

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Pistes de progression d'un protocole d'accompagnement au sevrage
tabagique en soins primaires par une consultation en binôme pluri-
professionnel et spirométrie dans une maison de santé des Hauts-de-
France.**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Avril 2020 à 18h
Au Pôle Formation

Par Camille DORBON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur *Alexis CORTOT*

Assesseurs :

Monsieur le Professeur *Christophe BERKHOUT*

Madame le Docteur *Sabine BAYEN*

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur *Robert VALENSI*

« La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Table des matières

INTRODUCTION	6
1 – Le tabac en France en quelques chiffres	6
2 – Les mesures préventives	6
3 – Les possibilités d’aides au sevrage tabagique en France	7
A - Les Centres de Soins d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie	7
B - Les structures hospitalières	8
C - Tabac Info Service (TIS)	8
D - En soins primaires.....	9
E - Des exemples de travail en équipe en soins primaires.....	10
4 – Mise en place du protocole d’aide au sevrage tabagique dans la MSP de Sin-le-Noble	12
5 – La consultation en binôme pluri professionnel	14
6 – Intérêt de la spirométrie pour le sevrage tabagique	14
7 – Financement de la consultation	15
8 – Les premiers résultats de la consultation en binôme	17
9 – Définition des objectifs	17
MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
1 – Le choix du groupe nominal	18
2 – Les participants	18
3 – L’inclusion des participants	19
4 – Organisation de la réunion	19
5 – La réunion	20
RÉSULTATS	22
1 – Ambiance de la réunion	22
2 – Listes des énoncés	22
3 – Priorité	24
4 – Popularité	25
5 – Détail des principaux résultats	26
A - La priorité.....	26
B - La popularité	27
C - Autres thèmes abordés.....	27
DISCUSSION	29
1 – Réponse à l’objectif principal	29
2 – Forces et faiblesses du travail	29
A - Forces.....	29
B - Faiblesses	30
3 – Analyse des résultats de l’étude	31
4 – Vers une analyse plus globale du protocole	36
A – Analyse du protocole initial	36
B – Le groupe nominal : les forces d’une méthode scientifique	37
C - L’importance de la pluri professionnalité.....	38
CONCLUSION	39

RÉFÉRENCES..... 40
ANNEXES..... 45

INTRODUCTION

1 – Le tabac en France en quelques chiffres

La lutte contre la consommation tabagique est un combat mené déjà depuis plusieurs années. Cependant les chiffres actuels de consommation et de morbidité lié au tabac incitent à continuer la prévention et l'aide au sevrage chez les individus fumeurs. Il a été estimé en 2013 que le tabac était responsable de 73000 décès. Le tabagisme représente la première cause de mortalité évitable, il est responsable de 25% des cancers, de 90% des cancers broncho-pulmonaires, et est aussi la cause principale de 85% des Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). En 2016, 35,1% des adultes déclaraient fumer, 29,4% quotidiennement ¹.

Depuis les années 2000, le nombre de fumeurs adultes entre 18 et 75 ans est relativement stable. Entre 2000 et 2005, on note une diminution progressive de 30% à 27,5% de la population, mais elle est temporaire car en 2010, le nombre de fumeurs remonte à 29,7%, qui était déjà le pourcentage en 2000. Depuis 2016, la diminution semble significative et cette fois plus rapide, car en un an seulement, on recense une diminution de 2,5 % les fumeurs quotidiens. Les baisses les plus significatives sont chez les jeunes. En effet chez les 18-24 ans, la baisse est de 4,6% ¹.

Il existe des différences de consommation selon le milieu social, l'âge et la région. En l'occurrence, la région Haut de France arrive par exemple seconde position, avec 30,5 % de fumeurs quotidiens. Sur le plan social en France, il y a dans les populations aux revenus les moins élevés 14% de fumeurs en plus que dans celles aux revenus les plus élevés. Enfin, la consommation diminue avec l'âge ¹.

2 – Les mesures préventives

Un certain nombre de mesures ont été entreprises par les pouvoirs publics pour aider les comportements à changer, et parvenir à diminuer la consommation tabagique en France.

La première législation sur le tabac correspond à la loi Veil en 1976 ², interdisant la publicité sur le tabac et le droit de fumer dans les lieux collectifs tels que les hôpitaux, les transports ou les écoles. La loi a été renforcée en 1991, avec la loi Évin. Celle-ci a notamment rendu

obligatoire la teneur en goudron sur les paquets de tabac ainsi que la mention « dangereux pour la santé ». Elle a rendu effective l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. Le tabac est devenu interdit à la vente chez les mineurs de moins de 16 ans, et les actions de prévention ont été renforcées. Le décret Bertrand en 2006 a renforcé les conditions d'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif². En 2016, un décret a été voté par l'assemblée pour créer le Fond de Lutte contre le tabac, actif depuis le 1er juillet de cette année-là. Celui-ci est financé par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Il contribue au financement des actions locales et nationales, et est mise en œuvre par l'Agence Régionale de Santé et l'Institut National du Cancer³.

Parmi ces mesures, depuis le 26 janvier 2016, la prescription des substituts nicotiques a été ouverte aux infirmiers, masseur-kinésithérapeutes et dentistes, en plus des médecins et sages-femmes⁴. De plus le plafonnement du remboursement des substituts nicotiques à hauteur de 65% par la sécurité sociale a été majoré en 2016 passant de 50 euros annuels à 150 euros. Depuis 1er janvier 2019 ce plafonnement a même été aboli. Si cette prescription a été généralisée, c'est la méthode pharmacologique qui a montré le plus d'efficacité (33) dans l'aide au sevrage tabagique, avec moins d'effets indésirables que le Bupropion ou la Varenicline.

C'est en cette même année 2016 que le mois sans tabac, au mois de novembre, a vu le jour, mois durant lesquels la actions de préventions sont majorés. De plus, ayant montré son efficacité en Australie, la vente de paquet de cigarette à emballage neutre a été rendu obligatoire depuis le 1er janvier 2017. Enfin, une des mesures qui s'installe de manière continue depuis déjà plusieurs années, est la majoration du prix du paquet de cigarettes, du tabac a roulé et autres tabacs.

3 – Les possibilités d'aides au sevrage tabagique en France

En France il existe plusieurs infrastructures mis à disposition du patient pour l'aide au sevrage tabagique.

A - Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) dans le cadre du sevrage tabagique mettent à disposition des consultations avec un membre de

leur équipe pluri professionnelle - infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, médecins - pour initier un sevrage tabagique. Toute personne formée en tabacologie et sur l'entretien motivationnel peut initier la prise en charge. Le médecin a une place identique aux autres en termes d'évaluation et de suivi mais joue un rôle secondaire de prescription et de dépistage de comorbidité. Une fois l'arrêt initié, les prises en charge diffèrent en fonction des centres et des compétences de chacun. Elle peut cumuler l'utilisation de substitut nicotinique, de thérapie cognitivo comportementale, acupuncture, d'hypnose. Les centres s'organisent afin d'offrir le plus de disponibilité et de régularité dans le suivi du patient.

B - Les structures hospitalières

Les structures hospitalières interviennent sur la prise en charge tabagique à différents niveaux. Elles peuvent proposer des actions de prévention sur le tabac dans des structures externes à l'hôpital ⁵ mais aussi à l'intérieur de l'hôpital et même avec la mise à disposition d'équipes mobiles au sein de l'hôpital pour aider les patients fumeurs hospitalisés. Par leur service d'addictologie le plus souvent, des équipes dédiées proposent aussi des consultations spécialisées d'aide au sevrage tabagique. Tout comme les CSAPA, leur action diffère en fonction des compétences de chacun, mais la pratique générale est de disposer de consultations individuelles avec tabacologue mais aussi de psychologues, de diététiciens, ou de proposer des actions de groupe, par l'intermédiaire de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Certains centres d'addictologie proposent des services d'hospitalisation, mais la prise en charge pour le tabac n'a lieu que dans de très rares cas.

C - Tabac Info Service (TIS)

Depuis 1998, une ligne téléphonique, Tabac Info Service (TIS), permet de dispenser des conseils au patient demandeur. Cette ligne téléphonique n'est plus surtaxée depuis 2005. Elle est générée par l'Institut National de Préventions en Santé (INPES). Le premier contact est un appel avec un conseiller qui peut envoyer de la documentation au fumeur, et lui proposer les coordonnées des tabacologues les plus proches. Ils peuvent aussi programmer des entretiens téléphoniques avec des tabacologues. En cas de mise en relation avec un tabacologue, un bilan initial est réalisé, puis des consultations de quinze minutes de suivi peuvent être organisées. Depuis 2005, Tabac Info Service a développé en ligne un site internet mettant à disposition de la documentation et des outils d'aide, pour renforcer la motivation ou aider au sevrage. Depuis 2015, une application mobile a été lancée pour

parvenir à toucher le plus jeune public. L'INPES publie en 2016, une étude sur l'efficacité à six mois d'un appel du tabac info service. 13161 personnes ont été rappelés, parmi elles 21,9% se déclaraient non-fumeur depuis au moins sept jours⁷. L'étude STAMP, est une étude randomisée sur l'efficacité de e coaching proposé sur le site de TIS par rapport à une documentation papier. Juger sur le sevrage tabagique à 7 jours, les résultats étaient significatifs pour le groupe de e coaching à trois mois, mais pas à six et douze mois⁸.

D - En soins primaires

Le rôle du médecin généraliste dans le cadre des soins primaires est en premier lieu le dépistage des patients fumeurs avant toute action préventive. Un travail en 2011 sur les dossiers médicaux de maître de stage franciliens⁹, montrait que seulement 52% des dossiers étaient renseignés sur la consommation tabagique, et que seulement 54% des fumeurs y étaient reportés fumeurs.

Le médecin généraliste peut intervenir de deux manières chez les patients fumeurs. À travers une prise en charge spécifique s'il est suffisamment formé, avec la réalisation d'entretien motivationnel, en instaurant un suivi régulier. D'autre part, à travers des interventions brèves dans la pratique courante, le médecin peut avoir recours au conseil minimal, qui consiste à demander au patient s'il veut arrêter de fumer. Cette dernière méthode utilisée seule n'a pas montré d'efficacité sur le sevrage⁹. Cependant, en association à des conseils à l'arrêt du tabac, à la quantification de la consommation, à l'évaluation d'un arrêt complet et à l'information sur les risques du tabac, cette méthode améliore l'efficacité du sevrage³². Dans la limite de ses compétences, il sert aussi de relai vers les tabacologues notamment en cas de poly addictions, d'échecs répétés, de comorbidités psychiatriques ou lorsqu'un suivi psychologique spécifique est nécessaire¹⁰. Le médecin généraliste exprime cependant des limites dans sa pratique¹¹. L'aide au sevrage tabagique est perçue comme chronophage et le médecin généraliste n'a pas suffisamment de temps pour s'y consacrer entièrement. A cela s'associe la perception du sevrage tabagique comme un processus complexe, dont le manque d'efficacité est perçu par certains médecins. De plus le manque de motivation du patient est fréquemment identifié comme un obstacle important. Les médecins généralistes estiment aussi ne pas être suffisamment formés. Certains médecins rapportent aussi une dégradation de leur relation avec le patient, en cas de messages répétés sur le sevrage tabagique, surtout dans un rôle préventif primaire, lorsque le patient ne ressent pas de problème en lien avec son tabagisme.

E - Des exemples de travail en équipe en soins primaires

En médecine libérale, depuis 2004 a été fondée l'association Action de Santé libérale en Équipe (ASALEE). Ce dispositif collaboratif permet de déléguer des actes de médecins généralistes vers les infirmiers de santé publique. Ils sont formés pour intervenir dans le secteur de la prévention, de l'éducation thérapeutique (ETP) et de l'éducation en santé. Ce dispositif est utilisé pour la prise en charge de pathologies chroniques telles que le diabète, la BPCO ou les pathologies cardiovasculaires, mais est aussi parfaitement adapté aux consultations sur l'usage de substances psychoactives et du tabac. Pour pouvoir demander leur action, les médecins doivent faire partie d'une maison de santé pluri-professionnelle (MSP), posséder un dossier patient partagé et mettre à disposition un bureau pour l'infirmier. C'est un dispositif gratuit pour le patient, avec des consultations longues, et le patient peut bénéficier d'autant de consultations qu'il le souhaite. L'accueil auprès des patients semble très positif comme le montre les résultats de deux thèses qualitatives étudiant le ressenti du patient pour des consultations de sevrage tabagique par le dispositif ASALEE^{12, 13}.

