



**HAL**  
open science

# Création d'outils de médiation pour le projet de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T.) : étude qualitative en groupes de discussion auprès de fumeurs et de professionnels de santé

Geoffroy Lacaze

## ► To cite this version:

Geoffroy Lacaze. Création d'outils de médiation pour le projet de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T.) : étude qualitative en groupes de discussion auprès de fumeurs et de professionnels de santé. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03852114

**HAL Id: dumas-03852114**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03852114>**

Submitted on 14 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.

**Université de Bordeaux**  
**U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES**

Année 2022

Thèse n°97

Thèse pour l'obtention du  
**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Le 27 Octobre 2022

Par Mr LACAZE Geoffroy

né le 13 Octobre 1989 à Bar-le-Duc (55)

**Création d'outils de médiation pour le projet de Lieux  
d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T.) :**  
Etude qualitative en groupes de discussion auprès de fumeurs  
et de professionnels de santé

**Directrice de thèse**

Madame le Docteur DAHLEM Laurence

**Co-directeur de thèse**

Monsieur le Professeur CASTERA Philippe

**Rapporteur**

Monsieur le Professeur ADAM Christophe

**Membres du jury :**

Monsieur le Professeur ALLA François

**Président**

Monsieur le Professeur MONTARIOL Yves

**Juge**

Monsieur le Docteur PROTHON Emmanuel

**Juge**

Madame le Docteur LAJZEROWICZ Nathalie

**Juge**

## REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur le Professeur François ALLA, Professeur des universités et praticien hospitalier en santé publique et me sens honoré que vous ayez accepté de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

Je remercie Monsieur le Professeur Christophe ADAM, Professeur associé de médecine générale. Veuillez accepter mes remerciements pour m'avoir accompagné durant mes études. Je vous remercie d'avoir fait le rapport de ma thèse. Je tiens à vous exprimer l'expression de mon amitié et de mon respect.

Je remercie Monsieur le Professeur Yves MONTARIOL, Professeur associé de médecine générale. Veuillez accepter mes remerciements pour m'avoir accompagné durant mes études. Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps pour juger mon travail. Trouvez ici l'expression de mon amitié et de mon respect.

Je remercie Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON, Maître de conférences associé de médecine générale et vous adresse mes remerciements pour votre disponibilité et d'accepter de siéger au sein de mon jury de thèse. Trouvez ici l'expression de mon plus grand respect.

Je remercie Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ, Médecin généraliste. Veuillez accepter ma gratitude de bien vouloir juger ce travail. Trouvez ici l'expression de mon amitié et de mon respect.

Je remercie Madame le Docteur Laurence DAHLEM, Médecin généraliste d'avoir accepté la direction de cette thèse, pour votre soutien, votre patience et vos sages conseils qui ont permis à ce travail d'aboutir. Je vous adresse l'expression de ma gratitude, mon amitié et de mon respect.

Je remercie Monsieur le Docteur Philippe CASTERA, ancien professeur associé de médecine générale, addictologue, d'avoir co-dirigé ma thèse, d'avoir pris le temps et la patience pour apporter votre aide précieuse ayant favorisé le développement et la finalité de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon amitié et de mon respect

Je tiens aussi à remercier l'équipe du groupe de Coordination Régionale Addictions de Nouvelle-Aquitaine (COREADD NA) pour son professionnalisme et d'avoir fourni la logistique ayant permis l'organisation des groupes de discussion.

Un remerciement particulier à mon amie Maram HATTAB, qui malgré les soucis, a pris le temps de m'assister dans le codage des données et le soutien moral.

Je remercie ma famille qui pense à moi malgré la distance.

Je remercie mes camarades Ludovic, Matthieu, Florence et Thibault pour la bonne humeur et le soutien.

# TABLE DES MATIÈRES

---

|   |    |
|---|----|
| <b>REMERCIEMENTS</b> .....  | 2  |
| <b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....   | 3  |
| <b>TABLE DES ANNEXES</b> .....  | 5  |
| <b>Abréviations</b> .....   | 6  |
| <b>I-INTRODUCTION</b> .....   | 7  |
| 1-1- Quelques définitions.....  | 8  |
| 1-2- Rappels épidémiologiques et objectifs des Plans Nationaux.....                       | 8  |
| 1-3- Méthodes d'intervention et d'auto-support.....                                       | 9  |
| 1-3-1- Les Traitements Nicotiniques de Substitution (TNS).....                            | 9  |
| 1-3-2- Les traitements médicamenteux de deuxième intention :Varénicline et Bupropion..... | 10 |
| 1-3-3- Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC).....                                | 10 |
| 1-3-4- Le #MoisSansTabac et le marketing social.....                                      | 11 |
| 1-3-5- Application Tabac-info-service (TIS), site Internet TIS, 3989.....                 | 12 |
| 1-3-6- E-cigarette.....   | 13 |
| 1-3-7- Accompagnement par les professionnels de santé.....                                | 13 |
| 1-3-8- Les thérapies alternatives.....  | 15 |
| 1-4- Le projet « L.A.S.T ».....   | 15 |
| 1-5- Questions de recherche et objectifs.....   | 16 |
| <b>II-MATERIEL ET METHODES</b> .....  | 17 |
| 2-1-Choix de la méthode.....  | 17 |
| 2-2-Population cible.....   | 17 |
| 2-3-Préparation de l'étude.....   | 18 |
| 2-4-Réalisation de groupes de discussion-recueil des données.....                         | 19 |
| 2-5-Analyse des données.....  | 20 |
| 2-6-Aspects éthiques et réglementaires.....   | 21 |
| <b>III-RÉSULTATS</b> .....  | 22 |
| 3-1-Caractéristiques des groupes de discussion.....                                       | 22 |
| 3-2-Analyse des verbatims.....  | 24 |
| 3-2-1- Analyse du slogan grand public.....  | 24 |
| 3-2-2- Analyse du slogan destiné aux professionnels.....                                  | 28 |

|  |           |
|--|-----------|
| 3-2-3- Analyse des affiches et de la charte graphique du projet.....   | 29        |
| 3-2-4- Analyse du jeu de cartes.....   | 34        |
| <b>IV-DISCUSSION.....</b>  | <b>39</b> |
| 4-1- Principaux résultats.....   | 39        |
| 4-1-1- Analyse des slogans.....  | 39        |
| 4-1-2- Analyse des affiches et de la charte graphique.....   | 40        |
| 4-1-3- Analyse du jeu de carte.....  | 41        |
| 4-2- Les forces de l'étude.....  | 42        |
| 4-3- Les limites de l'étude.....   | 42        |
| 4-4- Comparaison avec la littérature et recontextualisation de l'étude.....  | 43        |
| 4-4-1- Projets similaires dans la littérature.....   | 43        |
| 4-4-2- Les autres projets réalisées dans le cadre du projet LAST.....  | 45        |
| 4-4-2-1- Etude sur l'usage du marketing social dans le sevrage tabagique.....  | 45        |
| 4-4-2-2- Etude sur les freins à l'accompagnement du fumeur au sevrage par les<br>médecins généralistes et pharmaciens.....                     | 45        |
| 4-4-2-3-- Etude des freins à l'accompagnement des patients au sevrage<br>tabagique par les professionnels de santé nouveaux prescripteurs..... | 46        |
| 4-4-2-4- Etude sur l'influence des affiches personnalisées dans l'incitation<br>au sevrage tabagique. ....                                     | 47        |
| 4-4-2-5- Etude d'acceptabilité et d'utilisabilité du site internet du projet du projet<br>LAST.....  | 48        |
| 4-4-2-6- Etude de viabilité du projet LAST .....   | 49        |
| 4-4-2-7- Autres travaux en cours.....  | 50        |
| 4-5- Evolution des outils après étude.....   | 50        |
| 4-6- Perspectives.....   | 51        |
| <b>V-CONCLUSION.....</b>   | <b>52</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>  | <b>53</b> |
| <b>LISTE DES ANNEXES.....</b>  | <b>57</b> |
| <b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>   | <b>64</b> |
| <b>RESUME/ABSTRACT .....</b>   | <b>65</b> |

## TABLE DES TABLEAUX ET ANNEXES

---

|  |    |
|--|----|
| Tableau I- Composition du groupe de discussion A de professionnels de santé.....   | 21 |
| Tableau II- Composition du groupe de discussion B de professionnels de santé.....  | 22 |
| Tableau III- Composition du groupe de discussion C de professionnels de santé..... | 22 |
| Tableau IV- Composition du groupe de discussion D de consommateurs de tabac.....   | 23 |
| <br>   |    |
| Annexe 1.....  | 57 |
| Annexe 2.....  | 59 |
| Annexe 3.....  | 60 |
| Annexe 4.....  | 60 |
| Annexe 5.....  | 60 |
| Annexe 6.....  | 61 |
| Annexe 7.....  | 61 |
| Annexe 8.....  | 62 |
| Annexe 9.....  | 62 |
| Annexe 10.....   | 62 |
| Annexe 11.....   | 63 |

## Abréviations

---

AGIR : Réseau addiction Gironde  
ASALEE : Action de santé libérale en équipe  
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CIM(-10) : Classification international des maladies  
COREADD NA : Coordination Régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine  
COREQ : *C*onsolidated *c*riteria for *R*Eporting *Q*ualitative *r*esearch  
CPTS : Communauté professionnelles territoriales de santé  
DSM : Diagnostic and Statistical Manual  
DSP : Délégation de service public  
ETINCEL: Enquête téléphonique pour l'information sur la cigarette électronique  
ETP : Education thérapeutique du patient  
FG : *Focus-group*  
HAS : Haute autorité de santé  
IDE : Infirmière diplômée d'état  
IPA : Infirmière en pratique avancée  
KO : Knock-out  
LAST : Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac  
MK : Masso-kinésithérapie  
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
ORL : Oto-rhino-laryngologie  
PDCA : *Plan-Do-Check-Act*  
PDF : *Portable document format*  
PNLT Plan national de lutte contre le tabac  
PNRT Plan National de Réduction du Tabagisme  
RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève  
SSMIP : Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention  
TCC : Thérapie cognitivo-comportementale  
TIS : Tabac-info-service  
TNS : Traitement nicotinique de substitution  
VIJGIL : visite des jeunes généralistes installés libéraux

## I- Introduction

---

Le tabagisme est un facteur de risque évitable avec une consommation quotidienne de tabac pour 25,5% des adultes (18 – 75 ans) en 2020. Le potentiel addictif est donc majeur et 29,1% des hommes ont un usage quotidien pour 22% des femmes (1). Cet usage est onéreux sur le plan social et sanitaire (plus de 25 milliards d’euros par an en France en soins, prévention et répression) responsable d’événement morbides graves (principalement cardio-vasculaire, pulmonaire et cancéreux (30%) mais aussi, ORL, stomatologique, obstétricaux, psychiatrique...). Le tabagisme est ainsi la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité évitable (79 000 morts/an) et entraîne une diminution très significative de l’espérance de vie (20 ans en moyenne) (2).

L’arrêt du tabac constitue donc un enjeu de santé publique majeur pour lequel le professionnel de santé est un acteur clé.

L’association AGIR 33 Aquitaine (devenue Coordination Régionale Addictions ou COREADD Nouvelle-Aquitaine en 2020), dont la mission est de développer les pratiques addictologiques en soins primaires et de les articuler avec les soins secondaires, a reçu un financement dans le cadre du Fond de Lutte contre le tabagisme, en 2018. Il s’agit pour elle, en partenariat avec le Service de Soutien Méthodologique et d’Innovation en Prévention (SSMIP) du CHU de Bordeaux, de développer le projet de Lieux d’Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T.)

Ce projet a pour objectif de travailler sur l’organisation et la coordination des soins autour du fumeur, en suscitant la mobilisation des lieux de santé présents sur les territoires, afin qu’ils médiatisent leur souhait d’aider les patients dans leur arrêt du tabac. En parallèle, il s’agit d’inciter les usagers à évoquer leurs consommations avec leurs professionnels de santé habituels. Ces perspectives imposent, entre autres, la mobilisation de stratégies de marketing social. Il s’agit de faire connaître les LAST, de mobiliser les lieux de santé et les fumeurs. Il s’agit aussi de développer des outils de médiation facilitant les interactions.

Dans ce cadre, une thèse soutenue en octobre 2019 proposait la création d’un outil de médiation à destination des fumeurs afin de les aider à construire leur stratégie d’arrêt du tabac (carnet des aides) (3,4).

Ce travail de thèse participe à ce projet pour la création et l’évaluation des premiers outils à savoir la charte graphique, le slogan, l’affiche et le carnet des aides. Il s’agit d’une étude qualitative par groupes de discussion de fumeurs et professionnels de santé, afin de recueillir leurs avis.

## 1-1-Quelques définitions (5-7)

- Le trouble de l'usage

En addictologie, l'usage correspond à la « consommation » de sources ou d'objets de gratification. Il peut s'agir de substances comme le tabac ou de comportements comme le jeu. Ces objets sont sources de plaisir et d'effets renforçant, ce qui expose à un trouble de l'usage ou addiction.

- L'addiction

Elle est définie comme un trouble de l'usage dans le DSM-5 et correspond au syndrome de dépendance dans le CIM-10. L'addiction se définit donc comme la perte du contrôle de l'usage des sources de gratification, ici le tabac, ce qui est bien différent de l'usage. Le symptôme caractéristique en est le *craving* et un signe, la rechute.

- Le *craving*

Il est défini en addictologie par l'envie intense, irrésistible d'effectuer le comportement gratifiant, ici de fumer du tabac, alors que la personne ne veut pas. Le *craving* est extrêmement fluctuant et subjectif et n'est pas le sevrage. De nombreux facteurs environnementaux l'influencent. L'intensité du *craving* prédit l'usage, donc la rechute, dans les 4 heures. Le *craving* est ainsi la cible fondamentale du traitement, ainsi que la prévention de la rechute.

## 1-2-Rappels épidémiologiques et objectifs des Plans Nationaux

Il y a actuellement sur le territoire français 13 millions de fumeurs (8).

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France.

Soit 75000 morts/an en 2015 dont 46 000 morts par cancer, 16 000 par maladie cardiovasculaire, 12 000 par maladie respiratoire. Pour 19.3% de la mortalité masculine et 6.9% de la mortalité féminine (8). D'autres estimations parlent de 79000 morts/an (2).

Lors de la présentation du Plan Cancer 2014-2019 (2) il a été décidé de créer le Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) (9) afin de réduire l'attractivité du tabac via

l'augmentation des prix du paquet, la limitation de la publicité et le message d'avertissement sur les paquets.

L'accessibilité aux substituts nicotiniques est facilitée par la mise en place d'un forfait de remboursement initialement de 50 euros par patient et par an en 2007, puis à 150 euros, pour atteindre un remboursement dans le droit commun en 2019, comme tous les médicaments remboursables.

Afin d'aider les fumeurs désirant arrêter leur consommation, il est déclaré que le médecin généraliste devra pleinement jouer son rôle dans la prévention et la sensibilisation. (10)

En 2018, le Plan National de Lutte contre le Tabac (PNLT) prend la suite du Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) en amplifiant les objectifs de lutte contre le tabac.

Notamment, il prévoit d'atteindre :

- Moins de 24% de fumeurs quotidiens âgés entre 18 et 75 ans d'ici 2020 et moins de 22 % d'ici 2022 et moins de 16% d'ici 2027, soit 5 millions de fumeurs en moins.
- Moins de 20% d'adolescents de moins de 17 ans fumant quotidiennement d'ici 2022.
- En 2032, que les enfants nés en 2014 soit la première génération de non-fumeurs (< 5 % de fumeurs)

Pour atteindre ces objectifs, de nombreux fumeurs seront à motiver et à accompagner (8).

