



EHESP



Master 2
Promotion de la santé et prévention
Promotion : **2019-2020**

**L'intégration des pratiques cliniques
préventives relatives au sevrage
tabagique en pharmacie d'officine**
*Exemple de l'étude de viabilité du projet
pilote Lieux d'Accompagnement à la Santé
sans Tabac en Nouvelle-Aquitaine*

Adrianna Burtin
02/12/2020
*Sous la direction de
Marion Porcherie*

Remerciements

Je tenais tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Marion Porcherie, pour son accompagnement tout au long de ce travail. Merci d'avoir été à mon écoute lors de mes périodes d'incertitudes, pour vos relectures et pour tous les conseils que vous m'avez donnés, qui m'ont guidée dans ce travail.

Merci à Rébecca Ratel, ma maître de stage, d'abord pour t'être démenée pour que mon stage puisse malgré tout se dérouler, ensuite pour ton accompagnement précieux lors des débuts de ce stage et enfin pour la relecture de ce mémoire.

Ensuite, un grand merci à Margaux Fontan, chargée de projet L.A.S.T. au sein du SSMIP. Merci Margaux de m'avoir si bien guidée dans mes missions de stage et dans la rédaction de ce mémoire, merci pour ta confiance et pour l'autonomie que tu m'as laissée. Moins professionnellement parlant, merci pour tous ces bons moments partagés, pour ta bonne humeur et ton imagination sans limite et surtout, merci d'avoir rétabli la vérité dans l'open space sur la prononciation de « jaune » et « rose ».

Merci au CHU de Bordeaux de m'avoir permis de faire mon stage dans votre structure. Un merci particulier à Isabelle Barcos, cadre de santé du SSMIP, pour l'énergie qu'elle a fournie pour que ce stage se déroule malgré tout. Merci également à François Alla, chef de service du SSMIP, de m'avoir accueillie dans son service et pour ses conseils sur mon travail.

A mes collègues du SSMIP, de l'Université et de la COREADD, merci à tous ceux qui ont aidé à nourrir mes réflexions et pour les moments partagés. Un merci particulier aux deux Charlotte, pour ces moments de pause toujours agréables. Charlotte K., j'espère toujours qu'un jour tu lanceras ton service de restauration tupperware pour stagiaire en détresse. Même si vous ne savez toujours pas dire « pause » correctement, merci à Julie et Léo, mes compères stagiaires de l'EHESP. Merci à toi Léo pour ton calme à toute épreuve et à toi Julie pour ton énergie débordante.

A mes collègues du master 2 PSP, même si nous n'avons jamais eu le temps de donner un nom à notre promotion adorée, je vous remercie pour tous ces beaux moments passés ensemble. Heureusement que notre master ne s'est pas déroulé en période de pandémie, nous aurions été très malheureux de devoir nous séparer pour manger et de devoir fêter nos anniversaires par Skype. Les cookies de la cafétéria n'auront plus le même goût sans vous.

Merci également à ma famille et mes amis, pour m'avoir soutenue dans mes moments d'angoisse et de stress. Tout particulièrement, merci à Auriane, pour en plus avoir eu le courage de relire ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
I. Des débuts du tabagisme à la lutte anti-tabac	1
II. Une expérimentation de l'intégration des pratiques cliniques préventives : le projet Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac.....	6
MATERIEL ET METHODE DE L'ETUDE DE VIABILITE AUPRES DES PHARMACIENS DU TERRITOIRE PILOTE	15
I. Le recrutement des enquêtés	15
II. La méthode de recherche : entretiens individuels semi-directifs	15
III. Le recueil des données.....	16
IV. Analyse des données	17
RESULTATS DE L'ANALYSE DE LA VIABILITE AUPRES DES PHARMACIENS DE LA 1^{ERE} VAGUE DU TERRITOIRE PILOTE.....	19
Partie 1 : L'organisation proposée par le projet L.A.S.T. est-elle faisable en pratique ?.....	19
I. La prise en charge du fumeur lors d'une primo-demande chez le pharmacien	19
II. La prise en charge à l'officine d'un fumeur ayant exprimé une primo-demande chez le médecin généraliste	25
III. Conclusion.....	28
Partie 2 : L'organisation proposée par le projet L.A.S.T. est-elle adaptée à la pratique des pharmaciens ?	30
I. Les outils L.A.S.T.....	30
II. Les échanges entre les acteurs du sevrage tabagique	32
III. L'organisation de l'équipe officinale	33
IV. Conclusion.....	35
Partie 3 : L'organisation proposée par le projet L.A.S.T. est-elle utile en pratique ?	36
I. Lors de l'adhésion, un projet qui plaît	36

II.	L'utilité du projet discutable en pratique.....	37
III.	L'idée d'une généralisation du projet approuvée	38
IV.	Une volonté d'approfondir son implication dans le projet L.A.S.T.....	38
V.	Conclusion	39
Partie 4 : L'organisation proposée par le projet L.A.S.T. est-elle accessible en pratique ?..		40
I.	Les freins à la mise en place du projet	40
II.	Les leviers pour la mise en place du projet	47
III.	Conclusion.....	49
DISCUSSION		51
I.	Limites méthodologiques	51
II.	Les composants de la viabilité d'une intervention visant à intégrer les PCP dans le système de soins.....	52
III.	Retour d'expérience sur le stage effectué au sein du SSMIP	56
Conclusion		59

Liste des figures

Figure 1: Organisation générale L.A.S.T.-P.A.S.T.	8
Figure 2 : Parcours du patient dans le projet LAST selon la méthode 5A	9
Figure 3: Recrutement des pharmaciens pour la phase pilote du projet L.A.S.T.	14
Figure 4: Description des étapes de la méthode 5A dans la population d'étude	29
Figure 5 : Freins et leviers impactant la viabilité du projet L.A.S.T.	54
Figure 6 : Stratégies efficaces visant à intégrer la prévention dans le système de soins	55

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères de jugement de la viabilité, questions évaluatives et modalités de recueil de données	12
Tableau 2 : Récapitulatif des entretiens.....	16

Liste des sigles utilisés

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

CCLAT : Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac

CEID : Comité d'Etude et d'Information sur les Drogues

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

COREADD-NA : Coordination Régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CR : Centre Ressource

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DMP : Dossier Médical Partagé

DSP : Déléguée Santé Prévention

L.A.S.T. : Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

PCP : Pratiques Cliniques Préventives

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

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

TSN : Traitements de Substitution Nicotinique

INTRODUCTION

I. Des débuts du tabagisme à la lutte anti-tabac

1. Contexte historique et prémices de la lutte anti-tabagique

Merci Christophe Colomb. Merci d'avoir découvert l'Amérique, le cacao, les tomates, les pommes de terre ... et le tabac (1) ! Suite à ces premiers voyages intercontinentaux, le « pétum » – ou tabac – est importé en Europe il y a exactement 500 ans, en 1520. Petit à petit, il séduit le vieux continent. En France, la reine Catherine de Médicis donne l'ordre d'en cultiver en Gascogne, en Bretagne et en Alsace. Même le très célèbre Molière en vante les bienfaits : « *il n'est rien d'égal au tabac : c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre. Non seulement il réjouit et purge les cerveaux humains, mais encore il instruit les âmes à la vertu, et l'on apprend avec lui à devenir honnête homme* » (2). Le tabac conquiert ainsi le monde entier à la fin du XVI^e siècle. La France ne passe pas à côté des bénéfices économiques du produit, et dès 1629, le premier impôt sur le tabac fut créé par Richelieu. Un peu plus de 50 ans plus tard, en 1681, Colbert instaure même le monopole d'Etat sur la fabrication et la vente du tabac ! L'âge d'or du tabac dure des centaines d'années ; c'est ainsi qu'en France, au milieu des années 70, presque un adulte sur deux fume, avec une prévalence d'environ 45% (3). Les chiffres sont encore plus alarmants lorsqu'ils sont présentés par sexe : près de 60% des hommes sont fumeurs et chez les femmes, presque 30% sont fumeuses (3). Pourtant, une vingtaine d'années avant ces chiffres, vers 1950, des études établissent un lien entre le tabac et sa toxicité chez l'être humain. Cette découverte est très vite récupérée et déformée par les industries du tabac qui s'acharnent à nier la nocivité du tabac et la dimension addictogène de la nicotine (4,5). Elles mènent en parallèle une politique très forte de marketing ciblé envers les adolescents et jeunes adultes, afin de les fidéliser le plus tôt possible, la nicotine se chargeant de les rendre clients à vie (4). Les lobbies du tabac sont toujours très actifs aujourd'hui (6–10) et sont en grande partie responsables de la pandémie de tabagisme qui a tué des centaines de millions de personnes depuis la Seconde Guerre Mondiale (4).

Aujourd'hui, la France fait donc toujours face à une tabagie importante et lourde de conséquences. En 2019, elle compte 30,4% de fumeurs chez les personnes âgées de 18 à 75 ans (11), soit un peu moins d'un adulte sur trois. Mis en regard de la prévalence moyenne internationale qui s'élève à « seulement » 21,9% en 2016 (12), la France est très mauvaise élève et fait face à un réel enjeu de santé publique. Il est estimé que le tabac a tué 75000 français en 2015, ce qui représente 13% des décès (13). Le tabagisme arrive alors en première place du podium des décès évitables (14), loin devant les décès liés à l'alcool (15), qui s'élevaient à 41000 décès en 2015 (16). Par ailleurs, le coût social lié aux coûts cachés du tabagisme est astronomique : 120 milliards d'euros (17) (annexe 1).

Regardons alors de l'autre côté de la balance : les taxes sur les produits du tabac équilibrent-elles ce coût social ? Le chiffre fait pâlir : les recettes s'élèvent à seulement 10 milliards d'euros (13) ! L'Etat français arrive donc à prendre en charge 0,8% du coût annuel du tabagisme, laissant 110 milliards d'euros à charge.

Une question se pose. Au-delà de l'aspect économique, que fait la France pour lutter contre ce titanesque problème de santé publique ?

Les premières mesures de lutte contre le tabagisme débutent 25 ans environ après les premières études prouvant la toxicité du tabac. Elles visent notamment à modifier les normes sociales relatives au tabagisme, en redéfinissant cette pratique comme déviante (18,19). En 1976, la loi Veil relative à la lutte contre le tabagisme (20) est publiée au Journal Officiel. Elle impose de nouvelles règles novatrices pour l'époque, dont les trois principales sont de restreindre la publicité à la presse écrite seulement (à l'exception des publications pour la jeunesse où elle est prohibée), d'interdire de fumer dans certains lieux à usage collectif, et d'intégrer sur les paquets de cigarettes la mention « abus dangereux ». Cette loi porte alors ses fruits. Depuis un siècle, l'évolution des ventes de tabac est continue mais lente. Elle double entre 1860 et 1976 en passant de 3 grammes de tabac par adulte à 7 grammes. Dès la loi Veil, cette consommation est immédiatement en baisse ; 4 ans plus tard, la consommation est de 6 grammes

15 ans plus tard, en 1991, elle est fortement enrichie par la loi Evin (21), qui vise à lutter contre deux enjeux de santé publique de notre siècle : le tabagisme et l'alcoolisme. En ce qui concerne le tabagisme, de nombreuses mesures sont adoptées : toute forme de publicité est désormais interdite (publicité directe mais également indirecte) ; le parrainage et la distribution gratuite de produits dérivés du tabac sont prohibés ; la hausse des prix du tabac est imposée ; la liste des locaux à usages collectifs où l'interdiction de fumer est étoffée.

La lutte se poursuit avec la ratification par la France de la CCLAT (Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac) en 2003 (22), premier traité international de lutte contre le tabagisme, porté par l'OMS. Il est à noter que la France a été la première en Europe à la ratifier. Signée par plus de 150 pays, la convention est organisée en articles, qui prônent une politique globale afin d'agir sur deux piliers : réduire la demande – par exemple, par l'instauration du paquet neutre – et réduire l'offre – par exemple, l'interdiction d'exposer les produits de tabac sur les lieux de vente –. Pour atteindre ces objectifs, la convention se base sur deux mesures qui permettent de lutter efficacement contre le tabagisme : l'augmentation forte et régulière des prix du tabac ainsi que l'instauration de lieux sans tabac. La ratification et la signature engagent la France à prendre des mesures pour l'appliquer, et la temporalité de ces actions s'échelonne sur des dizaines d'années, comme nous pourrons le voir par la suite.

D'autres mesures se succèdent au début des années 2000, avec par exemple l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans en 2003 (23) puis à tous les mineurs en 2009 (24) et l'interdiction des cigarettes aromatisées dites « bonbons », également en 2009 (24).

La liste des mesures est longue, mais nous pouvons nous interroger sur leur application et leur impact sur la réduction du tabagisme. Le baromètre santé de 2010 donne le ton : pour la première fois depuis deux décennies, entre 2005 et 2010, le tabagisme est en hausse chez les français (25). En partie expliquée par la hausse du tabagisme féminin, d'autres résultats de prime abord moins visibles sont préoccupants. Entre 2000 et 2010, la prévalence du tabagisme chez les cadres et professions intellectuelles supérieures a diminué de 14%, est restée stable chez les ouvriers, et a augmenté de 25% chez les chômeurs¹. Autrement dit, en 10 ans, l'écart de prévalence entre la catégorie la plus privilégiée et celle la moins privilégiée est passée de 8 points à 24 points (18). De plus, une situation sociale défavorisée (faible niveau scolaire, condition ouvrière, chômage, faibles revenus) est associée à un tabagisme plus élevé et un arrêt moins fréquent. L'augmentation du prix des cigarettes a engendré une paupérisation des populations les plus précaires², ce qui contribue alors à creuser les inégalités sociales (18).

Par ailleurs, en 2012, la Cour des Comptes publie un rapport d'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme (26) assez noir. La Cour est explicite : « *les résultats des politiques de lutte contre le tabagisme ne sont pas à la hauteur d'un tel enjeu de santé publique [...]. Notre pays se trouve dans une position médiocre sur le plan international* » (26). Les résultats attristent : la prévalence tabagique est en augmentation de 2007 à 2012 et la vente de tabac est stable depuis 2005, alors qu'une diminution est souhaitée. Les raisons avancées par le rapport sont multiples :

- Une absence de plan national dédié à la lutte contre le tabagisme,
- Une discontinuité des politiques de lutte contre le tabagisme
- Une coordination des politiques « *incertaine en raison de l'absence persistante d'une instance de décision clairement identifiée* » (26),
- Des budgets dérisoires : 100 millions d'euros pour la lutte contre le tabagisme versus 150 millions d'aides publiques pour les tabaculteurs et débiteurs,
- Une politique de hausse des prix trop faible et donc inefficace car entravée par une optimisation financière entre les fabricants de tabac, les buralistes et l'Etat,

¹ Après une baisse initiale entre 2000 et 2003 (44% puis 40%), le tabagisme est reparti à la hausse chez les personnes au chômage, atteignant 55% en 2010, soit au total une hausse de 25% entre 2000 et 2010 ((55-44)/44)(18).

² Leur tabagisme représente 25% de leur budget de consommation en 2005 puis 31% en 2010. En comparaison, le tabagisme des plus aisés représente 2% de leur budget de consommation (18).

- Une réglementation non respectée, renforcée par une absence quasi-totale de contrôles, notamment sur l'interdiction de vente à des mineurs et l'interdiction de fumer dans les lieux publics,
- Une communication trop timide, alors qu'outil indispensable à la lutte contre le tabagisme (26),
- Une attention insuffisante à la prévention de l'entrée dans le tabagisme,
- Une politique d'aide à l'arrêt sous-développée, notamment à l'égard des jeunes, des femmes et des personnes en situation de précarité.

La conclusion soulève alors l'urgence de « *passer de politiques juxtaposées à une politique renouvelée et coordonnée de lutte contre le tabagisme* » (26).

2. Le virage entrepris par la France dans la lutte contre le tabagisme à partir de 2014

La suite, nous sommes nombreux à la connaître. En 2014, la France fait honneur à la CCLAT et au rapport de la Cour des Comptes, en lançant son premier Programme National de Réduction du Tabagisme, ou PNRT, couvrant la période de 2014 à 2019 (27). Le programme est organisé autour de 3 grands axes pour agir sur le tabagisme : « *protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme* » ; « *aider les fumeurs à arrêter* » ; « *agir sur l'économie du tabac* » (27). De nombreux engagements préconisés par la CCLAT sont pris en 2016, dont : l'introduction du paquet neutre (28) ; la campagne de communication du Mois Sans Tabac visant à encourager l'arrêt du tabac (29) ; l'élargissements des professions pouvant prescrire des traitements de substitution nicotinique (TSN) (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, médecins du travail, sages-femmes à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée alors qu'elles étaient limitées à la patiente seule auparavant) (28).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (30) introduit également une hausse marquée et progressive des prix de paquets de cigarettes, avec pour objectif d'atteindre le paquet de cigarette à 10€ fin 2020.

Dans la continuité du PNRT, le Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) est lancé, et couvre la période 2018-2022 (31). Il s'inscrit dans la suite logique du précédent programme en conservant les trois premiers axes, mais un dernier axe est ajouté : « *surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac* ». Une des mesures phare qui en découle est la modification des modalités de remboursement des TSN, avec le remboursement des prescriptions de TSN par l'Assurance Maladie contre auparavant un forfait annuel de 150€ par an et par assuré (32).

Le virage entrepris par le France depuis 2014 semble porter ses fruits, puisqu'on observe une diminution significative du nombre de fumeurs en France. Entre 2014 et 2019, la prévalence du tabagisme est passée de 34,3% à 30,4% (11). Si ces chiffres sont encourageants, ils sont cependant à

nuancer : des inégalités sociales persistent. La recrudescence du tabagisme est stoppée, mais reste stable chez les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat et chez les personnes au chômage. Les inégalités sociales liées au tabagisme ne s'accroissent plus depuis 2016, mais restent très marquées : en 2019 l'écart de prévalence du tabagisme quotidien entre les plus bas et les plus hauts revenus s'élève à 12 points³, et celui entre les personnes au chômage et les actifs occupés s'élève à 17 points⁴ (11).

Il semble alors utile de se pencher sur la typologie des populations de fumeurs, afin de mieux repérer et intervenir auprès de ces publics. Le baromètre santé de 2017 propose une description de la population de fumeurs, qui conclue que « *les fumeurs sont plus fréquemment des hommes de moins de 55 ans, des personnes en situation de précarité socio-économique, avec une moins bonne santé mentale, ils sont plus souvent consommateurs d'autres substances psychoactives, ils ont moins recours à un médecin généraliste et ils utilisent moins Internet comme source d'informations sur des sujets de santé par rapport aux non-fumeurs* » (33).

Ainsi, la prévention du tabagisme doit prendre en compte de multiples facteurs et n'est pas tâche aisée. Comme le montre Patrick Peretti-Watel, il est à la fois nécessaire de mener des actions de proximité en complément des campagnes nationales et de développer des aides à l'arrêt parallèlement à la hausse des prix (18). Par ailleurs, le PNRT met en exergue que : « *le conseil d'arrêt par un professionnel, quel que soit le type de professionnel, augmente la probabilité d'arrêt du tabac à 6 mois de 50%* » (27). Il est en effet reconnu que les conseils de professionnels de santé contribuent fortement à aider les fumeurs à arrêter de fumer. Cependant, à ce jour en France, seulement 27% des fumeurs reçoivent des conseils à l'arrêt du tabac de la part des professionnels de santé, alors qu'ils sont plus de deux tiers à vouloir arrêter de fumer (33% dans les 6 mois et 35% au cours de leur vie) (34).

Le conseil et l'accompagnement à l'arrêt des professionnels de santé s'intègrent dans les pratiques cliniques préventives (PCP), définies par le Haut Conseil de la Santé Publique comme « *toute interaction individuelle entre un soignant et un individu visant à favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psycho-sociaux.* » (35). Les PCP se situent donc à la fois dans la promotion de la santé, par des actions de prévention globale en lien avec des acteurs hors du système de soins, ainsi que dans la prévention au travers du dépistage de maladies (35). L'intégration de ces PCP est possible grâce à la combinaison de plusieurs moyens, qui agissent sur les différents

³ La prévalence du tabagisme actif est de 29,8% chez les personnes ayant un faible revenu contre 18,2% chez les personnes ayant un revenu élevé (moyenne nationale : 24,0%) (11).

⁴ La prévalence du tabagisme actif est de 42,7% chez les personnes au chômage contre 25,3% chez les personnes ayant un emploi (moyenne nationale : 24,0%) (11).

déterminants de la pratique, que sont le patient, le professionnel de santé et son environnement de travail (36).

En Nouvelle-Aquitaine, région particulièrement touchée par le tabagisme (28.1% de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans contre 26.9% au niveau national en 2019 (37)), la Coordination Régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine (COREADD-NA) et le Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention (SSMIP) du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Bordeaux ont alors développé une action locale d'aide à l'arrêt des fumeurs, basée notamment sur l'intégration des pratiques cliniques préventives par les professionnels de santé : le projet Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T.).

II. Une expérimentation de l'intégration des pratiques cliniques préventives : le projet Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

Financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) sur le fond tabac 2018-2020, le projet L.A.S.T. est co-porté par la COREADD-NA et le SSMIP. La COREADD-NA (annexe 2) est chargée de la mise en œuvre du projet, de la conception des outils, des formations et de l'accompagnement des professionnels de santé, tandis que le SSMIP (annexe 3) est en charge de la méthodologie et de l'évaluation du projet.

Le projet a été conçu en s'appuyant sur de nombreux travaux préliminaires⁵, exposant les freins et leviers à l'investissement des professionnels de santé dans le sevrage tabagique en Nouvelle-Aquitaine. Il en ressort qu'une absence de communication est instaurée entre fumeurs et professionnels de santé : ces derniers attendent que la demande émane des fumeurs, et inversement (38,39). A cet obstacle s'ajoute celui du manque de formation exprimé par les professionnels de santé. Ce frein est contrebalancé par leur désir d'aide pour gagner en compétences dans ce domaine; ils se disent ouverts à des informations, des outils d'aide à la pratique et des formations (40).

1. L'organisation proposée par le réseau L.A.S.T.-P.A.S.T.

Le projet L.A.S.T. est un projet organisationnel qui propose une optimisation de la prise en charge du fumeur. Il s'articule autour de trois objectifs :

- favoriser une organisation pour une réponse graduée des offreurs de soins (décrits ci-après)
- augmenter la demande d'aide des fumeurs de tabac auprès des professionnels de santé, en médiatisant ces derniers comme ressources dans l'aide au sevrage tabagique,
- accroître les compétences des professionnels de santé dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac.

⁵ Ces travaux préliminaires sont principalement constitués de thèses de médecine générale dirigées par la COREADD.

Concrètement, ce projet propose de créer un réseau de professionnels de santé intégrant les professionnels de santé du premier recours et les centres experts en addictologie, appelés « centres ressources » (CR). Les professionnels de santé du premier recours regroupent les médecins, les pharmaciens d'officine⁶, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les sages-femmes, les psychologues et les diététiciens. Les centres ressources sont représentés par des structures comme les services d'addictologie hospitaliers et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Le réseau a été pensé afin de permettre un accompagnement en proximité territoriale, temporelle et humaine du fumeur ; ce dernier a accès facilement et rapidement au professionnel de santé de son choix pour entamer un sevrage tabagique.

Il est attendu que les professionnels du premier recours s'engagent dans l'accompagnement au sevrage tabagique de leur propre patientèle. Cet engagement concerne les patients dits « simples », en opposition aux patients dits « complexes », qui sont des patients présentant des poly-addictions ou ayant des co-morbidités. Dans le cas de ces patients, les professionnels de santé de premier recours sont invités à les diriger vers les centres ressources. Inversement les CR ont pour mission d'orienter les patients simples vers leurs professionnels de santé du premier recours. Le terme « centres ressources » est utilisé car au-delà de la prise en charge des patients complexes, ils constituent également un soutien pour les professionnels de premier recours en termes de conseils, sans nécessairement prendre en charge le patient.

Sur un territoire défini, chaque lieu accueillant un ou des professionnels de santé de premier recours est un L.A.S.T., et avec les centres ressources du territoire, ils forment ensemble un Pôle d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (P.A.S.T.) (figure 1).

Afin d'augmenter la demande des patients fumeurs, des outils de communication sont déployés comme des affiches dans les lieux de santé ou des flyers dans des endroits de la vie courante (annexe 4), appuyés par des campagnes grand public.

⁶ Le terme « pharmacien » seul sera ensuite utilisé pour désigner les pharmaciens d'officine.

ORGANISATION GENERALE
L.A.S.T/P.A.S.T

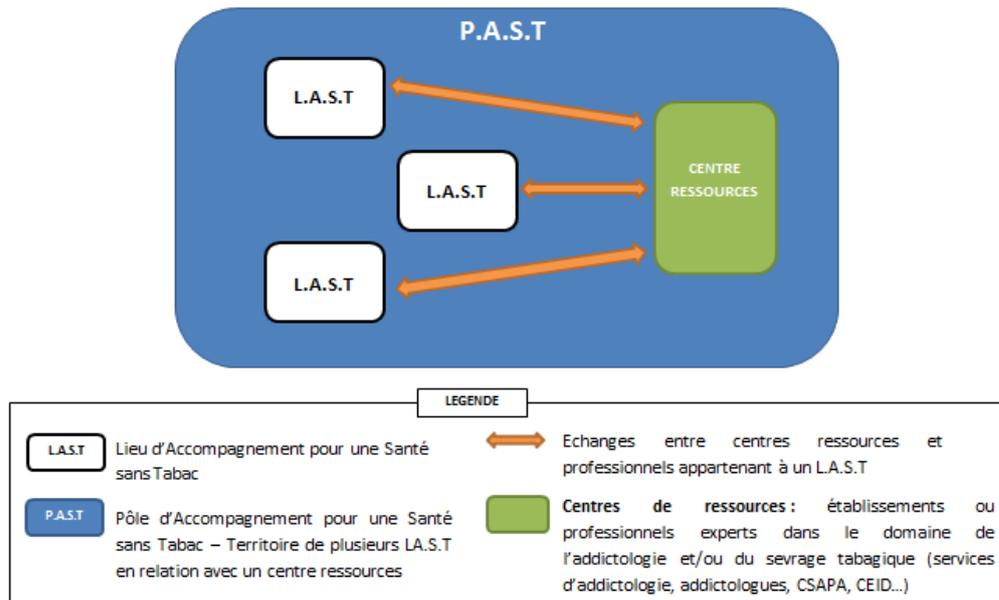


Figure 1: Organisation générale L.A.S.T.-P.A.S.T.

Source : protocole d'évaluation du projet L.A.S.T. (document interne)

Afin d'accroître les compétences des professionnels de santé, des formations sont proposées sous diverses formes : des formations en ligne, en présentiel ou sur demande ainsi que des tutoriels. Par ailleurs, de nombreux outils sont proposés pour aider le professionnel de santé à accompagner au mieux ses patients. Ils peuvent être classés en deux catégories : des outils qui sont directement destinés au professionnel, et des outils qui sont destinés à être donnés par le professionnel au patient lors du processus d'accompagnement. On recense parmi les outils à destination des professionnels des outils papiers, comme un mémo sur les TSN ou un flyer orientation (annexe 4) ainsi que des outils numériques disponibles dans l'espace professionnel du site internet <https://www.last-na.fr/> (forum, rubrique d'aide L.A.S.T.uces ...). Les outils destinés au patient sont construits de manière à rendre le fumeur acteur de sa santé, en lui permettant notamment de choisir entre plusieurs aides (médicamenteuses ou non). Ils sont également variés (agenda des envies, carnet des aides ...), afin de correspondre à un maximum de fumeurs (annexe 4).

Ces formations et outils cherchent à engager les professionnels dans une méthode d'accompagnement psychologique et social : la démarche des 5A (figure 2). Recommandée par la HAS en raison de son efficacité démontrée, cette méthode internationale vise à repérer le tabagisme (« Ask »), conseiller et encourager l'arrêt (« Advice »), évaluer la motivation du patient à arrêter (« Assess »), soutenir dans la démarche de l'arrêt (« Assist »), et organiser le suivi de l'aide au sevrage tabagique (« Arrange »). Les 5A favorisent ainsi un accompagnement personnalisé, adapté au niveau de motivation de la personne et qui encourage le maintien de l'abstinence (41). Les plus-values sont

multiples : le praticien est plus en confiance lors de la démarche d'accompagnement, l'empowerment du patient est au cœur du processus, et la méthode tend à éviter l'instauration d'une relation paternaliste entre fumeurs et professionnel de santé.