Au sein d'autres MSP il existe des protocoles de prévention en équipe ayant pour but de sensibiliser au sevrage tabagique. Par exemple le projet de l'association AVEC santé (Avenir des Équipes Coordonnées), qui a lancé à l'occasion du mois sans tabac le projet « bref, j'arrête de fumer ». Au sein de 37 MSP réunies sur 5 régions, tous les professionnels des MSP peuvent proposer chez les patients fumeurs majeurs de rentrer dans le protocole, même occasionnellement. L'objectif était d'inclure 60 patients par MSP. En cas d'acceptation, après une consultation initiale où l'approche motivationnelle était favorisée, le patient est encouragé à arrêter de fumer avec prescription de substitut nicotinique si besoin. Le suivi est organisé sur un an, avec un rappel téléphonique tous les 3 mois par un professionnel de santé de la MSP, afin d'évaluer les objectifs fixés, de rassurer le patient sur la difficulté du sevrage, d'identifier les obstacles et d'adapter les aides et méthodes. La méthode de rappel, les intervenants impliqués et le temps consacré sont libres pour chaque MSP. Les réponses sont retranscrites sur un questionnaire afin de pouvoir à distance analyser les résultats. Les premiers retours sont plutôt encourageants, avec notamment une satisfaction des patients sur le rappel. Il est aussi décrit que le travail de rappel et de retranscription est long et fastidieux¹⁴.

F - Les programmes d'éducation thérapeutique du patient

Que ce soit au sein des MSP ou en structure hospitalière, les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) se développent depuis plusieurs années. La définition de L'organisation mondiale de la santé (OMS) dit que l'ETP « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». C'est donc souvent dans le cadre de l'ETP à la BPCO qu'on retrouve des ateliers et des entretiens sur l'aide au sevrage tabagique. Un programme d'ETP se déroule en trois grandes phases. Une première qui consiste à une évaluation personnalisée des besoins du patient, une deuxième où il lui est proposé des ateliers individuels ou collectifs adaptés à ses besoins, et une troisième qui consiste en une évaluation finale individuelle. Certains travaux semblent montrer un intérêt dans le cadre du tabac, notamment chez les patients BPCO, par exemple sur deux études réalisées dans un dispensaire à Clermont Ferrand. L'une des études a comparé deux groupes de patients atteint de BPCO¹⁵, dans le cadre de la prise en charge du sevrage tabagique. Un groupe était pris en charge dans un protocole d'ETP, l'autre groupe non, sans plus de précisions. Les résultats montraient, à 90 et 180 jours du début du programme, un meilleur taux de sevrage tabagique dans le groupe ayant suivi un programme d'ETP. Une seconde étude de la même équipe sur un groupe de BPCO inclus dans un programme d'ETP sur la pathologie, étudie les critères de suivi de la BPCO. Elle semble montrer de manière significative une diminution de tous ces critères, dont la prévalence des patients tabagiques passe de 71% à 53%¹⁶.

G - Les Kinésithérapeutes

Dans les prises en charge décrites ci-dessus, la place des médecins et infirmiers est prépondérante et bien installée dans la prise en charge du sevrage tabagique. Leur action est aidée très fréquemment par les diététiciens et les psychologues. L'implication des kinésithérapeutes est cependant très faible et moins décrite dans le sevrage tabagique. Ils sont cependant acteurs, notamment dans la prise en charge de réhabilitation respiratoire chez les patients présentant une BPCO. En effet il a été évalué que leur place dans le dépistage de cette pathologie était possible³⁶. Les kinésithérapeutes sont encouragés à la formation par l'intermédiaire de leur Développement Professionnel Continu sur la prise en charge du sevrage tabagique⁴². Leur implication a été renforcée depuis 2016 avec l'autorisation de prescriptions de substituts nicotiques par la profession. En effet l'HAS

encourage tous les professionnels de santé à s'impliquer dans l'aide au sevrage tabagique.

4 – Mise en place du protocole d'aide au sevrage tabagique dans la MSP de Sin-le-Noble

Le déménagement de la MSP de Sin-le-Noble dans le département du Nord dans de nouveaux locaux en 2018, a permis d'entreprendre une nouvelle dynamique de travail en équipe. Une MSP doit répondre à un cahier des charges, incluant le fait de se réunir au moins une fois par mois entre professionnels dans le cadre de la coordination pluri professionnelle et de développer des actions de santé prioritaire.

Ces réunions de consultation pluri professionnelle (RCP) ont lieu au sein de la MSP, durant lesquelles un professionnel de la maison de santé expose aux autres professionnels une situation complexe à laquelle il a été confronté. L'objectif est de mettre en place une réflexion coordonnée pluri professionnelle. Cela permet aussi d'harmoniser les pratiques de chacun des intervenants. Au cours des RCP, une des problématiques récurrentes est l'accompagnement vers le sevrage tabagique des patients fumeurs. Et cela a motivé l'équipe à définir l'aide au sevrage tabagique comme une action de santé prioritaire.

La réflexion des professionnels de santé de l'équipe de la MSP a mené à créer une nouvelle consultation à partir de juin 2018, réalisée en binôme pluri professionnel et dédiée à l'aide au sevrage des patients tabagiques de plus de 18 ans. Le choix de la pluri professionnalité a été fait afin d'harmoniser le discours de chaque intervenant et de confronter les pratiques professionnelles de chacun. Le protocole consiste à repérer à travers les dossiers médicaux et durant les consultations de tous les professionnels, les patients fumeurs de plus de dix-huit ans. Les secrétaires participent aussi au recrutement, en proposant cette consultation aux patients qu'elles connaissent fumeurs au sein de la MSP. Il est proposé à chacun de participer à une consultation d'aide au sevrage tabagique avec la possibilité de « mesurer leur souffle ». Il leur est alors remis une documentation papier sur le mode de fonctionnement de la consultation. Les consultations ont lieu une fois par mois et sont réalisées par un binôme composé d'un médecin généraliste et d'un professionnel paramédical, à ce jour infirmier ou kinésithérapeute. La coordinatrice de soin prévoit les dates tous les trois mois, et demande la disponibilité des professionnels. Les binômes sont donc formés sur la base du volontariat et ne sont jamais identiques. Un horaire de consultation est fixé, souvent l'après-midi, sur une plage de deux heures, mais le binôme

peut la modifier en fonction de ses préférences. Cela peut impliquer une modification de l'horaire de consultation initiale demandée par le patient.

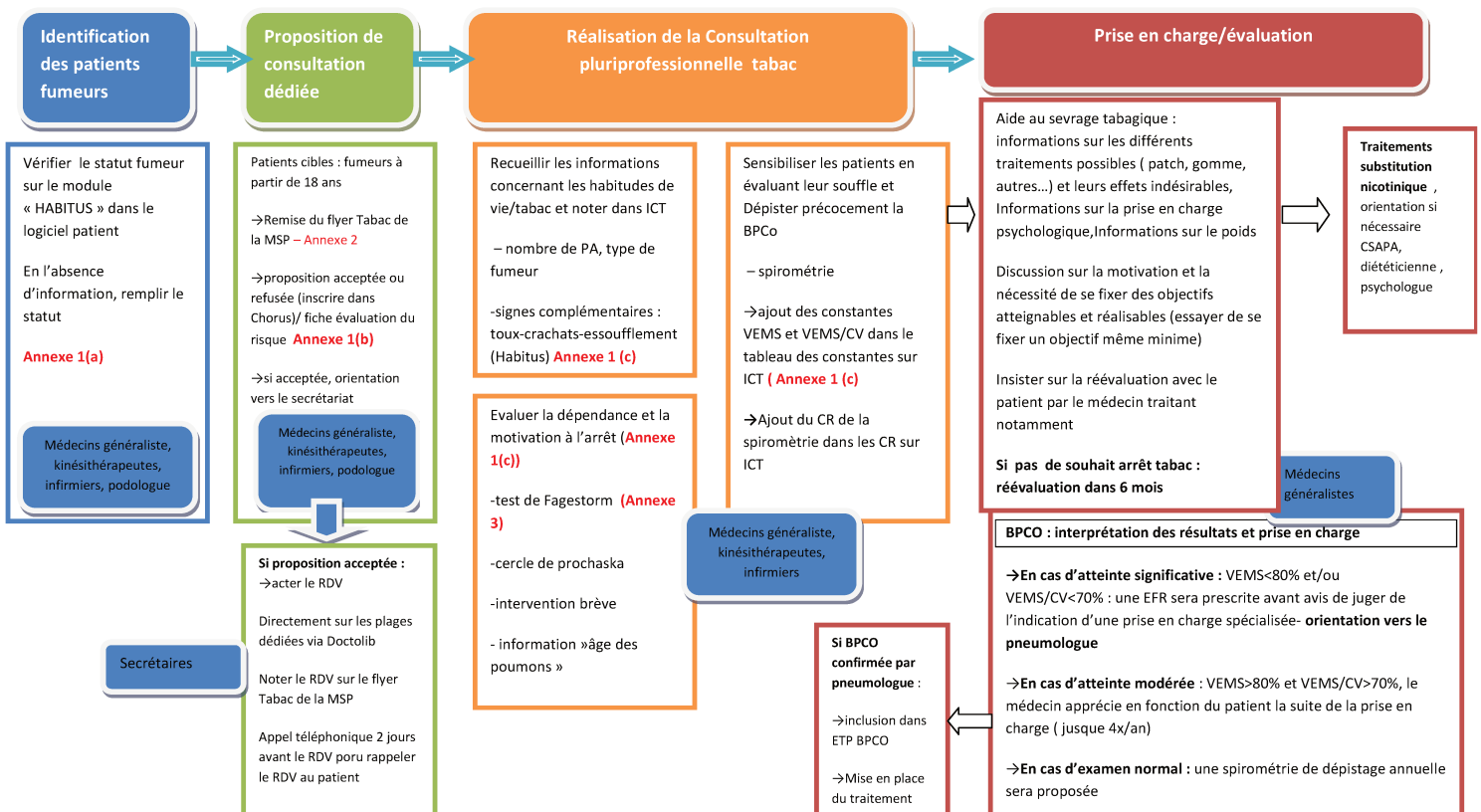
Lors de la consultation, l'objectif du binôme est de récolter les informations sur la consommation tabagique actuelle du patient et ses objectifs à venir, de sa motivation, de ses habitudes de vie, mais sous la forme d'une conversation et non d'un interrogatoire formalisé. Pour cela, une trame informatique est créée spécialement pour aider le binôme à diriger la discussion et permettre de consigner toutes les informations. Ensuite chaque patient réalise une spirométrie, tous les professionnels ayant reçu une formation sur sa réalisation et son interprétation. L'équipe a choisi de réaliser cet examen pour aider à la motivation vers le sevrage tabagique. Mais c'est aussi bien sûr l'outil de dépistage de la BPCO. Le protocole a défini qu'en cas de positivité de BPCO que les patients soient orientés vers un pneumologue. À l'issue de cette consultation, si le patient souhaite arrêter de fumer, une prescription de substitut nicotinique lui est proposée, et il est encouragé à être suivi rapidement par son médecin traitant pour une réévaluation. En cas de motivation insuffisante, il est prévu que le patient soit rappelé dans un délai de trois à six mois.

