proposées par la LCC Gironde	Nombre de professionnels à l'Espace Ligue	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue	
			Quantitatif	Entretien directif	
		Nombre de membres permanents à la Ligue		Entretien directif	
		Durée moyenne d'une séance	Quantitatif	Entretien directif	
		Nombre de séances réalisées à l'Espace Ligue	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue	
		Nombre de séances réalisées par visioconférence	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue	
		Nombre de séances réalisées par DomiLigue	Quantitatif	Rapport d'activité du DomiLigue	
		Nombre de séances dans les établissements partenaires	Quantitatif	Entretien directif	
		Nombre de séances par activité	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue	
		Prix de l'accompagnement à la Ligue pour les patients	Quantitatif	Rapport d'activité de l'Espace Ligue	
		Partenariat	Nombre de partenaires (formalisés ou non formalisés)	Quantitatif	Entretien directif
Autres éléments collectés					



Annexe XIX : Arbre thématique de la triangulation des données



Annexe XX : Protocole de la scoping review

Indications : Recenser les données probantes disponibles/existantes dans un domaine donné et construire un inventaire complet et structuré d'une grande variété d'interventions et de leurs composantes → Fournir des preuves pour informer la pratique.

Thème : Interventions d'accompagnement au sevrage tabagique dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association.

Cadre : Les questions évaluatives, les objectifs, les critères d'inclusion et les méthodes pour cette revue de la portée ont été spécifiés à l'avance et documentés dans un protocole. Utilisation de la méthodologie du JBI et de la liste de contrôle PRISMA-ScR.

Questions évaluatives :

Générale : Comment accompagner les patients fumeurs atteints de cancer à réduire ou cesser leur consommation de tabac, puis à maintenir ce sevrage tabagique sur le long terme dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association ?

Spécifiques :

- Quelles sont les interventions existantes qui contribuent au sevrage tabagique des patients atteints de cancer dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association ?
- Quels sont les objectifs et les caractéristiques de ces interventions ?
- Comment ces interventions ont-elles été mises en œuvre ?
- Quels types de résultats ont été rapportés dans la littérature lors de la conception, de l'essai ou de la mise en œuvre de ces interventions ?

Objectifs :

Général : Recenser les informations disponibles sur les interventions existantes concernant l'accompagnement au sevrage tabagique des patients atteints de cancer dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association

Spécifiques :

- Identifier les interventions existantes sur l'accompagnement au sevrage tabagique des patients atteints de cancer dans le cadre des soins oncologiques de support proposés par une association
- Déterminer les objectifs et les éléments de ces interventions (professionnels impliqués, outils, coordination, etc.)
- Comprendre les stratégies de mise en œuvre de ces interventions (organisation, communication, etc.)
- Analyser les résultats qui découlent de ces interventions

Critères d'inclusion et d'exclusion :

Catégories	Critères
Population	<ul style="list-style-type: none">• Adulte• Cancer (toute typologie)• Statut tabagique (fumeur ou ancien fumeur)• Période dans le parcours de soins (traitement ou rémission)
Concept	<ul style="list-style-type: none">• Réduction de la consommation tabagique• Arrêt de la consommation tabagique• Maintien du sevrage tabagique/prévention des rechutes
Contexte	<ul style="list-style-type: none">• Parcours de soins en cancérologie

	<ul style="list-style-type: none"> • Soins oncologiques de support • Milieu associatif • Pas de restriction géographique
Types de sources	<ul style="list-style-type: none"> • Données empiriques : études quantitatives et qualitatives, articles de SHS, revues systématiques, scoping reviews, méta-analyses • Littérature grise : thèses, mémoires, recommandations, organisations et réseaux existants, résumés de conférences pertinentes

Rechercher les preuves :

- Langues : français, anglais
- Localisation des sources :
 - Littérature scientifique : Web of science, Pubmed
 - Thèses et mémoires : **Bielefeld Academic Search Engine** (BASE), CORE
 - Recommandations, organisations et réseaux existants, résumés de conférences pertinentes : **Bielefeld Academic Search Engine** (BASE), CORE, Doc'CISMEF, recherches manuelles
 - Listes de référence : vérification des bibliographies des études trouvées dans les BDD
- Date de publication : 2000-2022
- Date de recherche : à partir de la fin du mois d'avril 2022
- Mots clés : tableau ci-dessous
- Importation des données : logiciel de gestion des données Zotero®

Idée, notion	Mots-clés en français	Mots-clés en anglais
Concept : sevrage tabagique	Sevrage tabagique Cessation tabagique Désaccoutumance au tabac Réduction du tabagisme/consommation de tabac/consommation tabagique Réduire le tabagisme/consommation de tabac/consommation tabagique Arrêt du tabagisme/consommation de tabac/consommation tabagique Arrêter/cesser de fumer	Tobacco cessation, tobacco use cessation, smoking cessation, cessation of tobacco, cessation of smoking Tobacco abstinence, smoking abstinence Quit smoking, quit tobacco, quitting smoking, quitting tobacco Stop smoking, stopping smoking, stopping tobacco Give up smoking, give up tobacco, giving up smoking, giving up tobacco Smoking reduction, tobacco reduction, tobacco use reduction, reduction of tobacco, reduce tobacco, reduce smoking, reducing tobacco (consumption), reducing smoking Cease tobacco, cease smoking, ceasing tobacco, ceasing smoking Drop tobacco, drop smoking, dropping tobacco, dropping smoking Discontinuing smoking, discontinuing tobacco Tobacco treatment*, tobacco use treatment*, tobacco dependence treatment*, smoking treatment*, treatment of tobacco (use), treatment of smoking
Cible : interventions	Intervention(s) Programme(s) Action(s) Pratique(s) Projet(s)	Intervention* Program* Action* Service* Practice* Pattern* Project*

Population / contexte : personnes atteintes de cancer ou en rémission, parcours de soins en cancérologie	Patient(s) atteint(s) de cancer Parcours de soins en cancérologie/oncologie Programmes de soins en cancérologie Diagnostic de cancer Traitements du cancer Thérapies de cancer Rémission de cancer	Cancer patient*, oncology patient*, patient* with cancer, people with cancer, cancer population* Cancer diagnosis Cancer care Oncology care Cancer service* Oncology service* Cancer treatment* Oncology treatment* Cancer setting* Oncology setting* Cancer program* Oncology program* Cancer remission Cancer survivor*, cancer survivorship, survivors of cancer
---	---	---

