

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 097

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S de MEDECINE GENERALE

par

Aymeric Lefebvre

né le 21 septembre 1987 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2016

**DESCRIPTION DE L'ELABORATION D'UN PROGRAMME DE REUNIONS
DE GROUPES D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE DANS UNE MAISON DE
SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE A SAVENAY EN LOIRE-ATLANTIQUE**

Présidente du jury: Madame le Professeur Leïla Moret
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jerome Michenaud

Remerciements

Aux membres du jury d'avoir chacun pris le temps de s'intéresser à mon travail et d'être présents le jour de la soutenance.

A mon directeur de thèse, Jerome Michenaud, pour sa motivation indéfectible, pour m'avoir soutenu, orienté et relu sans relâche, et pour l'exemple qu'il montre de force à croire à ses (bonnes) idées de la médecine moderne.

A ma femme, Marine, que j'aime plus que tout, qui m'a aidé toute ces années, toujours présente à mes côtés, dans les bons moments et ceux plus difficiles, et à notre fille Clémentine qui illumine dorénavant tous les jours de notre vie.

A ma famille, mes parents, mon frère et ma sœur qui m'ont toujours entouré, aimé et poussé à aller au bout de ma vocation.

A tous mes amis, mais surtout mes acolytes de faculté, avec qui j'ai passé tant de bons moments et qui resteront mes compagnons de route.

A Zouzou, Zazou, Nala, car la « ronronthérapie » a fait toutes ses preuves sur moi.

Table des matières

Table des matières	3
Liste des abréviations	6
Introduction	7
La lutte contre le tabac en 2015	10
1. Le tabagisme, une maladie chronique comme les autres	10
2. Le médecin proactif	13
3. Les interventions disponibles	15
3.1 Définition du counseling	15
3.2 Les interventions individuelles	16
3.2.1 L'accompagnement psychologique	16
3.2.2 Les outils pharmacologiques	17
3.2.3 La e-cigarette	18
3.2.4 Autres interventions individuelles	20
3.3 Les interventions de groupe	20
3.4 Les approches de masse	23
4. Les fumeurs difficiles	24
Contexte de la mise en place du projet	26
1. Contexte géographique	26
2. Le Pôle de Santé	26
3. L'équipe soignante	26
4. Le projet déjà en place	26
5. Positionnement de la thèse au sein du projet	28
Matériels et méthodes	29
1. Description du travail	29
2. Population étudiée	29
2.1 Critères de recrutement	29
2.2 Critères d'exclusion	30
2.3 Méthodes de recrutement	30
2.4 Taille de l'échantillon	31
2.1.1 Pour le questionnaire remis en fin de module	31
2.1.2 Pour le questionnaire de rappel téléphonique	31
3. Déroulement du projet	32
3.1 Le lieu	32
3.2 Le nombre de modules	32
3.3 La durée du projet en MSP	32
4. Déroulement du travail d'étude	33
4.1 La durée du travail d'étude	33
4.2 Méthode de recueil des données	35
4.2.1 Méthode d'observation des séances	35
4.2.2 Recueil des données à la fin du module	35
4.2.3 Recueil des données après la phase de recul	37
4.2.4 Recueil des informations auprès des organisateurs	38
5. Méthode d'analyse des données	39

Résultats	40
1. Statistiques de la population et du recrutement	40
1.1 Caractéristiques de la population étudiée	40
1.2 Répartition des effectifs	41
2. Révision linéaire	44
2.1. Observation des séances	44
2.1.1 Séance numéro 1 : « Ma relation au tabac »	44
2.1.2 Séance numéro 2 : « J'arrête de fumer ».	46
2.1.3 Séance numéro 3 : « Je tiens bon !! »	47
2.2 Résultats des questionnaires remis en fin de module	49
2.2.1 Caractéristiques cliniques et dépendance de l'échantillon	49
2.2.2 La carrière du fumeur	50
2.2.3 Evolution du patient au fil du projet : motivations et impact sur sa consommation	52
2.2.3.1 Les intentions du patient avant la proposition de participation au projet	52
2.2.3.2 Les objectifs fixés par le patient en participant au module	52
2.2.3.3 Impact sur la consommation à la fin des trois séances	53
2.2.4 Mesure de la satisfaction des participants	56
2.2.4.1 Vis-à-vis du contenu des séances et de l'acquisition des nouvelles connaissances/compétences	56
2.2.4.2 Vis-à-vis de l'intérêt du travail en groupe	58
2.2.5 Etude de l'adhésion des patients aux principes du projet	60
2.3 Résultats des questionnaires de rappel téléphonique	61
2.3.1 Caractéristiques de l'échantillon	61
2.3.2 Distance de rappel	61
2.3.3 Mesure de l'impact des réunions sur la consommation dès la fin des modules	61
2.3.4 Mesure de la consommation tabagique pendant et après la phase de recul	62
2.3.5 Vue d'ensemble des résultats sur la consommation tabagique	64
2.3.6 Explications des abandons en cours de module	65
3. Informations sur la création du projet	67
3.1 L'origine du projet	67
3.2 L'élaboration du projet	69
3.3 Le financement	70
3.4 Le projet à l'arrêt	72
Discussion	73
1. Retour sur les objectifs du travail	73
2. Interprétation et hypothèses explicatives des résultats : méthode d'analyse SWOT	74
2.1 Analyse des facteurs internes au projet	74
2.1.1 Les forces du projet	74
2.1.2 Les faiblesses du projet	80
2.2 Analyse des facteurs externes au projet	84
2.2.1 Les opportunités	84
2.2.2 Les menaces	88
2.3 Matrice SWOT	91
3. Biais et limites	93
3.1 Un échantillon de petite taille	93
3.2 Des biais de sélection	93
3.3 Des biais et limites de mesure	95
4. Des évolutions à envisager	97
4.1 Prendre en charge les faiblesses internes au projet	97

4.2 Réfléchir aux menaces externes au projet _____	101
4.3 Place et apports de l'ETP en tabacologie _____	103
4.4 Etat des lieux dans la MSP en 2016 _____	105
Conclusion _____	106
Bibliographie _____	108
Annexes _____	114
Annexe 1 - Questionnaire remis au patient à la fin du module _____	114
Annexe 2 - Questionnaire de rappel téléphonique _____	117
Annexe 3 - La méthode d'analyse SWOT _____	118
Annexe 4 - Extraits du livret INPES « J'arrête de fumer, le guide pratique pour y parvenir » _____	120
Annexe 5 - Balance décisionnelle : bilan des aides et des freins à l'arrêt _____	128
Annexe 6 - Calendrier de consommation : mon planning de cigarettes _____	129
Annexe 7 - Répartition des effectifs selon leur parcours addictif : deux visions pour mieux comprendre _____	130

Liste des abréviations

AFSSAPS: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

APMSL: Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux

ARS: Agence régionale de Santé

ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

BPCO: Bronchopneumopathie chronique obstructive

CHSCT: Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail

ENMR: Expérimentation des nouveaux modes de rémunération

ETP: Education Thérapeutique du Patient

FIR: Fonds d'Intervention Régionale

HAS: Haute Autorité de Santé

HCSP: Haut Conseil de la Santé Publique

Score HSI: Heaviness of Smoking Index ou test de Fagerström court

IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IREPS: Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

MSP: Maison de santé pluriprofessionnelle

NMR: Nouveaux modes de rémunération

OFT: Office français de prévention du tabagisme

TNS: Traitements nicotiques de substitution

UCT: Unité de Coordination de Tabacologie

Introduction

Le sevrage tabagique est un enjeu majeur de santé publique. La Haute Autorité de Santé (HAS), via de nouvelles recommandations en novembre 2014, mais aussi l'Etat, via la création d'un Programme National de Réduction du Tabagisme en septembre 2014, ont décidé de faire bouger les lignes. La prévalence du tabagisme quotidien en France varie entre 27 et 34% des adultes selon les enquêtes (dont 30% environ de fumeurs quotidiens ou déclarant fumer tous les jours). 70% des fumeurs souhaiteraient stopper leur consommation tabagique mais seulement 2 à 3% de ceux-ci cessent de fumer de façon prolongée (6 à 12 mois) chaque année. Malheureusement, le nombre de nouveaux fumeurs vient compenser le nombre d'arrêts, ce qui fait que la prévalence du tabagisme semble stable depuis plusieurs années(1). On déplore 73000 décès par an liés au tabagisme et plus de vingt maladies qui lui sont attribuées, qu'il en soit la cause principale, un facteur de risque ou une cause aggravante(2). C'est la première cause de mortalité évitable en France et la prise en charge de l'addiction au tabac reste extrêmement « rentable », diminuant de façon considérable la morbi-mortalité de cette maladie. L'intervention auprès des fumeurs est un des actes médicaux ayant le rapport coût/efficacité le plus performant. Sur le plan économique, c'est également le facteur de risque cardio-vasculaire modifiable le moins couteux pour la société pour limiter ses effets.

L'objectif affiché est de faire diminuer de 10% le nombre de fumeurs en France d'ici 2019(3).

La dépendance tabagique, anciennement considérée comme un comportement ou une habitude, est désormais reconnue comme une maladie chronique récidivante. En effet, l'histoire de la maladie du patient tabagique montre des phases de consommation, des phases de sevrage suivies de rechutes. Le patient sevré est ex-fumeur et non pas non-fumeur(4).

La dépendance tabagique en tant que maladie chronique doit être prise en charge par le médecin au même titre que les autres pathologies durables, cœur de son métier. L'initiation de l'accompagnement ne doit plus émaner du patient seulement mais aussi et surtout du médecin.

Ce changement de point de vue modifie complètement la prise en charge du médecin de

premier recours qu'est le médecin généraliste, ainsi que les autres professionnels de santé de notre système actuel.

Ainsi, après le *conseil minimal* (deux questions à poser : « fumez-vous ? », « désirez vous arrêter ? ») prôné dans les années 2000 mais qui s'est montré peu efficace, le généraliste se doit à présent de donner un *conseil d'arrêt* (« informations sur les bénéfices à arrêter, conseils clairs et personnalisés d'arrêter de fumer ») à chacun de ses patients fumeurs, et à chacune de ses consultations, qu'il soit dans l'intention ou non d'arrêter(5).

Si la motivation pour arrêter de fumer est un préambule à la modification de sa consommation tabagique, le médecin doit être, au moins en partie, à l'origine de celle-ci et ne peut pas attendre que son patient se décide seul(6). Il en va de même pour l'instauration d'un traitement substitutif et du sevrage effectif. La prise en charge d'une maladie aussi mortelle tient en premier lieu du ressort du médecin ; le choix du patient, comme dans toutes les maladies chroniques, viendra dans un second temps moduler ses décisions.

Il doit maintenant prendre en charge 100% de ses patients fumeurs, motivés, non motivés ou en échec, et doit tout faire pour ne pas avoir de malades sans « traitement ».

Un groupe se distingue : les « fumeurs difficiles » : il concerne les fumeurs « irréductibles » (« *hard-core smokers* ») sans passé ni intention d'arrêt (5 à 16% des fumeurs) et les patients « gros fumeurs dépendants » (« *heavy chronic smokers* ») en situation d'impasse dans leurs tentatives d'arrêt(7). Ces patients difficiles sont particulièrement visés par ces nouvelles recommandations.

De nombreux outils sont actuellement disponibles pour le médecin généraliste en soins primaires (traitements nicotiques de substitution dont la cigarette électronique bien que non reconnue, site d'aide comme <http://www.tabac-info-service.fr/> et ses services de coaching, etc.) mais ils restent souvent insuffisants pour certains patients résistants ou en difficulté pour réussir leur sevrage.

De nouvelles études démontrent que les programmes de sevrage tabagique en groupes sont deux fois plus efficaces pour aider les patients à arrêter de fumer qu'une simple auto-assistance(8). Le travail en groupe semble satisfaire plusieurs objectifs que sont l'initiation d'une motivation à l'arrêt, l'essai parfois d'une modification de sa consommation tabagique et l'aide à la prévention d'une rechute en cas de sevrage. Les outils utilisés sont le partage

d'expérience entre patients, les informations sur les risques du tabagisme, l'aide au sevrage donnée par le médecin et le principe d'émulation au sein d'un groupe.

Pour le moment, ces programmes sont principalement dispensés par des structures spécialisées ou par des groupes privés à but lucratif, et le plus souvent en prévention tertiaire des risques liés au tabac.

Mais certains médecins généralistes, et notamment ceux exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), commencent à s'intéresser à cette question pour prendre en charge les patients, en prévention secondaire (avant l'apparition de complications) ou tertiaire (pour éviter l'aggravation des pathologies résultantes), et plus particulièrement les fumeurs dits « difficiles ». Le recrutement direct, la proximité du cadre et la connaissance du professionnel de santé animateur des réunions pourraient être bénéfiques à la mise en place et à la réussite de ce nouvel outil.

Des professionnels de santé d'une maison de santé en Loire Atlantique ont décidé de monter un projet de proximité, en prévention secondaire ou tertiaire, d'aide au sevrage tabagique comportant des séances collectives. Basées notamment sur le principe des groupes de parole et la confrontation d'expériences, ces réunions restent néanmoins encadrées par des soignants et centrées sur la modification de la consommation tabagique du patient.

Problématique :

Cette thèse a pour objectif principal de décrire l'élaboration de ce projet, des motivations initiales des professionnels de santé à sa mise en place, jusqu'au vécu des participants en estimant leur satisfaction et l'impact sur leur consommation.

Les objectifs secondaires sont :

- la définition et l'évaluation de la présence des conditions nécessaires à la pérennisation de ce nouvel outil au sein de la MSP de Savenay ou à sa reproduction dans d'autres structures de soins de proximité,
- la proposition d'évolutions, au besoin, à envisager.

La lutte contre le tabac en 2015

1. Le tabagisme, une maladie chronique comme les autres

Le tabac est une drogue licite; toute personne de plus de 18 ans garde le droit d'acheter ce produit et, à condition de respecter les interdictions de fumer dans les endroits publics, les écoles et les lieux de travail, rien n'empêche qui que ce soit de consommer cigares, pipes ou cigarettes. Fumer reste donc un comportement " normal " appartenant en outre à la sphère privée de tout citoyen. Cependant, d'un point de vue médical, fumer du tabac est une conduite à haut risque pour soi-même et pour les autres, engendrant un problème grave de santé publique autant en termes de morbidité que de mortalité et de coût en santé publique.

De plus, le tabac a le potentiel addictif le plus fort devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne(9).

Un des premiers principes de la prise en charge de cette addiction, à savoir la « dénormalisation » du tabagisme, est déployée par les pouvoirs politiques via différentes mesures comme la publication de lois visant à limiter les lieux où l'on est autorisé à fumer, l'augmentation des taxes sur le tabac, l'interdiction de la publicité et de la vente de ces produits aux moins de 18 ans, l'organisation de lourdes campagnes médiatiques, l'instauration des paquets neutres etc.

Le médecin généraliste est probablement le plus qualifié pour accompagner le patient tabagique vers le sevrage, et ce pour plusieurs raisons :

- il est en contact avec la quasi-totalité de la population ; en 2011, 89.7% des assurés français avaient déclaré un médecin traitant, la quasi totalité étant des médecins généralistes(10), auprès duquel, pour exemple, chaque patient a consulté en moyenne 6,9 fois durant l'année 2008(11).
- le généraliste a plus de chances qu'un autre professionnel de santé d'aborder la question du tabac avec ses patients fumeurs avant qu'ils ne souffrent de complications en rapport avec ce dernier.

- grâce à son suivi à long terme, le généraliste peut renouveler régulièrement sa démarche.
- la confiance du patient envers son généraliste facilite les interventions personnalisées.

Chaque fumeur est différent mais il existe des points communs qu'il importe de connaître pour accompagner du mieux possible les patients concernés.

Le patient dépendant de quelque substance que ce soit, passe, selon le modèle transthéorique de changement de Prochaska et Di Clemente, par une série de stades de changement : la pré-contemplation, la contemplation, la détermination, l'action, le maintien, la sortie permanente ou la rechute (Figure 1)(12).

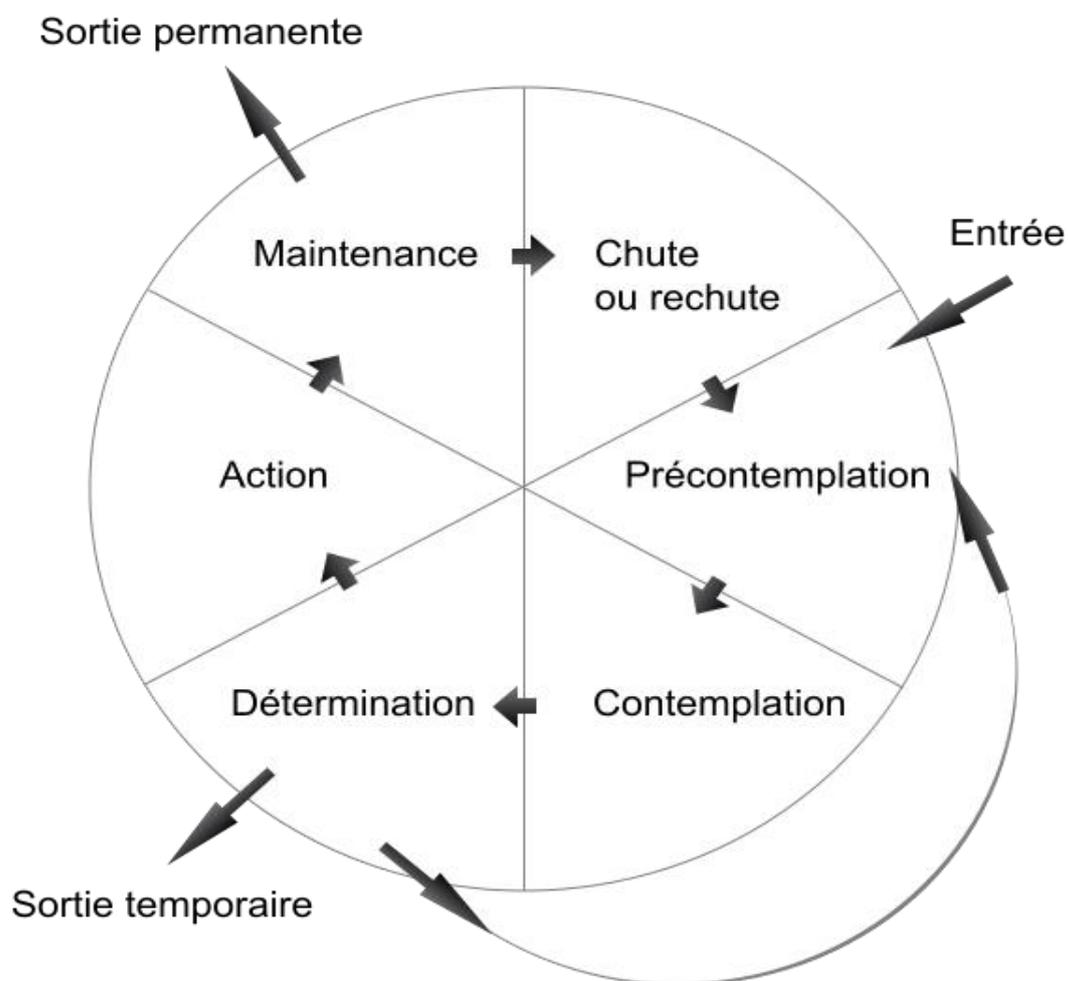


Figure 1 Modèle transthéorique de changement de Prochaska et Di Clemente (13)

Le médecin peut déterminer à quel stade se trouve le patient pour adapter son discours et optimiser son intervention.

Pour aller plus loin, certains chercheurs ont développé un cycle spécifique dénommé « carrière du fumeur » afin de modéliser le parcours type d'un consommateur de tabac et de savoir où il se trouve actuellement (Figure 2). Il permet également d'établir que cette addiction peut bien être comparée à une maladie chronique récidivante avec des sevrages (équilibre) et des rechutes (déséquilibre, décompensation)(14).

La prise de substance qui met fin à une période d'abstinence n'est qu'une étape dans le processus complexe de rechute. La rechute est un des aspects essentiels de l'addiction, car la dépendance au tabac persiste après l'arrêt. C'est pour cela que les addictions sont dorénavant considérées, y compris par la HAS, comme des maladies chroniques.

A noter que le taux de rechutes à 6 mois (plus de 80%) est identique quelque soit la substance considérée (cocaïne, héroïne, alcool, tabac)(15).

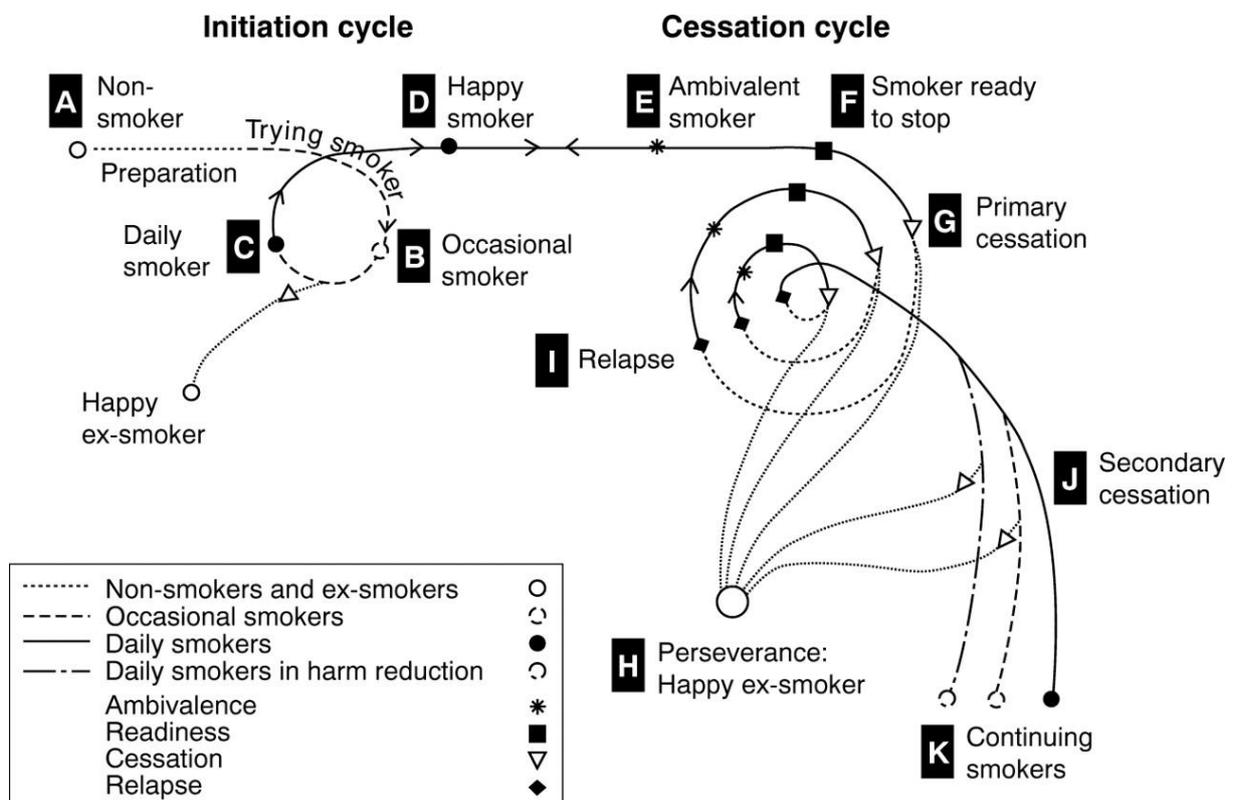


Figure 2 « Carrière du fumeur » selon le Pr Jacques Prignot(16)

Le stade dans lequel se trouve le patient est primordial à identifier avec lui. Il est maintenant démontré que la prise en charge par un conseil d'arrêt de tous les fumeurs et non pas seulement de ceux qui souhaiteraient arrêter, diminuerait de 13% le nombre de décès liés au tabac par an(17). Il s'agirait donc d'un impact majeur en terme de santé publique.

C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé en octobre 2014 a changé ses recommandations dans ce domaine. Le conseil minimal comportait deux questions simples : « Fumez-vous ? » ; « Désirez vous arrêter ? ». A présent, le « conseil d'arrêt » (« informations sur les bénéfices à arrêter, conseils clairs et personnalisés d'arrêter de fumer ») doit être délivré à tous les patients se déclarant fumeurs(5). Une étude montre que le conseil d'arrêt permet d'augmenter de 2,5% le nombre d'arrêts persistants à 1 an par rapport à l'absence de conseil ou à un conseil minimal(18).

Cette nouvelle recommandation française en prévention secondaire s'inscrit donc dans une évolution de la prise en charge de l'addiction au tabac comme une maladie chronique, suivie à intervalles réguliers ; le médecin, et surtout le généraliste, doit faire preuve de proactivité vis à vis de ses patients et doit aborder périodiquement le sujet du sevrage ou au moins de l'expérience d'un changement de consommation.

La HAS a mis à disposition un algorithme d'aide au médecin pour évaluer puis guider la patient dans son parcours de sevrage(19).

Il existe également d'autres modèles comme la « stratégie des cinq A », recommandation américaine (to ask, to assess, to advise, to assist, to arrange follow up)(20)

L'objectif est la progression accélérée du patient dans son « cycle du fumeur » pour induire un arrêt du tabac plus rapide et diminuer les risques en termes de morbidité et de mortalité.

2. Le médecin proactif

Chaque être humain produit des représentations du monde qui l'entoure. La représentation est aussi bien une construction cognitive personnelle en réponse à l'environnement de l'individu et plus précisément face aux problèmes qu'il peut rencontrer, qu'une construction sociale et collective puisque l'individu est « moulé » dans son environnement.

Les représentations peuvent être à l'origine de résistances aux réalités objectives scientifiques apportées par le soignant.

Dans le cadre de la prise en charge d'une maladie chronique, lorsque les résistances du patient entravent la réussite des objectifs du médecin, un processus de négociation entre les

deux parties se met en place.

La motivation du patient au changement est essentielle pour amener à une prise de décision. Pour chaque individu, la motivation est une instance d'intégration d'une multitude de paramètres relatifs à l'environnement et aux opportunités d'une situation. La motivation est donc proportionnée aux degrés d'ambivalence d'une situation(21).

Les principaux obstacles aux choix du patient sont les résistances au changement induites par ses représentations et ses contradictions (notion d'être complexe et ambivalent).

Pour démasquer les résistances du patient et donc ses représentations, le médecin doit d'abord les aborder avec le patient.

Les fumeurs sont massivement atteints d'une maladie chronique récidivante grave : la dépendance tabagique. Autrefois considérée comme un comportement, ce changement de point de vue risque de modifier en profondeur l'intervention du médecin.

La décision d'initier la prise en charge de cette maladie relève en premier lieu de la décision médicale et non de la motivation du patient, comme pour le diabète par exemple.

La prise en charge n'est pas une option ou un choix qui relève du patient ; le médecin doit prendre en charge 100% de ses patients fumeurs. En clair, c'est lui, si le patient ne consulte pas pour ce motif, qui doit amener le sujet et démasquer ses représentations, ses résistances et ses motivations. Les choix du malade, comme pour toute maladie chronique, ne font que moduler le type de prise en charge(20).

Le médecin proactif est celui qui cherchera à « prendre les devants » et fera régulièrement révéler au patient sa propre ambivalence et ses éventuelles motivations au changement vis-à-vis du tabac.

L'entretien motivationnel est un outil utilisé pour répondre aux résistances du patient et dévoiler l'ambivalence et la motivation de celui-ci vis-à-vis du sevrage.

Ceci ayant pour but, non pas seulement de prodiguer simplement des conseils, des informations ou de prescrire des connaissances médicales, mais de faciliter chez le patient un apprentissage par une démarche pédagogique raisonnée(22). Cette démarche a pour

caractéristiques de solliciter en permanence le point de vue du patient et de s'appuyer sur ses potentialités comme première ressource éducative en santé, de façon à ce que son état bioclinique, psychologique, social et pédagogique soit une transformation acceptée et voulue par le patient lui-même.

Le médecin doit être initiateur d'un processus, le patient est acteur de celui-ci.

La dépendance au tabac étant une condition chronique, des interventions répétées sont donc nécessaires.

Grâce à un certain nombre d'interventions disponibles, le médecin peut conseiller et aider le patient dans sa démarche. Certaines de ces méthodes sont également accessibles directement par le patient sans passer par un médecin.

Cependant, les études montrent qu'un fumeur voulant arrêter aura 80% de chances en plus s'il reçoit l'aide d'un professionnel que s'il tente son sevrage seul(23).

Tous les cliniciens devraient donc proposer des interventions d'arrêt du tabac en fonction, bien sûr, de la motivation présente du patient(24).

3. Les interventions disponibles

Après l'évaluation de la dépendance (le test de Fagerström en 2 ou 6 questions étant recommandé par la HAS) et l'entretien motivationnel, le médecin a plusieurs choix thérapeutiques à adapter à chaque profil et demande du patient.

3.1 Définition du counseling

Le counseling (ou counselling) est défini comme « une démarche d'aide en situation ». Sa caractéristique est d'apporter une aide, une médiation, à une personne ou un groupe dans un contexte propre.

Ce processus est né dans les années 1900 aux Etats Unis, puis largement répandu ensuite notamment grâce à Carl Rogers, à l'occasion d'un conflit entre des membres d'organismes de psychiatres et des psychologues, les premiers voulant empêcher les seconds de pratiquer la psychothérapie. Rogers proposa de remplacer le nom de l'activité « psychothérapeute » en « counselor » et contourner ainsi l'opposition des psychiatres.

Aujourd'hui, le counseling se définit comme une thérapie de soutien et d'accompagnement mais appliqué à des contextes sociaux distincts : counseling en entreprise, counseling de soutien aux populations déplacées, counseling en milieu hospitalier, etc.

3.2 Les interventions individuelles

3.2.1 L'accompagnement psychologique

Il est à la base de la prise en charge du patient et semble indispensable à la réussite du sevrage et son maintien dans le temps et est toujours plus performant s'il est adapté au contexte du patient (counseling en abandon de tabac). Il peut prendre différentes formes, de la thérapie de soutien simple effectuée par le médecin généraliste jusqu'à la thérapie structurée de type cognitivo-comportementale, éventuellement dispensée par un spécialiste. Citons également l'hypnothérapie, largement utilisée dans l'aide au sevrage tabagique.

Le counseling individuel (ou guidance individuelle) peut être également être dispensé de diverses manières :

- une ligne téléphonique informant les appelants au sujet des services d'aide au sevrage permet également de cerner les motivations et les besoins du patient, de pratiquer un counseling individuel et éventuellement d'orienter l'individu vers les ressources appropriées. En France, cette ligne est le 39 89 et est gérée par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé, et des Droits des femmes et par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Les intervenants téléphoniques sont, entre autres, des tabacologues. Le counseling est ici dénommé « coaching individuel ».

Le service téléphonique peut être réactif, c'est-à-dire que le spécialiste reçoit et répond aux appels du patient, ou proactif, en rappelant le fumeur pour le motiver ou le soutenir à maintenir un sevrage. Le counseling téléphonique proactif additionné à une pharmacothérapie serait plus efficace qu'une pharmacothérapie seule(25).

- il existe également la possibilité de s'informer et de pratiquer un counseling individuel par le biais d'internet sur le site <http://www.tabac-info-service.fr/>. A noter qu'il existe une application pour smartphone *Tabac Info Service*.

Une méta-analyse a montré qu'une intervention de counseling de seulement 3 minutes ou moins par un médecin augmenterait le taux de sevrage à 5 mois par rapport à l'absence d'intervention. Le taux de sevrage augmente également de façon significative avec la durée de l'intervention, mais aussi avec le nombre d'interventions et la durée totale de contacts entre le praticien et le fumeur(20).

Le clinicien devrait donc conseiller le fumeur intéressé pour se sevrer mais également proposer une intervention aux fumeurs qui ne souhaitent pas arrêter (conseil d'arrêt).

Il a de plus un rôle essentiel dans le suivi du fumeur sevré en renforçant sa décision, en mettant en avant les avantages acquis et en l'aidant à surmonter les difficultés rencontrées.

