



HAL
open science

Evaluation comparative d'un réseau de santé monothématique de sevrage tabagique après 18 mois de fusion absorption au sein d'un réseau plurithématique en Moselle Est

Alexandra Gerber-Wciorka

► **To cite this version:**

Alexandra Gerber-Wciorka. Evaluation comparative d'un réseau de santé monothématique de sevrage tabagique après 18 mois de fusion absorption au sein d'un réseau plurithématique en Moselle Est. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01732504

HAL Id: hal-01732504

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732504v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Alexandra GERBER-WCIORKA

le 13 novembre 2014

Evaluation comparative d'un réseau de santé monothématique de sevrage tabagique après 18 mois de fusion absorption au sein d'un réseau plurithématique en Moselle Est.

Examineurs de la thèse :

M. F. PAILLE	Professeur	Président de Thèse et Juge
M. JD. De KORWIN	Professeur	Juge
M. N. JAY	Professeur	Juge
M. F. RAPHAËL	Professeur	Directeur de Thèse et Juge
Mme L. ECKMANN	Docteur en médecine	Juge

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Alexandra GERBER-WCIORKA

le 13 novembre 2014

Evaluation comparative d'un réseau de santé monothématique de sevrage tabagique après 18 mois de fusion absorption au sein d'un réseau plurithématique en Moselle Est.

Examineurs de la thèse :

M. F. PAILLE	Professeur	Président de Thèse et Juge
M. JD. De KORWIN	Professeur	Juge
M. N. JAY	Professeur	Juge
M. F. RAPHAEL	Professeur	Directeur de Thèse et Juge
Mme L. ECKMANN	Docteur en médecine	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI

Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François
CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE – Jean-Pierre
DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre
LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU -
Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis
PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT -

Jean-Marie POLU Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT -
Michel RENARD

Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON

Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert
UFFHOLTZ Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT -

Michel WAYOFF

Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Jacques POUREL

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET

Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEMSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER (*jusqu'au 1^{er} novembre*) – Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY (*à partir du 1^{er} novembre*)

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC (*jusqu'au 1^{er} novembre*) – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS

HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH
(stagiaire)

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*)

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Lactitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire*)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences
de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter de présider cette thèse. Nous avons pu bénéficier au cours de notre formation de toute la compétence et de la rigueur de votre enseignement, nous vous en remercions. Vous trouverez ici l'expression de notre profond respect, de notre considération et de toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Nous vous remercions d'honorer notre jury de votre présence. Votre intérêt pour la médecine générale nous a permis de bénéficier de votre enseignement toujours précis, complet et pertinent durant notre formation théorique et au cours de formation médicale continue. Vous trouverez ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Nicolas JAY

Professeur de Biostatistiques, Informatique Médicale et
Technologies de Communication.

*Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger
notre travail. Vous trouverez ici l'expression de notre
profond respect et de notre reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur Francis RAPHAËL

Professeur Honoraire de Médecine Générale

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous avez confié le sujet de ce travail de thèse et en avez accepté la direction. Nous vous en remercions sincèrement. Vous nous avez enseigné la médecine générale avec ferveur, passion et enthousiasme. C'est un immense honneur de pouvoir compter parmi vos élèves. Vous avez cette envie constante de transmettre votre expérience et vos connaissances. C'est toujours un plaisir ! Nous vous remercions pour votre accueil, votre disponibilité, votre patience et vos précieux conseils tout au long de ce travail. Vous trouverez ici, l'expression de notre profond respect et de notre vive reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur Laurence ECKMANN

Docteur en Médecine

Praticien Conseil, Référent Médical « Organisation des Soins
Ambulatoires », Agence Régionale de Santé de Lorraine

*Nous vous sommes reconnaissants d'accepter de
juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de
notre gratitude et de notre respect.*

Remerciements

Arrivée au bout de mon cursus, je me prends le temps aujourd'hui de dire « Merci » à toutes ces personnes qui m'ont accompagnée depuis les premières années et à celles que j'ai croisées sur ma route.

A mon époux

Merci pour ton soutien quotidien, ton amour, ta tolérance, ta bienveillance, ta patience, tes précieux et ingénieux conseils. Vois dans ces quelques mots le témoignage de mon amour, de mon admiration, de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A nos enfants

Vous avez été présents, à votre façon, durant ces dernières années d'études. Vous m'avez permis de ne jamais perdre de vue l'essentiel. Merci.

A mes parents

Merci pour votre soutien sans faille, votre confiance et tous vos encouragements au cours de ses longues années d'études. Toujours rassurée, j'ai pu continuer à avancer. Merci pour ce bel exemple que vous êtes !

A mes grands-parents *toujours présents et au soutien indispensable.*

A mes petites sœurs

Helena

Merci pour ton aide précieuse et technique, ainsi que pour tes nombreuses et indispensables relectures de « working papers ». Merci pour cette générosité et disponibilité si spontanées. J'ai hâte de pouvoir travailler avec toi.

Victoria

Merci pour ta disponibilité et ta générosité. Merci pour tout ce temps que tu as passé avec les enfants.

Merci à toutes les deux pour nos moments de complicité et ses instants « famille » si précieux et essentiels à mes yeux !

A Maddy et Jean-Claude

Merci pour votre aide indispensable et incontournable. Merci pour ce temps que vous m'avez accordé et votre grande flexibilité qui m'a rendu bien des services !

A Magali

Merci pour ta disponibilité, ta générosité, ta confiance, et tout ce que tu nous permets de partager.

A Mathiam

Merci pour ta disponibilité, ta gentillesse et toute ton aide.