➤ **Equation de recherche PubMed** : recherche effectuée le 20 mai 2022

((“tobacco cessation”[Title/Abstract] OR “smoking cessation”[Title/Abstract] OR “tobacco use cessation”[Title/Abstract] OR “cessation of smoking”[Title/Abstract] OR “cessation of tobacco”[Title/Abstract] OR “quit smoking”[Title/Abstract] OR “quit tobacco”[Title/Abstract] OR “quitting smoking”[Title/Abstract] OR “quitting tobacco”[Title/Abstract] OR “stop smoking” [Title/Abstract] OR “stop tobacco”[Title/Abstract] OR “stopping smoking”[Title/Abstract] OR “stopping tobacco”[Title/Abstract] OR “smoking reduction”[Title/Abstract] OR “tobacco reduction”[Title/Abstract] OR “tobacco use reduction”[Title/Abstract] OR “reduce tobacco”[Title/Abstract] OR “reduce smoking”[Title/Abstract] OR “reducing smoking”[Title/Abstract] OR “reducing tobacco”[Title/Abstract] OR “tobacco abstinence”[Title/Abstract] OR “smoking abstinence”[Title/Abstract] OR “tobacco treatment*”[Title/Abstract] OR “tobacco dependence treatment*”[Title/Abstract] OR “tobacco use treatment*”[Title/Abstract] OR “smoking treatment*”[Title/Abstract] OR “treatment of tobacco”[Title/Abstract]) AND (“intervention*”[Title/Abstract] OR “program*”[Title/Abstract] OR “action*”[Title/Abstract] OR “service*”[Title/Abstract] OR “practice*”[Title/Abstract] OR “pattern*”[Title/Abstract] OR “project*”[Title/Abstract]) AND (“cancer patient*”[Title/Abstract] OR “oncology patient*”[Title/Abstract] OR “cancer population*”[Title/Abstract] OR “people with cancer”[Title/Abstract] OR “adults with cancer”[Title/Abstract] OR “adult with cancer”[Title/Abstract] OR “patients with cancer”[Title/Abstract] OR “patient with cancer”[Title/Abstract] OR “cancer remission”[Title/Abstract] OR “cancer surviv*”[Title/Abstract] OR “survivors of cancer”[Title/Abstract] OR “cancer diagnosis”[Title/Abstract] OR “cancer care”[Title/Abstract] OR “oncology care”[Title/Abstract] OR “cancer service*”[Title/Abstract] OR “oncology service*”[Title/Abstract] OR “cancer treatment*”[Title/Abstract] OR “oncology treatment*”[Title/Abstract] OR “cancer setting*”[Title/Abstract] OR “oncology setting*”[Title/Abstract] OR “cancer program*”[Title/Abstract] OR “oncology program*”[Title/Abstract])) AND (2000:2022[pdat])

⇒ Langues : français, anglais

⇒ Dates : 2000 à 2022

⇒ Termes retirés de l'équation car ne figurant pas dans les résultats : give up tobacco, giving up tobacco, give up smoking, giving up smoking, reduction of tobacco, cease tobacco, ceasing smoking, ceasing tobacco, dropping smoking, dropping tobacco, drop smoking, drop tobacco, discontinuing smoking, discontinuing tobacco, treatment of smoking

➤ **Equation de recherche Web of Science** : recherche effectuée le 20 mai 2022

((TS=(“tobacco cessation” OR “smoking cessation” OR “tobacco use cessation” OR “quit* smoking” OR “quit* tobacco” OR “stop* smoking” OR “stop* tobacco” OR “smoking reduction” OR “tobacco use reduction” OR “tobacco reduction” OR “reduc* smoking” OR “reduc* tobacco” OR “tobacco abstinence” OR “smoking abstinence” OR “tobacco treatment*” OR “tobacco dependence treatment*” OR “tobacco use treatment*” OR “smoking treatment*”)) AND (TS=(“intervention*” OR “program*” OR “action*” OR “service*” OR “practice*” OR “pattern*” OR “project*”)) AND (TS=(“cancer patient*” OR “oncology patient*” OR “cancer population*” OR (“adult*” OR “people” OR patient*”) NEAR/3 “cancer”) OR “cancer remission” OR “cancer surviv*” OR “survivors of cancer” OR

“cancer diagnosis” OR “cancer care” OR “oncology care” OR “cancer service*” OR “oncology service*” OR “cancer treatment*” OR “oncology treatment*” OR “cancer setting*” OR “oncology setting*” OR “cancer program*” OR “oncology program*”))

- ⇒ Langages : français, anglais
- ⇒ Dates : 2000-01-01 to 2022-05-20
- ⇒ Termes retirés de l'équation car n'apportent pas d'articles supplémentaires répondant au sujet de la revue: give up tobacco, giving up tobacco, give up smoking, giving up smoking, reduction of tobacco, cease tobacco, ceasing smoking, ceasing tobacco, dropping smoking, dropping tobacco, drop smoking, drop tobacco, discontinuing smoking, discontinuing tobacco, treatment of smoking

➤ **Equations de recherche BASE** : recherche effectuée le 22 avril 2022

subj:smok* subj:cancer year:[2000 TO *]

subj:tobacco subj:cancer year:[2000 TO *]

- ⇒ Langues : français, anglais
- ⇒ Dates : 2000 à 2022
- ⇒ Type de textes sélectionnés : Unknown, report, thesis, bachelor's thesis, master's thesis, doctoral and post-doctoral thesis, conference object

➤ **Equation de recherche CORE** : recherche effectuée le 4 juillet 2022

Pour les documents français :

("smoking" OR "tobacco") AND "cancer" AND documentType:"thesis" AND language:"fr" AND (yearPublished>=2000 AND yearPublished<=2022)

Pour les documents anglais:

("smoking" OR "tobacco") AND "cancer" AND documentType:"thesis" AND language:"en" AND (yearPublished>=2000 AND yearPublished<=2022)

➤ **Equation de recherche Doc'CISMEF** : recherche effectuée le 20 mai 2022

((Arrêt de la consommation de tabac.ti) OU (Arrêt de la consommation de tabac.mc) OU (Arrêter de fumer.ti) OU (Arrêter de fumer.mc)) ET ((cancer.ti) OU (cancer.mc) OU (tumeurs.ti) OU (tumeurs.mc))