3.2.2 Les outils pharmacologiques

- les traitements nicotiques de substitution (TNS) sont recommandés en première intention chez tous les patients tabagiques en l'absence de contre indication. Ils permettent de réduire les symptômes de sevrage et d'envisager plus sereinement une réduction ou un arrêt total de leur consommation.

Une méta analyse a montrée que les TNS, quelle que soit leur forme, augmentaient de 58% la probabilité d'abstinence à 6 mois par rapport à l'absence de TNS ou à un placebo(26). Néanmoins, cette étude a été réalisée seulement chez les fumeurs se disant motivés au sevrage.

Les TNS disponibles actuellement sont les systèmes transdermiques (timbres ou patches), les gommes à mâcher, les pastilles à sucer ou sublinguales, les sprays buccaux ou les inhalateurs.

- la varénicline (ou Champix®), agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux, est proposée en deuxième intention dans l'aide pharmacologique au sevrage tabagique. Une méta analyse récente montrait une supériorité en terme d'abstinence par rapport au placebo mais pas par rapport aux TNS(27). Le risque principal suspecté de ce traitement était l'augmentation du risque de dépression et de suicide. Or, jusqu'à maintenant, aucun essai randomisé n'a établi de lien causal entre la prise de varénicline et la dépression ou le suicide(28). L'innocuité de ce traitement est encore actuellement en investigation et le

Champix® fait partie des médicaments qui font l'objet d'une surveillance renforcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

- le bupropion (ou Zyban®), un antidépresseur inhibant la recapture de la noradréline et de la dopamine, doit être proposé en dernière intention à cause du risque supposé important d'effets indésirables graves, notamment de convulsions(27). Comme pour la varénicline, aucun essai randomisé n'a établi de lien causal entre la prise de bupropion et la dépression ou le suicide(28). Le Zyban® ne fait pas l'objet d'une surveillance renforcée par l'ANSM.

La durée de prescription des outils pharmacologiques sera de 3 mois minimum après l'arrêt du tabac pour minimiser les risques de rechutes précoces.

Il est également possible, avec ces traitements, de viser d'abord une réduction du tabagisme sans sevrage. Les posologies seront à adapter jusqu'à atteindre, si possible un jour, l'arrêt complet du tabac. Un traitement de réduction est certes moins satisfaisant qu'un sevrage complet mais présente tout de même un intérêt, notamment chez les fumeurs moyennement motivés : le risque du tabagisme est diminué avec l'abaissement de la quantité fumée par jour ; de plus, cette expérience s'inscrit dans le parcours du fumeur et viendra s'ajouter aux anciennes et futures tentatives, augmentant étape par étape la connaissance et la confiance du patient dans son projet.

Cette expérience de changement de la consommation sans sevrage complet est également un des intérêts apporté par l'avènement récent de la cigarette électronique.

3.2.3 La e-cigarette

La cigarette électronique (ou e-cigarette) est un dispositif à batterie conçu pour diffuser de la nicotine dans les voies respiratoires en faisant chauffer un liquide à base de propylène-glycol (dénommé e-liquide). Il existe également des produits sans nicotine.

En 2011, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS, ancêtre de l'ANSM) avait émis un communiqué indiquant que la cigarette électronique, si elle était vendue comme une aide au sevrage tabagique ou si le taux de nicotine du produit pour la

recharger était supérieur à 20mg/ml, devait alors être considérée comme un médicament et par conséquent répondre à la législation en vigueur et disposer d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), ce qui n'est, à ce jour, toujours pas le cas(29).

Actuellement, l'ANSM ne recommande pas l'utilisation de la e-cigarette.

En mai 2013, l'Office français de prévention du tabagisme (OFT), a publié un rapport d'expert sur l'utilisation de la cigarette électronique. D'après celui-ci, la e-cigarette semblerait réduire les risques pour la santé quand elle vient en remplacement de la cigarette. Les e-liquides contiennent et libèrent des produits potentiellement irritants et/ou classés comme toxiques mais en quantité moindre que la fumée de tabac. La e-cigarette ne dégage pas de monoxyde de carbone et de particules solides(30).

Néanmoins, à ce jour, aucune donnée scientifique n'a montré l'innocuité de l'utilisation à moyen et long terme de la cigarette électronique. Son utilisation devrait donc être réduite dans le temps.

La cigarette électronique est malgré tout devenue un outil fortement utilisé pour le sevrage tabagique, aussi bien en auto-support sans avis médical que sur les conseils d'un médecin.

En France, en 2014, 26% des personnes de 15 à 75 ans déclaraient avoir déjà essayé la e-cigarette ; 6% se disaient utilisateurs et 3% de façon quotidienne. Les utilisateurs réguliers(ou vapoteurs) étaient à 83% des fumeurs de tabac réguliers et occasionnels et 15% étaient d'anciens fumeurs. Les consommateurs d'e-cigarette sont donc pour 98% d'entre eux des fumeurs ou ex-fumeurs. A noter que 86% des vapoteurs utilisaient des e-liquides avec nicotine. La moyenne d'ancienneté d'utilisation est de 4 mois(31).

En Grande Bretagne, en 2015, la raison principale de l'utilisation de la e-cigarette énoncée par les vapoteurs et fumeurs de tabac est « pour aider à baisser sa consommation de tabac, mais pas pour arrêter complètement (43%) » ; 41% des interrogés affirment qu'ils l'utilisent pour « aider à arrêter complètement le tabac »(32).

Selon l'INPES, 82% des fumeurs de tabac vapoteurs affirmaient qu'ils ont baissé leur consommation tabagique de 8,9 cigarettes par jour en moyenne(31).

L'image de la cigarette électronique est donc fortement liée au changement de la consommation tabagique et semble être efficace dans ce sens ; à tel point qu'actuellement en France, certains organismes de mutuelle remboursent les frais d'utilisation au même titre

qu'un substitut nicotinique lambda.

Au Royaume Uni, après une étude en 2015 estimant que la e-cigarette était « 95% moins nocive qu'une cigarette »(33), une certaine marque de cigarettes électroniques a même été reconnue comme médicament et va donc pouvoir être prescrite par les médecins puis remboursée par le système de santé.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en France, a émis, en 2014, l'avis suivant : « pour les fumeurs ayant envie d'arrêter, la consommation de la e-cigarette est un outil de réduction des risques lorsqu'il amène au sevrage ». Il met par contre en avant le risque de « la re-normalisation du tabac » et le risque, pour les non fumeurs, « d'entrer dans le tabagisme, notamment les jeunes ». Il souhaite de toute façon « s'appuyer sur des études ultérieures avant d'émettre toute recommandation scientifique »(34).

3.2.4 Autres interventions individuelles

L'acupuncture ou l'hypnose, par exemple, sont des outils d'aide au sevrage tabagique parfois expérimentés par les fumeurs en cessation. Néanmoins, aucune étude scientifique n'a permis de mettre en évidence une efficacité pour l'arrêt du tabac(28).

3.3 Les interventions de groupe

Le counseling de groupe, programme de soutien et d'aide, peut revêtir diverses formes : le groupe de parole, la thérapie de groupe cognitivo-comportementale, d'inspiration psychanalytique, des séances d'hypnose collective, ou parfois un mélange des genres. Le counseling de groupe comprend presque toujours une part d'informations.

Selon les études, reprises par de nombreuses recommandations internationales, une thérapie de groupe est plus efficace en terme de sevrage à 6 mois minimum que la prise en charge personnelle par auto support(8). En terme de cessation, les preuves ne sont pas suffisantes pour déterminer si les interventions de groupe sont plus efficaces que les interventions individuelles de counseling(8).

Les interventions de groupe en abandon de tabac peuvent être dispensées en France par

divers organismes dont voici quelques exemples.

- Le **CHU** Maison Blanche à Reims, par exemple, propose par le biais de son service de pneumologie et allergologie une consultation de groupe d'abord « d'analyse et de renforcement des motivations », puis de « prévention des rechutes utilisant des **stratégies cognitivo-comportementales** ».

En tabacologie, le CHU de Nantes ne propose plus de consultations collectives en dehors d'une « réunion de préparation en groupe » initiale à toute prise en charge.

- Le Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer propose, via son service d'addictologie, plusieurs programmes d'**Education Thérapeutique du Patient (ETP)**, donc financés par **l'Agence régionale de Santé (ARS)**, regroupés sous le nom de « *Programme d'accompagnement vers l'abstinence d'un produit ou d'un changement de mode de vie* », destinés aux patients tabagiques avec ou sans comorbidités, dispensés sur cinq jours en **Hôpital de Jour**. Trois programmes ont vu le jour sous cette appellation: « *Produits : tabac et opiacés* », « *La rémission (accompagnement de la prévention et la rechute)* », « *Vivre bien sans produit (accompagnement du maintien de l'abstinence à long terme et de l'amélioration de la qualité de vie)* ». Ces programmes regroupent des séances individuelles et en groupe, notamment basées sur l'échange, l'information, les stratégies comportementales, la relaxation, etc.

- Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac, par exemple, propose des « **groupe de discussion** » pour les patients souhaitant « échanger des informations autour du tabagisme et de son impact sur la vie, l'environnement personnel... ».

En Loire-Atlantique, les Nouvelles Cliniques Nantaises proposent également des séances en groupe d'**informations** et de « **gestion du stress** » aux patients tabagiques vierges de pathologie en lien.

- De nombreuses **cliniques**, notamment, proposent des sessions de groupes d'aide au sevrage tabagique par **l'hypnose Ericksonienne**.

- Dans **le monde du travail**, il existe des conventions passées entre les CHU et les entreprises

pour participer à des programmes de prévention. L'Unité de Coordination de Tabacologie (UCT) du CHU de Nantes y participe notamment.

La Médecine du travail et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT) proposent dans certaines entreprises des actions de sensibilisation et d'aide au sevrage tabagique pour les employés. Des intervenants privés peuvent alors être sollicités.

- Des **entreprises privées** proposent également, en dehors du travail, des programmes de groupe pour l'aide au sevrage tabagique, parfois pris en charge par certains organismes de mutuelle de santé (« *Vivre sans tabac* », « *Le programme d'arrêt du tabac Allen Carr* », etc.).
- Certaines **associations** dispensent également des programmes de groupe d'aide au sevrage tabagique comme la Ligue Vie et Santé, association liée à l'Eglise adventiste, qui propose *le plan de 5 jours*, thérapie de groupe fondée en 1960 et revendiquant 95% de réussite au sevrage tabagique.

- En Franche-Comté, un **projet intercommunal** dénommé « *Le tabac, si on en parlait ?* », a vu le jour, financé par la **Ligue contre le Cancer**, ouvert à tous les fumeurs en prévention secondaire ou tertiaire. Il se décompose en 6 séances de 2h chacune, principalement à type de groupe de parole, d'informations délivrées par les professionnels de santé et de stratégies comportementales. Le recrutement des patients se fait sur un territoire prédéfini, à savoir *l'Espace d'Animation Territoriale de l'Aire Urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt-Delle*. Les séances se déroulent uniquement à Belfort.

- Certaines **MSP** ou **dispensaires** (comme le dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand) dispensent des ateliers d'ETP en groupe comprenant notamment une aide au sevrage tabagique mais ces ateliers sont uniquement destinés aux individus atteints de Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) donc déjà « malades » du tabac. Ces ateliers sont donc dispensés en **prévention tertiaire**.

- A Bruxelles, en **Belgique**, une **MSP** propose à ses patients un « module de préparation à l'arrêt du tabac » destiné à une dizaine de fumeurs qui souhaitent « mener une réflexion sur leur consommation, diminuer ou arrêter de fumer ». Ce travail s'inscrit en **prévention secondaire ou tertiaire**. L'objectif annoncé est le partage d'expériences, le travail de

motivation, l'information des patients et la planification d'objectifs futurs ou contemporains au module. Ce module est réparti en 6 séances sur quelques mois, principalement sous forme de groupes de parole. Les séances se déroulent toutes **au sein même de la MSP**. Les participants peuvent choisir le thème d'une des séances. Elles sont animées par une animatrice professionnelle et parfois co-animées par un kinésithérapeute et un tabacologue. Un ancien fumeur intervient parfois comme témoin. Une septième séance, 3 mois après la fin du module, peut être proposée pour faire une évaluation à distance et relancer la motivation des participants.

Ce projet est destiné aux « patients de la MSP et habitants du quartier » et s'inscrit donc dans un **travail de proximité**. Le recrutement se fait suite à une information écrite par affiches en salle d'attente et dépliants en libre service. Tous les professionnels de santé de la MSP peuvent recruter leurs patients. Des dépliants sont également à disposition dans les locaux de certaines associations du quartier.

En France, aucun projet d'intervention en groupe, en prévention secondaire, au sein d'une MSP n'a été mis en évidence lors de nos recherches.

3.4 Les approches de masse

Les campagnes médiatiques contre le tabagisme existent en France depuis 1976 suite à la loi Veil, et véhiculent des informations pour la lutte contre le tabac via des messages télévisés, sur internet, à la radio, dans la presse écrite, sur des panneaux publicitaires et maintenant directement sur les paquets de cigarettes. Ces campagnes permettent de transmettre des messages favorisant la cessation du tabac en présentant par exemple les bénéfices à l'arrêt ou en promouvant le statut de non fumeur comme une situation souhaitable. Elles véhiculent également des informations sur les risques pour la santé et son entourage. Les bienfaits de ces campagnes sont également de mettre en place une « contre-publicité » à l'industrie du tabac qui associe la cigarette à des valeurs positives comme l'indépendance, la virilité ou la minceur. Enfin, ces campagnes peuvent également servir de soutien promotionnel à de actions en cessation tabagique.

L'évaluation de l'impact de ces campagnes est très difficile à chiffrer, l'efficacité étant

diverse tant est qu'on la juge uniquement sur le nombre de sevrages ou si l'on élargit les objectifs à l'information, la réduction du tabagisme passif, la sensibilisation au sevrage, etc. Ces paramètres sont difficilement quantifiables.

Il existe également d'autres approches de masses comme le concours « Quit and Win », organisé depuis de nombreuses années dans différents pays du monde. Cette méthode incite le fumeur à cesser sa consommation pour gagner un certain nombre de prix. En 2000, cette méthode était reproduite dans 119 pays et comptait 1 million de participants à travers le monde(35).

4. Les fumeurs difficiles

Une population spécifique de fumeurs émerge et est de mieux en mieux identifiée par les professionnels de santé: les fumeurs dits « difficiles » ou résistants aux mesures éducatives et de soins habituels dispensés aux patients tabagiques. Dans cette population, on distingue les fumeurs dits « irréductibles » (« hard-core smokers ») et les patients dits « gros fumeurs dépendants » (« heavy chronic smokers »).

Cette population de fumeurs difficiles, à présent mieux identifiée par les professionnels de santé, ne semble pas, en proportion, en augmentation dans la population tabagique.

L'hypothèse « Hardening hypothesis », selon laquelle la proportion de fumeurs résistants augmenterait corrélativement à l'augmentation du nombre de sevrages chez les tabagiques « sensibles » aux méthodes usuelles n'est pas prouvée par les études réalisées(36).

Les « hard-core smokers » répondent à des critères prédéfinis : un âge supérieur ou égal à 26 ans, une consommation d'au moins 15 cigarettes par jour, un tabagisme quotidien sans relâche depuis au moins 5 ans, l'absence de tentative d'arrêt dans l'année qui précède et aucune intention ou désir de le faire dans les 6 mois qui suivent(37). Ces patients représenteraient 5 à 16% des fumeurs et leur prévalence semble s'accroître avec l'augmentation de la consommation et avec l'âge (jusqu'à 30% chez les fumeurs de plus de 65 ans).

Sur le plan sociologique, ce groupe se caractérise par une prédominance d'hommes, vivant seuls, exerçant une activité professionnelle moins fréquemment que la moyenne. Leur

consommation tabagique semble également spécifique : le début de leur consommation est précoce, intense (25 cigarettes par jour en moyenne) et ils consomment fréquemment d'autres substances psychoactives(38). Enfin, ils se pensent peu dépendants au tabac et sont peu convaincus des risques de celui-ci sur leur santé, à présent ou dans le futur(39).

Les « heavy chronic smokers » relèvent, pour leur part, d'une définition moins précise : population regroupant les gros fumeurs, de consommation ancienne, ayant accumulé les échecs lors de leurs tentatives de sevrage. Ce groupe moins homogène présente toute fois des traits communs comme un niveau de dépendance élevé, de fréquentes co-addictions, des troubles anxio-dépressifs associés et des pathologies somatiques résultantes (bronchopneumopathie chronique, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, coronaropathie, etc.)(7).

Ces gros consommateurs fortement dépendants sont particulièrement exposés aux risques induits par la poursuite de leur tabagisme. Qu'ils soient contraints pour raisons de santé, voire économiques, ou motivés mais en échec, cette population se trouve en grande difficulté pour s'arrêter de fumer. Etant moins sensible que le reste de la population fumeuse aux mesures générales en cessation de tabac, le médecin doit trouver des solutions nouvelles et personnalisées pour ces patients. Outre le renforcement des techniques motivationnelles, la réduction de la consommation aidée par les TNS, la prise en charge des comorbidités physiques ou psychiques et le développement de stratégies de prévention de la rechute, le médecin généraliste ou spécialiste peut développer de nouveaux outils d'aide pluridisciplinaire pour espérer mieux prendre en charge ce groupe de patients.

L'identification de ces individus et la mise en place de mesures précoces de prévention qui résulteraient probablement d'une approche globale bio-psycho-sociale semblent également inéluctables.

Contexte de la mise en place du projet

1. Contexte géographique

Le projet a été imaginé, travaillé, puis mis en place au sein d'une maison de santé à Savenay, en Loire Atlantique. Cette maison de santé prend le nom de *Pôle de Santé Loire et Sillon*, situé 15 rue de l'hôpital, 44260 Savenay.

Cette maison de santé est située dans un bâtiment indépendant, proche de l'Hôpital Loire et Sillon. Elle a été créée en mai 2010.

2. Le Pôle de Santé

Il s'agit d'un Pôle pluriprofessionnel contenant des professions médicales et paramédicales, permettant de réunir une grande partie des praticiens et acteurs de santé de Savenay dans un établissement récemment créé et organisé en partenariat avec l'hôpital local. Les locaux permettent d'accueillir une population très variée et comprennent un accès handicapé.

3. L'équipe soignante

Elle comprend quinze professionnels de santé médicaux et paramédicaux :

- 7 médecins généralistes
- 5 infirmiers
- 1 diététicienne
- 1 pédicure-podologue
- 1 angiologue

4. Le projet déjà en place

Lors de l'écriture du projet de maison de santé, l'équipe soignante a choisi l'Education Thérapeutique du Patient comme axe structurant du projet de prévention.

Une maison de santé pluriprofessionnelle se prête en effet bien à la pratique de l'ETP via des

moyens mis en commun sur le plan matériel (locaux mutualisés, équipe pluridisciplinaire, salle de réunions de concertation...), financier ou vis-à-vis de la formation.

C'est pourquoi, dès 2011, l'équipe a mis en place un programme d'ETP collective pour leurs malades chroniques atteints de maladies cardio-vasculaires. Ce programme comportait, comme le recommande la Haute Autorité de Santé, un diagnostic éducatif via une consultation individuelle, une intervention de trois séances d'éducation thérapeutique collective, et une séance d'évaluation des compétences acquises et des changements chez le patient(40).

Pour mener à bien ce projet, les intervenants du Pôle de Santé Loire et Sillon ont bénéficié d'une formation dispensée par le Pôle de ressources en ETP, coordonnée par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS).

L'ARS des Pays de la Loire a validé le 15/09/2011 le programme d'ETP du Pôle de Santé Loire et Sillon au titre de « Prenez votre santé à cœur ». Les critères d'inclusion ont été les suivantes : tout patient ayant un ou plusieurs facteurs de risques cardio-vasculaires ou des antécédents de maladie cardio-vasculaire passée ou en cours ; il n'y avait pas de limite d'âge.

En pratique, entre 2011 et 2014, 145 patients ont été recrutés pour participer à ce programme d'ETP. Aucun participant n'avait pour seul facteur de risque cardio-vasculaire un tabagisme actif ou passé.

Après plusieurs années de pratique en ETP dit « cardio-vasculaire », l'équipe soignante a décidé de monter un projet s'en inspirant mais ayant pour thème principal le tabagisme en prévention secondaire ou tertiaire. Ce type de programme étant quasi inédit en soins primaires, les intervenants de cette MSP ont donc créé un nouvel outil dans l'aide au sevrage tabagique du patient.

5. Positionnement de la thèse au sein du projet

Cette thèse a été pensée puis élaborée pendant et après la mise en place effective du nouveau projet d'aide au sevrage tabagique en groupe.

Elle a pour but de décrire la création et le déroulement de sa mise en place pour faire bénéficier la communauté médicale et paramédicale de cette expérience, puis d'évaluer la satisfaction et son impact sur les patients inclus afin d'analyser au mieux cet outil et de préciser la pertinence de le pérenniser dans cette même MSP ou de le reproduire ailleurs.

Matériels et méthodes

1. Description du travail

Il s'agit d'une étude de cas singulier, descriptive, par :

- recueil d'informations sur la création du projet auprès des soignants responsables,
- observation et description des séances,
- recueil, auprès des patients, d'informations, en deux temps : par questionnaire papier remis dès la fin du module puis par questionnaire téléphonique à distance de la fin des réunions.

2. Population étudiée

2.1 Critères de recrutement

Les critères d'inclusion des patients au projet ont été les suivants :

- tout patient retenu comme fumeur quotidien (déclarant fumer tous les jours)
- se déclarant, sur question du recruteur, envieux de modifier vers le bas sa consommation tabagique
- avec ou sans critère de motivation pour un sevrage immédiat
- avec ou sans antécédent de tentative de sevrage
- sans limite d'âge ou de sexe
- ayant ou non une ou plusieurs pathologies somatiques, psychiques ou co-addictives associées
- étant volontaire pour participer aux séances collectives d'aide au sevrage tabagique.

2.2 Critères d'exclusion

Etaient exclus du recrutement les patients :

- n'ayant auparavant jamais consulté au Pôle de Santé de Savenay.

2.3 Méthodes de recrutement

Tous les professionnels de santé de la maison de santé pouvaient recruter parmi la patientèle du Pôle, y compris les soignants qui ne participaient pas directement à l'animation des séances. Un fichier informatique partagé par tous les soignants et disponible dans chaque cabinet en temps réel avait été créé pour pouvoir inscrire les patients recrutés dans les différents modules. Chaque module de trois séances était identique et variait seulement par ses dates de tenue.

Durant une consultation individuelle, un soin, ou une visite, « provoqués » par le patient, motivés ou non par son tabagisme, le professionnel réalisait un entretien motivationnel au sevrage du tabac.

Si les critères d'inclusion étaient retenus, le soignant donnait des explications orales sur les réunions d'aide en groupe et proposait alors une inscription à un module aux dates prédéfinies.

Ce schéma était systématiquement reproduit pour tous les patients fumeurs. Les fumeurs « difficiles » étaient particulièrement sollicités par l'insistance du soignant.

Le patient donnait alors son accord oral ou non pour s'inscrire.

L'équipe soignante s'était donnée comme objectif de recruter entre huit et dix patients par module. Chaque patient ne pouvait participer qu'aux trois séances du module dans lequel il était inscrit. La répartition des patients dans un module donné se faisait par dates d'inscription et suivant les disponibilités de l'individu.

Chaque module était programmé entre deux et trois mois à l'avance ; au lancement du projet, le nombre de modules à créer n'avait pas été défini.

Les modalités de suspension du recrutement étaient l'absence de places disponibles pour le reste des modules programmés.

2.4 Taille de l'échantillon

La population source, représentée par les patients recrutés au sein du Pôle de Santé de Savenay pour participer au projet était au nombre de 116. Un patient était considéré comme recruté lorsqu'il donnait son accord oral au professionnel de santé en consultation. Parmi eux, 57 patients ont finalement participé à au moins une séance.

2.1.1 Pour le questionnaire remis en fin de module

L'échantillon pour ce questionnaire représentait les patients ayant participé à la troisième et dernière séance d'un des quatre derniers modules organisés. Ils étaient au nombre de 26.

2.1.2 Pour le questionnaire de rappel téléphonique

L'échantillon représentait les patients ayant participé à au moins une séance sur l'ensemble des modules organisés, soit 57 patients.

3. Déroulement du projet

3.1 Le lieu

Le projet a été mis en place au sein du Pôle de Santé de Savenay.

Le recrutement s'est effectué en consultation individuelle, dans le cabinet de chaque professionnel de santé.

Les séances de groupe ont eu lieu dans une salle de réunion au sein de la maison de santé prévue à cet effet, autour d'une table pouvant accueillir une dizaine de patients.

3.2 Le nombre de modules

7 modules ont été organisés comprenant chacun trois séances.

3.3 La durée du projet en MSP

Le recrutement des patients s'est tenu du 07/05/2014 au 30/11/2014 soit un total de 6 mois et 23 jours.

Ces modules se sont déroulés entre le 22/05/2014 et le 06/01/2015 soit un total de 7 mois et 15 jours.

La première et la deuxième séances étaient espacées de 7 à 14 jours, 10 jours en moyenne.

La deuxième et la troisième séances étaient espacées de 6 à 42 jours, 24 jours en moyenne.

La durée d'étalement d'un cycle de trois séances allait de 21 jours pour la plus courte à 1 mois et 18 jours pour la plus longue, soit 1 mois et 4 jours en moyenne.

4. Déroulement du travail d'étude

4.1 La durée du travail d'étude

Ce travail s'est déroulé sur une période totale d'1 an, 1 mois et 12 jours, répartie en trois phases.

L'étude du projet a débuté à partir du début du quatrième module.

- La première phase du travail consistait au recueil de questionnaires remis en fin de module et concernait le déroulement des quatre derniers modules soit du 16/09/2014 au 06/01/2015. C'est également durant cette phase que j'ai pu observer le déroulement de trois séances d'un même module.

- La deuxième phase était une phase de « recul » permettant de prendre de la distance par rapport aux séances et de débiter une analyse intermédiaire des résultats. La phase de recul correspondait à la période entre la fin du dernier module et le début des rappels téléphoniques. La durée de cette phase a été fixée à priori à huit mois. Elle a duré 8 mois et 9 jours.

- La troisième phase concernait les rappels téléphoniques de tous les patients ayant participé aux sept modules. Elle s'est déroulée du 15/09/2015 au 28/10/2015.

La figure 3 résume le déroulement du projet et du travail d'étude.

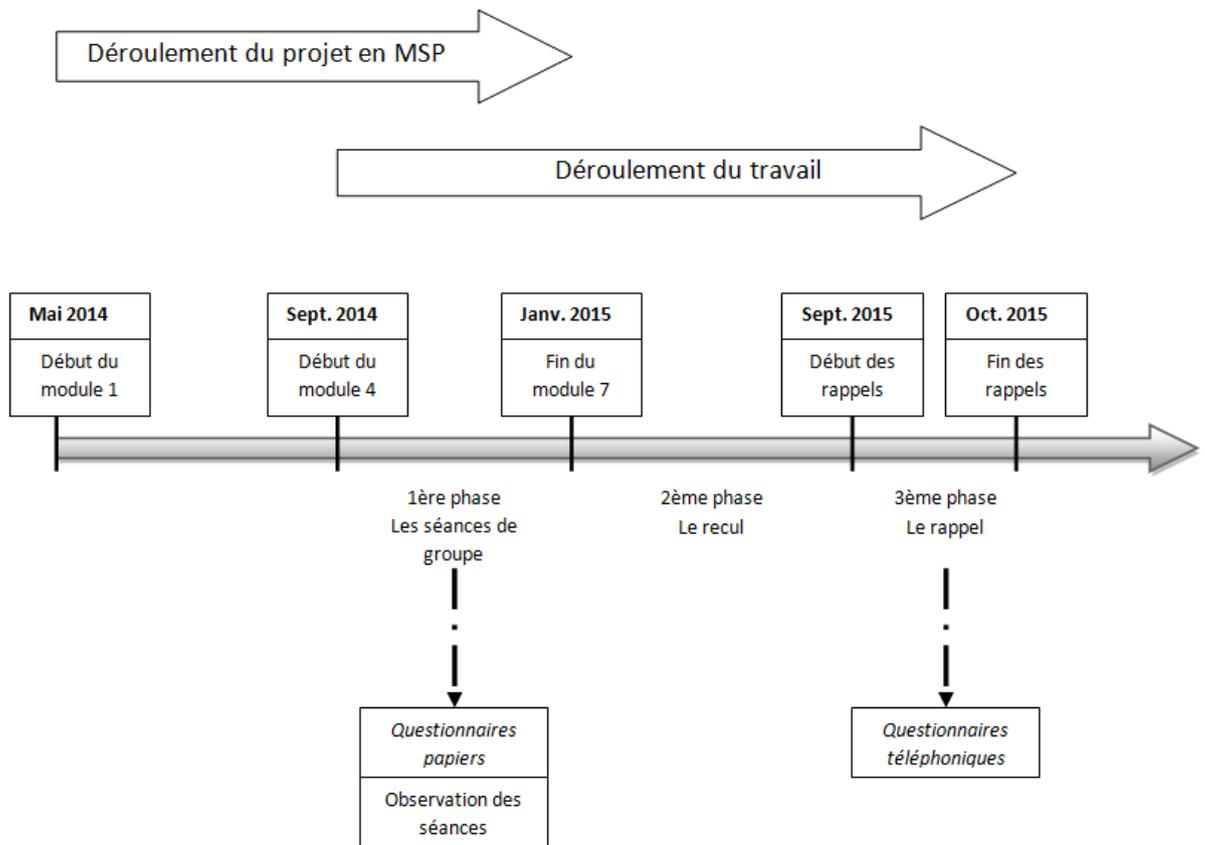


Figure 3 Les différentes phases du projet, de l'étude du projet et leurs durées

Le recueil d'informations auprès des intervenants de ce projet s'est déroulé tout au long de celui-ci, par discussions de visu ou téléphoniques mais sans entretien formel.

4.2 Méthode de recueil des données

4.2.1 Méthode d'observation des séances

Le projet prévoyait une succession de trois séances collectives pour chaque module.

Chaque séance durait 1 heure et 30 minutes.

Pour restituer leurs contenus, j'ai participé, en tant qu'observateur simple, à l'intégralité du sixième module. Pour n'interagir en aucun cas avec les participants ou les animateurs, je ne me positionnais ni à la table des patients, ni debout avec les soignants, mais en retrait dans un coin de la salle.

Les données enregistrées étaient notées sur papier. Elles comprennent le contenu intrinsèque de chaque séance et son déroulement précis.

4.2.2 Recueil des données à la fin du module

A la fin de la troisième et dernière séance de chaque module étudié, un questionnaire imprimé recto verso sur feuille A4 était remis en main propre à chaque participant présent par l'animateur. Il y était joint une enveloppe timbrée pré-remplie à mes nom et adresse. Il était demandé à chaque patient de répondre au questionnaire et de le renvoyer dans un délai « raisonnable ». Les réponses étaient anonymes. Trois semaines plus tard, un SMS standardisé a été envoyé à tous les patients pour encourager les éventuels non répondants à retourner le courrier.

Le questionnaire que nous avons créé était essentiellement fait de questions fermées à choix simple ou multiple. La plupart des données étaient qualitatives. Certaines questions utilisaient des échelles qualitatives nominales.

Deux items utilisaient une échelle qualitative ordinale type échelle de Likert, permettant quatre modalités de réponses : « pas du tout d'accord », « en partie d'accord », « d'accord » et « tout à fait d'accord ».

Certaines questions ouvertes laissaient au patient la possibilité d'argumenter leur choix; il était demandé dans une question de répondre en posant une note sur 10.

Le questionnaire, disponible en annexe 1, pouvait être interprété en le divisant en cinq parties. Les questions ont volontairement été distribuées de manière non catégorisée dans le questionnaire.

- Une partie s'intéressait aux caractéristiques cliniques du patient et évaluait sa dépendance au tabac avant le début des réunions (questions 18 et 19).