AVENIR SANTÉ +

PROTOCOLE DEPISTAGE PRECOCE DE LA BPCO ET D'ACCOMPAGNEMENT DES FUMEURS AU SEVRAGE TABAGIQUE

- V 1.2- décembre 2019

Maison de Santé pluriprofessionnelle AVENIR SANTE
413 avenue de la liberté- 59450 SIN LE NOBLE



5 – La consultation en binôme pluri professionnel

La consultation en binôme ou consultation conjointe, est un processus que l'on retrouve dans les prises en charge complexes. Les binômes recensés dans la littérature sont essentiellement médico psychologiques ou médico psychiatriques. Les consultations en binômes sont le plus souvent créées dans les consultations de la douleur^{37,38}, mais aussi pour des prises en charge plus spécifiques comme les acouphènes, les syndromes d'hyperactivité et autres. Il n'a pas été trouvé dans la littérature d'équivalent de consultation au sein d'une MSP, ni d'association de médecin avec des infirmiers ou kinésithérapeutes. On trouve cependant des similitudes entre les consultations d'aide au sevrage tabagique et celles de prise en charge de la douleur, dans leur approche complexe et multifactorielle. En effet, le sevrage tabagique est difficile et de nombreux freins sont identifiés³⁹, tel que la peur de grossir, d'être stressé ou triste, de ne pas réussir, de perdre son identité, de perdre des moments agréables, etc. L'ensemble de ces signes cliniques et psychologiques en font une prise en charge complexe, où la pluri professionnalité prend donc tout son sens. Dans le protocole mis en place à Sin-le-Noble, l'intérêt du binôme est double. À la fois de profiter des compétences de chaque professionnel pouvant motiver ou aider au sevrage tabagique, mais aussi d'harmoniser et d'investir tous les professionnels au même niveau, dans la quête d'un même objectif.

6 – Intérêt de la spirométrie pour le sevrage tabagique

La spirométrie est l'outil de référence pour le dépistage des troubles ventilatoire obstructif (TVO) comme décrit dans les recommandations HAS¹⁷. Le diagnostic de la BPCO repose le rapport VEMS / CV inférieur à 70% après l'administration d'un bronchodilatateur. Cependant, le dépistage de la BPCO n'est bien qu'un objectif secondaire de la consultation. L'objectif principal étant l'accompagnement au sevrage tabagique. Pour cela l'intérêt de la spirométrie a fait l'objet de plusieurs études.

L'idée de l'utilisation de la spirométrie en lien avec le sevrage tabagique a germé à partir des années 90. Une étude en 1991 en Italie¹⁸ sur 923 fumeurs n'a pas montré de différence significative en termes de sevrage tabagique à un an, entre un groupe de fumeurs réalisant une spirométrie associée à des conseils personnalisés sur l'arrêt du tabac, un groupe ne recevant que les conseils personnalisés, et d'un dernier groupe ne recevant qu'un bref conseil médical. Une étude comparable est réalisée aux États Unis en 1999 aboutissant à

un résultat similaire¹⁹.

En Pologne, une équipe a réalisé une même étude^{20,22} à quelques années d'intervalle intégrant des patients fumeurs de plus de 40 ans fumant plus de 10 paquets année, et ayant bénéficié d'une spirométrie et de conseils sur le sevrage tabagique. L'équipe comparait le sevrage tabagique de deux groupes, l'un étant diagnostiqué de BPCO, l'autre non. Les taux de sevrage tabagique sur la 1ère étude étaient de 10% dans le groupe BPCO contre 8,4% dans l'autre. Dans la seconde étude, incluant plus de patients, le taux de sevrage était de 16,3% dans le groupe BPCO contre 12% dans l'autre groupe.

En 2008 dans l'étude de Parks²³, une nouvelle notion est intégrée en plus des résultats spirométriques, celle de notion d'âge pulmonaire. L'étude a recruté 561 fumeurs de plus de 35 ans à réaliser une spirométrie. Ils sont ensuite répartis en deux groupes, un groupe contrôle à qui les résultats de spirométrie sont envoyés par courrier à leur demande et à qui il est proposé de faire un contrôle à un an. Un second groupe qui reçoit une information détaillée à l'oral avec des courbes (courbe de Fletcher) et à qui on donne leur âge pulmonaire. Un an après, le groupe contrôle comprend 6,4% de patients sevrés, contre 13,6% sur le groupe ayant eu une intervention plus précise.

La revue Cochrane a réalisé plusieurs méta analyses^{21,24,25}, dont l'objectif est de rassembler des travaux ayant recours à l'utilisation de la spirométrie, de la mesure du CO expiré, du test de sensibilité génétique au cancer broncho pulmonaire, du dosage de la cotinine urinaire chez les enfants des fumeurs, d'une échographie doppler artériels, pour savoir si l'utilisation de ces outils peut être corrélée avec un sevrage tabagique. Sur toute celles étudiées, seule l'étude incluant la spirométrie associée à la notion d'âge pulmonaire met en évidence une amélioration statistique significative, comme outil biomédical dans l'aide au sevrage tabagique.

7 – Financement de la consultation

Les membres de la MSP ont dans un premier temps dû adapter le moyen de financement tel qu'ils le pouvaient pour que leur projet voit le jour. A l'origine, seule la cotation de consultation médicale avec la spirométrie permettait de rémunérer les professionnels. Par l'intermédiaire d'un financement à la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), structure administrative de la MSP qui permet notamment de percevoir des

financements publics et les redistribuer entre ses membres, les médecins reversaient une partie de la cotation à l'infirmier ou le kinésithérapeute qui participait à la consultation. C'est grâce à cette méthode trouvée en interne que les consultations ont pu se mettre en place du mois de juin 2018 jusqu'à la fin de cette même année.

C'est donc dans un second temps que la MSP a répondu à un appel à projet auprès de l'ARS, par l'intermédiaire de leur coordinatrice de soin. Un accord est trouvé en décembre 2018 et une convention est signée jusqu'en juin 2022. L'ARS donne son accord dans le cadre du Programme Régional de Santé 2018-2028 car il répond au moins à l'un des trois critères suivants :

- Lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé
- La santé des jeunes
- La prévention des maladies et la promotion des comportements favorables à la santé

Dans cet appel à projet, un budget prévisionnel est établi. L'ARS définit une enveloppe pour trois ans qui est répartie par l'équipe pour les différentes actions du protocole. Une partie est dédiée à la formation des professionnels de santé participants au projet, notamment sur l'utilisation de la spirométrie et l'interprétation des résultats et l'utilisation d'un Co-testeur. Pour les formations, les médecins généralistes sont rémunérés par l'intermédiaire de l'agence du Développement Professionnel Continu (DPC), et l'enveloppe de l'ARS permet de rémunérer les autres professionnels de santé qui sont les kinésithérapeutes ainsi que les infirmiers. Une autre partie du budget est dédiée à la rémunération des professionnels durant la consultation. La consultation de spirométrie fait partie d'une cotation de sécurité sociale revenant au médecin généraliste, et l'enveloppe permet le financement de l'autre professionnel de santé formant le binôme sous forme d'un forfait. Il est même prévu un dédommagement à hauteur de deux consultations, pour celles non honorées par les patients. Pour ce projet, il a été décidé dans le budget une valorisation de cinq euros par consultation pour chaque professionnel. Une partie du budget permet d'indemniser la coordinatrice de soin pour l'organisation générale de ce protocole et les secrétaires qui participent à la planification des consultations. Le reste du budget sert à la communication autour de la consultation, le financement du matériel et des consommables (embout de spirométrie...) ou encore à la location du local permettant la consultation. Une partie du budget n'a pas été utilisée jusqu'ici, mais est prévu pour de nouvelles formations, ou pour la participation d'intervenants extérieurs. Pour cela le budget doit être réactualisé en 2020. En effet L'ARS réévalue le budget deux après le début du projet.

8 – Les premiers résultats de la consultation en binôme

Un recueil de l'activité des consultations qui ont eu lieu entre juin 2018 et la fin du mois d'octobre 2019 a été réalisé pour évaluer l'efficacité de cette consultation. Les résultats des patients qui ont participé à la consultation en binôme sont déclaratifs, et cette déclaration est informée dans le dossier médical informatisé des médecins généralistes dans la trame de leurs consultations quotidiennes. Il n'y avait cependant pas de protocole de recueil de ces données, ni de comparaison avec un groupe témoin. Le recueil de l'activité a été réalisé par un ancien interne de la MSP ainsi qu'un médecin assistant, tous deux ne participant pas aux consultations en binôme. Un total de 96 patients a été vu lors de ces consultations, mais 8 étaient considérés comme hors protocole. Il y a donc 88 patients analysés. Parmi eux, 21,6% n'a pas diminué sa consommation tabagique, 8% a diminué puis repris une même consommation, 33% a diminué, 17% a déclaré un sevrage complet, et on ne connaît pas le statut de 20,4% d'entre eux. Parmi ces quatre-vingt-huit patients, dix-huit ont été dépistés de BPCO après la réalisation de la spirométrie. Six d'entre eux ont été confirmés après consultation chez le pneumologue, deux non confirmés, et dix patients n'ont pas eu de consultation par un pneumologue. Parmi ces dix-huit patients dépistés de BPCO, 11% n'a pas diminué sa consommation tabagique, 44% a diminué, 6% a diminué puis repris à la même consommation, 22% a déclaré être sevré, et on ne connaît pas le statut de 17% d'entre eux.

Il est important de noter que si 96 patients ont été vus en consultation, 33 ne s'y sont pas présentés, ce qui correspond à un taux d'absentéisme de 25,6%.

9 – Définition des objectifs

Ce travail est venu de l'idée d'un des médecins généralistes de cette équipe. L'objectif principal est de définir les améliorations jugées prioritaires de ce protocole d'aide au sevrage tabagique, par les professionnels y participant.

Les objectifs secondaires sont de développer un début de réflexion à leur mise en place une fois qu'elles sont identifiées. Mais aussi de prendre un peu de recul et d'amorcer une critique constructive de ce qui s'est fait jusqu'ici. Ce travail est complémentaire d'une autre thèse visant à évaluer la satisfaction des patients ayant participé à ces consultations depuis leur mise en place.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 – Le choix du groupe nominal

La technique du Groupe Nominal est une méthode qui date de la fin des années 1960²⁶ créée par André Delbecq et Andrew Van de Ven, deux professeurs d'université américaine. Ils ont mené sur un groupe de 420 personnes une recherche psychométrique mettant en évidence une supériorité de la technique du groupe nominal dans les processus de décisions d'un groupe par rapport à la quantité d'idées exprimées. L'avantage de cette méthode est de réunir dans un groupe homogène, des gens venant de groupes différents - ici leur profession - et d'établir un consensus autour d'une question commune.

2 – Les participants

Le groupe d'expert

Spécialité	Genre	Âge	Ancienneté dans la MSP
Infirmier	Homme	54 ans	30 ans
Infirmier	Femme	45 ans	4 ans
Infirmier	Homme	63 ans	41 ans
Coordinateur de soins	Femme	40 ans	5 ans
Kinésithérapeute	Homme	31 ans	8 ans
Kinésithérapeute	Homme	40 ans	19 ans
Médecin généraliste	Homme	40 ans	11 ans
Médecin généraliste	Homme	60 ans	33 ans
Médecin généraliste	Femme	31ans	4 ans
Médecin généraliste assistant	Homme	30 ans	5 ans
Secrétaire	Femme	53 ans	15 ans
Secrétaire	Femme	45 ans	3 ans

L'animateur

Médecin généraliste, homme, 40 ans, extérieur à la MSP.

Scripte

Assistante médicale, femme, 1 an d'ancienneté dans la MSP.

Observateur

Médecin généraliste, homme, 30 ans, ancien interne de la MSP.

3 – L'inclusion des participants

Nous avons choisi d'inclure comme experts toutes les personnes ayant participé au protocole. Le groupe réunit des professions différentes, dont seul un des experts a déjà participé à une réunion de ce type. Il y a bien sûr tous les professionnels de santé qui réalisent les consultations - dont quatre médecins généralistes, deux kinésithérapeutes et trois infirmiers.

Les deux secrétaires ont été incluses pour leur participation à l'organisation et notamment la gestion des rendez-vous, servant de relais entre les patients et les professionnels de santé. La coordinatrice de soin de la maison de santé fait partie des experts car elle est impliquée dans le processus de la création, de la rédaction du protocole et participe activement à son développement.

Le choix de l'animateur lors de la réunion présentielle est déterminant. Son objectif est de canaliser les différents participants souvent engagés sur le sujet. Il a pour objectif de limiter le débat, de permettre à tout le monde de s'exprimer et de recentrer le travail autour de la technique qui est standardisée. Nous avons choisi ici un médecin généraliste ayant l'expérience de l'animation de ces groupes, et qui est totalement extérieur au protocole.

4 – Organisation de la réunion

Un des avantages de cette méthode est de réussir à établir un consensus auprès d'un groupe, ici composé de 11 individus (un des experts était absent), dans un temps relativement court. Pour cela la méthode doit être rigoureuse et préparée à l'avance.