Aux médecins et sages-femmes du RESAMEST *qui m'ont accordé de leur temps précieux et qui ont contribué à la réalisation de ce travail.*

A ces médecins qui ont tenu une place toute particulière au cours de mes études

Mon père, le Docteur Denis GERBER

Notre ami, le Professeur Francis RAPHAËL

Notre ami, le Docteur Canio GISONNA

Le Docteur Gilles MUNIER

Le Docteur Bernard TELLAROLI

Merci pour votre passion, votre exemple et votre confiance !

A tous ces médecins passionnés *qui ont eu l'envie de transmettre à chaque instant. Je les remercie sincèrement.*

A tous ceux que j'ai pu oublier.

Serment

« *Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

LISTE DES ABREVIATIONS

AAA : Anévrisme de l'aorte abdominale

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

AMC : Association Médicale Canadienne

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé)

ANSM : Agence Nationale de Surveillance des Médicaments et des produits de santé

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM-10 : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CO : monoxyde de carbone

CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

CVF : Capacité vitale forcée

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DEP : Débit Expiratoire de Pointe

DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

DNDR : Dotation Nationale de Développement de Réseaux

DVO : Déficit Ventilatoire Obstructif

EFR : Epreuves Fonctionnelles Respiratoires

EVALOR : Organisation régionale de l'ÉVALuation en santé en LORraine

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GABA : Acide Gamma-AminoButyrique
GEU : Grossesse Extra-Utérine
HAD : Hospital Anxiety and Depression scale
HAS : Haute Autorité de Santé
HbCO : CarboxyHémoglobine
HPST : de la loi « Hôpitaux Patients Santé et Territoire »
HRP : Hématome Rétro-Placentaire
HTA : Hypertension artérielle
IC : Indice de Confiance
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IDM : Infarctus Du Myocarde
INCa : Institut National du Cancer
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ISQ : Indice Synthétique de Qualité
ITT : Intention-to-treat analysis
LMD : Licence Master Doctorat
LST : Lorraine Stop Tabac
MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin
MOOC : Massive Open Online Course
MSS : Messagerie Sécurisée Santé
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PGE2 : Prostaglandine E2
PMI : Protection Maternelle et Infantile
ppm : Parties par million
PPS : Plan Personnalisé de Santé
PRAM : Plan Régional de l'Assurance Maladie
PRS : Plan Régional de Santé
RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RPM : Rupture Prématurée des Membranes
RSC : Réseau de Soins Coordonné
RSS : Réseau sanitaire spécialisé
SA : Semaines d'Aménorrhée
SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil
SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
TNS : Traitement Nicotinique de Substitution
URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
VEMS : Volume Expiré Maximal par Seconde
VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine
VRS : Virus Respiratoire Syncytial

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE - LE TABAC.....	32
---------------------------------	----

Introduction	33
---------------------------	-----------

I. Le Tabac : de la culture à la consommation.....	33
---	-----------

1. La plante	33
--------------------	----

2. La composition de la cigarette.....	34
--	----

3. Les fumées du tabac	36
------------------------------	----

4. La fumée de cigarette	37
--------------------------------	----

5. Le tabac en quelques chiffres	38
--	----

<i>Estimation du nombre de consommateurs de tabac en France métropolitaine parmi les 11-75 ans</i>	<i>39</i>
--	-----------

<i>Population adolescente</i>	<i>39</i>
-------------------------------------	-----------

<i>Population adulte.....</i>	<i>40</i>
-------------------------------	-----------

<i>Femmes enceintes.....</i>	<i>40</i>
------------------------------	-----------

II. Morbidité, comorbidité et complications	41
--	-----------

1. Les maladies cardio-vasculaires	41
--	----

<i>L'angor et l'infarctus du myocarde (IDM)</i>	<i>41</i>
---	-----------

<i>Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)</i>	<i>41</i>
--	-----------

<i>L'anévrisme de l'aorte</i>	<i>42</i>
-------------------------------------	-----------

<i>L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI).....</i>	<i>42</i>
---	-----------

2.	Les cancers liés à la fumée de tabac	42
	<i>Les cancers bronchiques</i>	42
	<i>Les cancers du larynx, pharynx, de la bouche et de l'œsophage</i>	43
	<i>Les cancers de vessie</i>	43
	<i>Les cancers du pancréas</i>	43
	<i>A moindre échelle</i>	43
3.	Les maladies respiratoires non cancéreuses	43
4.	Tabac, fécondité et grossesse.....	45
	<i>Diminution de la fécondité masculine</i>	45
	<i>Diminution de la fertilité féminine</i>	45
	<i>Augmentation du nombre de grossesse extra utérine (GEU)</i>	46
	<i>Augmentation statistiquement significative des avortements spontanés</i>	46
	<i>Augmentation de la survenue d'hématome rétro placentaire (HRP)</i>	46
	<i>Placenta bas inséré</i>	47
	<i>Augmentation de la prématurité</i>	47
	<i>Augmentation de la survenue de rupture prématurée des membranes (RPM)</i>	47
	<i>Survenue de retard de croissance intra-utérin (RCIU)</i>	47
	<i>Diminution du bien-être fœtal</i>	47
5.	Tabac et Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin.....	48
III.	Les risques (re)connus du tabagisme passif.....	48
1.	Chez l'enfant.....	49
	<i>Aggravation de l'asthme</i>	49
	<i>Augmentation des otites</i>	49
	<i>Mort subite du nourrisson</i>	50
	<i>Risque de survenue de cancer majoré</i>	50