L'âge et le sexe puis un test de Fagerström court, interprété selon les recommandations de la HAS(41), étaient demandés.

- Une part décrivait la « carrière du fumeur » de chaque participant (questions 1, 2, 3 et 4). L'objectif était de connaître le profil du parcours des participants en recueillant leurs expériences de tentatives de sevrage, qu'elles soient, d'après le patient, réussies ou non.

- Une autre partie évaluait l'évolution du patient au fil du projet via la remémoration de ses motivations au changement **avant la proposition** d'intervention puis **suite à l'inscription au groupe** et les résultats obtenus **après la participation** (question 5, 7 et 8).

L'objectif était notamment d'estimer, sans significativité, l'impact de l'inscription puis de la participation au programme de groupe sur les motivations au sevrage et à la baisse de consommation.

- Une partie évaluait la satisfaction des participants vis-à-vis de ces séances de groupe (questions 6, 9, 10, 13 et 17).

Cette part avait pour but de recueillir la perception du patient sur l'acquisition ou non de nouvelles connaissances ou compétences puis d'évaluer l'intérêt ressenti du travail en groupe, pour lui-même et pour les éventuels futurs participants.

- Enfin, une dernière part s'intéressait à l'idée que se font les patients de leur recrutement dans ce projet, de leur adhésion à celui-ci et aux alternatives qui auraient pu être mises en place (questions 11, 12, 14,15 et 16).

L'objectif était de comprendre comment le patient a-t-il été amené à accepter de participer à ce projet, et de savoir s'il aurait accepté d'autres interventions disponibles en sevrage du tabac, dans d'autres lieux que la MSP.

4.2.3 Recueil des données après la phase de recul

Tous les patients ayant participé à au moins une des trois séances de leur module ont été rappelés.

Un questionnaire téléphonique a été créé. Celui-ci n'était pas anonyme, le patient étant rappelé à partir de la base de données informatiques nécessaires au recrutement des participants dans la MSP.

Les appels ont été passés par moi-même, depuis mon domicile, en début de soirée ; un message expliquant le but de l'appel était laissé sur le répondeur téléphonique si le patient ne répondait pas. Le patient était appelé trois fois puis, en cas d'échec, était considéré comme perdu de vue et n'était pas analysé.

La date de rappel était notée afin d'évaluer le temps passé entre la dernière séance à laquelle le patient a participé et l'administration du questionnaire.

Le questionnaire, disponible en annexe 2, était fait de trois items :

- Le premier était une question ouverte visant à connaître la consommation tabagique du patient à la fin de son module. Cette question était faite pour récupérer des informations sur l'impact des réunions dès la fin des séances pour les patients des trois premiers modules non évalués par le questionnaire papier. Elle permettait également de mettre le patient en confiance pour répondre à la suite du questionnaire.

- Le deuxième item était d'abord une question sur la consommation tabagique actuelle du patient comparée à celle à la fin du module.

Si l'individu ne fumait plus lors du rappel, il lui était demandé s'il pensait que les réunions l'avaient aidé à cela.

Si le patient fumait encore lors du rappel, il lui était demandé s'il avait pu expérimenter une diminution ou un arrêt durant la période de recul, et si oui, s'il pensait que les réunions de groupe l'avaient aidé à cela.

L'objectif de cet item était d'estimer l'impact supposé, sans significativité, de la participation au programme de groupe sur la consommation tabagique du patient.

- Le troisième item cherchait à comprendre pour quelles raisons une partie des patients n'avait pas suivi le programme jusqu'au bout en ne participant pas à la troisième et dernière séance de leur module. Il s'agissait d'abord d'une question à choix simple ; si le patient n'avait pas participé à la troisième réunion, une question à choix multiples mais à réponse simple sur la cause de son absence était alors posée. L'enquêteur annonçait les choix possibles les uns après les autres et le patient devait en retenir un.

4.2.4 Recueil des informations auprès des organisateurs

Aucun entretien formel n'a été réalisé ; chaque intervenant du projet a pu me transmettre des informations sur les fondements ou les difficultés rencontrées, dans un cadre non programmé, comme, par exemple, lors des « débriefings » avec les animateurs après les séances que j'ai pu observer ou lors de conversations téléphoniques.

5. Méthode d'analyse des données

- Nous avons effectué la révision des données recueillies de façon linéaire : d'abord l'observation du contenu et du déroulement des séances puis par réception de questionnaire remis en fin de module et enfin par analyse des données du questionnaire de rappel à distance.

- Ces données, ensuite croisées avec les informations recueillies auprès des instigateurs et animateurs du projet puis avec les données de la littérature, de santé publique et économiques actuelles, ont permis une analyse de type **SWOT** (**S**trengths – forces, **W**eaknesses – faiblesses, **O**pportunities – opportunités, **T**hreats – menaces). Cette méthode d'analyse est un outil qui combine l'étude des forces et des faiblesses actuelles d'un programme, d'une action, d'une organisation avec celle des opportunités et des menaces liées au contexte de son environnement. Cet outil permet ensuite de déterminer les options stratégiques envisageables pour l'utilisation future du programme.

L'analyse SWOT permet, pour développer une stratégie, de prendre en compte les facteurs déterminants, qu'ils soient positifs ou négatifs, à la fois internes et externes au projet. Elle contribue à l'étude de la pertinence et de la cohérence d'une stratégie. Ce type d'analyse semble adapté au projet de développement des réunions d'aide au sevrage en groupe, à savoir, si les conditions sont réunies pour « persévérer » dans ce sens et reproduire ce projet, amélioré si possible, dans la même ou dans une autre structure de soins de proximité.

Cette méthode sera présentée sous forme d'une matrice. Cette analyse sera détaillée dans la partie Discussion.

La méthode d'analyse SWOT est expliquée plus en détail en annexe 3.

Résultats

1. Statistiques de la population et du recrutement

1.1 Caractéristiques de la population étudiée

116 patients ont été recrutés par les professionnels de santé de la MSP et avaient donné leur accord oral pour participer aux réunions de groupe. Parmi eux, 57 patients ont participé à au moins une séance. 59 patients n'ont donc participé à aucune séance.

Sexe : Sur les 57 patients, 34 étaient des hommes, 23 étaient des femmes.

Age : L'âge moyen des participants était de 47,76 ans. L'âge médian des patients était de 46 ans. Le patient le plus jeune avait 25 ans, le plus âgé avait 71 ans.

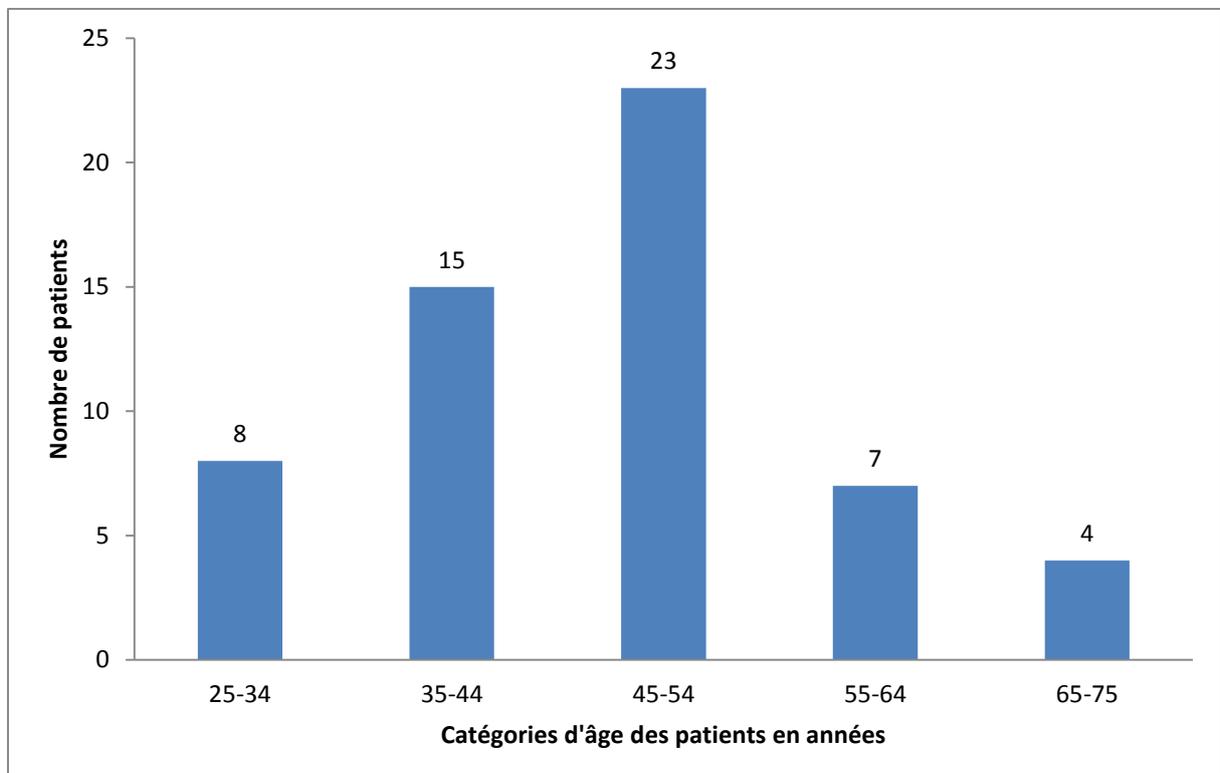


Figure 4 Répartition des effectifs par âge de tous les patients ayant participé à au moins une séance

1.2 Répartition des effectifs

Population générale : l'ensemble des patients du Pôle de Santé de Savenay

Population source : les patients recrutés par les professionnels de santé en donnant leur accord oral.

Les participants à au moins une séance étaient au nombre de 57. Parmi eux, 36 ont participé aux 3 séances et 21 ont arrêté le programme après la première ou la deuxième séance.

L'échantillon pour l'étude en fin de module comprenait les patients ayant participé à la troisième réunion des quatre derniers modules organisés, soit 26 patients. Parmi eux, 18 patients ont répondu et renvoyé le questionnaire.

L'échantillon pour l'étude à distance comprenait tous les patients ayant participé à au moins une séance, soit 57 patients. Parmi eux, 52 patients ont répondu au questionnaire téléphonique.

La figure 5 représente la répartition des effectifs pour le questionnaire remis immédiatement à la fin des quatre derniers modules organisés.

La figure 6 représente la répartition des effectifs pour le questionnaire de rappel téléphonique, 8 mois après la fin du dernier module.

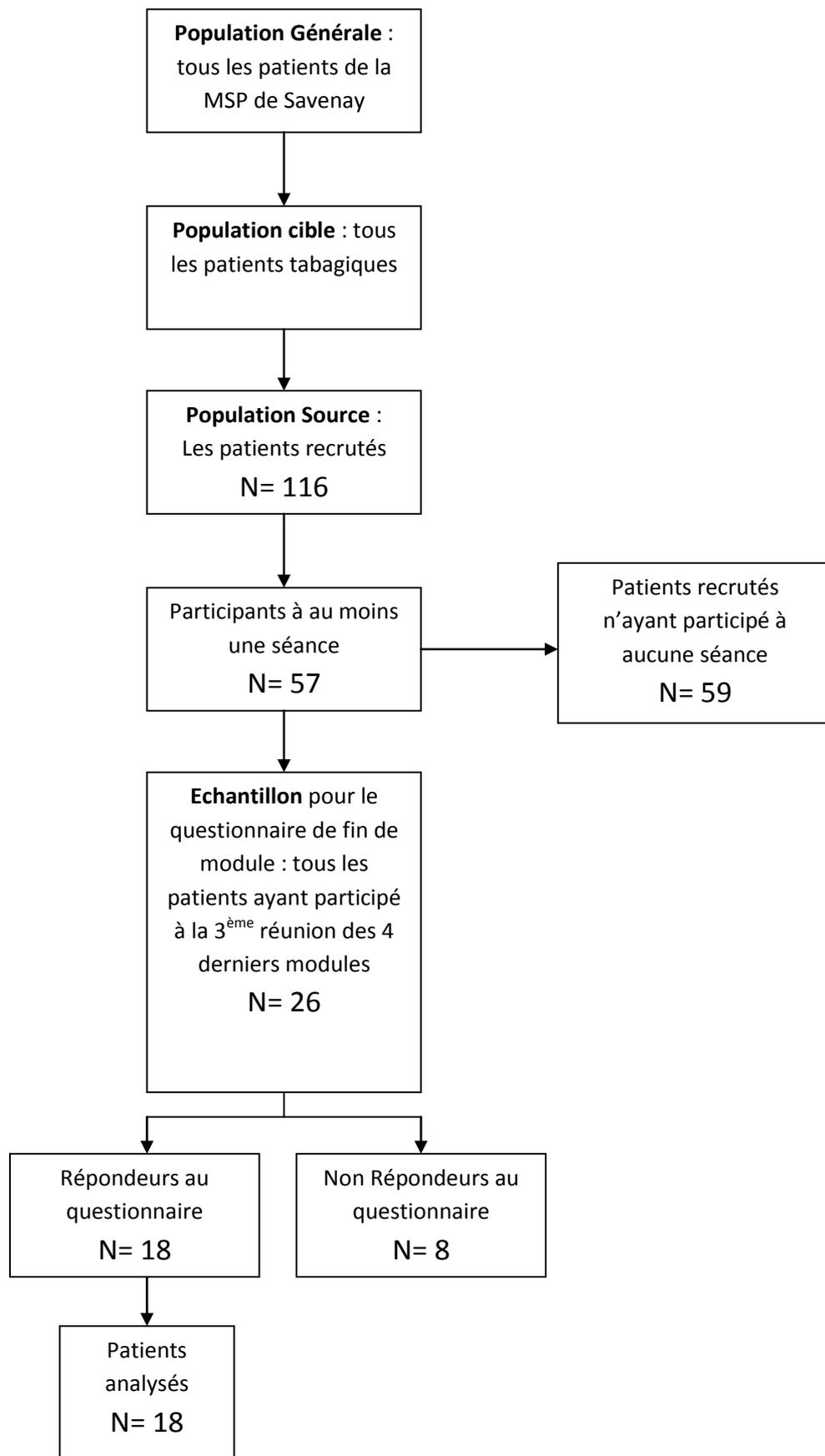


Figure 5 Répartitions des effectifs pour l'analyse du questionnaire remis en fin de module

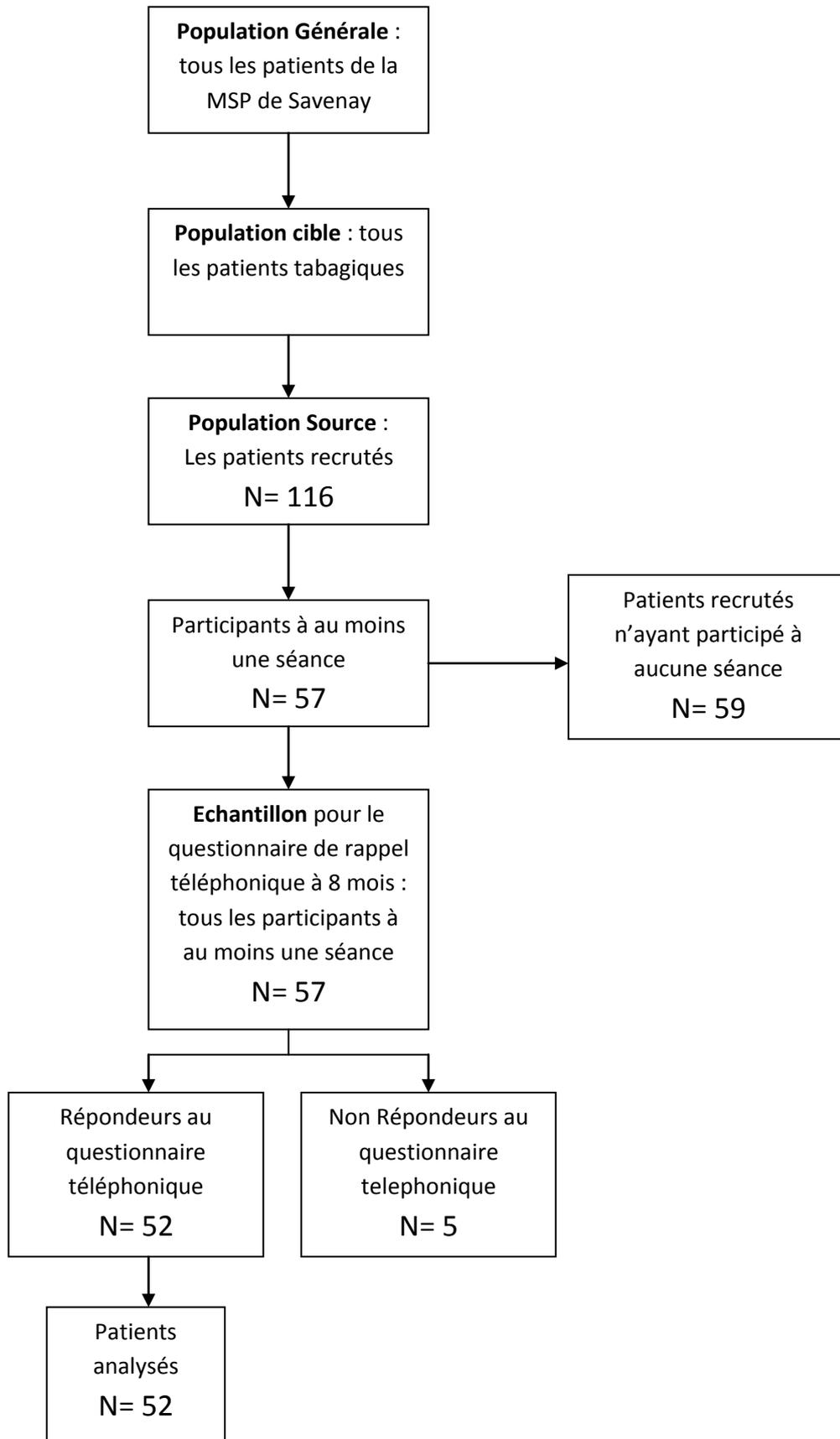


Figure 6 Répartition des effectifs pour l'analyse du questionnaire de rappel téléphonique à 8 mois

2. Révision linéaire

2.1. Observation des séances

Chaque module s'organisait en une succession de trois séances collectives. Chaque groupe de patients était inscrit à un module.

Une séance durait 1h et 30 minutes, et se déroulait toujours en semaine, de 19h à 20h30.

Les animateurs étaient aux nombres de 2 à chaque séance et chaque binôme n'animait qu'une des trois séances, de façon répétée. Les animateurs étaient toujours des professionnels de santé exerçant au Pôle de Santé de Savenay. Les patients participants n'étaient évidemment pas tous connus par eux.

Le déroulement de chaque séance suivait un plan prédéfini et identique à chaque module. Tous les modules étaient à priori similaires. Néanmoins, le comportement et les interactions entre patients et animateurs pouvaient faire évoluer chaque séance de façon légèrement différente.

La description qui suit est celle des trois séances du module numéro six.

2.1.1 Séance numéro 1 : « Ma relation au tabac »

Les animateurs étaient un médecin généraliste et une infirmière. Les supports utilisés étaient un rétroprojecteur affichant un diaporama, un bloc de feuilles blanches sur chevalet de conférence et plusieurs feuillets informatifs à remettre aux patients.

L'objectif de la séance était annoncé dès le départ : que les patients fassent connaissance entre eux puis qu'ils puissent échanger sur leurs expériences passées de tentatives de sevrage, réussies ou non.

La séance débutait par un tour de table, la parole était libre et non forcée. La plupart des patients exprimait alors leur nom, leur âge, la durée de leur tabagisme ainsi que leur consommation quotidienne, les débuts de leur addiction, les antécédents de tentatives de sevrage et les fondements de leur envie de changer leur consommation.

L'objectif pour chacun, en participant à ce projet, n'était jamais demandé au patient.

Ensuite, le livret « J'arrête de fumer-Le guide pratique pour y parvenir » était distribué à chaque patient. Il s'agit d'une brochure de 30 pages, éditée par l'INPES, divisée en quatre parties suivant les différentes étapes du processus menant à l'arrêt du tabac : « je fume, j'hésite à arrêter de fumer, j'ai décidé d'arrêter de fumer, j'arrête de fumer ». Chaque partie est composée d'informations en rapport avec le stade de changement du patient et d'un « exercice ludique » évaluant la motivation de celui-ci (voir quelques extraits en annexe 4). Il était ensuite demandé à chaque patient de remplir la page 9 du livret, soit « quel est votre degré de motivation? » (voir annexe 4).

Un outil pédagogique « photo expression » était ensuite mis en place : des images diverses étaient disposées sur la table, chaque patient devait en sélectionner une ou deux pour illustrer le thème « quand je pense à ma relation au tabac, je pense à... ». Cet outil avait pour but de mettre en avant le rapport individuel de chaque patient à sa consommation tabagique puis ses motivations au sevrage. Le déroulement collectif de l'exercice permettait un échange entre patients, confrontant leurs pensées, entraînant parfois l'identification entre eux au sein du groupe.

L'animateur distribuait ensuite deux fiches d'aide à chaque patient, enregistrées depuis le site www.tabac-info-service.fr rubrique *professionnels de santé*. Il s'agit de la fiche « Bilan des aides et des freins à l'arrêt » (voir annexe 5), qui est une balance décisionnelle, et de la fiche « Mon planning de cigarettes » (voir annexe 6) qui est un calendrier de la consommation. Ces deux fiches étaient destinées à être remplies par le patient à son domicile pour lui servir de support dans sa démarche de changement. La distribution était agrémentée de conseils, d'échanges ou de questions entre les patients eux mêmes ou avec les soignants.

S'en suivait alors une discussion sur le thème « effets du tabac sur le corps », animée par les soignants en proposant des questions ouvertes aux participants et en répondant aux interrogations qui en découlent. Un animateur écrivait sur le bloc les différentes réponses. Des diapositives sur les composants de la cigarette puis sur la balance décisionnelle étaient ensuite projetées au mur.

Enfin, pour clôturer, l'animateur demandait aux participants de revenir sur le livret distribué au départ, à la page 9 où se trouve l'échelle de motivation. Il leur proposait alors, si la motivation s'était modifiée depuis le début de la séance, de la remplir à nouveau.

Cette première séance servait essentiellement à confronter les fumeurs entre eux pour se reconnaître, s'identifier et créer le sentiment d'appartenance à un groupe de patients tabagiques, tous envieux de modifier leur consommation. Elle permettait également de faire le point sur les motivations individuelles avant l'intervention, voire de renforcer celles-ci via « l'effet groupe ». Enfin, cette première séance permettait de donner quelques informations sur les conséquences du tabagisme, les bénéfices à l'arrêt et de répondre aux questions des participants sur les interventions individuelles disponibles pour l'aide au sevrage.

2.1.2 Séance numéro 2 : « J'arrête de fumer ».

Les animateurs étaient deux médecins généralistes. Les supports utilisés étaient un jeu de société personnalisé par les soins des médecins et un rétroprojecteur affichant un diaporama.

L'objectif de la séance n'était pas annoncé aux patients. Il n'y avait pas de tour de table pour se présenter aux nouveaux animateurs.

L'intégralité de la séance se déroulait sous la forme d'un jeu de l'oie disposé sur la table. Chaque case représentait un thème et était expliquée par une diapositive. Les participants jouaient chacun leur tour.

Certaines cases, comme « évaluer son échelle de confiance dans l'arrêt du tabac », « déterminer sa principale crainte à l'arrêt », « déterminer sa principale motivation à l'arrêt », « se situer sur le cycle du changement de comportement » permettaient au joueur de parler de son cas personnel

D'autres, comme « discussion autour d'un moyen de sevrage », « vrai ou faux » servaient de prétexte au groupe pour échanger. Les thèmes abordés étaient « la cigarette électronique, intérêts et risques », « plus j'essaye d'arrêter de fumer, plus j'ai de chances de réussir : vrai

ou faux ? », « quand on arrête de fumer, on grossit obligatoirement : vrai ou faux ? », « je fume depuis tellement longtemps qu'il n'y a plus aucun intérêt pour ma santé à arrêter : vrai ou faux ? », « arrêter de fumer n'est qu'une histoire de volonté : vrai ou faux ? », etc.

La séance se terminait par une série de questions des participants pour les médecins orientées sur le thème des substituts nicotiques.

L'objectif de cette séance était principalement de répondre aux « clichés » sur le sevrage du tabac et de refaire le point sur la situation de chacun quelques jours après le début de l'intervention pour renforcer la motivation des participants et déclencher si possible une tentative de sevrage.

2.1.3 Séance numéro 3 : « Je tiens bon !! »

Les animateurs étaient une diététicienne et un médecin généraliste. Les supports utilisés étaient un rétroprojecteur affichant un diaporama et un bloc de feuilles blanches sur chevalet de conférence.

Après un bref résumé des deux premières séances, l'objectif, annoncé par les animateurs, était de voir, à distance, l'avancée des modifications du comportement de chacun envers le tabac et, pour ceux pour qui il n'y en a pas eu, de voir comment les autres se sont employés à cette tâche.

La séance commençait donc par un tour de table, chaque patient ayant trois cartons à sa disposition, il pouvait alors montrer au reste du groupe son comportement vis-à-vis du tabac depuis le début du module: « continué », « arrêté », « diminué/augmenté ». Les patients ayant modifié leur consommation racontaient alors leur expérience et les moyens employés. Les patients n'ayant pas modifié leur tabagisme étaient également invités à s'exprimer. Un animateur écrivait au fur et à mesure sur le bloc les différentes informations récoltées puis résumait et synthétisait le contenu. Les animateurs ou les autres participants pouvaient renforcer la décision du patient en le congratulant ou en l'encourageant.

Une diapositive « comment gérer et anticiper les situations à risque » était alors diffusée. Les

patients étaient invités à se diviser en deux groupes pour réfléchir ensemble à une ou plusieurs situations où la gestion du tabac avait été difficile et quelles solutions pouvaient-ils trouver. S'en suivait un échange avec tous les participants autour de ce thème. Le médecin animateur, pour illustrer le propos, proposait alors à tous les participants de sortir sur le balcon attenant à la salle de réunion et leur servait un verre de jus de fruit. Il proposait aux participants de tester leurs envies en laissant fumer les patients qui le souhaitaient et en interrogeant, en rentrant, les autres sur la capacité qu'ils ont eu à ne pas fumer. Il interrogeait également les fumeurs sur le plaisir ressenti durant leur consommation. Tout ceci était fait pour créer un échange dans le groupe au sujet de ces thèmes. L'animateur diffusait ensuite un diaporama sur ce thème des situations à risque d'envie de fumer.

Une présentation de www.tabac-info-service.com était ensuite faite, expliquant que le plan du site reprenait les titres des trois séances. L'animateur insistait ensuite sur les interventions individuelles disponibles pour modifier son comportement ou éviter les rechutes, notamment le « coaching » téléphonique et par internet, ou la consultation chez leur médecin généraliste.

2.2 Résultats des questionnaires remis en fin de module

Les résultats de ce questionnaire sont répartis en cinq chapitres :

- caractéristiques et dépendance de l'échantillon,
- examen des « carrières de fumeurs » des participants,
- étude de la motivation au changement et de l'impact des réunions sur la consommation de tabac au fil du projet,
- mesure de la satisfaction des participants,
- exploration de la vision des patients sur les principes du projet.

2.2.1 Caractéristiques cliniques et dépendance de l'échantillon

18 patients ont répondu au questionnaire, 10 femmes, 8 hommes. L'âge médian était de 46 ans, les extrêmes allant de 24 à 72 ans.

La dépendance tabagique a été étudiée selon le test de Fagerström court ou score HSI (Heaviness of Smoking Index). La figure 7 indique la répartition des effectifs selon leur dépendance au tabac.

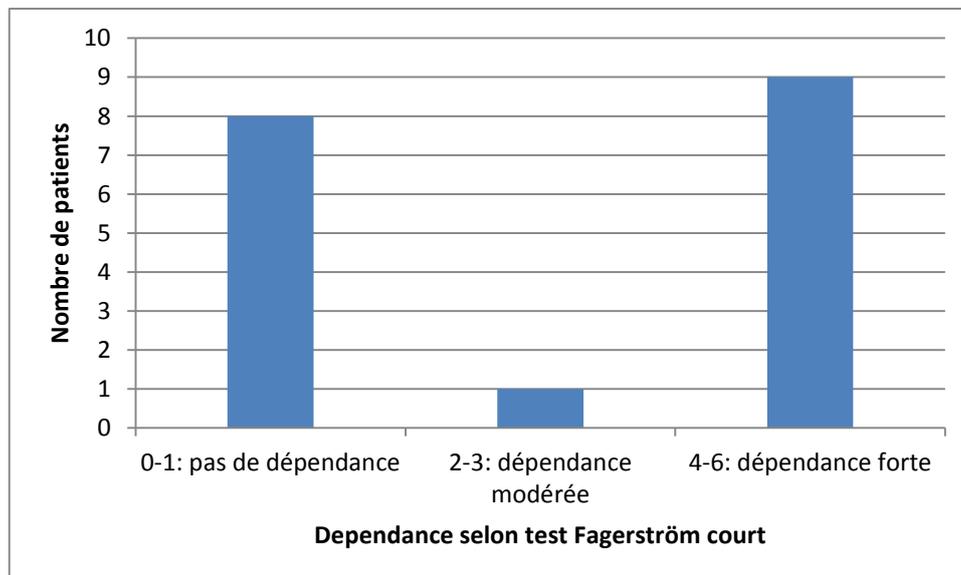


Figure 7 Répartition des effectifs selon la dépendance au tabac

L'ancienneté du tabagisme des participants (ne comptabilisant pas les éventuelles phases de sevrage), était de moins de 10 ans pour 3 patients, entre 11 et 20 ans pour 6 patients, entre 21 et 30 ans pour 3 patients et de plus de 30 ans pour 6 patients.

2.2.2 La carrière du fumeur

17 patients (94,4%) avaient au moins un antécédent de tentative de sevrage. Parmi eux, le nombre moyen de tentatives de sevrage dans leur vie était de 3,57 (extrêmes entre 1 et 10 tentatives).

15 patients (83,3%) avaient au moins un antécédent de sevrage réussi. Parmi eux, le nombre moyen de sevrages réussis dans leur parcours était de 2 (extrêmes entre 1 et 6).

La durée de la plus longue période d'arrêt était de plus d'1 an chez 7 patients sur 15.

2 patients ont été sevrés durant 6 mois à 1 an, 2 patients ont été sevrés durant 1 à 6 mois, et 4 patients ont vécu une période maximale de sevrage de moins de 1 mois.

Parmi les patients ayant déjà tenté un sevrage, le nombre moyen d'interventions expérimentées par patient était de **2,23** (extrêmes 1 à 5).

La figure 8 illustre les différents moyens de sevrage testés par les patients et leurs réussites ou non.