### **1-3-Méthodes d'interventions et d'auto-support**

#### 1-3-1-Les Traitements Nicotiniques de Substitution (TNS)

Les substituts nicotiniques se déclinent sous plusieurs formes : les patchs, les gommes à mâcher, les comprimés à sucer, les sprays buccaux et les inhalateurs.

Selon l'HAS, les substituts nicotiniques sont plus efficaces dans l'aide à l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Ils augmentent significativement l'abstinence à 6 mois. La combinaison de plusieurs formes de substituts nicotiniques notamment le patch combiné à d'autres substituts avec des formes d'action rapide seraient plus efficaces qu'une forme unique de substitut (grade A) (10)

De plus, depuis 2016, la loi de modernisation de notre système de santé autorise les infirmiers et les kinésithérapeutes à prescrire des substituts nicotiniques. Ils viennent ainsi s'ajouter aux professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes et sage-femmes) qui bénéficiaient déjà de ce droit (11). Les sage-femmes peuvent également prescrire à l'entourage de la femme

enceinte. Surtout les prescriptions de ces professionnels sont maintenant remboursées dans le droit commun, y compris dans le cadre des services de santé au travail ou en milieu scolaire ou universitaire.

### 1-3-2- Les traitements médicamenteux de deuxième intention : Varénicline et Bupropion

La Varénicline et le Bupropion sont utilisés dans l'aide à l'arrêt du tabac en seconde intention, après échec des substituts nicotiques (10, 11).

Des études ont comparé l'efficacité de la Varénicline versus TNS et Bupropion dans l'aide à l'arrêt du tabac. L'étude EAGLES, la plus connue, a évalué la tolérance et l'efficacité de la Varénicline et du Bupropion versus TNS et placebo, chez des fumeurs avec et sans antécédents de troubles psychiatriques. L'efficacité de la Varénicline a été retrouvée supérieure sur le temps d'abstinence (12).

A la suite à cette étude, la Varénicline a été le premier médicament remboursé pour l'aide à l'arrêt du tabac. Il est pris en charge à 65% dans le droit commun depuis 2017.

Les recommandations de l'*American Thoracic Society*, en 2019, le proposent en première intention et le considèrent comme le traitement le plus efficace (grade A) (13). Malheureusement, des problèmes de production et d'un prochain passage dans le domaine public font qu'il n'est plus disponible en France en 2022, pour l'instant.

### 1-3-3- Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC)

Ces thérapies nécessitent la formation des professionnels. Il s'agit d'un suivi comprenant plusieurs entretiens consacrés spécifiquement à la thérapie. Elles permettent d'apprendre des stratégies pour faire face à l'envie de fumer (stratégies d'évitement, de remplacement, etc). Elles permettent aussi de penser l'arrêt du tabagisme à long terme, dans la perspective d'une meilleure qualité de vie. L'accent est mis sur la connaissance et la maîtrise de ces stratégies, dans le but d'augmenter la confiance que le sujet possède dans ses capacités à atteindre l'abstinence. Les techniques de thérapie cognitivo-comportementale pour le tabac permettraient de multiplier par deux l'abstinence à 6 mois. Une association avec des traitements substitutifs permet d'optimiser les chances de réussite. Elles sont également efficaces pour la prévention de la rechute (14).

Ces méthodes sont accessibles à des professionnels de soins primaires, dans leurs modalités les plus simples, à la suite de formations courtes. Toutefois, le temps disponible pour la plupart des

professionnels, en rend le déploiement rare et difficile. Certaines modalités d'exercice les favorisent, comme les IDE ASALEE ou les infirmières en pratique avancée (IPA).

Si nous avons choisi de présenter en premier les traitements les plus recommandés selon les données de la science, comme nous le verrons plus loin, d'autres accompagnements sont favorisés en soins primaires, permettant d'adopter les bonnes postures et d'intégrer des outils des TCC. De la même façon, la plupart des fumeurs arrêtent le tabac sans l'aide de professionnels, et il existe des auto-supports qu'ils mobilisent de façon autonome avant de solliciter les professionnels de santé.

#### 1-3-4- Le #MoisSansTabac et le *marketing* social

Le #MoisSansTabac est la première campagne de marketing social en France, utilisée à la fois au niveau national et régional apparue en 2016 comprises dans les mesures du Plan national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 (9). Elle s'est inspirée du programme Stoptober en Grande-Bretagne qui avait permis dès la première édition en 2012, de générer plus de 50 % de tentatives d'arrêt (soit 350 000 dans le mois) (15)

Cette campagne invite tous les fumeurs à arrêter de fumer pendant 28 jours. Au-delà de 28 jours d'arrêt, les fumeurs ont 5 fois plus de chances de poursuivre leur abstinence à long terme.

Elle met en avant un élan collectif pour l'arrêt du tabac, sur le principe de la théorie de la contagion d'Einstein et Epstein (16)

Le #MoisSansTabac cible les fumeurs âgés de 20 à 49 ans, car cette tranche d'âge est celle où la prévalence du tabac est la plus forte, tous sexes confondus (17).

Afin d'aider les fumeurs dans le sevrage, des actions sont mises en place sur le terrain à un coût minimal : aides gratuites (application tabac-info-service, site Internet tabac-info-service, le kit, le 3989, le remboursement des substituts nicotiques...).

Une participation importante (241 691 inscrits en 2018 contre 157 000 en 2017), a incité à poursuivre le dispositif qui est renouvelé annuellement (18).

La Coordination Régionale Addictions de Nouvelle-Aquitaine (COREADD NA), dans laquelle se situe notre travail, est également la structure ambassadrice du #MoisSansTabac pour la région, depuis 2017.

Il me paraît important d'aborder plus en détail ce que l'on appelle le marketing social, car cette appellation peut véhiculer des représentations erronées.

Le marketing social se définit comme « l'application de techniques utilisées en marketing commercial pour analyser, planifier, exécuter et évaluer des programmes dont le but est la modification du comportement d'une cible d'individus, afin d'améliorer leur bien-être personnel et celui de la société » (19).

La stratégie de *marketing* social s'articule autour de cinq grandes étapes :

- La première étape consiste à comprendre le public par l'étude des comportements (via des études de terrain, des références bibliographiques...).
- La deuxième étape consiste à étudier la cible, car selon l'âge, le sexe, et la communauté, les points de vue peuvent varier.
- La troisième étape consiste en la mise en place d'objectifs réalistes pour faire adopter un nouveau comportement.
- La quatrième étape est la stratégie d'action qui reprend les fondements du marketing commercial (les 4P : Produit, Prix, Place, Promotion) en les adaptant au marketing social, sous la forme des 4C : proposer un Comportement à un public cible, pour un Coût minimal (coûts psychologiques, financiers et humains), avec une Capacité d'accès à ce comportement et une campagne de Communication pour le promouvoir. Il est nécessaire également de travailler avec des Collaborateurs pour diffuser le programme sur le terrain, ce qui amène à 5C.
- La cinquième étape consiste à évaluer le programme en lien avec l'objectif. (19)

Selon Gordon et al, la stratégie de marketing social est efficace pour modifier et faire évoluer les comportements, les croyances, notamment sur le tabac, l'alcool, et la nutrition. (20)

Ainsi, en tant qu'ambassadeur du #MoisSansTabac et dans la perspective du projet LAST, les salariés de la COREADD NA ont été tous formés au marketing social, en deux séminaires de deux jours, en 2018, par le Professeur Karine GALLOPEL-MORVAN, de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique de Rennes. Les outils de médiation ont donc été conçus dans le respect des principes énoncés ci-dessus.

#### 1-3-5- Application Tabac-info-service (TIS), site Internet TIS, le numéro 3989 (21)

Le 3989, numéro TIS est apparu sur les paquets de cigarettes en 2009.

De plus, TIS a mis en place un e-coaching via le site Internet et l'application sur Smartphone. Ces interfaces communiquent des informations, des aides et des conseils sur l'arrêt du tabac.

Ces supports sont majoritairement utilisés lors de la campagne du #MoisSansTabac.

L'HAS recommande avec un haut niveau de preuve que, si un patient ne souhaite pas être aidé par un professionnel de santé pour l'arrêt du tabac, il faut l'orienter vers des outils d'auto-supports (10).

### 1-3-6- La E-cigarette

La cigarette électronique a été développée en Chine au cours des années 2000. Elle est arrivée en France quelques années plus tard en 2005 et c'est en 2013 que son usage devient courant. Selon l'enquête ETINCEL-OFDT, l'utilisation quotidienne de la cigarette électronique concernait, en 2013, 3 % de la population française, soit 1,1 à 1,9 millions de personnes. Dans cette étude, les utilisateurs réguliers déclarent utiliser la cigarette électronique dans un but de réduction de consommation (poursuite de la consommation de tabac en parallèle), avec un objectif à long terme d'arrêt complet du tabac. Elle pourrait donc permettre de se sevrer progressivement du tabac sans l'aide d'un professionnel de santé (22).

La cigarette électronique ne dispose pas d'autorisation de mise sur le marché en tant que médicament pour l'aide à l'arrêt du tabac. Elle est remboursée par certaines mutuelles sur prescription médicale (23).

Les données à son sujet sont émergentes et contradictoires. Le dernier rapport du Haut Conseil de Santé Publique, ne le recommande pas pour l'arrêt du tabac (24), mais de nombreux addictologues l'utilisent, notamment pour les fumeurs persistants et pour les publics le plus loin de l'arrêt. Dans cette population cible, le rapport bénéfices/risques pourrait être favorable.

### 1-3-7- Accompagnement par les professionnels de santé

La HAS recommande que les médecins généralistes questionnent les patients sur leur tabagisme et réalisent une intervention brève autour de l'arrêt du tabac (Repérage Précoce et Intervention Brève ou RPIB). L'entretien motivationnel est conseillé comme posture adéquate pour l'accompagnement (25).

L'entretien motivationnel est une approche de la relation d'aide conceptualisée par William R. Miller et Stephen Rollnick à partir des années 1980 (26). L'entretien motivationnel est basé sur l'écoute active et une attitude empathique. L'objectif est de renforcer la motivation du patient et son engagement vers le changement. Cette approche propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle tient compte des

perceptions du risque par le patient. Elle assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants. L'entretien motivationnel consiste en une façon de diriger l'entretien qui augmente l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer (27).

Un certain nombre de fumeurs arrêtent seuls. Il est important de noter que d'après l'HAS, 97 % des patients fumeurs qui arrêtent seuls échouent, avec une abstinence à 6 mois estimée à 3-5 % (10). Or l'accompagnement par un professionnel de santé, associé ou non à une prescription médicamenteuse, permet d'accroître de 50% l'abstinence à 6 mois (10)

Une thèse réalisée en 2012, a interrogé les patients fumeurs sur leurs connaissances, représentations et besoins vis-à-vis des aides à l'arrêt. Sur cent patients, 76,5 % sont prêt à faire confiance à leur médecin pour un accompagnement et 68,2 % pensent que l'arrêt comporte au minimum une prescription médicamenteuse et un suivi psychologique (28)

Cependant, d'après l'étude VIJGIL, 89,1 % des praticiens n'accompagnent pas leurs patients dans l'arrêt du tabac devant l'absence de demande d'aide exprimée par ceux-ci. Donc, malgré les recommandations, le principal obstacle pour les jeunes médecins généralistes de l'étude, est l'absence de demande du patient. Le « aller vers » proposé dans les recommandations HAS, avec la promotion du RPIB, ne semble donc pas très suivi dans la vraie vie, les professionnels restant dans une position passive d'attente de demande (29).

Une nouvelle approche d'accompagnement psychologique et social ou counseling est proposée aujourd'hui : la démarche dite des « 5A ». Cette approche, voisine du RPIB, est une méthode consistant à repérer le tabagisme, à encourager l'arrêt et à maintenir l'abstinence, de façon adaptée au degré de motivation de la personne (10). Elle comporte cinq étapes, basées sur le modèle de changement de comportement de Prochaska et DiClemente (30) :

- 1) Demander si la personne fume (*Ask*)
- 2) Conseiller d'arrêter de fumer (*Advice*)
- 3) Évaluer sa motivation et sa consommation de tabac (*Assess*)
- 4) Mettre en place des interventions pour l'aider dans son arrêt du tabac (*Assist*)
- 5) Assurer son suivi tout au long de l'intervention (*Arrange*)

Présentée comme un entretien motivationnel ou une intervention brève, il s'agit d'une méthode simple et réalisable par tous les professionnels de santé. Son efficacité a notamment été démontrée aux États-Unis (2008) (31), en Nouvelle-Zélande (2007) (32), en Australie (2007) (33) et au Canada (2007) (34).

Aujourd'hui, de nombreux acteurs des soins primaires plaident en faveur d'une méthode simplifiée, dites des 3A pour *Ask* (demander si la personne fume), *Advice* (conseiller d'arrêter

de fumer) et *Action* (Agir pour l'arrêt). La dernière étape résume les 3 derniers A des 5A afin d'insister sur la nécessité de prescrire des aides à l'arrêt et d'accompagner le patient dans celui-ci. Ainsi, tout professionnel de santé, en soins primaires, est incité à prescrire des traitements addictolytiques (35).

### 1-3-8- Les thérapies alternatives

Selon les recommandations de l'HAS, les thérapies dont l'activité physique, l'hypnose et l'acupuncture (10) n'ont d'effet établi dans l'arrêt du tabac. Il est recommandé de diriger le plan thérapeutique vers les traitements validés mais du fait de l'absence de risque majeur et de non-contre-indication avec les thérapeutiques validées, leur pratique n'est pas à décourager après avoir informé le patient.

Une position pragmatique est d'encourager le fumeur dans sa démarche d'arrêt, surtout si elle sollicite l'accompagnement d'un professionnel. Parmi ces méthodes l'acupuncture est sans doute la plus proche de sa validation, et nécessite des séances répétées, pratique améliorant la durée de l'abstinence (36).

### **1-4-Le projet « L.A.S.T »**

Le projet LAST, a été financé en décembre 2018 par l'ARS (Agence Régionale de la Santé) de Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de l'appel à projets du « fond tabac ». Il est porté par la CORREAD NA (ancien AGIR 33 Aquitaine) (3, 37), en partenariat avec le service prévention du CHU de Bordeaux.

Ce projet a pour objectif de favoriser l'accompagnement à l'arrêt du tabac en proximité territoriale, temporelle et humaine. Le constat est que les premières tentatives d'arrêt sont réalisées sans accompagnement et que les demandes d'aides à l'arrêt arrivent trop tardivement, lorsque les troubles liés à l'usage sont présents, le plus souvent.

Il a pour but de développer sur les parcours de santé habituels des fumeurs, des L.A.S.T (Lieux d'Accompagnement à l'Arrêt du Tabac). Il s'agit de lieux (cabinets, officines, dispensaires services de santé au travail ou de santé scolaire) disposant d'un professionnel de santé formé et souhaitant médiatiser leur disponibilité à aider les fumeurs.

Ce projet doit mobiliser les outils et moyens du marketing social, afin de médiatiser les L.A.S.T sur les territoires et de favoriser la demande d'aide à l'arrêt des fumeurs.

La méthode d'intervention proposée par le projet est la méthode des 5A, chaque professionnel la développant en fonction de sa disponibilité et de celle du patient, selon une décision partagée et dans une approche basée sur la posture motivationnelle. La prescription d'un traitement addictolytique est fortement encouragée, mais accompagnée de plusieurs autres aides, selon le choix du fumeur. La communauté de professionnels du territoire peut être mobilisée.