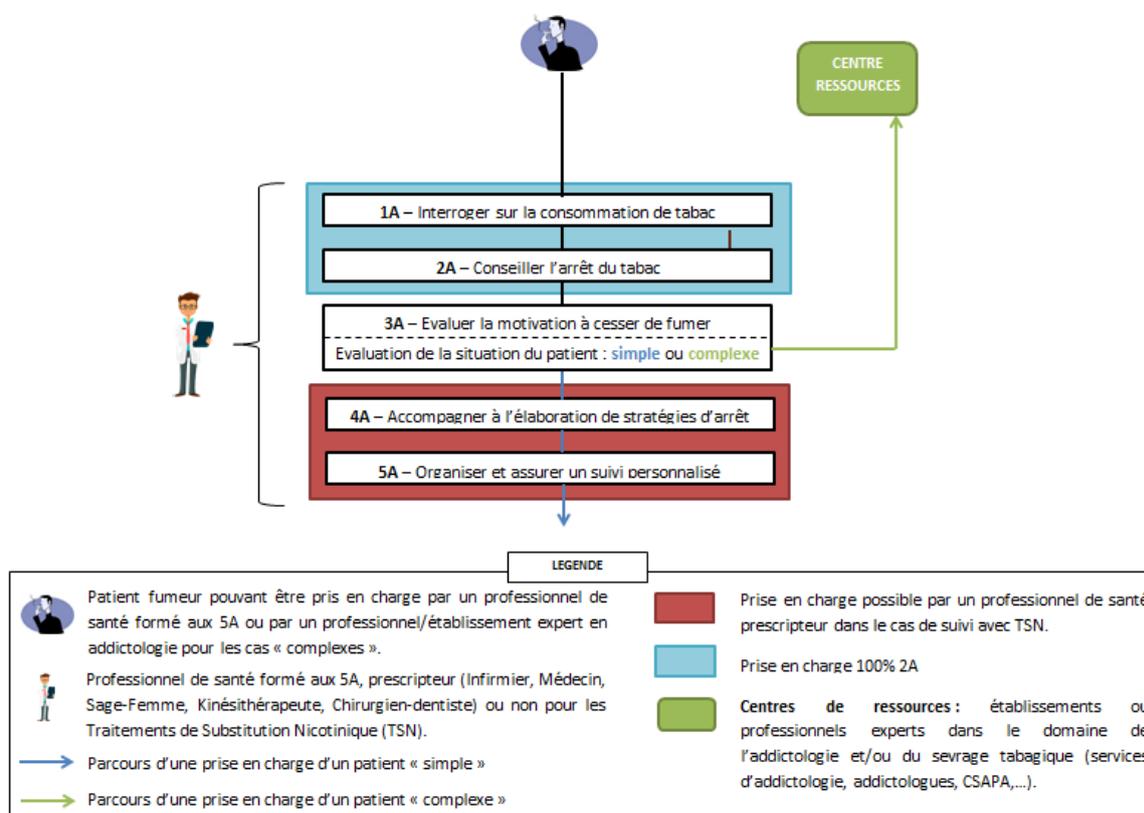


Figure 2 : Parcours du patient dans le projet LAST selon la méthode 5A

Source : protocole d'évaluation du projet L.A.S.T. (document interne)

2. La phase pilote du projet L.A.S.T. et son évaluation

Le projet L.A.S.T. est actuellement en déploiement sur un territoire pilote ; le bassin de vie La Teste-de-Buch-Arcachon (42), regroupant les 4 communes que sont Arcachon, Le Teich, la Teste-de-Buch et Gujan Mestras. Le choix s'est porté sur ce territoire pour plusieurs raisons : un nombre important à la fois de fumeurs (environ 13 000 (43)) et d'affections longue durée liées au tabac (44) ; une forte densité et variété de professionnels de santé de premier recours (environ 500 (44)) ; 3 centres spécialisés en addictologie (l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), le Comité d'Etude et d'Information sur les Drogues (CEID) et le service d'addictologie du Centre Hospitalier (CH) d'Arcachon). A ces raisons s'ajoutent la présence d'experts addictologues et tabacologues (44) ainsi qu'une dynamique territoriale en matière de prévention et de soins en addictologie (43).

A l'heure actuelle, le projet est en phase pilote auprès de 9 médecins généralistes, 5 sages-femmes, 14 pharmacies, 10 masseurs-kinésithérapeutes, 2 chirurgiens-dentistes, et les centres ressources cités précédemment (CH d'Arcachon, CEID et ANPAA).

Aujourd'hui, si le projet est en déploiement sur un territoire pilote, c'est parce qu'il s'inscrit dans une méthode de recherche spécifique : la recherche interventionnelle. La recherche interventionnelle « est une discipline dont l'objectif principal est de comprendre l'enchaînement des éléments clés propres à une intervention, de les tester puis d'en tirer des enseignements afin d'améliorer les pratiques » (45,46). Concrètement dans le cas du projet L.A.S.T., l'intervention proposée part de constats sur l'organisation de la prise en charge des fumeurs et a été étudiée pour améliorer cette prise en charge. Nous ne savons pas si l'organisation proposée est efficace ; c'est-à-dire si les professionnels ont pu s'approprier le projet et l'intégrer à leurs pratiques. Nous allons alors d'une part chercher à évaluer le projet, et d'autre part chercher à faire un bilan des pratiques du territoire, afin d'apporter des modifications pour permettre une mise à l'échelle régionale et une transférabilité du projet sur d'autres systèmes d'organisation, comme par exemple les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

L'évaluation se base sur des données qualitatives et quantitatives. Elle est multiple ; elle se divise en une étude d'implémentation et une étude de viabilité.

L'étude d'implémentation prend en compte trois dimensions :

- le processus d'implémentation, qui vise à analyser si les professionnels de santé s'intéressent à la démarche d'accompagnement de leurs patients dans le sevrage tabagique ; et si les pratiques de soins courants ont pu s'accorder afin de favoriser cette prise en charge (47).
- l'efficacité organisationnelle, qui se définit dans ce cadre précis par les résultats produits grâce à cette intervention. Cela se traduit par l'analyse des changements de pratiques des professionnels de santé ayant intégré le projet (47).
- les activités mises en œuvre, dont l'évaluation permet d'analyser le travail réalisé par l'équipe projet, versus les activités qui étaient initialement prévues. Elle permet ainsi de comprendre ce qui était réalisable, et les facteurs influençant les activités qui n'ont pas pu être réalisées (47).

L'étude de viabilité est définie par Chen comme « une mesure dans laquelle une évaluation fournit la preuve que l'intervention est déployable dans un milieu réel, en se basant sur les points de vue et l'expérience des parties prenantes [ici, les professionnels de santé] afin de savoir si un programme ou une intervention est accessible, utile, adaptée, évaluable et faisable » (48). En pratique, l'étude de viabilité explore les cinq critères de jugement cités précédemment auprès de tous les professionnels de santé L.A.S.T., les CR et des fumeurs ayant été pris en charge par ce biais, afin de savoir si le projet

est applicable sur le terrain et si des modifications doivent être faites. Le but de l'étude de viabilité n'est pas d'explorer si le projet réduit le tabagisme. En effet, même si elle réduit le tabagisme en conditions théoriques, il faut d'abord s'assurer que les parties prenantes dont dépend cette réussite s'emparent du projet en conditions réelles. L'évaluation de la viabilité passe par un recueil de données à la fois qualitatives et quantitatives, afin de répondre aux questions évaluatives des critères de jugement de la viabilité : **accessible, utile, adapté, faisable et évaluable** (tableau 1).

L'étude d'implémentation et l'étude de viabilité sont réalisées par la chargée de projet L.A.S.T. du SSMIP. Dans le cas de l'étude de viabilité, qui interroge chaque profession individuellement, d'autres ressources humaines ont été mobilisées pour soutenir la chargée de projet : l'étude de viabilité auprès des médecins généraliste est réalisée par une étudiante en médecine, tout comme l'étude de viabilité auprès des fumeurs. Pour ma part, je suis chargée de l'évaluation de la viabilité auprès des pharmaciens, et c'est dans ce cadre que ce travail s'inscrit. En effet, de par un parcours initial de pharmacien, notre position était intéressante pour comprendre l'environnement de ces enquêtés et aller à leur rencontre.

Tableau 1 : Critères de jugement de la viabilité, questions évaluatives et modalités de recueil de données

Critère	Définition du critère par Chen (48))	Définition du critère adapté au projet L.A.S.T. (47)	Questions évaluatives (47)
Recueil de données qualitatif : entretiens semi directifs avec professionnels de santé de premier recours, CR et patients ayant été pris en charge dans le cadre du projet L.A.S.T..			
Accessible	Les décideurs trouvent le projet accessible.	L'accessibilité se définit dans ce projet par les moyens mis en œuvre entre les professionnels de santé de premier recours, et les professionnels des centres ressources.	Les professionnels de premiers recours peuvent-ils échanger et être soutenus par un professionnel d'un centre ressources ? Comment s'organisent-ils entre première et seconde ligne ? Cette organisation est-elle un frein financier pour les professionnels ? Les patients peuvent-ils avoir accès à ces centres ressources ? Cette organisation constitue-t-elle un frein géographique et financier pour les patients ?
Utile	Les parties prenantes constatent une amélioration ou une résolution du problème auquel ils font face. Les clients et les autres parties prenantes considèrent l'intervention utile pour améliorer leurs problèmes ou leur bien-être dans des conditions réelles.	L'utilité d'une intervention peut se traduire par la réponse à un besoin.	L'intervention proposée vient-elle en aide aux soignants dans la prise en charge du sevrage tabagique de leurs patients ? L'intervention proposée répond-elle à l'accompagnement attendu par les patients fumeurs ?
Adapté	L'intervention est adaptée à la coordination de l'organisation par des professionnels de santé et des CR. L'intervention est possible sans avoir à	L'évaluation de l'adaptabilité de cette intervention concernera l'organisation que celle-ci propose, entre les professionnels de santé de la ville, entre eux, entre les professionnels de santé de	Les modalités de prises en charge des patients leurs conviennent-elles ? Les outils mis à leur disposition sont-ils adaptés à la pratique courante des soignants ? L'accompagnement mis en

	rémunérer les clients.	la ville et les centres ressources.	œuvre dans le cadre de cette proposition d'organisation leur semble-t-il suffisant ?
<u>Recueil de données qualitatif</u> : entretiens semi directifs avec professionnels de santé de premier recours, CR et patients ayant été pris en charge dans le cadre du projet L.A.S.T. ; étude des verbatims sur le forum L.A.S.T. et les mails avec l'équipe projet ; éléments recueillis lors de l'étude d'implémentation.			
Faisable	Les offreurs de soins – plutôt que le personnel chercheur – peuvent implémenter une intervention correctement.	Il sera question d'analyser si l'intervention proposée aux soignants est intégrable dans leur pratique.	La méthode des 5A (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange) est-elle intégrable dans la pratique courante des soignants ? Les outils mis à la disposition des soignants sont-ils pratiques à leur activité ?
<u>Recueil de données quantitatif</u> : données de l'assurance maladies relatifs aux TSN (nombre de prescripteurs, nombre de remboursement ...), données recueillies dans les centres ressources.			
Evaluable	Une justification claire des liens reliant l'intervention aux résultats attendus existe.	Il s'agit de vérifier que l'organisation est en capacité de produire des résultats de santé objectivables.	-

3. L'évaluation de la viabilité du projet pilote L.A.S.T. auprès des pharmaciens d'officine : quelles problématiques ?

Bien que le projet L.A.S.T. porte sur la majorité des acteurs engagés dans le sevrage tabagique, nous nous intéresserons spécifiquement aux pharmacies d'officine⁷. L'étude de viabilité interroge les pharmaciens titulaires, que nous considérons par extension représenter la parole de leur équipe officinale et donc de leur officine. Une équipe officinale est composée d'un pharmacien titulaire, propriétaire de la pharmacie, éventuellement d'un ou plusieurs pharmaciens salariés ou adjoints, qui sont sous la responsabilité du pharmacien titulaire et d'un ou plusieurs préparateurs en pharmacie, qui sont sous la responsabilité de l'ensemble des pharmaciens de l'officine.

Les pharmacies sont des acteurs stratégiques de l'aide au sevrage tabagique, de par leur proximité géographique avec les populations : ce sont des lieux de santé présentant un des meilleurs maillages territorial (49). Par ailleurs, ce sont des lieux accessibles sans rendez-vous et où les professionnels de santé présents voient le plus le patient (50).

⁷ Les termes « pharmacie » ou « officine » seul seront ensuite utilisés pour désigner les pharmacies d'officine.

Le recrutement de ces pharmaciens s'est fait en deux temps, avec une première vague recrutée entre février et mars 2020 et une deuxième vague recrutée entre août et septembre 2020 (annexe 5). Le déroulé est présenté dans la figure 3.

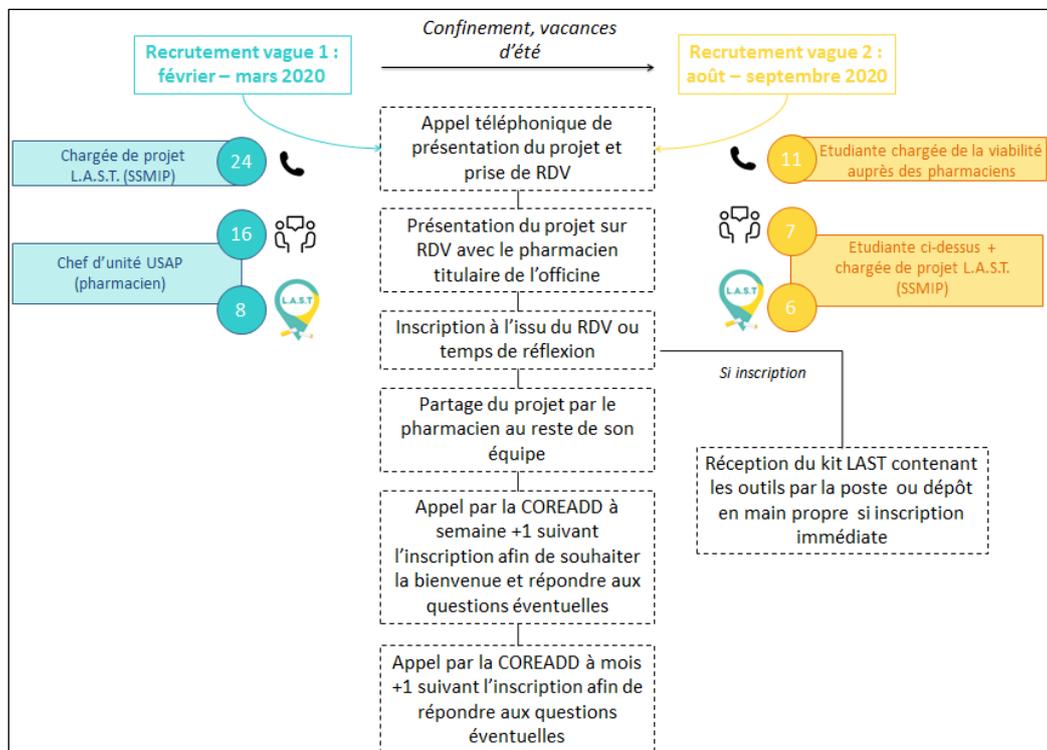


Figure 3: Recrutement des pharmaciens pour la phase pilote du projet L.A.S.T.

Ce travail cherche à comprendre comment l'intervention est mise en place par les pharmacies du territoire pilote. Est-ce que les 5A sont intégrés aux pratiques depuis l'adhésion au projet ? Est-ce que des facteurs ont permis de les renforcer, comme les formations et les outils proposés ? Est-ce que le réseau L.A.S.T. est exploité ? Quels sont les freins rencontrés par les pharmaciens ? En somme, quelles sont les freins et les leviers à la viabilité de l'intervention ?

Pour y répondre, j'ai mené une enquête qualitative afin d'étudier la viabilité du projet L.A.S.T. auprès des pharmacies du territoire pilote, dont la méthode est exposée ci-après. Cette enquête permettra de faire un état des lieux des pratiques relatives au sevrage tabagique dans les pharmacies de la première vague du territoire pilote depuis l'adhésion au projet L.A.S.T., état des lieux qui sera ensuite discuté afin d'identifier les composants de la viabilité du projet.

MATERIEL ET METHODE DE L'ETUDE DE VIABILITE AUPRES DES PHARMACIENS DU TERRITOIRE PILOTE

I. Le recrutement des enquêtés

Les enquêtés de l'étude de viabilité font partie des pharmaciens recrutés pour l'étude pilote du projet L.A.S.T.. Le processus de recrutement pour l'étude de viabilité s'est déroulé selon la même temporalité que le processus de recrutement de l'étude pilote. Les pharmacies de la première vague ont été enquêtées en présentiel lors du mois d'octobre et les pharmacies de la seconde vague ont été enquêtées par téléphone lors du mois de novembre⁸. Il était en effet nécessaire de laisser le temps aux pharmaciens de la seconde vague de s'approprier le projet et de suivre des formations si besoin.

Les résultats présentés dans ce mémoire portent seulement sur l'étude de viabilité auprès des pharmaciens de la première vague, en raison d'une contrainte de temps. Ce travail de mémoire devant être rendu fin novembre, il n'était pas possible d'inclure les pharmacies rencontrées courant novembre.

II. La méthode de recherche : entretiens individuels semi-directifs

La méthode de recherche utilisée a été des entretiens individuels semi-directifs, qui permettent à l'enquêté de s'exprimer librement dans un cadre délimité par l'enquêteur (51).

Il était prévu que des entretiens soient menés sur tous les pharmaciens de la première vague. En effet, étant au nombre de 8, il n'était pas pertinent de proposer une quelconque sélection, qui aurait engendrée un risque de perte de données.

Au total, 6 entretiens ont été réalisés (tableau 2), 2 pharmacies n'ayant pas pu me proposer de rendez-vous. La première a décliné en raison de travaux dans son officine qui ont empêché de se lancer dans le projet, et la deuxième pharmacie a décliné car elle était en rupture d'activité. Ces entretiens ont été réalisés sur trois semaines : 2 entretiens le 01/10/2020, 3 entretiens le 08/10/2020 et 1 entretien le 15/10/2020.

⁸ Bien qu'il était prévu que les entretiens de la deuxième vague se fassent en présentiel, la France a de nouveau été confinée à partir 30 octobre 2020 pour une durée minimale de 4 semaines en raison de la recrudescence de la pandémie de COVID-19. Il a alors été choisi de continuer l'évaluation du projet L.A.S.T. en adaptant les modalités de recueil de données.

Tableau 2 : Récapitulatif des entretiens

Pharmacien	Description de l'enquêté	Durée	Date
Pharmacien 1 [P1]	Pharmacien titulaire, homme, pharmacie de centre-ville	32 min 57 sec	01/10/20
Pharmacien 2 [P2]	Pharmacienne titulaire, femme, pharmacie de centre-ville	26 min 45 sec	01/10/20
Pharmacie 3 [P3]	Pharmacienne titulaire, femme, pharmacie de quartier	43 min 00 sec	08/10/20
Pharmacie 4 [P4]	Pharmacienne salariée, femme, pharmacie de quartier	40 min 15 sec	08/10/20
Pharmacie 5 [P5]	Pharmacienne titulaire, femme, pharmacie de quartier	40 min 48 sec	08/10/20
Pharmacie 6 [P6]	Pharmacien titulaire, homme, pharmacie de quartier	30 min 06 sec	15/10/20

Les données relatives aux villes d'exercice des enquêtés ne pourront pas apparaître dans ce travail, car elles compromettraient leur anonymat.

Suite à l'accord oral des enquêtés, les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone numérique, puis ces entretiens ont été traités de manière confidentielle et anonyme.

III. Le recueil des données

Un guide d'entretien a été construit afin de recueillir les données. Un travail préliminaire a d'abord été mené par l'étudiante afin de s'imprégner de l'environnement dans lequel évoluent les pharmaciens. Il est constitué d'une revue de la littérature abordant l'environnement législatif, l'environnement de travail et l'environnement relatif à la prévention en pharmacie. Le guide d'entretien est également basé sur la lecture des documents et articles relatifs à la théorie de l'étude de viabilité, notamment l'article de Chen à l'origine de la théorie de l'étude de viabilité « *The bottom-up approach to integrative validity: A new perspective for program evaluation* » (48), un mémoire portant sur la construction d'une intervention basée sur la théorie en recherche interventionnelle (44) et le document de travail « protocole d'évaluation du projet L.A.S.T. », rédigé par la chargée de mission L.A.S.T. du SSMIP (47).

Les questions ont ensuite été rédigées afin d'explorer les critères de jugement « accessible », « utile », « adapté » et « faisable ». Le critère de jugement « évaluable » nécessite une méthode quantitative qui ne sera pas abordée dans ce travail. Pour chaque thème, plusieurs grandes questions ouvertes sont prévues ainsi que des questions de relance.

Le guide a été testé plusieurs fois en amont des entretiens, afin de s'assurer que les questions étaient compréhensibles et qu'elles permettaient d'aborder tous les critères. Il a d'abord été testé début septembre, avant la prise de rendez-vous avec les pharmacies, auprès de la chargée de projet L.A.S.T. du SSMIP, deux étudiantes en médecine faisant leur thèse d'exercice l'une sur les médecins du pilote L.A.S.T. et l'autre sur les fumeurs du pilote L.A.S.T., un chargé de projet d'un autre projet tabac mené par le SSMIP et un étudiant stagiaire de l'UHIP ne connaissant pas le projet. Quelques jours avant les premiers entretiens, la grille a de nouveau été testée auprès de la chargée de projet L.A.S.T. du SSMIP, après la prise de rendez-vous avec les pharmacies. En effet, lors des appels téléphoniques, une grande partie des interlocuteurs rapportait ne pas avoir pu mettre en place le projet L.A.S.T., il était donc important de s'être préparé à cette éventualité.

Il était également prévu d'adapter le guide d'entretien une fois les deux premiers entretiens effectués. Des légères modifications ont ainsi été apportées au guide (reformulation, ajout de questions) (annexe 6).

IV. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot et anonymisés par l'étudiante, puis les fichiers audio ont été détruits. Après une première lecture de tous les entretiens, une première liste de thèmes a été proposée. Chaque entretien a été analysé et des thèmes ont été rajoutés lors de ces deuxièmes lectures, afin de proposer une deuxième liste de thèmes, plus complète.

Les thèmes ont ensuite été hiérarchisés entre eux, proposant des grandes thématiques regroupant des thèmes, pouvant eux-mêmes être divisés en sous-thèmes, afin d'arriver au niveau de précision le plus fin.

Les thématiques ont ensuite été attribuées aux critères de viabilité correspondants : faisable, utile, adapté et accessible.

RESULTATS DE L'ANALYSE DE LA VIABILITE AUPRES DES PHARMACIENS DE LA 1^{ERE} VAGUE DU TERRITOIRE PILOTE

Les critères de la viabilité définis par Chen sont présentés dans son article selon l'ordre : accessible, utile, adapté, évaluable et faisable. Les résultats relatifs à l'étude qualitative de la viabilité seront présentés dans un autre ordre : faisable, adapté, utile et accessible. En effet, lors de la construction du guide d'entretien puis lors de l'analyse des résultats, il m'a paru plus pertinent de décrire d'abord comment l'intervention était mise en place (faisable), puis si elle était adaptée à la pratique (adapté), ensuite de décrire son utilité (utile) et enfin d'apporter les freins et les leviers qui ont permis de mettre en place l'intervention. Le contenu de ces parties n'est pas égal ; il dépend du matériau recueilli pour chaque critère. Chaque partie des résultats propose en complément de la rédaction ci-après des tableaux récapitulatifs en annexes (annexes 7 à 10) qui permettent de guider le lecteur.

PARTIE 1 : L'ORGANISATION PROPOSEE PAR LE PROJET L.A.S.T. EST-ELLE FAISABLE EN PRATIQUE ?

Le critère de jugement « faisable » est essentiellement descriptible au travers de la méthode 5A : demander si le patient est fumeur (ask), lui conseiller et l'encourager à arrêter (advice), évaluer sa motivation à l'arrêt (assess), le soutenir dans sa démarche d'arrêt (assist) puis organiser son suivi (arrange). Dans le cas des pharmacies étudiées, il est observé que certaines étapes dépendent du type de patientèle (habituelle, touristique, public âgé) et également de l'arrivée ou non d'un fumeur avec une ordonnance (annexe 7).

I. La prise en charge du fumeur lors d'une primo-demande chez le pharmacien

1. Des typologies de patients qui orientent les 5A

Les résultats nous montrent que les 5A ne seront pas appliqués de la même manière en fonction de la typologie de patient. En effet, lorsque le fumeur est un patient connu, un patient de passage (souvent désigné comme un « touriste ») ou bien une personne âgée, la prise en charge de son tabagisme sera différente.

a. La prise en charge de la patientèle dite « habituelle »

Tous les pharmaciens témoignent d'une proximité avec leur patientèle, qui les aide à aborder le sujet du tabagisme. Lorsqu'on leur demande comment ils arrivent à aborder le sujet, la réponse est souvent la même « *c'est en les connaissant* » [P2], « *si vraiment on connaît plus la personne et qu'on sait ses habitudes, on peut en parler spontanément* » [P4]. Les pharmaciens sont déjà au fait du tabagisme de leurs patients habituels, et plusieurs raisons l'expliquent.

Parfois, le patient n'a pas besoin d'en parler, puisque des signes cliniques le trahissent « *la peau est quand même euh voilà* » [P2], mais également parce que la ville est de taille modeste, et il est facile de se croiser en dehors de la pharmacie « *C'est une petite ville. On est à 9000 habitants ici, donc voilà, on peut se croiser dans les restaurants, "ah bah teh, lui il fume"* » [P2]. Le pharmacien délivre aussi des médicaments au domicile des patients qui ne peuvent pas se déplacer jusqu'à la pharmacie. En entrant dans ce lieu, le dépistage du tabagisme est plus aisé, de par des signes qui ne trompent pas, comme l'odeur du tabac : « *quand on rentrait dans l'appartement, c'était direct l'aquarium [rigolent]. Je lui amenais juste sa poche et là je faisais "oulala tu viens de fumer toi"* » [P2].

Le pharmacien connaît aussi le tabagisme de ses patients grâce aux échanges spontanés qu'il a avec eux « *on discute avec eux* » [P2], et parce qu'il approfondit cette discussion avec des questions « *c'est en posant les questions hein* » [P2]. Dans le cas de ce verbatim, l'enquêté intellectualise l'acte de poser des questions, puisqu'elle a conscience du type de question qu'elle doit poser : elle poursuit en expliquant poser des « *questions ouvertes, y'a que comme ça* » [P2], qui constituent la seule solution pour obtenir l'information qu'elle cherche.

Cependant, il est à nuancer que le statut tabagique du patient n'est pas toujours connu, comme l'explique cette pharmacienne : « *on le sait pas forcément* » [P3].

Connaître ses patients aide à trouver les bons mots pour aborder la question du tabagisme : « *c'est moins facile quand on connaît pas les gens je veux dire, pour communiquer et tout ça* » [P3]. La communication est alors facilitée avec la patientèle habituelle, tout comme le suivi « *le suivi sera plus facile sur quelqu'un qu'on voit régulièrement* » [P4].

Les professionnels sont donc plus confiants avec leurs patients fumeurs, et l'inverse est aussi vrai. Les enquêtés rapportent que leurs patients abordent le sevrage avec eux parce qu'ils se sentent dans une relation de confiance : « *elle avait confiance en nous* » [P1].