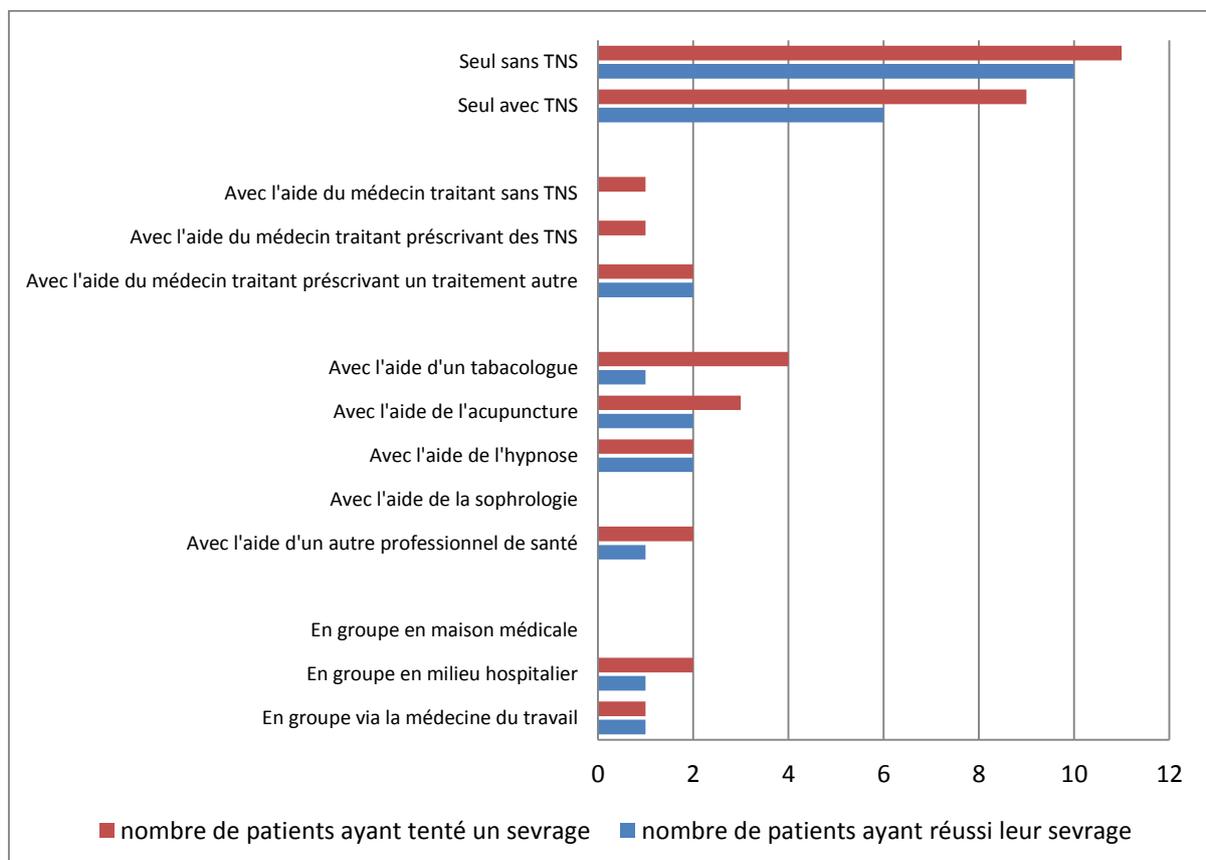


Figure 8 Moyens de sevrages expérimentés par les participants et nombre de réussites en lien

13 patients (76,4%) parmi les 17 déclaraient que leur médecin traitant n'était jamais intervenu dans leurs tentatives de sevrage.

Le nombre de réussites de sevrage avec l'aide du médecin traitant était très faible.

Seuls 3 patients (17,6%) avaient déjà expérimenté un sevrage tabagique en groupe, jamais en MSP.

Les autres professionnels de santé cités étaient un magnétiseur et un mésothérapeute.

Malgré une définition peu précise (voir chapitre La lutte contre le tabac en 2015 – 4. Les fumeurs difficiles), sur 18 patients, 2 ont été retenus comme répondant aux critères de gros fumeur dépendant (heavy chronic smoker), en échecs répétés de maintien d'un sevrage.

2.2.3 Evolution du patient au fil du projet : motivations et impact sur sa consommation

2.2.3.1 Les intentions du patient avant la proposition de participation au projet

11 patients (**61,1%**) déclaraient être, avant d'envisager de participer aux réunions, dans l'intention d'arrêter de fumer sans s'être fixé de délais pour y parvenir.

4 patients (**22,2%**) se disaient dans l'intention d'arrêter de fumer dans les mois à venir.

3 patients (**16,7%**), déclaraient vouloir stopper leur tabagisme dans les jours ou les semaines à venir.

L'envie de modifier sa consommation tabagique vers le bas était un critère d'inclusion.

Tous les participants (100%) de l'échantillon déclaraient, au total, vouloir, un jour, arrêter de fumer.

2.2.3.2 Les objectifs fixés par le patient en participant au module

La figure 9 illustre les réponses des patients de l'échantillon quand à leurs objectifs fixés une fois inscrit mais avant le début des réunions. Les réponses étaient à choix multiples.

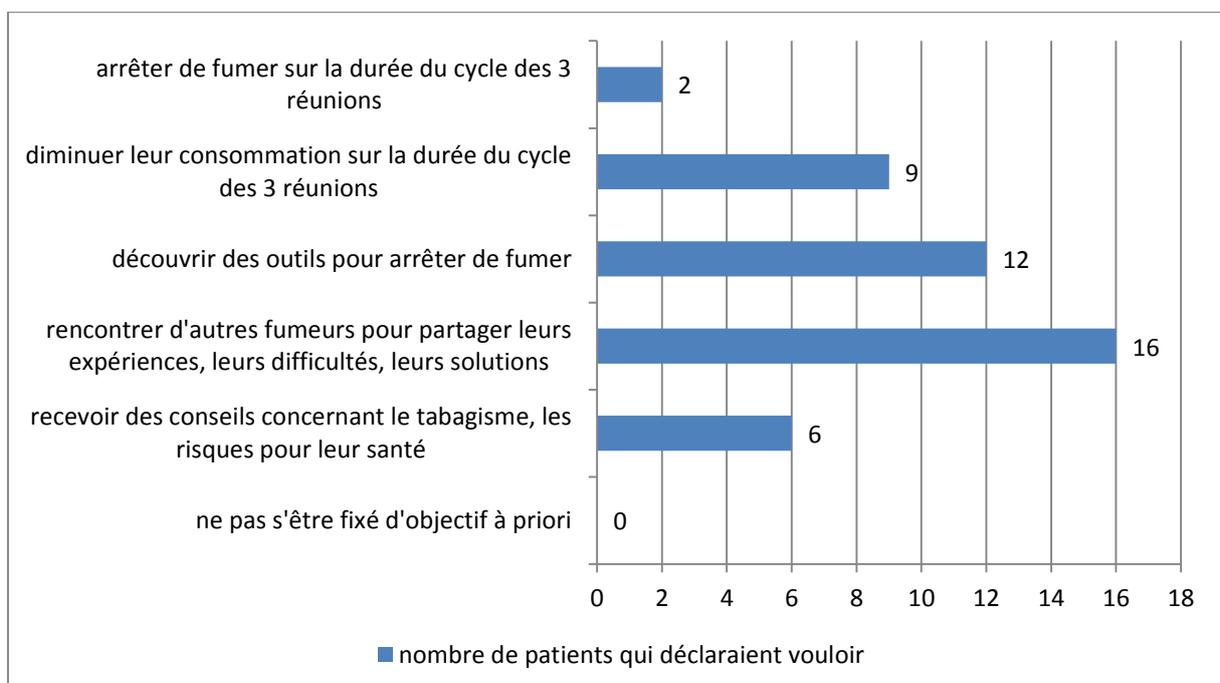


Figure 9 Les objectifs fixés par les patients avant de participer au module

11 patients (61,1%) déclaraient vouloir modifier leur consommation de tabac en même temps que le déroulement du module (2 voulaient arrêter de fumer et 9 souhaitaient diminuer leur tabagisme). Mis en perspective avec la réponse à la question concernant les intentions avant la proposition de participer aux séances, où seulement 16,7% des patients déclaraient avoir l'intention d'arrêter de fumer dans les jours ou semaines à venir, on objective que l'inscription au projet augmentait franchement la motivation à essayer de changer rapidement sa consommation vers le bas.

De plus, la majorité des participants semblait adhérer au projet de séances de groupe : 16 patients (88,8%) déclaraient en effet vouloir rencontrer d'autres fumeurs pour partager leurs expériences.

2.2.3.3 Impact sur la consommation à la fin des trois séances

La figure 10 montre les résultats atteints par les patients en fonction de leurs objectifs fixés avant le début du projet.

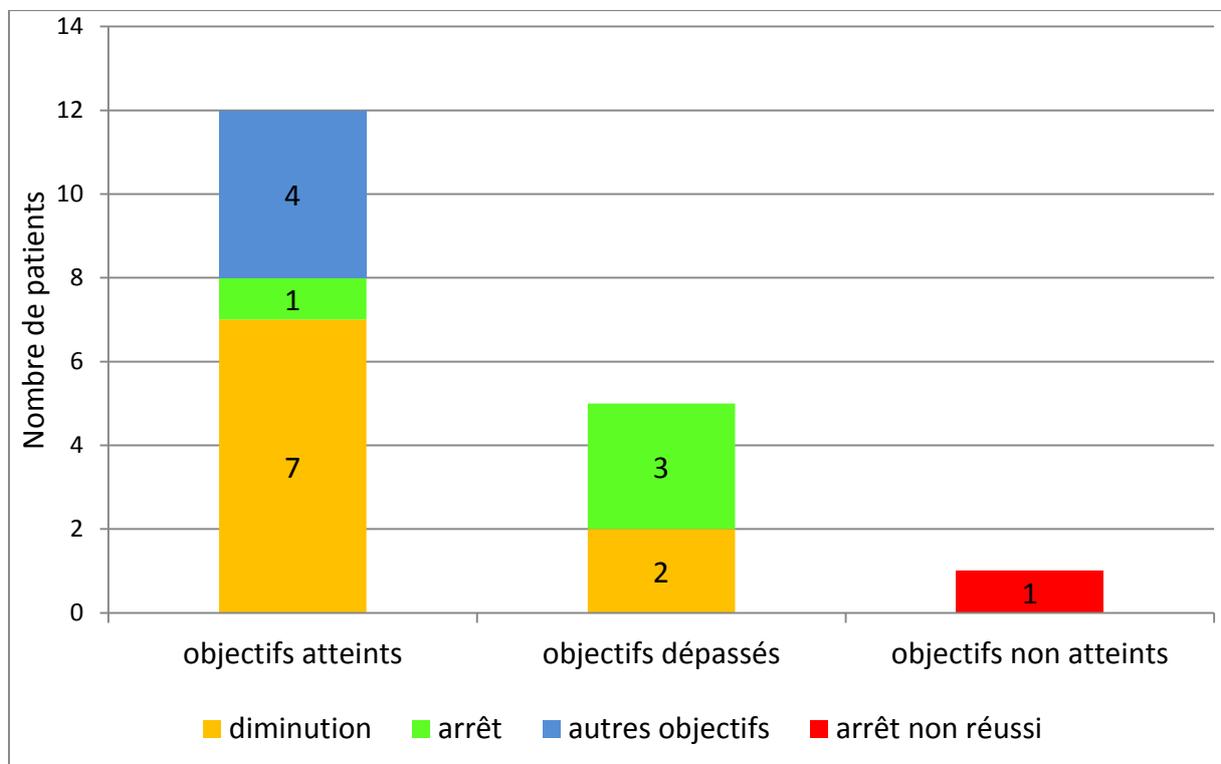


Figure 10 Les résultats obtenus après 3 séances en fonction des objectifs fixés

Après 3 séances, 12 patients ont atteint leurs objectifs dont 7 diminutions et 1 arrêt.

5 patients ont dépassé leurs objectifs dont 2 diminutions et 3 arrêts.

1 patient n'a pas atteint son objectif en ne se sevrant pas sur le temps du module.

Au total, **9 patients (50%) ont diminué** leur consommation tabagique ; **4 patients (22,2%) ont arrêté de fumer**. Aucun patient n'a augmenté sa consommation. **13 patients (72,2%) ont donc modifié vers le bas leur consommation de tabac sur la durée du module.**

Le taux de patients ayant modifié leur consommation à la fin du module (72,2%) était plus élevé que le taux de patients souhaitant modifier leur consommation avant de démarrer les réunions (61,1%). La participation au projet, en plus d'être source de motivation pour modifier rapidement sa consommation vers le bas, était un facteur accélérant le changement chez le patient.

La figure 11 illustre les résultats en fin de troisième séance en fonction de la dépendance tabagique initiale du patient.

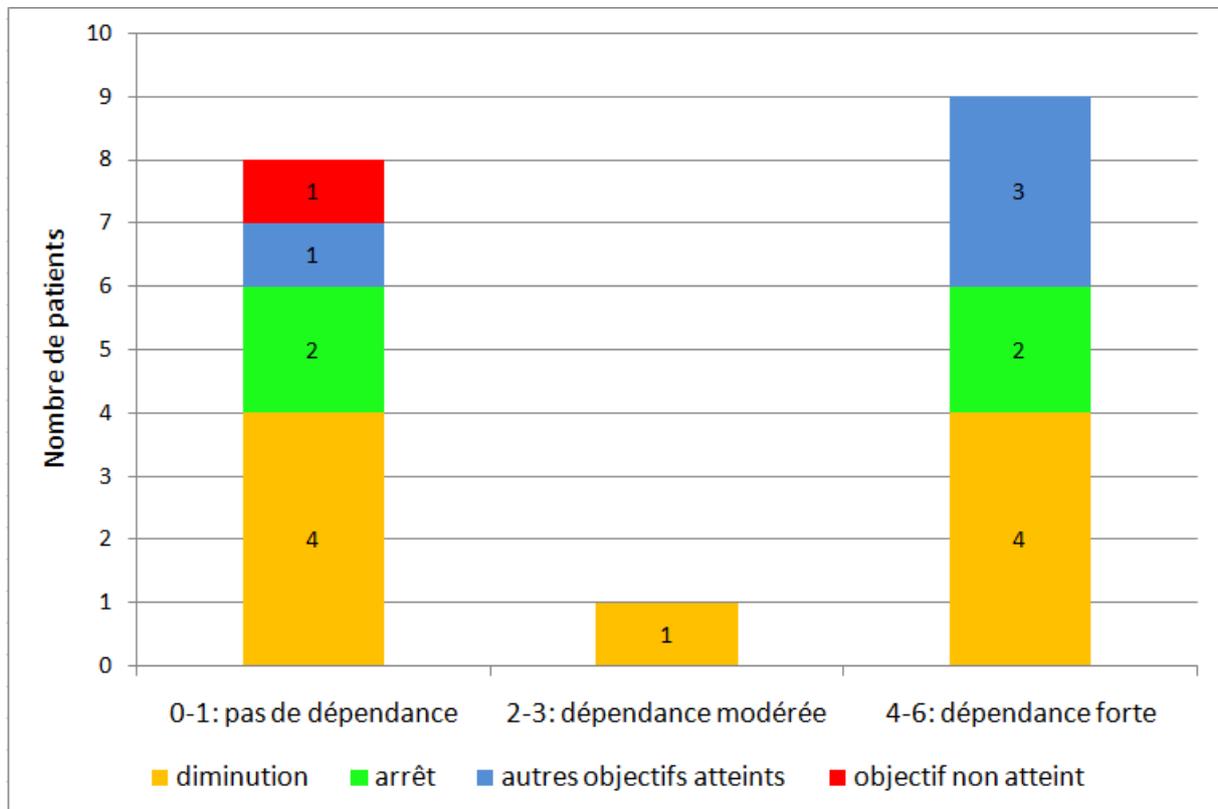


Figure 11 Résultats obtenus après trois séances en fonction de la dépendance tabagique du patient

Les 2 patients considérés comme gros fumeurs dépendants (heavy chronic smokers) étaient par ailleurs sevrés à la fin de leur module.

2.2.4 Mesure de la satisfaction des participants

2.2.4.1 Vis-à-vis du contenu des séances et de l'acquisition des nouvelles connaissances/compétences

Les résultats sont illustrés sur la figure 12.

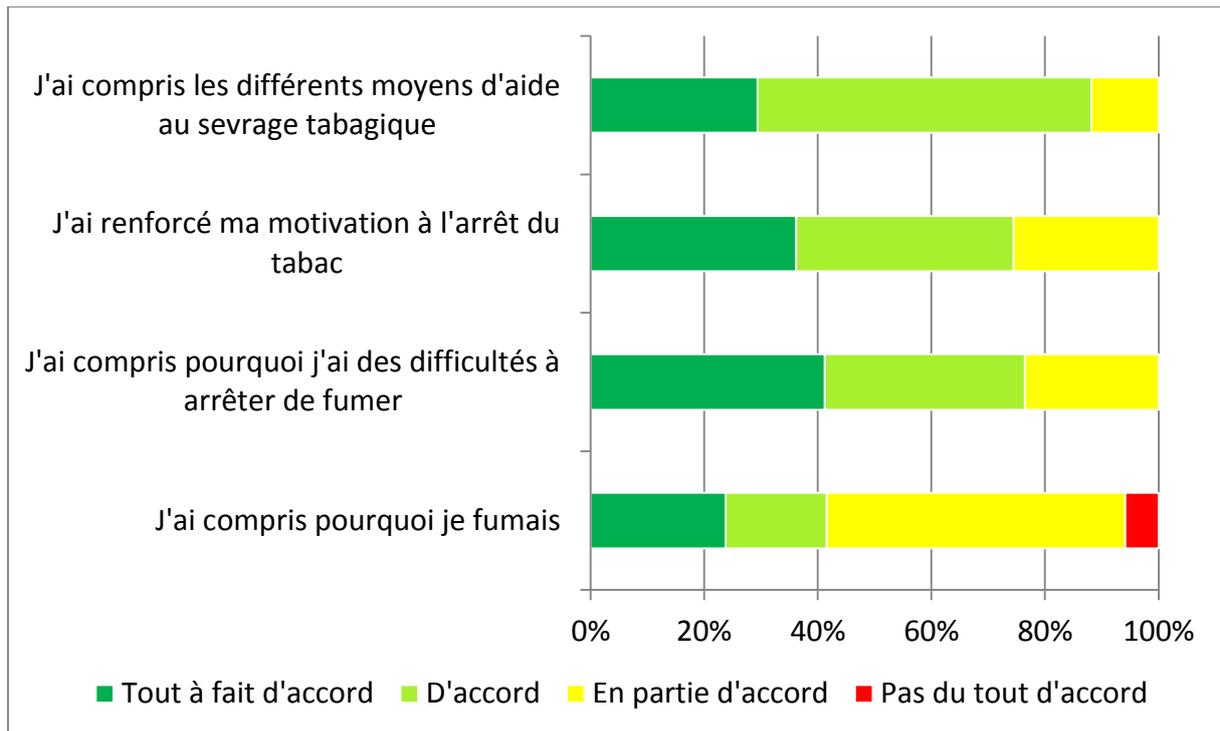


Figure 12 Mesure de l'acquisition de nouvelles compétences par les patients

Les participants étaient au moins en partie d'accord sur la quasi-totalité des items proposés.

Chaque séance était ensuite notée sur 10, puis une partie de texte libre permettait au patient d'argumenter cette note.

- La première séance « ma relation au tabac » a reçu une note moyenne de 7,4/10 (extrêmes de 4 à 10).

Cette réunion, axée sur la relation du patient à son tabagisme, semble pouvoir être améliorée sur ce thème, une majorité des patients répondant « en partie d'accord » à la question « j'ai compris pourquoi je fumais ».

Les commentaires étaient variables, « l'évocation imagée de la relation au tabac a été

appréciée », « *j'ai compris pourquoi j'ai commencé à fumer* » mais certains reprochaient une « *trop longue partie sur les effets néfastes du tabac sur la santé* ».

- La deuxième séance « *j'arrête de fumer* » a été notée 7,2/10 en moyenne (extrêmes de 6 à 10).

Cette réunion était en partie axée sur les effets indésirables ressentis par le patient suite au sevrage tabagique. Les patients semblaient avoir globalement compris leurs difficultés à se sevrer ; l'appréhension ou la survenue des effets secondaires au sevrage contribuent à cette problématique.

Un seul commentaire a été relevé, le patient trouvant cette séance « *instructive* ».

Cette réunion était néanmoins la moins bien notée des trois.

- La séance 3 « *je tiens bon !!* » a reçu une note de 8,2/10 (extrêmes de 4 à 10). Une partie de cette réunion était consacrée aux différentes interventions disponibles pour l'aide au sevrage tabagique ; les participants étaient globalement d'accord pour affirmer qu'ils avaient assimilé les différents moyens d'aide. Néanmoins, la majorité ne se disait pas « tout à fait d'accord » ; des améliorations sont donc envisageables.

Cette séance était la mieux notée et les commentaires relevés mettaient l'accent sur l'effet de groupe : « *bon partage* », « *renforcement des interactions entre les participants* », « *échange d'expériences entre les participants* ».

Enfin, les patients étaient tous au moins en partie d'accord pour affirmer que les réunions renforçaient leur motivation à l'arrêt.

Les patients soulignaient également la complémentarité des séances les unes avec les autres : « *pour chaque réunion, il y avait toutes les réponses à toutes les questions que l'on peut se poser* », « *toutes intéressantes car toutes différentes* ».

2.2.4.2 Vis-à-vis de l'intérêt du travail en groupe

L'intérêt du groupe a été souligné dans le résultat précédent.

Seuls 3 patients (16,7%) auraient préféré une aide uniquement individuelle.

La figure 13 montre, du point de vue du patient, l'augmentation, en travaillant en groupe, de l'intérêt des séances et de la motivation pour atteindre ou dépasser ses objectifs.

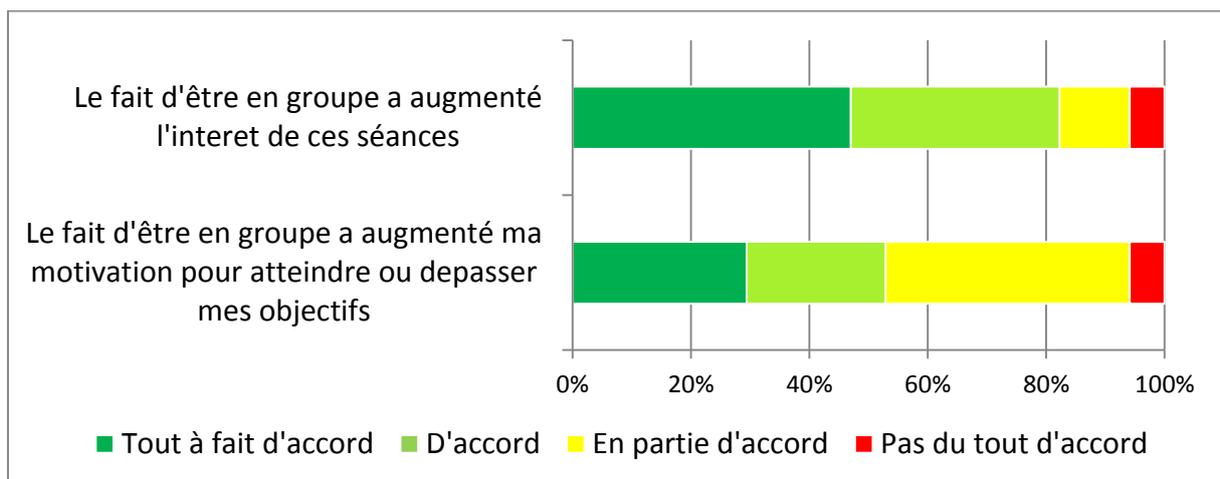


Figure 13 Mesure de l'impact du groupe sur l'intérêt des séances et la motivation au changement

Les patients exprimaient clairement un fort intérêt à participer à ce projet de groupe. Les commentaires allaient dans ce sens : « *sans groupe, je fumerais encore* », « *rassurant de voir d'autres personnes dans la même situation* », « *intérêt de voir et d'entendre diverses expériences* ».

Pour ce qui est de la motivation à atteindre leurs objectifs, les patients étaient globalement d'accord pour affirmer que « l'effet de groupe » permettait l'augmentation de celle-ci. Néanmoins, la majorité était seulement en partie d'accord avec ça. Ces réunions étaient « *un point de départ d'une réflexion personnelle* » ; le groupe permettait « *une motivation à continuer ma démarche* » et servait « *à me stimuler* ».

13 patients se sont exprimés sur le souhait de voir les réunions se poursuivre. 5 participants n'ont pas répondu à cette question.

9 patients (50%), auraient souhaité que les réunions continuent. Les patients exprimaient

principalement un désir de poursuite du soutien (« *trop court pour être sûr de garder le cap* », « *on est un peu seul ensuite* », « *3 réunions ne suffisent pas* »).

4 participants (22,2%) ne l'auraient pas souhaité, estimant qu'ils avaient « *suffisamment d'éléments, à compléter par des recherches sur le site tabac-info-service.fr* », ou que « *la décision m'appartient désormais* ».

17 patients (94,4%) recommanderaient à leurs proches, fumeurs, de participer à un module d'aide au sevrage tabagique de ce type.

2.2.5 Etude de l'adhésion des patients aux principes du projet

L'attitude proactive du soignant a été étudiée :

10 patients (55,5%) n'avaient jamais envisagé de participer à un travail de groupe sur le sevrage du tabac. 8 patients (44,5%) y avaient déjà pensé, mais **seuls 3 (16,7%) déclaraient qu'ils auraient pris cette initiative de leur propre gré.**

La grande majorité (16 patients soit 88,8% de l'échantillon) répondait que le fait de ne pas vouloir contrarier leur médecin n'avait pas été le motif pour accepter de s'inscrire aux séances.

Mise en perspective avec l'objectif annoncé par 88,8% des patients de rencontrer d'autres fumeurs en participant au projet, on objectivait donc une **forte adhésion à la proposition** du médecin malgré la méconnaissance du travail de groupe.

14 patients (77,8%) pensaient que le médecin devrait proposer ces réunions à tous les patients fumeurs et pas seulement aux patients motivés pour se sevrer.

Enfin, l'environnement dans lequel s'est déroulé le projet a été étudié :

10 patients (55,5%) déclaraient qu'ils n'auraient pas accepté de participer à des réunions de groupe dans un autre lieu moins familier à Nantes ou St Nazaire. 4 patients déclaraient qu'ils auraient été d'accord, et 4 patients ne se sont pas prononcés.

9 patients (50%) déclaraient qu'ils n'auraient initialement pas accepté de consulter un médecin spécialisé en tabacologie à Nantes ou St Nazaire. 5 patients déclaraient qu'ils auraient été d'accord, et 4 patients ne se sont pas prononcés.

2.3 Résultats des questionnaires de rappel téléphonique

Ce questionnaire visait à répondre à deux interrogations:

- la mesure de l'impact de l'intervention sur la consommation tabagique du patient à différents stades de son parcours : dès la fin des modules (sur un échantillon plus grand que précédemment), pendant la phase de recul, et à distance de la participation
- l'analyse des causes d'abandon en cours de module.

2.3.1 Caractéristiques de l'échantillon

52 patients ont répondu au questionnaire dont 32 hommes et 20 femmes. L'âge moyen était de 47,8 ans (extrêmes de 25 à 71 ans).

2.3.2 Distance de rappel

Les patients ont été joints, en moyenne, 1 an et 1 jour après la date de leur dernière participation à une séance de leur module. Les extrêmes variaient de 8 mois et 18 jours à 1 an, 3 mois et 19 jours.

2.3.3 Mesure de l'impact des réunions sur la consommation dès la fin des modules

L'échantillon, plus important que pour le questionnaire précédent, nous a permis de mesurer de façon plus fine l'impact des réunions sur la consommation tabagique des patients dès la fin de leur participation.

Sur les 52 patients interrogés, 18 (34,6%) avaient diminué leur consommation, 6 (11,5%) avaient arrêté de fumer, 27 (51,9%) n'avaient pas changé leur tabagisme et 1 patient n'a pas répondu. Aucun patient n'avait augmenté sa consommation.

Au total, 24 patients (46,1%) avaient modifié leur consommation vers le bas sur la durée du cycle de réunions. Ce résultat sur un échantillon plus large est différent de celui trouvé sur le premier échantillon plus petit (72,2% de modification de consommation vers le bas).

2.3.4 Mesure de la consommation tabagique pendant et après la phase de recul

Lors du rappel téléphonique à 1 an, 21 patients (40,4%) avaient diminué leur consommation par rapport au début des réunions et 6 patients (11,5%) ne fumaient plus du tout.

27 patients (51,9%) ont donc, 1 an après la fin des réunions, modifié leur consommation tabagique vers le bas.

Aucun patient, lors du rappel téléphonique, ne fumait d'avantage qu'avant le début des réunions.

Sur ces 27 modifications :

- 18 diminutions ou arrêts (34,6% des répondeurs) ont eu lieu lors de réunions et se sont maintenus de façon quasi égale dans le temps :

-14 étaient des changements maintenus dans le temps depuis la fin des réunions (12 diminutions et 2 sevrages),

-2 étaient des sevrages faisant suite à des diminutions lors des séances,

-2 étaient des reprises moindres suite à des sevrages lors des réunions.

- 9 patients (17,3% des répondeurs) n'avaient initialement pas changé leur consommation et ont diminué ou arrêté pendant la phase de recul jusqu'au rappel téléphonique (7 diminutions et 2 sevrages).

La répartition des effectifs en fonction de leur parcours addictif entre la fin du module et le rappel téléphonique est illustrée en annexe 7.

Durant la phase de recul, 39 patients (75% des répondeurs) déclaraient avoir fait l'expérience d'un changement de consommation tabagique, dont

- 21 (40,4% des répondeurs) ont réussi un sevrage,

- 18 (34,6% de répondeurs) ont réussi une diminution sans sevrage.

Malgré les rechutes, aucun patient n'a augmenté, durant la phase de recul, sa consommation par rapport à la période avant les réunions.

La figure 15 illustre ces résultats.

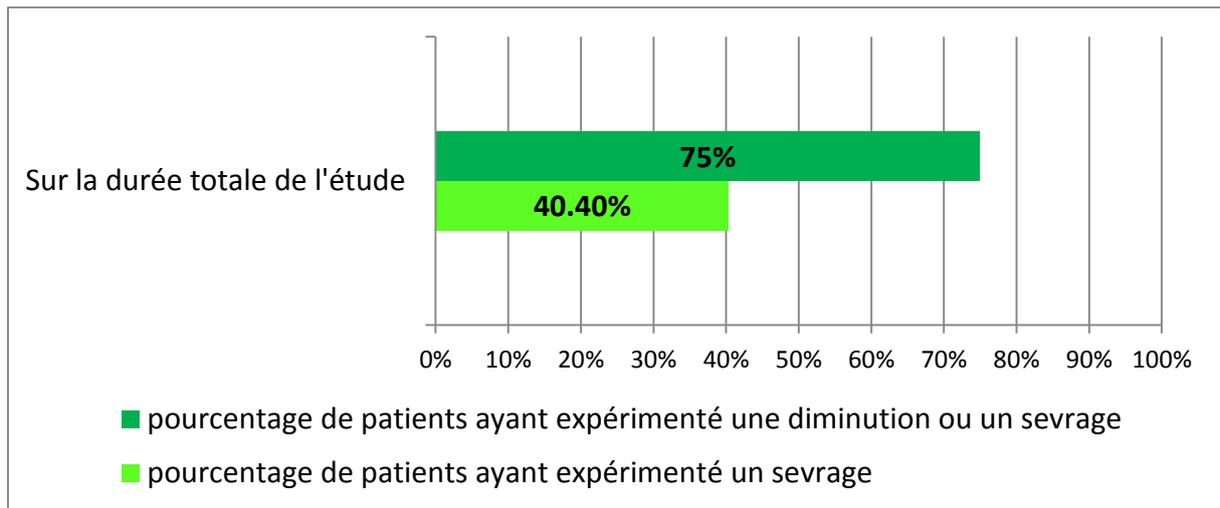


Figure 15 Taux de patients ayant expérimenté un changement durant l'étude

Sur ces 39 patients, 30 (76,9%) déclaraient que les réunions les ont aidés à provoquer ce changement.

2.3.5 Vue d'ensemble des résultats sur la consommation tabagique

- Presque la moitié des patients (46,10%) ont expérimenté une baisse de consommation ou un arrêt pendant le module.
- La moitié des patients (51,90%) étaient en diminution ou en arrêt de tabac un an après la fin du module.
- Plus d'un tiers des participants (34,60%) ont effectué un changement durable pendant 1 an depuis la fin du projet.

La figure 16 illustre ces principaux résultats.