2. Chez l'adulte.....	50
<i>Effet cancérigène.....</i>	50
<i>Pathologie coronaire</i>	50
<i>Aggravation de la symptomatologie respiratoire</i>	51
IV. La dépendance tabagique	51
1. Définition de la dépendance selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	51
2. La dépendance au tabac selon la CIM-10.....	51
3. La nicotine : substance addictogène	52
4. Les récepteurs nicotiques à l'acétylcholine	52
5. Les bases de la dépendance	53
V. Sevrage tabagique	54
1. Outils de mesure de la dépendance.....	54
<i>Les questionnaires.....</i>	54
<i>Les marqueurs biologiques</i>	55
2. Critères de sevrage à la nicotine selon la CIM-10.....	56
3. Le conseil minimal	56
4. Les traitements nicotiques de substitution (TNS)	56
<i>Dispositifs transdermiques (patches).....</i>	57
<i>Gommes à mâcher.....</i>	57
<i>Pastilles à sucer, comprimés sublinguaux</i>	57
<i>Inhalateurs</i>	58
<i>Spray buccaux</i>	58
5. Le bupropion LP (ZYBAN®) et la varénicline (CHAMPIX®).....	58
<i>Le bupropion</i>	58
<i>La varénicline.....</i>	59

6.	Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).....	61
7.	L'entretien motivationnel	61
8.	Le soutien psychosocial.....	62
VI.	La cigarette électronique	63
1.	Petits rappels historiques	63
2.	Réglementation en France	63
3.	Principes de fonctionnement	64
4.	Les « e liquides »	64
5.	Toxicité.....	65
6.	La cigarette électronique : un moindre mal ?	66
VII.	Perceptions /opinions	68
1.	Perception de la dangerosité du produit	68
2.	Opinions sur les politiques publiques	68
	DEUXIEME PARTIE - LES RESEAUX DE SANTE.....	69
	Introduction	70
I.	« Réseau » : Définition, concept, avantages et inconvénients.....	70
1.	Définition et concept	70
2.	Avantages et inconvénients du travail en réseau	70
	<i>Les avantages</i>	70
	<i>Les inconvénients</i>	71

II. Définitions des réseaux de santé.....	71
III. Le « mythe fondateur »(46).....	73
IV. Des dispensaires antituberculeux aux ordonnances de 1996.....	74
1. Les dispensaires anti-tuberculeux.....	74
2. Les réseaux sanitaires spécialisés	75
3. Les réseaux de soins coordonnés.....	75
4. La véritable naissance des réseaux de santé (1980)	76
5. Conclusion.....	77
V. Evolution des réseaux de santé.....	78
1. Les principales mesures de l'Etat	78
2. La coordination formalisée	80
3. Une solution organisationnelle cohérente et innovante	81
4. La flexibilité en médecine : l'atout des réseaux de santé.....	81
VI. 1996 : Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés	83
VII. Typologie actuelle des réseaux de santé	86
1. Les réseaux régionaux	86
2. Les réseaux de proximité.....	86
VIII. Directives de l'ARS : Guide Lines pour les réseaux	87
1. Contexte.....	87
<i>Un bilan très contrasté.....</i>	<i>87</i>
<i>Un besoin d'appui à la coordination des soins.....</i>	<i>87</i>
2. Perspective d'évolution des réseaux.....	88

3.	Orienter des réseaux vers une fonction d'appui à la coordination	89
	<i>Le coordinateur d'appui</i>	89
	<i>Le plan personnalisé de santé (PPS)</i>	90
4.	Favoriser la polyvalence et l'ancrage territorial	90
5.	L'évaluation des réseaux	91
6.	La contractualisation : les CPOM.....	92
7.	Les systèmes d'information.....	93
	<i>Etat des lieux</i>	93
	<i>La cible</i>	93
	<i>Les gains attendus par l'ARS</i>	94
IX.	Conclusion.....	95

	TROISIEME PARTIE - DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTION AU TABAC ET DES COADDICTIONS AU SEIN DU RESAMEST.....	97
--	--	----

I.	Le REseau de SANTé de Moselle-EST (RESAMEST)	98
1.	Naissance	98
2.	Constitution et dénomination.....	98
3.	Cadre juridique	98
4.	Siège social	98
5.	Objet	99
6.	Composition du réseau	99
7.	Conseil d'administration : composition et fonctionnement.....	100
8.	Objectifs et missions.....	101

II. Le pôle « addiction » - Lorraine Stop Tabac (LST): Origine, évolution et objectifs au sein du RESAMEST	102
1. Origine	102
2. Evolution.....	103
3. Objectifs au sein du RESAMEST	103
4. Nouvelle organisation administrative	104
5. Financement commun.....	105
6. Fonctionnement du réseau : les intervenants	106
<i>Le conseil d'administration</i>	<i>106</i>
<i>Le comité de coordination : le rôle pivot du coordinateur administratif</i>	<i>106</i>
<i>Le cercle d'experts</i>	<i>106</i>
<i>Les praticiens</i>	<i>106</i>
7. Parcours d'un patient souhaitant un sevrage	107
8. Système d'information	108
9. Panier de soins.....	110
 QUATRIEME PARTIE - MATERIEL ET METHODE.....	 111
 I. Type d'étude	 112
 II. Procédure	 112
 III. Critère principal, critères secondaires, critères d'inclusion et de non inclusion.....	 113
1. Critère principal de l'évaluation du réseau plurithématique.....	113
2. Critères d'inclusion.....	114
3. Critères de non inclusion	114
4. Critères secondaires	114

CINQUIEME PARTIE- RESULTATS DE L'ETUDE COMPARATIVE.....	115
I. Résultats de l'évaluation à 18 mois d'existence après 18 mois de fusion-absorption au sein du RESAMEST.	116
II. Résultats de l'évaluation comparative	124
SIXIEME PARTIE - ANALYSE ET DISCUSSION.....	128
I. Confrontation interne	129
1. Concernant l'évaluation comparative	129
2. Concernant l'évaluation du réseau plurithématique après 18 mois de fusion-absorption.....	133
II. Confrontation externe	135
III. Intérêts de cette évaluation comparative	137
IV. Biais, limites et perspectives	138
CONCLUSION	142
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	144
ANNEXES.....	151

« Se vouer à ce qui donne Passion et Compassion. »

Edgar Morin

Première Partie

LE TABAC

Introduction

Le tabac, son addiction, les conséquences de sa consommation, son sevrage sont autant de thèmes pris au piège politique et sanitaire et de si nombreuses fois traités au cours de ces dernières décennies.