Malgré tout, même si la discussion est facilitée, elle n'est pas gage de réussite : « *j'essaie de les remotiver quoi, pour arrêter de fumer quoi. Mais bon c'est pas toujours évident* » [P3]. La motivation du fumeur a le dernier mot, malgré l'engagement du pharmacien.

b. La prise en charge de la patientèle non régulière

Beaucoup de pharmaciens expriment une difficulté à s'engager dans une démarche d'accompagnement au sevrage tabagique des patients qu'ils ne connaissent pas. Ces patients sont souvent identifiés comme des touristes, qui constituent une grande partie de leur patientèle lors de la période estivale : « *on a beaucoup de touristes* » [P1]; « *y'a beaucoup de clientèle de passage aussi l'été* » [P3]. Plusieurs raisons expliquent cette difficulté.

Certains pharmaciens expliquent qu'ils répondent à la demande de ce type de patient en exposant les solutions qui existent pour arrêter, mais ne sont pas en mesure d'accompagner dans la durée ces fumeurs « *voilà on leur conseille, après on a pas la suite de l'histoire quoi* » [P1].

D'autres expliquent ne pas s'impliquer autant qu'ils l'auraient fait avec des patients réguliers, comme le suggère une enquêtée : « *les gens de passage je suis moins acteur et j'essaie moins de voilà ...* » [P3]. Toutefois, elle ne s'exprime pas sur les raisons de cette prise en charge différente.

Ces patients sont aussi décrits par les pharmaciens comme des personnes pressées, auxquelles il faut adapter son discours pour répondre à leurs besoins : « *en fait il faut que ça aille vite, euh voilà quoi, ils veulent pas forcément discuter pendant longtemps, donc on est obligés de s'adapter* ».

c. La prise en charge de la patientèle âgée

Dans le cas des patients âgés, décrits par les pharmaciens comme ayant minimum plus de 75 ans – « *80 ans ici c'est courant* » [P6] – plusieurs cas de figure se dessinent. Soit le patient exprime une envie d'arrêter, soit le pharmacien aborde le sujet : « *j'avais des gens qui avaient, qui arrivaient à 90 ans et [...] qui se disait que bon voilà au niveau santé ça commençait à se détériorer, que là il était peut-être temps d'arrêter* » [P1]. C'est souvent suite au constat d'une détérioration de l'état de santé du fumeur que le sujet est abordé : « *[on a des] personnes très âgées, qui fument depuis trente ans et qui bon bah commencent à avoir des soucis de santé, commencent à prendre un peu peur* » [P1].

Un troisième cas de figure existe pour cette population : le cas où le fumeur est considéré comme trop âgé pour arrêter le tabac. Plusieurs enquêtés tiennent ce discours, où une sorte de tolérance est instaurée avec ces patients « *80 ans s'ils fument quelques cigarettes par jour ils vont pas non plus, ils vont pas arrêter maintenant hein* » [P6].

Il est à noter que ce discours est plutôt observé dans la ville d'Arcachon, décrite comme recensant plus de personnes âgées que les autres villes du territoire pilote : « *nous après sur Arcachon c'est une clientèle très âgée, plus de 80 ans en moyenne d'âge* » [P2].

Cette partie aborde la façon dont sont prises en charge les personnes âgées. Le paragraphe « Des représentations du pharmacien sur les patients » complète cette partie, en abordant les représentations sur les personnes âgées.

2. Les étapes de l'accompagnement au sevrage tabagique

a. « Ask » – Repérer le tabagisme

➤ Le demande émane du fumeur

La façon la plus courante d'aborder le sujet du tabagisme semble être une demande émanant directement du fumeur, dans les pharmacies enquêtées. Les patients sont demandeurs de conseils sur les aides existantes, et passent la porte de la pharmacie uniquement dans ce but : « *[ce sont] des demandes spontanées [réfléchi] ou des gens qui viennent demander des explications, voilà ils veulent arrêter [réfléchi], comment ils peuvent faire* » [P1].

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette démarche de leur part : une grossesse – « *elle était enceinte* » [P3] –, la peur de la maladie – « *elle s'est fait peur* » [P2], les demandes de l'entourage – « *[Elle] garde des petits enfants [...], sa fille lui a dit d'arrêter de fumer* » [P6] –.

Une enquêtée précise toutefois que ce n'est pas une pratique fréquente : « *y'en a pas beaucoup qui viennent en nous disant "je veux arrêter de fumer"* » [P5] (se référer à la partie « Peu de demandes » pour plus de précisions).

➤ Le pharmacien aborde le sujet du tabagisme

Le sujet du tabagisme semble être abordé par le pharmacien majoritairement lorsque que le patient déclare une pathologie ou des complications médicales évoquant un tabagisme : « *ils ont des problèmes de santé liés au tabac, et on leur dit "est-ce que vous fumez ?"* » [P3].

Par ailleurs, une pharmacienne précise ne pas aborder le sujet sans qu'il y ait un lien avec « *l'achat qu'ils font ou l'ordonnance qu'ils ont* » [P4], parce qu'elle manque de compétences à ce sujet : « *sur un patient qui vient chercher [...] complètement autre chose je veux dire, je vais pas aborder le sujet forcément. Donc ça je sais pas trop comment faire* » [P4].

Il est à noter qu'une autre pharmacienne tient un discours opposé, et ne souhaite pas aborder le sujet du tabagisme, parce qu'elle considère entraver la liberté du patient : « *Je vais pas aller dire, "à au fait, est-ce que vous fumez ?", euh voilà. Chacun est libre.* »⁹ [P5].

➤ Le statut tabagique est déjà connu du pharmacien

Le pharmacien peut aussi ne pas poser la question, puisqu'il est déjà au fait du statut tabagique du patient (se référer à la partie « La prise en charge de la patientèle dite « habituelle » pour plus de précisions).

⁹ Ces propos ont été tenus dans un contexte où l'enquêtée avait mal interprété le projet, et pensait devoir demander à tous ses patients s'ils fumaient.

b. « Advice » – Conseiller et encourager l'arrêt

Bien que le conseil à l'arrêt ne soit pas très présent dans les discours des pharmaciens, il semble être présent dans le cas où le pharmacien connaît le statut tabagique de son patient, et lui conseille d'arrêter suite à des répercussions manifestes de son tabagisme sur sa santé. Deux enquêtées en font mention, l'une en expliquant qu'elle aborde aussi d'autres addictions : « *il faudrait peut-être penser tabac, alcool et cetera, à diminuer et à arrêter* » [P2].

L'encouragement à l'arrêt n'est présent qu'une seule fois au cours des entretiens. Dans ce cas, c'est l'enquêtée qui aborde le sujet du tabagisme avec une patiente, en l'encourageant à arrêter, malgré les craintes de sa patiente suite à plusieurs échecs : « *elle m'a dit "oui mais j'ai déjà fait plusieurs essais et tout", je lui ai dit "mais maintenant c'est remboursé en totalité par la sécurité sociale, y'a plus rien à déboursier, on télétransmet nous-même, donc c'est quand même une évolution dans le système"* » [P2].

c. « Assess » – Evaluer la motivation du patient à arrêter

De la même manière que la deuxième étape des 5A, l'évaluation de la motivation est peu abordée par les pharmaciens lors des entretiens. Certains y font mention lorsqu'ils décrivent les étapes de la prise en charge du patient : « *[j'essaie de voir] s'ils sont motivés pour arrêter de fumer* » [P3].

D'autres l'évaluent indirectement voire implicitement, en fonction de la situation et des dires du patient. Une enquêtée prend l'exemple d'une patiente dont la motivation était présente en raison de sa grossesse : « *Elle était enceinte, donc elle était motivée* » [P3]. Un autre explique qu'une patiente était encore en hésitation : « *elle a arrêté de fumer aussi donc un peu stressée aussi, elle est passée à la retraite, et euh voilà, alors elle sait pas trop, là elle va y arriver* » [P6].

L'évaluation de la motivation par le pharmacien semble ainsi être consciente ou inconsciente, en fonction des praticiens et des situations.

d. « Assist » – Soutenir dans la démarche de l'arrêt

Le soutien dans la démarche de l'arrêt du tabac est très bien décrit par les pharmaciens. Lors d'une primo-demande, tous procèdent d'une manière assez similaire : ils évaluent la consommation de tabac du patient (« *on va voir combien il fume* » [P6]), puis exposent les différentes aides pour entamer l'arrêt (« *on leur présente les produits qui existent* » [P1]), dans un contexte de discussion avec le patient.

Il est assez fréquent que ce dernier fasse part de ses interrogations au pharmacien lors de ce moment d'échange, qui peuvent concerner directement les aides à l'arrêt disponibles en pharmacie, mais également d'autres types d'aides. Les enquêtés citent notamment l'utilisation de la cigarette électronique (« *Ça va être des questions aussi bien sur le remboursement des substituts, quels sont*

les produits qui existent, est-ce qu'il vaut mieux fumer ou vapoter » [P1]) ou des soins non médicaux (« *parfois ils nous demandent "vous pensez que ça fonctionne [les médecines parallèles] ?"* » [P4]).

Par ailleurs, deux enquêtées expliquent s'être servies de l'outil « carnet des aides » à destination du patient, pour compléter leurs réponses : « *c'était des gens qui étaient de passage, et qui se posaient un peu les questions et cetera, et qui savaient pas comment, où aller et tout, et donc je leur ai dit "bah écoutez, y'a un nouveau euh voilà", je leur ai donné, à [...] deux jeunes.* » [P2]. Toutefois, leur usage n'est pas systématisé, puisqu'elles ne les ont utilisés que deux fois chacune.

Le patient est ainsi au cœur du processus. Beaucoup utilisent des termes qui montrent que le fumeur est acteur de son sevrage : « *s'il veut essayer oui les patchs, les gommes, [savoir ce] qui le tente plus que l'autre* » [P6]. Le pharmacien s'efforce de soutenir le patient dans ses décisions, comme l'explique une enquêtée lorsqu'elle évoque le choix du patient à se tourner vers des « *médecines parallèles* » : « *on sait que fin c'est la motivation qui compte, et d'y croire aussi, donc moi j'encourage vachement à faire ça* » [P4].

e. « Arrange » – Organiser le suivi de l'aide au sevrage tabagique

➤ Par l'équipe officinale

L'équipe officinale assure ensuite le suivi d'une partie des patients ayant exprimé leur demande à l'officine « *j'ai par exemple une dame qui, y'a quelques mois, a décidé d'arrêter de fumer, mais sans passer par le médecin, en passant uniquement par nous* » [P1]. Les patients choisissent ce lieu pour plusieurs raisons, notamment la confiance qu'ils ont en l'équipe officinale (« *elle avait confiance en nous* » [P1]), la facilité du suivi (« *elle a voulu faire une démarche voilà, au plus simple* » [P1]), la fréquentation régulière de l'officine (« *comme elle passait régulièrement, on faisait des points* » [P1]). D'autres patients expriment aussi des craintes par rapport au contexte épidémique lié au COVID-19, et ne souhaitent pas multiplier leurs contacts avec le système de santé : « *elle n'avait pas envie de traîner chez le médecin justement avec le COVID* » [P1].

Le suivi de l'aide est cependant décrit comme faisant face à plusieurs obstacles. Le premier est la particularité du fonctionnement d'une officine, où le patient n'est pas toujours reçu par le même membre de l'équipe officinale : « *après j'ai pas eu forcément de retour moi, le problème voilà, ils sont peut-être pas tombés sur moi non plus* » [P4] (se référer à la partie « L'organisation générale de l'équipe officinale » pour plus de précisions). D'autres patients sont pour leur part perdus de vue : « *j'ai mis en place donc des patchs avec elle, des gommes pour euh... après j'attends, je sais pas où elle en est* » [P3].

➤ Le pharmacien oriente vers d'autres professionnels de santé

Lors d'une primo-demande, il est observé que tous les enquêtés orientent les usagers vers un médecin généraliste, souvent connu du patient et sans qu'il soit identifié comme spécialisé en sevrage tabagique : « [j'oriente] sans donner des personnes qui sont spécifiques du sevrage tabagique » [P3]. Seule une enquêtée fait mention d'une orientation vers d'autres professionnels prescripteurs de TSN ; un infirmier qui ne savait pas qu'il avait un droit de prescription : « C'était pour une patiente que je connaissais, qui était suivie par son médecin et tout, elle en avait plus. Je lui ai dit « mais vous pouvez le faire, pour la dépanner si elle en a plus quoi. », et c'est ce qu'il a fait, et voilà. Mais il était pas au courant lui qu'il avait le droit de prescrire » [P3] et les sages-femmes « je lui ai dit [...] "tu vois avec la sage-femme" » [P3]. Elle oriente également vers la ligne téléphonique de « Tabac Info Service »¹⁰ : « on pense à Tabac Info Service, [...] qu'on conseille d'appeler » [P3]. Une autre enquêtée explique également orienter vers des offreurs de soins qui sortent du cadre médical et paramédical, suite à une demande des patients : « "vous pensez que ça fonctionne [les médecines parallèles] ?" [...] donc moi j'encourage » [P4] ou lorsqu'elle constate plusieurs échecs successifs : « quelqu'un qui me dit, "j'ai déjà arrêté mais bon ça fait trois fois, j'y arrive pas et tout", on peut aussi proposer des médecines parallèles qui vont aider » [P4].

Il est à noter qu'il est probable que ces cas soient plus fréquents et n'aient seulement pas été mentionnés lors des entretiens. Par ailleurs, une autre enquêtée évoque le recours à ce type de professionnels, mais dans le cas où le patient a déjà une ordonnance de TSN (se référer à la partie « Le schéma général de la prise en charge des patients détenteurs d'une prescription de TSN » pour plus de précisions).

II. La prise en charge à l'officine d'un fumeur ayant exprimé une primo-demande chez le médecin généraliste

1. La prise en charge en amont de l'arrivée à la pharmacie

Les pharmaciens décrivent que dans la majorité des cas, le patient a d'abord vu le médecin : « souvent, ça a été vu par le médecin » [P2], notamment depuis les modifications des modalités de remboursement des TSN : « comme c'est devenu remboursé, y'en a qui ont été directement chez le médecin » [P5].

Nous n'en savons pas plus sur les étapes des 5A effectuées dans le cabinet médical, mais nous considérons que le médecin met *a minima* en place les trois premières étapes¹¹.

¹⁰ La ligne téléphonique de Tabac Info Service dépend de Santé Publique France et propose un accompagnement gratuit des fumeurs, par des professionnels de l'arrêt du tabac (conseillers et tabacologues) (52).

¹¹ Une thèse de médecine générale est en cours à ce sujet.

a. Le schéma général de la prise en charge des patients détenteurs d'une prescription de TSN

Les étapes identifiées des 5A à l'officine pour un patient ayant déjà une ordonnance de TSN sont les 4^e et 5^e étapes : soutenir dans la démarche de l'arrêt et organiser le suivi. La particularité de cette situation est que ces étapes sont ici fusionnées. En effet, le pharmacien est amené à suivre son patient puisqu'il revient périodiquement à la pharmacie pour le renouvellement de son traitement. A cette occasion, le pharmacien interroge le patient sur son traitement : « *je leur demande si ça se passe bien, où ils en sont, si le dosage est adapté* » [P3] et le patient lui fait aussi part de ses interrogations et de ses doutes : « *ils vont nous expliquer leur ressenti, voilà, "là je viens de passer à 14mg mais là c'est compliqué, je tourne en rond dans mon appart"* » [P1].

Comme dans le cas de la prise en charge d'une primo-demande par le pharmacien, une enquêtée¹² oriente si besoin ses patients vers d'autres offreurs de soin, en dehors du système médical et paramédical : « *soit leur donner des moyens [...] en plus des substituts. Y'en a beaucoup qui font de l'acupuncture, enfin plein d'aides à côté* » [P3].

L'accompagnement peut aussi se traduire par le dépistage de la rechute dans le tabagisme. Une enquêtée explique porter de l'attention aux dates de renouvellements d'ordonnance, qui peuvent indiquer qu'un patient a arrêté son traitement : « *on regarde sur le truc et puis on discute avec eux. Donc là ils peuvent dire "bah là voilà, effectivement j'ai eu un coup, fin voilà j'ai eu une contrariété, je me suis remis un peu à fumer"* » [P2]. Dans ce cas, elle fait preuve de compréhension et propose au patient de reprendre le processus de sevrage : « *[je leur dis] "ah bon bah d'accord, ok, bon bah ça peut arriver, mais là on rejette tout et on recommence et on remet les patches"* » [P2].

Néanmoins, l'accompagnement peut faire face à plusieurs freins. En effet, une pharmacienne nuance cette version, en expliquant ne pas avoir le temps pour engager la discussion avec le patient. Elle explique ne pas être allée « *très loin dans les dialogues [...]. On fait de l'abattage. On pouvait pas se permettre de discuter vingt minutes* » [P5]. Elle se restreint donc souvent à délivrer les produits indiqués sur l'ordonnance.

Une autre pharmacienne soulève que certains patients n'ont pas une seule pharmacie attitrée, ce qui complique le suivi et l'accompagnement : « *ils peuvent aussi aller dans une autre pharmacie* » [P2].

b. L'adaptation de la prescription

Dans certains cas, le pharmacien peut adapter le dosage des médicaments prescrits par le médecin, comme l'explique cet enquêté : « *d'après une prescription de patch à 14, on va substituer et délivrer*

¹² Différente de celle évoquée dans la partie « la prise en charge du fumeur lors d'une primo-demande chez le pharmacien ».

des patchs à 21, bah parce que manifestement c'est, ça va pas le faire quoi » [P1]. Le pharmacien peut aussi ajouter d'autres types de TSN, en compléments de ceux prescrits.

Cette pratique est décrite comme se déroulant plutôt lors du début du processus de sevrage et à une fréquence peu élevée : *« ça peut arriver, mais pas souvent. [...] C'est souvent en début de traitement »* [P3].

c. Le renouvellement d'ordonnance

Le dialogue lors des renouvellements d'ordonnance semble moins tourné vers le conseil. Les enquêtés expliquent délivrer les produits inscrits sur l'ordonnance et si besoin répondre aux besoins du patient, surtout en lien avec la formulation de leur TSN : *« on leur met les patchs, bon beh parfois on a un Nicotinell® et ils vont nous dire "ah non mais celui-là je l'ai déjà eu et je veux le niquitine-appli" enfin voilà, "pas de problème on vous le commande" »* [P2].

d. La communication entre prescripteur et délivreur de TSN et ses modalités

La communication entre les prescripteurs et délivreurs de TSN n'a pas été beaucoup abordée par les pharmaciens. Dans le cas d'une enquêtée, la communication semble être dans le sens du pharmacien vers le médecin, au sujet des patients qui paraissent manquer d'observance dans leur traitement, suspecté de par leur absence à l'officine. Elle contacte alors le médecin pour assurer le suivi : *« j'envoie au médecin en disant "ah bah là, ça fait deux mois qu'ils sont pas venus" »* [P2]. Les modalités utilisées par cette pharmacienne sont alors diverses : les mails et le logiciel Paaco-Globule¹³ qui permet aux professionnels de santé de communiquer de manière facilitée entre eux : *« je communique beaucoup par mail avec tous les médecins, ou avec globule »* [P2].

Un autre enquêté prend l'exemple d'une communication avec le médecin qui s'est déroulée par un intermédiaire : leur patiente. En effet, le pharmacien s'interrogeait sur la pertinence d'un traitement, interrogation rapportée ensuite par la patiente à son médecin : *« Mais elle a vu avec le médecin, [hésite] qui lui considère que même si elle prend des pastilles pendant X temps, tant qu'elle fume pas, le bénéfice est de toute façon supérieur »* [P1].

¹³ Paaco-Globule est l'outil numérique de coordination utilisé par les professionnels de la région Nouvelle-Aquitaine pour le suivi de tous types de parcours de santé (53).

III. Conclusion

Rappel des questions évaluatives :

- La méthode des 5A (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange) est-elle intégrable dans la pratique courante des soignants ?
- Les outils mis à la disposition des soignants sont-ils pratiques à leur activité ?

Réponse aux questions évaluatives :

1) Bilan des étapes des 5A

La partie « ask » émane plutôt du patient.

La partie « advice » est plutôt pratiquée.

La partie « assess » ne semble pas être beaucoup pratiquée.

La partie « assist » semble être beaucoup pratiquée avec une utilisation très faible des outils.

La partie « arrange » à la pharmacie semble être beaucoup pratiquée.

La partie « arrange » vers d'autres professionnels de santé semble être beaucoup pratiquée vers les médecins généralistes, peu vers d'autres professionnels de santé (sage-femmes, infirmiers, ligne téléphonique TabacInfoService, autres offreurs de soins non médicaux et paramédicaux) et pas vers les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens.

2) Les outils

Les outils n'ont été que très peu utilisés (seulement 4 outils ont été donnés en tout). Les professionnels de santé jugent pourtant qu'ils apportent de l'aide au fumeur et au professionnel.

Pour conclure, la prise en charge du patient selon la méthode des 5A est appliquée en routine, sans que les étapes soient clairement intellectualisées par les enquêtés. Le fumeur peut emprunter deux parcours différents (figure 4):

- Le fumeur choisit d'abord de faire part de sa demande au pharmacien ou le pharmacien aborde la question du tabagisme. Après lui avoir présenté les différentes démarches de sevrage et répondu à ses interrogations, il le renvoie ensuite vers un prescripteur, le plus souvent un médecin généraliste. Le patient peut cependant choisir de se faire suivre directement à la pharmacie. La prise en charge par le pharmacien sera adaptée en fonction de la typologie auquel le patient appartient : patientèle habituelle, patientèle non régulière ou personnes âgées.
- Le fumeur choisit d'abord de faire part de sa demande au médecin, qui prescrit des TSN. Il se rend ensuite à la pharmacie, où il peut aborder avec l'équipe officinale ses traitements et ses difficultés. Les discussions sont souvent initiés par le pharmacien et ont tendance à diminuer lorsque le processus de sevrage est bien entamé.

Par ailleurs, les enquêtés expliquent prendre en charge le patient au cas-par-cas, en s'adaptant à chaque fois au fumeur et à sa demande : « y'a pas trop [...] de règles, ça dépend » [P6].

La méthodologie proposée est en partie appliquée, mais il n'y a pas d'évolution notable depuis la mise en place du projet, malgré un intérêt pour la démarche : « non ça c'est facile hein d'inclure, parce que les gens ils sont preneurs hein des d'aides comme ça [...] Vraiment il faut juste que nous on le fasse, mais c'est pas compliqué à faire » [P4].

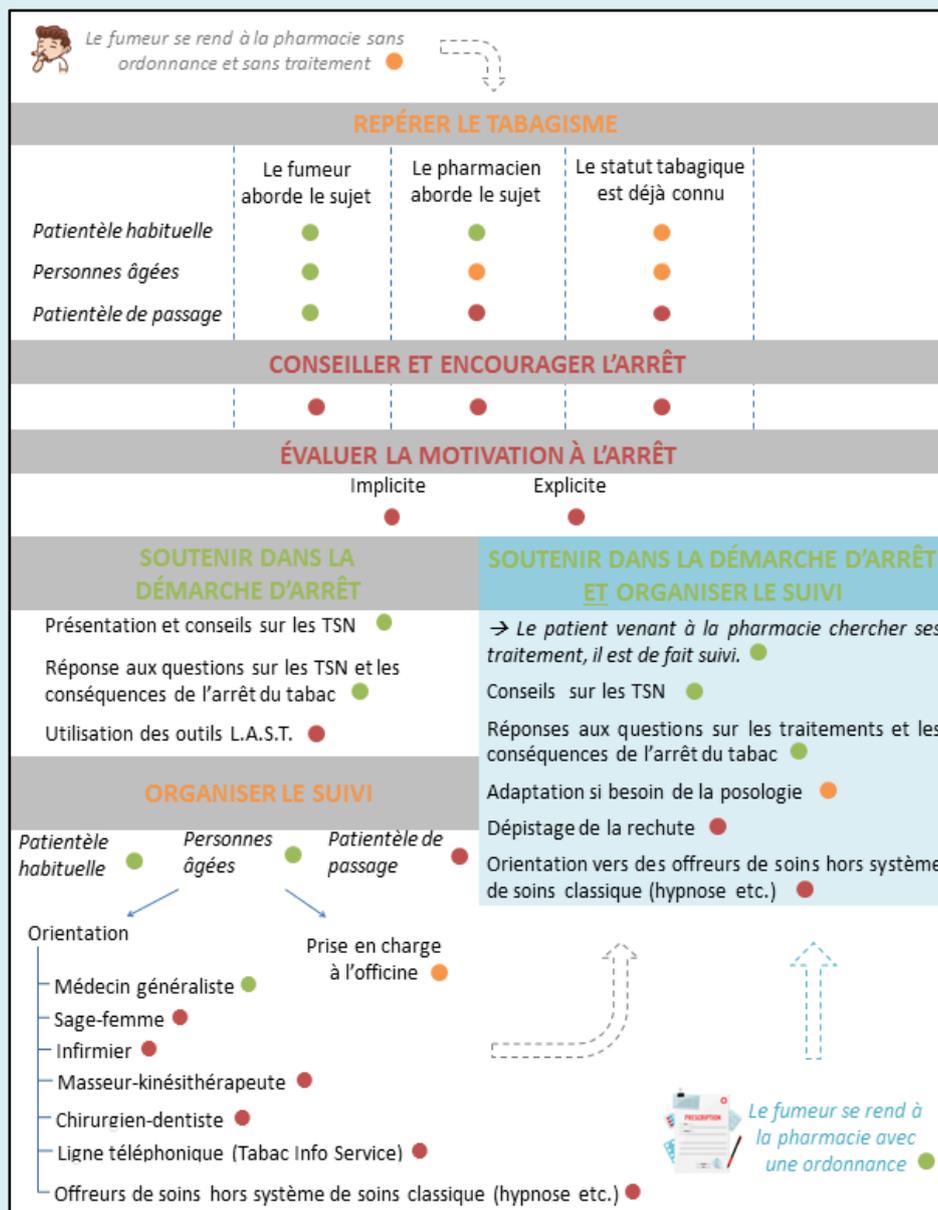


Figure 4: Description des étapes de la méthode 5A dans la population d'étude

Légende :

- Vert : résultat retrouvé chez la majorité des enquêtés (5-6 sur 6)
- Orange : résultat retrouvé chez une partie des enquêtés (3-4 sur 6)
- Rouge : résultat peu ou pas retrouvé chez les enquêtés (0-1-2 sur 6)

PARTIE 2 : L'ORGANISATION PROPOSEE PAR LE PROJET L.A.S.T. EST-ELLE ADAPTEE A LA PRATIQUE DES PHARMACIENS ?

Les résultats relatifs au critère de jugement de la viabilité « adaptée » cherchent à mettre en évidence si les outils et le mode organisationnel – le travail des professionnels en réseau – proposés sont adaptés à la pratique. Les résultats cherchent également à savoir si le projet est adapté au mode organisationnel de l'équipe officinale (annexe 8).

I. Les outils L.A.S.T.

1. Les outils à destination des patients

Les carnets des aides sont les seuls outils à destination du patient à avoir été donnés (comme décrit dans la partie « « Assist » – Soutenir dans la démarche de l'arrêt »). Ils semblent être adaptés à la pratique et sont définis comme « ludique » [P4] par une enquêtée. Ils sont donnés dans un contexte de questionnement du patient lors d'une primo-demande : « *j'en ai quand même donné à deux [fumeurs] [...] qui se posaient un peu les questions* ».

Les carnets des envies et les affiches n'ont pas été utilisés, et dans ce cas, notamment en raison d'un oubli du projet (se référer à la partie « Un projet progressivement oublié » pour plus de précisions). Cependant, les affiches font aussi face à un frein : le manque de place pour l'affichage en pharmacie : « *c'est toujours une question de place pour les affiches, parce qu'on a jamais assez de place* » [P1].

2. Les outils à destination des professionnels (hors formations)

Une majorité de professionnels n'a ni utilisé le site internet ni les flyers leur étant destinés, comme le montre cet échange :

- « **Et est-ce que vous avez pu utiliser le site internet, vous avez pu le regarder ?**
- Non. » [P1]

Une seule professionnelle a utilisé le site internet, mais seulement après l'inscription. Le contenu semble adapté, puisqu'il propose des tutoriels de formations que l'enquêtée a regardé.