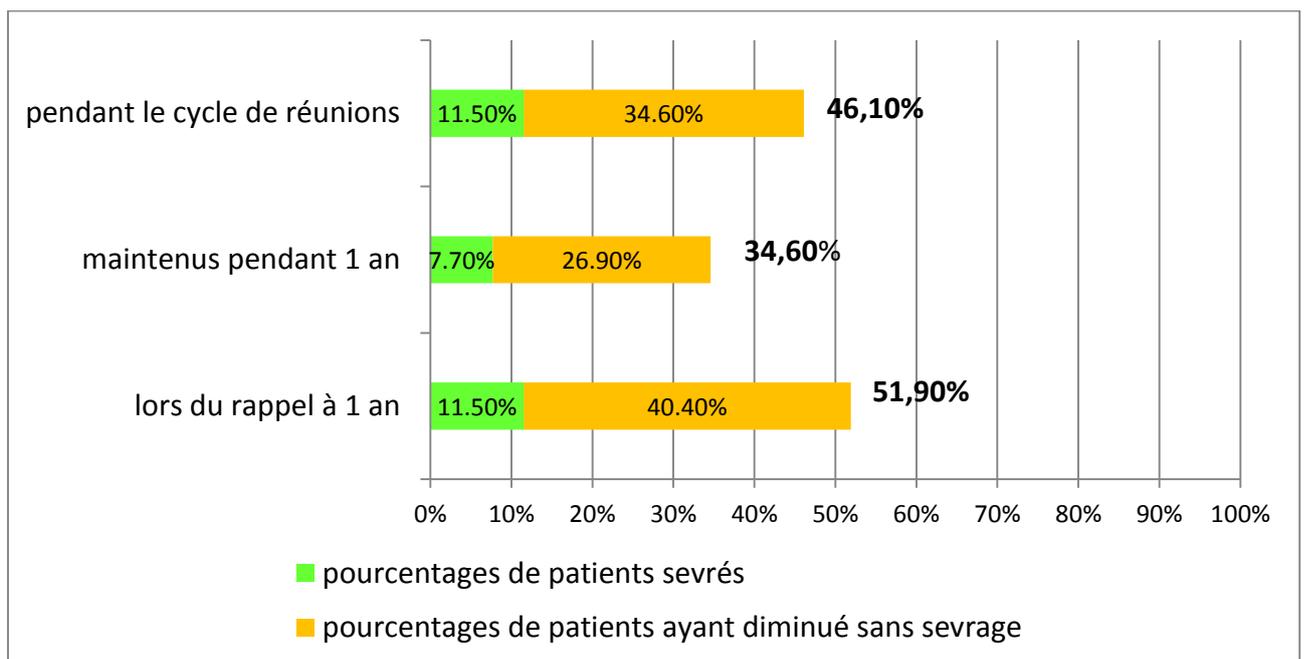


Figure 16 Taux de patients ayant diminué leur tabagisme ou étant sevrés en fonction du moment de l'étude

De plus, la participation aux réunions de groupe a provoqué une expérience de baisse de consommation ou d'arrêt dans l'année chez 3 patients sur 4 (75%).

2.3.6 Explications des abandons en cours de module

Les résultats en termes de modification de consommation tabagique variaient en fonction de la participation ou non du patient à l'ensemble des réunions de son module.

La figure 17 montre ces différences.

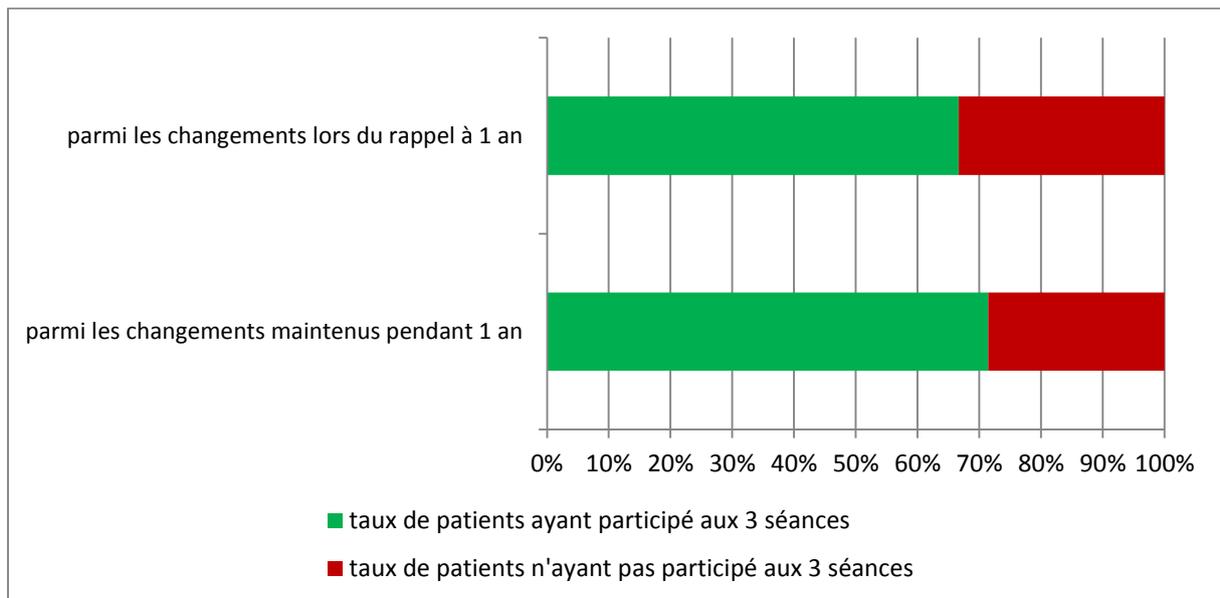


Figure 17 Différences de résultats entre les patients ayant ou non participé aux 3 séances

Les patients ayant participé aux 3 séances avaient au moins 2 fois plus de chances d'expérimenter un changement et, si tel était le cas, de le maintenir, que les patients ayant abandonné en cours de module.

36 patients (63,2% des patients) avaient participé aux 3 séances, soit un taux d'abandon après la première ou la deuxième séance de 36,8% (21 patients).

Les patients ayant abandonné ont été interrogés sur les causes d'arrêt de leur participation au programme. Le tableau 1 montre les résultats de cette question.

Tableau 1 Causes avancées par le patient sur l'arrêt de sa participation avant la dernière séance

Causes d'abandon	Réponses (N=21)
finalement plus motivé par les séances de groupe	3 (14)
finalement plus motivé pour parler de son tabagisme	3 (14)
pas satisfait par rapport à ce qu'il était venu chercher	4 (19)
objectifs personnels déjà atteints	1 (4)
empêchement personnel	8 (38)
aucune cause donnée	2 (11)

Les données sont des effectifs (avec pourcentage).

L'empêchement personnel était la réponse la plus donnée par les patients. La notion de groupe ou de parler de son addiction devant d'autres individus ne semblait pas important dans les facteurs d'arrêt. Quelques patients n'étaient pas satisfaits par les réunions.

3. Informations sur la création du projet

3.1 L'origine du projet

L'équipe soignante du Pôle de Santé de Savenay avait choisi la pratique de l'ETP comme un des piliers forts de son projet de santé.

L'équipe participante a suivi une formation dispensée par le Pôle de ressources en éducation thérapeutique au sein de l'IREPS des Pays de la Loire. La formation contenait trois demi-journées portant sur les principes fondamentaux de l'ETP et trois séances individuelles portant sur l'aide à la mise en place pratique du programme. Les intervenants concernés étaient les médecins généralistes, les infirmiers et la diététicienne. L'IREPS a ensuite participé au suivi, au soutien et à une série d'autres formations dispensées à l'équipe en lien avec l'ETP.

De 2011 à 2014, les soignants de la MSP ont animé des séances d'ETP en groupe destinées aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Chaque module était composé de trois séances de groupe, précédées d'une séance individuelle de diagnostic éducatif et suivies d'une séance d'évaluation des compétences acquises et des changements chez le patient. Les patients étaient recrutés par tous les soignants exerçant dans la MSP, y compris ceux qui ne participaient pas directement à l'animation des séances.

Les séances de groupe se déroulaient au sein même de la MSP, dans une salle de réunion adaptée. Deux soignants animaient chacune des réunions ; une dizaine de patients participaient à chaque module. Les outils pédagogiques utilisés étaient variés (« photo expression », pancartes vrai/faux, etc.).

Les bilans annuels d'activité de la MSP, l'analyse des pratiques destinées à l'ARS, et une thèse de doctorat en Médecine générale « L'éducation thérapeutique en cabinet de Médecine générale – Observation et impact d'une pratique d'ETP sur les patients et les soignants dans une Maison Médicale à Savenay » soutenue par Monique Sandou en février 2013, ont permis de faire un bilan positif de ce projet. Le taux de satisfaction globale des participants était proche des 90%, ces derniers ayant eu « le sentiment d'avoir acquis des connaissances et des compétences qu'ils réinvestissaient au quotidien ». Le changement de pratique induit par ce projet en « modifiant la relation soignant-soigné vers une plus grande proximité et un meilleur échange mutuel » était également un des points positifs(42). Selon

les participants, un des atouts principal de ces réunions étaient le fait qu'elles se soient déroulées au sein de la MSP.

Forte de cette première expérience, l'équipe soignante de la MSP de Savenay a donc décidé de mettre à profit ses nouvelles connaissances en matière d'éducation thérapeutique et d'élargir son champ de travail aux patients fumeurs en prévention secondaire vis-à-vis du tabac.

La motivation principale des soignants était de réduire le nombre de patients fumeurs consultant dans cette MSP afin de limiter la survenue des complications qui s'instaurent insidieusement. Reflétant les études, les soignants envisageaient globalement leur activité de prévention comme une activité qui cherche avant tout à « empêcher la maladie d'apparaître »(43). Ils soulignaient, en effet, que, chez les patients jeunes, la prévention primaire de ce fléau dépasse largement les enjeux de la Médecine générale ; les maladies qui découlent du tabagisme sont, par contre, longuement prévisibles.

Après avoir pris en charge pendant plusieurs années, par la pratique de l'ETP en groupe, des patients atteints de maladies cardio-vasculaires, notamment en prévention tertiaire vis-à-vis du tabac, les soignants ont jugé utile de travailler en amont et de proposer une prise en charge du même type aux patients non encore atteints par les pathologies liées au tabac en prévention de la dégradation de leur état de santé. A noter que les patients fumeurs présentant des maladies en lien direct ou non avec leur tabagisme étaient également la cible du projet.

Le constat des besoins de ce type d'action s'est fait « naturellement » par chaque soignant dans sa pratique quotidienne. Le tabagisme étant une maladie chronique, le processus de changement de consommation voire de sevrage est long et difficile. Certains patients, par leur volonté propre, ou par proposition répétée du médecin, se disaient prêts à faire l'expérience d'un changement suite aux consultations individuelles « classiques ». Mais d'autres fumeurs « n'accrochaient » pas à ces propositions ou ne mettaient pas en place l'expérience une fois revenus dans leur quotidien. De nouveaux outils d'aide au sevrage tabagique semblaient donc indispensables, au moins pour ces patients.

La proposition à l'inscription à un travail de groupe par le médecin était donc une alternative à envisager. La proactivité du médecin à proposer cette intervention semblait être un outil

plausible et complémentaire au « simple » conseil d'arrêt. Le but de ce projet était de proposer une alternative en matière de sevrage, à tous les patients fumeurs mais surtout aux patients fumeurs « résistants » ou « difficiles ». La participation à un travail de groupe semblait pouvoir, d'après les organisateurs, apporter une nouvelle dynamique à ces patients en termes de motivation à faire l'expérience d'un changement. Et pour renforcer l'adhésion des patients au projet, le déroulement des réunions au sein même de la MSP et leur animation par le personnel médical et paramédical exerçant dans ce Pôle de Santé, semblaient être des points forts.

3.2 L'élaboration du projet

L'équipe soignante s'est basée, à propos de l'organisation des séances, sur la méthode utilisée pour le projet d'ETP cardio-vasculaire, à savoir une dizaine de patients recrutés par module, trois séances par module, deux animateurs par séance. Les animateurs étaient les mêmes que ceux intervenants en séances d'ETP cardio-vasculaire.

La durée des séances a été raccourcie à 1h30 au lieu de 2h. Le lieu de déroulement était le même, à savoir une salle de réunion au sein de la MSP.

Vis-à-vis du contenu, les professionnels de santé ont tout d'abord voulu savoir si d'autres projets de ce type avaient vu le jour en France ou ailleurs en Europe. Après une recherche soutenue auprès de l'ARS et sur internet, aucun projet de ce type ne semblait avoir été créé en MSP. Il existait toutefois des pratiques d'ETP en MSP ciblées sur le sevrage tabagique en groupe, mais toutes destinées aux patients atteints de BPCO. Il n'existait aucun projet de ce type destiné aux patients fumeurs en prévention secondaire vis-à-vis du tabac.

L'équipe soignante a donc décidé de créer les réunions avec ses moyens, ses connaissances et ses recherches. Après quelques réunions communes aux six animateurs de séances, le thème de chaque réunion a été fixé : chaque rubrique principale du site www.tabac-info-services.com serait le thème annoncé d'une séance, à savoir « le tabac et moi » pour la première, « j'arrête de fumer » pour la seconde et « je tiens bon » pour la dernière. L'idée sous-jacente était de permettre, pour les patients souhaitant entamer une expérience de changement de consommation durant le cycle de réunions, de les accompagner dans leurs

démarches et de les soutenir.

Ensuite, chaque duo d'animateurs a élaboré la réunion qu'il allait animer.

Les outils pédagogiques utilisés étaient parfois inspirés de ceux appris lors des formations initiales sur l'ETP. Les supports remis aux patients étaient soit enregistrés depuis le site internet, soit commandés à l'INPES. Aucune nouvelle formation n'a été organisée avec l'IREPS avant le début des modules.

Une dernière réunion commune a permis à chacun de présenter le contenu de sa séance aux autres membres du groupe d'intervenants.

Des conducteurs de séance « sommaires » et peu détaillés ont été créés. Il était prévu que chaque duo puisse faire évoluer le contenu de ses séances en fonction du ressenti du binôme pendant et après les réunions. Les conducteurs pouvaient donc être réécrits au fil du projet et adaptés, le moment venu, à chaque public présent.

Pour l'analyse des pratiques, une évaluation sous forme de questionnaire de satisfaction était remplie à la fin de chaque séance par les patients.

3.3 Le financement

L'ARS finançait déjà le projet d'ETP cardio-vasculaire dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Pour bénéficier de ce financement, la MSP a dû faire valider le programme d'ETP par l'ARS via une description précise du projet, du recrutement des patients, et de l'organisation du programme.

L'ARS exigeait une file active de patients recrutés suffisante ; un contrat de 50 patients recrutés par an et une augmentation de ce nombre de 10% par année suivante a été signé entre les deux parties.

Le budget pour chaque projet d'ETP était standardisé au niveau national : l'ARS proposait une rémunération des intervenants sur la base d'un forfait par « programme et par patient ». Le budget était alloué à la structure qui déterminait librement les modalités de répartition entre les professionnels. Il couvrait le temps de conception du programme, les séances de diagnostic éducatif initial, d'éducation thérapeutique collective, d'évaluation individuelle finale et les supports utilisés. De plus, l'ARS pouvait verser une somme complémentaire pour chaque professionnel à titre de « forfait de formation » dans la limite

de deux professionnels formés par an. Mais la volonté d'impliquer dans la formation l'ensemble des participants de la MSP, et pas seulement deux soignants, a permis d'aboutir à un accord avec l'IREPS alors que les différents organismes de formation continue ne s'accordaient pas sur ce coût.

En 2014, pour financer le nouveau projet d'aide au sevrage tabagique en groupe, les professionnels de la MSP ont, dans un premier temps, auprès de l'ARS, fait une demande de budget en tant que pratique d'ETP à part entière, au titre de pratique clinique préventive de réunions de groupe au sein du Pôle de Santé. L'ARS a refusé d'allouer un nouveau financement pour ce projet, considérant que le tabagisme n'était pas une maladie chronique et que la prise en charge des fumeurs se déroulait déjà en ETP dans le cadre des travaux pour les patients atteints de maladie cardio-vasculaires et ceux atteints de BPCO.

Les soignants ont donc, pour éviter de retarder la mise en place de leur projet sur le tabac, décidé d'utiliser en partie le budget consacré à l'ETP cardio-vasculaire pour financer le début de leurs nouveaux modules. Les patients étaient alors inclus comme participants à l'ETP cardio-vasculaire.

Les réunions ont donc commencé à voir le jour. Malheureusement, le nombre de patients participants au projet de lutte contre le tabac, additionnés aux patients participants à l'ETP cardio-vasculaire était supérieur au nombre fixé contractuellement avec l'ARS pour financer l'ETP. L'ARS n'a alors initialement pas rémunéré les professionnels de santé pour la prise en charge des patients excédants.

Une année plus tard, l'ARS a finalement accepté de débloquer un budget pour financer les patients excédants inclus dans l'ETP cardio-vasculaire mais toujours en tant que tels et pas en tant que participants à une action spécifique de lutte contre le tabagisme.

L'ENMR s'est achevée fin 2014. Une négociation s'est alors entamée entre les syndicats de Médecine générale et la Caisse nationale d'assurance maladie (responsable financièrement des ARS) pour envisager la pérennisation de l'ENMR en Nouveaux modes de rémunération (NMR). L'échec de ces négociations a engendré la mise en place d'un règlement arbitral, rendu en avril 2015 par Bertrand Fragonard, Président délégué du Haut Conseil de la famille et Magistrat à la Cour des comptes. Celui-ci, validé ensuite par le ministère de la Santé, proposait de mettre en place des NMR pour les professionnels de santé travaillant en

structure collective mais modifiait l'accès aux dotations en vue du financement des programmes d'éducation thérapeutique ; ceux-ci seraient alors accessibles non plus via les budgets NMR mais via un Fonds d'Intervention Régional (FIR), à demander également auprès de l'ARS. Un nouveau contrat était donc à établir avec l'Agence ; mais les FIR n'étaient plus standardisés au niveau national, mais au niveau régional via les choix de l'ARS de la région de la structure en question.

De plus, la formation pour pratiquer l'ETP s'est vue modifiée : chaque intervenant devait désormais être possesseur d'une attestation de 40 heures de formation à l'ETP.

L'ETP cardio-vasculaire n'étant plus reconductible dans les mêmes conditions pour l'année 2015 dans la MSP de Savenay, celle-ci a donc été stoppée fin 2014.

3.4 Le projet à l'arrêt

Après sept modules d'aide au sevrage tabagique en groupe, les professionnels de santé ont décidé de stopper l'organisation de nouvelles réunions et donc le recrutement de nouveaux patients.

Cette décision avait plusieurs causes :

- la nécessité pour les soignants de prendre un temps de recul nécessaire pour analyser les résultats, notamment l'efficacité de ces réunions sur le processus de changement des fumeurs ayant participé et leur satisfaction vis-à-vis de celles-ci. Mon travail de thèse rentrait dans ce cadre d'évaluation des pratiques.
- le blocage administratif, le projet ne rentrant pas dans une case habituelle et prédéfinie par l'ARS et l'absence de financements disponibles pour l'année 2015 pour rémunérer les soignants organisateurs et animateurs des réunions. En effet, l'ARS ne souhaitait pas voir, de nouveau, ces patients inclus dans le cadre d'ETP cardio-vasculaire contractualisé et, de toute les manières, ce contrat n'avait pas été automatiquement renouvelé en 2015 suite aux modifications d'accès aux financements de l'ETP.

Discussion

1. Retour sur les objectifs du travail

Ce travail a largement permis de répondre à l'objectif principal qu'était la description du projet, de ses prémices à sa mise en œuvre, jusqu'au retour des patients participants en estimant leur satisfaction et l'impact sur leur consommation.

Toutefois, les objectifs secondaires qu'étaient la définition et l'évaluation de la présence des conditions nécessaires à la pérennisation ou à la reproduction de ce nouvel outil, n'ont pas pu être atteints par les résultats. En effet, la nécessité « d'étendre » la réflexion sur le contexte médico-social où se tiennent les enjeux de santé publique aujourd'hui, pour définir les opportunités et menaces pour cet outil, semblait essentielle pour mieux comprendre les conditions nécessaires à la reproduction de ce projet. De plus, l'analyse des forces et des faiblesses de l'outil semble d'autant plus pertinente si elle est mise, notamment, en perspective avec les données actuelles de prévention en tabacologie. Enfin, les améliorations à envisager ne peuvent être réfléchies qu'après analyse de ces données. Les objectifs secondaires seront donc débattus dans la discussion de cette thèse.

2. Interprétation et hypothèses explicatives des résultats : méthode d'analyse SWOT

2.1 Analyse des facteurs internes au projet

2.1.1 Les forces du projet

- Le caractère proactif du recrutement du fumeur par le professionnel de santé est une des forces indéniables de ce projet.

En effet, chaque fumeur, ambivalent par définition vis-à-vis de son addiction, à quelque niveau qu'il soit dans son processus de changement, doit pouvoir avoir accès à des interventions d'aide au sevrage. Malgré les différents outils que le patient a parfois mis en place, seul ou avec son médecin, l'action thérapeutique se heurte souvent aux situations de vie des patients et trouve ses limites dans leurs conduites mêmes. Le « déclic » tant attendu, censé faire monter « en flèche » la motivation au sevrage, n'arrive pas forcément.

La proposition d'inscription à ces réunions de groupe est acceptée rapidement par le patient, en consultation individuelle habituelle. Les résultats montrent que chaque patient augmente fortement sa motivation pour changer sa consommation rien qu'en envisageant de participer aux réunions. Or, **la moitié des participants n'avait jamais envisagé de participer à un travail de groupe sur le sevrage tabagique, et très peu d'entre eux (16,7%) affirmaient à posteriori qu'ils auraient pris l'initiative seul de s'inscrire.** Malgré cela, l'adhésion des patients au projet collectif semble forte, ceux-ci déclarant majoritairement participer dans le but de rencontrer d'autres fumeurs et de partager leurs expériences.

Au total, l'inscription renforce la motivation, et la participation collabore à l'accélération du processus et provoque même, parfois, un changement non attendu. La démarche du médecin, en « ouvrant la porte » au fumeur vers un nouveau type d'intervention, est donc très « rentable » pour le patient.

Les participants le reconnaissent d'ailleurs volontiers en s'exprimant massivement (77,8%) pour que le médecin, dans le futur, propose l'inscription à ces réunions à tous ses patients tabagiques et non pas seulement à ses patients exprimant un souhait d'arrêter de fumer à court terme.

La proposition de participation du médecin semble donc être la bienvenue et la proactivité de celui-ci est récompensée.

- Le contenu et l'organisation des réunions montrent de nombreuses forces pour mener à bien ce projet.

L'organisation du module, les séances suivant le « parcours type » d'un patient décidé à sevrer, peut être un avantage pour lui. Si le fumeur se fixe comme objectif, comme 61,1% des participants l'ont fait, de modifier sa consommation sur la durée du module, il peut alors suivre le rythme fixé par les thèmes des réunions ; la première annonce, faire un état des lieux, la seconde, proposer une tentative de sevrage ou de diminution et la dernière, permettre un renforcement positif et un maintien de la décision du patient.

La première séance semble créer, pour le patient, un sentiment d'appartenance à un groupe particulier de fumeurs qui souhaite se prendre en main et est venu participer à une expérience personnelle et collective sur son tabagisme. Les nombreux échanges entre les patients objectivés lors de cette séance montre une forte envie de partage, d'abord sur leur façon de consommer, pour s'identifier si tel est le cas, les uns aux autres, puis sur les expériences de sevrage de chacun, réussies ou non, pour se rassurer sur leurs échecs et découvrir des moyens non encore testés. L'expression libre est encouragée et chaque patient exprime ses expériences, ses croyances et ses connaissances sur le tabac. Ce sentiment d'appartenance à un groupe est très important et constituera, pour certains, une véritable émulation pour déclencher un changement.

Les outils utilisés sont adaptés et novateurs. Le livret « J'arrête de fumer-Le guide pratique pour y parvenir », distribué en début de séance, est un bon support de référence pour le patient ; il permet, par exemple, d'évaluer la motivation ressentie à un moment donné par le fumeur. Celle-ci pourra être réactualisée à distance pour objectiver ou non un changement. L'outil pédagogique « photo-expression » permet une vision différente de son rapport au tabac et semble bénéfique pour la plupart des patients.

La seconde séance, généralement à une semaine d'intervalle, permet d'aller plus loin sur le thème du sevrage, notamment sur les freins à celui-ci. L'outil utilisé, un jeu de l'oie, permet un rapport ludique entre participants et animateurs.

La troisième et dernière séance, à distance de trois semaines à un mois, est l'occasion de faire un bilan des changements depuis le début du module. En cas de modification de sa consommation, les animateurs et le groupe renforcent les bénéfices du changement en félicitant le patient, en l'encourageant à continuer et en objectivant avec lui les avantages perçus.

La comparaison entre participants peut aussi être vecteur de motivation pour le patient, « l'effet de groupe » prend alors tout son sens. 94,1% des participants étaient d'ailleurs d'accord pour dire que le fait d'être en groupe a augmenté leur motivation à atteindre leurs objectifs personnels.

En consacrant un atelier à la prévention des rechutes en anticipant les situations à risque, le débat se déplace sur un thème non encore abordé depuis le début du module. Le travail en sous groupe est alors intéressant pour éviter aux patients plus discrets de trop s'exposer devant le groupe. La mise en situation ensuite permet d'approfondir le sujet et de débattre autour du ressenti du moment de chacun.

Pour finir, l'ouverture de l'animateur vers les solutions d'aide au changement ou au maintien d'un sevrage et notamment la possibilité pour chacun de consulter son médecin traitant pour des séances de counseling individuel permet une prolongation dans le temps du processus engagé. Ceci est très important pour éviter que ce travail de groupe ne soit qu'une expérience comme une autre ; pour « bonifier » l'expérience, le patient a tout intérêt, si c'est son souhait, à maintenir une aide dans la durée pour soutenir son projet de sevrage.

Les trois réunions sont donc complémentaires dans leurs contenus.

De plus, la participation aux trois séances a permis à ces patients, par rapport à ceux ayant arrêté le projet en cours, de doubler leur taux d'expérimentation d'une diminution ou d'un sevrage. On peut, certes, évoquer que les patients ayant participé aux 3 réunions sont les plus motivés pour arrêter de fumer, mais la principale raison donnée pour expliquer l'abandon prématuré du projet était l'empêchement personnel, sans rapport donc avec la motivation.

- La participation à une aide en groupe était une source de satisfaction pour les patients, 94,1% des patients déclarant que l'intérêt des réunions a été augmenté par le fait d'être en groupe. De nombreux commentaires étayaient cette satisfaction sur le travail collectif. De plus, la motivation à l'arrêt a clairement été stimulée par « l'effet de groupe ».

- l'expérience des professionnels de santé du Pôle de Santé de Savenay en matière d'animation de séances collectives d'ETP a été un point fort de ce projet. La formation reçue par l'ensemble de l'équipe participante en 2011 a permis la création du projet d'ETP mais également, sans nouvelle formation, la création intégrale d'un projet novateur comme celui de l'aide au sevrage tabagique en groupe au sein de la MSP. L'organisation du recrutement, des réunions et les outils utilisés sont directement inspirés de leur expérience en ETP. Une thèse en santé publique et sociologie montre que l'ETP est un « objet transitionnel » avec lequel « les médecins innovateurs sont souvent contraints de commencer en faisant l'hypothèse que les interactions nécessitées par ce projet leur permettront d'inventer ultérieurement de nouvelles pratiques comme un modèle pluri professionnel coordonné permettant de développer la prévention ». « Le dispositif ETP est l'origine de nouvelles pratiques de soins et de santé publique ainsi que de nouvelles collaborations interprofessionnelles et interinstitutionnelles. De nouvelles articulations se dessinent alors, entre soins et prévention [...], médical et paramédical [...], sanitaire et social [...], entre colloque singulier et approche collective. »(44)

- Les objectifs des soignants ont largement été atteints, bénéficiant directement aux patients participants.

En effet, la principale motivation des professionnels était de proposer un outil novateur d'aide au sevrage pour leurs patients fumeurs. Les patients pourraient alors se l'approprier pour avancer dans leur processus de changement. La modification de la consommation du tabac par le patient sur la durée du cycle n'était pas un objectif à atteindre obligatoirement. Mais il était utile, pour les organisateurs, d'étudier tout de même la question. Et les résultats sont intéressants : ils confirment que ce projet d'aide en groupe s'inscrit dans le processus de sevrage tabagique du patient fumeur. Il semble accélérer celui-ci en provoquant un nombre de changements non négligeables à court, moyen et long terme.

A court terme : prêt de 60% des participants annonçaient vouloir modifier leur consommation sur la durée du module. 46,1% l'ont finalement fait (34,6% avaient diminué leur consommation, 11,5% étaient sevrés), un chiffre qui semble clairement honorable. Par ailleurs, le niveau de dépendance initiale ne semble pas être un facteur modifiant le taux de changements, les fumeurs fortement dépendants ayant autant modifié leur consommation que les fumeurs faiblement dépendants. Les fumeurs dits difficiles, en échec dans leurs tentatives de sevrage, ont été observés : 100% de ces fumeurs étaient sevrés à la fin des modules. Cet outil semble donc pouvoir être une alternative intéressante pour ce type de fumeurs.

A moyen et long terme : nous avons cherché à savoir si ces changements de comportement entamés lors du module ont persisté dans le temps. Et là encore, les résultats sont intéressants : un an après, plus de 50% des patients avaient modifié leur consommation (40,4% avaient diminué, 11,5% étaient sevrés). Ces chiffres montrent le tabagisme des patients à un an mais ne nous disent pas s'ils vivent actuellement une nouvelle expérience, parfois après une rechute, ou si c'est un changement durable. Ceci a donc été mesuré : près de 35% des participants ont maintenu leur changement depuis la fin de leur module soit à un an et un jour en moyenne. Certes, l'objectif principal de l'outil est l'abstinence et la plupart de ces maintiens sont des diminutions (le résultat du taux de sevrage maintenu étant seulement de 3,8%), mais pour certains patients qui ne sont pas prêts à arrêter, la réduction de consommation peut être considérée comme une étape intermédiaire vers l'abstinence. Cette stratégie de réduction doit, pour être efficace, être accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé(5).

L'abstinence partielle pourrait également constituer un objectif « satisfaisant », au moins dans un premier temps, dans le cadre de la réduction des risques chez les patients très fortement dépendants en échecs répétés de sevrage(45).

De plus, durant l'année de recul écoulée, 75% des répondants déclaraient avoir fait l'expérience d'un changement de consommation tabagique (34,6% ont réussi une diminution sans sevrage, 40,4 % ont réussi un sevrage dont la durée n'a pas pu être précisée). **En comparaison, en population générale, 29% des fumeurs déclarent avoir arrêté de fumer volontairement durant au moins une semaine dans l'année qui précède(1).**

Ces résultats élevés, obtenus grâce à l'aide des réunions pour les $\frac{3}{4}$ des patients (76,9%), montrent que ce projet s'inclut parfaitement dans le processus long qu'est le changement en addiction.

La décision de participation par le patient s'apparentant à une décision de changement, le contenu des séances et l'effet de groupe sont les facteurs qui permettent l'accélération du processus.

De plus, d'autres bénéfices à la création de ce projet ont été constatés : la participation à un projet de ce type a favorisé l'alliance thérapeutique entre le patient et le professionnel de santé ; même si le médecin du patient n'intervenait pas en tant qu'animateur, c'est lui qui avait proposé le recrutement et une porte a donc été ouverte sur la prise en charge de son tabagisme. Le patient a également vécu une expérience différente vis-à-vis de son lieu de soins habituel en le fréquentant le soir, dans une salle de réunion et non dans un cabinet et en rencontrant d'autres médecins de la MSP différents du sien ; L'influence de cette expérience sur la suite de son parcours de santé ne peut être établie mais celle-ci restera probablement inédite pour lui.

Enfin, le médecin lui même, en intervenant dans ce projet, a acquis de nouvelles connaissances et une meilleure expérience de la pathologie addictive qu'est le tabagisme, et a augmenté ses compétences en terme de prise en charge individuelle du patient fumeur.

2.1.2 Les faiblesses du projet

- Le nombre d'abandons en cours de projet a été conséquent.