A l'heure de la cigarette électronique et des évolutions politiques en santé publique cherchant l'équilibre entre prise en charge optimisée et dépenses de santé, quelques rappels succins semblent importants.

I. Le Tabac : de la culture à la consommation

«Le tabac est plus exigeant que n'importe quelle maîtresse.»

Sangaree de Frank G. Slaughter

1. La plante

Le tabac est un produit psychoactif manufacturé élaboré à partir de feuilles séchées de plantes de tabac commun (*Nicotiana tabacum*), originaire d'Amérique centrale appartenant au genre botanique *Nicotiana* (famille : *Solanaceae*).



Figure 1 : plante de tabac
Source : Encyclopédie Larousse

Déjà utilisé depuis des siècles par les Amérindiens, notamment par les Mayas d'Amérique Centrale lors de cérémonies religieuses, le tabac fut découvert pour la première

fois par l'Europe grâce à Christophe Colomb. C'est Jean Nicot de Villemain qui l'introduit en France vers 1560.(1)

Récoltée 3 mois après avoir été semée, la plante peut atteindre 1.5 à 2m de hauteur, et être porteuse de feuilles pouvant aller jusqu'à 80cm de long et 40cm de large. Les feuilles sont alors séchées, triées, classées en taille et qualité, puis mises en « manques ».(2)

Aujourd'hui, le tabac est cultivé dans le monde entier et est proposé à la consommation sous forme de cigarettes, cigares, en vrac, à rouler ou pour la pipe, à chiquer, et sous forme de snuss en Scandinavie.

La production mondiale de tabac est de l'ordre de 6,3 millions de tonnes (2007). La Chine est, de loin, le premier producteur (2,4 Mt) devant le Brésil (919 000 t), l'Inde (555 000 t), les États-Unis (353 000 t) et l'Argentine (170 000 t). La France, elle, se situe au 15^{ème} rang mondial.(2)

2. La composition de la cigarette

Une cigarette contient entre 0.8 et 1g de tabac, ce qui correspond à un taux de 10 à 20mg de nicotine.(3) 2500 autres substances chimiques complètent le tableau.



Figure 2 : Principaux composants de la cigarette

La Nicotine, amine tertiaire, est l'alcaloïde principal du tabac. Elle sera détaillée un peu plus loin.

Les additifs utilisés sont variés et nombreux. Une liste de 165 produits est autorisée en France. Ils représentent les humectants, les aromatisants, les conservateurs et les agents de combustion. Certains d'entre eux, comme l'ammoniac, se sont vus attribués des effets accroissant la fraction libre de nicotine et l'effet « shoot » de la cigarette, mais sans preuves scientifiques.(4)

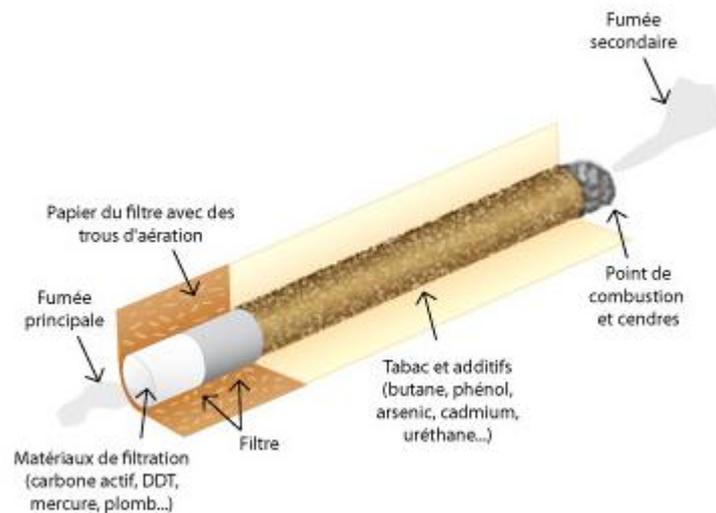


Figure 3 : Déshabillage d'une cigarette avec filtre

Le papier utilisé est un tube poreux fait soit de cellulose fait de lin, de chanvre ou de bois.

Le filtre de cigarette, élaboré pour tenter de récupérer un maximum de goudron de la fumée de cigarette, est composé d'acétate de cellulose, de papier avec trous d'aération, de charbon actif et parfois de mercure et de plomb. Le filtre ne retiendrait en fait que les plus grosses particules. La majorité d'entre elles est donc en réalité inhalée par le fumeur.

3. Les fumées du tabac

a. Le courant primaire

Il est pris par le fumeur lorsqu'il tire sur la cigarette. Les particules de ce courant ont un diamètre médian aérodynamique de 0.3 microns, ce qui leur permet de pénétrer tout l'arbre bronchique, créant ainsi une inflammation et pouvant traverser les membranes. (5)

b. Le courant secondaire

Il s'agit de la fumée s'échappant du bout incandescent de la cigarette entre deux bouffées. C'est le principal responsable du tabagisme passif. Se faisant sans apport en oxygène, cette combustion libère des taux de toxiques plus élevés que dans le courant primaire.

c. Le courant tertiaire

Lui aussi responsable du tabagisme passif, il correspond à la fumée rejetée par le fumeur.