Une autre enquêtée, après avoir pris connaissance du site internet lors de l'entretien de viabilité, a apprécié l'annuaire « addictoclic »¹⁴ et la liste des autres L.A.S.T., mais regrette ne pas avoir de version papier, plus adaptée à sa pratique au comptoir en lui offrant un gain de temps : « *on a pas les coordonnées tout de suite. Enfin il faut aller les chercher quoi. Au comptoir on a pas le temps* » [P3].

Par ailleurs, lors des entretiens de viabilité, une enquêtée a souhaité que l'enquêtrice lui montre le contenu du site internet. Cette dernière a observé que l'enquêtée avait d'une part du mal à se servir

¹⁴ L'annuaire addictoclic permet de recenser les experts en addictologies sur le territoire

de l'ordinateur (activer le système de son par exemple) et d'autre part à saisir le fonctionnement du site internet.

3. Les formations

a. L'état des lieux des formations sur le sevrage tabagique avant l'adhésion au projet L.A.S.T.

L'état des lieux des formations montre que très peu de pharmaciens ont été formés récemment au sevrage tabagique et que lorsqu'ils ont assisté à des formations, elles étaient dispensées par des laboratoires pharmaceutiques : « *j'ai dû faire par les labos je pense, j'ai dû avoir une formation. [...] Ça fait un petit moment que j'ai pas eu de formation* » [P6].

Cependant, certains n'ont tout simplement pas eu de formation sur le sevrage tabagique, parce qu'ils n'ont été sollicités ni par les laboratoires ni par des organismes de formations : « *j'ai jamais eu non de... de proposition de labos, même d'organisme de formation* » [P3].

Une enquêtée explique néanmoins se penser formée au sevrage tabagique : « *je connais quand même assez bien le sevrage, enfin je pense que je suis pas trop trop mal* » [P2]. Cependant, des lacunes sur le tabagisme et son sevrage sont perceptibles chez certains enquêtés, et notamment chez cette même pharmacienne, qui confond le processus de toxicité de la cigarette avec celui de la cigarette électronique : « *À mon avis [la cigarette électronique] c'est très toxique aussi, c'est le monoxyde de carbone que tu inhales et c'est pareil, on verra que ça aura des conséquences sur la santé* »¹⁵ [P2]. Un autre enquêté ne sait pas quant à lui si le traitement de sa patiente est adapté : « *je m'interrogeais sur le fait de prendre ad vitam æternam [des pastilles de nicotine]* » [P1].

Malgré tout, certains expriment une volonté de se former, comme l'explique ce pharmacien : « *Ça serait pas mal qu'on en fasse un jour, ouais de voir si y'a des nouveaux trucs, des nouvelles indications enfin, des nouvelles approches* » [P6].

b. Les formations dans le cadre du projet L.A.S.T.

Aucune formation en ligne ou en présentiel n'a été suivie, ce qui peut interroger la dimension « adaptée » de l'intervention : « *j'en ai fait aucune, ils m'ont envoyé, je reçois bien les mails, y'a pas de problème, mais je n'ai pas...* » [P2]. Un élément de réponse peut être que les formations ne sont pas proposées dans le cadre de la formation continue obligatoire. En effet, une enquêtée explique

¹⁵ Le monoxyde de carbone est responsable de la toxicité de la cigarette de par son mécanisme de combustion, qui n'est pas présent dans la cigarette électronique.

suivre les formations proposées dans le cadre du Développement Personnel Continu¹⁶, et n'a pas suivi de formation sur le sevrage tabagique : « *on fait celles qui sont obligatoires* » [P5].

Cependant, beaucoup d'autres facteurs entrent en jeu (se référer à la partie « Les freins à la mise en place du projet » pour plus de précisions) et il est difficile de tirer des conclusions sur ce point.

Lorsqu'une enquêtée apprend lors de l'entretien de viabilité que les formations en ligne sont une fois par mois, la fréquence plaît *a priori* : « *j'avais pas vu qu'il y en avait tous les mois, c'est bien* » [P3].

Par ailleurs, seule une enquêtée a utilisé les formations sous forme de tutoriel du site internet, qu'elle a trouvé adapté à sa pratique : « *ce que j'ai vu en tout cas c'était très adapté* » [P4]. Elle souhaiterait cependant avoir plus de contenu : « *Chai plus si c'est abordé la nutrition avec la prise de poids et les problèmes digestifs et tout ça. [...] C'est peut-être ça à la limite [qui manque]* » [P4].

II. Les échanges entre les acteurs du sevrage tabagique

1. Les échanges avec les professionnels de santé de la ville

a. Une connaissance partielle des prescripteurs

Comme abordé dans le critère de jugement de la viabilité « faisable », l'orientation des patients se fait vers des prescripteurs médecins généralistes. Les entretiens ont montré que certains pharmaciens ne connaissaient pas l'éventail de tous les prescripteurs de TSN, notamment les masseurs-kinésithérapeutes, comme le montre ce verbatim : « *mais les kinés qu'est-ce qu'ils font les kinés ? [...] Je savais pas qu'ils avaient le droit de prescription* » [P3]. Dans d'autres cas, c'est les prescripteurs eux-mêmes qui ne connaissent pas leur droit de prescription, comme l'exemple d'un infirmier pris par la même enquêtée que ci-dessus : « *il était pas au courant lui qu'il avait le droit de prescrire* » [P3].

b. Un manque de communication

Un enquêté explique avoir des doutes sur le traitement d'une patiente et au lieu de communiquer directement avec le médecin, il en fait part à sa patiente, qui servira de relais entre les deux professionnels de santé : « *je m'interroge un petit peu, je lui avais posé la question [...] mais elle a vu avec le médecin, [hésite] qui lui considère que même si elle prend des pastilles pendant X temps, tant qu'elle fume pas, le bénéfice est de toute façon supérieur* » [P1].

2. Les échanges avec les centres experts

Aucun échange avec les centres experts n'a eu lieu dans le cadre d'une prise en charge du tabagisme. Si certaines pharmacies reçoivent des ordonnances de TSN pour des patients venant de ces lieux

¹⁶ Le développement personnel continu correspond aux formations obligatoires, où chaque pharmacien choisit les formations où il veut assister selon un minimum annuel.

(« j'ai dû avoir une ou deux prescriptions [...] c'était l'hôpital d'Arcachon. [Réfléchi] Il me semble que le CEID ouais j'ai dû avoir des, une personne je crois » [P1]), d'autres n'ont pas identifié ces structures comme pouvant proposer des suivis pour le sevrage tabagique « c'est pas du sevrage quoi qui est traité là-bas » [P3].

Toutefois, les pharmacies échangent avec ces structures dans le cadre de patients définis comme ayant des poly-addictions ou des maladies psychiatriques : « des maladies psychologiques, psychiatriques [...] et addictions, mais à d'autres ... 'fin d'autres drogues plus dures que le tabac » [P3]. Ces échanges peuvent être au sujet du contenu de l'ordonnance : « si je les appelle, c'est parce que j'ai des soucis sur des prescriptions par rapport à des patients, mais pas par rapport [...] à des sevrages » [P3]. Ils peuvent également être en contact pour des raisons de suivi du patient : « ou un suivi de quelqu'un qui va, qui va un peu à droite à gauche, c'est voir ensemble si vraiment on continue le traitement » [P4], qui est peut-être complexe en raison de leur situation sociale : « y'a des gens c'est compliqué [...], ils ont pas forcément un lieu précis de vie » [P4].

Par ailleurs, ces centres experts sont identifiés comme étant « vachement à l'écoute » [P4] par une pharmacienne.

Les échanges se déroulent donc dans le sens de la pharmacie vers les centres experts, mais ne sont néanmoins pas fréquents, en raison du peu de patients concernés, comme l'explique cet enquêté : « j'ai eu un petit peu [de patients venant de ces centres], mais j'en ai pas actuellement » [P6].

3. Les échanges avec la COREADD

Les discours sur les relations avec la COREADD, chargée de la mise en œuvre du projet, est mitigé. Une grande partie explique ne pas recevoir les mails d'informations de leur part (à la question de l'enquêtrice « vous n'avez pas reçu les mails ? », l'enquêté répond « je me souviens plus, non ça me parle pas » [P3]), tandis que certains trouvent que le suivi et l'organisation sont bien adaptés, notamment parce qu'ils reçoivent les mails : « je trouve que c'est quand même bien suivi, enfin ils l'organisent quand même bien projet est bien organisé, parce que je vous dis on reçoit les mails » [P2].

III. L'organisation de l'équipe officinale

1. L'organisation générale de l'équipe officinale

a. L'organisation de l'équipe officinale relative au suivi des patients

Dans une des pharmacies, il n'existe pas d'organisation spécifique pour la prise en charge des patients fumeurs « il n'y a pas d'organisation particulière, [réfléchi], on est tous à peu près au même

niveau de connaissance quoi pour la prise en charge [...]. On a pas quelqu'un qui est dédié sur la tabacco » [P1].

Une autre enquêtée explique que dans certains cas – pas nécessairement liés au tabac – des patients peuvent souhaiter se faire servir par une personne qu'ils « *connaissent* » [P4] de l'équipe officinale. Cette situation est bien accueillie par les autres membres de l'équipe : « *y'a rien de gênant donc si ils me voient ils disent "bah non je préfère passer avec la dame parce que je la connais"* » [P4].

Par ailleurs, cette même enquêtée exerce dans une pharmacie où il est courant de proposer des rendez-vous gratuits aux patients qui désirent un suivi plus approfondi sur divers sujets : « *on peut fixer des RDV, nous on le fait hein [...].J'ai des collègues qui le font sur la diététique, [...] le titulaire est naturopathe donc elle fait des consultations [...], je commence juste ma formation yoga-thérapeute, et du coup après c'est pareil, donc je vais avoir un suivi avec les gens* » [P4].

Concernant le sevrage tabagique, l'organisation propre à l'officine peut être un frein au suivi du patient. En effet, si ce dernier ne demande pas spécifiquement à revoir la même personne, le suivi peut perdre en qualité : « *je dis à la fin " vous venez nous dire à la fin comment ça se passe ", enfin voilà, qu'on ait un suivi, après j'ai pas eu forcément de retour moi, le problème voilà, ils sont peut-être pas tombés sur moi non plus* » [P4].

b. L'organisation de l'équipe officinale relative aux formations

Plusieurs officines souhaitent que les formations faites individuellement ou par une partie de l'équipe profitent à tous. Les moyens pour y arriver sont différents : certains envoient un ou plusieurs représentants, qui transmettent ensuite leurs nouvelles connaissances à l'ensemble de l'équipe : « *nous souvent ce qu'on fait c'est que par exemple si on est deux à regarder la formation, après on fait un topo à tout le monde* » [P4]. D'autres choisissent d'envoyer toute l'équipe : « *j'aime bien que quand y'en a un qui fait une formation, que tout le monde le suive* » [P6].

2. L'organisation de l'équipe officinale relative au projet L.A.S.T.

Concernant le projet L.A.S.T., peu ont relayé le projet à leur équipe, comme le montre l'analyse des conversations téléphoniques de prise de rendez-vous pour les entretiens de viabilité. Lorsque l'enquêtrice conversait avec une autre personne que le pharmacien à qui avait été présenté le projet, l'interlocuteur ne connaissait pas le projet L.A.S.T..

D'autres expliquent l'avoir diffusé à leur équipe, mais brièvement : « *on en a parlé un petit peu* » [P6].

IV. Conclusion

Questions évaluatives :

- Les modalités de prises en charge des patients leurs conviennent-elles ?
- Les outils mis à leur disposition sont-ils adaptés à la pratique courante des soignants ?
- L'accompagnement mis en œuvre dans le cadre de cette proposition d'organisation leur semble-t-il suffisant ?

Réponses aux questions évaluatives :

- Pas de difficultés supplémentaires dans la pratique courante puisque le projet n'a presque pas été mis en place.
- Les échanges entre première et seconde ligne ne sont pas modifiés, et ceux entre patients et soignés sont très légèrement modifiés grâce aux carnets des aides.
- Les L.A.S.T. n'expriment que très peu avoir été guidés et encadrés par les ressources mobilisées.
- Le projet L.A.S.T. facilite très légèrement l'accompagnement au sevrage tabagique de leurs patients.

Pour conclure, il est très difficile d'apporter des conclusions sur le critère de jugement « adapté ». Les outils n'ont quasiment pas été utilisés, les formations n'ont pas été suivies et les centres ressources n'ont pas été mobilisés. L'absence de mise en place du projet interroge sur son caractère « adapté », mais de nombreuses raisons externes au projet peuvent expliquer cet oubli du projet (se référer à la partie « Les freins à la mise en place du projet » pour plus de précisions).

Comme modère une enquêté lorsque le projet lui est à nouveau expliqué lors de l'entretien de viabilité, « *c'est un projet assez soft, qui leur met pas la règle sur les doigts, je pense que voilà ça va se faire doucement* ».

Par ailleurs, les réponses aux questions du guide d'entretien relatives au critère « adapté » ont permis d'établir une cartographie des pratiques, notamment sur les formations, les relations avec les centres experts et l'organisation de l'équipe officinale.

PARTIE 3 : L'ORGANISATION PROPOSEE PAR LE PROJET L.A.S.T. EST-ELLE UTILE EN PRATIQUE ?

Les résultats relatifs au critère de jugement de la viabilité « utile » mettent en évidence que le projet plaît lors de l'adhésion, mais que son utilité en pratique est discutable, notamment parce que les enquêtés ne se sont que très peu emparés du projet. Cependant, l'idée d'une généralisation sur la Nouvelle-Aquitaine est bien reçue par les enquêtés et ces derniers démontrent une volonté d'approfondir leur implication dans le projet, suggérant une certaine utilité du projet (annexe 9).

I. Lors de l'adhésion, un projet qui plaît

1. Une utilité *a priori* de l'accompagnement et de l'orientation du patient

Beaucoup d'enquêtés voyaient lors de l'adhésion une utilité du projet pour les étapes de soutien (« Assist ») et d'orientation (« Arrange ») du patient. Le projet L.A.S.T. était perçu comme offrant la possibilité de proposer plus de solutions d'aides à l'arrêt ainsi qu'une orientation et un accompagnement de meilleure qualité, en offrant des profils diversifiés de professionnels de santé. La finalité était de permettre au patient d'avoir plus de probabilités de réussir son sevrage : « *au lieu que les gens soient un petit peu lâchés dans la nature, avec un suivi plus ou moins aléatoire, c'était [...] [qu'] ils aient un maximum d'outils, d'interlocuteurs, pour qu'ils y aient un maximum de chance de, qu'ils y aient pas de rechute quoi* » [P1].

Une pharmacienne a apprécié la création d'un réseau de professionnels de santé : « *donc ça c'est bien aussi je trouve, vous créez un réseau* » [P4], qui lui permet d'avoir une meilleure vue d'ensemble des prescripteurs : « *on aurait pas pensé que tel corps, fin tel professionnel peut lui amener aussi quelque chose* » [P4].

Une enquêtée explique par ailleurs que l'utilité qu'elle percevait au projet était surtout en rapport avec le patient, puisque la finalité est son sevrage tabagique : « *c'est plus une aide pour le patient, c'est pas pour moi, [...] c'est le patient notre priorité* » [P2].

Une autre enquêtée quant à elle remonte plus loin dans la chaîne de causalité, en expliquant que le fait que les professionnels soient plus avertis se répercutera sur la qualité de l'échange avec le patient : « *je pense que ça peut être une bonne aide aussi pour nous, [...] et puis pour la personne, [parce qu'] il se sent plus écouté donc ça va plus facile* » [P4].

2. L'utilité a priori des formations

Des enquêtés s'expriment aussi sur l'utilité *a priori* des formations (au travers du site, des formations en lignes et des formations en distanciel). Une enquêté explique pour sa part qu'elles seraient utiles à son équipe officinale, qui est d'après ses dires moins formée qu'elle au sevrage tabagique : « *Moi personnellement pas grand-chose. Mais l'équipe peut-être, [...] pour les préparatrices [...] ou l'assistante parce que si forcément elle a pas fait trop trop de formations* » [P2].

Un autre enquêté explique qu'il attendait du projet L.A.S.T. qu'il le tienne à jour des recommandations sur le sevrage tabagique : « *avoir de temps en temps des retours [...] sur ce qu'il est préférable de faire. Si vous avez-vous des retours sur l'évaluation, les traitements, ce qui est préconisé. [...] Vers qui orienter, [...] en fonction des patients, des, ce qu'il est préférable de ouais, de conseiller* » [P6].

Le projet, lors de l'adhésion, répond donc à des besoins des pharmaciens, à la fois sur l'aide à l'accompagnement du patient et l'utilité des formations.

II. L'utilité du projet discutable en pratique

Le projet a permis à une enquêtée de compléter ses connaissances sur le sevrage tabagique, plus particulièrement les TSN et ses prescripteurs. Elle identifie ses lacunes comme étant dues au fait qu'elle est récemment diplômée de pharmacie : « *La vidéo elle était intéressante là, moi j'ai appris des choses en tout cas. Parce que je suis aussi nouvelle dans le métier, donc forcément j'apprends* » [P4]. Par ailleurs, cette même enquêtée trouve beaucoup d'intérêt à ce projet, qui répond à un manque de projets portant sur les addictions : « *c'est ce qui manque, des, 'fin des suivis sur des addictions comme ça, c'est le plus important, non non moi je trouve ça super* » [P4].

Comme vu dans le critère faisable, les outils ont été utilisés par deux pharmaciennes, ce qui démontre néanmoins une légère utilité pour l'accompagnement du patient.

Une autre pharmacienne n'a quant-à-elle pas trouvé d'intérêt au projet, comme le montre cet échange :

- **« A part faire plaisir à Léo est-ce que y'a d'autres raisons [d'adhérer au projet L.A.S.T.] ?**
- *Non, non [rigole].*
- **Pour le patient ?**
- *Non, non parce qu'on connaît, enfin bon, on est, comment dire... [Prend un temps de pause] on ne va pas, on brusque pas les gens. » [P5].*

Il est à noter que ce verbatim est extrait d'un entretien où la pharmacienne n'avait pas compris le projet.

III. L'idée d'une généralisation du projet approuvée

Malgré une utilité en pratique peu visible, l'idée d'une généralisation du projet sur la Nouvelle-Aquitaine est approuvée par l'ensemble des enquêtés. Ils y voient plusieurs intérêts, dont le premier est d'obtenir une meilleure couverture de professionnels de santé impliqués dans le sevrage tabagique : « *plus y'a d'acteurs de santé qui sont concernés, mieux ce sera pour les gens quoi* » [P3].

Le projet est jugé adéquat d'une part à la dynamique nationale d'aide à l'arrêt du tabac et serait donc bien accueilli : « *avec le mois de sans tabac, ça commence, ça marche quand même ! Donc pourquoi pas ça marcherait pas votre projet à vous ?* » [P5], et d'autre part à la pratique des professionnels de santé, ce qui expliquerait sa propagation : « *c'est un projet assez soft, qui leur met pas la règle sur les doigts, je pense que voilà ça va se faire doucement* » [P5]¹⁷.

Par ailleurs, une enquêtée a déjà fait part du projet à la CPTS en construction de son territoire, qui a été de surcroît bien accueilli : « *[j'en] en ai parlé [à la présidente] et elle m'a dit "oui oui écoute, bah on peut faire une deuxième mission"* » [P2]. Toutefois, cette même enquêtée a des craintes quant à l'implication de ses confrères : « *Après je suis pas très sûre qu'il y ait beaucoup de confrères qui le fassent* » [P2].

IV. Une volonté d'approfondir son implication dans le projet L.A.S.T.

L'utilité du projet est perceptible par la volonté affichée de tous les participants d'approfondir leur implication dans le projet : « *le projet il était, il est très bien il est ... juste il faut qu'on s'y remette quoi* » [P1]. Plusieurs solutions y sont apportées, dont la première est l'entretien de viabilité qui leur a permis de se remémorer le projet : « *c'est bien qu'ils m'aient appelé et que vous refassiez une visite* » [P3]. Beaucoup projettent de présenter le projet à leur équipe, afin de mieux faire vivre l'organisation proposée : « *je vais en reparler à mon équipe* » [P5]. Certains imaginent une meilleure organisation pour s'emparer des outils, comme une enquêtée qui prévoit de replacer les outils à destination du patient à côté de ses TSN : « *je vais me mettre ça [montre les carnets des aides] je vous dis à côté des substituts nicotiques, et je pense que je vais y penser beaucoup plus facilement en fait* » [P3]. D'autres prévoient de mettre en place l'affiche L.A.S.T. « *je vais l'afficher* » [P5].

Le site est également beaucoup abordé et la majorité exprime le souhait d'y naviguer, notamment pour regarder les tutoriels et les dates de formations en ligne : « *je voulais regarder, regarder les formations, comme ça je voulais avoir le temps de faire les formations en ligne* » [P6].

¹⁷ Ces propos ont été tenus lorsque le projet a été ré-expliqué à l'enquêtée.

V. Conclusion

Questions évaluatives

- L'intervention proposée vient-elle en aide aux soignants dans la prise en charge du sevrage tabagique de leurs patients ?
- L'intervention proposée répond-elle à l'accompagnement attendu par les patients fumeurs ?

Réponse aux questions évaluatives :

- Les professionnels de santé expriment un intérêt à la prise en charge des patients, mais le changement de comportement espéré n'a pas eu lieu. Ils ne sentent donc pas plus guidés dans la démarche d'accompagnement au sevrage tabagique.
- Il n'y a pas d'amélioration notable dans l'accompagnement des patients.

Pour conclure, l'utilité en tant que telle du projet est difficile à mettre en évidence. En effet, comme vu dans le critère « faisable », les pratiques n'ont presque pas changé pour ces enquêtés depuis l'adhésion au projet. Toutefois, des résultats sur l'utilité peuvent être produits. Les pharmaciens sont nombreux à s'exprimer sur l'utilité qu'ils attribuaient au projet lors de leur adhésion, notamment la capacité à fournir un accompagnement de meilleure qualité et la possibilité de proposer un meilleur suivi. Par ailleurs, lorsque la généralisation du projet est abordée, elle est bien accueillie par la majorité des enquêtés qui voient tous un intérêt à développer l'aide à l'arrêt du tabac dans le système de soins actuel. Tous expriment également une volonté franche d'approfondir leur implication et celle de leur équipe officinale dans le projet L.A.S.T., en s'emparant des outils et du site internet ainsi qu'en suivant les formations.

PARTIE 4 : L'ORGANISATION PROPOSEE PAR LE PROJET L.A.S.T. EST-ELLE ACCESSIBLE EN PRATIQUE ?

L'accessibilité du projet L.A.S.T. a été étudiée en interrogeant les freins à sa mise en place, notamment l'impact du contexte extérieur au milieu officinal, les représentations influençant les pratiques des pharmaciens, une fréquence faible de demandes de sevrages mais aussi de fumeurs ainsi que la présentation du projet. L'accessibilité a également été étudiée en étudiant les leviers de l'intervention, qui sont dans ce cas relatifs aux leviers intrinsèques à l'intervention mais également extrinsèques à celle-ci (annexe 10).

I. Les freins à la mise en place du projet

1. L'intégration des pratiques cliniques préventives au gré des évènements extérieurs

a. Un projet progressivement oublié

Tous les enquêtés témoignent d'un oubli progressif du projet « *quand vous m'avez appelé, je me suis dit " waouh ", j'ai complètement tout mis de côté quoi* » [P1].

Les raisons avancées en premier lieu sont le contexte sanitaire, puisque les visites de présentation du projet L.A.S.T. ont eu lieu juste avant le premier confinement¹⁸, fin février et début mars 2020. Cette période a ensuite été remplacée par la période estivale, qui a également été un frein au déploiement du projet. Ainsi, ces deux évènements, l'un inédit et l'autre annuel, constituent les principales justifications de l'oubli progressif du projet : « *Et du coup, là, tout s'est enchainé* » [P4].

➤ **Le confinement des français, évènement exceptionnel et principal responsable de l'oubli du projet**

Les pharmaciens ayant été recrutés avant le confinement sont unanimes¹⁹ ; le confinement a grandement changé leurs habitudes de travail, mais également le comportement de leur patientèle, résultant en un oubli quasi-total du projet : « *avec le confinement bon bah c'est complètement tombé à l'eau* » [P1].

▪ **Le travail à l'officine désorienté**

Un pharmacien décrit qu'ils sont entrés dans une « *période complètement exceptionnelle* » [P1], puis poursuit : « *tous nos repères de travail, tout notre petit fonctionnement quotidien est complètement parti en vrille, donc on s'est trouvé euh assez déboussolé pas que par rapport au tabagisme en fait, on*

¹⁸ Le confinement général de la population française s'est déroulé du 17 mars au 11 mai 2020

¹⁹ Une pharmacienne a été recrutée en juin 2020

était un peu en mode survie quoi [...]. Ça a été l'anarchie générale » [P1]. Ainsi, ce contexte sanitaire a plongé les enquêtés dans des conditions de travail inédites, ne permettant pas de travailler dans des conditions habituelles de travail. Des adaptations et des priorisations ont alors lieu : *« j'ai d'autres priorités à gérer » [P3].* Certains décrivent qu'ils ont arrêté le suivi de leur patientèle et se sont cantonnés à renouveler les ordonnances : *« on a suivi personne quoi forcément, on était juste dans les renouvellements d'ordonnances [de patients ayant des pathologies] chroniques » [P1].*

Une incertitude sur l'avenir a pris beaucoup de place dans le quotidien des pharmaciens, suscitant aussi de l'inquiétude. Une pharmacienne explique qu'elle a dû repenser son organisation, jusqu'à la planification de ses commandes : *« normalement je prépare mes commandes pour le printemps, parce que bon on vit au rythme des saisons ici. [...] On savait pas comment ça allait se passer, enfin toutes les inquiétudes » [P3].*

Le confinement a également eu des répercussions sur la vie privée des enquêtés, participant à la déstabilisation à laquelle les enquêtés ont dû faire face : *« et après chez moi aussi personnellement. Donc j'ai 3 enfants donc ça a été un peu compliqué » [P3].*

- *Le comportement de la patientèle*

La patientèle a également été impactée. Une grande partie des enquêtés décrit que de nombreuses personnes, essentiellement des parisiens, ayant des maisons secondaires sur le bassin d'Arcachon y sont venues se confiner, provoquant un accroissement de l'activité dans les pharmacies : *« donc pour un mois de mars, on a une activité qui a augmenté ici, parce que les parisiens sont venus se confiner, donc du coup ça a été un peu la folie » [P3].* Ces propriétaires de maisons secondaires sont décrits comme des retraités, mais également comme des personnes actives : *« j'en ai eu pas mal, qui ont des maisons ici qui sont venus en télétravail, qui sont venus ici, et j'ai les retraités » [P6].*

Leur comportement a aussi changé, et en particulier leurs habitudes de consommation. En premier lieu, les enquêtés décrivent que leurs patients ont saturé les pharmacies le premier jour du confinement : *« le premier jour y'a eu beaucoup beaucoup de monde, tout le monde est venu en masse, mais vraiment ».* Certains enquêtés décrivent que les français, par peur du COVID-19 ont préféré acheter leur produits de parapharmacie dans les officines, plutôt que dans les supermarchés, participant à augmenter la fréquentation dans les officines : *« ils avaient peur d'aller faire les courses dans les supermarchés, ils préfèrent venir ici acheter leur parapharmacie » [P6].*

Les patients redoutaient également une pénurie de médicaments, et se rendaient donc plus fréquemment à l'officine, contribuant à accroître le travail des pharmaciens : *« ils venaient là tous les huit jours machin : " je veux mes médicaments " » [P6].*

D'autres patients, dans une logique de réduction des contacts, passaient leur commande par téléphone, ce qui a contribué à saturer le travail des équipes officinales : « *les gens ne venaient plus forcément, mais faisaient des commandes non-stop, donc pour nous ça représentait une charge de travail supplémentaire* » [P3].

En ce qui concerne les fumeurs, certains pharmaciens ont observé que les demandes n'ont pas proliféré pendant cette période : « *y'en a eu, qui ont voulu arrêter de fumer pendant cette période-là, mais après c'était pas forcément la question du moment on va dire* » [P4].