Ici, il a été décidé de réunir tous les experts dans la salle de réunion de la MSP de Sin-le-Noble, sur l'heure du déjeuner entre les temps de consultation de chacun. Pour économiser ce temps au maximum, d'environ 2h non extensible, la question nominale a été envoyée par mail à chaque expert une semaine avant la réunion présentielle en leur proposant de m'adresser par mail leurs premières propositions. Il leur a été bien rappelé de ne pas communiquer entre eux sur les propositions en amont de la réunion. La question nominale qui a été établie devait être une question claire, précise et induisant des propositions de même ordre chez tous les participants. Cette question doit être validée par des personnes ayant les mêmes caractéristiques que ceux constituant le groupe d'experts.

Celle choisie pour ce travail est : quelles propositions pourriez-vous faire pour améliorer en tout point le protocole tabac ? En amont de la réunion, les propositions de seulement trois experts ont été envoyées par mails avant, qui ont été reformulées sous forme d'une phrase courte n'exprimant qu'une idée.

5 – La réunion

Introduction de l'animateur

À partir du moment où les experts, l'observateur et le scripte étaient installés autour de la table, (un absent prévenu, et un retard d'une dizaine de minute), l'animateur a expliqué l'objectif du travail, la méthode utilisée et son déroulement. Il a ensuite rappelé à tout le monde la question nominale.

Production des énoncés

Les experts prennent le temps de formuler sur une feuille de papier sur laquelle la question nominale leur a été rappelée, toutes les propositions auxquelles ils ont réfléchi en amont, ou qu'ils formulent le jour même. Ce temps de réflexion est réalisé dans le silence et individuellement.

Restitution des réponses

Cette troisième étape consiste à faire plusieurs tours de table et que chaque expert restitue l'une de ses propositions à haute voix, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucune proposition. A ce moment les énoncés déjà proposés par trois d'entre eux en amont de la réunion ont été affichés sur rétroprojecteur. Chaque énoncé est donc noté tel que décrit par le participant à la suite des autres et numéroté.

Clarification des énoncés

Elle correspond à l'étape la plus longue, qui a débuté après environ une heure de réunion. Elle nécessite pourtant le plus de concentration des experts pour que chaque énoncé soit clarifié par le groupe, n'exprime qu'une seule idée, et soit compréhensible par tous de la même manière. C'est à cette étape que l'expérience de l'animateur est primordiale, car le but est de clarifier, sans débattre sur l'avis de chacun sur les énoncés.

Le vote

Un vote est réalisé ensuite afin de prioriser les propositions faites par l'ensemble du groupe. Nous avons choisi de faire ressortir les cinq prioritaires. Pour cela 5 cartons ont été remis à chaque expert. Sur chacun d'entre eux ils devaient noter un énoncé avec son numéro, et lui attribuer une cotation. La cotation est de 5 points pour celle qu'il veut faire passer en priorité, 4 points pour la seconde et ainsi de suite jusqu'à un point pour celle qu'il estime comme être la cinquième en ordre de priorité. À l'issue de ce vote, nous avons procédé à un dépouillement et attribué un nombre de point à chaque énoncé.

Si le temps le permet, il est théoriquement possible à l'issue du dépouillement de réaliser un temps de discussion, pendant lequel le débat est ouvert sur l'intérêt que chacun porte aux différents énoncés et sur une discussion autour des résultats du vote. Dans ce travail, les experts ont dû rejoindre leurs obligations professionnelles, et nous n'avons pas eu le temps de réaliser ce temps d'échange.

RÉSULTATS

1 – Ambiance de la réunion

La réunion a pu démarrer à l'heure initialement prévue, seule une personne s'est présentée avec un retard d'une dizaine de minute, ce qui n'a pas compromis le bon déroulement de la réunion. L'ambiance était détendue, car tous les experts se connaissent depuis plusieurs années. L'animateur, extérieur à la MSP, a permis d'apporter plus d'autorité dès le début de la réunion. La partie de production des énoncés s'est déroulée dans le silence, chacun respectant parfaitement les règles. C'est dans les phases de restitution et de clarification où la présence de l'animateur a été le plus utile. La toute première proposition restituée par un des experts, à provoquer un petit rire de jugement chez un autre, amenant de la gêne chez ce premier. L'animateur a très vite expliqué à nouveau les règles pour que la méthode soit respectée. Pendant la phase de clarification, il a aussi permis de stopper des débats naissants. Après deux heures de réunion avec une concentration maximale de tous les participants, malgré la fatigue qui s'est fait sentir, l'investissement de chacun a été total tout du long. La réunion s'est de manière générale déroulée dans la plus grande collaboration et dans une bonne ambiance.

2 – Listes des énoncés

La liste des énoncés après la phase de rectifications comprend 42 énoncés.

- 1 - Proposer deux consultations par mois et davantage pendant le mois sans tabac
- 2 - Utiliser le CO-testeur à chaque consultation
- 3 - Travailler sur un profil de patient à qui on propose la consultation
- 4 - Augmenter la durée de consultation
- 5 - Inter changer les rôles dans la consultation pluri professionnelle
- 6 - Améliorer le filtre type de la consultation
- 7 - Respecter plus strictement les critères d'inclusion
- 8 - Informer concrètement les patients sur le déroulement de la consultation
- 9 - Organiser un temps de débriefing pour le binôme en fin de séquence
- 10 - Organiser l'agenda du professionnel de santé pour le suivi téléphonique
- 11 - Pérenniser l'action pour ne pas qu'elle s'arrête
- 12 - Communiquer sur la consultation en binôme libéral pour l'étendre à d'autres domaines
- 13 - Étendre le protocole via les CPTS
- 14 - Travailler l'image de la MSP et parler de ses actions
- 15 - Savoir qui a orienté le patient pour établir des statistiques et lutter contre l'absentéisme

- 16 - En tant que médecin, éviter d'avoir ses patients en consultation
- 17 - Proposer la présence du conjoint lors de la consultation
- 18 - Mettre en place un questionnaire de pré-entretien en salle d'attente
- 19 - Organiser le suivi téléphonique par un autre intermédiaire que les professionnels de santé
- 20 - Ne pas séparer le binôme pendant la consultation
- 21 - Planifier les consultations au trimestre pour mieux communiquer
- 22 - Avoir une assistante médicale pendant la consultation pour saisie de données
- 23 - Mettre en place des fiches d'inclusion dans chaque bureau
- 24 - Avoir à disposition la liste des patients déjà inclus pour améliorer le recrutement
- 25 - Mettre en place un peu plus de documentation à l'arrêt du tabac
- 26 - Avoir un retour sur le suivi post consultation pour le professionnel concerné
- 27 - Proposer des plages horaires plus adaptés aux professionnels et aux patients pour améliorer l'assiduité (fin de journée)
- 28 - Améliorer le recueil d'indicateur pour l'évaluation
- 29 - Améliorer le déroulement de la consultation avec une trame
- 30 - Penser à inclure les patients exposés au tabagisme passif
- 30 - Pré remplir la fiche patiente informatique avant la consultation sur le logiciel de spirométrie
- 32 - Instaurer une deuxième consultation à distance dans le cadre du suivi
- 33 - Prévoir un temps pour discuter des vaccinations et des consultations spécialisées si besoin
- 34 - Spécifier que c'est une consultation tabac et pas avec le médecin traitant
- 35 - Réfléchir à l'utilité d'instaurer de nouveaux tests
- 36 - Informer les patients de la possibilité d'une consultation en tabacologie
- 37 - Avoir un message ou un slogan clair et unique
- 38 - Finir les consultations sur une note positive avec de l'espoir
- 39 - S'assurer de la fiabilité de l'appareil de spirométrie
- 40 - Initier les nouveaux professionnels à s'approprier le protocole
- 41 - Proposer un accompagnement pluri professionnel en post consultation (clarification, groupe de patients, rappel)
- 42 - Identifier les besoins spécifiques de formations des professionnels adaptés au protocole (substituts, spirométrie, motivation)

3 – Priorité

Les propositions jugées prioritaires sont les 5 propositions ayant recueilli le plus de points.

Rg	N°	Intitulé	Nbre de pts	Citation
1	41	Proposer un accompagnement pluriprofessionnel en post consultation (clarification, groupe de patients, rappel)	24	6
2	42	Identifier les besoins spécifiques de formations des professionnels adaptés au protocole(substituts, spirométrie, motivation)	22	6
3	1	Proposer deux consultations par mois et davantage pendant le mois sans tabac	22	6
4	11	Pérenniser l'action pour ne pas qu'elle s'arrête	12	5
5	27	Proposer des plages horaires plus adaptés aux professionnels et aux patients pour améliorer l'assiduité (fin de journée)	10	3
6	2	Utiliser le CO-testeur à chaque consultation	8	3
7	28	Améliorer le recueil d'indicateur pour l'évaluation	8	2
8	32	Instaurer une deuxième consultation à distance dans le cadre du suivi	7	3
9	21	Planifier les consultations au trimestre pour mieux communiquer	6	2
10	4	Augmenter la durée de consultation	5	1
11	8	Informers concrètement les patients sur le déroulement de la consultation	5	3
12	19	Organiser le suivi téléphonique par un autre intermédiaire que les professionnels de santé	5	1
13	23	Mettre en place des fiches d'inclusion dans chaque bureau	5	2
14	22	Avoir une assistante médicale pendant la consultation pour saisie de données	4	1
15	25	Mettre en place un peu plus de documentation à l'arrêt du tabac	4	1
16	26	Avoir un retour sur le suivi post consultation pour le professionnel concerné	4	1
17	35	Réfléchir à l'utilité d'instaurer de nouveaux tests	3	1
18	24	Avoir à disposition la liste des patients déjà inclus pour améliorer le recrutement	2	1
19	29	Améliorer le déroulement de la consultation avec une trame	2	1
20	34	Spécifier que c'est une consultation tabac et pas avec le médecin traitant	2	1
21	9	Organiser un temps de débriefing pour le binôme en fin de séquence	1	1
22	13	Étendre le protocole via les CPTS	1	1
23	31	Pré remplir la fiche patient informatique avant la consultation sur le logiciel de spirométrie	1	1
24	33	Prévoir un temps pour discuter des vaccinations et des consultations spécialisées si besoin	1	1
25	38	Finir les consultations sur une note positive avec de l'espoir	1	1
26	3	Travailler sur un profil de patient à qui on propose la consultation	0	0
27	5	Interchanger les rôles dans la consultation pluriprofessionnelle	0	0
28	6	Améliorer le filtre type de la consultation	0	0
29	7	Respecter plus strictement les critères d'inclusion	0	0
30	10	Organiser l'agenda du professionnel de santé pour le suivi téléphonique	0	0
31	12	Communiquer sur la consultation en binôme libéral pour l'étendre à d'autres domaines	0	0
32	14	Travailler l'image de la MSP et parler de ses actions	0	0
33	15	Savoir qui a orienté le patient pour établir des statistiques et lutter contre l'absentéisme	0	0
34	16	En tant que médecin, éviter d'avoir ses patients en consultation	0	0
35	17	Proposer la présence du conjoint lors de la consultation	0	0
36	18	Mettre en place un questionnaire de pré-entretien en salle d'attente	0	0
37	20	Ne pas séparer le binôme pendant la consultation	0	0
38	30	Penser à inclure les patients exposés au tabagisme passif	0	0
39	36	Informers les patients de la possibilité d'une consultation en tabacologie	0	0
40	37	Avoir un message ou un slogan clair et unique	0	0
41	39	S'assurer de la fiabilité de l'appareil de spirométrie	0	0
42	40	Initier les nouveaux professionnels à s'approprier le protocole	0	0

4 – Popularité

Un deuxième classement peut être établi, qui consiste à juger les propositions les plus populaires indépendamment du nombre de point qu'elles ont reçu, mais par le nombre de citations reçues (nombre de vote).