### **1-5-Question de recherche et objectifs**

Dans le projet LAST, qui associe marketing social, communication, formation, intervention et organisation sur les territoires, notre travail s'intègre dans la première étape de construction des outils de médiation à grande échelle (médiation grand public) et petite échelle (médiation soignant-fumeur). Nous appelons ainsi outils de médiation la charte graphique, le slogan, les affiches et des cartes facilitant la présentation des aides possibles aux patients.

Notre question de recherche est :

Quels sont les outils de médiation LAST souhaités par les fumeurs et les professionnels de santé ?

Objectif principal :

Recueillir les avis et propositions des fumeurs et des professionnels de santé sur les outils de médiation du projet LAST.

Objectif secondaire :

Construire les outils de médiation en fonction des avis de la cible.

## II- MATÉRIEL ET MÉTHODE

---

### 2-1-Choix de la méthode

L'objectif principal de la recherche est de recueillir les avis, conseils et impressions sur les prototypes des outils auprès des personnes cibles : les consommateurs de tabac envisageant d'arrêter et les professionnels de premier recours pouvant les accompagner dans leur démarche. La réponse à cet objectif avait pour but d'optimiser les outils de médiation envisagés dans le projet, en les mettant en cohérence avec les avis et besoins de la population cible.

Cette démarche était contrainte dans le temps, car les outils de médiation étaient prévus pour une étude pilote prochaine sur le bassin d'Arcachon.

Afin de répondre à l'objectif principal, et en conformité avec les méthodes habituelles en marketing social et dans le développement d'outils de médiation, il a été décidé de réaliser **une étude qualitative par groupes de discussion**.

Les groupes de discussion favorisent les échanges entre participants. Ils sont susceptibles de favoriser les aspects créatifs et de faire discuter des idées singulières mais pertinentes.

La rédaction de l'étude qualitative a été réalisée selon les critères COREQ (*COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*). (38)

### 2-2-Population cible

Les critères d'inclusion de l'échantillon :

- Fumeur de 18 à 55 ans (les fumeurs persistants relevant plutôt des soins secondaires) ou professionnel de santé en activité.
- Professionnel de santé (médecin généraliste, infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, sage-femme, chirurgien-dentiste), étudiant inclus
- Être en capacité physique et psychique de répondre
- Être volontaire et avoir signé le document de consentement éclairé
- Acceptant de participer aux groupes de discussion

Les critères de non-inclusion :

- Les personnes ne pouvant pas participer durant les dates et lieux des entretiens (par contraintes géographiques hors centre-ville de bordeaux ou de disponibilité)

- Les personnes présentant des troubles cognitifs et/ou de la compréhension entravant la participation à ‘entretien.
- Les personnes ne maîtrisant pas le français
- Les personnes travaillant dans l’industrie ou la distribution du tabac

Recrutement :

Les dates possibles pour les animateurs des groupes de discussion ont été fixées.

Les participants ont été recrutés sur invitation et par différents moyens :

- Courriels auprès de groupes de professionnels en ligne : internes de médecine générale en stage en Dordogne, médecins généralistes par le mailing liste de l’Ordre des médecins de la Gironde, médecins du médiclub 33.
- Remise de flyers d’information en officines, en cabinets
- Bouche à oreille auprès de l’entourage du doctorant.
- Mobilisation des partenaires de la COREADD pour le recrutement des patients

### **2-3-Préparation de l’étude**

Le guide d’entretien (Annexe 1) a été construit par une équipe comprenant le doctorant, les deux directeurs de thèse, la chargée du projet auprès de la COREADD NA et la chargée du projet auprès du SSMIP.

Les outils de médiation à tester ont été réalisés par la COREADD NA (format et contenu marketing inclus). La première phase d’évaluation des besoins de la cible des fumeurs a été réalisée dans le cadre d’une thèse (3), avec l’aide du Pr Karine GALLOPEL-MORVAN. Puis les outils ont été construits par la chargée de communication de la COREADD avec l’appui d’un prestataire externe.

Avant chaque séance, il y avait une phase de collecte des données personnelles et les participants étaient invités à signer un consentement pour l’enregistrement audio des échanges (Annexe 2).

Le guide d’entretien se divisait en plusieurs parties :

- La présentation du projet LAST
- La présentation et la collecte des idées, avis et impressions sur successivement :
  - Le slogan du projet

- L’affiche du projet
- Les cartes présentation les aides à l’arrêt du tabac

## **2-4-Réalisation des groupes de discussion – Recueil des données**

Nous devons réaliser les groupes de discussion en janvier 2020 pour permettre le démarrage de l’étude pilote fin février 2020. Nous avons pu ainsi réaliser 4 groupes, 3 de professionnels de santé et un de fumeurs.

Les réunions ont été réalisées dans des lieux spacieux et conviviaux autour d’une table.

Un animateur entraîné à ce type de groupes était chargé d’animer les débats. Il était aidé par un modérateur afin de s’assurer du bon déroulement en conformité avec le protocole décidé.

Le thésard était présent à toutes les séances qualité d’observateur et s’occupait de l’enregistrement audio.

Les sessions ont été enregistrées à l’aide d’un enregistreur numérique en priorité et de la fonction dictaphone pour smartphone en secours par le thésard. Deux autres dispositifs d’enregistrement étaient disposés autour de la table pour être sûr de bien entendre tous les participants, soit 4 enregistrements par groupe.

L’entretien débutait systématiquement par une courte présentation de l’étude, un rappel du déroulement de l’entretien, une demande d’autorisation des participants pour l’enregistrement audio et un remerciement des personnes interrogées pour sa contribution.

Les différents outils présentés étaient :

- La présentation et les avis sur les slogans publicitaires du projet, celui « grand public » : « *Arrêter c’est bien, accompagné(e) c’est mieux* » et pour les professionnels de santé : « *Avec vous, ils ont 10 fois plus de chances d’y arriver* » (Annexe 3).  
Son objectif est de délivrer le message au patient fumeur qu’une aide est préférable pour espérer obtenir un arrêt durable et efficace du tabac que par ses propres moyens. Pour le professionnel, il s’agit d’insister sur l’efficacité majeure de son intervention.
- Ensuite, une présentation de l’affiche des centres LAST (Annexe 4). Des affiches ont été distribuées avec un modèle féminin, une jeune femme, portant des lunettes et une autre d’âge moyen enceinte, au milieu de l’affiche le score 1 – 0, une cigarette écrasée

proche du zéro et plus bas le slogan : « *j'ai 10 fois plus de chances d'y arriver* » et le logo LAST et sa définition.

L'objet est, pour les patients, d'identifier ce lieu comme une ressource pour aider à arrêter le tabac.

- Enfin, la présentation d'un panel de cartes, regroupant 4 familles d'aides, chacune avec sa couleur (Annexe 5). Cet outil de médiation était présenté sous deux formats, type carte à jouer et une version reliée en éventail par famille et couleur. Les quatre familles présentes comprennent :

- 1- Les traitements médicamenteux.
- 2- Les professionnels de santé pouvant aider et prescrire les traitements.
- 3- Les auto-supports (activité physique, relaxation, support téléphonique ou en ligne).
- 4- Les thérapies alternatives non médicamenteuses, hypnose, acupuncture, ...

L'objectif est de montrer la multiplicité des aides possibles, pas toujours bien connues des patients. La proposition est de choisir une carte par famille car il est démontré que l'association de plusieurs aides est plus efficace.

Les questions étaient centrées sur les impressions et améliorations suggérées sur la qualité pédagogique et visuelle de l'outil en vue de son amélioration avant de pouvoir le tester à grande échelle.

Lors des échanges, des informations complémentaires pouvaient être prises en notes : communication non verbale (attitude générale du patient, émotions, gestuelle, etc.)

Les seules données personnelles recueillies étaient la profession pour les groupes de professionnels de santé.

A la fin de chaque entretien, nous leur avons demandé s'ils souhaitaient recevoir les résultats de leur entretien par courriel, afin de réaliser une triangulation écologique.

## **2-5-Analyse des données**

Chaque participant a reçu un numéro associé à sa place allant de 1 à 12 en fonction du nombre de participants et une lettre en fonction du groupe, qu'il devait mentionner lors de son temps de parole.

Le thésard a retranscrit manuellement et intégralement les verbatims des échanges de chaque groupe, à partir des enregistrements vocaux réalisés.

La communication non verbale comme les rires, gestuelles, soupirs, pauses a été répertoriée par le thésard pour les verbatims.

Le thésard a procédé à un codage manuel des données, codage complété de façon indépendante par un deuxième intervenant étudiant en médecine extérieur au projet. L'analyse des données a été réalisée selon une analyse thématique pour le repérage, le regroupement et l'examen discursif des thèmes des entretiens.

## **2-6-Aspects éthiques et réglementaires**

Selon l'article 2 du décret 2017 – 884 du 9 Mai 2017, cette étude qui visait à évaluer les différentes perceptions, sentiments, avis des fumeurs et professionnels de santé sur des outils marketings à visée sanitaire sur le tabac. Aucune donnée de santé n'était recueillie. L'anonymat a été entièrement respecté. La COREADD dispose des autorisations nécessaires pour recueillir et conserver ce type de données.

Notre étude est hors du champs de la loi Jardé, il n'y avait donc pas de nécessité de soumettre le projet à un comité d'éthique et un Comité de Protection des Personnes. La déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n'était pas nécessaire non plus.

### III- RESULTATS

---

#### 3-1- Caractéristiques des groupes de discussion

Le groupe A comprenait 3 masseurs-kinésithérapeutes étudiants, 1 IDE libérale et 4 médecins généraliste. La séance était supervisée par Mme Audrey GONNEAU et le Dr Laurence DAHLEM en modératrices et le thésard Geoffroy LACAZE en observateur. La réunion a eu lieu au siège de la CORREAD à Bordeaux le 7 janvier 2020. La session a duré 1h33.

Tableau I- Composition du groupe de discussion A de professionnels de santé (N=8)

|    | Profession          | Sexe    | Âge      | Usage tabac | Formation tabac |
|----|---------------------|---------|----------|-------------|-----------------|
| A1 | Médecin généraliste | Féminin | 30-40ans | Non         | Oui             |
| A2 | Etudiant MK         | Homme   | 20-30ans | Abstinent   | Non             |
| A3 | Etudiant MK         | Homme   | 20-30ans | Non         | Non             |
| A4 | Etudiant MK         | Homme   | 20-30ans | Non         | Non             |
| A5 | Médecin généraliste | Homme   | 60-70ans | Abstinent   | Ne sait plus    |
| A6 | Médecin généraliste | Homme   | 50-60ans | Non         | Oui             |
| A7 | Médecin généraliste | Femme   | 30-40ans | Non         | Oui             |
| A8 | Infirmière libérale | Femme   | 40-50ans | Non         | Non             |

Les groupes B et C ont été réalisés durant la pause méridienne d'une journée de formation pour 25 internes de médecine générale de la Dordogne. L'équipe de la COREADD s'est déplacée à Bergerac et a apporté les plateaux repas. L'autorisation préalable avait été accordée par le Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux. Les internes ont pu mentionner leur participation dans leur mémoire de fin d'étude (attestation). Le responsable de l'enseignement sur le département était présent.

Le groupe B comprenait 12 internes de médecine générale avec le Pr Philippe CASTERA et le Dr Floriane DAPHNIET en modérateurs et Geoffroy LACAZE en observateur. La réunion a eu lieu dans les locaux de la fondation John Bost à Bergerac le 9 janvier 2020. La session a duré 50 minutes.

Tableau II- Composition du groupe de discussion B de professionnels de santé (N=12)

|     | Profession | Sexe  | Âge      | Usage tabac | Formation tabac |
|-----|------------|-------|----------|-------------|-----------------|
| B1  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Abstinent   | Non             |
| B2  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Non             |
| B3  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Abstinent   | Non             |
| B4  | Interne MG | Homme | 20-30ans | Non         | Non             |
| B5  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Non             |
| B6  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Oui         | Non             |
| B7  | Interne MG | Homme | 20-30ans | Non         | Non             |
| B8  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Non             |
| B9  | Interne MG | Homme | 20-30ans | Non         | Non             |
| B10 | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Non             |
| B11 | Interne MG | Femme | 20-30ans | Abstinent   | Non             |
| B12 | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Non             |

Le groupe C comprenait 13 internes de médecine générale avec Mme Audrey GONNEAU et le Dr Arnaud CUGERONE en modérateurs et Mme Céline BIOT en observatrice en salle de réunion adjacente de la fondation John Bost à Bergerac. Elle a duré 55 minutes.

Tableau III- Composition du groupe de discussion C de professionnels de santé (N=13)

|     | Profession | Sexe  | Âge      | Usage tabac | Formation tabac |
|-----|------------|-------|----------|-------------|-----------------|
| C1  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Oui             |
| C2  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Non             |
| C3  | Interne MG | Homme | 20-30ans | Non         | Non             |
| C4  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Oui             |
| C5  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Non             |
| C6  | Interne MG | Homme | 20-30ans | Non         | Non             |
| C7  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Non             |
| C8  | Interne MG | Homme | 20-30ans | Non         | Non             |
| C9  | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Non             |
| C10 | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Non             |
| C11 | Interne MG | Homme | 20-30ans | Oui         | Non             |
| C12 | Interne MG | Homme | 20-30ans | Abstinent   | Non             |
| C13 | Interne MG | Femme | 20-30ans | Non         | Oui             |

Le groupe D comprenait 9 fumeurs actifs avec Mme Audrey GONNEAU et Mme Céline BIOT en modératrices et Geoffroy LACAZE en observateur au *Whose Bar* sur Bordeaux le 15 janvier 2020. La session a duré 55 minutes.

Tableau IV- Composition du groupe de discussion D de consommateurs de tabac (N=9)

|    | Statut                 | Sexe  | Âge      | Usage tabac |
|----|------------------------|-------|----------|-------------|
| D1 | Etudiante              | Femme | 18-25ans | Oui         |
| D2 | Etudiant               | Homme | 18-25ans | Oui         |
| D3 | Animatrice sociale     | Femme | 20-30ans | Oui         |
| D4 | Chargée de clientèle   | Femme | 30-40ans | Oui         |
| D5 | Directeur              | Homme | 20-30ans | Oui         |
| D6 | Animatrice sociale     | Femme | 20-30ans | Oui         |
| D7 | Sans emploi            | Femme | 30-40ans | Oui         |
| D8 | Educatrice spécialisée | Femme | 30-40ans | Oui         |
| D9 | Sans emploi            | Femme | 30-40ans | Oui         |

La saturation théorique des données a été obtenue à l'issue du 3<sup>ème</sup> groupe de professionnels de santé mais n'a pas pu être obtenu pour le groupe des fumeurs étant limité à un groupe seulement.

### **3-2-Analyse des verbatims**

#### **3-2-1-Analyse du slogan grand public**

*« Arrêter c'est bien, accompagné.e c'est mieux »*

#### **Du point de vue des professionnels de santé :**

L'accent est mis sur l'excès de l'écriture inclusive du slogan « **arrêter c'est bien, accompagné.e c'est mieux** » qui masque l'objectif principal qui est d'encourager l'arrêt du tabac auprès d'un professionnel qualifié.

*(A2) : « l'accompagner, c'est le mot super important...faut tout de suite qu'on comprenne avec qui avec quoi »*

Par ailleurs, il est retenu un jugement de valeur interprété comme péjoratif sur la valorisation de l'accompagnement au mépris de l'arrêt.

*(A5) : « c'est bien accompagné, c'est comme si c'est mieux qu'arrêter tout court »*

*(C3) : « c'est côté un peu si on n'est pas accompagné, ça y est, ça ne va pas marcher »*

L'arrêt du tabac est rétrogradé au second plan et cela dévalorise les efforts passés du fumeur qui a tenté d'arrêter. Ce qui peut faire passer le message inverse auprès d'une population de fumeurs qui pourront se sentir découragés.