Les pharmaciens ont également été aux premières lignes pour dialoguer et rassurer les français : « *[notre travail a été] de rassurer les gens* ». Toutefois, ils ont également été en première ligne pour recevoir la colère et l'incompréhension de leurs patients, devant faire face à de l'agressivité : « *y'avait beaucoup d'agressivité, c'était compliqué* » [P4]. Cette agressivité était en partie liée à la pénurie de masques à laquelle la France a fait face au début de la pandémie de COVID-19 (54) : « *on disait dans les médias qu'il y avait des masques, et puis finalement nous on en avait pas, donc c'était un peu compliqué à gérer* » [P4].

➤ **La période estivale, évènement annuel qui bouscule les pratiques**

La période de confinement a ensuite rapidement laissé place à la période estivale et donc touristique ; « *après on est rentré dans l'été* » [P1]. Cette période n'est également pas propice à l'introduction des PCP proposées par le projet. En effet, tous les enquêtés subissent une intensification de leur activité, et adaptent en conséquences leurs pratiques : « *on est complètement noyés quoi, on un monde énorme, donc là c'est pareil, on a des journées hyper chargées* » [P1]. Leur objectif est d'arriver à servir tout le monde, sans engendrer trop d'attente : « *y'a trop de monde, et puis moi je suis au comptoir tout le temps, y'a des gens qui attendent, donc on prend pas le temps* » [P3]. Cette situation s'instaure donc au détriment de l'accompagnement des fumeurs : « *j'ai pas le temps, donc je vais pas faire du conseil par rapport à l'arrêt du tabac* » [P3].

Pourtant, des conseils sont quand même prodigués par les pharmaciens lors de cette période, mais sur d'autres thématiques : « *c'est les crèmes solaires, c'est autre chose quoi* » [P3]. Si les touristes constituent une grande partie de cette patientèle de passage, les propriétaires de maisons secondaires, connus des pharmaciens, sont également responsables de cette accroissement de population : « *j'ai des touristes, mais c'est souvent des gens qui ont des maisons, et qui viennent d'une année sur l'autre, je retrouve les mêmes* » [P6].

b. Les conditions "normales " de travail à l'officine

➤ Le retour à une patientèle résidentielle, atout pour mettre en place des PCP

L'ensemble des pharmaciens s'accorde à dire que la période estivale constitue une période où leurs missions sont mises en pause. Ils décrivent tous une accalmie par la suite, où ils peuvent retourner à leurs tâches routinières et retrouver leurs patients réguliers : « *C'est seulement maintenant²⁰ qu'on commence un peu à se reposer, à retrouver un fonctionnement de, un petit peu normal quoi [...] En plus là on va rentrer dans une période beaucoup plus calme, où on est vraiment avec une patientèle habituelle* » [P1].

Cette période est plus propice à la prise en charge des fumeurs, parce que les conditions permettent au pharmacien d'être plus disponible et parce qu'il fait le choix de s'investir dans l'accompagnement de ses patients : « *hors période j'ai un peu plus de temps, j'ai plus de temps pour m'occuper des gens. Je suis au comptoir donc je connais à peu près tout le monde, j'aime bien savoir qui fait quoi et voilà. Et on parle facilement y'a pas de soucis* » [P6].

C'est aussi lors de cette période que les pharmaciens peuvent s'investir dans de nouveaux projets et faire des formations : « *je peux m'en occuper plus à partir de la fin d'octobre, en principe novembre-décembre, janvier-février-mars. Pour moi c'est plus calme. C'est à ce moment-là que si j'ai des trucs à faire je les fais à ce moment-là* » [P6].

Bon nombre d'enquêtés attribuent le manque de temps aux périodes décrites ci-dessus. Cependant, en dehors de ces conditions, certains pharmaciens considèrent ne pas non plus disposer d'assez de temps pour fournir un accompagnement à leur fumeur : « *que ce soit avant ou après ou pendant le confinement, notre gros soucis ça a été qu'on avait pas le temps de s'en occuper* » [P5].

➤ Un effectif réduit, frein à l'intégration des pratiques cliniques préventives

En raisons d'arrêts maladie et de démissions, une enquêtée a dû faire face une réduction drastique de son équipe officinale lors des périodes de confinement et d'été, et témoigne alors d'une impossibilité à mettre en place le projet : « *c'était pas possible, on était très très peu nombreux, voir que moi et mon mari pendant 15 jours* » [P5].

²⁰ L'enquêté fait référence au mois d'octobre

2. Des pratiques influencées par des représentations

a. Des représentations du pharmacien sur les patients

➤ Les représentations du pharmacien sur les personnes âgées

Les résultats montrent qu'il existe une prise en charge spécifique des patients fumeurs âgés, décrite dans le critère faisable (se référer à la partie « La prise en charge de la patientèle âgée » pour plus de précisions). Cette prise en charge différente est ainsi due à des représentations, qui peuvent nuire aux étapes de dépistage du tabagisme²¹ et à l'incitation à l'arrêt²². Ainsi, une certaine tolérance est appliquée pour cette catégorie de la population « *s'ils fument quelques cigarettes par jour ils vont pas non plus, ils vont pas arrêter maintenant* » [P6]. À cette tolérance se superpose également une classification de dangerosité entre les différents moyens de consommation du tabac « *ceux qui fument la pipe, le cigare, bon je laisse un peu tomber entre guillemets quoi, parce que je sais que c'est pas la peine* » [P3]. Il semble alors plus légitime d'aborder le sevrage tabagique avec un fumeur de cigarette.

Certains enquêtés expliquent pratiquer l'incitation à l'arrêt⁵ périodiquement, néanmoins sans grande conviction : « *Je leur glisse de temps en temps quoi mais ...* » [P3].

La tolérance instaurée chez ces pharmaciens est en partie due à une relativisation des conséquences du tabagisme dans cette population : « *ça changera peut-être pas grand-chose à leur vie* » [P2].

➤ Les représentations du pharmacien sur les touristes fumeurs lors de la période estivale

Les résultats montrent qu'il existe une prise en charge spécifique des touristes fumeurs lors de période estivale, décrite dans le critère faisable (se référer à la partie « La prise en charge de la patientèle non régulière » pour plus de précisions). Les pratiques des pharmaciens sont ainsi influencées par des représentations sur la période estivale. Les discours sont divergents : certains attribuent à cette période un contexte favorable à l'arrêt du tabac, tandis que d'autres considèrent que la période n'est pas propice : « *ici c'est des touristes, ils ont pas envie d'arrêter de fumer pendant les vacances* » [P4].

Ainsi, une pharmacienne explique que lors de cette période, les fumeurs sont plus reposés et enclins à entamer un sevrage : « *pendant les vacances, on est pas stressé* » [P2]. D'autres associent à cette période un contexte festif, ce qui n'engage pas à entamer une démarche d'arrêt : « *l'été ici c'est très festif, alors bon ils sont pas du tout dans l'idée d'arrêter de fumer* » [P3].

²¹ Correspondant au « ask » de la méthode 5A

²² Correspondant au « advice » de la méthode 5A

- Les représentations du pharmacien sur la pertinence d'aborder le tabagisme en période de pandémie de COVID-19

Les pratiques sont aussi influencées par des représentations sur les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur l'envie d'arrêter de fumer. Les enquêtés disent percevoir que les patients ne sont pas dans une dynamique d'arrêt pour plusieurs raisons :

- la peur d'attraper le COVID-19 gommerait toutes les autres attentions pour leur santé : « *ils pensent pas à ça, [...] ils pensent à sauver leur peau* » [P5],
- la mise au second plan de cette thématique face à l'anxiété due au contexte : « *c'était quand même une période difficile, et puis y'a ceux qui étaient justement très nerveux et là c'était euh c'était même pas le sujet* » [P4],
- après la période du 1er confinement, l'arrêt du tabac est accessoire : « *après le confinement, honnêtement ils avaient juste envie de profiter* » [P4],
- beaucoup de plaisirs du quotidien sont supprimés (fermeture des salles de sport, limitation des interactions sociales) et la compensation se ferait au travers du tabagisme : « *une addiction on la compense par autre chose [...] et je pense que c'est un vrai problème* » [P4].

D'autres éléments des discours des enquêtés contrebalancent ces arguments :

- Les fumeurs se déplacent moins, et notamment en Espagne où ils allaient acheter leur cigarettes pour un coût inférieur à celui en France, ce qui a pour conséquence une prise de conscience sur le coût financier du tabagisme : « *ils vont plus en Espagne chercher, donc là ils commencent à voir que ça coûte cher aussi* » [P5],
- La fermeture des lieux de convivialité contribue à diminuer la consommation de cigarettes : « *les gens ils peuvent moins sortir, après les bars sont fermés donc c'est là où ils fument normalement* » [P4].

Ainsi, ces arguments semblent être prétexte à mettre le sujet du tabagisme au second plan par les pharmaciens, impactant négativement l'étape « ask » de la méthode 5A. Un pharmacien conclue par ailleurs : « *Ça viendra peut-être après, quand ça ira un peu mieux* » [P6].

b. Représentations du pharmacien sur son propre tabagisme

Trois pharmaciens ont fait part de leur tabagisme lors des entretiens, dont un une fois que l'enregistrement été terminé. Deux de ces pharmaciens ont associé leur tabagisme à un manque de légitimité pour prendre en charge le tabagisme de leur patient « *en plus on est mal placés puisqu'on fume* » [P5], et notamment sur la partie « ask » de la méthode 5A : « *quand on est fumeur, c'est difficile de dire aux gens "faut plus fumer" quoi* » [P5].

c. Représentations du pharmacien sur les médecins

Un enquêté fait également part de ses réflexions sur sa perception du travail des médecins généralistes, qu'il considère comme n'engageant pas de suivi des patients fumeurs et répondant simplement à leur demande : « *le médecin traitant c'est assez minimaliste dans l'accompagnement [...] Les gens vont chez le médecin, donc voilà vous pouvez me faire, ils font leur liste de courses, euh "est-ce que vous pouvez me prescrire un patch" ?* » [P1].

3. Des fumeurs peu nombreux et des demandes de sevrage rares responsables d'un lancement ralenti du projet

a. Peu de demandes

Une partie des enquêtés estime ne recevoir que peu de demandes d'aide au sevrage, ce qui explique en partie un lancement du projet au ralenti : « *j'ai pas beaucoup de demandes. Et je pense pas, je vends pas énormément de substituts nicotiniques* » [P3]. Pourtant, d'après un pharmacien, ce n'est pas lié à une petite population de fumeurs, mais plutôt au fait que cette population ne souhaite pas arrêter : « *J'ai pas beaucoup de fumeurs, euh qui désirent arrêter de fumer* » [P2].

Cette situation répond aussi à une temporalité qui est celle des vacances, où les demandes diminuent (se référer à la partie « La période estivale, évènement annuel qui bouscule les pratiques » pour plus de précisions), comme l'explique cette enquêtée : « *la personne qui vient qui dit que voilà elle veut arrêter le tabac pendant ses vacances, alors déjà il y en a pas tant que ça* » [P1].

Par ailleurs, le COVID-19 semble être également responsable du peu de demandes observées par les pharmaciens.

Ainsi, cette demande ralentie pourrait expliquer l'oubli du projet, puisque les pharmaciens ne sont pas assez en contact avec la thématique pour intégrer les PCP proposées : « *ça pourrait expliquer aussi que j'oublie, parce que si on fait pas pendant une semaine, quinze jours...* » [P3].

b. Peu de fumeurs

Les enquêtés décrivent aussi une patientèle pauvre en fumeurs, expliquant également une mise en pratique du projet au ralenti : « *j'en ai pas 50 non plus* » [P6]. Ce frein est particulièrement décrit pour les personnes âgées : « *j'ai pas beaucoup de fumeurs [parmi les personnes âgées]* » [P2].

4. Des freins liés à une mauvaise compréhension du projet

Au-delà de la période de confinement et de l'été, le manque d'investissement dans le projet peut s'expliquer par une mauvaise compréhension de celui-ci. En effet, certains avaient compris que leur rôle était uniquement d'orienter vers d'autres prescripteurs : « *nous notre rôle là c'est donner les coordonnées* » [P3]. D'autres avaient une vision floue de la notion « d'accompagnement » qui leur

était présentée : « *si on veut le faire convenablement, combien il faut de temps ? Un quart d'heure, 20 minutes par personne ?* » [P5].

D'autres enquêtés ont été induits en erreur par la fiche « suivi du parcours du patient » qui était à compléter par les professionnels de santé du pilote, dans un but d'évaluation du projet. La présentation de cette fiche a été interprétée par certains pharmaciens comme similaire aux documents du bilan partagé de médication²³, ce qui les a conduit à penser qu'ils devaient faire une intervention basée sur le même principe : « *Bah parce que j'ai pas fait en fait les vrais entretiens. Enfin là pour l'instant j'essayais d'accompagner mais voilà pour l'instant j'ai pas pris le temps de faire plus* » [P4].

Des enquêtés ne connaissent pas le rôle des autres corps de métiers dans le projet L.A.S.T., comme une pharmacienne qui a des doutes sur les rôles du médecin : « *mais eux ils ont vraiment le rôle de prescrire ou ils vont les aider aussi ?* » [P4].

Une autre enquêtée avait compris qu'il fallait demander à tous ses patients s'ils étaient fumeurs : « *Moi j'ai compris qu'on emm... qu'on embêtait nos clients. Que c'était intrusif par rapport à leur... ils demandent ok, ils demandent pas moi je vais pas, et là il faut quand même qu'on ouvre le dialogue* » [P5]. Dans son cas, sa seule motivation avait été de s'inscrire pour ne pas décevoir la personne venue lui présenter le projet, comme le montre cet échange :

- « **A l'origine pourquoi vous vous êtes inscrite dans le projet ?**
- Pour lui faire plaisir à Léo ! » [P5]

II. Les leviers pour la mise en place du projet

1. Les leviers dépendants du projet

a. Etendre le projet à des offreurs de soins non médicaux et paramédicaux

Une des enquêtés a relevé qu'il serait intéressant d'inclure d'autres offreurs de soins, non médicaux et paramédicaux, ce qui répondrait à une demande des fumeurs : « *ch'uis sûre qu'ils ont des demandes, euh des gens qui vont justement faire des choses comme ça, du yoga, de la méditation pour arrêter* » [P4].

Un élargissement des professionnels qui répondrait à la demande des fumeurs

b. Les améliorations des outils et des formations

Concernant les outils, une enquêtée a relevé que les informations du site internet n'étaient pas adaptées à la pratique et qu'il serait utile de proposer un format plus accessible de ce contenu,

²³ Le bilan partagé de médication est une nouvelle mission du pharmacien qui consiste à analyser les ordonnances venant de différents prescripteurs pour un même patient, afin d'optimiser ses traitements. Les bilans partagés de médication se déroulent lors d'entretiens rémunérés avec le patient.

comme un format papier à avoir au comptoir : « *quand on est au comptoir on a pas le temps [...] [d']aller sur le site, se connecter [...]. Après je sais bien que tout est informatisé, mais le papier c'est quand même [mieux]* » [P3].

Concernant les formations, plusieurs remarques isolées ont été relevées. La première est relative à la visite de présentation du projet, qui devrait être transformée en une visite de formation de l'équipe officinale, ce qui permettrait de diffuser le projet à toute l'équipe sans délais et de la rendre opérationnelle immédiatement : « *le seul truc qui marche c'est euh moi qui tolère que vous veniez, [...] elles prennent des notes, elles sont concentrées, et tout va bien. Et c'est sur leurs horaires de travail. [...] Il faut que vous déployer, que dans chaque officine vous envoyer quelqu'un une demi-heure. Pour que tout le monde soit vu [...], parce que y'a pas que le titulaire, c'est une équipe officinale. Donc voilà. Pour moi c'est là que le bât blesse* » [P2]. Cette forme de visite serait *a priori* bien accueillie dans le milieu officinal, puisqu'elle est déjà mise en place par les laboratoires pharmaceutiques.

Une autre enquêtée nécessiterait une offre plus grande de contenu de formation, notamment sur les questions relatives à la prise de poids lors de l'arrêt du tabac et sur la méthode pour aborder le tabac avec plus de patients que ceux qui ont des facteurs de risque visibles : « *Sur un patient qui vient chercher [...] complètement autre chose je veux dire, je vais pas aborder le sujet forcément. Donc ça je sais pas trop comment faire. [...] Mais après je sais pas, si vous avez des conseils justement, comment faire. [...] Ch'ais plus si c'est abordé la nutrition avec la prise de poids et les problèmes digestifs et tout ça : c'est peut-être ça à la limite [qu'il manque]* » [P4].

c. L'accompagnement des professionnels

Une enquêtée insiste sur le suivi assidu qu'il faudrait apporter aux pharmaciens lors de la mise en place du projet : « *c'est toujours le problème du pharmacien, il faut [rigole] il faut être derrière, il faut le stimuler, euh voilà, faire des réunions d'équipe de groupe, re-remettre une couche* » [P2].

2. Les leviers indépendants du projet

a. La rémunération du pharmacien

Deux pharmaciens ont soulevé un levier au sevrage tabagique, mais qui ne dépend pas du projet L.A.S.T.. Cette thématique a été abordée dans les deux cas par les enquêtées, sans que l'enquêtrice pose la question. Elles jugent que les pharmaciens font beaucoup d'actes gratuitement et qu'il faudrait les rémunérer pour ces actes : « *on fait plein de services qui ne sont pas rémunérés. Ça c'est choses il faut qu'elles changent* » [P2]. Cette rémunération contribuerait à la reconnaissance de leur travail, mais également à leur santé économique : « *au bout d'un moment on va crever quoi. [...] Faut qu'on soit oui, reconnu pour ce qu'on fait* » [P3].

Une troisième enquêtée ne tient cependant pas les mêmes propos. Lorsque la question concernant la rémunération du pharmacien pour l'accompagnement au sevrage tabagique lui est posée, elle répond par la négative : « Bah non clairement [...]. Si eux ça leur fait du bien, qu'on s'isole et qu'on discute 5-10 minutes, non non y'a pas de soucis » [P4].

b. La prescription de TSN en pharmacie

La prescription de TSN en pharmacie, actuellement impossible, a été abordée dans certains cas par les enquêtés et dans d'autres par l'enquêtrice. Les discours sont multiples. Deux enquêtés sont totalement favorables à une prescription en pharmacie, ce qui permettrait de répondre immédiatement à la demande du fumeur, et donc d'agir sur l'efficacité du sevrage : « la possibilité que nous entre guillemets on soit prescripteurs, et que ce soit une mission à part entière, ça me paraîtrait légitime et surtout beaucoup plus efficace » [P1]. Une autre enquêtée est plutôt favorable, mais estime que des questions éthiques se posent, puisque que le délivreur – donc le vendeur – pourrait également être prescripteur : « vu qu'on peut pas faire passer en remboursement direct les substituts nicotiques, on est obligés de les envoyer vers un prescripteur derrière quoi. Bah euh je pense que ça va évoluer dans le futur, mais voilà effectivement, ça pose plein de questions éthiques » [P3]. Une dernière enquêtée ne s'était jamais posé la question, mais lorsque le sujet a été abordé, elle s'est montrée plutôt favorable à la prescription de TSN par les pharmaciens : « J'avoue que je m'étais pas trop posé la question. Mais euh oui non parce que ça c'est quelque chose qu'on pourrait complètement faire. J'ai pas trop d'avis là-dessus » [P4].

III. Conclusion

Questions évaluatives :

- Les professionnels de premiers recours peuvent-ils échanger et être soutenus par un professionnel d'un centre ressources ? Comment s'organisent-ils entre première et seconde ligne ?
- Cette organisation est-elle un frein financier pour les professionnels ?
- Les patients peuvent-ils avoir accès à ces centres ressources ? Cette organisation constitue-t-elle un frein géographique et financier pour les patients ?

Réponses aux questions évaluatives :

- Les professionnels de premier recours échangent et sont soutenus par les centres ressources, mais rarement dans le cas de sevrages tabagiques : ils se font essentiellement dans le cas de polyaddictions n'englobant pas le tabac.
- L'organisation ne semble pas être un frein financier pour les pharmaciens, bien que la piste d'entretiens pharmaceutiques rémunérés soit abordée par certains.

- Les patients semblent avoir accès aux centres ressources, mais les fréquentent en premier lieu pour des addictions autres que le tabac. L'organisation proposée ne semble ni constituer un frein financier ni un frein géographique pour les patients.

Pour conclure, le contexte lié à des événements extérieurs semble influencer grandement les pratiques des pharmaciens, et donc l'intégration et la faisabilité des PCP. Les pharmaciens de la première vague ont vécu le premier confinement puis la période estivale, ce qui a abouti à un oubli progressif du projet. En effet, le premier événement a à la fois modifié les tâches à l'officine et le comportement des patients. Il a plongé la profession dans une incertitude quant au futur, et de nouveaux problèmes ont été gérés au jour le jour. La période estivale, quant à elle récurrente, constitue une parenthèse dans la pratique courante des pharmaciens, où il faut travailler vite face à l'affluence, en répondant aux exigences des patients. Les représentations qu'ont les pharmaciens influencent également leurs pratiques, ce qui a un impact sur la détection du tabagisme, sur le conseil à l'arrêt et également sur l'orientation vers les prescripteurs. La mise en place du projet fait également face à une fréquence faible de demandes mais aussi de fumeurs, ce qui contribue à ralentir l'intégration des PCP. Par ailleurs, la compréhension du projet influence également l'implication des pharmaciens dans celui-ci.

Le discours des enquêtés permet de mettre en lumière des leviers au projet, comme l'intérêt de l'étendre à des offreurs de soins non médicaux ou paramédicaux, pour ouvrir le réseau des accompagnants du fumeur. Face à certains besoins identifiés, le contenu des formations et le format de certains outils pourraient également être étoffés. Par ailleurs, l'accompagnement des pharmaciens pourrait être renforcé pour favoriser l'adhésion au projet.

D'autres leviers, qui ne dépendent pas du projet en lui-même ont été relevés, comme l'intérêt d'une rémunération du pharmacien pour la prise en charge du tabagisme de ses patients, sous forme d'entretiens pharmaceutiques, et également la prescription directement en pharmacie de TSN, ce qui permettrait de répondre immédiatement à la demande du patient.

DISCUSSION

I. Limites méthodologiques

1. Limites liées à la méthode d'évaluation

L'étude de viabilité est une méthode d'évaluation dont la théorie a été décrite par Chen en 2010, mais qui n'a jamais été mise en pratique jusqu'alors. Le SSMIP est la première structure à travailler dessus, en se basant sur les définitions très sommaires des critères du jugement de la viabilité (tableau 1). Ainsi, plusieurs projets au sein du SSMIP mobilisent à l'heure actuelle cette méthode d'évaluation, en adaptant la définition des critères à la fois au projet et au système de soins français. En effet, Chen étant américain, la théorie de l'étude de viabilité est basée sur le système de soin américain, ce qui nécessite des adaptations au système de soins français.

Les autres projets portés par le SSMIP n'ont pour l'instant pas commencé la phase d'évaluation ou sont en cours d'évaluation. En ce qui concerne le projet L.A.S.T., l'évaluation est en cours pour les autres professionnels de santé et les patients, mais seuls l'analyse et les résultats sont disponibles pour les pharmaciens de la première vague. Le travail présenté ici est ainsi le premier ayant mis en pratique l'étude de viabilité du recueil de données jusqu'à leur analyse.

L'évaluation de la viabilité d'un projet selon Chen a à ce jour été peu expérimenté. De ce fait, nous ne disposons que de peu de retours d'expériences sur ce sujet, faisant de cette évaluation une originalité et une innovation.

Le manque d'antériorité peut être une limite de cette méthode d'évaluation, et une réflexion est à mener sur les critères de viabilité : sont-ils adaptés au système de soins français ? Faut-il rajouter des critères et/ou en supprimer ? Il paraît également nécessaire de proposer une traduction homogène de leur définition, qui soit applicable aux différents projets sans que trop de modifications soient apportées.

Le SSMIP est conscient de ces enjeux et une de ses doctorantes a débuté une thèse de science courant 2020 à ce sujet. La thèse porte sur l'évaluation de la viabilité, ce qui permettra notamment d'éclaircir les limites présentées ci-dessus.

2. Limites liées à l'enquêtrice et à la méthode d'enquête

L'analyse des retranscriptions montre que l'enquêtrice n'a pas toujours su rebondir sur des propos tenus par les enquêtés, ce qui a entraîné une perte de données sur certaines thématiques et n'a pas permis d'apporter certains éléments de compréhension aux résultats. Par exemple, l'orientation vers des prescripteurs autres que les médecins aurait pu être explorée davantage. En effet, même si les

résultats montrent que les pharmaciens n'orientent pas ou très peu vers les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et les infirmiers, ils sont peut-être plus à nuancer pour l'orientation vers les sages-femmes et des offreurs de soin en dehors du système de santé classique, ces pratiques pouvant être plus fréquentes que ce que montrent les résultats.

De plus, les entretiens semi-directifs visaient notamment à faire parler les pharmaciens de leurs pratiques quant au sevrage tabagique et à leur implication dans le projet L.A.S.T.. Bien que les questions aient été réfléchies afin de recueillir des propos au plus proche de la réalité, je ne peux pas exclure un biais de désirabilité sociale de la part des enquêtés, qui consiste à se montrer sous une facette positive (55). J'ai été confronté à ce biais en particulier avec une enquêtée, et j'ai fait le choix d'exclure de l'analyse ses propos relatifs à l'utilisation des outils L.A.S.T.. En effet, lors de l'entretien elle a expliqué avoir utilisé à plusieurs reprises des outils à destination des patients, mais en montrant les flyers à destination des professionnels, qui sont seulement en un exemplaire dans le kit :

« J'ai dû en parler à quelques personnes en donnant les flyers que vous nous aviez donnés [...] »

Ok. Vous avez donné quoi comme flyer ?

Bah les petits flyers que vous nous aviez laissés, que j'avais reçus, alors je sais plus où ils sont. Euh ceux-là oui [montre un flyer destiné au professionnel de santé] » [P3].

Cet échange illustre ce biais de désirabilité, où l'enquêtée préfère inventer une mise en place du projet afin de ne pas décevoir l'enquêtrice.

II. Les composants de la viabilité d'une intervention visant à intégrer les PCP dans le système de soins

1. Freins et leviers de la viabilité

Il semble que la viabilité de l'intervention, dans ce cas, dépend en grande partie du contexte extérieur. Les événements extérieurs, qu'ils soient prévisibles ou soudains, impactent grandement l'organisation de l'officine, où l'intégration des PCP est mise de côté. L'importance de ces événements peut ainsi mettre en péril la viabilité du projet. Dans le cas présent, l'événement le plus fort a été la crise du COVID-19, qui même si elle perdure encore quelques mois, restera transitoire à l'échelle du temps. En ce qu'il s'agit de la période estivale relevée comme frein à la mise en place du projet, c'est un contexte propre à cette population d'étude, qui n'est pas généraliste pour l'ensemble de la population visée lors du transfert du projet L.A.S.T.. Lors de ce transfert, il faudra donc rester vigilant aux événements extérieurs qui peuvent impacter le projet, et mesurer leur importance. D'autres objets sont identifiés dans ce travail comme impactant négativement la viabilité de l'intervention, comme certaines représentations que peuvent avoir les pharmaciens, un déséquilibre

entre l'offre de PCP et la demande et la compréhension du projet. Cependant, nous pouvons considérer que ces objets ont moins d'impact sur la viabilité qu'un contexte extérieur négatif, notamment parce qu'ils sont plus facilement corrigibles.

Ainsi, en période considérée comme normale, il semble viable d'intégrer une intervention de la sorte. En effet, l'officine, bien qu'elle soit un lieu de passage, reste également un lieu de confiance, où un lien fort entre professionnels de santé et patient est établi. Finalement, les PCP sont déjà bien instaurées en pharmacie, en particulier avec des patients connus et lorsque le sujet s'y prête. Elles ne sont tout simplement pas intellectuelles par les équipes officinales et l'enjeu réside alors en une mise en valeur de leurs compétences, ce que tend à faire le projet L.A.S.T..

En outre, il semble que les pharmaciens soient volontaires pour renforcer les PCP déjà en place, et entamer un élargissement de leurs missions, comme le témoigne l'intérêt certain pour le projet.