Il existe tout d'abord une perte importante de données entre le recrutement et le début des réunions. Plus de 50% des patients à qui l'on avait proposé de participer et qui avait donné un accord oral n'ont finalement participé à aucune séance. Les causes de cet abandon n'ont pas pu être étudiées mais la proactivité du recrutement trouve peut être ses limites ici.

L'ambivalence du patient « addict » est probablement un facteur rentrant en compte. Le patient est tiraillé entre, d'une part, l'envie de changement, tirant ses causes d'une connaissance souvent importante des méfaits du tabagisme pour sa santé et de la pression sociale, notamment du corps médical, et, d'autre part, la double dépendance physique et psycho-comportementale, elle-même responsable d'effets ressentis parfois comme bénéfiques, tant sur le plan somatique (effet shoot par exemple) que sur le plan social. L'arrêt brutal de suivi et les rendez-vous médicaux non honorés sont malheureusement le lot quotidien en suivi d'addictologie...

Les résultats montrent par la suite un abandon non négligeable de patients en cours de module (plus de 35% d'entre eux n'ont participé qu'à une ou deux séances). Ceci est fort dommageable car les résultats objectivent un doublement des chances d'expérimenter un changement et, si tel est le cas, de le maintenir à un an, en participant à l'ensemble du module. Les causes de ces abandons ont été étudiées et l'empêchement personnel arrive largement en tête (38% des répondeurs). L'organisation peu flexible du programme pourrait donc être en partie responsable du nombre d'abandons.

La perte de motivation pour prendre en charge son tabagisme n'a finalement été évoquée que dans 14% des cas.

- Les résultats en terme de sevrage à un an ne sont guère plus élevés qu'en population générale.

En effet, au moment de la récupération des données à distance de la fin du module, 11,5% des patients, au total, avaient arrêté de fumer. Mais l'on pouvait affirmer un maintien du sevrage, depuis la fin des réunions et durant toute l'année de recul dans seulement 3,8% des cas de l'échantillon. On ne connaît pas la durée du reste des sevrages. Ce résultat est

légèrement supérieur à celui en population cible, 2,7% des fumeurs dit « réguliers » (les 15-85 ans fumant quotidiennement depuis au moins six mois) se sevrant de façon prolongée (entre six et douze mois) par année(46).

En revanche, 6,4% des fumeurs sont sevrés depuis plus d'une semaine mais moins de douze mois dans la population cible(46). Ce résultat de 11,5% dans notre échantillon est donc plutôt encourageant même si nous ne savions pas si ces patients sevrés le jour du rappel l'étaient depuis plus d'une semaine.

- La coordination du projet dans sa mise en œuvre a parfois été difficile.

Les séances ayant été élaborées en duo et non en équipe complète, quelques redondances dans les propos ou les thèmes abordés ont été notées. Ceci a parfois nui au dynamisme et à l'intérêt des réunions. La première séance, par exemple, débutait par un tour de table, l'expression était libre. Ceci avait pour but de faire connaissance et d'expliquer son parcours aux autres fumeurs. La deuxième séance, animée par d'autres soignants, ne commençait pas par un tour de table. L'activité « jeu de l'oie » était rapidement lancée et, ce jeu étant individuel, forçait chaque patient à se présenter librement aux nouveaux animateurs avant chaque lancer de dés. La répétition des présentations, souvent accompagnée d'un historique sur leur tabagisme, semblaient ennuyer certains individus et cassait le rythme de l'activité en cours.

Les séances n'étaient pas équivalentes en terme de qualité de contenu. Lors de la deuxième réunion, chaque patient jouant chacun son tour au jeu de l'oie proposé, la discussion était trop souvent uniquement limitée entre le participant en question et les animateurs, et le bénéfice du groupe était perdu, les autres individus se désintéressant rapidement des conversations en cours. De plus, la règle du jeu amenant régulièrement le patient à répondre à une question sur lui-même, le risque était d'obliger quelques participants à se « dévoiler » devant le reste du groupe, ce qui peut s'avérer gênant pour certains. Cette séance s'est plus apparentée à du counseling individuel qu'à un véritable travail de groupe. L'atelier « photo-expression » de la première séance semblait plus adapté au collectif, chacun pouvant s'exprimer spontanément sur ses représentations sans question imposée. Le peu d'interaction entre patients lors de cette séance a probablement fait diminuer le sentiment d'appartenance au groupe particulier créé lors de la première réunion ; Le déséquilibre de contenus entre les séances a peut être été vecteur d'abandons, 14% de ceux-ci déclarant

avoir stoppé leur participation car n'était plus motivé par les séances de groupe.

Le lien entre les réunions n'a pas toujours été fait par les animateurs. Les supports fournis aux patients n'étaient pas réutilisés lors de chaque réunion. Le livret « J'arrête de fumer-Le guide pratique pour y parvenir » distribué lors de la première séance et utilisé pour échelonner sa motivation au sevrage à un moment donné n'a, par exemple, pas été réutilisé lors des deux autres réunions. Le contenu du guide pouvait pourtant, en partie, se calquer sur le plan de déroulement du module. Un rappel des réunions précédentes n'était pas systématiquement fait. Lors de certaines séances, les patients n'ont pas eu l'espace disponible pour « débriefing » la réunion précédente et éventuellement les effets de celle-ci sur leur tabagisme

En l'absence de conducteur de séance précis, les animateurs n'avaient pas toujours les cartes en main pour éviter les redondances et créer du lien entre les réunions.

- Le fait de ne pas demander au patient de poser un objectif clair sur ses intentions en participant au module était un choix des organisateurs.

Le risque évoqué, en demandant au patient de s'exprimer devant le groupe, était de mettre en échec un individu devant un collectif en cas de non atteinte de ses objectifs, et de risquer, dans ce cas, une perte de confiance de l'individu dans ses capacités à se sevrer. et une moins bonne alliance entre médecin et patient Malheureusement, ceci n'a pas aidé à accroître la motivation de certains à essayer un sevrage ou une diminution sur la durée du cycle. Aucune incitation à cela par les animateurs pendant les séances n'a été, pour ma part, relevé.

L'ambivalence du patient entre l'envie de changement et son report à plus tard, peut tenter d'être contournée par une approche proactive du médecin, en lui demandant de se fixer des objectifs (ce qui diffère des objectifs fixés par le médecin). De plus, certains patients auraient peut-être bénéficié d'un surcroît de motivation si les soignants avaient proposé de fixer des objectifs devant le groupe, pour profiter de « l'effet de groupe » et de l'atmosphère de « challenge » qui peut en découler. Malgré cela, ce choix est clairement respectable ; il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation de chaque individu et de valoriser sa démarche personnelle dans sa tentative de diminution des risques(5).

- Le nombre de séances par module a été fixé par défaut à trois. Il s'inspirait de l'ETP cardiovasculaire déjà en place dans la MSP. 50% des patients interrogés déclaraient qu'ils auraient

souhaité que les réunions se poursuivent. Le maintien du counseling engagé semble effectivement primordial. Celui-ci peut se prolonger de façon individuelle mais une partie des participants semblait vouloir continuer en groupe.

- A noter également la disparité de recrutement entre les différents professionnels de la maison de santé. En effet, certains soignants n'ont recruté que très peu de patients quand, à contrario, d'autres en ont recruté beaucoup, et ceci indépendamment de leur niveau d'implication dans le projet. Les causes n'ont pas été étudiées mais il semble que les professionnels paramédicaux du Pôle de Santé aient largement moins recruté que les médecins.

2.2 Analyse des facteurs externes au projet

Pour développer la prévention en soins primaires, quatre leviers incitatifs ont été identifiés pour améliorer, notamment, la prise en charge des maladies chroniques(47):

- le levier de la gouvernance doit permettre d'articuler les interventions de stratégie de santé publique et celles propres au système de soins sur un territoire donné,
- le levier financier demande de continuer à explorer de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé,
- les incitatifs professionnels ciblent la valorisation d'une part des compétences en prévention et d'autre part de l'initiative, confiant un « leadership » au médecin. Ceci est possible si les professionnels disposent d'informations sur le dynamisme de santé de la population dans laquelle ils exercent et si la formation est mieux intégrée à leur travail.
- le levier organisationnel peut contribuer à favoriser le développement de compétences collectives autour de la prévention.

Dans le cas de notre étude, les leviers professionnels et organisationnels ont été perçus comme des opportunités, les leviers de gouvernance et financier comme des menaces pour le projet.

2.2.1 Les opportunités

Plusieurs facteurs ont permis de faciliter l'intégration des démarches de prévention en soins primaires dans la MSP de Savenay et semblent être à présent des piliers importants pour envisager la pérennisation du programme d'intervention.

- L'organisation de cette MSP, par son action territoriale raisonnablement large en terme de nombre de patients « rattachés » permet une politique de prévention de proximité et adaptée à la localité. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2003 recommandait déjà de « privilégier les approches sélectives, communautaires et territoriales pour mieux intégrer et articuler les priorités nationales de santé publique »(48). La définition même des soins primaires en tant que « prestations de santé accessibles et intégrées assurées par des médecins dans le cadre de la famille et de la communauté »(49) va dans ce sens.

Le médecin généraliste présente une situation intéressante pour développer des actions de prévention du fait de la continuité de sa relation avec le patient, d'une approche globale de ses problèmes de santé, et de sa « quadruple proximité » vis-à-vis de la population, à la fois géographique, culturelle, temporelle et financière. La Médecine générale s'exerce en effet au sein de la cité, proche du lieu de vie du patient.

Ce projet a été élaboré dans l'idée d'apporter une aide inédite pour le patient à proximité de son domicile et prodigué par un médecin connu ou, du moins, travaillant dans le même centre médical. Et ceci a été un atout indéniable dans la mise en place du projet. Plus de la moitié des participants ont d'ailleurs déclaré qu'ils n'auraient initialement accepté ni de participer à des réunions de groupe dans un autre lieu moins familier à Nantes ou St Nazaire, ni de consulter un médecin spécialisé en tabacologie dans ces villes éloignées de leur lieu de soins habituel. Cette notion de proximité géographique et « de connaissance du professionnel de santé » a donc été déterminante dans l'adhésion des patients au projet.

L'idée des soignants était bien de ne recruter que, et seulement que, des patients consultants déjà dans la MSP. Le principe était de créer une dynamique locale pour le patient et de lui faciliter l'accès au programme.

Pour exemple, en 2008, le rapport du député André Flajolet relatif aux disparités territoriales des politiques de préventions primaires prend parti en recommandant de « favoriser les approches de prévention sélectives et ciblées plutôt que les approches dite universelles qui bénéficient au plus grand nombre mais aggravent les inégalités » et propose de considérer « la santé comme prérogative locale car de l'assainissement des milieux de vie découle la cohésion sociale »(50).

Le médecin généraliste a un atout majeur qui est celui de pouvoir assurer le lien entre l'individuel et le collectif par sa connaissance des individus et de pouvoir apprécier l'état de santé d'une population au sein de laquelle il travaille. Il contextualise et personnalise le message de santé publique. De par cette position d'interlocuteur de confiance, il donne ainsi à ces messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués.

L'organisation d'une MSP, permettant aux différents professionnels d'articuler étroitement leurs interventions et éventuellement de se substituer les uns aux autres, permet également aux patients de bénéficier d'un climat de confiance adapté à la réussite d'un projet comme celui d'un sevrage tabagique. La prévention ne doit pas être une série d'actes individuels et ponctuels mais une intervention collective, c'est-à-dire pensée et organisée à l'échelle d'une

patientèle ou d'un territoire(51). Le counseling, approche dans son contexte, peut donc se pratiquer collectivement et cela semble, d'ailleurs, d'après nos résultats, plutôt intéressant.

- L'organisation de la MSP, par sa pluridisciplinarité permet également une richesse de visions et de compétences pour l'élaboration d'un projet comme celui-ci. La proximité physique, cognitive et organisationnelle des professionnels entre eux, exerçant en MSP, favorise le développement de pratiques coordonnées autour des patients. L'exercice pluridisciplinaire en « communauté de santé » permet de tisser des liens et favorise l'émergence de projets novateurs de ce type.

- Les leviers professionnels utilisés par les soignants, décidés à prendre un « leadership » pour créer ce projet, ont fonctionné dans l'élaboration du projet ; l'équipe de soignants a en effet pu, au sein de sa MSP, mettre à profit sa motivation collective puisée dans le dynamisme apporté par l'écriture d'un projet de maison de santé essentiellement tourné vers la prévention.

C'est suite à la pratique pendant plusieurs années d'ETP pour les patients déjà atteints de maladies cardio-vasculaires que ces soignants ont décidé de changer de cible pour s'attaquer au tabagisme, dès la prévention secondaire, qui semble beaucoup plus « rentable » en terme de morbi-mortalité mais aussi en terme de coût de santé publique.

Et les soignants de cette MSP ont, malgré les difficultés rencontrées, mis sur pied et en pratique ce projet. Aucun questionnement éthique n'ayant fait obstacle, le projet a pu voir le jour sans « accord préalable » d'une hiérarchie. La formation suivie initialement par l'ensemble de l'équipe pour pratiquer l'ETP leur semblait suffisante pour débiter l'expérience. Pour le moment, comme également discuté dans la thèse de Cécile Fournier, « les interventions d'éducation pour la santé portant sur la prévention des facteurs de risques transversaux aux différentes maladies chroniques bénéficient de peu de mesures incitatives, mais auront la possibilité de voir le jour dans des regroupements, sous une forme expérimentale »(44). L'évaluation des pratiques allait être faite par la suite.

En dehors de ces leviers, d'autres facteurs semblent avoir été des opportunités pour les patients dans leur démarche de sevrage tabagique :

- La demande d'aide médicale par les patients est forte. En 2012, en population générale, 37,4% des patients fumeurs qui avaient le projet d'arrêter dans les 12 prochains mois, envisageaient de le faire avec l'aide du médecin ; 45,7% envisageaient de le faire sans aucune aide extérieure(46). Dans notre échantillon, seuls 22,2% des patients ont déjà fait intervenir leur médecin dans leurs tentatives de sevrage. La différence entre le souhait de s'aider d'un professionnel de santé et la réelle aide dispensée s'explique peut-être par un manque de volonté d'aborder le sujet de la part du patient et un manque d'écoute ou de proactivité de la part du médecin. Cet outil peut faciliter l'accès, pour le patient, au soutien médical et paramédical dans l'aide au sevrage tabagique, en soumettant systématiquement une proposition de participation à chaque fumeur se déclarant désireux de se sevrer ou de modifier sa consommation vers le bas.

- La dispense gratuite pour le patient sans avance de frais des réunions était également un point positif pour favoriser l'accès et l'adhésion à l'intervention. Ceci a été permis grâce au financement trouvé mais a été ensuite un facteur limitant, étant une des causes de l'arrêt du projet.

2.2.2 Les menaces

Plusieurs facteurs dans l'environnement du projet ont été identifiés comme des menaces à sa tenue et à sa réussite.

- Le levier de la gouvernance semble, dans notre étude, avoir été plus paralysant que porteur. En effet, les professionnels de santé ont souvent soulevé l'antagonisme entre, d'une part, la forte motivation à agir en terme de prévention sur leur territoire et, d'autre part, les lourdeurs administratives qui freinent largement toute démarche. L'ARS des Pays de la Loire, via le Plan Régional de Santé 2012-2016, ambitionne pourtant « d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité et le taux de mortalité évitable avant 65 ans » en « s'appuyant sur des professionnels compétents et mobilisés proposant des démarches innovantes »(52). La création des ARS allait pourtant dans le sens d'une organisation régionale, proche du terrain, en contact direct avec la population et les collectivités territoriales mais, comme le soulignait déjà l'IGAS en 2003, « la dynamique régionale est parfois entravée par les rigidités centrales »(48).

Les professionnels de la MSP de Savenay ont souligné l'élaboration d'un projet « empirique », basé sur l'épidémiologie de leur territoire, le bon sens et « l'impression clinique » ressentie. Le Médecin généraliste, dans sa pratique des soins primaires, est souvent confronté à cette part d'empirisme dans le partage de décisions avec le patient ou la gestion de l'incertitude, et est habitué à la manier. Chaque nouveau projet ne peut théoriquement pas voir le jour avant d'avoir été validé par la hiérarchie. Mais, dès lors qu'il ne soulève pas de questions éthiques difficiles à résoudre ou de mise en danger du patient, pourquoi ne pourrait-on pas envisager un parcours plus rapide comme une simple indication aux autorités de la mise en place du projet puis un rapport ensuite du déroulement et des résultats? Les risques liés aux lourdeurs administratives sont le ralentissement ou la mise entre parenthèses d'un projet et l'essoufflement de la motivation d'une équipe soignante à mettre en place une intervention. Dans le cadre du projet de lutte contre le tabac, les soignants ont dans un premier temps décidé de s'affranchir d'une validation de l'outil par l'ARS mais ont, par la suite, été confrontés à des difficultés administratives limitant la poursuite et la pérennisation du projet et provoquant par la même une démobilisation partielle d'une partie de l'équipe.

Selon des travaux de la Cour des comptes en 2011, la situation défavorable de la France pour

de nombreux facteurs de risque et pour certains états de santé serait en partie attribuable à un manque de synergie entre les structures et dispositifs agissant dans le champ de la prévention, à une faiblesse de reconnaissance, de valorisation, de soutien et de financement des dynamiques de promotion de santé de proximité(53).

La politique de prévention est soumise à des tensions et sa mise en œuvre semble notamment compliquée par l'affrontement entre acteurs de la santé publique et lobbies économiques.

- Les leviers financiers ont été une menace importante pour assurer la pérennité, même à court terme, du projet. En effet, l'équipe motivée de la MSP de Savenay a voulu mettre rapidement sur pied sa nouvelle création et, n'ayant pas ressenti la nécessité d'une formation complémentaire, n'a jugé utile de demander un financement aux autorités que pour les temps de coordination et d'animation de l'outil. Après un premier refus par l'ARS de débloquer un budget au titre d'ETP singulier de sevrage tabagique collectif, le moyen le plus logique était donc de proposer l'inclusion de celui-ci dans l'ETP cardio-vasculaire, déjà contractualisé avec l'ARS des Pays de la Loire et financé alors par le budget des ENMR. L'ARS, mise au courant des moyens utilisés, n'a alors pas rémunéré la participation des patients excédant le nombre prévu d'inclus dans le contrat d'ETP. Ceci a été l'un des facteurs provoquant l'arrêt de l'inclusion de nouveaux patients.

L'argent nécessaire à la création d'un projet comme celui de la MSP de Savenay ne devrait pas être un facteur limitant. La motivation des soignants à fabriquer les outils de promotion de santé de demain devrait être soulignée et encouragée. Tout comme lors de rencontres de fortes difficultés administratives, le principal risque est la perte de cet élan nécessaire et la décréue d'initiatives de ce type dans les structures locales.

En 2015, pour envisager la relance éventuelle de leur projet de lutte contre le tabac, les professionnels de santé de la maison de santé de Savenay se sont tournés vers l'Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux (APMSL) des Pays de la Loire pour demander, avec leur soutien, un budget de financement auprès du Pôle Prévention de l'ARS, interlocuteur différent du Pôle responsable de l'ETP à l'ARS. Cette demande a été refusée par l'Agence Régionale en décembre 2015, argumentant qu'un circuit de lutte contre le tabac était déjà

financé (programmes de prévention, etc.) et que l'ARS subventionnait déjà d'autres projets de l'APMSL sans rapport avec la prévention des risques liés au tabagisme.

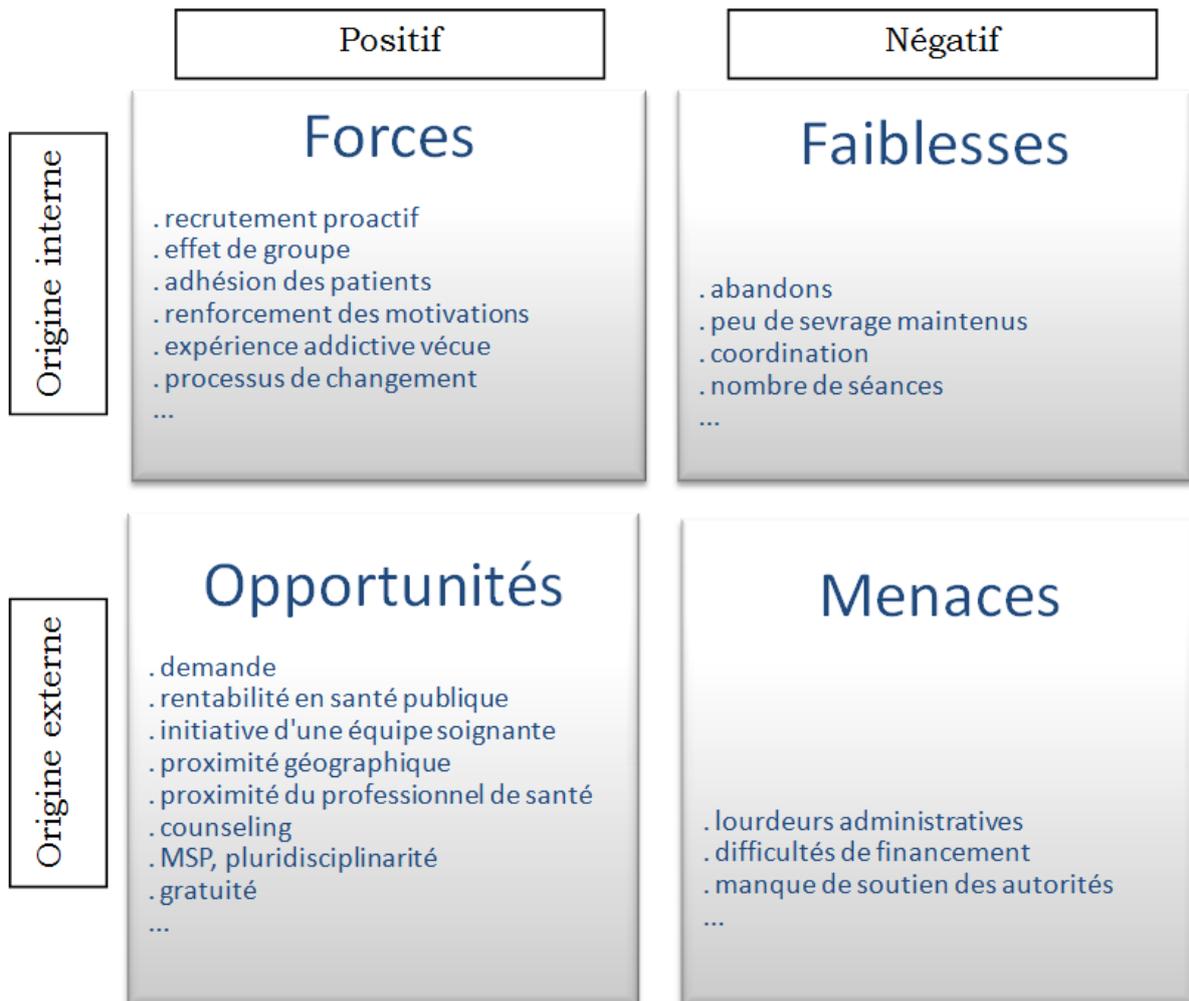
L'ETP est, elle-même, depuis le règlement arbitral en 2015, devenue difficile à appréhender dans son financement. Les NMR n'incluant plus le budget pour l'ETP, les moyens de financement ont changé : chaque budget, pour un projet d'ETP, n'est plus standardisé au niveau national mais débloqué régionalement par l'ARS via un FIR. L'importance de ce fond étant fonction du projet proposé, les soignants perdent alors fortement en lisibilité. Alors qu'avant, l'équipe pouvait, lors de la création d'un projet, planifier un budget sur un financement standard, aujourd'hui, il leur est difficile d'envisager le montage d'un nouvel outil sans prévision financière.

De plus, la formation des intervenants, initialement prévue de 40 heures pour un ou deux intervenants par équipe, est aujourd'hui devenue obligatoire pour l'ensemble des participants au projet. Ceci est en soi une décision qui semble bienveillante mais est, en fait, par sa difficulté à la programmer dans le temps et financièrement, probablement un large frein à la mise en place de nouveaux outils. L'initiative de l'équipe de Savenay a été de faire en sorte que l'ensemble des participants soient formés à l'ETP, dès le début de leur programme en 2011, mais pas sur une durée de 40 heures chacun(54).

En ETP, les choix de financement sont pour le moment tournés vers la prévention tertiaire en matière de tabagisme, préférant plutôt prendre en charge les patients atteints de BPCO ou de maladies cardio-vasculaires que les patients vierges de pathologie en rapport avec ce facteur de risque.

Pour améliorer l'offre de prévention en France au sein des MSP, ces leviers doivent être clairement mieux mobilisés, pour permettre aux professionnels de santé, malgré une charge de travail déjà lourde, de s'investir dans de nouveaux projets.

2.3 Matrice SWOT



Les forces de ce projet sont nombreuses et remarquables. Le détail du contexte indique également d'importantes opportunités à continuer de saisir.

Néanmoins, des menaces conséquentes compliquent la dispense de l'outil et quelques faiblesses au sein même de celui-ci sont à déplorer.

Les conditions nécessaires à la reproduction de cet outil novateur semblent en partie seulement réunies.

En effet, les conditions indispensables que sont la cohérence globale et le contenu approprié du programme d'intervention en question sont, à ce jour, bien présentes et résonnent avec force auprès des premiers patients bénéficiaires. Néanmoins, des ajustements sont évidemment à prévoir pour tenter d'améliorer les profits de ce projet. Elles seront proposées dans les chapitres suivants.

Mais, malgré le besoin évident et toujours plus fort de proposer de nouveaux outils pour diminuer le nombre de malades du tabagisme en France, l'environnement actuel autour du projet ne permet pas de réunir les conditions nécessaires à sa reproduction immédiate. L'absence de financement disponible et le manque de volonté politique d'inclure la prévention secondaire contre le tabac en ETP structurée empêche, pour le moment, toute pérennisation de ce projet dans cette MSP ou de reproduction ailleurs.

3. Biais et limites

3.1 Un échantillon de petite taille

La principale limite de cette étude est le nombre de patients inclus. Cette thèse a pour vocation première d'être descriptive et en aucun cas de prouver significativement l'efficacité de l'outil. La réponse des patients aux deux questionnaires ne font partie que d'un ensemble d'informations à l'élaboration d'une réponse quand à la pertinence de reproduire cette expérience.

L'explication de cette limite vient évidemment du fait que le nombre de patients recrutés était peu important. De plus, la moitié des recrutés initiaux n'ont finalement participé à aucune séance. Ces perdus de vue n'ont pas été analysés. Néanmoins, pour une structure de la taille de la MSP de Savenay, ce chiffre est satisfaisant et a permis de développer sept modules avant d'évaluer le projet.

Le peu de patients inclus pour l'étude du premier questionnaire est principalement dû au fait d'avoir commencé le recueil de résultats en cours de dispense du programme. En effet, le début de travail de cette thèse n'a pu avoir lieu avant le commencement des premiers modules, trois d'entre eux s'étaient déjà déroulés. Ceci est dû au fait de la non connaissance pour ma part de l'existence du programme, n'ayant alors pas établi de contact avec les professionnels de cette MSP. L'équipe soignante avait prévu à priori un système d'évaluation succinct par questionnaire papier remis aux patients. Le directeur de cette thèse a par la suite proposé un travail plus approfondi par cette étude.

3.2 Des biais de sélection

La population de l'échantillon peut différer par plusieurs points de la population cible (tous les patients fumeurs).

- **Le recrutement** a été proposé à tous les patients tabagiques désireux de changer leur consommation qui consultaient à la maison de santé de Savenay. Le recrutement ne se faisant que lors d'une consultation individuelle et aucune incitation à le faire pour s'informer sur cet outil d'aide au sevrage n'ayant été mis en place dans les salles d'attente ou ailleurs, les patients recrutés ont forcément consulté un soignant durant la période de recrutement.

Celle-ci s'est étendue sur sept mois environ. Certains patients présentant les critères d'inclusion n'ont donc peut être pas été sollicités, notamment les patients jeunes qui consultent moins souvent que les plus âgés.

On peut imaginer que certains patients ont été recrutés car ont consulté durant cette période, soit par nécessité de soins, en rapport ou non avec leur tabagisme, soit par souci de leur santé au sens large du terme. Les patients recrutés étaient donc peut être des individus plus préoccupés par leur santé que d'autres et donc plus fortement impliqués dans l'idée d'un changement de leur tabagisme.

- La motivation des participants était forte. L'envie de modifier, un jour, sa consommation tabagique était un critère d'inclusion au projet mais cela ne signifiait pas forcément une motivation prégnante au changement lors du recrutement. Malgré tout, on peut supposer qu'une sélection s'est faite de patients réellement motivés pour changer leur consommation, expliquant peut-être en partie le nombre de perdus de vue, en fait possiblement moins motivés.

- De plus, les patients participants ont souvent un riche parcours de sevrages et de rechutes. Il ne s'agit pas de « débutants » dans le sevrage tabagique. Plus de 80% des patients déclaraient avoir déjà réussi un sevrage (sans définition établie à priori) ; 70,7% des fumeurs en population cible disent avoir déjà arrêté, au moins une semaine, de fumer(1). L'expérience en matière de sevrage est, au moins pour ça, plus forte dans l'échantillon qu'en population cible.

- Au cours du suivi, on observe un important biais de non réponse au questionnaire remis en fin de module. 8 patients (soit 30,8% de l'échantillon) n'ont en effet pas répondu au questionnaire malgré la relance par sms. Le questionnaire n'avait pas pu faire l'objet d'un test de faisabilité sur un petit groupe de patients, la taille de l'échantillon étant très réduite et l'avancement des réunions inexorable. Ceci explique peut être en partie la perte importante de données.

Le biais de non réponse au questionnaire de rappel téléphonique était beaucoup plus faible, seuls 5 patients (8,8% de l'échantillon) n'ayant pas répondu.

3.3 Des biais et limites de mesure

- L'évaluation de la dépendance avant la participation a pu être faussée. Dans le questionnaire papier, l'évaluation de la dépendance au tabac a été faite par un test de Fagerström court; la question était posée sous la forme « avant les réunions, par jour je fumais » puis « au réveil, je fumais ma première cigarette après » et « je fume depuis ». Il est possible que les patients aient alors révélé leur consommation avant leur participation aux réunions, ceci n'évaluant pas leur consommation avant l'inscription aux réunions. Or, il est possible que certains participants aient, dans cet intervalle, entamé un processus de diminution de leur tabagisme. Ceci expliquerait peut être en partie le pourcentage élevé de participants définis comme « non dépendant » au tabac.

L'identification du nombre de patients dits « fumeurs difficiles » est également potentiellement réduite.

Ceci étant dit, l'entame d'un processus de diminution par le patient dans l'intervalle entre l'inscription et la participation est probablement en partie attribuable au « déclic » produit par la proposition du médecin de prendre part au projet.

- Les questions sur les intentions du patient avant le début du projet ont été posées après la fin de celui-ci. Dans le questionnaire papier, il était demandé au patient en question 8 de déclarer ses objectifs vis-à-vis du tabac avant la proposition d'intervention et en question 5, ses objectifs en participant au module une fois inscrit. Ces deux questions étaient posées à posteriori, c'est-à-dire après la fin du module. Il existe donc un biais de mesure, le risque étant que la réponse soit « réinterprétée » suite aux événements survenus depuis.

- L'évaluation de la consommation pouvait varier. Dans le questionnaire téléphonique, il était demandé au patient de comparer sa consommation actuelle avec celle de la fin des réunions ; or, l'évaluation du patient étant subjective et, la consommation tabagique pouvant varier d'un jour à l'autre, l'analyse des données recueillies a pu être biaisée.

- L'évocation des causes d'abandon a pu modifier les réponses données par le patient. Dans le questionnaire téléphonique, il était demandé au patient n'ayant pas participé aux trois séances de donner une cause à cela. La première raison évoquée par les participants a été l'empêchement personnel. Bien que l'enquêteur annonçait toutes les propositions et ait

réservé cette réponse en dernier, l'empêchement personnel reste la réponse la plus « aisée » pour le patient, ne se mettant pas en opposition avec les propositions des professionnels du Pôle de Santé.