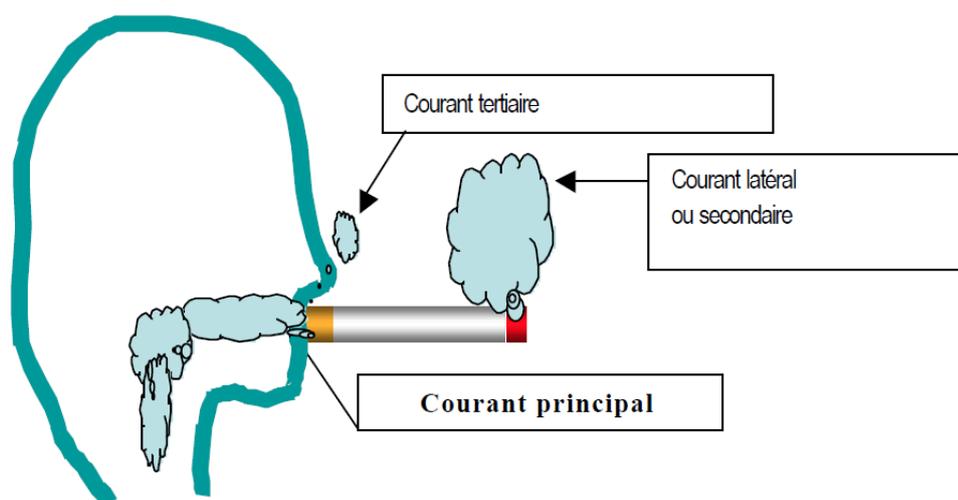


Figure 4 : Les différents courants de fumée

Source : Rapport du groupe de travail DGS - Tabagisme passif présidé par le Pr Bertrand Dautzenberg, Mai 2001

4. La fumée de cigarette

La combustion de la feuille de tabac crée de nouveaux composants (monoxyde de carbone, goudrons...), nocifs pour la santé. S'il existe plus de 4000 substances identifiées dans la fumée du tabac, seule une soixantaine est reconnue cancérigène et est présente à des doses toxiques : nicotine, monoxyde de carbone, oxydes d'azote, goudrons, etc.

La fumée de cigarette peut être considérée comme un aérosol dynamique présentant deux phases : une phase gazeuse et une phase particulaire. Cette dernière est une matière composée de nicotine, de vapeur d'eau et de goudrons obtenus sur un filtre en fibre de verre dans une machine à fumer. (4)

La composition de la fumée montre des éléments constants, présents en quantité variable selon le type de tabac, la manière de fumer, la présence ou non d'additifs et le type de cigarette.

Les principaux composants chimiques présents dans la fumée de cigarette :

La Nicotine

La nicotine, principal facteur de dépendance physique par ses effets psychoactifs, est un alcaloïde comportant un noyau pyridine et d'un cycle N-méthyl-pyrrolidine. Sous forme ionisée dans la fumée, la molécule présente des similitudes avec l'acétylcholine et a une forte affinité avec les récepteurs nicotiques cérébraux. La nicotine atteint ainsi le cerveau en quelques secondes et apporte un effet shoot au cerveau à chaque bouffée de cigarette. Rapidement présente dans la circulation sanguine, la nicotine a une demi-vie de 2 à 3h.

La nicotine a des effets centraux : drogue psychoactive (plaisir, gestion du stress, antidépresseur, concentration intellectuelle) renforçant la dépendance comportementale et pharmacologique.

La nicotine possède également des effets périphériques cardio-vasculaires (vasoconstriction des artères coronaires, tachycardie, augmentation du débit cardiaque, augmentation de la pression artérielle), bronchiques (stimulation des récepteurs nicotiques périphériques) et enfin une inhibition ou blocage des fibres C du système nerveux sensitif.

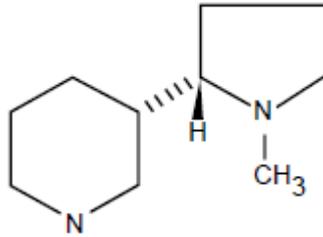


Figure 5 : molécule de nicotine

La Cotinine

Principal métabolite de la nicotine, elle se forme par oxydation de la nicotine et est éliminée par les urines.

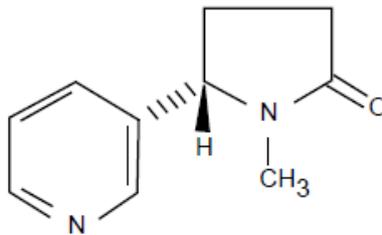


Figure 6 : molécule de cotinine

La Nornicotine

Constituant du tabac et métabolite de la nicotine, elle est présente à la fois dans la plante et chez l'homme. La nornicotine est présente plus longtemps dans le sang que la nicotine. Ceci implique une exposition plus importante à ses effets nocifs.

5. Le tabac en quelques chiffres

En 2010, malgré une stabilité des ventes, la consommation de tabac chez les adultes a augmenté, notamment chez les femmes.

Estimation du nombre de consommateurs de tabac en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

<i>Expérimentateurs</i>	<i>dont actuels</i>	<i>dont réguliers</i>
<i>35,5 millions</i>	<i>15,8 millions</i>	<i>13,4 millions</i>

*Tableau 1 : Expérimentateurs : personnes ayant consommé au moins une fois au cours de leur vie
Actuels : au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours
Réguliers : usage quotidien
Source : OFDT*

Population adolescente

- Collégiens

L'expérimentation du tabac concerne environ 1/3 des collégiens.

Elle est en augmentation importante: + 12.7% en sixième, + 51.8% en classe de troisième.

L'expérimentation est 2x plus fréquente chez les garçons que chez les filles en 6^{ème}. En revanche, le sex ratio s'inverse dès la classe de 4^{ème}.