La pharmacie s'organise autour d'une équipe officinale, levier également de la viabilité. En effet, nous pouvons considérer que la volonté de s'investir davantage dans la prévention est extrapolable au reste de l'équipe. Elle constitue alors un atout majeur à la viabilité de l'intervention, en permettant de décupler les PCP et d'instaurer une culture commune autour de la prévention.

Néanmoins, l'intégration des PCP n'est pas que de leur responsabilité individuelle : un contexte favorable doit être instauré pour favoriser ces pratiques. L'intervention L.A.S.T., basée sur l'apport d'outils et de formations dans le but d'améliorer les pratiques des professionnels et ainsi de favoriser un travail en réseau, répond en partie à ces enjeux. Des mécanismes sont cependant à éclaircir : pourquoi observe-t-on un décalage entre l'envie des professionnels de s'investir davantage dans la prévention et une mise en place timide du projet ? L'hypothèse principale reste l'influence du contexte extérieur, capable d'avoir un impact néfaste sur la viabilité du projet. Une autre hypothèse concerne la construction intrinsèque du projet : les stratégies mobilisées par le projet sont-elles assez efficaces pour induire un changement dans les pratiques ? Bien que les résultats globaux de la viabilité ne soient pas encore disponibles, la tendance montre que les stratégies mobilisées sont assez fortes pour impacter les pratiques des professionnels. Toutefois, comme le montrent les résultats, certaines stratégies peuvent être optimisées, ce qui sera discuté ci-après.

Ainsi, des événements extérieurs forts peuvent mettre en péril la viabilité d'un projet et sont à surveiller lors du transfert du projet L.A.S.T.. Toutefois, des leviers à la viabilité sont identifiés, comme un environnement normal de travail, une réponse du projet L.A.S.T. à des besoins identifiés, des PCP déjà existantes dans un lieu de confiance et mises en valeur grâce au projet, une volonté des pharmaciens et de leur équipe à renforcer leurs pratiques ainsi que des stratégies d'intervention fortes (figure 5). Ces leviers seront donc à mobiliser lors du transfert de l'intervention.

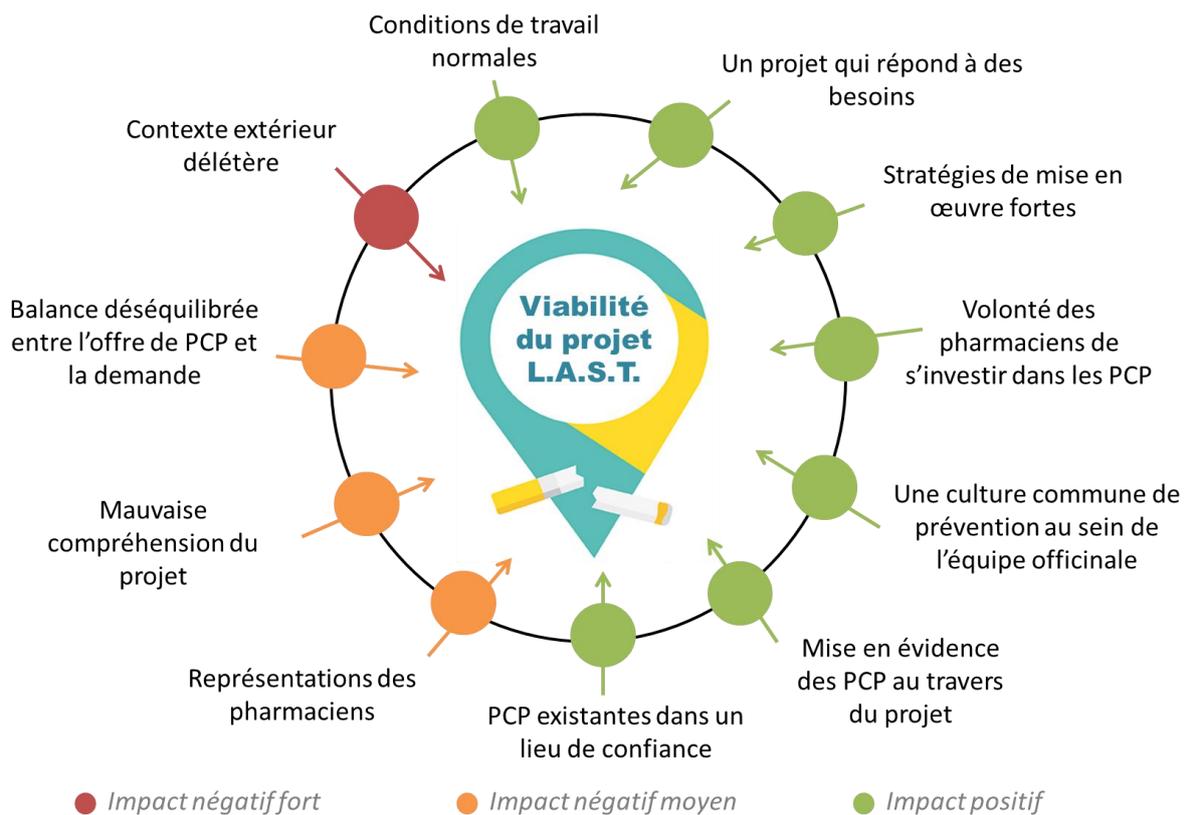


Figure 5 : Freins et leviers impactant la viabilité du projet L.A.S.T.

2. Stratégies mobilisées par le projet L.A.S.T. et pistes d'améliorations en regard des résultats de l'étude de viabilité et de la littérature

Les stratégies mobilisées par le projet L.A.S.T. pour intégrer les PCP constituent un élément de la viabilité, puisque si elles ne sont pas assez fortes, la viabilité du projet pourrait être remise en cause. Ces stratégies seront amenées à être adaptées en fonction du milieu où est transférée l'intervention : elles dépendront des ressources humaines disponibles, des moyens financiers, des caractéristiques et des besoins du territoire. Les stratégies mobilisées dans le cadre du projet pilote sont d'une part l'apport de formations et d'autres part d'outils d'aide à l'accompagnement des fumeurs, qui de concert agiront sur les pratiques individuelles des professionnels. Ces pratiques ainsi modifiées permettront d'agir au niveau collectif, en favorisant un travail en réseau des professionnels. Si des stratégies doivent être renforcées, c'est donc celles permettant d'agir sur les pratiques des professionnels.

Les résultats montrent que certaines étapes des 5A ne sont pas assez mises en pratiques, notamment les étapes d'encouragement à l'arrêt, d'évaluation de la motivation et d'orientation vers des professionnels de santé autres que les médecins. Par ailleurs, cette prise en charge est différente en fonction des populations et de l'affluence dans l'officine. Les outils n'ont pas non plus été beaucoup mobilisés et sont en théorie intégrables lors des étapes de la méthode 5A. Il pourrait être alors

pertinent d'étoffer le contenu de formation au sujet de ces étapes, afin de renforcer la stratégie de formation.

La littérature documente d'autres stratégies efficaces pour renforcer l'intégration des PCP, et il serait intéressant lors du transfert du projet de s'assurer de la viabilité du projet en continuant à implanter une intervention forte et adaptée aux problématiques du terrain. Une revue de la littérature effectuée sous la direction du Ministère de la Santé et des Services Sociaux canadien recense les stratégies efficaces visant l'intégration de la prévention dans les pratiques clinique (56). Elles sont au nombre de 11 (annexe 11), et sont complétées par des approches permettant de renforcer ces stratégies, qui doivent de plus viser 3 cibles pour assurer une efficacité très forte (figure 6). Il sera alors pertinent dans certaines situations d'agir sur d'autres stratégies que celles mobilisées pour le territoire pilote. Pour prendre un exemple, si un territoire a une forte adhésion au Dossier Médical Partagé (DMP), il serait intéressant d'utiliser ses fonctionnalités pour intégrer le système de rappel.

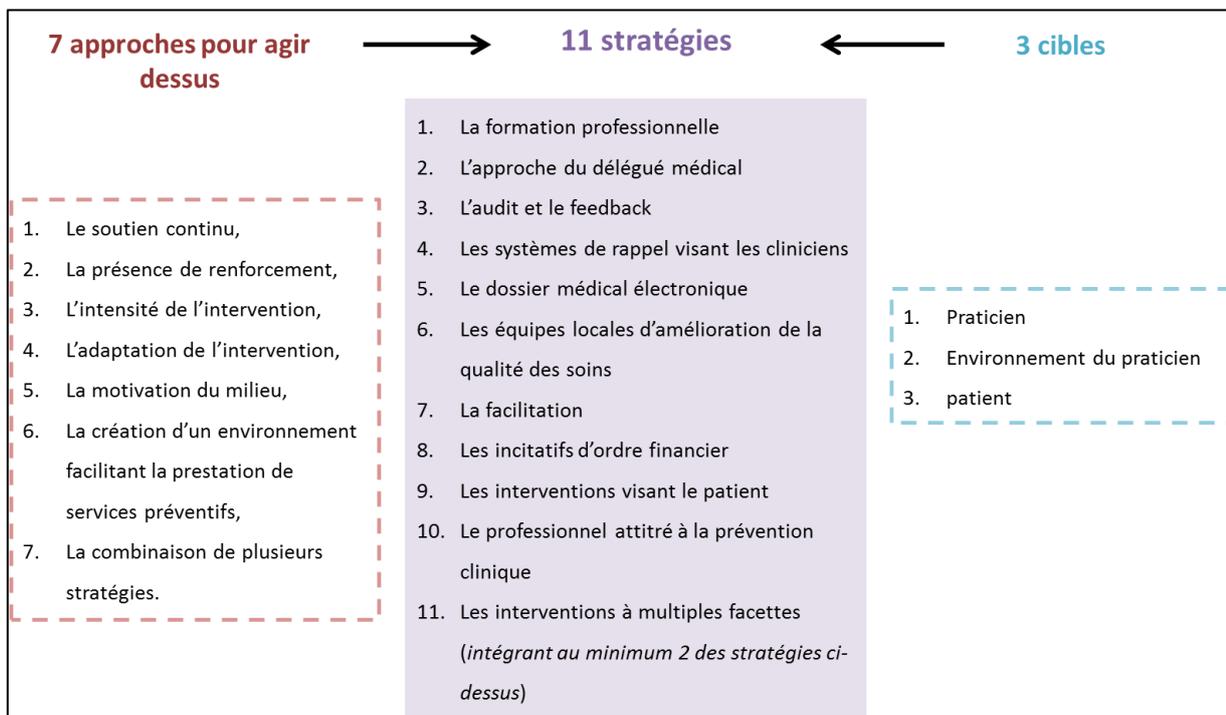


Figure 6 : Stratégies efficaces visant à intégrer la prévention dans le système de soins

III. Retour d'expérience sur le stage effectué au sein du SSMIP

Ce stage s'est déroulé dans un contexte très particulier de crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. Prévus pour un début le 1^{er} avril 2020, le stage a d'abord été annulé par le service des ressources humaines du CHU puis a finalement été reporté au 1^{er} juillet 2020, mais sous condition de travail à domicile jusqu'au 17 août 2020. Cette période a alors constitué en la construction des outils de recueil et d'analyse de données. L'accès au terrain d'enquête n'a pu être effectué qu'à partir du 4^e mois de stage, ce qui a restreint le temps d'analyse des résultats et n'a pas permis de travailler réellement sur les pistes d'améliorations du projet L.A.S.T.. Cependant, en raison de ce délai pour accéder au terrain d'enquête, j'ai pu prendre part au recrutement de la deuxième vague des pharmaciens d'officine (figure 3), mais également au premier recrutement des masseurs-kinésithérapeutes et des chirurgiens-dentistes (présentation téléphonique et prise de RDV seulement pour ces deux derniers). Ces étapes de recrutement ont été l'occasion de mieux m'imprégner de la construction du projet L.A.S.T.. J'ai également été associée aux réunions de transfert de l'intervention et aux réunions de méthodologie du projet, et ces nouvelles missions m'ont permis d'avoir une vision globale de l'intervention et de comprendre la complexité de la gestion de projet.

En ce qui concerne ma mission d'évaluation de la viabilité du projet L.A.S.T., je retire de cette expérience que la théorie nécessite le terrain afin d'être pertinente : la recherche interventionnelle répond alors à cet enjeu. En effet, le terrain permet de renforcer la théorie et inversement. Ce travail permettra alors de contribuer d'une part au recensement des freins et leviers à la viabilité d'une intervention, d'adapter le projet L.A.S.T. en conséquence et donc de nourrir le terrain, et d'autre part de contribuer à la réflexion sur les critères de viabilité et donc de nourrir la théorie.

De plus, je n'ai pas confronté les résultats retrouvés à la littérature, en raison d'une contrainte de temps mais également en raison d'un manque de données, notamment sur la description de la méthode 5A en pharmacie. Il aurait pourtant été intéressant de comparer les étapes retrouvées chez ces pharmaciens avec des données nationales, ce qui aurait pu permettre de comprendre certains des mécanismes.

Par ailleurs, le travail d'entretiens qualitatifs et de leur analyse *via* la viabilité de l'intervention a été un exercice qui s'est avéré complexe. En effet, malgré la préparation des outils et des entretiens, il n'a pas toujours été évident lors des entretiens de trouver les questions adéquates. Je me suis notamment beaucoup interdit les questions fermées, alors qu'elles auraient pu permettre de répondre à certaines de mes interrogations, comme l'orientation vers certains prescripteurs. Il a également été difficile de garder ma position d'enquêtrice, là où les enquêtés souhaitaient parfois que le projet leur soit réexpliqué lors l'entretien. Cependant, cette éventualité avait été anticipée lors des entraînements aux entretiens, ce qui m'a permis d'adopter la bonne réaction lorsque j'ai été

confrontée à cette situation. Ainsi, le travail de réflexion sur ma position lors des entretiens m'a permis de m'adapter et de me réajuster pour les entretiens de la vague 2, où j'ai pu avoir plus d'informations sur ces points d'ombre. De plus, lors de l'analyse des résultats, il a été parfois complexe de trancher sur l'appartenance des critères à certaines thématiques, notamment parce que c'était le premier travail de la sorte et que je n'avais aucun exemple pour me guider. En outre, il a parfois été difficile de comprendre les nuances entre ce qui relevait de la viabilité de l'intervention, des processus mis en œuvre pour implanter le projet et des stratégies utilisées par le projet L.A.S.T. pour renforcer les PCP. Enfin, c'est un réel exercice que d'écrire des résultats et une discussion sur une intervention qui a très peu été mise en place. Ces difficultés ont finalement été très formatrices, et mes encadrantes ont su me guider lorsque j'ai été en difficulté, ce qui m'a permis de progresser en méthodes qualitatives, étant novice dans le domaine.

CONCLUSION

Pour conclure, le projet L.A.S.T. a été construit pour répondre à une demande à la fois nationale mais également locale, face à un tabagisme élevé chez les français et encore plus dans la région Nouvelle-Aquitaine et une nécessité d'impliquer les professionnels de santé dans l'accompagnement au sevrage tabagique des fumeurs, ces derniers ayant 10 fois plus de chances d'arrêter lorsqu'ils sont accompagnés. Le projet a été pensé afin d'établir un réseau de professionnels en proximité géographique, temporelle et humaine avec le patient, pour lui faciliter l'accès à l'accompagnement au sevrage tabagique. Des outils et des formations ont été créés, en réponse à des besoins identifiés par des travaux préliminaires. Une fois le projet mis en place auprès d'un territoire pilote, sa viabilité auprès des professionnels de santé a été évaluée, afin de s'assurer qu'il était faisable, adapté, utile et accessible.

L'étude de viabilité auprès de la première vague des 8 pharmaciens recrutés a montré que le projet n'a que très peu été mis en place en raison essentiellement de la pandémie de COVID-19. Les résultats ont permis de mettre en lumière les pratiques existantes et certains besoins des pharmaciens. Les freins et les leviers à la viabilité de l'intervention ont ainsi pu être identifiés et des pistes d'améliorations sur les stratégies mobilisées par le projet L.A.S.T. ont été proposées.

Il est d'une grande importance que la prévention et la promotion de la santé soient développées dans le système de soins français, comme le montrent plusieurs rapports et plan nationaux, dont notamment le rapport préliminaire à l'élaboration de la stratégie nationale de santé 2018-2022 du Haut Conseil de la Santé Publique (57), la stratégie nationale de santé 2018-2022 (58) et le rapport « place des offreurs de soins dans la prévention » du HCSP (35). Les PCP ne peuvent cependant se penser que dans un cadre global, qui intègre l'ensemble des stratégies de promotion de la santé et la prévention. Dans le cadre du sevrage tabagique, certains leviers en dehors du système de soins à strictement parler doivent être davantage mobilisés : les politiques doivent continuer à favoriser un accès facilité au sevrage tabagique et prendre exemple sur d'autres pays où le tabagisme est mieux entériné. Dans le cas des résultats présentés ici, il semble important d'agir sur le cadre légal des missions du pharmacien, en lui offrant la possibilité de prescrire des TSN, comme certaines provinces canadiennes le font déjà avec succès (59).

Le chemin semble encore long jusqu'à l'intégration effective de la prévention systématique dans le système de soins français, et le projet L.A.S.T. permet d'apporter une pierre à cet édifice ambitieux, notamment en soulevant de nouvelles questions. Quelles sont les motivations des professionnels de santé à changer leurs pratiques ? Comment agir sur ces motivations ? Est-ce que l'intégration des PCP est facilitée chez certaines catégories de professionnels de santé : les femmes, les hommes,

l'année de diplôme, le lieu d'exercice ? Quel est l'impact du tabagisme des professionnels de santé sur leurs pratiques ? Est-ce que le projet L.A.S.T. répond à la problématique des inégalités sociales de santé vis-à-vis de l'aide au sevrage tabagique ? Ces questions ouvrent alors la porte à de nouvelles études et des nouveaux travaux de recherche.

Bibliographie

1. Histoire du tabac / Vos questions /Nos reponses / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Histoire-du-tabac>
2. DON JUAN ou LE FESTIN DE PIERRE, COMÉDIE. :82.
3. Guignard R, Wilquin J-L, Richard J-B, Beck F. Les enquêtes par quotas comme outil de surveillance. :22.
4. Dubois G, Tramier B. Industrie du tabac et pandémie tabagique. Rev Médicale Suisse [Internet]. oct 2003 [cité 30 sept 2020];1(2452). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2452/23276>
5. Nier les dangers du tabac, une stratégie de défense concertée [Internet]. CNCT. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <https://cnct.fr/actualites/nier-dangers-tabac-fraude-scientifique/>
6. Dautzenberg B. Le lobbying du tabac en France. Trib Sante. 12 juill 2013;n° 39(2):63-8.
7. Bastié E. «Le lobby du tabac est composé de trois acteurs: le Big Tobacco, les buuralistes et Bercy» [Internet]. Le Figaro.fr. 2015 [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2015/05/15/01016-20150515ARTFIG00062-le-lobby-du-tabac-est-compose-de-trois-acteurs-le-big-tobacco-les-buralistes-et-bercy.php>
8. Lobbying des fabricants de tabac: « des petits fours à l'accident industriel! » | Le Huffington Post LIFE [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/pauline-delpech/lobby-du-tabac-parlementaire_b_3376749.html?utm_hp_ref=fr-lobby-du-tabac
9. Lobbyisme: comment l'industrie du tabac s'organise | Le Huffington Post LIFE [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/pauline-delpech/lobby-tabac-france_b_2316136.html
10. Lecadre R. Tabac : le lobby des ramasse-magot [Internet]. Libération.fr. 2019 [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2019/05/08/tabac-le-lobby-des-ramasse-magot_1725739
11. Pasquereau A. CONSOMMATION DE TABAC PARMI LES ADULTES : BILAN DE CINQ ANNÉES DE PROGRAMME NATIONAL CONTRE LE TABAGISME, 2014-2019 / TOBACCO USE AMONG ADULTS: FIVE-YEAR REVIEW OF THE NATIONAL TOBACCO CONTROL PROGRAMME, 2014-2019. 2020;8.
12. GHO | World Health Statistics data visualizations dashboard | Tobacco smoking [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-a-viz?lang=en#>
13. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire mars 2019 [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html
14. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire juin 2016 [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_7.html
15. Laqueille X, Lacombe M, Dervaux A. Aspects épidémiologiques de l'alcoolodépendance. Presse Médicale. 1 juin 2018;47(6):535-46.

16. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire février 2019 [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html
17. Kopp P. Le coût social des drogues en France. :75.
18. Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. Enquête auprès des fumeurs en situation précaire [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2012. 146 p. (Recherche, santé, social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-cigarette-du-pauvre--9782810900732.htm>
19. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france](#)
20. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
21. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.
22. OMS. CONVENTION CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf;jsessionid=5A16C6AB65AA2098850FE319EB93F3E3?sequence=1>
23. LOI n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. 2003-715 juill 31, 2003.
24. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
25. Beck F. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. :20.
26. rapport_evaluation_lutte_contre_tabagisme.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_evaluation_lutte_contre_tabagisme.pdf
27. PNRT2014-2019.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
28. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
29. Santé publique France - Lancement de l'opération Moi(s) sans tabac : une nouvelle stratégie pour Santé publique France [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <http://spf.inpezs-lb.msp.fr.clara.net/Actualites/Lancement-de-l-operation-Moi-s-sans-tabac-une-nouvelle-strategie-pour-Sante-publique-France>
30. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. 2017-1836 déc 30, 2017.
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

32. Assurance Maladie. Prise en charge des substituts nicotiques [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>
33. Marques C, Quatremère G. LES FUMEURS FRANÇAIS : QUI SONT-ILS ? RÉSULTATS DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017 / FRENCH SMOKERS: WHO ARE THEY? RESULTS FROM THE HEALTH BAROMETER 2017 OF SANTÉ PUBLIQUE FRANCE. 2020;4.
34. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada; Santé publique France, Saint-Maurice, France; Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France. Rapport national ITC France. Résultats des vagues 1 à 3 de l'enquête (2006-2012). [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: https://itcproject.s3.amazonaws.com/uploads/documents/ITC_France_National_Report-French-July19v10.pdf
35. Haut Conseil de la Santé Publique. Place des offreurs de soins dans la prévention. 2018 juill p. 81. (Avis et Rapports).
36. Gauthier J, Langlois A-M, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Programme national de santé publique 2003-2012: mise à jour 2008. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2008.
37. Santé Publique France. Bulletin de Santé Publique - Nouvelle Aquitaine. 2019.
38. Bonnay-Hamon A, Brousse P. Perceptions des fumeuses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal: enquête qualitative auprès des fumeuses au stade d'intention et préparation.
39. Fournols M. Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac: retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise.
40. Crevoisier L. Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine. :84.
41. HAS. Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf
42. Brutel C, Levy D. Le nouveau zonage en bassins de vie de 2012 (données excel). déc 2012;(N°1425):4.
43. Fontan M. Propositions de territoires pilotes - document de travail. 2019.
44. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/#view=map12&c=indicator>
45. Estelle Clet. Construction d'une intervention basée sur la théorie en recherche interventionnelle en santé publique - Exemple d'un projet d'accompagnement au sevrage tabagique des femmes enceintes en NouvelleAquitaine. EHESP; 2018 2019 p. 106.
46. Hawe P, Potvin L. What Is Population Health Intervention Research? Can J Public Health. janv 2009;100(1):18-14.

47. Fontan M. Protocole d'évaluation Pilote L.A.S.T.. 2020.
48. Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: A new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann.* 2010;33:205-14.
49. Une offre de soins pharmaceutiques garantie par un maillage territorial adapté - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Une-offre-de-soins-pharmaceutiques-garantie-par-un-maillage-territorial-adapte>
50. BOUYSSIE J. Thèse de pharmacie - prévention et sensibilisation des jeunes aux effets problématiques des drogues. 2015.
51. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
52. Le 39 89 [Internet]. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/je-me-fais-accompagner/le-39-89>
53. Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours [Internet]. [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paaco-globule-loutil-numerique-regional-de-coordination-des-parcours>
54. France TC. Pénurie de masques : à qui la faute ? [Internet]. *Le Point.* 2020 [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/penurie-de-masques-a-qui-la-faute-24-03-2020-2368601_40.php
55. Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. 2014 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
56. Provost M-H, Moreault L, Cardinal L. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. *Revue de la littérature, mise à jour 2007-2014.* Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2016 p. 93. (L'intégration de pratiques cliniques préventives).
57. Chauvin F. Stratégie nationale de santé : contribution du Haut Conseil de la santé publique. :189.
58. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
59. Deux ans après l'entrée en vigueur de la Loi 41 : plus de 710 000 services offerts à la population [Internet]. *Ordre des pharmaciens du Québec.* [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.opq.org/presse/deux-ans-apres-lentree-en-vigueur-de-la-loi-41-plus-de-710-000-services-offerts-a-la-population/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Description du coût social lié du tabagisme en France

Annexe 2 : Présentation de l'association COREADD et de ses missions

Annexe 3 : Présentation des missions du SSMIP

Annexe 4 : Outils L.A.S.T.

Annexe 5 : Méthodologie de recrutement des pharmaciens du territoire pilote du projet L.A.S.T.

Annexe 6 : Grille d'entretien

Annexe 7 : Tableau récapitulatif du critère de jugement de la viabilité « faisable »

Annexe 8 : Tableau récapitulatif du critère de jugement de la viabilité « adapté »

Annexe 9 : Tableau récapitulatif du critère de jugement de la viabilité « utile »

Annexe 10 : Tableau récapitulatif du critère de jugement de la viabilité « accessible »

Annexe 11 : Définitions et conditions d'efficacité des stratégies visant à intégrer la prévention dans le système de soins

ANNEXE 1 : DESCRIPTION DU COUT SOCIAL DU TABAGISME EN FRANCE (OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES, 2010) (1)

Tableau 22 – Coût social des drogues en 2010 (en %)

	Alcool	Tabac	Drogues illégales
1. Coût externe (2+3+4)	96,9 %	86,4 %	67,9 %
2. Coût des vies perdues	56,1 %	53,3 %	31,2 %
3. Coût de la perte de qualité de vie	33,2 %	26,0 %	30,5 %
4. Pertes de production	7,6 %	7,1 %	6,1 %
5. Coût pour les finances publiques (6+7+8+9)	2,6 %	11,4 %	26,7 %
6. Coût des soins	6,5 %	21,2 %	16,8 %
7. Économie de retraites	-1,5 %	-1,5 %	-0,5 %
8. Prévention et répression	0,2 %	0,1 %	10,5 %
9. Taxation	-2,7 %	-8,5 %	0 %
10. Effet sur le bien-être	3,1 %	13,6%	32,1 %
Total	100 %	100 %	100 %

Note : les calculs sont arrondis à l'unité

Note pour la lecture :

Le coût social est égal à la somme :

- Du coût externe = coût des vies perdues + coût de la perte de la qualité de vie + pertes de production
- Du coût pour les finances publiques = coût des soins + économie de retraites + prévention et répression
- De l'effet sur le bien-être

Bibliographie :

- (1) Kopp P. Le coût social des drogues en France. :75.

La Coordination Régionale Addictions Nouvelle Aquitaine est une association qui a pour mission de coordonner les actions d'addictologie sur son territoire. Elle est issue de la fusion de trois associations : Addictlim (association d'addictologie du Limousin), Agir 33 (association d'addictologie de la Gironde) et RESAPSAD (association d'addictologie en Navarre (côte basque) et Sud des Landes), qui existent depuis environ 25 ans.

La démarche de la COREADD est « *d'obtenir peu de beaucoup plutôt que beaucoup de peu* ». En effet, l'objectif est de mobiliser l'ensemble des professionnels de soins de santé primaires, dans leur communauté territoriale, en proximité de l'ensemble des patients, dans une perspective de lutte contre les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales.

Les missions de la COREADD se déclinent en 4 axes principaux, en accord avec l'ARS NA :

- **Axe 1** : Coordination des actions de prévention et d'accompagnement en matière de tabagisme : *Mois sans tabac ; PACT tabac, L.A.S.T., TABAQUIT, Pharmaciens et tabac, DÉPIST...*
- **Axe 2** : Formation et accompagnement des acteurs du 1er recours autour d'outils d'intervention probants : *RPIB, entretien motivationnel, formations tabac...*
- **Axe 3** : Coordination régionale de la Visite de Santé Publique (VSP) et des Délégués Santé Prévention (DSP)
- **Axe 4** : Coordination et accompagnement des acteurs dans le champ de la prévention des addictions auprès des publics prioritaires : *CRAG, Expériences animées...*

Les outils issus du marketing social sont mobilisés pour la médiatisation des projets, la mobilisation des professionnels et des usagers.