*(B11) : « ça dit, ce n'est pas la peine que tu essayes, tu ne vas pas y arriver »*

Cela peut être interprété comme un sentiment de toute-puissance du professionnel de santé qui est hissé en tant que seul sauveur pour échapper à l'addiction.

*(A1) : « c'est flatteur pour le professionnel »*

Les premières propositions incitent à modifier la forme par exemple : *« arrêter de fumer c'est bien, être accompagné par mon médecin c'est plus facile »*. Les idées échangées cherchent une solution pour à la fois valoriser le fait d'être accompagné, sans minorer le fait d'arrêter seul.

*(A2) : « être accompagné c'est plus facile d'arrêter »*

Le professionnel de santé doit encourager le patient fumeur,

*(C4) : « une réassurance du médecin pour dire vous êtes capables »,*

et permettre un partage des connaissances entre le soignant et le patient,

*(C4) : « ce sera plus pérenne s'ils sont accompagnés »*

*(C6) : « ça montre de base quand même que c'est quelque chose qu'on peut réussir à faire du coup en faisant appel au professionnel de santé »*

*(A4) : « l'alliance thérapeutique et la confiance »*

*(A7) : « c'est très rassurant de se dire qu'on ne va pas le faire tout seul »*

La coopération entre professionnel de santé et fumeur se révèle importante.

Le fumeur est régulièrement culpabilisé par la politique anti-tabac actuelle.

*(A8) : « ils savent très bien avec tout ce qui est martelé que fumer c'est pas bien »*

Sont mis en avant la peur de finir avec des maladies, la perte financière associée et les craintes d'effets indésirables à l'arrêt (prise de poids).

Un participant souligne que le fumeur doit être demandeur de l'arrêt du tabac et que le slogan pourrait lui donner l'idée.

*(B12) : « ça peut, je pense, être que bénéfique pour que lui ait envie de rentrer dans la démarche ».*

Le slogan est là pour l'en informer, et se doit d'être « accrocheur ».

*(A8) : « il faut rester à mon avis accrocheur »,*

Mais aussi suffisamment concis pour être compris et susciter les questions pour qu'il engage la conversation. En l'affichant dans son cabinet, le professionnel véhicule l'idée qu'il est ouvert à discuter d'arrêt du tabac.

A noter, quelques propositions :

- Modifier le terme accompagné par être accompagné, pour la métaphore humaine de l'« être » (A1) : « *l'être et la personne, humaine derrière* ».
- Ce qui évitera l'ambivalence de « accompagné(e) » qui dérange visuellement, (A5) : « *ça me choque un peu le accompagné(e)* ».
- Changer « *Accompagné(e) c'est mieux* » par « *plus facile* » pour plus de compréhension (C4) : « *peut-être dire c'est plus facile ou enfin enlever le jugement de valeur du mieux quoi* ».

**Points importants pour les professionnels à propos du slogan « grand public » :**

1. Le slogan doit valoriser l'arrêt en tant que but à attendre plutôt que l'accompagnement par un professionnel qui n'est que le moyen.
2. Il encourage la coopération entre professionnel et fumeur dans le sevrage.
3. Il invite le fumeur à envisager une aide au sevrage tabagique.
4. Il est accrocheur
5. L'écriture inclusive est dérangeante subjectivement à la lecture et pour l'aspect visuel du slogan
6. « Mieux » pourrait être remplacé par « plus facile » selon un avis minoritaire

**Du point de vue des fumeurs :**

Les fumeurs formulent globalement la même critique sur l'écriture inclusive qui accroche l'attention au détriment du message principal qui est l'arrêt du tabac. L'arrêt est dévalorisé et mis au second plan.

(D7) : « *on a l'impression que c'est pas bien d'arrêter* »

(D6) : « *accompagner c'est mieux, c'est un peu dévalorisant* »

Le déséquilibre entre l'accompagnant et le fumeur avec la notion de supériorité du professionnel face au fumeur est mal perçue par une participante de ce groupe.

Il sera fait la remarque assez péjorative que le médecin a le devoir de s'intéresser spontanément à la situation tabagique du patient.

(D6) : « *c'est au médecin de faire leur travail peut-être ...Qu'il me questionne là-dessus c'est son taf* »

(D5) : « *c'est le médecin aussi qui a pour rôle de questionner ma santé...j'avoue mon généraliste jamais il me questionne là-dessus.* »

Les fumeurs attendent ainsi une démarche pro-active de la part de leurs professionnels de santé. Il est reproché aussi un « manque » au médecin, de ne pas prendre le temps par ailleurs de s'intéresser à la consommation de son patient, même si le patient n'aborde pas le sujet.

*(D6) : « Le but aussi est d'agir au niveau des professionnels aussi et leur dire d'agir, allez vous mouiller vous aussi ».*

Le groupe fumeur exprime également la notion de culpabilisation du fumeur par la politique anti-tabac, et en conséquence, aura des réticences à se diriger vers son médecin pour lui demander de l'aide par crainte de passer d'abord par un jugement ou une critique.

*(D4) : « Essayer je trouve plus valorisant mais moins culpabilisant pour le fumeur ».*

Les fumeurs sont très en faveur de l'accompagnement qui est vécu comme rassurant.

Ils demandent à être invités à parler de leur consommation.

*(D6) : « mon professionnel tu peux m'aider...il doit être dans la démarche proactive ».*

Ils doivent être informés de manière claire et sur un pied d'égalité avec leur médecin.

*(D4) : « quand on doit arrêter de fumer la question de l'égalité est importante aussi ».*

Ils recherchent quelqu'un de « compétent » qui les aidera à arrêter de fumer mais en s'adaptant à leur rythme et de manière personnalisée.

*(D9) : « il faut traduire cette notion de main tendue du professionnel vers le fumeur acteur ».*

Ce que des membres de leur groupe ont retenu comme qualité chez leur tabacologue plus que leur médecin généraliste.

*(D5) : « le médecin traitant n'est pas compétent pour me faire arrêter...la seule personne que j'ai trouvé c'est Shona, tabacologue ou addictologue je sais pas ».*

Leur revendication est de ne pas être jugé en premier lieu.

*(D5) : « pas envie d'avoir un jugement, un sermon dessus »*

*(D4) : « c'est mal que c'est pas bon pour la santé je sais mais c'est comme si quand je vais chez le médecin, il va m'engueuler clairement ».*

#### **Points importants pour les fumeurs à propos du slogan « grand public » :**

1. L'écriture inclusive est dérangeante subjectivement à la lecture et pour l'aspect visuel du slogan
2. Le message du slogan peut à tort être perçu comme dévalorisant une tentative d'arrêt sans accompagnement
3. Il doit aussi plus inciter le professionnel de santé à avoir une démarche proactive
4. Une vraie crainte du fumeur d'être jugé, un frein fréquent à la consultation
5. Il favorise l'acceptation à une demande d'accompagnement au sevrage du fumeur
6. Importance d'une prise en charge personnalisée pour les fumeurs

### 3-2-2-Analyse du slogan destiné aux professionnels

*« Accompagné.e j'ai 10 fois plus de chances d'y arriver »*

#### Du point de vue des professionnels de santé :

Un avis était de modifier « y arriver » par « 10 fois plus de chances d'arrêter de fumer ».

*(A6) : « d'arrêter plutôt que d'y arriver ».*

En répétant le terme « arrêter », on cherche à faire intégrer l'idée d'arrêter de fumer au lecteur de l'affiche.

*(A1) : « plus tu dis des choses, plus tu le répètes aussi, plus tu enfonces le clou, plus il est solide ».*

Pour les groupes B et C, le facteur 10 fois plus de chance est un facteur motivant pour le professionnel lui-même à être plus dans la démarche car cela apporte des résultats significatifs et utiles en plus de délivrer des informations au professionnel sur les nouveautés dans le sevrage tabagique.

*(C5) : « je trouve ça motivant pour le professionnel de santé parce que ça donne une donnée scientifique...une plus-value à accompagner quelqu'un ».*

Par la même occasion, il a été compris qu'il existe d'autres intervenants possibles que le médecin généraliste.

*(B10) : « tu peux y arriver avec plein de monde différent et il n'y a pas qu'avec ton médecin ».*

L'infirmière émet des réserves sur son utilité dans la prise en charge du sevrage tabagique car elle ne prescrit pas de médicaments. Elle ne peut pas en libéral accorder suffisamment de temps à l'arrêt du tabac car elle n'a pas de cotation spécifique.

*(A8) : « moi, infirmière libérale, je n'ai pas de cotation, enfin, j'ai une cotation à 15 euros brut de l'heure ...on sait très bien que c'est hyperchronophage...l'évaluation, de mettre en place les outils...je vais avoir beaucoup de mal à motiver les collègues à s'investir sur leur temps, hors tournée à domicile pour faire de l'ETP ».*

Cependant, les kinésithérapeutes voient un intérêt majeur dans leur prise en charge et se projettent bien à l'intégrer dans leur pratique, notamment depuis qu'ils ont des formations spécifiques dans le sevrage tabagique en vue des patients BPCO.

*(A2) : « on a quand même eu des formations en cardiologie, en maladie respiratoire...en tout cas, je peux lui en parler, vu qu'on passe pas mal de temps avec le patient ».*

Une idée est ressortie dans l'ensemble des groupes : informatiser les outils pour que le fumeur puisse repartir avec un exemplaire.

(A2) : « *il faut faire un pdf qu'on puisse imprimer* »,

(B4) : « *en dématérialisé pourquoi pas faire ça, pas sur internet, sur logiciel quelque chose* ».

**Points importants pour les professionnels à propos du slogan « professionnels » :**

1. Le slogan doit être réécrit pour inclure « arrêter » qui est l'objectif principal
2. Il dévoile l'impact significatif (« 10 fois plus de chances ») de l'intervention du professionnel dans l'aide au sevrage
3. Il montre la diversité des professionnels compétents aptes à l'aide au sevrage (non limité aux médecins)
4. Il existe la représentation d'une prise en charge très chronophage, alors qu'il existe des modalités adaptées pour un temps limité. L'absence de rémunération adaptée va être un obstacle pour les IDE libérales.
5. Un kinésithérapeute a le bagage professionnel nécessaire pour la gestion d'un sevrage tabagique.
6. Les professionnels demandent la possibilité d'avoir les documents sous format numérique et imprimable

**Du point de vue des fumeurs :**

L'idée de culpabilisation du fumeur ressort à nouveau. Ainsi qu'un sentiment de jugement de la société. Le chiffre impressionne peu.

(D1) : « *les chiffres ne me parlent pas, ça ne me touche pas* »

(D5) : « *ça m'éloigne plus du message* »

(D8) : « *c'est plutôt les pourcentages qui me font cet effet c'est quand on dit j'ai 25% de chance d'arrêter* ».

Concernant les points de vue minoritaires : il est proposé de mettre « chance » au pluriel (10 fois plus de chances) pour symboliser la sensation de puissance statistique. Mais le message n'est pas bien compris.

(D1) : « *je dirais mon professionnel de santé a 10 fois plus de chances de vous aider à arrêter de fumer* ».

(D4) : « je trouve ça motivant 10 fois plus de chances, je vais peut-être en parler à un professionnel, ça fait tilt dans ma tête ».

**Points importants pour les fumeurs à propos du slogan « professionnels » :**

1. Ressenti de culpabilisation du fumeur dans sa consommation et son défaut de réussite.
2. L'impact statistique est peu impressionnant pour certains fumeurs et au contraire motivant pour d'autres. Pour certains des pourcentages de réussite seraient plus parlants.

**Cette discussion sur les slogans fait ressortir la pertinence de slogans différents pour les fumeurs et les professionnels de santé avec des perceptions parfois opposées.**

3-2-3-Analyse des affiches et de la charte graphique du projet

**Du point de vue des professionnels de santé :**

Les points positifs qui ressortent c'est le caractère lumineux et positif qui se dégage de l'affiche, la couleur jaune et le dégradé blanc du fond, les jeunes femmes souriantes.

(C3) : « le message là pour le coup il est clair avec le contraste de couleur tout ça, ça attire bien l'œil »

(B12) : « elles ont l'air très contentes les deux dames, ça c'est bien mais c'est vrai, les couleurs sont douces ».

A noter, le côté de suite choquant de la femme enceinte qui est validé face à la gravité clinique du cas.

(A7) : « ça cible les femmes enceinte, là sur cette affiche et c'est un problème majeur, je crois car il y a un tabac chez les femmes enceinte...un petit poids de naissance qui est hyper grave ».

Le principe d'un match ou affrontement est évident et apprécié mais le rapport de l'affiche avec le tabac ne saute pas aux yeux.

(B4) : « je n'ai pas tout de suite vu que c'était un score un à zéro »

Malgré une petite cigarette récemment écrasée fumante discrète.

(B4) : « je ne vais pas me dire celle-là parle de l'arrêt du tabac »

Le logo LAST et le terme américanisé est accrocheur et symbolique (dernière cigarette).

(B11) : « j'aime bien, vous êtes dans un LAST, ça fait LAST Co, we want you for america »

(B5) : « ça parle aux jeunes »

Mais pas assez flagrant et demande à être agrandi car est le principal objectif de l'affiche, montrer que le lieu actuel est habilité à aider au sevrage du tabac.

*(B3) « ici, vous êtes dans un LAST, ça peut être plus mis en évidence »*

Les chiffres du score sur l'affiche perturbent dans l'ensemble des groupes qui cherchent de suite un rapport entre un et zéro et le nombre 10 en référence au slogan plus tôt (10 fois plus de chance d'y arriver).

*(A2) : « je regarde l'affiche et je me dis 1-0 et ça me rappelle le 10 qui est là, il y a quelque chose de troublant et le message est un peu troublé »*

Certains proposent de changer le score du zéro à K.O notamment ou modifier la couleur du zéro côté cigarette pour créer un contraste.

*(A1) : « plutôt que zéro pourquoi pas mettre KO »*

*(A5) : « c'est la couleur du zéro qui pose problème qui est trop soft »*

*(A6) : « la cigarette doit être grise ou noire »*

Il est fait la remarque intéressante que la cigarette sur l'affiche puisse donner une pulsion à fumer à nouveau : sur le fait d'en voir une écrasée et d'en ressortir une et le côté suggestif non voulue de la fumée résiduelle du mégot.

*(A2) : « l'odeur de la cigarette encore allumée c'est quelque chose qui en donne encore envie, la cigarette froide, écrasée, ça ne donne pas envie ».*

D'un point de vue minoritaire, la couleur jaune du fond ne convient pas et serait à modifier par une autre couleur vive sans indication.

*(A5) : « il y a des problèmes de coloration qui ne va pas »*

*(C6) : « on pourrait prendre l'espèce de jaune qu'il y a derrière et le faire varier dans un temps qui un peu plus proche du ton...du marron de la cigarette »*

Et une partie du groupe tend à banaliser l'affiche une fois vue.

*(B11) : « cette affiche va se perdre dans des dizaines et des dizaines d'autres ».*

### **Points importants pour les professionnels sur la charte graphique des affiches :**

1. Les affiches dégagent un caractère positif lumineux et coloré qui se distingue des préventions anti-tabac habituellement sombres.
2. L’affiche avec la femme enceinte retient l’attention par son côté choquant.
3. Le concept de match est apprécié en référence à la « lutte » anti-tabac.
4. Le rapport avec le tabac n’est pas évident visuellement.
5. Le logo LAST est accrocheur par le message symbolique de la « dernière » cigarette.
6. Le logo LAST devrait être agrandi car pas assez voyant.
7. Les chiffres du score 1-0 perturbent et font chercher un rapport au chiffre 10 du slogan et devraient être modifiés.
8. Le mégot écrasé dessiné peut avoir un effet incitatif à la reprise du tabac.
9. Les couleurs des chiffres et du fond perturbent une minorité du groupe qui ne trouve pas le tout harmonieux.
10. L’affiche n’a pas l’impact évident qui retient l’attention et pourrait être ignorée dans l’espace affiché.