Avant 14 ans, la consommation quotidienne de tabac reste rare, mais son usage augmente nettement ensuite. L'usage quotidien reste marginal avec moins de 2 % des élèves concernés en classes de sixième et de cinquième.

Dès la classe de quatrième, 7,9 % d'élèves se déclarent fumeurs quotidiens, avec un doublement de cette proportion en troisième (15,8 %).

Malgré une expérimentation plus tardive, le tabagisme quotidien féminin se développe ensuite plus rapidement, au point d'être proche de celui des garçons à la fin du collège.(6)

- Lycéens

En 2011, parmi les adolescents de 17 ans, plus de quatre sur dix (42,0 %) déclarent avoir consommé du tabac au cours des trente derniers jours.(7) Après une baisse significative de 5 % entre 2005 et 2008, l'usage quotidien a augmenté entre 2008 et 2011 (31,5 % contre

28,9 %), avec une légère prédominance masculine (30,2 % parmi les filles, 32,7 % parmi les garçons).

- En Europe

L'enquête scolaire ESPAD de 2011(8) témoigne du fait que le niveau d'usage récent (au cours du mois) parmi les jeunes Français est plus élevé que la moyenne européenne (38 % contre 28 %), les situant à la 6^{ème} position sur 36 pays. La tête du classement est tenue par la Lettonie, la République tchèque et la Croatie, avec respectivement 43 %, 42 % et 41 % d'utilisateurs récents. Les adolescents les moins consommateurs de tabac en Europe sont les Albanais, les Monténégrins et les Islandais avec respectivement 12 %, 11 % et 10 %.

La très forte prédominance féminine de l'usage de tabac observée en France en 2011 est une particularité seulement partagée par la Bulgarie et Monaco.

Population adulte

L'expérimentation du tabac en 2010 concerne 83 % des hommes et 71 % des femmes.(9)

30 % (33,0 % des hommes et 26,6 % des femmes) des adultes ont une consommation quotidienne, avec une augmentation significative chez les femmes (en particulier entre 45 et 64 ans) mais pas chez les hommes. La consommation quotidienne s'amenuise nettement avec l'âge.

Femmes enceintes

En France métropolitaine, la consommation de tabac chez les femmes enceintes a fortement augmenté dans les années 70 et 80, elle était stable au milieu des années 1990 et a diminué ensuite. 21% des femmes déclaraient fumer au troisième trimestre de la grossesse en 2003 contre 18% en 2010. C'est en région parisienne, au Nord, à l'Est et à l'Ouest que la consommation de tabac était plus importante, et avoisinait les 22%. (10)

II. Morbidité, comorbidité et complications

La pandémie tabagique est la pire pandémie qu'aient connue nos civilisations :

- 100 millions de morts au XXème siècle
- 1 milliard à venir au XXIème siècle(5)

Le nombre annuel de décès attribués au tabagisme pour l'année 2004 a été estimé en France à 73 000.(6)

Le tabagisme actif est responsable de plus de 100 maladies cancéreuses ou non.(5) Il peut en être la cause principale, un facteur aggravant, un facteur d'évolution prolongée, un facteur de non guérison ou de difficultés thérapeutiques.

1. Les maladies cardio-vasculaires

L'angor et l'infarctus du myocarde (IDM)

Principalement associé à l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle (HTA), le tabac multiplie par 2 l'influence des facteurs de risque cardiovasculaires, ce qui aboutit à une multiplication exponentielle des accidents lorsqu'il y a association du tabac aux autres facteurs de risque. La responsabilité du tabac est majeure dans la survenue d'accidents coronariens aigus, car outre son action athérogène, le tabac présente également une action thrombogène, vasoconstrictive et surtout arythmogène. La fréquence des IDM et des épisodes d'angor est donc significativement plus élevée chez les patients fumeurs.(11)

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Le poids du tabac est moindre dans la survenue des AVC. Le tabagisme intervient en particulier dans la survenue des AVC ischémiques et emboliques par embolies à partir de plaques athéromateuses carotidiennes.(11)

L'anévrisme de l'aorte

L'étude Aneurysm Detection and Management (ADAM) publiée en 2000 a mis en évidence qu'un antécédent de tabagisme quel qu'il soit était associé un odds ratio de 2,97 pour les anévrismes de l'aorte abdominale (AAA) entre 3 et 3,9 cm, et un odds ratio de 5,07 pour les AAA d'une taille supérieure ou égale à 4 cm.(12) En outre, le tabagisme augmente les risques d'expansion et de rupture des AAA, ainsi que la mortalité per-opératoire et tardive des patients ayant subi une intervention chirurgicale d'un AAA.(13)

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

90% des sujets atteints sont des fumeurs actifs avec une importante consommation. Le risque d'AOMI croît proportionnellement avec l'ancienneté et l'importance du tabagisme. À partir de 20 cigarettes par jour, le risque d'AOMI lié à d'autres facteurs (principalement hypercholestérolémie et diabète) est multiplié par 5.(11)

2. Les cancers liés à la fumée de tabac

Le tabac est le premier facteur de risque évitable de cancers en France. Il est responsable de près de 30% des décès par cancer. (14)

Les cancers bronchiques

90% d'entre eux sont liés au tabac chez l'homme et 70% chez la femme.(14)

Le paradoxe de ces cancers est qu'ils représentent un problème majeur de santé publique par leur fréquence et leur mauvais pronostic alors qu'ils sont accessibles à la prévention primaire. En effet, leur principal facteur de risque, le tabac, est identifié et évitable : le tabac est responsable de 44000 décès par cancer par an.(15)

Dans le cas du cancer pulmonaire, le sur-risque est dose-dépendant mais est surtout lié à la durée d'exposition : doubler la dose double le risque. En revanche, doubler la durée le multiplie par 16 à 32.