Rg	N°	Intitulé	Nbre de pts	Citation
1	41	Proposer un accompagnement pluriprofessionnel en post consultation (clarification, groupe de patients, rappel)	24	6
2	42	Identifier les besoins spécifiques de formations des professionnels adaptés au protocole(substituts, spirométrie, motivation)	22	6
3	1	Proposer deux consultations par mois et davantage pendant le mois sans tabac	22	6
4	11	Pérenniser l'action pour ne pas qu'elle s'arrête	12	5
5	27	Proposer des plages horaires plus adaptés aux professionnels et aux patients pour améliorer l'assiduité (fin de journée)	10	3
6	2	Utiliser le CO-testeur à chaque consultation	8	3
7	32	Instaurer une deuxième consultation à distance dans le cadre du suivi	7	3
8	8	Informier concrètement les patients sur le déroulement de la consultation	5	3
9	28	Améliorer le recueil d'indicateur pour l'évaluation	8	2
10	21	Planifier les consultations au trimestre pour mieux communiquer	6	2
11	23	Mettre en place des fiches d'inclusion dans chaque bureau	5	2
12	4	Augmenter la durée de consultation	5	1
13	19	Organiser le suivi téléphonique par un autre intermédiaire que les professionnels de santé	5	1
14	22	Avoir une assistante médicale pendant la consultation pour saisie de données	4	1
15	25	Mettre en place un peu plus de documentation à l'arrêt du tabac	4	1
16	26	Avoir un retour sur le suivi post consultation pour le professionnel concerné	4	1
17	35	Réfléchir à l'utilité d'instaurer de nouveaux tests	3	1
18	24	Avoir à disposition la liste des patients déjà inclus pour améliorer le recrutement	2	1
19	29	Améliorer le déroulement de la consultation avec une trame	2	1
20	34	Spécifier que c'est une consultation tabac et pas avec le médecin traitant	2	1
21	9	Organiser un temps de débriefing pour le binôme en fin de séquence	1	1
22	13	Étendre le protocole via les CPTS	1	1
23	31	Pré remplir la fiche patient informatique avant la consultation sur le logiciel de spirométrie	1	1
24	33	Prévoir un temps pour discuter des vaccinations et des consultations spécialisées si besoin	1	1
25	38	Finir les consultations sur une note positive avec de l'espoir	1	1
26	3	Travailler sur un profil de patient à qui on propose la consultation	0	0
27	5	Interchanger les rôles dans la consultation pluriprofessionnelle	0	0
28	6	Améliorer le filtre type de la consultation	0	0
29	7	Respecter plus strictement les critères d'inclusion	0	0
30	10	Organiser l'agenda du professionnel de santé pour le suivi téléphonique	0	0
31	12	Communiquer sur la consultation en binôme libéral pour l'étendre à d'autres domaines	0	0
32	14	Travailler l'image de la MSP et parler de ses actions	0	0
33	15	Savoir qui a orienté le patient pour établir des statistiques et lutter contre l'absentéisme	0	0
34	16	En tant que médecin, éviter d'avoir ses patients en consultation	0	0
35	17	Proposer la présence du conjoint lors de la consultation	0	0
36	18	Mettre en place un questionnaire de pré-entretien en salle d'attente	0	0
37	20	Ne pas séparer le binôme pendant la consultation	0	0
38	30	Penser à inclure les patients exposés au tabagisme passif	0	0
39	36	Informier les patients de la possibilité d'une consultation en tabacologie	0	0
40	37	Avoir un message ou un slogan clair et unique	0	0
41	39	S'assurer de la fiabilité de l'appareil de spirométrie	0	0
42	40	Initier les nouveaux professionnels à s'approprier le protocole	0	0

5 – Détail des principaux résultats

A - La priorité

La proposition ayant reçu le plus de points durant le vote est de la numéro 41 « Proposer un accompagnement pluri professionnel en post consultation », avec vingt-quatre points. Cette proposition est issue de la synthèse de deux propositions initiales « Simplifier le suivi » et « Améliorer le rappel des patients 6 mois plus tard », ayant eu lieu durant la phase de clarification des énoncés. La notion de pluri professionnalité a été rajoutée afin de bien distinguer le suivi du patient de celui qui peut être effectué par son médecin traitant. La proposition 32 « Instaurer une deuxième consultation dans le cadre du suivi » a suscité un débat, mais n'a pas été intégrée à cette proposition. En effet, selon les experts, l'accompagnement ne doit pas se cantonner à une consultation, car elle peut par exemple revêtir la forme d'un appel. Faisant partie de la même thématique, la proposition « Organiser un suivi téléphonique par un autre intermédiaire que les professionnels de santé » n'a pas été regroupée, et a récolté un vote de 5 points.

Le thème de la formation a lui aussi nécessité une clarification. Tous les énoncés initiaux concernant ce thème ont été réunis autour de l'énoncé 42, présent dans la liste initiale, qui était « Identifier le besoin de formation des professionnels de santé ». Les autres énoncés regroupés correspondaient à des demandes de formations supplémentaires plus ciblés sur la spirométrie, la motivation à l'arrêt du tabac et la prescription des substituts nicotiniques. Tout comme l'organisation du suivi, c'est une thématique et donc un énoncé qui a été jugé prioritaire par les experts, en récoltant 22 points.

L'énoncé 1 « Proposer deux consultations par mois et d'avantage de consultations durant le mois sans tabac » est arrivée troisième dans le classement par priorité. Il est issu du regroupement par les experts de « Deux consultation par mois » et « D'avantage de consultation durant le mois sans tabac ». Cet énoncé a récolté autant de points que le précédent, et autant de votes, mais a été placé en troisième car il a reçu moins de votes de cinq points (un contre deux pour celui sur la formation).

La quatrième priorité à l'issue du vote, est de « Pérenniser l'action pour ne pas qu'elle s'arrête ». C'est une proposition initiale, qui n'a suscité aucune discussion et qui a récolté 12 points.

L'énoncé qui arrive au cinquième rang des priorités, est de « Proposer des plages horaires plus adaptées aux professionnels et aux patients pour améliorer l'assiduité ». C'est un énoncé qui a été regroupé avec « Proposer des créneaux en fin de journée » car pour tous les experts, l'objectif semblait commun, à savoir de limiter l'absentéisme des patients aux consultations. Le thème de la présence et de la disponibilité peut être rapproché de l'énoncé « Planifier les consultations au trimestre pour mieux communiquer » qui a reçu six points.

B - La popularité

Les cinq premières propositions en termes de priorité le sont aussi en termes de popularité, ce qui les conforte dans le choix fait par les experts. Ce second classement permet cependant de voir que trois autres propositions ressortent à ex-aequo du cinquième énoncé prioritaire, avec trois votes chacune. Parmi elles trois, « Instaurer une deuxième consultation dans le cadre du suivi », rejoint le thème du premier énoncé prioritaire, et renforce donc la thématique du suivi du patient. Toujours ex-aequo, on trouve l'énoncé « Utilisation du CO testeur à chaque consultation », mais sa formulation n'a pas été explicitée par son auteur, et il n'a pas été évoquée durant la phase de clarification. Cependant, tous les experts participants à la consultation avaient reçu une formation en amont sur son utilisation. Enfin, « Informer le patient sur le déroulement de la consultation » arrive elle aussi avec trois votes. Cette proposition intègre l'énoncé « Informer le patient sur les conditions préalables à la spirométrie ». Il a été précisé oralement durant la clarification que l'information du patient soit délivrée par écrit en amont de la consultation.

C - Autres thèmes abordés

Des 42 énoncés peuvent aussi se dégager d'autres grandes thématiques, qui ne rentrent pas dans le classement des cinq énoncés prioritaires ou populaires.

La thématique de l'inclusion des patients dans la consultation est revenue à plusieurs reprises. Cependant, pendant la phase de clarification, les experts ont décidé de n'en regrouper aucune car chacune exprimait des idées différentes, et des désaccords sur certaines sont même apparus. L'énoncé « Mettre en place des fiches d'inclusion dans chaque bureau » a reçu deux votes et « Avoir à disposition la liste des patients déjà inclus pour améliorer le recrutement » a reçu elle un vote mais « Travailler sur un profil de patient

à qui on propose la consultation », « Respecter plus strictement les critères d'inclusion » et « Penser à inclure les patients exposés au tabagisme passif » n'ont reçu aucun vote.

« Informer concrètement le patient sur le déroulement de la consultation », et « spécifier que c'est une consultation tabac et non avec le médecin traitant » ont reçu respectivement cinq et deux points. Ces deux propositions traduisent que pour le patient cette consultation est d'une forme nouvelle et que ses bénéfices ne lui ont sans doute pas toujours bien été expliqué en amont. « Mettre en place un peu plus de documentation à l'arrêt du tabac » qui a récolté quatre points, peut être rapproché de ce thème qu'est l'information et la documentation du patient.

DISCUSSION

1 – Réponse à l'objectif principal

Cette étude par la méthode du groupe nominal a fait ressortir sans ambiguïté 5 propositions d'amélioration du protocole d'aide au sevrage tabagique mis en place en 2018 au sein de la MSP de Sin-le-Noble dans les Hauts de France. Ces améliorations sont issues de la réflexion de l'équipe y participant. A partir de ces résultats, l'objectif futur est de réfléchir à leur pertinence et éventuellement à leur mise en place concrète au sein de la MSP.

2 – Forces et faiblesses du travail

A - Forces

La technique du groupe nominal permet à la fois de produire de la connaissance et de parvenir à un consensus en regroupant des participants de profils différents²⁷. Elle a permis à des personnes de cinq professions différentes, investies de manière différente dans le projet, de s'exprimer de manière équivalente. Elle permet d'éviter l'effet de dominance de certains participants présents dans un réunion informelle. L'expression de chacun est sur un même point d'égalité. Il a fallu à plusieurs reprises limiter le débat et réprimer les attitudes. Cela n'a pas complètement empêché que certains donnent leur avis ou jugent la proposition d'un autre, par une phrase, par un geste ou une attitude. Sans l'animateur, il aurait été impossible que chaque personne s'exprime librement, sans jugement ni à priori.

Le nombre de participants était important (12 personnes), et leur nombre associé à leur diversité permet de s'approcher le plus possible d'une étude exhaustive. Un total de 42 énoncés a ainsi été produit. Le vote a porté sur l'identification des priorités, mais l'ensemble des propositions pourraient servir à la recherche dans un second temps.

La présence d'un animateur, extérieur au projet de recherche, et expérimenté dans cet exercice était primordial. Son rôle a été majeur dans l'endiguement du débat et notamment afin d'éviter aux participants d'exprimer leur avis durant la phase de clarification.

La participation a été totale car tous les experts, et donc tous les participants au protocole tabac ont pu exprimer leurs propositions. Seule une personne non présente à la réunion n'a

pu exprimer son vote, mais la liste de ses propositions a été transmise à l'investigateur en amont.

Cette méthode à l'avantage d'être économique en temps, car l'avis des 12 personnes et l'obtention du consensus par le vote s'est déroulé pendant deux heures. Elle nécessite cependant une préparation rigoureuse pour le permettre.

B - Faiblesses

Pour permettre la validité de la question nominale il est conseillé de l'exposer au préalable à des personnes comparables aux experts sélectionnés ou expérimentés pour cette technique. La question nominale (quelles propositions pourriez-vous faire pour améliorer en tout point le protocole tabac ?) qui a été rédigée par l'investigateur, n'a été confrontée qu'à l'avis de deux médecins généralistes dont l'un était expert durant la réunion, et l'autre était l'animateur de la réunion. Ce qui n'est peut-être pas suffisant.

Le vote a eu lieu en fin de réunion, et il a fallu que chaque expert exprime son vote parmi 42 propositions en cinq minutes environ, ce qui a pu précipiter certains experts. De plus, on note plus de votes sur les énoncés qui ont été les plus discutés pendant la phase de clarification.

La présence du directeur de thèse à la réunion peut être considérée comme un biais de sélection, car ce travail a été initié par lui, en ayant auparavant probablement des améliorations en tête. Il a finalement été décidé de l'inclure car il semblait plus pénalisant pour le travail de perdre un des participants. De plus, il n'a pas été mis en évidence de conflit d'intérêt à sa participation. En ce qui concerne la sélection des participants, il a été décidé d'intégrer les deux secrétaires et la coordinatrice de soins. Leur vote est équivalent à celui des autres, alors qu'elles n'interviennent pas directement dans la consultation, mais cela démontre leur implication et leur rôle dans le projet.

Dans le déroulement théorique de la méthode du groupe nominal il y a deux tours de vote, le deuxième tour étant destiné à voter uniquement pour les propositions ayant reçu des votes au premier tour. Cependant, dans la plupart des travaux réalisés, un seul vote a lieu, et la validité de la technique n'est pas remise en cause.