Les outils de médiatisation ou de médiation (agendas des envies, éventail des solutions, affiches, ...) sont conçus à partir de la recherche documentaire par des experts, puis critiqués en focus groupes par les professionnels utilisateurs et les usagers. Leur conception fait l'objet de thèses. Les compétences internes à la COREADD permettent une mise en forme graphique et l'utilisation des médias, autant que de besoin.

L'ensemble des actions est soumis à une évaluation, généralement au niveau de l'acceptabilité, de la viabilité, de la faisabilité et dans la mesure du possible, si pertinent, au niveau de la transférabilité. Ceci est possible grâce au partenariat fort avec le SSMIP et avec le Département de Médecine Générale, notamment.

Le Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention a été créé en novembre 2018, au sein du pôle de santé publique du CHU de Bordeaux avec l'appui de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Cette création s'inscrit dans un contexte national favorable à l'intégration de la promotion de la santé et la prévention dans le système de soins : la stratégie nationale de santé 2018-2022 (1) fait de la promotion de la santé et de la prévention son premier axe, qui doivent être intégrés dans « *tous les milieux et tout au long de la vie* ». Par ailleurs, le Haut Conseil de la Santé Publique dans son rapport sur la « *place des offreurs de soins dans la prévention* » en 2018, insiste sur la mise en place d'une structure dédiée au sein des établissements et des GHT, chargée de soutenir et structurer l'activité de promotion de la santé et prévention.

Le SSMIP a pour vocation d'accompagner le développement, la structuration, le passage à l'échelle des pratiques, activités et organisations pour rendre la prévention plus systématique, plus efficace, plus efficiente. Il est ainsi un levier pour que les établissements du GHT et leurs partenaires remplissent leurs missions de PPS, en direction des patients et de leurs entourages, du personnel soignant et des populations du territoire dans une perspective de responsabilité populationnelle.

Le service comprend deux unités assurant des missions nouvelles :

- **L'Unité de soutien aux actions de prévention (USAP)** a un périmètre d'intervention départemental. Elle est un centre de ressources pour les pôles cliniques du CHU, les établissements du GHT et l'ensemble des acteurs concernés du territoire. Il s'agit de valoriser l'existant, de le renforcer et de favoriser le développement d'activités nouvelles en incitant à la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes. Les interventions de l'USAP comprennent le conseil²⁴, l'accompagnement²⁵ et/ou l'ingénierie de projet²⁶ à tous les stades de la démarche de projet en promotion de la santé et prévention (détermination des besoins, mobilisation des données probantes, développement d'interventions, mise en réseau, réponses aux appels à projets, déploiement, évaluation, etc.). De plus, dans le cadre

²⁴ **Conseil** = conseil méthodologique, aide à la décision et expertise. Compétences apportées dans ce cadre : connaissance des cadres conceptuels de la PPS, des données probantes, de l'organisation du système de santé, des acteurs et programmes du territoire, de la démarche de santé publique...

²⁵ **Accompagnement** = soutien opérationnel à la conception et à la mise en œuvre des interventions et organisations à tous les stades d'un projet (ex : écriture d'un protocole d'intervention, identification d'indicateurs d'évaluation pertinents, etc.)

²⁶ **Ingénierie de projet** = chefferie de projet dans toutes ses dimensions (coordination des aspects organisationnels, logistiques, administratifs, financiers ; mobilisation des parties prenantes ; communication...)

de sa mission territoriale l'unité coordonne l'activité des chargés de projets de prévention (= « animateurs de santé publique ») des établissements girondins qui jouent un rôle d'accompagnement de proximité. Ce réseau est également mobilisé pour des interventions multi-établissements ou à vocation territoriale.

- **L'Unité hospitalière d'innovation en prévention (UHIP)** vise à soutenir le développement d'innovations organisationnelles en prévention dans le système de soin. Elle intervient pour développer de nouvelles organisations (ou identifier des organisations portées par les acteurs à haut potentiel de généralisation), analyser leur viabilité, assurer leur évaluation, accompagner le processus de mise à l'échelle et de transférabilité. L'unité soutient les porteurs de projets, les décideurs et financeurs par le conseil, l'accompagnement et/ou l'ingénierie de projet, et porte aussi des projets comme investigateur principal. Sur le plan opérationnel, l'interaction avec la recherche est indispensable pour ses missions.

L'activité du service est structurée par quatre axes stratégiques :

- AXE 1 : Renforcer le développement de la prévention et de la promotion de la santé par les établissements hospitaliers
- AXE 2 : Soutenir la structuration de l'offre de prévention dans le système de soins
- AXE 3 : Accompagner l'innovation et la recherche en prévention
- AXE 4 : Coordonner l'organisation d'une offre de soins préventifs répondant aux besoins de santé de la population

(Source : document interne de présentation du SSMIP)

Bibliographie :

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

ANNEXE 4 : OUTILS L.A.S.T.

 <h3>Autocollant L.A.S.T</h3> <p>L'autocollant L.A.S.T (diamètre : 20 cm) vous permettra de vous identifier auprès de vos patients en tant que L.A.S.T.</p> <p>Il peut être affiché/colié sur votre porte d'entrée, dans votre salle d'attente, dans votre cabinet ou à tout endroit que vous trouverez adéquat.</p> <p style="text-align: right;">1 autocollant par kit.</p>	 <h3>Affiches L.A.S.T</h3> <p>L'affiche L.A.S.T (format A3) a pour objectif de susciter la demande d'aide chez vos patients fumeurs de tabac, notamment par les messages et visuels.</p> <p>Elle peut être affichée dans les mêmes lieux que l'autocollant. L'affiche permet également de vous identifier en tant que L.A.S.T : un lieu où l'on peut être aidé pour accompagner pour arrêter de fumer.</p> <p style="text-align: right;">1 affiche par kit.</p>
 <h3>Jeu de cartes des aides existantes</h3> <p>Le jeu de cartes est un outil d'aide à la décision partagée c'est-à-dire un outil visant à soutenir les patients et les professionnels de santé dans leur prise de décision partagée (HAS). Il présente les différentes aides à l'arrêt du tabac qui s'offrent au fumeur.</p> <p>Les aides sont présentées sous forme de 16 cartes explicatives réparties en 4 familles : les professionnels qui peuvent m'aider, les traitements disponibles, ce que je peux faire moi-même et mes habitudes de vie.</p> <p style="text-align: right;">1 jeu de cartes par kit (destiné aux professionnels)</p>	 <h3>Le carnet « Jouer pour arrêter »</h3> <p>Ce carnet est une réplique du jeu de cartes, seul son format change. Il peut être remis au fumeur après l'utilisation du jeu de cartes.</p> <p>Ce carnet permettra au fumeur d'accéder à tout moment et rapidement aux informations relatives à chaque aide existante.</p> <p style="text-align: right;">10 exemplaires par kit.</p>
 <h3>Mémos pratiques</h3> <ul style="list-style-type: none">« Accompagner votre patient vers l'arrêt du tabac »« Prescription des Traitements de Substitution à la Nicotine (TSN) » <p>Les mémos pratiques sont destinés aux L.A.S.T. Ce sont des outils pédagogiques informant sur les repères simples pour aider les fumeurs de tabac : comment prescrire les TSN ? comment accompagner les fumeurs selon leur situation ou demande ?</p> <p style="text-align: right;">2 mémos par kit.</p>	 <h3>L'agenda des envies</h3> <p>L'agenda des envies est un outil destiné aux fumeurs. Lors d'un arrêt du tabac, cet outil accompagne le fumeur dans sa démarche. Il permet de noter ses envies de fumer (aussi appelé « craving ») et comment cette envie a été gérée.</p> <p>Il s'agit d'un véritable outil d'observation et d'auto-apprentissage pour le fumeur qui peut aussi être utilisé comme outil de suivi pour le professionnel.</p> <p style="text-align: right;">10 exemplaires par kit.</p>

Mais aussi un espace pro

Ma communauté L.A.S.T

Dans cet espace personnalisé, en tant que L.A.S.T vous aurez accès à :

Annuaire

L.A.S.T, L.A.S.T-Ressources et
L.A.S.T-Spécialisés



Forum F.A.S.T



Formations L.A.S.T



1. Contexte de recrutement des pharmacies du territoire pilote

Le processus de recrutement pour la phase pilote du projet L.A.S.T. s'est déroulé en deux temps : une première vague a été recrutée entre février et mars 2020 et une deuxième vague a été recrutée entre août et septembre 2020. Les raisons de ce recrutement en deux temps sont multiples. D'abord, suite à la pandémie de COVID-19, les français ont été confinés du 17 mars au 11 mai 2020, puis ont vécu une période de déconfinement strict, qui n'a permis un retour à un environnement de travail fonctionnel qu'à partir du mois de juin. La période qui a suivi n'était pas non plus propice au processus de recrutement, pour plusieurs raisons : les congés d'été ; la période touristique qui sature les professionnels de santé sur les villes balnéaires du territoire pilote ; un début de stage en travail à domicile (du 1^{er} juillet au 17 août).

2. Méthodologie de recrutement du projet L.A.S.T.

Lors des deux vagues, la méthode de recrutement a été d'établir un premier contact téléphonique avec les pharmacies ciblées, afin d'exposer rapidement le projet et de proposer une prise de rendez-vous pour présenter le projet au pharmacien titulaire. A l'issue du rendez-vous, il était proposé au pharmacien de l'aider à s'inscrire s'il le souhaitait, ou de lui laisser une période de réflexion afin qu'il s'inscrive plus tard. Dans ce cas, des outils L.A.S.T. étaient fournis au pharmacien pour qu'il puisse les tester.

Pour la première vague, les appels téléphoniques ont été passés par la chargée de projet L.A.S.T. du SSMIP. Les visites ont été effectuées par un des responsables d'unité du SSMIP, par ailleurs pharmacien et sollicité en soutien par manque de ressources humaines. 24 pharmacies ont été appelées, 16 pharmacies ont été visitées et 8 pharmacies se sont inscrites. Pour la seconde vague, les appels téléphoniques ont été passés par l'étudiante dédiée à l'étude de viabilité des pharmacies. Les visites ont été effectuées par la chargée de projet L.A.S.T. du SSMIP, accompagnée de l'étudiante citée précédemment. 11 pharmacies ont été appelées, 7 pharmacies ont été visitées et 6 pharmacies se sont inscrites.

Une semaine après leur inscription, chaque pharmacie recevait un appel téléphonique de la part de la chargée de projet L.A.S.T. de la COREADD, afin de leur souhaiter la bienvenue dans le réseau de professionnels L.A.S.T., de leur rappeler les grandes lignes du projet, les outils à leur disposition, les formations disponibles et répondre à leurs éventuels questionnements. Les pharmacies ont ensuite reçu régulièrement des mails leur rappelant les dates de formations en présentiel et en distanciel.

Il était attendu des pharmaciens titulaires rencontrés qu'ils exposent le projet à leur équipe officinale (composée de préparateurs en pharmacies et pharmaciens) et qu'ils les encouragent à suivre les formations.

ANNEXE 6 : GRILLE D'ENTRETIEN

Pharmacien n° :

Date :

Bonjour, je m'appelle Adrianna, je suis en 6^e année de pharmacie et je fais un master 2 de promotion de la santé. Je suis stagiaire au service prévention du CHU de Bordeaux et je suis chargée de travailler sur le projet L.A.S.T. auprès des pharmaciens. L'entretien dure une trentaine de minutes et a pour but de chercher à comprendre votre vécu concernant cette intervention.

Afin de pouvoir analyser les résultats, est-ce que je peux enregistrer notre entretien ? Les réponses sont anonymisées et les enregistrements supprimés lorsqu'ils auront été analysés. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Les réponses sont libres et nous permettront d'améliorer le projet.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

Question d'introduction

Pour commencer, comment se passe la mise en place de l'organisation qu'on vous a proposée ?

Faisable : insertion de l'intervention dans les habitudes de travail des acteurs

Questions	Objectifs de compréhension
<p>Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière fois que vous avez abordé la prise en charge du tabac avec un patient ?</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>qu'un fumeur vous a parlé de la prise en charge du sevrage tabagique ?</i>- <i>Qu'est-ce que le patient est devenu une fois que vous avez abordé le thème ?</i>- <i>Comment vous arrivez à aborder le sujet de la cigarette ?</i>- <i>Comment vous arrivez à savoir quand vos patients sont fumeurs ?</i>- <i>Comment le sujet du tabac vient dans la discussion avec vos patients ?</i>- <i>Avec les patients qui arrivent déjà avec une ordonnance, ça se passe comment ?</i>- <i>Dans le cadre justement des demandes primaires, donc un patient qui vient vous en parler ou vous en parlez au patient pour la première fois, comment ça se passe ?</i>	<ul style="list-style-type: none">- Identifier les A impliqués- Est-ce que le patient est à l'initiative ou le pharmacien ? Qui est le plus à l'initiative ?- Est-ce que les outils L.A.S.T. sont utilisés ?

Comment arrivez-vous à intégrer l'intervention à votre pratique ? ²⁷	- Est-ce qu'ils rencontrent des difficultés ?
Utile : utilité perçue de l'intervention	
Questions	Objectifs de compréhension
Est-ce que vous pouvez me parler de ce que ce projet vous apporte ? - <i>Est-ce que vous pouvez me parler de ce que ce projet apporte au patient ?</i>	- Est-ce que le projet répond à un besoin du pharmacien ? - Est-ce que le projet répond à un besoin du patient ?
<i>Si pas mis en place à cause du COVID : Vous vous êtes inscrit au projet : qu'est-ce que vous attendiez du projet ? est-ce que vous pouvez me parler de ce que vous pensiez qu'il allait apporter au patient ?</i>	
Quelles sont les différences que vous identifiez avec l'aide au sevrage tabagique « classique » ?	- Est-ce que le pharmacien se sent plus en capacité d'accompagner les patients ? - Est-ce que le pharmacien délivre plus de TSN ?
Adapté : insertion de l'intervention dans le système de santé et son évolution	
Questions	Objectifs de compréhension
Pouvez-vous me parler de vos échanges avec les autres partenaires L.A.S.T. ? - <i>Comment se passe la prise en charge des patients ?</i> - <i>Comment s'articulent les échanges entre pharmacies et prescripteurs de la ville ?</i> - <i>Comment s'articulent les échanges entre pharmacies et centres experts (CIUD, CH Arcachon, ANPAA) ?</i>	Explorer les relations entre : - patient et pharmacien - patient et CR - pharmacien et CR Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent ? Est-ce qu'ils arrivent à avoir des RDV plus facilement avec les CR ?
Pouvez-vous me parler des outils L.A.S.T. ²⁸ ? (montrer le kit) - <i>Montrer le kit : Parmi les outils disponibles, quels sont ceux que vous utilisez le plus ?</i> - <i>Pouvez-vous me parler du site internet ?</i> - <i>Pouvez-vous me parler des formations ?</i> <i>Est-ce que d'autres personnes de votre équipe les utilisent ?</i> <i>Est-ce que les outils couvrent tous vos besoins ?</i>	Est-ce qu'ils utilisent et comment ils utilisent : - les flyers - le kit - le site Sont-ils adaptés ?
Que pensez-vous du déploiement du projet à une plus grande échelle ?	

²⁷ Réponse à analyser transversalement avec le critère « adapté »

²⁸ Réponse à analyser transversalement avec le critère « faisable »

Accessible : freins et les leviers financiers, géographiques, socio-culturels de l'intervention

Questions	Objectifs de compréhension
<p>J'aimerais qu'on aborde le fonctionnement du projet. Nous avons déjà abordé le fait que le projet ... (<i>citer les points négatifs énoncés par le pharmacien</i>). Quelles sont les autres améliorations que vous avez en tête ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>qu'est-ce que vous pensez que les pharmaciens ne soient pas payés par ces missions ?</i> - <i>qu'est-ce que vous pensez du fait que les pharmaciens ne puissent pas prescrire ?</i> 	Est-ce que le pharmacien vient aborder des obstacles liés à la crise du covid-19 ?
Quels sont les types de patients fumeurs intéressés par cette intervention ?	Est-ce que l'intervention touche tous les patients ?
D'après-vous, qu'est-ce qui fait que le projet se met en place ?	Identifier les leviers financiers, géographiques et socio-culturels

Questions de conclusion et d'ouverture

<p>Pour conclure, j'aurai encore 1 ou 2 questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'après-vous, quel est l'intérêt du sevrage tabagique ? - Qu'est-ce que vous pensez de la place du pharmacien dans le sevrage tabagique ? - <i>Est-ce que vous pensez que le projet est adapté à la place du pharmacien ?</i> - <i>Qu'est-ce que vous pensez de la place du pharmacien dans ce projet-là ?</i> - <i>Est-ce qu'il y a des choses qu'il faudrait développer pour les pharmaciens ?</i> - <i>Qu'est-ce que vous pensez de la place du sevrage tabagique dans les pratiques officinales</i> 	/!\ questions peut-être déjà abordées au cours de l'entretien
<p>Merci beaucoup pour le temps accordé. Prendre un temps pour relire la grille. Avez-vous des questions ?</p>	

Après l'enregistrement : demander si des patients pourraient être contactés par le pharmacien pour parler de son sevrage tabagique avec une thésarde.

Questions si pas de mise en place :

- Est-ce que vous pouvez me parler de l'impact du COVID sur le sevrage tabagique dans votre activité ?
- Qu'est-ce qui fait que vous n'arrivez pas à aborder le ST comme vous le souhaitez quand vous êtes confronté [au problème énoncé par l'enquête] ?
- Nous essayons de comprendre pourquoi il n'y a pas eu d'orientation vers les prescripteurs L.A.S.T., est-ce que vous pouvez m'en parler ?
- Comment vous comptez vous remettre dans le projet ?
- Pourquoi vous n'avez pas assisté aux formations ?

ANNEXE 7 : TABLEAU RECAPITULATIF DU CRITERE DE JUGEMENT DE LA VIABILITE « FAISABLE »

La prise en charge du fumeur lors d'une primo-demande chez le pharmacien			
Des typologies de patients qui orientent les 5A	La prise en charge de la patientèle dite « habituelle »		<ul style="list-style-type: none"> - la proximité avec la patientèle, une aide pour aborder le sujet du tabagisme ● - une relation de confiance entre pharmacien et patient habituel ● - des discussions spontanées à l'officine sur les habitudes de vie des patients ● - un suivi facilité ● - des signes cliniques qui trahissent le tabagisme du patient ● - une ville de taille modeste où pharmaciens et patients se croisent, facilitant la connaissance des habitudes de vie de chacun ● - des livraisons de médicaments à domicile qui constituent un dépistage inévitable du tabagisme ● - un statut tabagique pas toujours connu ● - une discussion qui n'est pas nécessairement gage de réussite ●
	La prise en charge de la patientèle non régulière		<ul style="list-style-type: none"> - une difficulté à s'engager dans une démarche d'accompagnement au sevrage avec des patients inconnus ● - une réponse aux questions des fumeurs mais un suivi impossible à mettre en place ● - une implication moindre du pharmacien par rapport à des patients réguliers ● - des réponses rapides pour répondre aux besoins du fumeur de passage pressé ●
	La prise en charge de la patientèle âgée		<ul style="list-style-type: none"> - La personne âgée aborde son tabagisme ● - Le pharmacien aborde le tabagisme de la personne âgée ● - Le sujet est abordé suite à une détérioration de l'état de santé de la personne âgée ● - Le fumeur est considéré trop âgé pour arrêter le tabac et le sujet n'est pas abordé ●
Les étapes de l'accompagnement au sevrage tabagique	« Ask » – Repérer le tabagisme	Le demande émane du fumeur	<ul style="list-style-type: none"> - Des demandes spontanées peu fréquentes ● mais pratique la plus courante pour aborder le tabagisme en pharmacie ● - Une demande qui émane pour de multiples raisons : une grossesse ●, la peur de la maladie ●, les remarques de l'entourage ●

		Le pharmacien aborde le sujet du tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> - Un sujet évoqué par le pharmacien majoritairement lorsque le patient déclare une pathologie ou des complications médicales évoquant un tabagisme ● - Un sujet qui n'est pas abordé par le pharmacien par crainte d'entraver la liberté du fumeur ●
		Le statut tabagique est déjà connu du pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> - Une question qui n'est pas posée, le pharmacien connaissant le statut tabagique du patient ●
	« Advice » – Conseiller et encourager l'arrêt		<ul style="list-style-type: none"> - Un conseil à l'arrêt suite à des répercussions manifestes du tabagisme sur la santé du patient ● - Le conseil à l'arrêt pouvant englober d'autres substances addictives ● - Un encouragement à l'arrêt lorsque le pharmacien aborde le tabagisme ●
	« Assess » – Evaluer la motivation du patient à arrêter		Une évaluation de la motivation consciente et explicite ● ou inconsciente et implicite ●
	« Assist » – Soutenir dans la démarche de l'arrêt		<ul style="list-style-type: none"> - Une discussion avec le patient permettant d'exposer les aides pour l'arrêt du tabac et répondre aux interrogations liées au TSN, à l'arrêt du tabac et aux autres aides disponibles ● - Des outils L.A.S.T. utilisés lors d'une demande de sevrage ● - Un patient acteur de santé, accompagné par le pharmacien dans ses choix ●
	« Arrange » – Organiser le suivi à l'officine		<ul style="list-style-type: none"> - Le suivi est assuré à l'officine sur choix des patients ●, pour la confiance en l'équipe officinale ●, la fréquentation régulière de ce lieu ●, un suivi facilité ●, et la peur des fréquentations des lieux de santé en période de COVID-19 ● - Des obstacles au suivi : le patient n'est pas toujours reçu par le même membre de l'équipe officinale ● et le patient ne va pas toujours chercher ses traitements dans la même officine ●
	« Arrange » – Organiser le suivi de l'aide au sevrage tabagique	Vers un médecin généraliste	Un patient orienté dans la majorité vers un médecin généraliste ●, dans un but unique de prescription de TSN ●, dans un but d'accompagnement supplémentaire par le médecin ● ou dans un but de relais d'accompagnement, le pharmacien estimant ne pas détenir ce rôle ●
		Vers une sage-femme	L'orientation vers une sage-femme en cas de grossesse ●
		Vers un infirmier	<ul style="list-style-type: none"> - L'orientation vers un infirmier en cas de manque de TSN ● - Des infirmiers pas toujours au fait de leur droit de prescription ●

	Vers Tabac Info Service	Une orientation vers la ligne téléphonique de Tabac Info Service en raison d'une bonne communication envers les professionnels de santé ●
	Vers des offreurs de soins non médicaux et paramédicaux	Une orientation vers des offreurs de soins hors parcours de soins classique suite à une demande du patient ● ou des échecs successifs de sevrage ●
La prise en charge à l'officine d'un fumeur ayant exprimé une primo-demande chez le médecin généraliste		
La prise en charge en amont de l'arrivée à la pharmacie		Une consultation préalable chez le médecin dans la majorité des cas ●, notamment depuis la modification des modalités de remboursement des TSN ●
La prise en charge à l'officine	Le schéma général	<ul style="list-style-type: none"> - Les étapes « assist » et « arrange » fusionnées : un suivi de fait instauré par le renouvellement périodique des traitements ● - Une discussion instaurée autour des conseils sur les TSN et la réponse aux interrogations des patients au sujet des traitements et des conséquences de l'arrêt du tabac ● - Une adaptation si besoin de la posologie des TSN ● - Un dépistage de la rechute ● - Une orientation si besoin vers des offreurs de soins hors système de soins classique (hypnose etc.) ● - Un manque de temps qui peut freiner l'engagement dans la discussion avec le patient ● - Un suivi compliqué par des patients se rendant dans plusieurs pharmaciens ●
	L'adaptation de la prescription	Une adaptation de la prescription peu fréquente, se déroulant majoritairement en début de sevrage tabagique ●
	Le renouvellement d'ordonnance	Au fur et à mesure des renouvellements, une discussion engagée seulement par le patient si nécessaire ●
	La communication entre prescripteur et délivreur de TSN et ses modalités	Une communication entre médecin et pharmacien par mails ●, par l'intermédiaire d'un logiciel de coordination du parcours de soin (paaco-globule) ●, par l'intermédiaire du patient ●
<i>Lecture du tableau : de gauche à droite, chaque thème est divisé jusqu'à son plus fin niveau de lecture. Le code couleur est le suivant :</i>		

- Vert : thème abordé par 5 ou 6 enquêtés (sur 6)
 - Orange : thème abordé par 3 ou 4 enquêtés (sur 6)
- Rouge : thème abordé par 1 ou 2 enquêtés (sur 6)

ANNEXE 8 : TABLEAU RECAPITULATIF DU CRITERE DE JUGEMENT DE LA VIABILITE « ADAPTE »

Les outils L.A.S.T.	Les outils à destination des patients		<ul style="list-style-type: none"> - Des carnets des aides très peu donnés mais qui restent adaptés à la pratique ● - Des conclusions difficiles à tirer sur l'absence d'utilisation des carnets des envies ● - L'affiche L.A.S.T. non mise en place●, parfois en raison d'un manque de place ●
	Les outils à destination des professionnels (hors formations)		<ul style="list-style-type: none"> - Le site internet et les flyers à destination des professionnels non utilisés ● - Lorsqu'il est utilisé, le format « tutoriels de formations » du site est adapté ● - Le format de l'annuaire « Addictoclic » et des professionnels L.A.S.T. du site <i>a priori</i> moins adapté à la pratique en officine ● - Le site internet, outil possiblement non adapté pour les professionnels de santé âgés ●
	Les formations	L'état des lieux des formations avant l'adhésion au projet L.A.S.T.	<ul style="list-style-type: none"> - Des enquêtés très peu formés au sevrage tabagique ● - Des lacunes sur le tabagisme et le sevrage tabagique visibles ● - Une volonté de se former ●
		Les formations dans le cadre du projet L.A.S.T.	<ul style="list-style-type: none"> - Des conclusions difficiles à tirer sur l'absence d'utilisation des formations en ligne ou en présentiel ● - Des formations L.A.S.T. qui ne s'inscrivent pas dans le cadre de la formation continue obligatoire ● - Les tutoriels de formation du site internet adaptés, mais qui pourraient aborder plus de thématiques ●
	L'outil d'évaluation du projet L.A.S.T. : « fiche suivi du parcours du patient »		<ul style="list-style-type: none"> - L'outil d'évaluation du projet pilote « fiche de suivi du parcours du patient » inutilisé ● - Le format de la fiche de suivi n'est pas adapté à la pratique en officine et peut conduire à une mauvaise interprétation du projet ●
Les échanges entre les acteurs du sevrage tabagique	Les échanges avec les centres experts		<ul style="list-style-type: none"> - Aucun échange entre les centres ressources et les pharmacies dans le cadre du sevrage tabagique ● - Des échanges des pharmacies vers les centres experts en addictologie dans le cadre de patients sujets aux polyaddictions et maladies psychiatriques (échanges concernant le contenu des prescriptions et le suivi des patients) ● - Des centres experts identifiés comme ressources face aux addictions et maladies psychiatriques ●

			- Un nombre faible de patients sujets aux polyaddictions et maladies psychiatriques ●
	Les échanges avec les professionnels de santé de la ville	Une connaissance partielle des prescripteurs	- L'éventail de tous les prescripteurs possibles de TSN pas toujours connu ● - Des prescripteurs qui ne connaissent pas toujours leurs droits ●
		Un manque de communication	- Le patient, un intermédiaire de communication entre pharmacien et médecin ●
	Les échanges avec la COREADD		- Tandis que certains disent ne pas recevoir les mails ●, d'autres apprécient l'organisation et le suivi apportés par les mails de la COREADD ●
L'organisation de l'équipe officinale	L'organisation générale de l'équipe officinale	L'organisation de l'équipe officinale relative au suivi des patients	- Un suivi des patients qui n'est pas organisé sur des compétences approfondies de certains membres de l'équipe officinale ● - Des patients qui choisissent de se faire suivre par le même membre de l'équipe officinale ● - Des patients qui sont suivis sur RDV sur divers sujets, suite à une demande de leur part ● - Un suivi qui peut perdre en qualité puisque le patient n'a pas de membre de l'équipe officinale attribué ●
		L'organisation de l'équipe officinale relative aux formations	- Le transfert des connaissances au sein de l'équipe souvent appliqué ●
	L'organisation de l'équipe officinale relative au projet L.A.S.T.		- Un projet très peu relayé au sein de l'équipe officinale ●
<p><i>Lecture du tableau : de gauche à droite, chaque thème est divisé jusqu'à son plus fin niveau de lecture. Le code couleur est le suivant :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vert : thème abordé par 5 ou 6 enquêtés (sur 6) - Orange : thème abordé par 3 ou 4 enquêtés (sur 6) - Rouge : thème abordé par 1 ou 2 enquêtés (sur 6) 			

ANNEXE 9 : TABLEAU RECAPITULATIF DU CRITERE DE JUGEMENT DE LA VIABILITE « UTILE »

Lors de l'adhésion, un projet qui plaît	L'utilité <i>a priori</i> ²⁹ pour l'accompagnement et de l'orientation du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Une envie d'améliorer les étapes des 5A « assist » et « arrange » de leurs pratiques ● - L'envie de travailler en réseau ● - Un projet utile pour le patient ● - Un projet utile pour le professionnel ●
	L'utilité <i>a priori</i> de la formation	<ul style="list-style-type: none"> - Des formations utiles pour l'équipe officinale ● - Des attentes sur la mise à jour des recommandations de bonnes pratiques en sevrage tabagique ●
L'utilité globale du projet		<ul style="list-style-type: none"> - Des connaissances acquises sur les TSN ● - Des connaissances acquises sur les prescripteurs de TSN ● - Une légère utilité des outils ● - Un projet qui s'inscrit dans un contexte d'un manque de projets sur les addictions ● - Un projet qui n'a pas d'utilité (dans le cas où le projet est mal compris) ●
L'idée d'une généralisation du projet approuvée		<ul style="list-style-type: none"> - Une meilleure couverture de professionnels de santé impliqués dans le sevrage tabagique ● - Une adéquation avec la dynamique nationale d'aide à l'arrêt du tabac ● - Une adéquation avec les pratiques des professionnels de santé qui facilite la propagation du projet ● - Un engouement pour le projet dans d'autres CPTS ● - Des craintes quant à l'implication des confrères pharmaciens ●
La volonté d'approfondir son implication dans le projet L.A.S.T.		<ul style="list-style-type: none"> - Une visite des porteurs de projet qui renforce la motivation à s'approprier le projet ● - Une volonté d'impliquer davantage son équipe officinale ● - Des solutions apportées pour une plus grande utilisation des outils ● - Une volonté à davantage se former, notamment au travers de l'utilisation du site et des formations en ligne ●
<p><i>Lecture du tableau : de gauche à droite, chaque thème est divisé jusqu'à son plus fin niveau de lecture. Le code couleur est le suivant :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vert : thème abordé par 5 ou 6 enquêtés (sur 6) - Orange : thème abordé par 3 ou 4 enquêtés (sur 6) - Rouge : thème abordé par 1 ou 2 enquêtés (sur 6) 		

²⁹ Utilité perçue lors de l'adhésion au projet L.A.S.T.