### **Du point de vue des fumeurs :**

Ils en retirent la même surprise, d’un décor gai et coloré pour parler du tabac qui a l’habitude d’être rythmé par des images morbides, couleurs sombres, etc...

*(D1) : « je trouve ça positif c’est motivant »*

Et également une sensation de mal-être avec le cas de la femme enceinte.

*(D8) : « la femme enceinte je trouve ça particulièrement pertinent parce que choquant...je trouve ça pertinent mais du côté positif »*

L’expression exagérément joyeuse des modèles ne leur semble pas crédible et n’arrive pas à se superposer aux personnages représentés.

*(D2) : « Sarah elle un peu trop surfaite »*

*(D6) : « je suis désolé mais son air il fait trop expressif, ça fait un effet mannequin ».*

Des avis étaient en faveur de mettre des personnages plus neutres.

*(D6) : « elle pourrait avoir l’air plus neutre plus normal, plus authentique »*

Soit autre chose comme des animaux.

*(D8) : « des animaux mignons c’est plus retenu »*

*(D6) : « à chaque fois des humains sur les visuels c’est problématique parce qu’on pourra jamais représenter tout le monde ».*

Cependant, à l’unanimité, le logo LAST est le plus approprié pour capté l’attention.

*(D4) : « le logo est plus parlant que l’affiche »*

*(D8) : « parce qu'un logo visuellement c'est plus rapide à regarder »*

Il serait mieux, bien agrandi.

*(D8) : « plus gros pour que ce soit esthétique mais peut-être rajouter n'hésitez pas à lui en parler »*

Et permet bien de repérer les lieux adaptés pour discuter tabac.

*(D6) : « si j'arrive à reconnaître ce logo quand j'arrive...je sais qu'on peut parler clopes ».*

La moitié du groupe espère en voir des produits dérivés pour avoir un mémo.

*(D2) : « les autocollants m'intéressent plus que des affiches quoi »*

Le côté confrontation contre le tabac avec le score est bien admis.

*(D2) : « j'aime bien le genre côté un peu match, genre, j'ai réussi la compèt »*

Mais toujours la remarque du score 1 – 0 qui fait trop contraste avec le chiffre 10 du slogan.

*(D8) : « je lis dix »,*

*(D6) : « je lis pas un à zéro ».*

Mais au final, une partie du groupe fumeur trouve aussi que l'affiche leur semble également secondaire et vouée à être ignorée en salle d'attente.

*(D2) : « les affiches, on les regarde plus trop ».*

#### **Points importants pour les fumeurs sur la charte graphique des affiches :**

1. Le côté coloré et joyeux surprend par rapport aux prévention anti-tabac habituellement sombres ou morbides.
2. Impact négatif recherché de l'affiche avec la femme enceinte.
3. L'expression des modèles des affiches paraît factice, exagérément joviale pour une pub anti-tabac. Il nécessiterait des personnages plus neutres.
4. Le logo LAST est accrocheur par son message et visuellement.
5. Le logo LAST devrait être plus agrandi car pas assez voyant.
6. Le concept du match est repéré et apprécié pour le message de lutte-anti-tabac.
7. Les chiffres du score 1-0 perturbent et font chercher un rapport au chiffre 10 du slogan et devraient être modifié.
8. L'affiche n'a pas l'impact évident qui retient l'attention et pourrait être ignorée dans l'espace affiché.

### 3-2-4-Analyse du jeu de cartes

#### **Du point de vue des professionnels de santé :**

Le support par éventail est bien perçu pour son côté original, pratique et organisé.

*(C11) : « Je trouve ça pas mal ce style d'éventail »*

*(B2) : « ça sort de l'ordinaire, tu vas facilement aller dessus ».*

Les côtés positifs ressortent sur le côté amusant et facile à manipuler, les couleurs vives et un côté nostalgique du jeu des sept familles.

*(C11) : « je trouve ça pas mal le panel, ça a un aspect ludique »*

Un gain de temps est majoritairement envisagé permettant d'intégrer plus facilement le discours habituel sur les aides à l'arrêt avec maintenant un support visuel et un carnet souvenir pour y réfléchir après consultation.

*(B10) : « ça attire l'œil, après tu le sors pendant la consult, tu peux tout montrer, bien expliquer et voir lui faire tirer les cartes »*

*(C11) : « le fait qu'il y ait pleins d'iconographies et puis derrière il y a l'explication, ça permettra aux patients de venir même si tu trouveras ça idiot au moins, il aura l'idée dans la tête »*

*(A1) : « faut cibler pour faire passer un message et peut-être renouveler après les messages aussi, c'est toujours intéressant ».*

Des réserves sont émises pour la cigarette électronique qui n'est pas un outil officiellement validé par manque de recul sur les effets d'une consommation au long terme.

*(B2) : « c'est nouveau, c'est vrai que ça permet un sevrage régulier...c'est un dispositif ultra-jeune »*

*B4) : « on se rend compte qu'on a promulgué quelque chose alors qu'en fait on a fait la promotion d'un produit qui s'avère dangereux ».*

Ainsi que de la part de quelques médecins notamment, le fait que les traitements de seconde ligne soient mentionnés car pas utilisés couramment.

*(A5) : « Au final, le champix, on ne le prescrit quand même plus trop ».*

Le sport est bien souligné dans le groupe de professionnels de santé mais il faudrait le mentionner de manière plus large que le jogging, (que ce soit la marche au minimum ou la natation)

*(A1) : « il n'y a pas la natation »*

Le côté financier est important à mentionner car peut être une motivation pour le fumeur

*(A2) : « c'est un énorme levier, s'il voit 863-890 euros en 2 mois d'économisé, les gens arrêteraient ».*

Le jeu de carte est malheureusement trop désordonné, à risque de perte et présente des failles niveau hygiène.

*(A3) : « on peut pas nettoyer ça ou peut-être des cartes plastifiées »*

*(B2) : « les cartes ça se perd ».*

Le texte explicatif des cartes au verso est trouvé contraignant à lire du fait de sa longueur notamment et il est suggéré de mettre les informations importantes en gras.

*(C10) : « c'est beaucoup de petite écriture »*

*(A8) : « le format ne me plaît pas ».*

Dans l'analyse du produit, il apparaît que les kinésithérapeutes constatent une utilité pendant leur pratique, certains se voient le proposer pendant des aérosols par exemple à leur patient et admettent que durant leurs classes, ils ont eu accès à des informations sur le tabac, leur donnant la possibilité de le prescrire, d'autant qu'il y a des cotations possibles chez les patients BPCO qui peuvent valoriser l'acte.

*(A4) : « il y a un acte qui a été voté maintenant c'est AIK27 ?...C'est un bilan mensuel avec les BPCO, ça concerne vachement beaucoup tout ça...c'est un outil dont on peut se servir surtout ».*

Mais au contraire, l'infirmière reprend son opposition car en libéral, dépourvus de qualité de prescripteur et de cotations appropriées, elles se limiteront à de la réorientation vers les professionnels et juge la gestion de l'outil chronophage et encombrant sur le rangement et la manipulation du jeu de carte. Il faut toutefois que le groupe de discussion a été l'occasion d'apprendre à l'IDE qu'elle avait la possibilité de prescrire les TNS et que son patient serait remboursé.

*(A8) : « on a pas une clé, c'est le nerf de la guerre...mais on ne peut pas travailler bénévolement non plus...on va avoir beaucoup de mal de dégager du temps, ça sera forcément sur notre temps personnel...on peut l'orientation, de la réorientation du conseil mais on sera pas dans l'ETP ».*

Mais globalement, il est admis que ça peut être un atout pour motiver à mettre en place un sevrage.

*(A1) : « ils ont plus de chances quand ils font eux-mêmes leur projet ».*

### **Points importants pour les professionnels à propos du jeu de cartes :**

1. Le format en éventail est apprécié et accrocheur par son côté coloré, ludique et pratique à manipuler qui rappelle des jeux de cartes.
2. Le fait de regrouper les solutions de sevrage tabagique sur un même support peut apporter un gain de temps, une aide visuelle et mémorielle lors d'un entretien de sevrage tabagique.
3. Certaines aides au sevrage tabagique affichées ne sont pas forcément recommandées en première intention (cigarette électronique ou traitements médicamenteux de seconde intention).
4. La carte du sport devrait être plus étendue et non limitée à la course à pied (natation ou marche simple).
5. Le texte explicatif des aides au sevrage est trop petit et dense à lire. Il nécessiterait de mettre les informations importantes en gras.
6. L'aspect économique du sevrage devrait avoir sa place car apporterait une motivation supplémentaire.
7. Le jeu de carte (non attaché) est trop contraignant et désordonné, et risque de se perdre.
8. Le côté hygiénique est à prendre en compte s'il est manipulé par plusieurs personnes.
9. L'infirmier n'est pas favorable à manipuler le jeu de carte dans sa pratique car trop chronophage et encombrant.
10. Le kinésithérapeute voit bien l'intégration de cet outil lors de sa prise en charge pour des patients BPCO qu'il gère par exemple.

### **Du point de vue des fumeurs :**

En parallèle des autres groupes il ressort de positif le côté ludique de l'outil sous forme de jeu de carte.

*(D7) : « le format dépliant qui bouge, c'est agréable je pense ».*

Avec son aspect coloré, quelques-uns ont reconnu nostalgiquement la référence aux jeux de carte également.

*(D3) : « c'est un jeu, j'aime bien »*

*(D7) : « les incollables ».*

Le côté pratique et manipulable facilement est communément accepté.

*(D4) : « j'aime bien l'idée de l'éventail »*

*(D5) : « ça facilite le geste quand tu visualises les choses...c'est la forme que je trouve logique ».*

Un avis mitigé sur le possible gain de temps que ça peut amener s'il est en libre-service.

*(D1) : « j'ai déjà commencé à réfléchir 5 minutes avant d'arriver, les infos sont fraîches »*

Mais chez les fumeurs, plus de critiques sont ressortis.

Le concept d'avoir accès à la liste des aides à l'arrêt et organiser son programme d'arrêt offre de bonnes perspectives.

*(D8) : « c'est marrant de se dire quel schéma je vais prendre, tu peux faire ça, ça... ».*

Les logos sur le recto des cartes devraient être bien visibles et reconnaissables selon leur dessin, par exemple, le logo de la carte des médicaments a été confondu avec un pansement et prête à confusion.

*(D4) : « si je n'ai jamais vu de patch de ma vie, je ne dis pas que c'est un patch »*

Le sport est mal apprécié minoritairement et semble rébarbatif avec les messages déjà véhiculés en santé publique.

*(D6) : « on peut nous laisser tranquille avec l'activité physique ».*

Le texte explicatif a été une critique très commune au groupe, jugé trop important et nécessiterait des images explicatives associées.

*(D4) : « il y a beaucoup de texte derrière »*

*(D5) : « je l'ai retrouvé je l'ai vu ça, je lis pas ».*

Il est proposé de le laisser en salle d'attente voir de le transposer en affiche.

*(D8) : « tu le verrais bien en affiche »*

*(D6) : « ça c'est pas mal en affiche ».*

Il attirerait l'attention pendant l'attente et pourra lancer une conversation sur le sujet une fois en discussion.

*(D7) : « j'ai ça en face de moi, je trouve ça cool de se dire, je peux faire ça et ça et demander plus d'informations ».*

Une appréciation sur le rapport d'égalité qu'apporte l'outil entre fumeur et professionnel de santé.

*(D8) : « avoir le même outil ça met sur un pied d'égalité...l'impression qu'on parle à un égal, que justement on va pas se faire juger ».*

Finalement, il est admis que l'outil serait une aide motivante à entamer un sevrage tabagique.

*(D7) : « je trouve ça chouette...c'est vachement intuitif »*

Le groupe a mentionné l'intérêt de se procurer si ça se commercialise des goodies estampillés L.A.S.T.

*(D6) : « les goodies du mois sans tabac que Shona nous a montré, c'est hyper ludique ».*

**Points importants pour les fumeurs à propos du jeu de cartes :**

1. Le côté ludique et coloré rappelant des jeux de carte pour enfants est plaisant.
2. La manipulation de l'outil est pratique et facile.
3. Il serait plus intéressant s'il était accessible en libre-service du fumeur pour le découvrir et lancer la conversation avec le professionnel.
4. Les logos des catégories de cartes doivent être bien distinguables pour bien savoir quelle aide dont il est question.
5. Le sport est mal accepté puisqu'il est déjà bien communiqué en campagne anti-tabac et ne semble pas miraculeux.
6. Le texte explicatif des cartes est trop dense et démotive à leur lecture.
7. Avoir des produits dérivés avec le logo LAST serait demandé par le public fumeur.
8. Le jeu de carte (panel) pourrait motiver les fumeurs à entamer un sevrage.

## IV- DISCUSSION

---

### 4-1-Principaux résultats

Notre étude a permis de collecter les impressions et propositions de professionnels de santé de soins primaires et de fumeurs vis-à-vis des « outils de médiation » envisagés dans le projet LAST.

#### 4-1-1-Analyse des slogans

Pour les slogans, le message est accrocheur et compréhensible, sa première version encourage la communication entre le fumeur et le professionnel de santé pour entamer un sevrage. Il faudra apporter quelques modifications et potentiellement enlever l'écriture inclusive qui gêne le format du slogan. Au niveau du fond, le terme « mieux » est perçu comme détournant le message du slogan vers une valorisation de l'accompagnement en dépit de l'objectif qui est d'arrêter, et pourrait être substitué par « plus facile » d'arrêter.

L'analyse du slogan a suscité chez certains fumeurs un sentiment désagréable de culpabilisation et de peur d'être jugé par le professionnel de santé. Lors de l'entretien, il est perçu une sensation de honte et crainte de parler de sa consommation tabagique. Ils soutiennent savoir que c'est « mal » et s'attendent à une « réprimande » ou un discours moralisateur s'il en parlent à leur médecin.

**L'empathie, avec son absence de jugement, est une priorité bien connue dans la posture soignante. Elle est encore plus importante vis-à-vis du fumeur.**

Une participante dans le groupe fumeur, pense que le médecin se doit de s'intéresser spontanément à la consommation de tabac de son patient. Il est reproché au médecin généraliste le manque de temps et le côté « industriel » de l'enchaînement des consultations qui est vécu comme une négligence.

**Si le patient craint d'être jugé, il attend aussi que son professionnel aborde la question. Ceci fait partie de son travail.**

Il est dit aussi que parfois c'est le patient qui n'est pas disposé à arrêter au moment de la consultation et envisage d'y réfléchir et revenir.

**La notion de « temps du patient » est importante. L’opportunité ouverte par le professionnel ne sera pas forcément saisie dans l’immédiat, mais la réflexion se poursuivra.**

Le patient fumeur préférera se tourner en entretien vers un professionnel qu’il jugera qualifié et disponible dans son projet thérapeutique.

**Le projet LAST cherche à mettre en avant la compétence d’un maximum de professionnels gravitant autour du patient, afin qu’ils trouvent leur légitimité vis-à-vis du fumeur.**

Le slogan destiné aux professionnels évoque, chez certains fumeurs, un sentiment de dévalorisation de l’arrêt seul au détriment de l’arrêt accompagné. Le slogan sera modifié pour éviter cette perception.

Le mot « d’arrêter » devrait remplacer « d’y arriver » pour repréciser et appuyer l’objectif. Le terme « chance » pourrait être mis au pluriel pour en accentuer l’impact.