Sélectionner les preuves :

- Doublons
- Titre et résumé
- Recherche en texte intégral
- Critères d'inclusion et d'exclusion : voir ci-dessus
 - Population
 - Concept
 - Contexte
 - Types d'études
- Diagramme de flux

Extraire les données :

Catégories du formulaire :

- Titre
- Auteur(s)
- Année ou période de publication
- Journal/site

- Lieu
- Type de document
- Objectifs de l'étude/article/document
- Contexte
- Caractéristiques de la population concernée
- Méthodologie utilisée (si nécessaire)
- Type d'intervention et détails sur celles-ci (durée, processus, composantes)
- Utilisation d'un modèle/cadre (si nécessaire)
- Résultats et détails sur ceux-ci (si nécessaire)
 - Résultats quantitatifs (mesures)
 - Déroulement de l'intervention comme prévu
 - Effets recherchés et/ou produits par l'intervention
 - Outil utilisé et nombre d'items dans l'outil
 - Présence d'une évaluation
 - Domaines/critères évalués

Analyser/organiser les données :

- Identification des catégories de données
- Regroupement des données par catégories de données

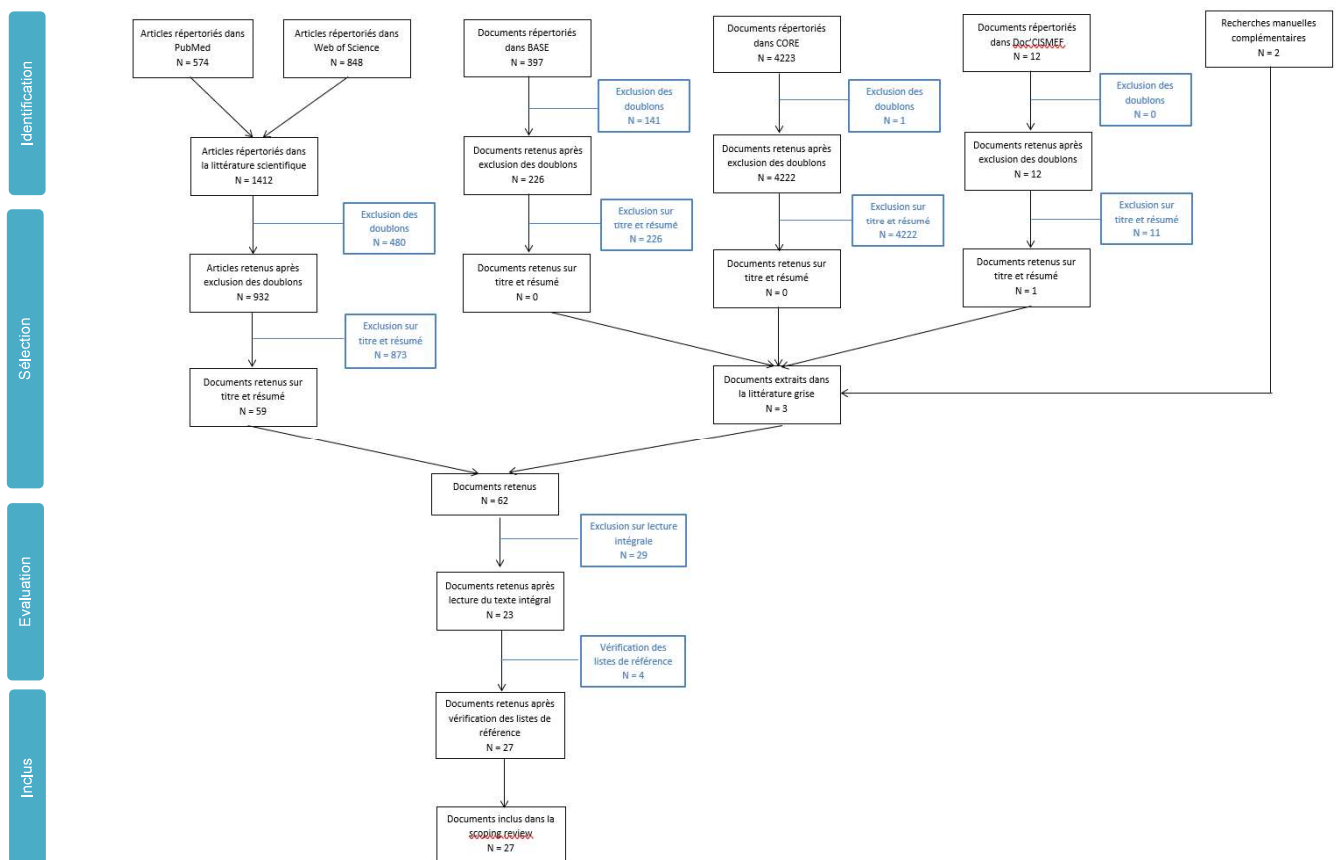
Synthétiser les données :

- Introduction
- Méthodes utilisées
- Présentation des résultats :
 - Description sous forme de tableaux et de graphiques
 - Description sous forme de cartes (en fonction des catégories)
 - Résumé sous forme de textes
- Partie sur les implications des conclusions de l'étude pour la politique, la pratique ou la recherche