Dans cette technique la manière de déterminer le nombre de propositions principales est subjective. Vu le nombre de propositions faites au total (quarante-deux), il aurait été intéressant que la pondération possible soit supérieure, afin que le poids des propositions jugées prioritaires soit plus contrasté par rapport aux autres. Cependant, nous avons choisi de n'en déterminer que cinq, car l'objectif de cette étude était de réfléchir à une mise en place rapide des propositions, et donc d'en limiter le nombre.

3 – Analyse des résultats de l'étude

- **Proposer un accompagnement pluri professionnel en post consultation (clarification, groupe de patients, rappel)**

La question du suivi est considérée par les experts comme étant le point faible du protocole, comme une limite à son efficacité. En effet, la partie « prise en charge » du protocole initial décrivait : « si désir d'arrêt du tabac après la consultation, voir avec les secrétaires pour planifier le suivi avec le médecin traitant » et « Si motivation non suffisante pour un arrêt rapide, réévaluation à six mois, par entretien téléphonique ». Pendant l'étude, les experts ont souhaité formuler cette proposition afin de clarifier les deux points cités précédemment.

Les experts ont discuté longuement la question du suivi pendant la réunion, cela reflète l'importance du résultat qui montre que cette proposition a été jugée la plus prioritaire. Cependant le protocole n'est pas clair à ce sujet sur certains points : qui est l'intervenant qui rappelle ? Comment sait-il à quel moment il doit le rappeler ? Le rappel doit-il être effectué sur le temps de consultation du praticien ? La question du suivi est pour le moment limitée dans le protocole à l'orientation du patient vers les médecins généralistes, même si des réévaluations peuvent être aussi faite par les autres professions.

Dans un objectif de parvenir au sevrage tabagique au long cours, il est mis en évidence de manière significative que le soutien par des conseils réguliers, en association au substitut nicotinique permet en améliorer les résultats²⁸. L'HAS recommande un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant 3 à 6 mois. Elle précise aussi que ce suivi peut être téléphonique.

Sous cette forme, la consultation proposée ressemble pour le moment à une consultation de bilan initial qu'on pourrait trouver dans les structures dédiées à la prise en charge du tabac (structures hospitalières, TIS, CSAPA). Cependant, le mot important de notre étude

est « pluri professionnel ». Il faut définir quel peut être le type de suivi, pour ne pas ressembler au suivi que peut faire un médecin traitant. La consultation avec spirométrie – faisant partie des interventions dites intensive - permet de prendre le temps de bien comprendre le patient, et le rappel ainsi que les consultations habituelles chez les professionnels de santé – considéré comme faisant partie des interventions brèves - contribuent à augmenter la confiance du patient, et augmenter sa motivation.

Une action renouvelée dans les premiers mois s'avère importante. En effet, il a été évalué que les rechutes sont de 60 à 90% dans les premiers mois, et de 2 à 6 % dans la deuxième année³⁵. Devant ce risque important de rechute, il est important pour le patient d'avoir le maximum d'aides disponibles, en multipliant les formes différentes de rappel qui pourront convenir à chacun. Le suivi pluri professionnel pourrait prendre deux formes différentes, pouvant être mise en place simultanément. Sous forme de consultation, le suivi pourrait proposer une seconde consultation par mois dédiée au patient désirant parler plus longuement de sevrage, comme le décrit la proposition numéro 3 en ordre de priorité. Les professionnels ont tous été formés à l'utilisation du CO testeur, qui a été acheté dans le cadre du protocole, mais il reste inutilisé jusqu'ici. Il serait un pourtant un outil intéressant pour contrôler le sevrage tabagique de manière objective. Sous forme de rappel téléphonique, le suivi pourrait proposer un rappel à 6 mois entre deux consultations annuelles de spirométrie. Un professionnel non médical peut être recruté et formé pour cela, afin d'alléger le temps à y consacrer par les professionnels de santé. Une des propositions parlait d'intégrer les assistantes médicales dans le protocole (proposition 22), il faudrait les intégrer alors aussi dans le processus de formation. Ces personnes dédiées pourraient prendre en charge totalement la mission de rappel, en s'appuyant sur les dossiers médicaux des patients mis en place par les professionnels, ainsi qu'une trame standardisée de questions individualisées, adaptées selon le degré de sevrage du patient.

- **Identifier les besoins spécifiques de formation des professionnels adaptés au protocole (substituts, spirométrie, motivation)**

Le besoin de formation est la seconde priorité mise en évidence. La proposition est claire, l'objectif est de les identifier en prenant en compte les différences de connaissances liées à la pluri professionnalité.

Avant de définir trois thèmes de formation, il faut réfléchir aux moyens d'identifier ces

besoins de formation. Il existe des démarches analytiques²⁹, qui nécessitent un travail de longue durée, avec un recours à des personnes expérimentées et des protocoles spécialisés. Ces méthodes semblent moins adaptées à l'objectif d'amélioration court terme du protocole. La démarche démocratique est celle qui a été utilisée dans cette étude, lors de la phase de clarification. Elle correspond au fait que les experts ont exprimé librement à travers leurs propositions ce qu'ils pensaient être bon pour eux en termes de formations. Cette démarche est très facilement utilisable mais comporte cependant un biais de confusion entre les besoins réels de formation et la préférence subjective de chacun.

La formation a pour but d'harmoniser les pratiques. Il a été évoqué par un professionnel paramédical qu'il est important que la prescription des substituts nicotinique par les différents professionnels soit harmonisée par les médecins, car elle diffère selon les binômes. De plus, il a aussi été constaté dans l'historique des consultations, que la motivation est évaluée et retranscrite de manière très différentes en fonction des binômes. Elle est pourtant nécessaire pour adapter la thérapeutique nécessaire.

Au-delà des trois besoins identifiés dans la proposition, une formation de tous les professionnels sur l'entretien motivationnel est primordiale. C'est la base de la prise en charge du sevrage tabagique et ce qui en favorise la réussite⁶. En plus, c'est accessible à tout personnel de santé et peut même être étendu au personnel non médical, comme on a pu le voir dans les CSAPA avec des travailleurs sociaux formés sur ce point. La motivation est le point essentiel de l'arrêt du tabac, et c'est le point d'ancrage de la forme de cette consultation, c'est donc la priorité principale en termes de formation. Cette formation pourra servir aussi bien à la consultation initiale qu'au suivi, et permettra de définir de manière méthodique les bons mots et les bonnes questions dans un éventuel protocole de rappel téléphonique.

Pour le cas de la spirométrie, dans une étude du Nord Pas de Calais en MSP³⁴ 87,5% des professionnels ont déclaré des difficultés avec la réalisation de la technique de la spirométrie. Le groupe était comparable, et avait bénéficié eux aussi d'une formation seulement théorique, ce qui ne semble donc pas suffisant. La formulation de cette proposition reflète que les professionnels aussi rencontrent des difficultés dans l'application de la spirométrie.

- **Proposer deux consultations par mois et davantage pendant le mois sans tabac**

Le fait de profiter d'une deuxième consultation par mois, comme décrit dans le paragraphe sur la première proposition prioritaire, permettrait de rajouter de la disponibilité pour réaliser une consultation, venant s'ajouter à celle déjà organisée à ce jour, qui permet une évaluation individuelle initiale d'un patient fumeur. Cela permettrait aussi de proposer une consultation, peut être sans spirométrie, uniquement dédiée au suivi du patient en sevrage tabagique désireux d'aide et de conseils.

Cependant, pour l'organisation, il a été décrit que les professionnels ne donnent pas assez rigoureusement leurs disponibilités de créneaux libres pour cette consultation. Après cette réunion, et après avoir interrogé certains experts, la raison justifiant l'absence de réponse n'est pas qu'ils ne désirent pas participer, mais plutôt qu'ils ne s'organisent pas correctement, ou ne se projettent pas bien sur leurs disponibilités des trois mois suivants, et donc par sécurité, ont tendance à ne pas s'inscrire comme disponible. L'organisation sur ce point doit être plus rigoureuse, et on pourrait attribuer un horaire pour cette consultation dans l'agenda commun, et proposer aux professionnels un roulement. Il y a quatre médecins et cinq paramédicaux pour l'instant. L'objectif serait de fixer et proposer la date à chacun, sachant que cela ne correspondrait qu'à trois consultations par ans pour chacun. Le planning étant réalisé sur un an, ils auront le temps d'échanger entre eux les créneaux en cas de non-disponibilité. En cas d'ouverture supplémentaire ou de problème de disponibilité, les consultations pourront être ouvertes aussi aux autres médecins généralistes assistants, et éventuellement aux internes de SASPAS volontaires pour y participer. Le cas exceptionnel du mois de novembre, mois sans tabac, pourrait voir l'ouverture d'une consultation par semaine, avec évidemment dans ce cas une augmentation de la visibilité pour les patients pour que ces consultations ne soient pas ouvertes en vain.

- **Pérenniser l'action pour ne pas qu'elle s'arrête**

La première chose qui ressort de cette proposition qui est jugée comme prioritaire c'est le fait de ne pas vouloir que cela s'arrête. Cela veut dire qu'en un an de consultation en binôme, les professionnels de santé de la MSP veulent continuer à travailler ensemble, à réunir leurs actions et mélanger leurs compétences. Une évaluation est déjà en cours par l'ARS qui finance ce projet. A ce jour, à l'issue de la première réunion du comité de pilotage du projet, l'équipe a reçu de forts encouragements de la part des responsables de l'ARS. Les résultats

encourageants de la première année devraient appuyer les décisions en ce sens. L'ARS a financé ce projet et a accepté sans négociation le budget prévisionnel établi. Cela est très positif, d'autant qu'il est plus simple d'avoir un seul organisme de financement, tant que cela est possible.

La question de chercher d'autres financements se poserait si le nombre de consultation augmentait et si l'enveloppe délivrée n'était plus suffisante. Une demande complémentaire pourrait être demandée auprès d'organismes comme la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)⁴¹ en répondant à un nouvel appel à projet. Une autre source de financement pourrait être envisagée dans le cadre d'une « demande de prise en charge dérogatoire d'un produit ou d'un acte innovant », prévu par le code de la sécurité sociale⁴⁰. Un fond de financement est prévu pour permettre l'émergence d'organisations innovantes dans le secteur sanitaire et médico-social, concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins. Ces pistes seront à évoquer en cas de blocage de l'ARS, ce qui n'est actuellement pas le cas.

Cette thèse, dirigée par un des membres fondateurs du protocole, montre la volonté de remettre en question le travail déjà effectué, afin d'en améliorer la qualité et l'efficacité. Le travail de recherche, ici et dans une thèse conjointe, est utilisé pour essayer de légitimer un protocole mis en place de manière intuitive au départ. La recherche autour de cette consultation ne pourra qu'asseoir et pérenniser son action, intrinsèquement et aux yeux des institutions.

- **Proposer des plages horaires plus adaptées aux professionnels et aux patients pour améliorer l'assiduité (fin de journée)**

Une enquête montre que le plus grand taux d'annulation pour les médecins libéraux en Ile-de-France est entre 18h et 20h. Les caractéristiques données par cette enquête des rendez-vous non honorés sont soit d'être un premier rendez-vous, soit que le patient bénéficie du tiers payant, soit que le rendez-vous soit pris à plus de 15 jours³⁰. L'intitulé de cette proposition peut donc être critiqué, car un changement de plage horaire ne suffirait pas à limiter le taux d'absentéisme. En effet, les patients ont des profils très variés et il serait risqué de faire des généralités sur leur profil socio-professionnel, leur activité et leur mode de vie. Le taux d'absentéisme est une donnée qui n'est pas spécifique au protocole tabac, mais

pourrait dans ce contexte rejoindre les discussions sur la motivation du patient. De plus les rendez-vous étant inscrits dans leur logiciel de secrétariat informatisé, les patients bénéficient de rappels automatiques par sms et mail, et en plus les secrétaires ont pour mission de rappeler individuellement par téléphone l'horaire de leur rendez-vous deux jours avant. Ainsi déplacer les plages ne me semble pas forcément pertinent, car cette consultation n'aura de toute façon pas lieu hors des heures habituelles de consultation à cause de la disponibilité des professionnels. Mais le plus important semble-t-il, est que les heures soient fixes et non modifiées par le professionnel une fois la prise de rendez-vous effectuée par le patient.