Parmi les groupes de professionnels, les internes de médecine ont découvert la possibilité des professionnels autres que médecins à pouvoir gérer un sevrage tabagique.

**Le projet LAST a effectivement pour objectif de développer la pratique de tous les professionnels se situant dans le parcours de santé habituel du patient.**

Le principe de « 10 fois plus de chance » de réussite au sevrage est bien percutant dans le groupe professionnel. Ce qui met en valeur l’accompagnement du patient fumeur par le professionnel qui envisage plus de l’intégrer à sa pratique future.

Mais dans le groupe fumeur, il est moins significatif et serait plus intéressant si on le remplaçait par des pourcentages de réussite.

#### 4-1-2-Analyse des affiches et de la charte graphique

L’analyse des affiches est mitigée. Parmi les points positifs, l’ambiance joyeuse des modèles et les couleurs claires sont bien appréciées et surprennent par l’originalité par rapport aux pubs sombres et culpabilisantes de la campagne anti-tabac en santé publique.

L’affiche avec la femme enceinte est vécue comme choquante, aussi bien par les professionnels que les fumeurs, mais dans le sens positif. Ce comportement est aujourd’hui stigmatisé et il attire l’attention. Toutefois, cet avis est contradictoire par rapport au jugement précédent sur les messages potentiellement culpabilisants. Sans doute qu’aucune des personnes présentes n’étaient enceintes.

Le concept de match ou de bataille contre le tabac est une idée bien appréciée dans l'ensemble. Il faudrait quand-même apporter des modifications face à certaines remarques :

- La thématique du tabac n'est pas explicite et le mégot de cigarette pourrait entraîner une envie de fumer chez l'utilisateur de tabac.
- Les couleurs vives sont intéressantes mais les couleurs jaune et blanche ne s'accordent pas bien et devraient être modifiées, soit par des couleurs grises du côté de la cigarette ou du marron en référence au filtre. Mais les avis sont partagés sur ce point.
- Le score 1-0 perturbe face au message du slogan « 10 fois plus » et demande de la réflexion pour deviner que le score est une victoire contre le tabac. Des propositions sont faites et seront soumises à la graphiste.
- Le logo L.A.S.T est accrocheur et apprécié mais de taille réduite et peu visible et devrait être agrandi.
- Comme la plupart des affiches, certains disent que les affiches de cette campagne ne retiendront pas leur attention.

#### 4-1-3-Analyse du jeu de cartes

Le format des cartes en panel/éventail est apprécié par son aspect ludique et son accessibilité qui rappelle le jeu des incollables. Les couleurs vives des familles de cartes lui donnent un côté gai.

La dernière carte de l'éventail, du fait du montage, est peu lisible. Il a été proposé de rajouter une carte supplémentaire avec le logo L.A.S.T.

Le format jeu de carte classique (au lieu de l'éventail) est jugé peu pratique car les cartes finissent dans le désordre, par se perdre et seront difficiles à nettoyer.

Au niveau du contenu, certains logos au recto peuvent être confondus et gêner dans la recherche des aides.

Dans la famille des aides au sevrage, certaines thérapeutiques sont mises sur le même plan malgré un niveau de preuve différent (comme la cigarette électronique).

Le texte est trop petit et jugé dense en informations et démotive la lecture des données.

Parmi les autres idées, il est demandé si un format numérique par pdf ou application est envisagé et permettrait la manipulation des cartes sans le support physique.

Le groupe fumeur semblait ouvert à des produits dérivés, comme des autocollants ou stylo avec le logo L.A.S.T à collectionner.

## **4-2-Les forces de l'étude**

Le choix d'une étude qualitative est pertinent par rapport à l'objectif.

Ce travail a pu être réalisé dans des délais très courts et avec une qualité suffisante, grâce à un travail d'équipe associant des ingénieurs de santé publique, des médecins généralistes et une chargée de communication.

La logistique (salles, repas, outils) a été financée dans le cadre du Fond de lutte contre les addictions.

Malgré les difficultés, un nombre suffisamment important de participants a pu être réunis en vue de l'étude.

Un animateur expérimenté dans les groupes de discussion était présent dans chaque groupe, assurant ainsi la qualité de l'animation. La parole a pu facilement circuler et tous les participants donner leur avis.

Le premier groupe de professionnels de santé était suffisamment varié et a permis de confronter les différents points de vue. La saturation des données a été obtenue à l'issue des 3 groupes de professionnels de santé, ce qui a permis d'améliorer la pertinence de l'outil plus rapidement.

Cette thèse permet l'amélioration des outils de médiation avant la diffusion à plus large échelle sur l'étude pilote prévue sur le bassin d'Arcachon.

Ce travail s'intègre dans le projet LAST qui a fait l'objet de la création d'autres outils, eux-mêmes faisant l'objet d'autres études. Ces différents travaux sont complémentaires. Ainsi Jean Waguet a réalisé l'étude d'utilisabilité et d'acceptabilité du site internet [www.last-na.com](http://www.last-na.com) (39). Emilien DAUNAC était chargé d'un travail proche de celui-ci sur le tutoriel de formation en ligne sur l'accompagnement de l'arrêt du tabac (soutenance en 2022). L'étude pilote a fait l'objet de plusieurs travaux de thèse, celui de MéliSSa PAVIA (40) et celui de Noémie COELHO dont la soutenance est prévue en 2022. Une des forces de cette étude est donc l'association de tout un ensemble de travaux sur un projet ambitieux, financé par l'état, et à dimension régionale.

## **4-3-Les limites de l'étude**

Dans ce type d'étude, il est important que les participants soient recrutés en variation maximale. Le temps compté ne nous a pas permis d'atteindre un échantillon suffisant de fumeurs (10). L'analyse de celui-ci montre deux hommes pour 7 femmes, mais surtout il n'y a pas de fumeurs de plus de 40 ans. La diversité de milieu social est difficilement appréciable, mais on constate la présence de deux personnes sans emploi et de deux étudiants.

Les professionnels participants sont au nombre de 33, mais avec une surreprésentation des internes de médecine générale (26). Les autres professions recrutent 4 médecins généraliste, 3 étudiants en kinésithérapie et une IDE libérale. Il est donc très difficile d'affirmer que les autres professionnels de santé (sage-femmes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) n'auraient pas eu d'autres propositions.

Il est important de mettre en avant, toutefois, que l'étude pilote a permis également de solliciter l'avis des utilisateurs des outils en vie naturelle.

De la même façon les propositions issues des réflexions des groupes sont pour la plupart pertinentes et ont permis d'effectuer des modifications utiles.

D'autres limites demeurent assez théoriques. En effet, l'analyse est thématique, mais ceci est le standard pour la préparation d'outils de ce type. Proposer une analyse selon la théorie ancrée n'aurait sans doute pas apporté d'éléments plus utiles. Habituellement un double codage est requis pour s'assurer de plus d'objectivité, mais dans le cadre d'une analyse thématique simple, le risque est bien diminué.

Les verbatims ont été retranscrits très vite après les groupes de discussion afin d'en permettre une première analyse avant le lancement de l'étude pilote et la refonte des outils de médiation. Ces verbatims ont été ensuite repris beaucoup plus tard, en lien avec les difficultés d'emploi du temps du doctorant. Cet écart entre la réalisation des groupes et la remise de la thèse, deux ans plus tard, a permis une mise à distance du vécu du moment. Il est difficile de dire si ceci a eu un effet négatif ou positif sur le travail, en limitant la subjectivité de la mémoire des impressions.

#### **4-4-Comparaison avec la littérature et recontextualisation de l'étude**

##### 4.4.1 Projets similaires dans la littérature

Des outils d'aide à la décision au sevrage tabagique ont déjà été élaborés, comme le montre l'étude JAKOB et Prs CORNUZ publiée dans la Revue Médicale suisse en 2017 (41). Celle-ci propose un « outil d'aide à la décision » dans le sevrage tabagique destiné aux professionnels. Leur étude a consisté dans le regroupement et l'analyse des différents moyens thérapeutiques disponibles, leur efficacité, le prix, et leurs potentiels effets secondaires incluant au départ la prise pondérale. Leur outil a été ensuite testé par des professionnels médicaux en monocentrique selon la méthode « Plan-Do-Check-Act » (PDCA) (Annexe 6) afin de le développer jusqu'à sa version finale durant 3 cycles.

Leur outil prend la forme d'un tableau regroupant les différentes médications retenues dans le sevrage tabagique avec les informations pertinentes. Pour résumer, leur version finale comprend le nom, une photographie du médicament, la dose recommandée, le prix estimé du produit, son efficacité attendue sous formes de « + » (regroupant l'efficacité du sevrage à 6 mois et l'effet sur la prise pondérale) et enfin les effets secondaires courants (Annexe 7).

L'outil est ensuite présenté au patient qui choisit son programme adapté selon les informations de l'outil.

La différence avec l'outil du projet LAST et les potentielles limites :

- L'étude se passe en suisse et le remboursement des TNS en France permet de réduire l'impact du prix des thérapeutiques.
- Leur outil ne se concentre que sur les traitements pharmacologiques validés et a écarté les thérapies secondaires tel que la cigarette électronique, l'hypnose et l'acupuncture sur le manque de preuves d'efficacité dans la littérature. Cette approche est donc essentiellement centrée sur le médecin, en excluant les autres professionnels et les représentations des patients.
- Durant les cycles, ils ont retiré des informations jugées non pertinentes (le patient préférant des informations sommaires et concentrées) tel que les contre-indications et la partie prise pondérale qui a été passivement intégrée à la colonne efficacité.
- Leur étude ne mentionne pas de données quantitatives sur les patients (nombres, caractéristiques, ...) ou l'impact de l'intervention sur le sevrage tabagique.

Au final, l'outil a des perspectives intéressantes et nécessiterait une étude dans une population à plus grande échelle selon les auteurs.

On peut également souligner que l'outil produit s'il est bien un outil de médiation en face à face, comme le jeu des cartes du projet LAST, ne s'intègre pas dans une organisation globale et dans une stratégie de marketing social.

L'idée de base du jeu de cartes ou de l'éventail des aides (mêmes cartes) est de proposer des aides réparties en 4 familles. Le but est de permettre au patient d'associer les aides : un traitement, un professionnel de santé, un auto-support et une activité positive (sport, relaxation, etc...). Il était visible que le sport ne faisait pas l'unanimité, ce qui souligne l'intérêt d'avoir des choix. De même certains patients ne souhaitent pas de médicaments et des alternatives sont utiles à proposer. Ainsi la proposition de LAST apparaît très originale.

#### 4-4-2-Les autres travaux réalisés dans le cadre du projet LAST

Nous allons proposer ici quelques travaux autour du projet LAST.

##### *4-4-2-1- Etude sur l'usage du marketing social dans le sevrage tabagique.*

La thèse de docteurs BROUSSE et BONNAY-HAMON mentionnée plus haut (3,4) a servi de précurseur à la stratégie du projet LAST d'inclure du marketing social et de créer un outil médiation et d'aide à la décision partagée, dans le cadre de l'arrêt du tabac. Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels auprès de fumeurs au stade d'intention ou de préparation du processus de changement de Prochaska et Di Clémente (30).

Cette étude avait pour objectif d'étudier la population cible du projet LAST, au niveau de ses besoins dans la perspective d'un arrêt du tabac. Des images évoquant les différentes aides disponibles ont été présentées aux participants et ont été particulièrement contributives. Les participants ont trouvé cet outil extrêmement intéressant et aidant. Ainsi est né l'idée du jeu de carte.

De la même façon il est apparu la méconnaissance des professionnels de santé susceptibles de les aider. Si les professionnels étaient considérés comme l'aide la plus efficace, la plupart des participants n'étaient pas prêts à les solliciter. Il est apparu important de diminuer cette réserve en favorisant l'envie d'accéder aux professionnels.

Mon travail de thèse se situe ainsi à la suite de la création des outils issus de cette première thèse.

##### *4-4-2-2- Etude sur les freins à l'accompagnement du fumeur au sevrage par les médecins généralistes et pharmaciens*

La thèse de Lucie CREVOISIER (42) est une étude transversale s'intéressant aux médecins généralistes et pharmaciens en nouvelle-aquitaine, notamment ceux visités par des délégués de santé prévention (DSP) de la COREADD. 122 MG et 88 pharmaciens ont répondu à un hétéro-questionnaire en face à face, sur l'ensemble des départements de NA.

Les principaux freins à l'accompagnement des fumeurs pour l'arrêt du tabac sont :

- Le manque de temps
- Le manque de formation
- Le refus d'en parler du patient

- L'absence de demande du patient
- Et de manière moins constante une sensation de prise en charge peu efficace pour le médecin généraliste et l'absence de rémunération pour le pharmacien.

Les professionnels de santé s'accordent sur le fait qu'ils pensent que les fumeurs n'ont pas conscience que le tabagisme est une maladie chronique, qu'ils manquent de motivation à l'arrêt et qu'ils connaissent mal les aides disponibles.

Un tiers des médecins généralistes de l'étude (33%) et 80% des pharmaciens seraient favorables à s'inscrire dans le projet LAST. Les principaux motifs de refus des médecins viennent de la peur d'une augmentation de la charge de travail consacrée à la tabacologie au détriment des autres pathologies, dans un emploi du temps contraint.

Pour les pharmaciens, ce serait le manque de ressource à proximité et l'impossibilité de prescrire les médicaments qui seraient des obstacles.

Finalement il a été suggéré l'idée de la création d'un outil de médiation facilitant l'information du fumeur et le résumé des aides facilitant la prise de décision et de temps de l'entretien.

Ces données issues du terrain confortent le fait qu'il convient d'informer les patients afin qu'ils demandent plus de l'aide auprès de leurs professionnels de santé habituels.

De la même façon il faudrait changer les représentations des professionnels sur le fait que la prise en charge est chronophage et complexe, nécessitant beaucoup de formations et de compétences.

Enfin, le manque de connaissance des aides possibles par les patients est également repéré dans ce travail, comme déjà mentionné (3), ce qui a incité à développer le jeu de cartes et l'éventail des aides.

#### *4-4-2-3- Etude des freins et leviers à l'accompagnement des patients au sevrage tabagique par les professionnels de santé nouveaux prescripteurs.*

La thèse de Claire LOIZEAU et Quentin JACQUOT (43), ainsi que la thèse de Colette ARTOLA et Coralie MAURIN (44) ont constitué une recherche mixte cumulant une étude quantitative par questionnaire auprès de 487 nouveaux prescripteurs participant aux soirées d'information sur l'arrêt du tabac organisées par l'Assurance Maladie et la COREADD en NA, ainsi qu'une étude qualitative sur un échantillon de participants.

Parmi les freins retenus par ordre décroissant sont :

- Ils n'ont pas envie d'arrêter
- Ils connaissent mal les aides
- Ils ne pensent pas que c'est une maladie
- Ils ne savent pas que je peux les aider
- Ils pensent que les aides ne marchent pas
- Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés
- Ils pensent pouvoir arrêter seuls
- Le manque de rémunération adéquate ou de capacité de prescription pour certains professionnels.

Parmi les leviers identifiés :

- Me donner un guide simple et pragmatique
- Ils ont confiance en moi
- Le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide
- Proposer une formation près de chez moi
- Faciliter l'accès aux soins spécialisés

L'étude qualitative à distance des soirées a montré que la représentation des professionnels sur les fumeurs avait été modifiée. Leur regard était plus empathique, moins dans le jugement. Or il s'agit ici d'un point importants souligné par les fumeurs dans notre travail.