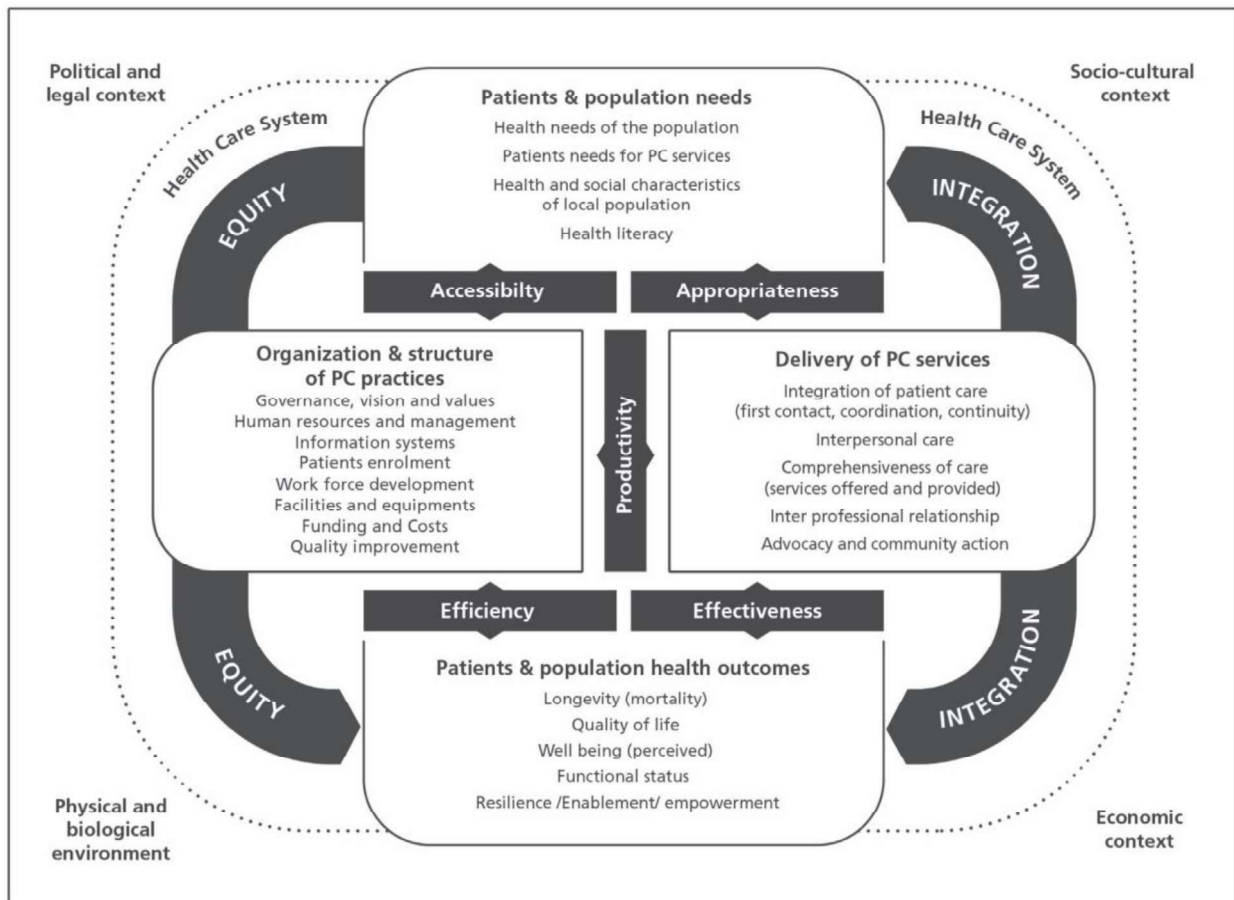
Consultation des parties prenantes :

- Réunions de pour prise de décisions dans l'avancée de la revue
- Restitution des résultats aux membres permanents de la LCC

Annexe XXI : Diagramme de flux de la scoping review



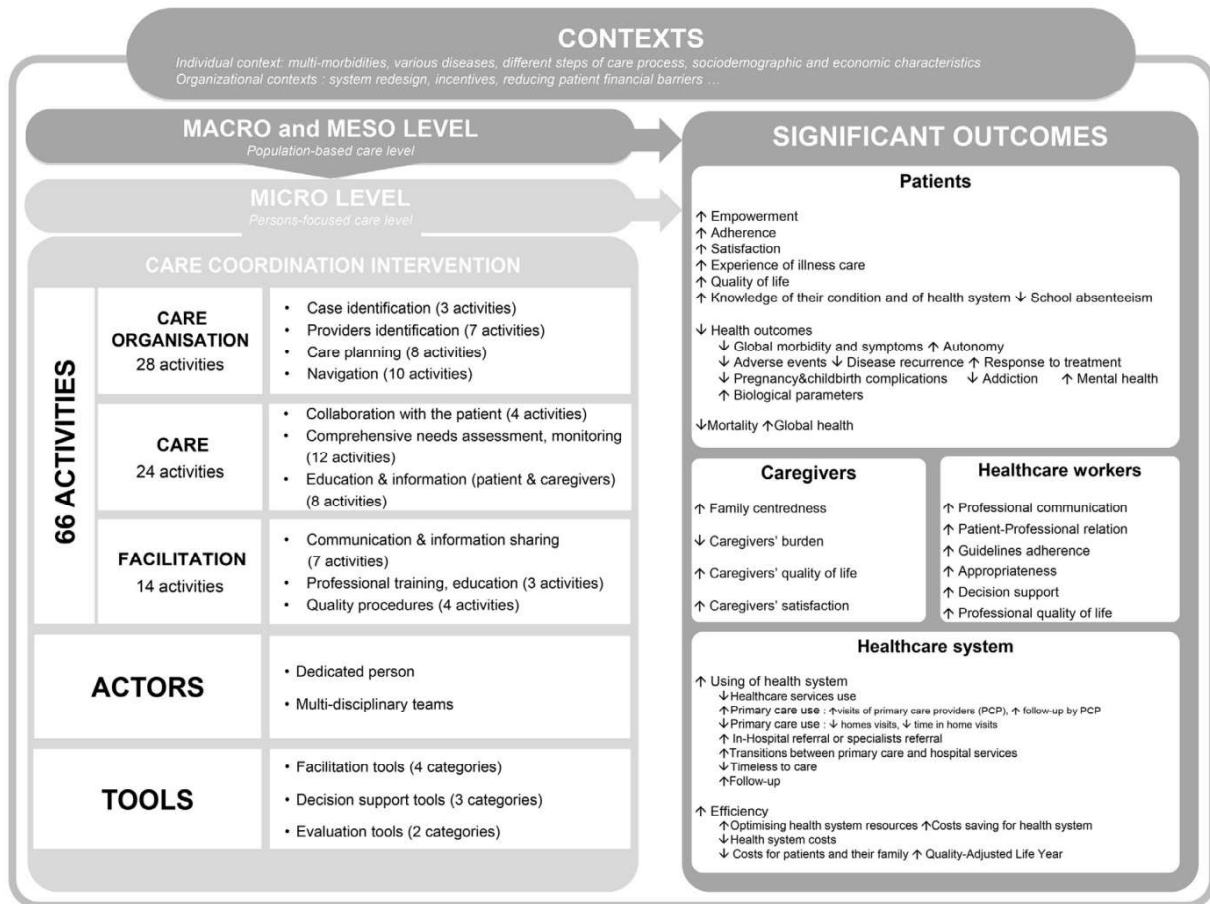
Annexe XXII : Framework of PC organization de Senn et al (2021)⁹



© Senn et al.