ANNEXE 10 : TABLEAU RECAPITULATIF DU CRITERE DE JUGEMENT DE LA VIABILITE « ACCESSIBLE »

Les freins de l'intervention				
L'intégration des pratiques cliniques préventives au gré des événements extérieurs	Un projet progressivement oublié	Le confinement des français, événement exceptionnel et principal responsable de l'oubli du projet	Le travail à l'officine désorienté	<ul style="list-style-type: none"> - Une période inédite où les pratiques habituelles sont mises en suspend ● - Des adaptations mises en place et une priorisation des tâches : un accompagnement de la patientèle entre parenthèse et l'activité habituelle réduite au renouvellement d'ordonnances ● - Une incertitude sur l'avenir qui inquiète ● - La vie privée également impactée, contribuant à la déstabilisation générale ●
			Le comportement de la patientèle	<ul style="list-style-type: none"> - Un surcroît d'activité liée à l'arrivée des résidents de maisons secondaires ● - Une saturation des pharmacies les premiers jours de confinement ● - Une fréquentation augmentée pour des produits de parapharmacies ● - Une fréquentation augmentée par peur de pénurie de médicaments ● - Une augmentation des commandes par téléphone ● - Une moindre demande de sevrage tabagique ● - Les pharmaciens en première ligne pour répondre aux inquiétudes des français, mais également à leur agressivité ●
		La période estivale, événement annuel qui bouscule les pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Une période qui a apporté le coup de grâce à l'implication des pharmaciens dans le projet ● - Un accroissement de la population impactant l'activité à l'officine ● - Le choix de servir tout le monde sans engendrer trop d'attente, au détriment de l'accompagnement des fumeurs ● - Des conseils tout de même prodigués pour d'autres thématiques, notamment les protections solaires ● - Une patientèle de passage constituée de touristes inconnus ● et de résidents de maisons secondaires habituels ● 	

	Les conditions habituelles de travail à l'officine	Le retour à une patientèle résidentielle	<ul style="list-style-type: none"> - Une accalmie après la période estivale qui permet d'accompagner ses patients réguliers dans un processus de sevrage tabagique et de s'impliquer dans de nouveaux projets ● - Un manque de temps qui peut persister dans des conditions de travail « normales » ●
		Un effectif réduit, frein à l'intégration des pratiques cliniques préventives	Face à un effectif réduit, une enquêtée ne met pas en place le projet ●
Des pratiques influencées par des représentations	Les représentations du pharmacien sur les patients	Les représentations du pharmacien sur les personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> - Une tolérance vis-à-vis du tabagisme des personnes âgées, au détriment des étapes « ask » et « advice » de la méthode 5A ● - L'étape « advice » de la méthode 5A pratiquée dans certains cas mais sans grande conviction de la part des pharmaciens ● - Une légitimité perçue à aborder le tabagisme des fumeurs de cigarettes supérieure à celle des fumeurs de pipe ou de cigares ● - Une relativisation des conséquences du tabagisme chez les personnes âgées de la part des pharmaciens ●
		Les représentations du pharmacien sur les touristes fumeurs lors de la période estivale	- Les vacances : une période de repos propice à l'arrêt du tabac pour certains ● ; une période de fête, obstacle au sevrage tabagique pour d'autres ●
		Les représentations du pharmacien sur la pertinence d'aborder le tabagisme en période de pandémie de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> - la peur d'attraper le COVID-19 gommerait l'attention des patients pour leur santé ● - la thématique serait mise au second plan face à l'anxiété du contexte pandémique ● - l'arrêt du tabac serait accessoire après le 1^{er} confinement, les fumeurs ayant seulement envie de profiter de leur liberté ● - la cigarette, seul plaisir restant face à la suppression des autres plaisirs (fermeture des bars, des salles de sport ...) ● - une diminution de l'achat de cigarettes à moindre coût en Espagne, responsable d'une prise de conscience du coût réel du tabagisme ● - La fermeture des lieux de convivialité contribuerait à diminuer la consommation de cigarettes ● -

	Représentations du pharmacien sur son propre tabagisme	Un manque de légitimité perçu pour prendre en charge le tabagisme de leur patient ●
	Représentations sur les médecins	Des médecins généralistes perçus comme répondant simplement à la demande des patients, sans engager d'accompagnement ●
Des fumeurs peu nombreux et des demandes rares responsables d'un lancement ralenti du projet	Peu de demandes	<ul style="list-style-type: none"> - Un nombre de demandes insuffisant pour lancer le projet ● - Un nombre de demandes faible qui n'est pas lié à un nombre faible de fumeur ● - Un nombre de demandes faible lié au contexte : une diminution lors du 1^{er} confinement et de l'été ● - Un oubli du projet en raison d'une demande trop peu fréquente ●
	Peu de fumeurs	Une patientèle pauvre en fumeurs ●, particulièrement chez les personnes âgées ●
Des freins liés à la compréhension du projet		<ul style="list-style-type: none"> - Une vision floue de la notion d'accompagnement ● - Une mauvaise compréhension de son rôle dans le projet ● et de celui des autres professionnels de santé L.A.S.T. ● - Une interprétation du projet comme se calquant sur l'organisation du bilan partagé de médication ● - Des enquêtés uniquement motivés par l'inscription pour ne pas décevoir le visiteur L.A.S.T. ●
Les leviers de l'intervention		
Dépendantes du projet	Etendre le projet à des offreurs de soins non médicaux et paramédicaux	Un élargissement des professionnels qui répondrait à la demande des fumeurs ●
	Les améliorations des outils et des formations	<ul style="list-style-type: none"> - Le contenu du site internet à adapter en version papier ● - Une visite de présentation du projet à transformer en une visite de formation de l'équipe officinale ● - Un contenu de formations à étoffer ●
	L'accompagnement des professionnels	Un suivi assidu des pharmaciens à mettre en place ●

Indépendantes du projet	Rémunération du pharmacien	Une rémunération qui contribuerait à la reconnaissance de leur travail ● mais également de leur santé économique ● pour certains, qui n'est pas nécessaire pour d'autres ●
	Prescription en pharmacie	La prescription de TSN envisagée à la pharmacie : levier de l'efficacité au sevrage ● qui pose toutefois des questions éthiques ●
<p><i>Lecture du tableau : de gauche à droite, chaque thème est divisé jusqu'à son plus fin niveau de lecture. Le code couleur est le suivant :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vert : thème abordé par 5 ou 6 enquêtés (sur 6) - Orange : thème abordé par 3 ou 4 enquêtés (sur 6) Rouge : thème abordé par 1 ou 2 enquêtés (sur 6) 		

**ANNEXE 11 : DEFINITIONS ET CONDITIONS D'EFFICACITE DES STRATEGIES VISANT A INTEGRER LA PREVENTION
DANS LE SYSTEME DE SOINS**

Stratégies et définitions (selon le ministère de la santé et des services sociaux canadien) (1)	Conditions d'efficacité (selon le ministère de la santé et des services sociaux canadien) (1)
<p>La formation professionnelle : « toute modalité d'apprentissage (conférence, séminaire, symposium, cours, formation en ligne) qui permet au clinicien d'acquérir des connaissances, et parfois des habiletés; souvent accompagné de matériel éducatif destiné aux cliniciens ».</p>	<p>« La formation professionnelle apparaît comme étant une stratégie généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique. La présence de renforcement, tel que du soutien par les pairs, à la suite de la formation semble constituer un facteur majeur dans l'efficacité de la stratégie ».</p>
<p>L'approche du délégué médical : « intervention d'une personne formée en communication persuasive sur des sujets particuliers qui rencontre les cliniciens dans leur milieu de pratique, de façon individuelle ou en petits groupes, lors de visites brèves et répétées; l'évaluation du niveau de connaissances et de la motivation des cliniciens, la mise en valeur et la répétition de messages-clés et le renforcement positif des comportements améliorés; accompagné de matériel éducatif pour les cliniciens ou les patients »</p>	<p>« La stratégie du délégué médical, lorsqu'utilisée seule, n'apparaît pas comme une stratégie efficace pour modifier la pratique préventive des cliniciens. Puisqu'il s'agit d'une stratégie de nature éducative, elle devrait être incluse dans une intervention à multiples facettes visant également l'organisation du travail. »</p>
<p>L'audit et le feedback : « collecte de l'information sur la performance clinique (audit) et transmission au clinicien de façon verbale ou écrite (feedback) avec ou sans recommandations; effectué la plupart du temps par la révision des dossiers médicaux; basé sur le postulat selon lequel les cliniciens seront amenés à modifier leurs comportements s'ils reçoivent un feedback indiquant que leurs pratiques ne correspondent pas à celles de leurs pairs ou aux recommandations acceptées dans la communauté scientifique »</p>	<p>« La stratégie d'audit et de <i>feedback</i> apparaît comme étant d'efficacité variable pour modifier la pratique préventive des cliniciens. Il est souhaitable d'utiliser cette stratégie en combinaison avec d'autres stratégies. »</p>
<p>Les systèmes de rappel visant les cliniciens : « rappeler au clinicien de faire un acte préventif ; [le rappel] est présenté au clinicien sur papier ou par voie électronique »</p>	<p>« Les systèmes de rappel visant les cliniciens ressortent comme étant une stratégie généralement efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens, que les rappels soient intégrés au dossier médical électronique ou transmis sur papier. La constance dans la transmission des rappels</p>

	favorise la systématisation des pratiques. »
<p>Le dossier médical électronique : « système qui remplace le dossier médical traditionnel (papier); qui comprend les informations habituelles des dossiers médicaux traditionnels, en plus d’offrir la possibilité de faire des rappels au clinicien, créer des listes de patients qui requièrent des services préventifs, fournir du matériel éducatif pour les patients, etc. »</p>	<p>« La stratégie du dossier médical électronique apparaît comme étant généralement efficace pour l’intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens, notamment des médecins. Les multiples possibilités offertes par le dossier médical électronique représentent autant d’avantages de cette stratégie. Notamment, son caractère systématique (ex. : la transmission systématique d’outils d’aide à la décision qui y sont intégrés) permet de renforcer la pratique des cliniciens au regard des lignes directrices. »</p>
<p>Les équipes locales d’amélioration de la qualité des soins : permettent de « changer l’organisation de la pratique en créant un environnement favorable à la prestation d’actes préventifs; créer une équipe de travail dans le milieu comprenant différents types de professionnels de la santé qui travailleront ensemble pour définir des objectifs d’amélioration de la qualité des soins préventifs, mettre en place les moyens pour y parvenir et évaluer si le changement a eu lieu; favoriser les interactions entre les membres du milieu, redistribuer les rôles et les responsabilités entre eux et les engager activement dans le changement; développer l’autonomie du milieu et le leadership de ses membres; les professionnels sont alors amenés à apprendre ensemble comment surpasser les barrières vécues dans leur pratique ».</p>	<p>« La stratégie d’équipes locales d’amélioration de la qualité des soins ressort comme étant généralement efficace pour l’intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. Étant donné sa combinaison de composantes, cette stratégie est par nature multifacette. En portant notamment une attention particulière aux pratiques et aux systèmes plutôt qu’uniquement aux individus, elle permet de favoriser un environnement qui facilite la prestation de services préventifs. Le monitorage régulier des changements et la rétroaction qui y est associée ressortent comme des éléments-clés pour permettre de mesurer les progrès réalisés et ainsi maintenir la motivation des milieux quant aux changements souhaités.</p>
<p>La facilitation : « approche qui utilise un facilitateur, le plus souvent externe, qui travaille avec les cliniciens et leur équipe dans leur milieu pour les soutenir dans le processus de changement; l’analyse des caractéristiques propres à chaque milieu et l’adaptation de l’intervention selon les barrières, les besoins, les forces et les ressources disponibles; la réalisation d’étapes précises : l’évaluation de la pratique au regard de la prestation de services préventifs, la détermination d’objectifs à atteindre pour améliorer la prestation de ces services, la</p>	<p>La stratégie de facilitation ressort comme étant généralement efficace pour l’intégration de la prévention clinique. Cette stratégie est par nature multifacette. Pour favoriser l’efficacité de la stratégie, il est important de prendre en compte les caractéristiques propres à chaque milieu pour personnaliser l’intervention, l’intensité du soutien, de même que l’engagement du milieu dans la démarche.</p>

<p>planification des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, l'implantation des approches et des outils retenus ainsi que l'évaluation du changement réalisé ».</p>	
<p>Les incitatifs d'ordre financier : « modalité de rémunération des cliniciens qui vise à favoriser la prévention clinique; façon de répondre à la barrière de nature financière fréquemment évoquée comme frein à la prestation de services préventifs »</p>	<p>« Utilisés seuls, les incitatifs d'ordre financier ne semblent pas constituer une stratégie efficace pour modifier la pratique préventive des cliniciens. Les incitatifs d'ordre financier devraient être combinés à d'autres stratégies. »</p>
<p>Les interventions visant le patient : « changer le comportement du clinicien de façon indirecte en intervenant auprès du patient pour que ce dernier fasse une demande de service préventif au clinicien; du matériel éducatif remis au patient ou mis à sa disposition dans la salle d'attente, des systèmes de rappel, des questionnaires autoadministrés, des carnets de santé autogérés, etc. ».</p>	<p>« Il n'est pas possible de conclure à l'efficacité globale de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique. Toutefois, les résultats [...] confirment l'efficacité des systèmes de rappel visant les patients [...]. Les interventions visant le patient qui utilisent les technologies de l'information (ex. : le dossier de santé personnel interactif) représentent un grand potentiel et devraient faire l'objet de plus d'expérimentations au cours des prochaines années. »</p>
<p>Le professionnel attiré à la prévention clinique : « personne, clinicienne ou non, désignée dans le milieu clinique et formée pour effectuer une intervention individuelle préventive auprès d'une clientèle visée pour une ou plusieurs thématiques données ».</p>	<p>Actuellement, cette stratégie ressort comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique. Le fait de faciliter la mise en place d'un professionnel attiré à la prévention clinique (qui ne réalise pas pour autant toutes les actions préventives) est une façon d'aider les milieux à accorder une place plus importante à la prévention, et ainsi renforcer la prestation de ce type de services. La désignation d'une telle personne dans un milieu clinique permet de soulager d'autres professionnels de certaines tâches. L'expertise d'un professionnel attiré à la prévention clinique pourrait être mise à profit dans plusieurs milieux. »</p>
<p>Une intervention à multiples facettes : « utiliser deux stratégies ou plus, de façon concomitante ou successive; idéalement viser plusieurs déterminants de la pratique (l'organisation, le clinicien et le patient) »</p>	<p>Les interventions à multiples facettes ressortent comme étant généralement efficaces pour l'intégration de la prévention clinique. L'utilisation de différents types de stratégies augmente la probabilité que l'intervention soit efficace. La réussite de l'intervention n'est pas seulement le résultat de la combinaison de diverses stratégies. L'intensité de l'intervention, le soutien, la création d'un environnement</p>

	propice au changement, la répartition des tâches entre les membres de la clinique et l'adoption d'une perspective à long terme font partie des éléments qui, selon les auteurs, favorisent l'efficacité des stratégies.
--	---

Bibliographie :

- (1) Provost M-H, Moreault L, Cardinal L. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. Revue de la littérature, mise à jour 2007-2014. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2016 p. 93. (L'intégration de pratiques cliniques préventives).

Table des matières

INTRODUCTION	1
I. Des débuts du tabagisme à la lutte anti-tabac	1
1. Contexte historique et prémices de la lutte anti-tabagique.....	1
2. Le virage entrepris par la France dans la lutte contre le tabagisme à partir de 2014	4
II. Une expérimentation de l'intégration des pratiques cliniques préventives : le projet Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac.....	6
1. L'organisation proposée par le réseau L.A.S.T.-P.A.S.T.	6
2. La phase pilote du projet L.A.S.T. et son évaluation.....	9
3. L'évaluation de la viabilité du projet pilote L.A.S.T. auprès des pharmaciens d'officine : quelles problématiques ?	13
MATERIEL ET METHODE DE L'ETUDE DE VIABILITE AUPRES DES PHARMACIENS DU TERRITOIRE PILOTE	15
I. Le recrutement des enquêtés	15
II. La méthode de recherche : entretiens individuels semi-directifs	15
III. Le recueil des données.....	16
IV. Analyse des données	17
RESULTATS DE L'ANALYSE DE LA VIABILITE AUPRES DES PHARMACIENS DE LA 1^{ERE} VAGUE DU TERRITOIRE PILOTE.....	19
Partie 1 : L'organisation proposée par le projet L.A.S.T. est-elle faisable en pratique ?.....	19
I. La prise en charge du fumeur lors d'une primo-demande chez le pharmacien	19
1. Des typologies de patients qui orientent les 5A.....	19
a. La prise en charge de la patientèle dite « habituelle »	20
b. La prise en charge de la patientèle non régulière	21
c. La prise en charge de la patientèle âgée	21
2. Les étapes de l'accompagnement au sevrage tabagique	22
a. « Ask » – Repérer le tabagisme	22
➤ Le demande émane du fumeur.....	22
➤ Le pharmacien aborde le sujet du tabagisme	22
➤ Le statut tabagique est déjà connu du pharmacien.....	22

b.	« Advice » – Conseiller et encourager l’arrêt	23
c.	« Assess » – Evaluer la motivation du patient à arrêter	23
d.	« Assist » – Soutenir dans la démarche de l’arrêt	23
e.	« Arrange » – Organiser le suivi de l’aide au sevrage tabagique.....	24
➤	Par l’équipe officinale	24
➤	Le pharmacien oriente vers d’autres professionnels de santé	25
II.	La prise en charge à l’officine d’un fumeur ayant exprimé une primo-demande chez le médecin généraliste	25
1.	La prise en charge en amont de l’arrivée à la pharmacie	25
a.	Le schéma général de la prise en charge des patients détenteurs d’une prescription de TSN.....	26
b.	L’adaptation de la prescription	26
c.	Le renouvellement d’ordonnance	27
d.	La communication entre prescripteur et délivreur de TSN et ses modalités	27
III.	Conclusion.....	28
Partie 2 : L’organisation proposée par le projet L.A.S.T. est-elle adaptée à la pratique des pharmaciens ?		30
I.	Les outils L.A.S.T.....	30
1.	Les outils à destination des patients	30
2.	Les outils à destination des professionnels (hors formations)	30
3.	Les formations	31
a.	L’état des lieux des formations sur le sevrage tabagique avant l’adhésion au projet L.A.S.T.....	31
b.	Les formations dans le cadre du projet L.A.S.T.	31
II.	Les échanges entre les acteurs du sevrage tabagique	32
1.	Les échanges avec les professionnels de santé de la ville	32
a.	Une connaissance partielle des prescripteurs.....	32
b.	Un manque de communication.....	32
2.	Les échanges avec les centres experts	32
3.	Les échanges avec la COREADD	33
III.	L’organisation de l’équipe officinale	33
1.	L’organisation générale de l’équipe officinale.....	33
a.	L’organisation de l’équipe officinale relative au suivi des patients.....	33
b.	L’organisation de l’équipe officinale relative aux formations	34
2.	L’organisation de l’équipe officinale relative au projet L.A.S.T.	34
IV.	Conclusion.....	35

Partie 3 : L'organisation proposée par le projet L.A.S.T. est-elle utile en pratique ? 36

I. Lors de l'adhésion, un projet qui plaît	36
1. Une utilité <i>a priori</i> de l'accompagnement et de l'orientation du patient	36
2. L'utilité <i>a priori</i> des formations	37
II. L'utilité du projet discutable en pratique.....	37
III. L'idée d'une généralisation du projet approuvée	38
IV. Une volonté d'approfondir son implication dans le projet L.A.S.T.....	38
V. Conclusion	39

Partie 4 : L'organisation proposée par le projet L.A.S.T. est-elle accessible en pratique ?.. 40

I. Les freins à la mise en place du projet	40
1. L'intégration des pratiques cliniques préventives au gré des événements extérieurs	40
a. Un projet progressivement oublié	40
➤ Le confinement des français, évènement exceptionnel et principal responsable de l'oubli du projet	40
▪ Le travail à l'officine désorienté	40
▪ Le comportement de la patientèle	41
➤ La période estivale, évènement annuel qui bouscule les pratiques	42
b. Les conditions "normales " de travail à l'officine	43
➤ Le retour à une patientèle résidentielle, atout pour mettre en place des PCP	43
➤ Un effectif réduit, frein à l'intégration des pratiques cliniques préventives	43
2. Des pratiques influencées par des représentations	44
a. Des représentations du pharmacien sur les patients.....	44
➤ Les représentations du pharmacien sur les personnes âgées	44
➤ Les représentations du pharmacien sur les touristes fumeurs lors de la période estivale.....	44
➤ Les représentations du pharmacien sur la pertinence d'aborder le tabagisme en période de pandémie de COVID-19	45
b. Représentations du pharmacien sur son propre tabagisme	45
c. Représentations du pharmacien sur les médecins.....	46
3. Des fumeurs peu nombreux et des demandes de sevrage rares responsables d'un lancement ralenti du projet.....	46
a. Peu de demandes	46
b. Peu de fumeurs	46
4. Des freins liés à une mauvaise compréhension du projet	46
II. Les leviers pour la mise en place du projet	47

1.	Les leviers dépendants du projet.....	47
a.	Etendre le projet à des offreurs de soins non médicaux et paramédicaux.....	47
b.	Les améliorations des outils et des formations.....	47
c.	L'accompagnement des professionnels	48
2.	Les leviers indépendants du projet.....	48
a.	La rémunération du pharmacien.....	48
b.	La prescription de TSN en pharmacie.....	49
III.	Conclusion.....	49
<i>DISCUSSION</i>		51
I.	Limites méthodologiques	51
1.	Limites liées à la méthode d'évaluation	51
2.	Limites liées à l'enquêtrice et à la méthode d'enquête	51
II.	Les composants de la viabilité d'une intervention visant à intégrer les PCP dans le système de soins.....	52
1.	Freins et leviers de la viabilité	52
2.	Stratégies mobilisées par le projet L.A.S.T. et pistes d'améliorations en regard des résultats de l'étude de viabilité et de la littérature	54
III.	Retour d'expérience sur le stage effectué au sein du SSMIP	56
<i>Conclusion</i>		59

BURTIN	Adrianna	02/12/2020
Master 2 Promotion de la santé et prévention		
L'intégration des pratiques cliniques préventives relatives au sevrage tabagique en pharmacie d'officine Exemple de l'étude de viabilité du projet pilote Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac en Nouvelle-Aquitaine		
Promotion 2019-2020		
<p>Résumé :</p> <p>Face à un tabagisme élevé en France, le projet Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (LAST) a été construit en Nouvelle-Aquitaine. L'association spécialisée en addictions Coordination Régionale Addictions (COREADD) est chargée de la mise en œuvre du projet, tandis que le service de prévention du CHU de Bordeaux (SSMIP) est chargé de son évaluation. Le projet LAST vise à renforcer les pratiques cliniques préventives relatives au sevrage tabagique des professionnels de santé du premier recours, en leur proposant des formations et des outils pour faciliter leurs pratiques. Il est actuellement en phase pilote sur le territoire de vie la Teste-de-Buch- Arcachon, auprès d'une cinquantaine de professionnels. Ce travail s'inscrit dans l'évaluation du projet LAST, et plus spécifiquement dans l'évaluation de sa viabilité auprès des 8 pharmaciens d'officine du territoire pilote recrutés en février et mars 2020. La viabilité consiste à étudier si l'intervention proposée est faisable, utile, adapté, accessible et évaluable. Dans le cas présent, nous ne cherchons donc pas à savoir si l'intervention a un impact sur le tabagisme des fumeurs, mais si les professionnels s'emparent du projet. En effet, même si en conditions théoriques le projet est efficace, il n'est pas utile de l'implanter si les destinataires ne le mettent pas en place. Les données sont recueillies par entretiens semi-directifs individuels avec 6 pharmaciens, 2 n'ayant pas pu nous accorder de rendez-vous. Les résultats montrent que la viabilité dépend de plusieurs facteurs, qui seront alors des freins ou des leviers. Les freins majeurs constituent un contexte extérieur délétère, comme des évènements inattendus (pandémie de COVID-19) ou des évènements périodiques (saison touristique). D'autres freins sont identifiés, mais ont moins d'impact sur la viabilité et sont plus facilement corrigibles, comme les représentations des pharmaciens, une mauvaise compréhension du projet ou une balance déséquilibrée entre l'offre et la demande. Les leviers de la viabilité de l'intervention sont multiples, comme un environnement normal de travail, une réponse de l'intervention à des besoins identifiés, des pratiques cliniques préventives déjà existantes mises en valeur grâce au projet, une volonté des pharmaciens et de leur équipe à renforcer leurs pratiques ainsi que des stratégies d'intervention fortes.</p>		
<p>Mots-clés :</p> <p>Etude de viabilité, recherche interventionnelle, sevrage tabagique, évaluation, innovation organisationnelle, promotion de la santé et prévention, pharmacie, pratiques cliniques préventives</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