Les cancers du larynx, pharynx, de la bouche et de l'œsophage

Pour ces cancers plus fréquents chez le fumeur de pipe et/ou de cigares du fait du pH alcalin de la fumée, il est admis que la consommation de tabac en est à l'origine dans plus de 50% des cas.(14) La consommation conjointe de tabac et d'alcool multiplie ce risque.

Les cancers de vessie

Ils représentent la 7^{ème} cause de cancer chez l'homme et 10^{ème} chez la femme. Dans 40% des cas, leur survenue est liée à la consommation tabagique.(14)

Les cancers du pancréas

30% d'entre eux sont dus au tabac.(14)

A moindre échelle

Le tabac est également impliqué dans la survenue des cancers des voies urinaires et du rein, des cancers du col utérin, du sein et de l'ovaire, certaines leucémies et les cancers du côlon et du rectum.(14)

3. **Les maladies respiratoires non cancéreuses**

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO est une maladie respiratoire lentement progressive, caractérisée par la présence d'une obstruction bronchique permanente peu ou pas réversible. Cette obstruction, liée à la bronchite chronique ou à l'emphysème, ou à leur association, est documentée par l'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) qui met en évidence un déficit ventilatoire obstructif (DVO) défini par la chute du rapport Volume Expiré Maximum par Seconde (VEMS) sur la capacité vitale forcée (CVF) en dessous de 70%. Le DVO est permanent, pouvant s'améliorer partiellement sous bronchodilatateur. Il ne disparaît jamais, ce qui oppose

la BPCO à l'asthme. Le risque majeur de la BPCO est son évolution vers une insuffisance respiratoire chronique définie par une hypoxie persistante ($\text{PaO}_2 < 70\text{mmHg}$).

Alors qu'un non fumeur perd environ 30ml de souffle par an, un fumeur en perd 60ml, son poumon vieillit deux fois plus vite et l'insuffisance respiratoire est précoce.

L'étiologie dominante est représentée par le tabagisme, qui explique à lui seul 80 à 90% du risque de survenue d'une BPCO.

L'aggravation de l'asthme

Le tabagisme actif entraîne une dégradation plus rapide de ses valeurs fonctionnelles respiratoires ainsi qu'une augmentation de la fréquence des admissions à l'hôpital et du risque de mortalité lié à la maladie asthmatique. En outre, fumer diminue la sensibilité aux effets thérapeutiques des corticoïdes.(16)

L'augmentation du risque de pneumopathie (à pneumocoque, à légionnelle, au virus respiratoire syncytial (VRS)) et de tuberculose

La fumée de cigarette altère le processus de défense de l'appareil respiratoire avec une altération de l'appareil muco-ciliaire ainsi que de la réponse immunitaire cellulaire et humorale (baisse du taux circulant d'immunoglobulines, de la réponse immunitaire à certains antigènes et de la capacité de phagocytose des macrophages), entraînant une augmentation des infections à pneumocoque chez les patients fumeurs ainsi que des infections virales. Enfin, l'association entre tabagisme actif ou passif et survenue de la tuberculose peut être causale.(16)

L'histiocytose X

Rare mais présente presque exclusivement chez les fumeurs (5) ou ex-fumeurs (>90%), elle se caractérise par une inflammation bronchiolaire, la présence de nodules cavitaires et kystes pulmonaires, associées à la présence de cellules de Langerhans CD1+.(16)

Une augmentation du risque de survenue de fibrose pulmonaire idiopathique, d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)

La prévalence de fumeurs ou ex-fumeurs dans la fibrose pulmonaire idiopathique est de 40 à 80%, la relation entre le tabagisme et la fibrose pulmonaire idiopathique étant fortement suspectée depuis de nombreuses années.(16) De même, le tabagisme ainsi que la consommation d'alcool ont été suggérés comme facteurs de risque potentiels de SAOS. En effet, des études épidémiologiques ont montré que le tabagisme actif était associé à une prévalence plus importante de ronflements ainsi que d'apnées obstructives du sommeil.(17)

4. Tabac, fécondité et grossesse

Le risque du tabagisme au cours de la grossesse est principalement lié au monoxyde de carbone et non à la nicotine.

Diminution de la fécondité masculine

En effet, le tabac serait responsable d'une dysfonction érectile, d'une altération des paramètres spermiologiques représentée par une altération de la mobilité des spermatozoïdes et une augmentation de la tératospermie. Enfin, le tabac serait également responsable d'une altération du matériel nucléaire (fragmentation de l'ADN).(18)

Diminution de la fertilité féminine

Le tabagisme actif chez la femme est associé à un retard à la conception statistiquement significatif, avec une relation dose-effet rapportée ainsi qu'une réversibilité à l'arrêt du tabac.

Dans le cadre de procréation médicalement assistée, le tabac est associé significativement à une diminution du recueil d'ovocytes et possiblement à celle du taux d'implantation.

Enfin, on note également un avancement de l'âge de la ménopause de 2 ans en moyenne.(18)

Augmentation du nombre de grossesse extra utérine (GEU)

L'augmentation du nombre des GEU (première cause de décès au premier trimestre) chez la femme enceinte tabagique est significative. En effet, environ 35% des GEU sont attribuables au tabac. Une relation dose-effet et une réversibilité ont été notées.