⁹ Senn N, Breton M, Ebert ST, Lamoureux-Lamarche C, Lévesque JF. Assessing primary care organization and performance: Literature synthesis and proposition of a consolidated framework. *Health Policy*. 1 févr 2021;125(2):160-7.

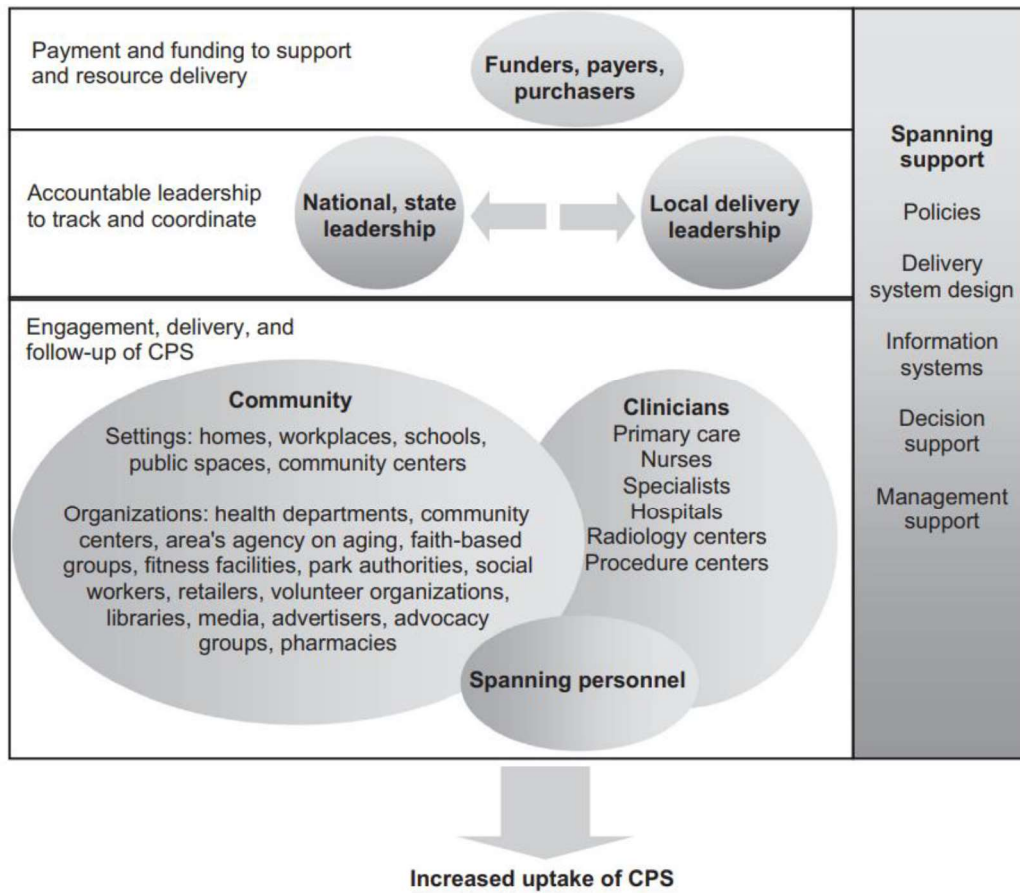
Annexe XXIII : Framework for care coordination EPOCK de Colombani et al. (2022)¹⁰



© Colombani et al.

¹⁰ Colombani F, Encrenaz G, Sibé M, Quintard B, Ravaud A, Saillour-Glénisson F, et al. Development of an evidence-based reference framework for care coordination with a focus on the micro level of integrated care: A mixed method design study combining reference review of reviews and nominal group technique. Health Policy. mars 2022;126(3):245-61.

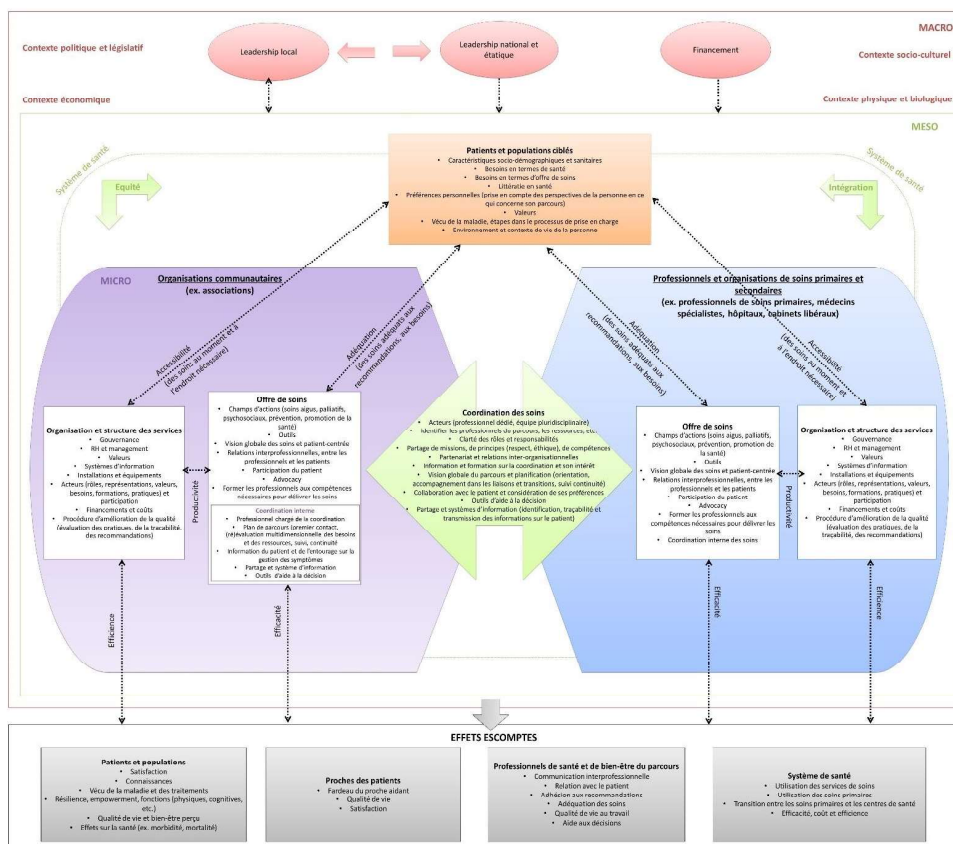
Annexe XXIV : Clinical and community care Framework de Krist et al. (2013)¹¹



© Krist et al.