Les stratégies de prise en charge et la prescription de TNS s'est intensifiée à la suite des soirées. Les principaux freins observés sont le manque de temps et la difficulté à réaliser un suivi. Il y a donc là des changements nécessaires. **Il est important de proposer des prises en charges brèves et efficaces et de faciliter les suivis, soit par d'autres professionnels sur la communauté territoriale, soit avec des auto-supports bien construits.**

*4-4-2-4- Etude sur l'influence des affiches personnalisées dans l'incitation au sevrage tabagique.*

Quelques études plus ou moins récentes semblent montrer que les affiches ont peu d'impact en salle d'attente. Cette pratique a tendance à passer de mode. Pourtant, la salle d'attente est un lieu privilégié d'information, permettant un accès à la majorité de la population, à un moment

où elle est disponible. La plupart des études cherchent à avoir si l'exposition aux affiches change des comportements. Cet objectif est sans doute démesuré. Il est plus probable que les affiches vont juste participer à la diffusion d'une information simple, mais seront insuffisantes pour engager un changement, à elles-seules. C'est suite à ces réflexions qu'a été conçu le travail de thèse de Quentin HERNIOT et Marie FOIX (45).

Il s'agit d'une étude randomisée par clusters sur des patients exposés en salle d'attente de 5 différents cabinets médicaux soit à une affiche standard soit à une affiche personnalisée (avec une photo d'un médecin et le nom du praticien sur l'affiche) (Annexe 8).

Les données étaient recueillies à la sortie du cabinet auprès des patients exposés. L'objectif était d'interroger la mémorisation du message de l'affiche. La rétention du message sur la possibilité d'être accompagné pour l'arrêt du tabac dans le cabinet était deux fois meilleure en cas de présence de la photo et du nom du professionnel sur l'affiche. La rétention du message était d'autant meilleure que la durée d'attente était longue pour les deux affiches, mais le nombre élevé d'affiches dans la salle d'attente n'avait un impact négatif que pour l'affiche standard.

**Cette étude originale, incite donc à personnaliser les affiches pour les salles d'attente, ce qui a un coût non négligeable et complexifie leur réalisation.**

#### *4-4-2-5- Etude d'acceptabilité et d'utilisabilité du site internet du projet.*

La thèse de Jean Waguët (39) contribue à l'évaluation de la praticité du site internet « last-na.fr » auprès de professionnels de santé et à favoriser son développement (Annexe 9).

Il s'agit d'une étude observationnelle par entretien avec des professionnels de santé de soins primaires avec un potentiel de prescripteur de substituts nicotiques. Les sujets étaient soumis à 3 tests en rapport avec l'utilisation du site internet. Un premier « test des 5 secondes » évaluant les impressions et avis sur la page d'accueil du site au démarrage. Un deuxième « test utilisateur » qui évalue l'accessibilité de l'inscription au site internet selon le temps mis par les participants à finaliser la procédure. Le dernier « test d'utilisabilité » (ou DEEP score) évaluant les ressentis et avis des participants lors de leur utilisation du site internet, notamment sur le contenu visuel (format, mise en page), la facilité de navigation et la compréhension des informations présentées.

Le site internet a été bien accepté, les données recueillies ont permis d'améliorer le visuel de la page d'accueil du site internet et de corriger des problèmes lors de la navigation et de l'inscription au site.

L'objectif de l'étude est de vérifier l'accessibilité du site internet last-na.fr et les éventuelles améliorations à apporter avant le lancement de l'étude pilote.

#### *4-4-2-6- Etude de viabilité du projet LAST*

La thèse du Dr PAVIA Mélissa (41) évalue la viabilité du projet dans le bassin d'Arcachon avant son transfert à l'échelon régional.

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien semi-dirigé aidé d'un questionnaire en présentiel après accord de rendez-vous préalable. Le but est d'évaluer le ressenti des outils et du matériel distribué auprès des médecins généralistes de la zone pilote du bassin.

En résumé des entretiens, le projet est plutôt bien accepté par les professionnels de santé mais a des limites à améliorer :

Sur les points positifs retenus :

- La diffusion du projet LAST est bien réalisée grâce aux DSP de la CORREADD, à l'existence du site internet et une inscription rapide et gratuite.
- Les outils de médiation sont bien reçus pour diffuser les informations au patient fumeur.
- Les formations (en ligne, en distanciel et en présentiel) facilitent la formation des professionnels et les outils de médiation facilitent la pratique.
- L'implication du personnel paramédical serait appréciée.

Et les points négatifs :

- Le but du projet LAST n'est pas très clair pour certains adhérents.
- La crise sanitaire a perturbé la prise en charge de tabacologie et l'intérêt au projet entre les confinements et les préoccupations épidémiques.
- L'utilisation du marketing social suscite des méfiances minoritaires qui le rapproche du marketing commercial.
- Les outils de médiation et le site internet ont eu de l'intérêt précocement mais dans la pratique servent peu et nécessiteraient des améliorations.
- Le projet LAST n'aide pas à la liaison avec des centres ressources en addictologie.
- L'intérêt du projet LAST se limite au tabac seulement là où existe parfois des polyaddictions.

Il a été discuté d'améliorer les cartes en favorisant les règles hygiéno-diététiques ou de numériser le kit LAST et élaborer une application pour le suivi.

#### *4-4-2-7- Autres travaux en cours*

Quatre autres thèses sont en cours d'écriture au moment de la rédaction de notre travail : la thèse d'Emilien DAUNAC sur le tutoriel de formation en ligne, et la thèse de Noémie COEHLO sur l'acceptabilité du projet LAST au cours de l'étude pilote du bassin d'Arcachon. Une thèse explore la possibilité de l'implication des contrats locaux de santé en addictologie et notamment pour le soutien au projet LAST. Enfin, une thèse réalise une recherche documentaire sur les actions probantes en tabacologie sur les réseaux sociaux, afin de compléter les actions en marketing social.

#### **4-5- Evolution des outils après l'étude**

Enfinement comment les outils ont-ils été modifiés à la suite de notre travail ?

- Le slogan pour les professionnels a été modifié par : « accompagné-e, j'ai 10 fois plus de chances d'arrêter » suivi par « ici, je peux vous aider à arrêter le tabac ». L'écriture inclusive a été finalement conservée, et le terme « arrêter » a remplacé « y arriver ». Le logo est d'ailleurs plus voyant.
- Le slogan aux fumeurs a été modifié par « ici, je peux vous aider à arrêter de fumer » insistant sur le fait d' « arrêter » le tabac plus précisément.
- Pour les affiches les couleurs vives (jaunes et blanches) ont été conservées, le caractère enjoué des modèles ainsi que le score 1-0. Les modifications visibles concernent la pause plus neutre des modèles affichés, sans exagération par rapport à l'affiche précédente. Le logo LAST est plus grand et visible. La cigarette écrasée est plus voyante et le trait de fumée résiduelle de celle-ci a été retiré (Annexe 10).
- Il est bon de mentionner l'existence, suite à la thèse sur les affiches, d'un modèle avec l'image d'un médecin (personne en blouse blanche) avec le slogan pour les professionnels et le nom du professionnel du cabinet (Annexe 8).

- Pour le jeu de carte celui-ci a été finalement décliné en 3 versions : en éventail, en livret et en brochure. Pour l'éventail, la version finale a été réduite, les cartes ne sont plus alignées en colonne (Annexe 11)...

La décision des modifications a été réalisé par les membres du comité de pilotage de LAST, et ont également dépendu des avis des graphistes et des communicants du prestataire externe. Les enseignements des différentes thèses ont été mobilisés.

#### **4-6- Perspectives**

Le projet LAST dont la naissance date de décembre 2018, approche de sa phase de déploiement régional, à la suite des succès de ses premières étapes. Après l'étude pilote sur le bassin d'Arcachon, d'autres expérimentations sont réalisées sur la CPTS de Mauléon (64) et le territoire de la commune d'Hendaye (64), afin de tester d'autres modalités. Une coordination du projet sur les départements de Corrèze, Dordogne et Haute-Vienne, commence en 2022. L'ensemble de la région devrait être mobilisée fin 2023 avec l'espérance à terme de plus de 1000 LAST en NA.

D'autres enjeux verront alors le jour : maintenir la mobilisation ; poursuivre le développement des compétences ; favoriser les arrêts ; déployer sur les autres addictions.

## V- CONCLUSION

---

Notre travail a permis de prendre l'avis et de tenir compte des propositions des professionnels de santé de soins primaires et des fumeurs avec pour conséquence la modification des outils testés et développés pour l'étude pilote du projet de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T.).

Notre travail comme les autres études menées sur le projet, a permis d'apprendre sur les besoins, les freins, les leviers, les représentations aussi bien des professionnels que des fumeurs sur la prise en charge du sevrage tabagique en premier lieu et pour l'élaboration des outils de médiation nécessaires au projet.

Si la majorité des fumeurs arrêtent seuls ou avec des auto-supports, l'accompagnement par un professionnel de santé a démontré son efficacité. Parmi les avis recueillis dans les focus-groups, il est intéressant que le patient fumeur cherche notamment un accompagnement qui lui soit personnalisé dans le rythme et le contenu de son programme d'aide au sevrage. Il souhaite aussi un rapport d'égalité dans l'entretien avec son professionnel de santé, pouvoir s'entretenir avec lui sans jugement et avec un accès aux mêmes informations de manière claire et complète sur les solutions thérapeutiques médicamenteuses ou autres disponibles. Cela va aider à développer la motivation du fumeur à s'engager dans l'arrêt du tabac et à atteindre ses objectifs.

Le projet L.A.S.T cherche à développer la réalité de cet accompagnement, en mobilisant, notamment, les stratégies du marketing social et des outils de médiation. Améliorer la pratique de la prévention et des soins impose de travailler simultanément sur la communication, l'information, la formation, l'organisation, ainsi que sur les outils nécessaires à ces différents axes d'intervention. Dans un système de soins surchargé, la mobilisation de toute la communauté des professionnels autour de cet enjeu majeur de l'arrêt du tabac, est un challenge important et difficile. La réussite de ce projet peut participer à la modélisation de nouvelles pratiques organisées, au mieux des intérêts de nos patients et éventuellement de l'étendre pour de futurs domaines de prévention (diabète par exemple,...).

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. 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 épidémiologique hebdomadaire. 2021 ; 8 : 132-9.
2. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [PNRT]. Cancer 2014-2019 - Objectif 10 [Internet]. Paris: Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2014. 55 p. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
3. Bonnay-Hamon A, Brousse P. Perceptions des fumeur·ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : Enquête qualitative auprès des fumeur·ses au stade d'intention et préparation. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2019.
4. Gallopel-Morvan K, Alla F, Bonnay-Hamon A, Brousse P, Gonneau A, Castera P. Arrêt du tabac : une personnalisation nécessaire des programmes de sevrage. Santé Publique. 22 nov 2021;Vol. 33(4):505.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition – DSM-5, Washington DC : APA ; 2013.
6. Fatseas M, Serre F, Alexandre JM, Debradant R, Auriacombe M, Swendsen J. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction : a comparison of substance and person-specific cures. Addictions. 2015 ; 110(6) : 1035-42.
7. Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life : a systematic review. Drug Alcohol Depend. 2015 ; 148 : 1-20.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. (Consulté le 20/02/2022). Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, [En ligne]. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt\\_def.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf)
9. Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [PNRT]. Cancer 2014-2019 - Objectif 10 [Internet]. Paris; 2014. 55 p. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
10. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours)

11. Nguyen A, Chevalier C. Prise en charge du sevrage tabagique. Actualités pharmaceutiques. 2016 ; 560 : 26-33.
12. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES) : a double-blind, randomised, placebo controlled clinical trial. The Lancet 2016;387(10037):2507-20.
13. Leone FT, Zhang Y, Evers-Casey S, Evins AE, Eakin MN, Fathi J et al. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2020 Jul 15;202(2):e5-e31.
14. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique. Rev Mal Respir. 2007 ; 24 : 171.
15. Fenton K. Stoptober : une campagne d'aide à l'arrêt du tabac en Angleterre. Bull Épidémiol Hebd. 2016 ; (30-31) : 499-502.
16. Einstein S, Epstein A. Cigarette smoking contagion. Int J Addict. 1980 ; 15(1) : 107-14.
17. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. (page consultée le 1/07/2019). La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Evolutions. 2015; 31 : 1-6, [En ligne]. [https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119634/file/152093\\_1611.pdf](https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119634/file/152093_1611.pdf)
18. ARS, Agence régionale de santé. (page consultée le 20/02/2022). Infographie Edition MoisSansTabac 2018 en chiffres. 4 décembre 2018, [En ligne] : [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-12/Infographie\\_%23MoisSansTabac\\_2018.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-12/Infographie_%23MoisSansTabac_2018.pdf)
19. Gallopel-Morvan K, Nguyen-Thanh V, Arwidson P, Hastings G. Marketing social : De la compréhension des publics au changement de comportement. Presse EHESP. 2019.
20. Gordon R, McDermott L, Stead M, Angus K. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement : What's the evidence? J R Inst Public Health. 2006;120(12);1133-1139.
21. Bienvenue dans une vie sans tabac [Internet]. [cité 20 fév 2022]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/>
22. Enquête ETINCEL-OFDT (Enquête téléphonique pour l'information sur la cigarette électronique) - OFDT [Internet]. [cité 20 fév 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/projets-terminees/etincel/>

23. Haut Conseil de la Santé Publique.(Consultée le 20 février 2022).Avis relatif aux bénéfiques risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale.2016.1-26 :  
[https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20160222\\_benefriquecigelectropopgene.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20160222_benefriquecigelectropopgene.pdf)
24. HCSP. Avis relatif aux bénéfiques-risques de la cigarette électronique [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2021 nov [cité 20 fév 2022]. Disponible sur:  
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138>
25. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 fév 2022]. Disponible sur:  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte)
26. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - 2e éd.: Aider la personne à engager le changement. InterEditions; 2013. 448 p.
27. Compagnon L, Bail PH, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013 ; (108) : 149-52.
28. Lauvaux A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales : Reims : 2012.
29. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : étude longitudinale comparative randomisé auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales : Bordeaux : 2018.
30. Davidson R. Prochaska and DiClemente's model of change: a case study? British Journal of Addiction. 1992;87(6):821-2.
31. PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care. sept 2008;53(9):1217-22.
32. Bullen C, Walker N, Whittaker R, McRobbie H, Glover M, Fraser T. Smoking cessation competencies for health workers in New Zealand. N Z Med J. 20 juin 2008;121(1276):48-56.
33. Zwar N, Richmond R, Borland R, Litt J, Peters M, Stillman S, et al. Smoking cessation pharmacotherapy: an update for health professionals. [Internet] In: The Royal Australian College of General Practitioners. Melbourne; 2008 [cité 27 févr 2022].Disponible sur :  
[http://www.hoihohaptphcm.org/index.php?option=com\\_attachments&task=download&id=85](http://www.hoihohaptphcm.org/index.php?option=com_attachments&task=download&id=85)

34. La cessation du tabagisme intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers [Internet]. [cité 27 février 2022]. Disponible sur: <https://rnao.ca/bpg/translations/la-cessation-du-tabagisme-int%C3%A9gration-dans-la-pratique-quotidienne-des-soins-infirm>
35. The Use of the 5 & 3 A's Protocol | smokingcessationtraining.com [Internet]. [cité 20 fév 2022]. Disponible sur: <https://smokingcessationtraining.com/contents/use-5-3-protocol-smoking-cessation/>
36. Lhoumeau N, Huchet A, Castera P. Acupuncture et arrêt de la consommation tabagique, une revue de la littérature. Revue des maladies respiratoires. 2020 ; 37 (6) : 474-8.
37. Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac | Arrêt tabac [Internet]. [cité 20 fev 2022]. Disponible sur: <https://www.last-na.fr/>
38. Tong A., Sainsbury P., Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups Int J Qual Health Care 2007 ; 19 (6) : 349-357
39. Wagnet J. Projet de Lieux d'accompagnement à la santé sans tabac (LAST tabac). Etude de l'utilisabilité et de l'acceptabilité de la version d'essai du site internet last-na.fr auprès de professionnels de soins de santé primaire de Nouvelle-Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2021.
40. Pavia M. Étude de la viabilité du projet LAST (lieu d'Accompagnement pour une Santé sans Tabac) auprès des médecins généralistes en Nouvelle-Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2021.
41. Jakob J, Cornuz J, Auer R, Sadowski IJ, Cardinaux R, Selby K. Outil d'aide à la décision comparant les traitements pharmacologiques pour l'arrêt du tabac. Revue Médicale Suisse. 2017;13(566):1191-4.
42. Crevoisier L. Etude des freins et leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2019.
43. Jacquot Q, Loizeau Cl. Etude des freins et leviers des professionnels de santé à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du tabac, en Nouvelle-Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2021.
44. Artola C, Maurin C. Accompagnement à l'arrêt du tabac : changements perçus par les professionnels de santé « nouveaux prescripteurs » à la suite des soirées d'information organisées par l'Assurance Maladie, en Nouvelle-Aquitaine. [Thèse Médecine], Bordeaux, 2021.
45. Foix M, Herniot Q. Affiches standardisées ou personnalisées en salle d'attente des cabinets médicaux : essai contrôlé randomisé par clusters. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2020.