Ceci reste évidemment une supposition mais rend difficile l'interprétation du résultat qui démontre une augmentation du taux d'expérience de diminution ou de sevrage vécu par les patients ayant participé à toutes les séances. Il est donc possible de penser que les patients les plus motivés ont plus participé et donc plus vécu d'expériences de changement et que les abandons étaient parfois liés à une perte de motivation ou un manque d'adhésion au projet non révélés. Néanmoins, si l'empêchement personnel est retenu, la différence de motivation n'est donc pas le facteur principal au maintien de la participation du patient et donc à l'augmentation de ses chances de modifier sa consommation.

- La comparaison des résultats avec les dernières données disponibles de prévalence à propos des intentions des fumeurs quand au sevrage n'est pas fiable. Les études rapportent que seuls 59,5% des fumeurs réguliers déclarent avoir envie d'arrêter de fumer. Mais cette définition reste très vague, « l'envie d'arrêter de fumer » pouvant signifier « être motivé pour se sevrer » (sous entendu dans un avenir à court, moyen ou long terme), ou « ne pas vouloir, à priori, fumer toute sa vie ». La population dite « cible » de notre étude regroupe l'ensemble des fumeurs accessibles à un échange sur leur consommation et les moyens de sevrage disponible pour mettre à profit leur motivation, le jour venu, à se sevrer. Nous avons en effet considéré qu'une très grande majorité des fumeurs ne se voyait pas fumer tout au long de sa vie et se voyait, un jour, tenter un sevrage, sans pour autant pouvoir déclarer qu'elle a « envie d'arrêter de fumer ». La comparaison de nos résultats sur échantillon avec la population générale des fumeurs n'a pas pris en compte seulement les patients déclarant avoir « envie d'arrêter de fumer ».

- Le suivi des fumeurs au profil particulier dit « difficile » n'a pas été possible après la phase de recul, le premier questionnaire étant anonyme.

- Enfin, les données recueillies dans les questionnaires sont souvent des déclarations sur des ressentis. Ceux-ci peuvent donc varier en fonction du moment où le patient répond selon son humeur, son environnement, son temps de réflexion etc.

4. Des évolutions à envisager

Pour réunir les conditions nécessaires pour réitérer l'expérience dans la même ou dans d'autres structures de soins, plusieurs changements sont à envisager et voici quelques propositions qui demandent qu'on y réfléchisse.

4.1 Prendre en charge les faiblesses internes au projet

Les abandons en cours de projet ont été nombreux. Pour pérenniser le projet jusqu'à son terme, il est possible de réfléchir à des changements d'organisation.

L'adhésion des patients au projet pourrait être renforcée en augmentant leur motivation à y participer jusqu'au bout. Pour cela, on peut évoquer un lien plus fort à construire entre les séances et quelques changements vis-à-vis du nombre et du contenu de celles-ci.

La coordination entre professionnels sur l'organisation et la dispense des réunions est primordiale.

- Pour le patient, il serait intéressant de faire naître chez lui un sentiment plus marqué comme quoi il fait partie intégrante du projet et qu'il se doit de continuer à y participer. Pour cela, une « feuille de route », fixée à priori avec chaque patient, pourrait être mise en place. Elle comporterait l'objectif du patient en participant aux réunions et les thèmes des différentes séances. Elle pourrait être créée lors d'une consultation individuelle pour éviter, si l'objectif n'est pas atteint, un sentiment d'échec face au groupe.

- Les animateurs pourraient également participer à un renforcement de l'adhésion du patient au projet en écrivant en réunion plénière les trames détaillées des trois séances pour mieux coordonner celles-ci, en résumant en début de chaque séance brièvement la réunion précédente et en annonçant systématiquement les éléments présentés dans la suivante. Un « objet rituel » comme le livret INPES délivré lors de la première réunion pourrait être utilisé à chaque séance pour créer également du lien.

- Pour favoriser l'attention des patients au début de chaque séance, les animateurs, différents à chacun des réunions et ne connaissant donc pas forcément les participants, pourraient proposer un tour de table rapide et concis des patients présents.

- L'hétérogénéité des groupes en terme d'objectif, d'âge ou de niveau socioculturel a peut-être également été un frein à l'adhésion du patient au projet. La pertinence de réunir des patients ayant tous le même objectif à priori reste débattue ; en addictologie, le même objectif (abstinence totale ou diminution) ne signifie pas même étape dans le processus de changement. L'hétérogénéité du groupe permet aussi parfois, grâce aux échanges entre participants et à la dynamique collective créée, de susciter des accélérations dans ce processus de changement. Il serait nécessaire de tester cette répartition des patients dans les différents modules pour connaître l'impact d'une homogénéisation sur l'adhésion des patients au projet.

L'homogénéisation du groupe sur des tranches d'âge pourrait également être envisagée afin de centrer les débats sur des thématiques plus personnalisées afin d'obtenir, peut être, des relations interpersonnelles plus « poussées » au sein du collectif.

- Les motifs principaux évoqués pour les abandons sont les empêchements personnels. Les trois dates étaient fixées à priori par les organisateurs et les patients étaient censés participer aux trois séances d'un seul et même module. La flexibilité des dates pour le parcours du patient pourrait être une solution envisagée mais l'émulation de groupe via les relations interpersonnelles créées pourrait alors être diminuée, les patients devant réapprendre à se connaître à chaque début de réunion et les « challenges » éventuels qui s'étaient implicitement créés entre les participants se verraient disparaître.

- Le second motif d'abandon cité est l'insatisfaction des patients vis-à-vis des réunions. L'objectif de mieux cibler les attentes des patients reste primordial mais difficile car elles diffèrent souvent selon les individus. Un système d'ateliers à thèmes variés disponibles auxquels le patient pourrait choisir de participer ou non pourrait être une option à envisager. Mais ceci est très éloigné du projet actuel.

- Pour diminuer le nombre de perdus de vue, c'est-à-dire d'inscrits ne participant finalement à aucune séance, le professionnel ou ses assistants doivent multiplier les relances et rappels afin de s'affranchir au maximum de l'ambivalence du patient tabagique. Ils pourraient le faire en consultation, par téléphone ou par le biais de supports à créer, comme une plaquette d'informations ou un affichage en salle d'attente. En cas d'abandon « déclaré » par le patient, le professionnel peut respecter la décision du patient mais doit dans tous les cas lui proposer de programmer, à cette occasion ou dans le futur, d'autres dates de participation afin de laisser à l'individu le choix du « bon moment », pour lui, pour profiter de l'intervention. Ceci permettrait également de ne pas perdre définitivement de vue ce patient vis-à-vis du recrutement dans ce programme.

- Enfin, un des professionnels de la structure pourrait être nommé « coordinateur central » et aurait pour rôle d'assurer la communication entre les professionnels et les patients mais également d'être responsable de la planification des séances, des réunions de travail et du dialogue avec les autorités de santé.

L'amélioration du contenu des séances est également un point essentiel, tant pour favoriser l'adhésion, qu'améliorer les résultats en terme de diminution de consommation.

- Les thèmes des trois séances suivant le processus d'un patient décidé à arrêter de fumer, les animateurs pourraient, lors de la première séance, systématiquement inciter les patients qui le souhaiteraient à tenter un sevrage sur la durée du module. Encore une fois, l'objectif du patient ne doit pas forcément être annoncé au groupe mais chacun pourra se reconnaître ou non dans cet appel du professionnel de santé.

- Certains outils utilisés comme le jeu de l'oie lors de la deuxième séance semblaient mal adaptés à ce travail de groupe ; d'autres supports sont à envisager. A noter tout de même que le duo d'animateurs de cette réunion, suite au ressenti quelque peu négatif de l'atelier proposé, a par la suite décidé de faire évoluer sa proposition aux patients. L'adaptation doit rester une valeur forte de ce type de projet.

- La dispense d'informations sur le tabagisme par les animateurs aux patients devrait faire d'avantage écho aux expériences dévoilées des patients plutôt que délivrées sans

contextualisation.

- L'invitation d'un patient dit « expert », c'est-à-dire ayant réussi et maintenu un sevrage tabagique difficile, pourrait permettre aux patients de s'informer, de s'identifier et de progresser dans leur processus de changement et aux animateurs de l'utiliser comme support pour dispenser des informations.

Le nombre de séances pourrait évoluer.

- La moitié des patients interrogés auraient préféré que le module se poursuive après la troisième réunion. Le nombre de séances a été fixé à priori par les organisateurs en se calquant sur leur précédente expérience en ETP cardio-vasculaire. Il apparaît qu'en aide au sevrage tabagique, il est probablement nécessaire de mettre en place un travail plus prolongé pour poursuivre ou maintenir les changements engagés. Les recherches montrent que le nombre de quatre séances, au moins, semble plus approprié(28).

Enfin, la reproductibilité à l'identique du projet dans d'autres structures de soins semble pour le moment difficile car les trames ou conducteurs de séances ont été modifiés plusieurs fois et méritent d'être réécrits de façon plus détaillée pour permettre à d'autres structures tentées par l'expérience de reproduire le même projet.

4.2 Réfléchir aux menaces externes au projet

Par définition, elles sont difficilement modifiables par l'action de l'instigateur du programme, mais restent cependant accessibles aux critiques et aux propositions.

Les lourdes démarches auprès des autorités qui incombent à la mise en place d'un projet de territoire, sont inexorablement des bâtons dans les roues des acteurs de santé. Un allègement des démarches nécessaires pour monter un projet de ce type auprès des autorités compétentes serait probablement bénéfique au développement des initiatives locales.

Les difficultés en lien avec la formation à l'éducation thérapeutique sont largement entravantes à la réalisation de projets de ce type. 78% des médecins des Pays de la Loire déclarent qu'ils seraient prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'éducatons thérapeutiques avec une formation et une rémunération adéquate(55).

D'après la HAS, qui reprend les recommandations américaines, « tous les cliniciens et cliniciens en formation devraient être formés aux stratégies efficaces pour aider les consommateurs de tabac disposés à arrêter de fumer et pour motiver ceux non disposés à arrêter »(28). En 2009, le HCSP publiait également les recommandations suivantes : intégrer à la formation initiale des professionnels de santé l'enseignement des compétences nécessaires à la pratique de l'éducation thérapeutique, et soutenir la mise en place de formations continues en éducation thérapeutique(56).

Pour les programmes structurés d'ETP coordonnés par l'ARS, une **formation de 40 heures** est devenue obligatoire pour l'ensemble des participants au projet. En cas de projet déjà en place, les participants n'ayant jamais bénéficié d'une formation « officielle », doivent également prendre part à un cycle de 40 heures de formation. On peut pourtant imaginer que les soignants non officiellement formés, mais prenant part depuis des années à la dispense d'éducation thérapeutique individuelle ou collective, sont compétents dans cette discipline.

Le financement de ces formations est prévu, en cas de démarrage d'un projet, par l'ARS dans la limite de cinq professionnels. Il peut également être prélevé, en cas de fonds restants, sur

le crédit FIR attribué à la structure, ou via les organismes de gestion de formation continue. La question du lobbying des organismes de formation en ETP est probablement prégnante dans ce débat.

Au vu des difficultés rencontrées par les professionnels de santé, tant sur le plan organisationnel, le médecin, par exemple, étant souvent déjà soumis à une charge de travail importante, que sur le plan financier pour payer ces heures de formation, ce nouveau changement risque de freiner la création ou la pérennisation de nombreux projets en ETP.

Sur le plan du financement du temps de création, de coordination et de dispense des programmes, en 2009, le HCSP recommandait déjà « d'établir un dispositif de financement pour l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours »(56).

Pour le moment, aucun dispositif n'est prévu pour financer les projets d'éducation thérapeutique ne rentrant pas strictement dans le modèle structuré de l'ETP.

Pour les programmes structurés d'ETP, en sortant des NMR, les possibilités de financement semblent se compliquer car moins lisibles dans le temps (déblocage de fonds au cas par cas). La standardisation des moyens disponibles semblait être un outil plus favorable à la mise en route de l'élaboration d'un projet local en permettant une vision à moyen terme de l'équipe sur ses finances.

4.3 Place et apports de l'ETP en tabacologie

Sur les 3378 programmes d'ETP validés en France en janvier 2014, seuls 35 sont en lien avec l'addictologie dont 2 seulement comportent, dans leurs intitulés, un terme en rapport avec la tabacologie.

L'Education Thérapeutique du Patient a été intégrée dans le Plan National d'Education pour la santé en 2001. La HAS l'a définie comme suit : « elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». « Sous réserve qu'elle se déroule dans le cadre d'un programme structuré, l'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient et à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches »(40). Un programme structuré d'ETP comporte un diagnostic éducatif par une séance initiale individuelle, des séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives puis une séance d'évaluation des compétences acquises et des changements chez le patient. Par la suite, il peut être proposé, si besoin est, des séances de suivi régulier (renforcement) ou de suivi approfondi (reprise).

Un programme d'ETP en lien avec le sevrage du tabac pour les patients atteints ou non de comorbidités a été mis en place au Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer et l'analyse, en interne, du projet est intéressante. Les bénéfices avancés pour le patient sont « qu'il devient acteur de sa maladie et de sa santé », que l'ETP permet « de prendre conscience de ses ressources et de ses attentes tout en intégrant et respectant son rythme de vie et d'apprentissage ». Les bénéfices pour l'équipe soignante sont « de clarifier la place et le rôle des différents intervenants », « de renforcer l'alliance thérapeutique » et de mieux « structurer et harmoniser la prise en charge du patient »(57).

Aujourd'hui, la question du tabagisme en ETP est abordée essentiellement sous l'aspect de l'apprentissage à gérer un facteur de risque parmi d'autres. Or, la dépendance au tabac est aujourd'hui reconnue comme une maladie chronique et doit être abordée comme telle, avec une prise en charge pluridisciplinaire, une coordination des soins et une éducation thérapeutique. Comme souligné lors du Congrès National de la Société Française de

Tabacologie en 2013, « les méthodes et techniques de l'ETP appliquées à la tabacologie pourraient améliorer l'adhésion du patient à la prise en charge globale de son sevrage et favoriser son autonomie sans produit ».

Les études ont démontré la supériorité, en terme de sevrage à six mois, d'une prise en charge en ETP par rapport à une prise en charge en tabacologie sans ETP chez les patients atteints de BPCO. L'ETP se révèle donc être facilitatrice de l'arrêt du tabac chez ces patients(58).

D'autres études ont montré que l'ETP permettait une réduction du tabagisme et une augmentation de la motivation à réduire la consommation, y compris chez les individus initialement peu motivés, dans une population de patients schizophrènes(59).

Enfin, des programmes d'ETP sur le tabac en cancérologie ont vu le jour comme à Montpellier (« ETP : addictions en cancérologie »); l'évaluation sur son efficacité reste à déterminer(60).

La pratique de l'ETP en tabacologie pour les patients en prévention secondaire, soit en tant que maladie chronique en elle-même, et avant l'apparition de complications en lien, semble donc être un outil d'avenir. L'ETP peut être une ressource pour le professionnel concernant ses compétences pédagogiques. De même, la tabacologie peut être une ressource pour l'ETP concernant des compétences méthodologiques. La dispense de celle-ci dans une structure de proximité comme dans une MSP peut devenir un modèle prometteur.

L'équipe médicale du Pôle de Santé de Savenay a créé un modèle proche d'un programme d'ETP. La concrétisation du projet en Education Thérapeutique pour le Patient permettrait de le faire évoluer sur différents aspects : un programme plus structuré et donc plus facilement reproductible, un financement plus facilement accessible et une pérennité assurée en cas d'efficacité. En revanche, l'adhésion à un programme d'ETP engendre également des obligations administratives importantes et des difficultés liées au financement et à la formation citées plus haut.

4.4 Etat des lieux dans la MSP en 2016

Concernant la lutte contre le tabagisme, l'équipe de soignants de la MSP de Savenay a tout récemment décidé de relancer le projet d'aide au sevrage tabagique en groupe en modifiant certains points comme le nombre de séances proposées (quatre au lieu de trois) ou les thèmes abordés. L'objectif était de réactiver la dynamique du Pôle de Santé sur ce thème de la lutte contre le tabac suite aux résultats encourageants de ce travail de thèse et au constat de l'impact très positif que peut avoir une prise en charge plus proactive (y compris chez les fumeurs difficiles). Le projet a donc évolué pour se calquer encore un peu plus sur les codes de l'ETP.

Suite à la création écrite d'un nouveau projet, une demande de financement a été faite directement au Pôle Prévention de l'ARS des Pays de la Loire, service différent de celui organisant les programmes d'ETP. La réponse de celui-ci a été que l'outil inventé s'inscrit bien dans les objectifs du Programme National de Lutte contre le Tabagisme écrit en 2014 mais qu'un cahier des charges visant à « soutenir les ARS dans la mise en œuvre d'un programme régional coordonné d'actions, de communication, et de prévention de proximité, afin d'inciter et d'accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac » était en cours d'écriture au niveau national. Or ce cahier des charges ne sera communiqué qu'à la rentrée 2016. L'ARS des Pays de la Loire argumente donc l'impossibilité pour elle de « s'engager ou de se prononcer en faveur de tout projet d'action de réduction du tabagisme », dans l'attente des critères d'éligibilité des projets inhérents au cahier des charges.

Voilà donc encore un exemple criant des lourdeurs administratives et financières empêchant un projet semblant cohérent et efficace d'être amélioré puis remis en place depuis son arrêt en janvier 2015. L'essoufflement des professionnels de santé de la MSP de Savenay, malgré leurs nombreuses initiatives pour pérenniser leur projet, se ressent alors tant et plus.

Conclusion

Les soins primaires en matière de prévention en France semblent être à un tournant dans leur organisation et leur dispense. Le développement de la pluriprofessionnalité de proximité, entre disciplines médicales, paramédicales et la population, change la donne quand aux possibilités d'innovation en matière de prévention.

Par ailleurs, le modèle relationnel évolue et l'avènement de l'Education Thérapeutique du Patient dans les structures de soins a ouvert la porte à la « responsabilisation » de l'individu quand à sa maladie chronique propre. L'heure est aujourd'hui à l'extension de ces programmes vers des pathologies non initialement reconnues comme telles. La place du médecin généraliste quand à la prise en charge du tabagisme de ses patients est maintenant clairement définie. La maladie chronique qu'il représente ne doit plus être banalisée comme un simple facteur de risque, le bénéfice à l'arrêt étant aujourd'hui reconnu comme extrêmement rentable aussi bien pour le patient qu'en terme de santé publique au sens large du terme.

L'incertitude, l'empirisme et l'expérimentation sont des notions courantes et quotidiennes pour le médecin généraliste. Certains soignants les utilisent comme de véritables forces pour innover et créer les outils de demain.

L'exemple du Pôle de Santé de Savenay est révélateur d'un milieu en mouvement. Le dynamisme et l'opportunisme des professionnels le composant ont permis la création d'un objet imparfait mais novateur dans le domaine de la prise en charge du tabac.

La proactivité du soignant en tant que professionnel de proximité consiste à « mettre le pied du patient à l'étrier » pour lui laisser ensuite l'autonomie la plus totale dans ses choix, façon de procéder indispensable à la réussite finale d'un processus de changement.

La proposition de se soigner en groupe est, elle, si ce n'est un point marquant du processus de changement de chaque patient, une expérience souvent nouvelle pour l'individu.

Enfin, la confiance du patient en son professionnel de santé de premier recours est une valeur forte et parfaitement exploitée comme pilier du projet des soignants du Pôle de Santé de Savenay.

Toutes ces propositions ont été, dans cette expérience, largement récompensées par la

satisfaction révélée des participants et par le fort taux d'expérimentation d'un changement de consommation.

Malgré l'enthousiasme suscité par cette expérience, le contexte politico-économique en France reste, pour le moment, largement entravant à la concrétisation de la motivation affichée des professionnels de santé en matière d'innovation. Les autorités compétentes semblent bien ambivalentes dans leur prise de décision et c'est le moment, pour elles, d'afficher leur soutien aux initiatives locales pertinentes. Dans un contexte de tensions entre professionnels de santé et administration, l'initiative provenant du « terrain » doit être valorisée, l'attente de programmes préconçus, validés mais inadaptés au contexte de chacun ne peut être une solution satisfaisante.

Ce projet, en tant que tel, ouvre la voie à une nouvelle vision pour la réduction du tabagisme en structures de soins de proximité et a vocation d'une part, à informer les autorités de l'essoufflement des soignants à prévoir en l'absence de changement et d'autre part, à inspirer les maisons de santé pour continuer à innover dans ce domaine en pleine mutation.

Bibliographie

1. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*. jan 2015;(31):6.
2. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. *Rev Praticien*. mar 2012;62(3):325, 327-9.
3. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Programme National de Réduction du Tabagisme [Internet]. 2014 [consulté le 24 jan 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf
4. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl. European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence [Internet]. 2012 [consulté le 27 jan 2015]. Disponible sur: http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG_FINAL.pdf
5. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours - Méthode Recommandations pour la pratique clinique - Recommandations [Internet]. 2014 [consulté le 20 jan 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac_octobre_2014_2014-11-17_14-13-23_985.pdf
6. Dautzenberg B. Le tabagisme de la clinique au traitement. Paris: Med'com; 2010. 206 p.
7. Pierriot J. L'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs «irréductibles» – Helping the Hard-core smokers. *Le Courrier des addictions* [Internet]. 29 mar 2010 [consulté le 31 mar 2015];12(1). Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/16113.pdf>
8. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Db Syst Rev*. 2005;(2).
9. Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depen*. 1 mai 2011;115(1-2):120-30.
10. Cour des comptes. Rapport public annuel 2013 [Internet]. 2013 [consulté le 4 jan 2016]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/content/download/53083/1415030/file/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf

11. Ministère de l'économie et des finances. Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale - Programmes de qualité et d'efficacité [Internet]. 2011 [consulté le 4 jan 2016]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_plfss_pqe_maladie_9.pdf
12. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood (Ill): Dow Jones-Irwin; 1984. 193 p.
13. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* sept 1992;47(9):1102-14.
14. Underner M. Le tabagisme est-il une maladie chronique? Oui. *Rev Mal Respir.* sept 2015;32(7):663-7.
15. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Tabac: comprendre la dépendance pour agir. Paris: Les Editions INSERM; 2004. 473 p.
16. Prignot J. A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. *Tob Control.* mar 2000;9(1):113.
17. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *Brit Med J.* 14 nov 1998;317(7169):1354-60.
18. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Db Syst Rev.* 2001;(2).
19. Haute Autorité de Santé. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » - Algorithme 2 « IDEAL »: parcours du patient désireux d'arrêter de fumer [Internet]. 2014 [consulté le 4 jan 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/algorithme_ideal.pdf
20. US Public Health Service. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence [Internet]. 2000 [consulté le 4 jan 2016]. Disponible sur: <http://whyquit.com/guidelines/2000JuneConsensus.pdf>
21. Thill E. La motivation. Une construction progressive. *Sciences Humaines.* déc 1997;(19):44-9.
22. Simon D, Traynard PY, Gagnayre R. Éducation thérapeutique: prévention et maladies chroniques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2002. 269 p.
23. Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. *Question d'économie de la santé* [Internet]. déc 2012 [consulté le 11 jan 2016];(182). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes182.pdf>
24. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2008.

25. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Db Syst Rev.* 2013;8.
26. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Db Syst Rev.* 2008;(1).
27. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Db Syst Rev.* 2013;5.
28. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours - Méthode Recommandations pour la pratique clinique - Argumentaire scientifique [Internet]. 2013 [consulté le 20 jan 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire_scientifique_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
29. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Cigarette électronique - Point d'information [Internet]. 2011 [consulté le 7 jan 2016]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Cigarette-electronique-Point-d-information>
30. Office français de prévention du tabagisme. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette [Internet]. 2013 [consulté le 7 jan 2016]. Disponible sur: http://www.ofta-asso.fr/docatell/Rapport_e-cigarette_VF_1.pdf
31. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Premiers résultats tabac et e-cigarette - Caractéristiques et évolutions récentes - Résultats du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. 2014 [consulté le 7 jan 2016]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/15/dp150224-def.pdf>
32. Action on smoking and health. Use of electronic cigarettes (vapourisers) among adults in Great Britain [Internet]. 2015 [consulté le 7 jan 2016]. Disponible sur: http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_891.pdf
33. Public Health England. E-cigarettes: an evidence update [Internet]. 2015 [consulté le 7 jan 2016]. Disponible sur: https://regulatorwatch.com/wp-content/uploads/2015/12/E-cigarettes_an_evidence_update_Public_Health_England_FINAL.pdf
34. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale [Internet]. 2014 [consulté le 7 jan 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20140423_ecigarettebeneficrisque.pdf
35. Tremblay M, Gervais A. Interventions en matière de cessation tabagique description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec [Internet]. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2001 [consulté le 7 déc 2015]. 52 p. Disponible sur: <http://www4.bnquebec.ca/pgq/2005/3039742.pdf>

36. Warner KE, Burns DM. Hardening and the hard-core smoker: concepts, evidence, and implications. *Nicotine Tob Res.* fév 2003;5(1):37-48.
37. Emery S, Gilpin EA, Ake C, Farkas AJ, Pierce JP. Characterizing and identifying « hard-core » smokers: implications for further reducing smoking prevalence. *Am J Public Health.* mar 2000;90(3):387-94.
38. Augustson E, Marcus S. Use of the current population survey to characterize subpopulations of continued smokers: a national perspective on the « hardcore » smoker phenomenon. *Nicotine Tob Res.* août 2004;6(4):621-9.
39. Jarvis MJ, Wardle J, Waller J, Owen L. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *Brit Med J.* 17 mai 2003;326(7398):1061.
40. Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2007 [consulté le 8 déc 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
41. Haute Autorité de Santé. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » - Test de Fagerström simplifié en deux questions [Internet]. 2014 [consulté le 18 jan 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf
42. Sandou M. L'Education Thérapeutique en cabinet de Médecine générale – Observation et impact d'une pratique d'ETP sur les patients et les soignants dans une Maison Médicale à Savenay [thèse]. [Nantes]: Faculté de Médecine de Nantes; 2013.
43. Aulagnier M, Guilbert P, Paraponaris A, Villani P. Regard santé - Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2006 [consulté le 20 jan 2016]. Disponible sur: http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/06-SY14.pdf
44. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours: place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes [thèse]. [Paris]: Université Paris Sud - Paris XI; 2015.
45. Houezec JL, Säwe U. Réduction de consommation tabagique et abstinence temporaire: de nouvelles approches pour l'arrêt du tabac. *J Mal Vascul.* 20 mar 2008;28(5):293-300.

46. Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France - Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 [Internet]. 2010 [consulté le 23 jan 2016]. Disponible sur: [http://espacecollaboratif.orion.education.fr/LotusQuickr/fodad-personnels-sante-sociaux-lille/PageLibraryC12576D3004E88BF.nsf/0/56F50EFB371D1B89C1257C7D0026DC7F/\\$file/Tabagisme%20en%20France%20Analyse%20Barom%3%A8tre%202010.pdf](http://espacecollaboratif.orion.education.fr/LotusQuickr/fodad-personnels-sante-sociaux-lille/PageLibraryC12576D3004E88BF.nsf/0/56F50EFB371D1B89C1257C7D0026DC7F/$file/Tabagisme%20en%20France%20Analyse%20Barom%3%A8tre%202010.pdf)
47. Morisset J, Chambaud L, Joubert P, Rochon J. La prévention dans les systèmes de soins: défis communs pour la France et le Québec. *Pratiques et Organisation des Soins*. 1 déc 2009;Vol. 40(4):275-82.
48. Inspection générale des affaires sociales. Santé, pour une politique de prévention durable: rapport annuel 2003. Paris: La Documentation française; 2003. 399 p.
49. Donaldson MS, Vanselow NA. The nature of primary care. *J Fam Practice*. fev 1996;42(2):113-6.
50. Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports, et de la vie associative; 2008 [consulté le 23 jan 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf
51. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Sante Publique*. 2008;20(5):489-500.
52. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Projet régional de santé Pays de la Loire 2012-2016 [Internet]. 2012 [consulté le 23 jan 2016]. Disponible sur: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/PRS-PRESENTATION_GENERALE-version-light.pdf
53. Cour des comptes. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale - La prévention sanitaire [Internet]. oct 2011 [consulté le 23 jan 2016]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf
54. Lamour P, Michenaud J. Comment, par des formations actions, soutenir le développement de l'éducation thérapeutique dans les maisons de santé pluridisciplinaires: l'exemple de Savenay. *Santé Education*. 2014;16-8.
55. Observatoire régional de la santé - Union régionale des professions de santé des médecins libéraux. Education thérapeutique, hospitalisation à domicile et loi Léonetti: la perception des médecins généralistes - Enquête n°5 [Internet]. 2011 [consulté le 25 fév 2016]. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2010panel1_v5_rapport.pdf

56. Haut Conseil de la Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours [Internet]. 2009 [consulté le 25 fév 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_edthsoprre.pdf
57. Guillemot S. Place et apports de l'éducation thérapeutique du patient en addictologie/tabacologie. Rev Mal Respir. juil 2014;6(3):248-52.
58. Marchandise F, Perriot J, Doly-Kuchcik L, Merson F. Impact d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient BPCO sur le sevrage tabagique [Internet]. Poster présenté à: 8e Congrès national de la Société Française de Tabacologie; nov 2014 [consulté le 22 jan 2016]; Paris. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/J_Perriot/publication/259717208_Impact_dun_programme_dEducation_Thrapeutique_du_Patient_sur_le_sevrage_tabagique/links/53ea236a0cf2fb1b9b6764bc.pdf
59. Hamm I, Sussmuth C, Ribstein J, Clement C, Denis C, Hode Y. ETTAB: Programme d'Education Thérapeutique du Patient pour l'aide au sevrage du tabac [Internet]. Poster présenté à: 7e Congrès national de la Société Française de Tabacologie; oct 2013 [consulté le 30 mar 2016]; Clermont-Ferrand. Disponible sur: <http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/CSFT2013-RESUMES.pdf>
60. Huteau ME, Amalvy F, Colombe A, Stoebner-Delbarre A. ETP tabac en cancérologie: protocole de prise en charge de l'hôpital à la ville [Internet]. Résumé de communication orale présenté à: 8e Congrès national de la Société Française de Tabacologie; nov 2014 [consulté le 30 mar 2016]; Paris. Disponible sur: http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/CSFT2014_Resumes.pdf

Annexes

Annexe 1 - Questionnaire remis au patient à la fin du module

QUESTIONNAIRE ANONYME

dans le cadre d'une thèse sur l'aide au sevrage tabagique en groupe en maison de santé pluridisciplinaire.