¹¹ Krist AH, Shenson D, Woolf SH, Bradley C, Liaw WR, Rothemich SF, et al. Clinical and Community Delivery Systems for Preventive Care: An Integration Framework. American Journal of Preventive Medicine. 1 oct 2013;45(4):508-16.

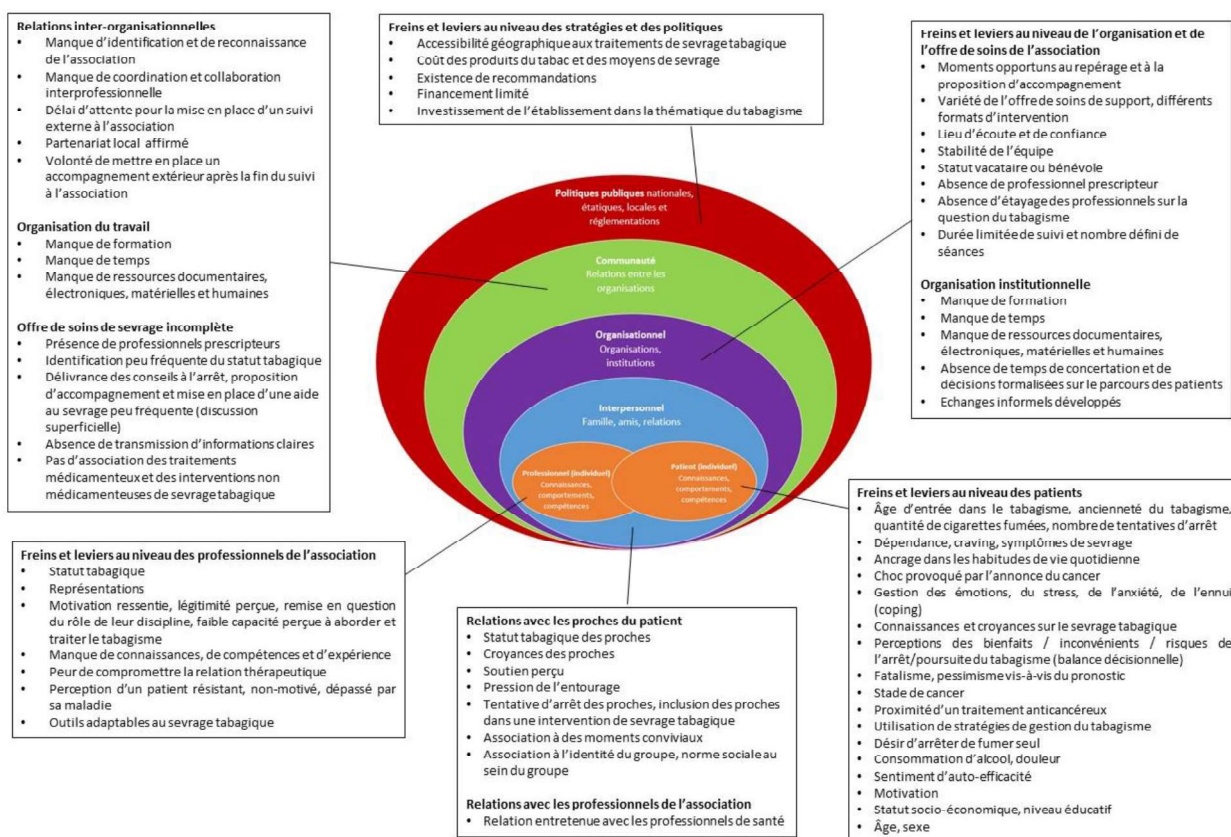
Annexe XXV : Cadre théorique



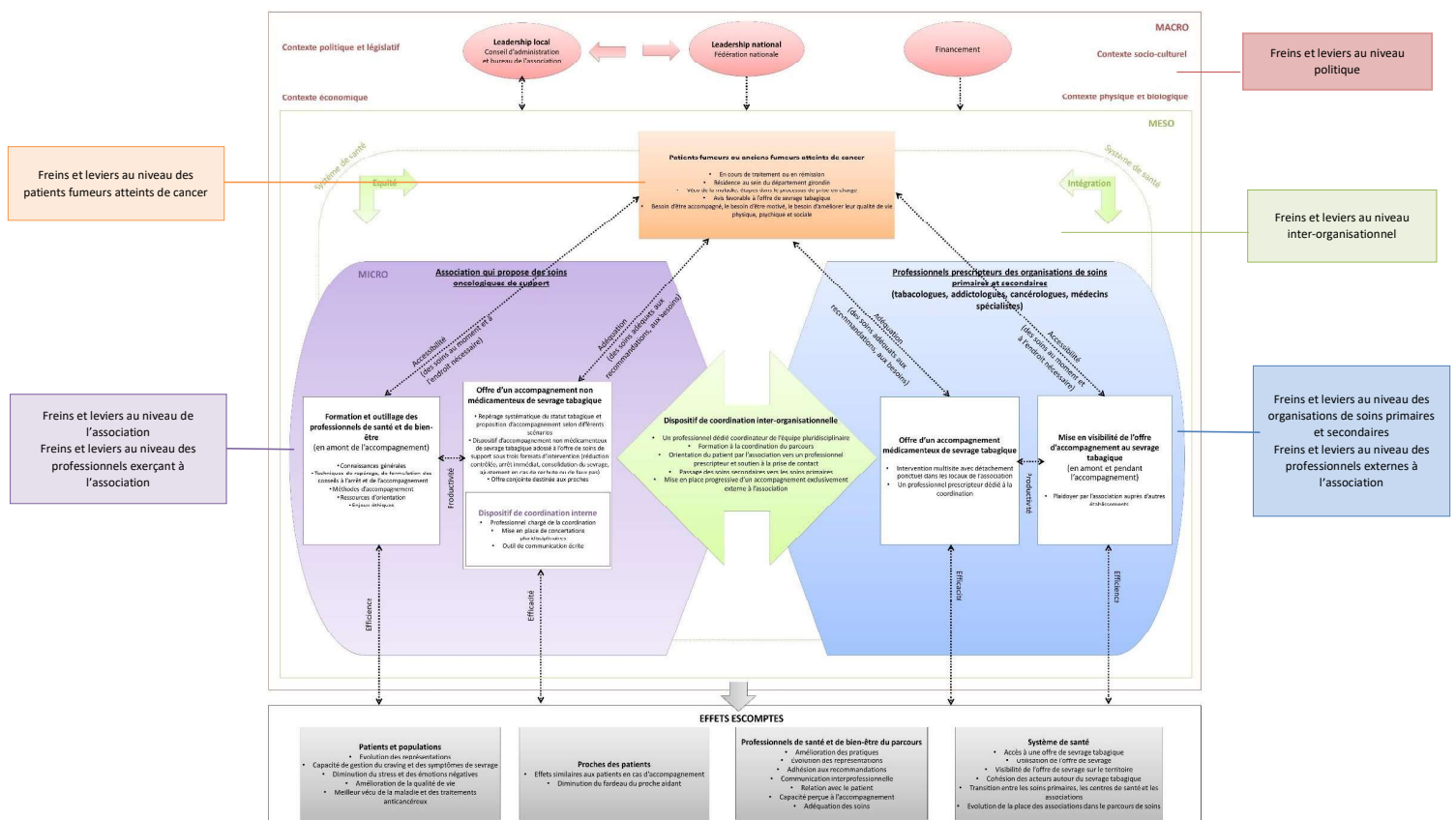
Annexe XXVI : Calendrier du déroulement du projet de mémoire

Missions	Période
Evaluation des freins et des leviers a priori <ul style="list-style-type: none"> • Recherche bibliographique • Enquêtes de terrain • Triangulation des résultats • Rapport d'évaluation et synthèse • Restitution des résultats 	Avril 2021 à janvier 2022 <ul style="list-style-type: none"> • Mars-mai 2022 • Avril-juillet 2022 • Août 2022 • Septembre-décembre 2022 • Janvier 2022
Concertation avec les acteurs <ul style="list-style-type: none"> • Restitution des résultats de l'évaluation • Composition des groupes de travail • Préparation des groupes de travail • Déroulement des groupes de travail (4 GT sur 4 thèmes) • Analyse des groupes de travail • Rédaction d'une note politique 	Janvier-juillet 2022 <ul style="list-style-type: none"> • Janvier 2022 • Mars-avril 2022 (annulé) • Avril-juillet 2022 (annulé) • Avril-juillet 2022 (annulé) • Juillet 2022 (annulé) • Mai-juin 2022