4 – Vers une analyse plus globale du protocole

A – Analyse du protocole initial

L'utilisation de la spirométrie est intéressante, et la consultation initiale du protocole l'a établi comme un postulat de départ pour la motivation du patient. Cependant scientifiquement, la corrélation entre le sevrage et la spirométrie n'est à ce jour pas prouvée. Il existe des travaux positifs sur le ressenti du patient, expliquant que le temps du test permet de prendre conscience de leur état de santé³¹. Au-delà des résultats directs de la spirométrie, la notion d'âge pulmonaire a aussi été mise en relation avec l'arrêt du tabac et démontre une influence sur la motivation. Il est donc du plus grand intérêt de conserver la spirométrie au sein du dispositif, et dans la consultation initiale.

De plus, la question du dépistage de la BPCO n'est jamais abordée dans les 42 propositions de l'étude, alors que c'est l'objectif secondaire de la consultation. Peut-être était-ce considéré comme une évidence par les experts, et cela démontrerait l'importance de le conserver dans le protocole. Cependant, la positivité du résultat de BPCO ne devrait pas déboucher systématiquement chez un pneumologue comme indiqué dans le protocole, et pourrait aussi être géré en interne par le généraliste.

Pour instaurer de manière pratique un suivi de la motivation, le modèle des recommandations de bonnes pratiques Suisse, inspiré lui aussi du modèle de Prochaska pourrait permettre de remplir le dossier médical dans un formalisme unique. L'indétermination correspond à un fumeur qui ne compte pas arrêter dans les 6 mois, l'intention pour ceux qui envisagent d'arrêter dans les 6 mois, et la préparation pour ceux

qui ont décidé d'initier un sevrage dans les 30 jours³².

B – Le groupe nominal : les forces d'une méthode scientifique

Le bilan qui peut être dressé est que la méthode du groupe nominal a apporté une grande qualité de résultats, par rapport à une simple réunion de travail, par le simple fait qu'elle est une méthode scientifique obligeant à la rigueur de toutes les étapes. En effet, cette méthode permet à la fois de réfléchir de manière globale sur le sujet grâce à la diversité des propositions faites, mais aussi de définir de manière scientifique comment les professionnels veulent faire évoluer leur travail. Au départ, la mise en place de ce protocole s'est faite de manière plutôt empirique, grâce au travail d'une équipe motivée par un sujet. La fiche de travail initiale laisse paraître le processus plutôt expérimental de mise en place du protocole au sein de la MSP, même si la réalisation de cette thèse avec une méthode scientifique faisait partie depuis le début de la motivation de l'investigateur de ce travail. L'utilisation de cette méthode est multiple dans le domaine de la santé, elle peut servir à prioriser les messages d'une campagne de prévention, à définir les items d'une grille d'évaluation clinique ou d'un protocole d'aide à la pratique clinique. De manière plus générale, on retrouve dans la littérature que cette méthode est souvent utilisée dans la recherche de perspectives d'amélioration d'une activité déjà établie.

La technique du groupe nominal semble bien adaptée à la mise en place d'une méthode plus générale pour le protocole. En effet, le protocole implique de nombreux acteurs, et cette méthode qualitative apporte au débat un foisonnement de propositions, qui émergent d'une discussion structurée et régulée, alors qu'elles auraient naturellement eu tendance à émerger plutôt d'une simple discussion de couloir. En effet par rapport à une réunion classique, au-dessus des jugements entre professions, cette étude apporte de l'objectivité et de la méthode au protocole. Au sein de cette équipe, par leur profession, leur expérience mais aussi leur personnalité ou leur investissement, chacun s'exprime de manière très différente. L'effet de dominance, est limité grâce à cette méthode, et cela a été mis en exergue de façon très nette et marquante au cours de la réunion, où les personnalités les plus fortes se sont manifestées très rapidement et auraient pu éteindre la créativité des autres, atteindre leur susceptibilité ou leur confiance, sans un rappel strict de la part de l'animateur. Ceci laisse fortement supposer que la réflexion menée lors de l'étude est donc plus rigoureuse, et va par conséquent plus loin que les réunions de travail informelles qui avaient pu être réalisées auparavant. Cette étude doit servir de point de départ commun

pour toutes les réflexions futures qui concerneraient l'amélioration globale du protocole, même s'il est contraignant de réaliser ce type de méthode régulièrement. De plus, le choix a été fait de voter pour 5 propositions, mais le foisonnement des autres propositions permet de soulever de nombreux autres points qu'il pourrait être assez simple de mettre en place.

C - L'importance de la pluri professionnalité

Ce travail avait pour objectif de rechercher en investissant les professionnels de santé de la MSP de trouver comment améliorer le protocole tabac avec la consultation pluri professionnelle en binôme. Et la pluri professionnalité a joué un rôle majeur, car ce protocole a été imaginé pour que la dynamique de groupe puisse servir une même cause. Les experts ont choisi le sujet du tabac car ils ont constaté que l'action individuelle était difficile. Le travail de cette thèse a montré la motivation générale, à travers l'organisation de cette réunion où la participation a été quasiment totale, et la seule personne manquante a quand même participé à la réflexion. Tous les acteurs ont été proactifs, et leur adhésion à ce travail a été totale. En plus de cette motivation visible en amont de la réunion, les résultats prioritaires font état d'une envie de continuer à travailler en équipe. Cette cohésion d'équipe est favorisée par la formation continue réalisée ensemble en groupe, et c'est d'autant plus précieux à l'heure du développement de e-learning, où la cohésion des équipes peut s'amoinrir. La formation commune paraît primordiale pour une unicité du discours. De plus, il est rare de trouver dans la littérature des consultations en binôme dans lesquelles les professions médicales en présence sont sur un même pied d'égalité, sans hiérarchisation. Cette organisation est précieuse à la fois pour le travail en équipe et pour la qualité et la crédibilité du message délivré.

L'action de groupe délivre un message plus fort, car exprimé par chacun de manière différente. En effet en multipliant les acteurs dans le suivi du patient dans la prise en charge du tabac, le discours commun en équipe peut décharger le médecin traitant, qui lorsqu'il est seul peut être confronté à la dégradation de sa relation avec le patient, à force de répéter sans arrêt les mêmes conseils. Cette dynamique de groupe positive peut permettre de motiver d'autres participants, comme les deux autres kinésithérapeutes de la MSP, mais aussi d'élargir le cercle des professions à la participation de la diététicienne ou du podologue qui exercent à la MSP. Inclure ces professions peut permettre de bénéficier de compétences supplémentaires dans la prise en charge des patients fumeurs. En cas d'ouverture de nouvelles consultations, il serait aussi utile d'avoir d'autres professionnels formés.

CONCLUSION

Ce travail de recherche a permis d'identifier les améliorations de protocole d'aide au sevrage tabagique d'une MSP de Sin-Le-Noble. Les experts ont choisi cinq améliorations prioritaires qui seront mises en œuvre à court terme.

L'utilisation de la technique du groupe nominal donne une approche qualitative, permettant de structurer au travers d'une méthode les réflexions de chacun des participants. Parmi les thèmes abordés, l'organisation du suivi du patient en post consultation est une priorité, qui pourra s'organiser sous la forme de consultation supplémentaire, possiblement associée à rappel téléphonique. Un des autres thèmes majeurs abordé est celui de l'identification des besoins de formation des professionnels, et l'accent pourrait être mis sur l'entretien motivationnel. Enfin, la pérennité de l'action est apparue comme une inquiétude chez les professionnels, et les résultats probants de la consultation ne la remettent plus en cause.

Les premiers résultats de cette consultation, associés aux résultats de ce travail, montrent que l'installation dans la durée de cette consultation est d'une part bénéfique pour les patients, et d'autre part souhaité par les professionnels. Pour asseoir d'avantage l'efficacité du protocole, il serait intéressant d'étudier les résultats très encourageants du sevrage tabagique grâce à une méthode scientifique quantitative. De plus, en cas de pérennisation de ce mode de consultation, il pourrait être intéressant de le compléter avec un programme d'ETP comprenant des activités de groupe. La MSP développe déjà ce type d'ETP pour le diabète, et le travail pourrait être étendu à la BPCO.

RÉFÉRENCES

1. Pasquereau, A., Andler, R., Guignard, R., Richard, J. B., Arwidson, P., & Nguyen-Thanh, V. (2018). La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017. *Bull épidémiol hebd*, 14, 265-273.
2. Perriot, J., Underner, M., & Peiffer, G. (2006). Histoire de la lutte contre le tabagisme et création du dispositif de soins en tabacologie. Raynaud M. *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion, 401-6.
3. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/fonds-de-lutte-contre-le-tabac>
4. Wirth, N., Béguinot, E., & Martine, Y. (2019). Lutte contre le tabagisme en France : quoi de nouveau. *La Revue du Praticien*, 69, 653-657.
5. Heritage, Z. (2003). Tabac et Hôpital. Module interprofessionnel de santé publique.
6. Perriot, J., Schmitt, A., & Llorca, P. M. (2005). Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique. *Alcoologie et addictologie*, 27(3), 201-209.
7. Pasquereau A, Smadja O, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Efficacité à six mois de l'aide au sevrage de la ligne téléphonique Tabac Info Service (39 89). *Bull Epidémiol Hebd*. 2016;(30-31) :548-56.
8. Nguyen-Thanh, V., Guignard, R., Bertrand, C., Pasquereau, A., Arwidson, P., Lancrenon, S., & Delva, C. Efficacité d'un programme de sevrage tabagique assisté par mailing personnalisé : un essai contrôlé randomisé (stamp).
9. Gasperini, F., Chapron, A., Boulet, P., Darmon, D., Sevrage tabagique : du conseil minimal au conseil d'arrêt exercer 2017 ;129 :43-6.
10. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

11. Meyer C., Ulbricht S., Baumeister SE., et al. Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice: a quasi- randomized controlled trial to examine the efficacy of computer- tailored. *Addiction* 2008 ; 103 :294-304.
12. Dadena, E., & Sader, M. (2017). Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients (Doctoral dissertation, Université Toulouse III-Paul Sabatier).
13. Sorel, M. (2019). Doctorat de médecine. Quel est le point de vue des patients sur le suivi par une infirmière ASALÉE dans le cadre du sevrage tabagique ?
14. Le concours médical – soigner ensemble. (Décembre 2019). Mois sans tabac – 37 MSP expérimentent le sevrage.
<http://www.leconcoursmedical.fr/initiatives/3063-mois-sans-tabac-37-msp-experimentent-le-sevrage/page/0/1>
15. Perriot, J., Marchandise, F., Doly-Kuchcik, L., Merson, F., & Lemaire, P. (2017). Bénéfices d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP) sur la prise en charge de patients BPCO et l'aide à l'arrêt du tabac, évaluation 2011–2015. *Revue des Maladies Respiratoires*, 34, A190.
16. Perriot, J., Doly-Kuchcik, L., Marchandise, F., & Merson, F. (2015). L'éducation thérapeutique du patient facilite l'arrêt du tabac. *Revue des Maladies Respiratoires*, 32, A135-A136.
17. HAS haute autorité de santé. Guide du parcours de soins de la Bronchopneumopathie chronique obstructive. France : haute autorité de santé ; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202001/app_323_guide_bpco_actu_2019_vf.pdf
18. Segnan N, Ponti A, Battista RN, et al. A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy. *Cancer Causes Control* 1991; 2: 239-46
19. Sippel J, Osborne M, Bjorson W et al. Smoking Cessation in Primary Care Clinics. *J Gen*

Intern Med. Nov 1999; 14(11): 670–676

20. Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A et al. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop-smoking rate. *Chest* 2003; 123: 1916-23

21. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(4):CD004705

22. Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006; 61: 869-73

23. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 598-600

24. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. [en ligne] *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12 ;12:CD004705 [consulté le 20/1/2013

25. Clair, C., Mueller, Y., Livingstone-Banks, J., Burnand, B., Camain, J. Y., Cornuz, J., ... & Bize, R. (2019). Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).

26. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health*. 1972 Mar ; 62(3) :337–42

27. Letrilliart L., Vanmeerbeek M., À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *exercer* 2011 ;99 :170-7

28. Quinn VP., Hollis JF., Smith KS., Rigotti NA, et al. Effectiveness of the 5-As tobacco cessation treatments in nine HMOs. *J Gen Intern Med* 2009 ; 24 :149–54

29. Jouquan, J. (2004). La problématique de l'analyse des besoins de formation.

30. Médecins libéraux Ile-de-France, U. R. P. S. (2015). Rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés : état des lieux et solutions. Enquête auprès

des médecins libéraux d'Ile-de-France.