1. Dans ma vie, avant ces réunions, j'ai déjà essayé d'arrêter de fumer (sans forcément y parvenir):

- Oui, j'ai essayéfois
 Non > passer directement à la question 5

2. Si oui, j'ai déjà essayé : (plusieurs cases cochables)

- Tout seul sans substitut nicotinique (patch, gomme, pastille à sucer, cigarette électronique)
 avec substituts nicotiniques
- Avec l'aide de mon médecin mais sans substitut
 qui m'a prescrit des substituts nicotiniques
 qui m'a prescrit des médicaments (Zyban, Champix)
- Avec l'aide d'un tabacologue
- Avec l'aide d'autres professionnels de santé pratiquants: l'acupuncture l'hypnose la sophrologie
 autre :.....
- En groupe en milieu hospitalier
 en maison médicale
 via la médecine du travail

3. Dans ma vie, avant ces réunions j'ai déjà réussi à arrêter de fumer :

- Oui, j'ai réussifois, ma plus grande période d'arrêt a été de
 moins d'1 mois entre 1 et 6 mois entre 6 mois et 1 an plus d'1 an
 Non

4. Si oui, j'ai déjà réussi: (plusieurs cases cochables)

- Tout seul sans substitut nicotinique (patch, gomme, pastille à sucer, cigarette électronique)
 avec substituts nicotiniques
- Avec l'aide de mon médecin mais sans substitut
 qui m'a prescrit des substituts nicotiniques
 qui m'a prescrit des médicaments (Zyban, Champix)
- Avec l'aide d'un tabacologue
- Avec l'aide d'autres professionnels de santé pratiquants: l'acupuncture l'hypnose la sophrologie
 autre :.....
- En groupe en milieu hospitalier
 en maison médicale
 via la médecine du travail

5. Quels étaient vos objectifs avant le début de ce cycle de 3 réunions ? (plusieurs cases cochables)

- Recevoir des conseils concernant le tabagisme, les risques pour votre santé
 Rencontrer d'autres fumeurs pour partager leurs expériences, leurs difficultés , leurs solutions face au tabagisme
 Découvrir des outils pour arrêter de fumer plus tard
 Diminuer votre consommation de tabac sur la durée du cycle des 3 réunions
 Arrêter de fumer sur la durée du cycle des 3 réunions
 Je n'avais pas pensé à un objectif particulier

6. Concernant les réunions :

	Pas du tout d'accord	En partie d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
J'ai compris pourquoi je fumais				
J'ai compris pourquoi j'ai des difficultés à arrêter de fumer				
J'ai renforcé ma motivation à l'arrêt du tabac				
J'ai compris les différents moyens d'aide au sevrage tabagique				

Si j'avais une note sur 10 à mettre sur l'intérêt de chaque réunion, ce serait :

Réunion 1 :/10, commentaires :

Réunion 2 :/10,

Réunion 3 :/10,

7. Après un cycle de 3 réunions, avez-vous atteint vos objectifs cités en question 5 ?

Oui

Oui et même plus, j'ai réussi pendant le cycle à diminuer ma consommation de tabac
 arrêter de fumer

Non. Pourquoi selon vous ?.....

8. Avant qu'on ne vous propose de participer à ces réunions, vous étiez :

dans l'intention d'arrêter de fumer dans les jours ou les semaines qui arrivaient

dans l'intention d'arrêter de fumer dans les mois qui arrivaient

dans l'idée d'arrêter de fumer sans délais précis

pas dans l'idée d'arrêter de fumer

9. Pour vous :

	Pas du tout d'accord	En partie d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Le fait d'être en groupe a augmenté l'intérêt de ces séances				
Pourquoi ?				
Le fait d'être en groupe a augmenté votre motivation pour atteindre ou dépasser vos objectifs				
Pourquoi ?				

10. Auriez-vous souhaité que le cycle de réunions se poursuive ?

Oui

car.....

Non

car.....

11. Auriez-vous accepté de participer à des réunions de groupe dans un autre lieu moins familier à Nantes ou St Nazaire?

Oui Non Ne sait pas

12. Auriez-vous accepté initialement de consulter un médecin spécialisé en tabacologie à Nantes ou St Nazaire ?

Oui Non Ne sait pas

13. Auriez-vous finalement préféré une aide uniquement individuelle avec votre médecin ? Oui Non Ne sait pas

14. Aviez-vous déjà envisagé de participer à un travail de groupe sur le sevrage tabagique ?

- Oui ; auriez vous pris l'initiative de vous inscrire seul à une réunion de ce type ? Oui Non
 Non

15. En toute franchise, avez-vous accepté initialement de vous inscrire à la première séance pour ne pas contrarier votre médecin ? Oui Non

16. Pensez vous qu'un médecin généraliste doit proposer ce type de réunion :

- à tous ses patients fumeurs seulement à ses patients fumeurs déjà motivés pour arrêter de fumer

17. Conseillerez-vous à vos proches fumeurs de participer à un cycle de réunions de ce type ?

- Oui Non,

car.....

18. Avant les réunions, par jour je fumais :

- 10 cigarettes ou moins
 entre 11 et 20 cigarettes
 entre 21 et 30 cigarettes
 plus de 30 cigarettes

Je fume depuis :

- 10 ans ou moins
 entre 11 et 20 ans
 entre 21 et 30 ans
 plus de 30 ans

Au réveil, je fumais ma première cigarette après :

- moins de 5 minutes
 6 à 30 minutes
 31 à 1 heure
 plus d'1 heure

19. Sexe : M F

Age :

Merci de renvoyer ce questionnaire dans l'enveloppe timbrée prévue à cet effet.

Merci beaucoup pour votre contribution.

Aymeric Lefebvre, interne en médecine générale au CHU de Nantes.

Annexe 2 - Questionnaire de rappel téléphonique

QUESTIONNAIRE DE RAPPEL TELEPHONIQUE date d'appel :

date de rappel :

Sexe : Age :

Session : soit rappel à de la dernière séance

1. A la fin des réunions, où en étiez vous dans votre consommation ?

.....

2. Aujourd'hui, par rapport à la fin des réunions, fumez vous

plus du tout----->diriez vous que les réunions vous ont aidés à cela ? OUI NON

moins----->depuis la fin des réunions, avez-vous pu expérimenter un arrêt ? OUI NON
diriez vous que les réunions vous ont aidés à modifier votre consommation ? OUI NON

pareil----->depuis la fin des réunions, avez-vous pu expérimenter une diminution ou un arrêt ?
 OUI NON---->STOP
diriez vous que les réunions vous ont aidés à cela ? OUI NON

plus-----> depuis la fin des réunions, avez-vous pu expérimenter une diminution ou un arrêt ?
 OUI NON---->STOP
diriez vous que les réunions vous ont aidés à cela ? OUI NON

3. Avez-vous participé à la 3ième réunion avec le Dr Michenaud ?

si OUI ---->STOP

si NON : est ce que vous diriez :

- que vous n'étiez finalement plus motivé par les séances de groupe
- que vous n'étiez finalement plus motivé pour parler de votre tabagisme
- que vous n'étiez pas satisfait par rapport à ce que vous étiez venu chercher
- que vous aviez déjà atteint vos objectifs personnels
- que vous avez eu un empêchement personnel

Annexe 3 - La méthode d'analyse SWOT

Après un diagnostic externe (identification des opportunités et des menaces présentes dans l'environnement) et un diagnostic interne (identification des forces et faiblesses du domaine d'activité), la méthode d'analyse SWOT peut être présentée sous forme de matrice comme suit :



La colonne verticale de gauche représente la liste des éléments positifs ou favorables à l'élaboration du projet.

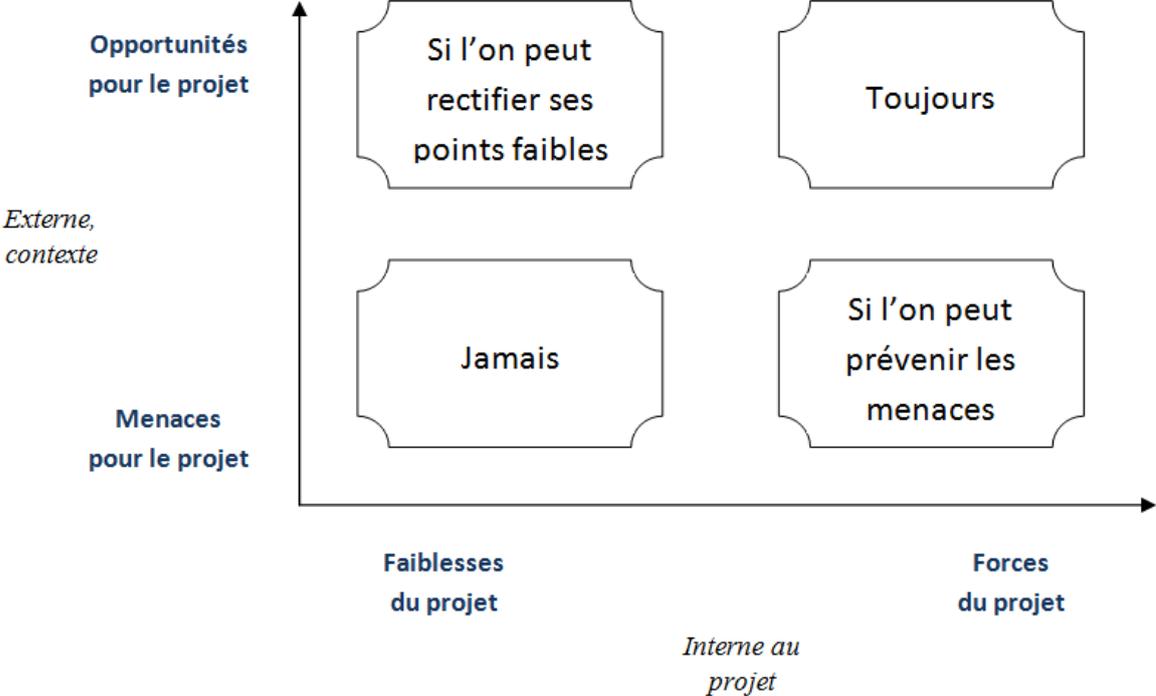
La colonne verticale de droite représente la liste des éléments négatifs ou défavorables à l'élaboration du projet.

La ligne du haut représente la liste des éléments dont l'existence sont dues à des causes internes donc potentiellement modifiables par les instigateurs.

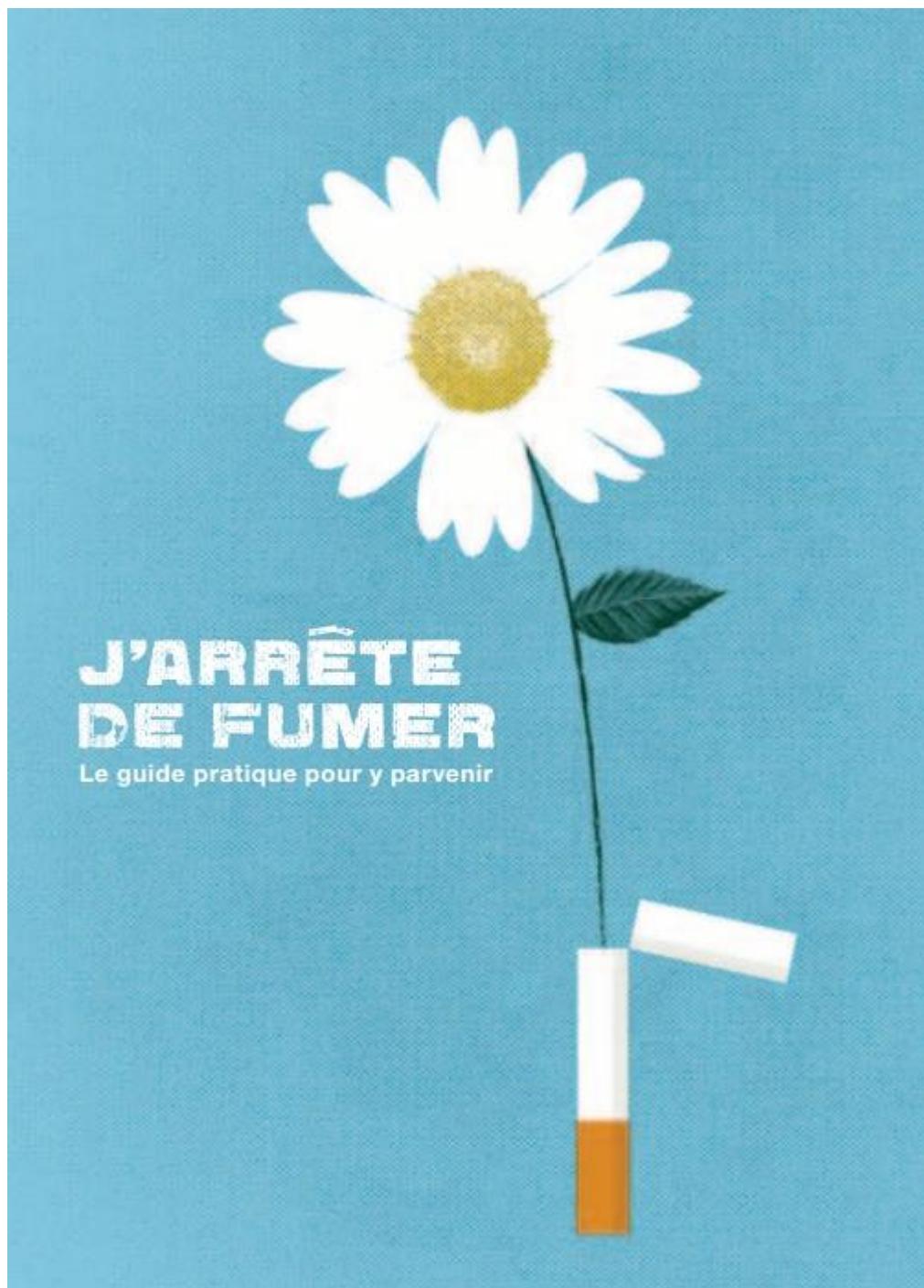
La ligne du bas représente la liste des éléments dont l'existence sont dues à des causes externes donc à priori peu ou non modifiables par les instigateurs.

L'analyse de la matrice permettra ensuite de s'investir ou non dans la mise en place ou la pérennisation du projet. La décision pourra être prise comme suit :

En fonction de l'importance de **chaque item**, la mise en place du projet se justifie :



Annexe 4 - Extraits du livret INPES « J'arrête de fumer, le guide pratique pour y parvenir »



POUR VOUS AIDER À FAIRE LE POINT SUR LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS NE SOUHAITEZ PAS ARRÊTER DE FUMER, vous trouverez dans ce tableau une série de propositions. Certaines ne vous concernent pas, d'autres correspondent bien à ce que vous ressentez. Indiquez votre point de vue en face de chaque phrase en cochant l'une des quatre cases :

Faites le point sur votre situation

	PAS DU TOUT	UN PEU	ASSEZ	BEAUCOUP
1. Fumer est un plaisir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Fumer me détend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je ne me sens pas prêt(e) à arrêter maintenant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je ne fume que des cigarettes légères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Il y a tellement longtemps que je fume ! Ça ne sert à rien d'arrêter maintenant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. J'ai peur de grossir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je n'ai pas assez de volonté, je n'y arriverai jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'ai peur d'être nerveux(se), irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. J'ai fait plusieurs tentatives et à chaque fois je recommence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL DES RÉPONSES

Ce tableau vous a permis de faire le point sur votre situation. Lisez maintenant les paragraphes qui vous concernent, c'est-à-dire ceux pour lesquels vous avez coché les cases « Un peu », « Assez », « Beaucoup ».

**VOICI QUELQUES EXERCICES
POUR FAIRE LE POINT**

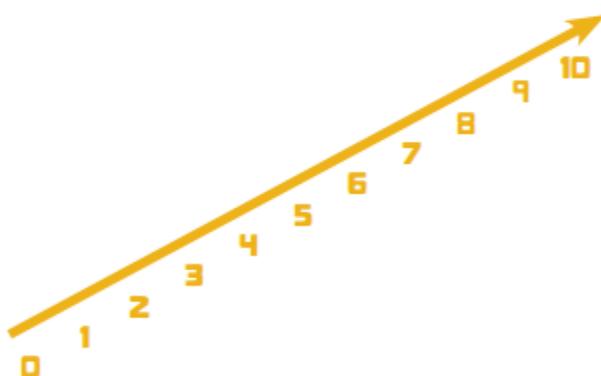
**? QUEL EST VOTRE
DEGRÉ DE MOTIVATION ?**

Évaluez, par une note de 0 à 10, votre intention actuelle d'arrêter de fumer.

0 signifie : « Je n'ai absolument pas envie d'arrêter de fumer. »

10 signifie : « Je suis fermement décidé à arrêter. »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.



Réponses:

Si vous avez répondu 0, reportez-vous au chapitre précédent. Dans tous les autres cas, essayez de réfléchir à vos attentes et vos craintes face à l'arrêt du tabac. Faites le point sur vos craintes face à l'arrêt du tabac.

EN ARRÊTANT DE FUMER, VOUS VOULEZ...

Pour identifier ce que vous attendez de l'arrêt du tabac, vous trouverez ci-dessous une série de propositions : cochez l'une des quatre cases qui vous correspond.

EN ARRÊTANT DE FUMER, JE VOUDRAIS

	PAS DU TOUT	UN PEU	ASSEZ	BEAUCOUP
1. Protéger ma santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vivre au mieux ma grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Retrouver une bonne condition physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Protéger la santé de ceux qui m'entourent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Retrouver le goût et l'odorat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Faire des économies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Être mieux dans ma peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Faire plaisir à mes proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ne plus être dépendant(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mieux respirer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Accompagner un proche dans sa démarche d'arrêt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ne plus être imprégné(e) de l'odeur du tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Retrouver une bonne haleine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOTAL DES RÉPONSES

? AVEZ-VOUS CONFIANCE EN VOUS ?

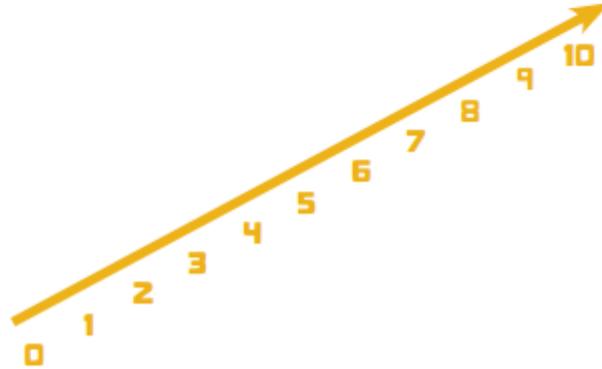
Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?

Placez-vous sur une échelle de 0 à 10 :

0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas. »

10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai. »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.



Si vous n'avez pas répondu 10 à cette question, qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'accroître votre confiance ?

- > Arrêter en même temps qu'un(e) ami(e) ou votre conjoint.
- > Arrêter à un moment où vous vous sentirez détendu(e) et dans de bonnes conditions, par exemple au moment des vacances.
- > Appeler **Tabac Info Service** au **39 89** (du lundi au samedi, de 8h à 20h - 0,15 €/min depuis un poste fixe, hors surcoût éventuel de votre opérateur) ou rencontrer un professionnel de santé qui vous donnera des conseils personnalisés.
- > Demander à votre entourage de vous encourager et de vous soutenir.

ÉTAPE N° 1 : Choisissez une date précise pour arrêter de fumer

Décider à l'avance d'une date précise vous aidera à préparer ce changement. Votre arrêt ne se fera pas sur un « coup de tête », mais sera mûrement réfléchi.

Il s'agit, bien sûr, d'une décision tout à fait personnelle, mais voici tout de même quelques conseils :

1. Il vaut mieux choisir une période au cours de laquelle vous n'avez pas trop de soucis personnels ou professionnels ;
2. Il est plus facile, surtout dans les premières semaines, d'être entouré de personnes qui vous encouragent et ne vous incitent pas à fumer. Ainsi, si vos collègues de travail sont fumeurs, choisissez plutôt d'arrêter pendant les vacances ;
3. Vous pouvez associer cette date à un événement heureux, à un anniversaire, à un début d'année. On a observé que nombre de personnes avaient arrêté de fumer à l'occasion d'un changement dans leur vie.

Quand vous aurez fait votre choix, inscrivez la date sur cette brochure et annoncez-la aux personnes susceptibles de vous encourager.

Date à laquelle je cesserai de fumer : / /

Pourquoi j'allume une cigarette ?

	PAS DU TOUT	UN PEU	ASSEZ	BEAUCOUP
1. C'est un geste automatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je suis avec d'autres fumeurs, c'est un moment convivial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. C'est un moment de détente, de plaisir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. C'est une compagnie quand je me sens seul(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cela me stimule quand j'ai une tâche difficile ou urgente à accomplir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cela me calme quand je suis angoissé(e) ou contrarié(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Cela m'aide quand je n'ai pas trop le moral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. C'est pour me couper l'appétit et ne pas grossir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. En public, cela me rassure et me donne une contenance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. C'est un moment d'intimité avec une personne qui m'est proche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOTAL DES RÉPONSES

Après avoir rempli ce tableau, prenez le temps d'imaginer ce que vous pourriez faire dans chaque circonstance au lieu de fumer. Demandez-vous à quelles cigarettes il vous sera le plus difficile de renoncer. Pour vous aider et trouver vos propres « trucs », reportez-vous au chapitre « J'arrête de fumer ».

MESUREZ LES PROGRÈS ACCOMPLIS

Le tableau suivant devrait vous encourager à poursuivre vos efforts. Il vous aidera à mettre en évidence et à valoriser vos progrès.

Il est conseillé de le remplir une fois par semaine en indiquant par une croix la situation dans laquelle vous vous trouvez.

DATE D'ARRÊT: _____

SEMAINE	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e
COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ?					
Très bien	<input type="radio"/>				
Bien	<input type="radio"/>				
Assez bien	<input type="radio"/>				
Pas très bien	<input type="radio"/>				
Pas bien du tout	<input type="radio"/>				
RESSENTEZ-VOUS UNE ENVIE TRÈS FORTE DE FUMER ?					
Pratiquement jamais	<input type="radio"/>				
Rarement	<input type="radio"/>				
1 à 2 fois par semaine	<input type="radio"/>				
Plusieurs fois par jour	<input type="radio"/>				
Presque à chaque instant	<input type="radio"/>				
COMMENT ÉVALUEZ-VOUS VOS CHANCES DE RÉUSSITE ?					
Je suis sûr(e) d'y arriver	<input type="radio"/>				
Je suis dans de bonnes conditions	<input type="radio"/>				
Je ne suis pas très à l'aise avec cette idée	<input type="radio"/>				
Je suis sûr(e) de reprendre un jour	<input type="radio"/>				
Je suis sûr(e) de ne pas y arriver	<input type="radio"/>				

Annexe 5 - Balance décisionnelle : bilan des aides et des freins à l'arrêt



tabac-info-service.fr
Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

BILAN DES AIDES ET DES FREINS À L'ARRÊT

Ce que j'aime dans le fait de fumer	Ce que je n'aime pas dans le fait de fumer

Mes craintes à l'arrêt du tabac	Ce que j'attends de l'arrêt Mes motivations à l'arrêt

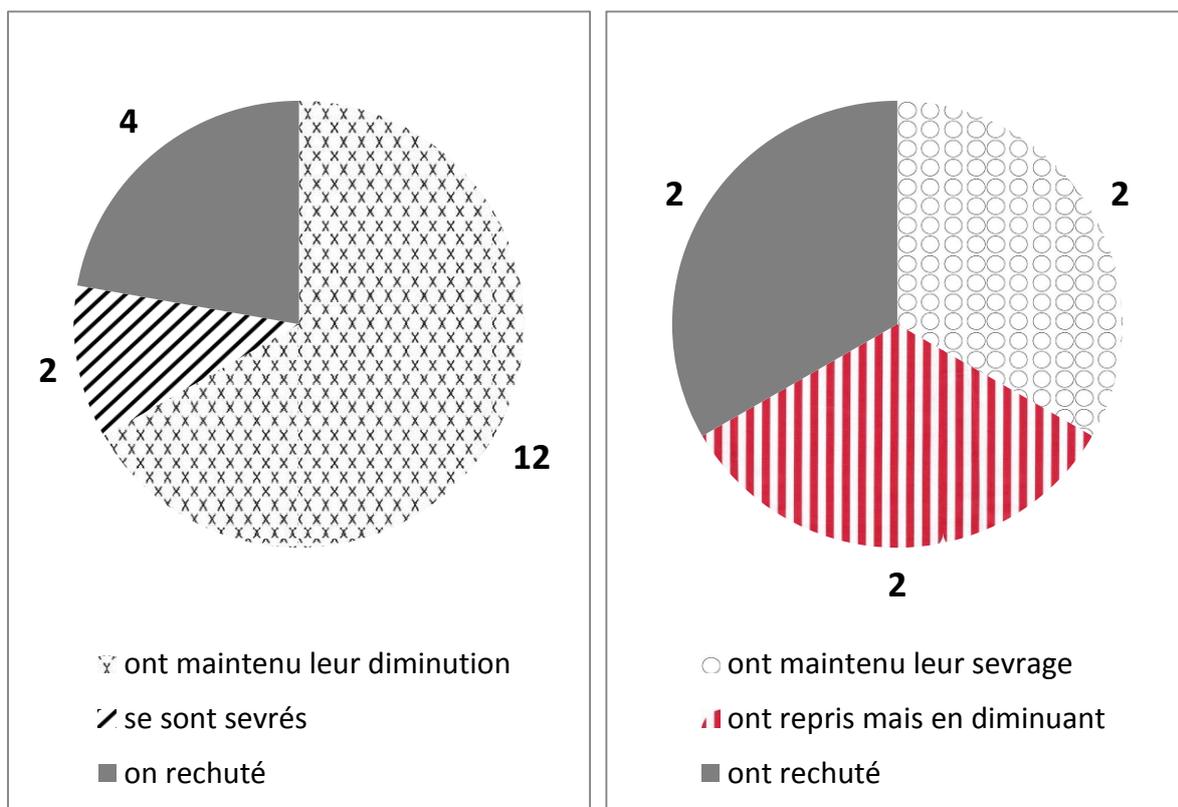
Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 *.
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.

Annexe 7 - Répartition des effectifs selon leur parcours addictif : deux visions pour mieux comprendre

En partant des résultats obtenus dès la fin du module: étude des patients qui, initialement, avaient diminué (à gauche) ou arrêté (à droite)

*Parmi les **18 patients qui avaient initialement diminué leur consommation**, 12 ont donc maintenu cette diminution, 2 se sont finalement sevrés et 4 ont ré-augmenté leur tabagisme.*

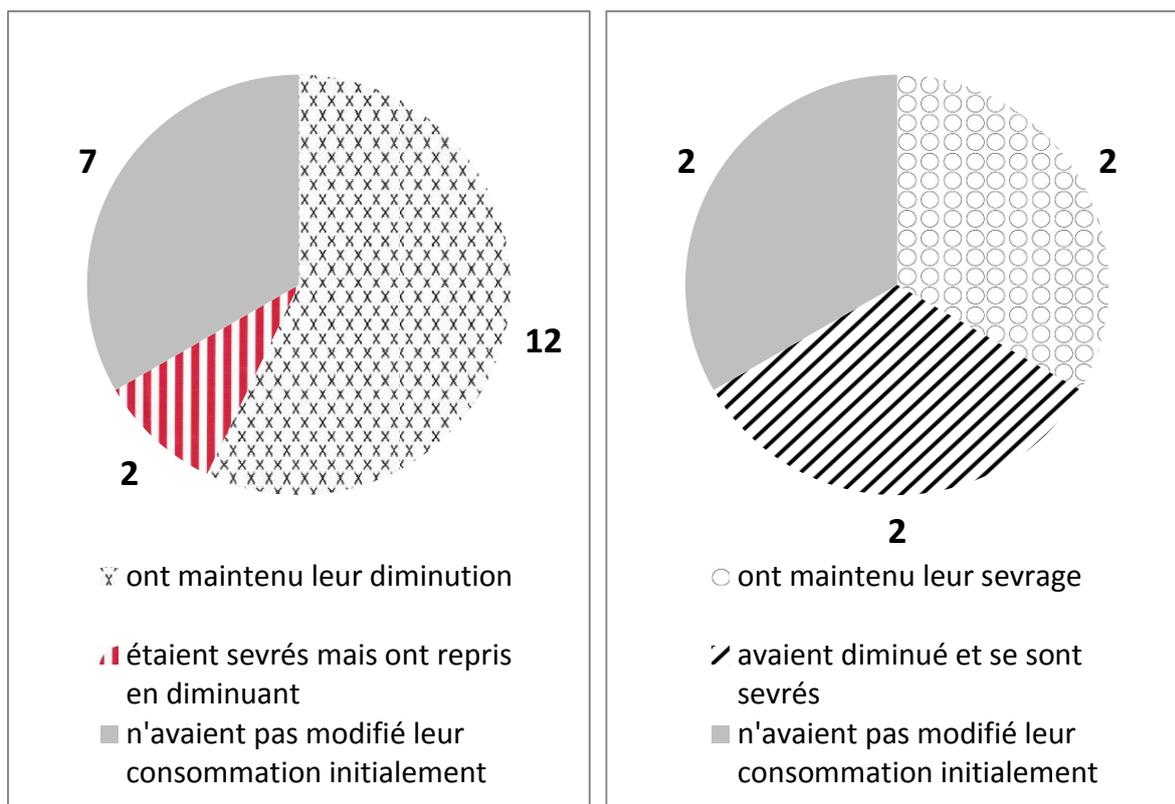
*Parmi les **6 patients qui avaient initialement arrêté de fumer**, 2 ont maintenu leur sevrage, 2 ont repris mais en gardant une consommation moindre qu'avant les réunions et 2 patients ont repris dans les mêmes proportions qu'au départ.*



En partant des résultats obtenus après la phase de recul: étude des patient qui, au moment du rappel, avaient diminué (à gauche) ou arrêté (à droite)

Parmi les **21 patients ayant diminué**, 12 avaient modifié leur tabagisme durant les réunions et ont maintenu ce changement pendant toute la phase de recul.

Parmi les **6 patients ne fumant plus**, 2 avaient arrêté pendant le module et ont maintenu leur sevrage, 2 avaient diminué pendant le module et se sont ensuite sevrés, maintenant celui-ci au moment du rappel et 2 patients, qui n'avaient initialement pas modifié leur consommation, ont arrêté pendant la phase de recul.



Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Description de l'élaboration d'un programme de réunions de groupes d'aide au sevrage tabagique dans une maison de santé pluriprofessionnelle à Savenay en Loire-Atlantique

RESUME

Le tabagisme est aujourd'hui reconnu comme une maladie chronique avec des phases de sevrage (équilibre) et de rechutes (décompensation). Une équipe de soignants d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à Savenay, en Loire Atlantique, a décidé en 2014 d'expérimenter une nouvelle manière de prendre en charge les patients tabagiques avant l'apparition de maladies en lien. Après plusieurs années de pratique d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) avec des patients atteints de maladies cardiovasculaires, l'équipe de soins a créé un outil inédit en France d'aide au sevrage par le biais de réunions de groupe, au sein même de la MSP, animées par les soignants y travaillant et destinées à leur propre patientèle.

Objectifs : décrire l'élaboration du projet : motivations initiales des professionnels, déroulement du programme, vécu des participants ; puis évaluer si les conditions sont réunies pour le pérenniser ou le reproduire dans d'autres structures de soins de proximité.

Méthodes : étude de cas singulier par observation des séances, entretiens avec les soignants, questionnaires de satisfaction remis aux patients puis rappel téléphonique des participants à un an. Analyse type SWOT pour synthétiser les forces, faiblesses (internes), menaces et opportunités (externes) du projet; propositions d'évolutions à mettre en place.

Résultats : Chaque module, trois séances d'1h30, développait informations, discussions et mises en situation. Les thèmes abordés représentaient chronologiquement les étapes d'un sevrage (la relation au tabac, le sevrage, le maintien). Le recrutement se voulait proactif, les patients participant se disant désireux de changer leur consommation tabagique mais pas forcément motivés pour le faire rapidement. Les groupes étaient d'une dizaine de patients à chaque module. Entre mai 2014 et janvier 2015, 57 patients ont participé à au moins une séance, répartis en sept modules.

La seule inscription aux séances augmentait fortement la motivation à se sevrer. Le taux d'expérimentation d'une baisse ou d'un arrêt a été élevé pendant le module (46,1%) ou durant l'année qui suivait (75% d'expériences pendant l'année de recul, 51,9% au moment du rappel). Le taux seul de sevrage était par contre légèrement décevant (11,5% au rappel à 1 an, 3,8% de sevrage maintenu durant l'année de recul).

La satisfaction des participants vis-à-vis du programme à proximité de leur lieu de vie, en groupe, et avec les soignants de leur structure de soins « habituelle », était nette.

Discussion : malgré les forces considérables du projet, un taux d'abandons important (36,8% de désistements pendant le module) et de multiples freins extérieurs (lourdeurs administratives, difficultés de financement, politique de prévention des autorités mal adaptée) remettent en cause la pérennisation rapide de cet outil dans la MSP de Savenay. La reproduction, à terme, d'un programme de ce type semble néanmoins être une des voies futures à encourager pour diminuer le tabagisme en France.

MOTS CLES: sevrage tabagique, maladie chronique, réunions de groupes, proactivité, maison de santé pluriprofessionnelle, prévention secondaire, processus de changement