Scoping review <ul style="list-style-type: none"> • Rédaction du protocole • Définition des mots-clés • Définition et validation des équations • Sélection des documents (titre, abstract, lecture intégrale) • Extraction des données • Analyse et synthèse des données 	Mars à juin 2022 <ul style="list-style-type: none"> • Mars 2022 • Mars 2022 • Mars-avril 2022 • Avril-juin 2022 • Juin 2022 • Juillet 2022
Recherche bibliographique <ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie • Ethique 	Mars à juillet 2022 <ul style="list-style-type: none"> • Mars-juillet 2022 • Juin 2022
Cadre théorique <ul style="list-style-type: none"> • Recherche bibliographique sur les modèles • Choix des modèles organisationnels • Création du cadre théorique 	Mai à juillet 2022 <ul style="list-style-type: none"> • Mai 2022 • Juin 2022 • Juin 2022
Logique d'intervention (organisation, pratiques professionnelles, parcours patient) <ul style="list-style-type: none"> • Conception de la logique d'intervention 	Juin à juillet 2022 <ul style="list-style-type: none"> • Juin-juillet 2022
Rédaction du mémoire <ul style="list-style-type: none"> • Introduction • Méthodes • Résultats • Discussion et conclusion • Rapport de stage • Finalisation du mémoire 	Mars à août 2022 <ul style="list-style-type: none"> • Mars-avril 2022 • Avril 2022 • Mai-juillet 2022 • Juin-juillet 2022 • Juillet 2022 • Août 2022