31. Berthelot, A. (2019). Le Sens Caché de la Spirométrie en Soins Premiers : Approche Phénoménologique (Doctoral dissertation).
32. Raw M., McNeill A., West R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*. 1998 déc; 53(Suppl 5): S1-S18
33. Stead LF., Perera R., Bullen C., et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Revue* 2012; 11:CD000146
34. Chantier T. (2018). Doctorat de médecine. Évaluation de la faisabilité du dépistage de BPCO par spirométrie par le biais d'une consultation coordonnée médecin-infirmier au sein d'une maison de santé pluri professionnelle du nord.
35. Krall EA., Garvey AJ., Garcia RI. Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. *Nicotine Tob Res* 2002 ; 4:95–100.
36. Bender, A. (2014). Dépistage de la BPCO en kinésithérapie libérale : place et avenir du praticien dans le parcours de soins coordonné, étude préliminaire. *Kinésithérapie, la Revue*, 14(155), 32-33.
37. Allaz, A. F., Piguet, V., Desmeules, J., Perneger, T. V., Jotterand, S., Kondo-Oestreicher, M., ... & Dayer, P. (1998). Bénéfices d'une approche conjointe somaticien-psychiatre dans une consultation de la douleur. *Douleur et analgésie*, 11(2), 87-90.
38. Tourniaire, B., & Reiter, F. (2012). La consultation douleur en binôme : corps et psyché indissociables. *Archives de pédiatrie*, 19(6), H272-H273.
39. Site Tabac-info-service.fr. <https://www.tabac-info-service.fr/J-arrete-de-fumer/>
40. Code de la sécurité sociale - Article L165-1-1 modifié par la Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 57.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000029962628>

41. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (Avril 2020) La mission.


<https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/qui-sommes-nous/la-mission>

42. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (octobre 2019). Le kinésithérapeute accompagnateur dans l'arrêt du Tabac.


<http://www.ordremk.fr/actualites/patients/la-lutte-contre-le-tabagisme-est-laffaire-de-tous/>

ANNEXES

ANNEXE 1 : STRUCTURE INITIALE DU PROTOCOLE


	Protocole	Indice 1.2	02
	PROTOCOLE ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS FUMEURS VERS LE SEVRAGE TABAGIQUE	Page	Page 1 sur 2

Date de création	19 décembre 2017
N° Version	V 1.2
Date de validation	19 décembre 2017
Date de modification	19 décembre 2019
Référents du protocole	Dr Christian Méresse, médecin généraliste- référent scientifique Mme Karine KHERAKI, infirmière- référente organisationnelle Dr Robert VALENSI, médecin généraliste
Liste des professions impliquées dans la prise en charge	Tous les professionnels de la maison de santé y compris secrétaires
Problématique	<p>Les professionnels constatent un nombre important de patients fumeurs au sein de la MSP dont il est nécessaire de mieux les identifier. Chaque professionnel a un rôle dans l'abord du patient fumeur et initier une démarche de sevrage. Mieux identifier les patients permettrait également de pouvoir leur proposer un temps dédié tabac au sein de la MSP réalisé en pluriprofessionnalité afin d'harmoniser le discours des professionnels au sein de la MSP et conforter les pratiques professionnelles de chacun. L'utilisation d'outils communs pour évaluer la dépendance, la motivation, l'utilisation de Co testeur et de spiromètre en commun lors de cette consultation permet d'être un axe de formation continue des pratiques et de renforcement des messages auprès du patient fumeur.</p> <p>Par ailleurs, La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive es voies aériennes</p> <p>La prévalence de la maladie est estimée à 7,5% chez les personnes âgées de plus de 40 ans. L'incidence semble se stabiliser chez les hommes et augmenter chez les femmes. En 2006, le taux brut de mortalité par BPCO est de 41/100 000 chez les hommes et de 17/100 000 chez les femmes. Dans 80% des cas, la maladie est dû au tabagisme.</p> <p>La maladie est sous diagnostiquée encore trop souvent. La maladie serait responsable de près de 16000 décès par an. On estime le coût d'environ 4000€ par an et par malade. La maladie induit également l'altération de la qualité de vie personnelle et la qualité de vie professionnelle des patients.</p>
Objectif général	Accompagner les patients fumeurs vers le sevrage tabagique.
Objectifs secondaires	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les patients fumeurs au sein de la patientèle e de la MSP - Dépister précocement la BPCO chez les patients fumeurs >18 ans - Harmoniser le discours et les interventions brèves de chaque professionnel au sein de la MSP - mettre en œuvre dune consultation tabac dédiée - organiser le parcours vers le sevrage et l'accompagnement thérapeutique du patients BPCO

	Protocole	Indice 1.2	02
	PROTOCOLE ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS FUMEURS VERS LE SEVRAGE TABAGIQUE	Page	Page 2 sur 2

	-
Objectifs opérationnels	- Mettre en place une consultation pluri professionnelle dédiée à l'accompagnement des fumeurs au sevrage tabagique
Population cible	Patients fumeurs âgés de plus de 18 ans
Liste des sources documentaires ou références	<p>Haute Autorité de Santé / Service des maladies chroniques et des dispositifs d'accompagnement des malades/ 2014 juin, Guide parcours de soins « Bronchopneumopathie chronique obstructive »</p> <p>Société de pneumologie de langue française. Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la prise en charge de la BPCO (mise à jour 2009). Argumentaires. Rev Mal Respir 2010;27(Suppl 1).</p> <p>HAS/2014- Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours</p>
Lieu de consultation du protocole	<p>Dossier « protocoles » au siège de la MSP</p> <p>Dossier partagé réseau informatique de la MSP</p>
Liste des professionnels informés du protocole	Tous les professionnels de la MSP
Groupe de travail	<p>José DELANNOY- Robert VALENSI- Annelise HELYNCK- Christian MERESSE, médecins généralistes</p> <p>Jean-Pierre POULAIN- Pascal JANIAC- Karine KHERAKI, infirmier(e)s</p> <p>Matthieu TURBELIN, kinésithérapeute</p>
Modalités d'évaluation	<p>Nombre de consultations réalisées</p> <p>Nombre de patients ayant bénéficié d'une consultation dédiée</p> <p>Nombre de BPCO dépistées</p> <p>Nombre d'initiation de sevrage tabagique</p>

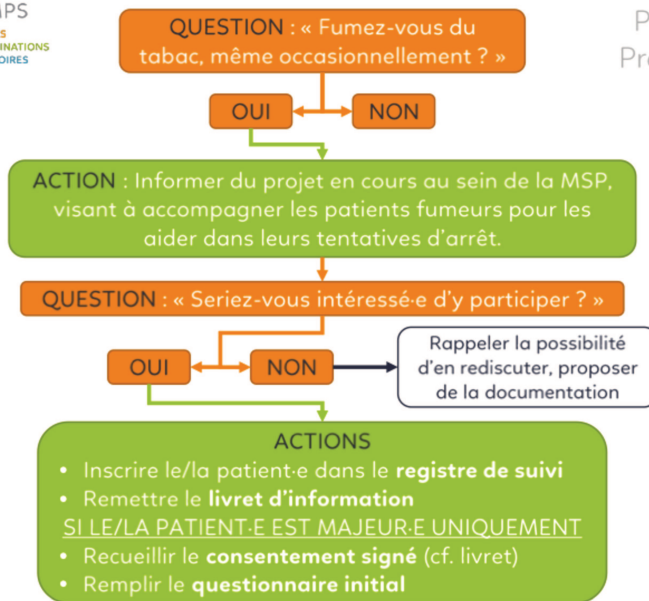
ANNEXE 2 : TRAME INFORMATIQUE DE LA CONSULTATION

Conclusion	
	consultation réalisée RV avec JPP
	-habitude de vie/tabac/tentative d'arrêt:
	-signes complémentaires (ex:toux crachat essoufflement gout odorat)
	-test de fagestorm:
	-spiro: conditions de l'examen VEMS/CVF VEMS
	-motivation:
	-traitement:
	-adressé vers un pneumologue: oui/non
	-objectifs:
	--->réévaluation par médecin traitant dans

ANNEXE 3 : SCHÉMA DU PROTOCOLE D'AVEC SANTÉ (« Bref, j'arrête de fumer »)



Projet « Bref, j'arrête de fumer ! »
Protocole d'intervention et de suivi



Repérage et inclusion

- Auprès de chaque patient-e de sa propre patientèle
- Dans le cadre des soins habituels
- Au moins 1/an et aux moments opportuns

- **Encourager** les tentatives d'arrêt/réduction, **confirmer** le bénéfice associé
 - Proposer des **aides et méthodes**, en particulier un **traitement nicotinique de substitution**
 - Informer de la perspective d'un **rappel à 3 mois**
- Options : différentes aides et méthodes recommandées, dont l'approche motivationnelle

Intervention initiale

- T0 (à la suite du repérage)
- Face à face

ACTION : Noter les éléments clés dans le dossier du/de la patient-e

- EN CAS DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES**
- Identifier les signes de sur ou sous-dosage, adapter la posologie
 - Informer de la perspective d'un **rappel à 3 mois**

- [1 semaine après une 1^{ère} prescription]

ACTION : Noter les éléments clés dans le dossier du/de la patient-e

ACTION
SI LE/LA PATIENT-E EST MAJEUR-E UNIQUEMENT
Remplir le **questionnaire de suivi** (de fin à M12)

Intervention de suivi

- Échanger sur l'**atteinte des objectifs fixés**, dans tous les cas **valoriser les efforts**
- Le cas échéant, **rassurer et reconnaître la difficulté** de modifier sa consommation (fréquence des rechutes, mais augmentation des chances de succès), identifier les **obstacles** rencontrés
- Adapter les **aides et méthodes** (le cas échéant, posologie du TNS)
- Informer de la perspective d'un **rappel à 3 mois**

- T0 + 3, 6, 9, 12 mois
- Par téléphone
- Au moins 2 tentatives (en laissant un message si possible)

ACTION : Noter les éléments clés dans le dossier du/de la patient-e

AUTEUR : Nom : DORBON

Prénom : Camille

Date de soutenance : 29/04/2020

Titre de la thèse : Pistes de progression d'un protocole d'accompagnement au sevrage tabagique en soins primaires par une consultation en binôme pluri-professionnel et spirométrie, dans une maison de santé des Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Doctorat de médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Consultation en binôme ; sevrage tabagique ; Soins primaires ; Spirométrie ; Groupe nominal ; Médecine générale ; Hauts-de-France ; MSP ;

Résumé : Contexte : Afin d'aider les patients fumeurs, les professionnels de santé de la MSP de Sin-le-Noble dans les Hauts-de-France ont mis en place un protocole d'aide au sevrage tabagique incluant une consultation en binôme pluri professionnel avec la réalisation d'une spirométrie pour chaque patient. Ce travail a consisté à rechercher des améliorations de ce protocole qu'il est possible de mettre en place. Méthode : la technique du groupe nominal a été choisie, avec une réunion durant laquelle les professionnels de la MSP participant au protocole ont dû répondre à la question suivante : quelles propositions pourriez-vous faire pour améliorer en tout point le protocole tabac ? Résultats : 42 propositions ont été énoncées, et classées en ordre de priorité et de popularité. Cinq d'entre elles ont été retenues comme prioritaires, abordant les sujets du suivi du patient en post consultation, de la formation des professionnels, de la planification des consultations et de sa pérennisation financière. Les cinq propositions sont « Proposer un accompagnement pluri professionnel en post-consultation », « Identifier les besoins spécifiques des professionnels adaptés au protocole », « Proposer deux consultations par mois et d'avantage pendant le mois sans tabac », « Pérenniser l'action pour ne pas qu'elle s'arrête », et « Proposer des plages horaires plus adaptées aux professionnels et aux patients pour améliorer l'assiduité » Conclusion : une réflexion a été menée sur les propositions dont la mise en place semblait accessible. Parmi elles, programmer des consultations associées à un rappel téléphonique pour le suivi du patient, se former sur l'entretien motivationnel, et poursuivre la recherche au sein du protocole. L'avenir du projet pourra être complété par un programme d'ETP sur le tabac.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alexis CORTOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Robert VALENSI