# Liste des Annexes

## Annexe 1.

### Guide d'entretien des focus-groups « outils L.A.S.T »

Respect anonymat obligatoire/ Accord pour enregistrement audio/ Toutes les opinions exprimées seront respectées favorisé par le modérateur

#### **Temps 1 (10mins) ASPECT DOCUMENTAIRE**

Chaque participant remplis une fiche de renseignements avec un numéro. Le numéro est affiché en face de lui pour les prises de notes des observateurs. Il signe le consentement éclairé de participation aux focus-groupe. Les organisateurs récupèrent les 2 documents remplis.

#### **Temps 2 (15min) : PRESENTATION DU PROJET LAST**

Chaque participant, animateur et observateurs se présente

Explication du contexte du FG - Résumé du projet LAST et positionnement des outils faisant l'objet du FG

(Ici : affiche, slogan est message et outils de médiation).

#### **TEMPS 3 (20min) : SLOGAN ET MESSAGES**

Présentation du Slogan et des messages

##### **Que pensez-vous du slogan ?**

Avez-vous des idées pour améliorer ?

Voyez-vous des inconvénients ?

Qu'est-ce que cela vous évoque ?

##### **Que pensez-vous du message proposer aux fumeurs ?**

Avez-vous des idées pour améliorer ?

Voyez-vous des inconvénients ?

Qu'est-ce que cela vous évoque ?

##### **Que pensez-vous du message proposer aux professionnels ?**

Avez-vous des idées pour améliorer ?

Voyez-vous des inconvénients ?

Est-ce que cela vous évoque ?

#### **TEMPS 4 (20mins) AFFICHE**

*Présentation de l'affiche*

**Que pensez-vous de cette affiche ?**

Avez-vous des idées pour améliorer ?

**Pensez-vous du contenu ?**

Avez-vous des idées pour améliorer ?

Voyez-vous des inconvénients ?

**Que pensez-vous de la forme, du graphisme ?**

Avez-vous des idées pour améliorer ?

Voyez-vous des inconvénients ?

**TEMPS 5 (45min) : OUTIL DE MEDIATION**

Présentation de l'outil de médiation avec le contexte d'utilisation entre guillemets Conseil à l'arrêt et l'utilisation en tant qu'outil d'aide à la décision partagée pour le traitement d'Aide au sevrage idéal.

En binôme les participants utilisent l'outil entre eux (10mins)

Discussion sur la pertinence de l'outil (30mins)

**Que pensez-vous du contenu des aides ?**

Y a-t-il des manques ?

Y a-t-il des choses à supprimer ? à modifier ?

**Que pensez-vous de la forme de l'outil ?**

Y-a-t-il des inconvénients ?

Que pensez-vous de sa praticité ? Comment imaginez-vous l'utiliser ?

**Pensez-vous qu'il puisse aider à la pratique du Conseil à l'arrêt ?**

**Pensez-vous qu'il puisse aider la pratique de l'accompagnement à l'arrêt ?**

**Pensez-vous qu'il puisse aider le patient à se décider ?**

**Avez-vous d'autres choses à ajouter ?**

Sur ce format on est sur un an total de 1h50

## Annexe 2.

### FORMULAIRE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

PARTIE À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR LE PARTICIPANT

Je soussignée,....., né-e le  
..... certifie avoir participé à un groupe d'entretien (type focus  
group) le..... à.....

organisé par l'association AGIR 33 dans le cadre du projet L.A.S.T sur la création d'un outil  
d'information visant à faciliter la compréhension et l'accès aux aides au sevrage tabagique pour la  
personne fumeuse et le professionnel de santé qui l'aide dans sa démarche.

J'autorise l'association AGIR 33 à analyser de manière anonyme les dialogues qui ont été échangés  
lors du focus group qui s'est déroulé Le ..... À  
.....

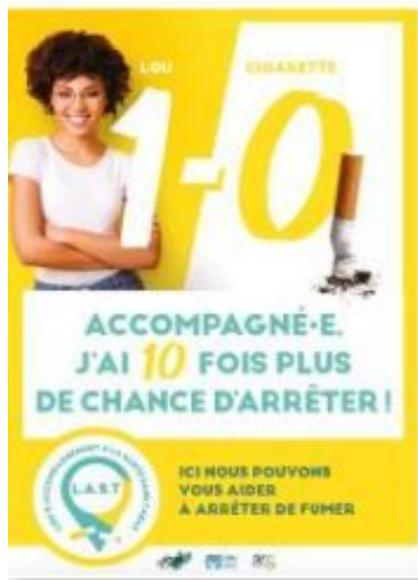
Signature du participant :

Espace libre (remarques, commentaires, schémas ,...) :

### Annexe 3.



### Annexe 4.



### Annexe 5.



## Annexe 6.

|   | Plan   | Do   | Check   | Act  |
|---|--|--|---|--|
| 1 <sup>er</sup> cycle: création de la <i>version pilote</i>                   | Création du contenu de base et observation lors de consultations des thématiques importantes pour les patients | Implication de quatre experts dans la création de la version pilote            | Retours:<br>• Validation des informations<br>• Suppression des informations jugées moins décisives<br>• Priorité de présenter l'information sur une page<br>• Présentation uniquement des médicaments | • Création du concept tabellaire<br>• Utilisation des signes (+)<br>• Suivi des recommandations de la littérature médicale |
| 2 <sup>e</sup> cycle: test de la version pilote, création du <i>prototype</i> | Evaluation des attentes des utilisateurs de l'outil prototype  | Tests de l'outil lors de 12 à 15 consultations                                 | • Informations trop denses pour les patients  | • Suppression des informations jugées les moins pertinentes par les utilisateurs (ex.: prise de poids, contre-indications) |
| 3 <sup>e</sup> cycle: test du prototype, création de la <i>version finale</i> | Vérification de l'adéquation de la nouvelle version de l'outil par les utilisateurs                            | Tests de l'outil par les médecins du cycle PDCA 2, mais avec d'autres patients | • Difficultés lors de la comparaison des prix<br>• Images trop petites<br>• Aspect graphique à améliorer  | • Simplification de la présentation des prix par une moyenne<br>• Travail graphique professionnel                          |

## Annexe 7.



### ARRÊT TABAC : CHOIX D'UN MÉDICAMENT QUI VOUS CONVIENT



| MÉDICAMENT  | DOSAGE QUOTIDIEN                          | PRIX PAR BOÎTE  | PRIX PAR JOUR | EFFICACITÉ | EFFETS SECONDAIRES PRINCIPAUX   |
|---|---|---|---------------|------------|---|
|  <p><b>GOMMES À MÂCHER</b><br/>Nicotinel/Nicorette®</p> <p><b>INHALATEUR</b><br/>Nicorette®</p> <p><b>COMPRIMÉS</b><br/>Nicotinel/Nicorette®</p> <p><b>SPRAY BUCCAL</b><br/>Nicorette®</p> | 8-12x/j selon besoin                      | 30 gommes de 2 mg<br>~ 20 CHF   | ~ 5 CHF/j     | ++         | Irritation bouche et gorge,<br>Hoquet<br>Nausées                                      |
|   | 6-12x/j selon besoin                      | 18 cartouches de 10 mg<br>~ 27 CHF  | ~ 9 CHF/j     | ++         |   |
|   | 8-12x/j selon besoin                      | 36 comprimés de 2 mg<br>~ 25 CHF  | ~ 6 CHF/j     | ++         |   |
|   | 12-25x/j selon besoin                     | 150 pulvérisations<br>~ 60 CHF  | ~ 6 CHF/j     | ++         |   |
|  <p><b>PATCH</b><br/>Nicotinel/Nicorette®</p>  | 1x/jour sur 16h ou 24h                    | 14 patches de 15 mg<br>~ 90 CHF   | ~ 7 CHF/j     | ++         | Irritation de la peau   |
|  <p><b>COMBINAISON PATCH ET AUTRE SUBSTITUT NICOTINIQUE</b></p>  | Patch 1x/j + autre substitut selon besoin | 14 patches et 1 boîte de substitut de courte durée<br>~ 120 CHF   | ~ 11 CHF/j    | +++        | Irritation peau, bouche et gorge, hoquet et nausées                                   |
|  <p><b>VARÉNICLINE</b><br/>Champix®</p>  | 2x/jour                                   | 56 comprimés de 1 mg<br>~ 120 CHF<br><small>peut être pris en charge par l'assurance de base sous certaines conditions</small>  | ~ 4 CHF/j     | +++        | Nausées, sommeil perturbé, changement d'humeur  |
|  <p><b>BUPROPION</b><br/>Zyban®</p>  | 2x/jour                                   | 30 comprimés de 150 mg<br>~ 60 CHF<br><small>peut être pris en charge par l'assurance de base sous certaines conditions</small> | ~ 4 CHF/j     | ++         | Sommeil perturbé, bouche sèche, maux de tête, changement d'humeur, troubles digestifs |

Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne, version du 08.06.2015

Source: Cornuz J., Jacot Sadowski, Humair J.-P., Conseil médical aux fumeurs et fumeuses, 3e édition, vivre sans tabac, 2015

8441 (CHN) (10/08)

## Annexe 8.



Lieu d'accompagnement  
à la Santé sans Tabac

**ICI, JE PEUX VOUS AIDER  
À ARRÊTER LE TABAC**

*Parlons-en maintenant !!*

Votre médecin généraliste, Dr \_\_\_\_\_, peut vous accompagner dans votre démarche d'arrêt du tabac.

## Annexe 9.



L.A.S.T. Je me forme Le Kit L.A.S.T. Actualités Qui sommes nous ? Je deviens L.A.S.T. NON COMPTE

LIEU D'ACCOMPAGNEMENT À LA SANTÉ SANS TABAC

**AVEC VOUS,  
VOS PATIENTS  
ONT 10 FOIS  
PLUS DE CHANCE  
D'ARRÊTER !**

JE DEVIENS  
L.A.S.T.

## Annexe 10.



PIERRE CIGARETTE

**1-0**

**ACCOMPAGNÉ-E,  
J'AI 10 FOIS PLUS  
DE CHANCE D'ARRÊTER !**

LIEU D'ACCOMPAGNEMENT À LA SANTÉ SANS TABAC

**ICI NOUS POUVONS  
VOUS AIDER  
À ARRÊTER DE FUMER**

CORE ADO CHU AFS

## Annexe 11.



## Serment d'Hippocrate

---

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité de circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

## RESUME

### **Création d'outils de médiation pour le projet de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T.) : Etude qualitative en groupes de discussion auprès de fumeurs et de professionnels de santé.**

**Contexte :** Le tabac est le premier facteur de morbi-mortalité en Europe. L'arrêt de son usage est donc la priorité en santé publique dans nos Pays. La Coordination Régionale Addictions de Nouvelle Aquitaine en partenariat avec le Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention du CHU de Bordeaux ont élaboré le projet de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (LAST). Ce projet tend à s'inspirer de méthodes de marketing social afin de créer et mettre à disposition des professionnels des outils de médiation facilitant l'arrêt du tabac.

**Objectif :** Recueillir les besoins et avis des fumeurs et des professionnels de santé pour le choix des slogans et la mise en forme des outils de médiation et de communication du projet LAST.

**Méthode :** Etude qualitative par groupes de discussion composés d'une part de professionnel de santé et d'autres part de fumeurs de tabac. Le slogan et les outils de médiation sont présentés au cours des groupes de discussion par un animateur et des observateurs. Les verbatims des échanges font l'objet d'une analyse thématique avec un double codage.

**Résultats :** Au total, quatre groupes de discussion ont été réalisés dans la période du 7 au 15 Janvier 2020, dont un groupe de fumeurs (N=9), et trois groupes de professionnels de santé (N=8, N=12, N=13). L'analyse des discours des participants a permis d'identifier les éléments devant être modifiés, aussi bien au niveau de la forme que du fond. Les slogans et outils de médiation ont été optimisés et utilisés dans une étude pilote.

**Conclusion :** Cette étude vient confirmer les résultats déjà obtenus dans d'autres recherches autour de ce projet. L'importance du respect du patient, du non-jugement. La nécessité de s'adapter aux différentes phases de la trajectoire d'arrêt des usagers de tabac. Les slogans, les mises en forme, les couleurs ont été critiqués et ce qui plait aux experts, aux communicants, n'est pas toujours ce qui est le mieux adapté à la population cible.

**Spécialité :** Médecine générale

**Mots-clés :** Arrêt du tabac/ Fumeurs/Marketing social/ Personnels de santé/ Médecine générale.

**Intitulé et adresse :** UFR des Sciences Médicales, Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux-Cedex.

## ABSTRACT

### **Creation of mediation tools for the Tobacco-Free Health Support Places (L.A.S.T.) project: Qualitative study in focus-groups with smokers and health professionals.**

**Background :** Tobacco is the first factor of morbidity and mortality in Europe. Stopping its use is therefore the public health priority in our countries. The Regional Addictions Coordination of Nouvelle Aquitaine, in partnership with the Methodological Support and Prevention Innovation Service of the Bordeaux University Hospital, has developed the Tobacco-free Health Support Places (abbreviation of L.A.S.T in French) project. This project tends to draw inspiration from social marketing methods in order to create and provide professionals with mediation tools to facilitate smoking cessation.

**Purpose :** Collect the needs and opinions of smokers and health professionals for the choice of slogans and the formatting of the mediation and communication tools of the LAST project.

**Methods :** Qualitative study by focus-groups composed of a part of health professionals and other part of tobacco smokers. The slogan and the mediation tools are presented during the discussion groups by a moderator and observers. The verbatims of the exchanges are the subject of a thematic analysis with a double coding.

**Results :** In total, four focus groups were conducted in the period from January 7 to 15, 2020, including one group of smokers (N=9), and three groups of health professionals (N=8, N=12, N=13). The analysis of the participants' speeches made it possible to identify the elements that needed to be modified, both in terms of form and substance. Slogans and mediation tools were optimized and used in a pilot study.

**Conclusion :** This study confirms the results already obtained in other research around this project. The importance of respecting the patient, of non-judgment. The need to adapt to the different phases of the cessation trajectory of tobacco users. Slogans, formatting, colors have been criticized and what appeals to experts, communicators, is not always what is best suited to the target population.

**Discipline :** General Medicine

**Keywords :** Quit-smoking/Smokers/Social marketing/ Health Personnel/General medicine.

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