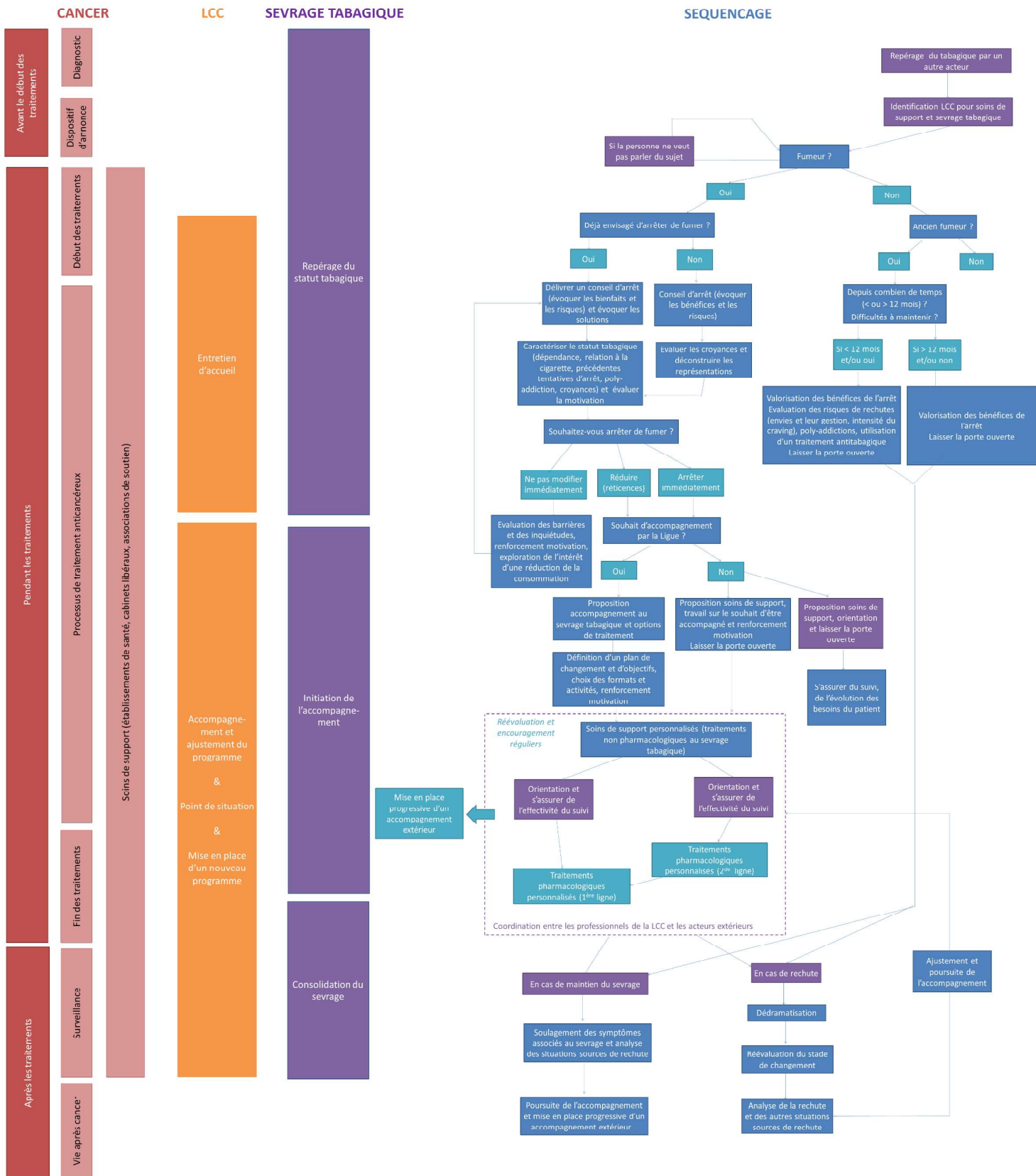
Annexe XXVII : Les déterminants du sevrage tabagique dans le contexte étudié répartis selon le modèle socio-écologique



Annexe XXVIII : Modèle logique de l'intervention



Annexe XXIX : Préfiguration du séquençage du parcours de sevrage tabagique



RESUME

Introduction : La poursuite du tabagisme après un diagnostic de cancer obère les effets des traitements anticancéreux, et altère la qualité de vie des patients. Les recommandations nationales préconisent d'intégrer l'accompagnement vers l'arrêt du tabagisme dans le parcours de soins en cancérologie, un contexte qualifié de « teachable moment for smoking cessation ». Pourtant, cette offre est peu développée à ce jour dans les soins oncologiques de support. Les associations proposant des soins de support sont des acteurs clés des services de proximité en santé et peuvent jouer un rôle pivot dans l'organisation de l'accompagnement au sevrage tabagique.

Objectif : Comprendre les éléments contextuels et interventionnels d'un accompagnement au sevrage tabagique efficace des patients atteints de cancer dans le cadre des soins de support proposés par une association.

Méthodes : Une évaluation réalisée auprès de la Ligue Contre le Cancer (LCC) Gironde a permis d'identifier les freins et leviers à la mise en place d'un parcours d'accompagnement au sevrage tabagique. Une étude documentaire sur les données d'activités de la LCC a été réalisée et une étude qualitative a été menée auprès de patients fumeurs atteints de cancer, de professionnels de santé et de bien-être et de salariés de la LCC. Une recherche bibliographique sur les enjeux éthiques, une scoping review sur les interventions probantes et un cadre théorique conçu à partir de trois modèles organisationnels de soins primaires et secondaires sont venus compléter ce recueil de données.

Résultats : Les résultats ont révélé des lacunes en matière d'accompagnement au sevrage tabagique intégré à l'offre de soins oncologiques de support proposés par une association. Des déterminants au sevrage tabagique en cancérologie et des stratégies interventionnelles ont été mis en évidence. Ils ont permis la modélisation d'une intervention fondée sur la théorie adaptée au contexte de l'association étudiée, guidée par une démarche volontariste et pluridisciplinaire, centrée sur le bien-être des patients.

Conclusion : Ce mémoire a confirmé l'existence d'une réelle opportunité au développement d'une aide au sevrage tabagique au sein des associations qui proposent des soins de support. Ces dernières ont le potentiel de devenir de réels soutiens à l'organisation des soins en cancérologie en matière d'entrée et de maintien des patients dans leur parcours de soins.

Mots-clés : intervention fondée sur la théorie, sevrage tabagique, cancer, soins de support, association.

ABSTRACT

Introduction: Continued smoking after cancer diagnosis burdens cancer treatments outcomes and deteriorates patients' quality of life. French national guidelines advocate the integration of smoking cessation services into cancer care, a context described as a "teachable moment for smoking cessation". However, these services are scarce in supportive cancer care. Associations providing supportive cancer care are key stakeholders in community health services and can play a central role in tobacco cessation treatment.

Objective: Understand the contextual and interventional elements of an effective smoking cessation support for cancer patients in the context of supportive care offered by an associative case.

Methods: An evaluation conducted within the Ligue Contre le Cancer (LCC) Gironde identified the barriers and facilitators to the development of smoking cessation interventions. A document review on the LCC's activity data was carried out, and a qualitative study was conducted with cancer patients who smoke, health and welfare professionals and LCC employees. A literature review on ethical issues, a scoping review on evidence-based interventions, and a framework based on three organizational models of primary and secondary care completed data collection.

Results: Results revealed gaps in smoking cessation support into supportive cancer care delivered by an association. Determinants of smoking cessation in cancer care and intervention strategies were identified. Results enabled the design of a theory-based intervention adapted to the context of the associative case, guided by a voluntarist and multidisciplinary approach, focused on the patients' well-being.

Conclusion: This dissertation confirms the existence of a real opportunity for the development of smoking cessation services within associations that provide supportive care. Associations have the potential to become tangible supports for the integration of cancer care in terms of patients' entry and maintenance in their care pathway.

Key words: theory-based intervention, smoking cessation, cancer, supportive care, associative sector.