Augmentation statistiquement significative des avortements spontanés

Des anomalies de la placentation précoce sont suspectées chez les femmes fumeuses. L'analyse Windham et al. a montré une légère augmentation du risque de fausse couche spontanée chez les femmes tabagiques (OR = 1,3 [0,9-1,8]), ainsi qu'une augmentation du risque de fausse couche spontanée en cas de tabagisme passif (OR = 1,4 [1,1-1,7]).(19) En 2000, l'étude Mishra et al. confirme ces données et montre que le risque d'avortements spontanés est augmenté en présence d'un tabagisme (OR = 1,6 [1,1-2,1]).(20) En 2006, George et al. présentent les résultats de leur étude sur le lien entre le taux de cotinine plasmatique chez la femme et le risque de fausse couche entre 6 et 12 SA et montrent un risque de fausse couche multiplié par 2,11 (1,36-3,27) en cas de taux de cotinine plasmatique supérieur à 15 ng/mL, correspondant à un tabagisme actif.(21)

Une méta-analyse réalisée en 2008 à partir de données de sept études a mis en évidence un risque de fausse couche précoce multiplié par 2,65 (1,33-5,30) chez les patientes fumeuses. (22)

Augmentation de la survenue d'hématome rétro placentaire (HRP)

25% des hématomes rétro placentaires sont liés au tabagisme actif de la femme enceinte. Leur survenue serait liée aux effets vasoconstricteurs (notamment de la nicotine) et de la fragilité capillaire. Le risque augmenté est lié à l'augmentation de la carboxyhémoglobine (HbCO).

Placenta bas inséré

Le risque de survenue d'un placenta bas inséré est multiplié par 2 chez la femme enceinte tabagique.

Augmentation de la prématurité

La petite (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) et la grande prématurité (< 33SA) sont concernées. L'augmentation de la prématurité est le plus souvent liée à la survenue plus fréquente d'accidents obstétricaux tels que l'hématome rétroplacentaire, le placenta bas inséré hémorragique ou la rupture prématurée des membranes.

Augmentation de la survenue de rupture prématurée des membranes (RPM)

Celle-ci serait due à une stimulation de la prostaglandine E2 (PGE2) à l'origine des contractions et à l'augmentation des vaginoses bactériennes chez la femme enceinte fumeuse.

Survenue de retard de croissance intra-utérin (RCIU)

Il s'agit de RCIU harmonieux dont l'incidence est de 17.7%(18), dû à une hypoxie chronique, une vasoconstriction ombilicale, la toxicité du cadmium et à la sous-alimentation de la femme enceinte tabagique.

Diminution du bien-être fœtal

L'hypoxie chronique, les retentissements cardio-vasculaires et respiratoires (modifications du rythme des mouvements respiratoires fœtaux, croissance pulmonaire perturbée, hyperréactivité bronchique), et diminution des mouvements fœtaux en témoignent.(18)

5. Tabac et Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

Une étude réalisée en Pologne et publiée en 2014 s'est penchée sur les répercussions cliniques du tabagisme dans les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI).(23)

L'étude a révélé que 60% des patients atteints de maladie de Crohn (MC) étaient des fumeurs actifs. La comparaison entre les deux sous-populations (fumeurs actifs et anciens fumeurs ou non-fumeurs) a montré que les patients fumeurs avaient tendance à développer une forme clinique de la maladie plus sévère, qu'ils étaient plus souvent atteints de formes modérées à sévères requérant plus fréquemment l'utilisation des immunosuppresseurs. Il a également été montré que les patients fumeurs étaient plus souvent hospitalisés et subissaient plus souvent des interventions chirurgicales que les patients non-fumeurs ou anciens fumeurs. De même, les patients fumeurs sont plus sujets aux manifestations extra-digestives de la maladie par rapport aux patients non-fumeurs. L'étude montre également que les femmes présentent des formes plus sévères de la maladie ainsi qu'un début plus précoce que les hommes, quelle que soit la sous-population étudiée, mais particulièrement dans la sous-population des fumeurs.

L'étude a néanmoins failli à démontrer les effets bénéfiques du tabac dans la rectocolite hémorragique (RCH). La prévalence du tabagisme actif au moment du diagnostic dans la RCH était bien inférieure à celle de la maladie de Crohn. Les patients non-fumeurs ou anciens fumeurs présentaient plus souvent des formes sévères de la maladie que les fumeurs actifs. Aucune différence statistiquement significative n'a pu être mise en évidence concernant la fréquence des hospitalisations ou l'utilisation des immunosuppresseurs entre les différentes sous-populations. Enfin, selon certaines études, le risque de colectomie serait fortement diminué chez les patients fumeurs atteints de RCH.(24)

III. Les risques (re)connus du tabagisme passif

Le tabagisme passif est l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement. D'autres expressions sont aussi utilisées : "*la fumée des autres*", "*tabagisme environnemental*".(25)

Au sein d'une habitation, la demi-vie de la fumée de tabac est estimée à 55 (23 à 116) minutes après la dernière cigarette fumée et le temps nécessaire à atteindre le seuil de valeur normale de l'air ambiant est de 160 (90 à 313) minutes. Ces valeurs montrent à quel point la fumée d'une seule cigarette reste pendant une durée importante et devraient encourager les fumeurs à ne plus fumer à la maison.(26)

Selon les enquêtes conduites en France, 72 % des non-fumeurs disent être exposés à la fumée des autres. Plus de la moitié des Européens non-fumeurs se disent gênés par la fumée des autres. Les fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour se disent également gênés plus d'une fois sur deux. Chez les personnes qui souffrent de maladies cardiaques ou respiratoires, la gêne est plus forte et il existe une aggravation de certaines maladies.(25)

Ainsi, il est admis que le tabagisme passif augmente l'incidence d'un certain nombre de pathologies :

1. Chez l'enfant

Aggravation de l'asthme

Le tabagisme passif augmente l'intensité et la fréquence des crises, notamment chez l'enfant. Il existe un excès de crise de 14% lorsque le père fume, de 28% quand la mère fume et de 52% lorsque les deux parents sont tabagiques. Ceci est corrélé à l'excès de variabilité du débit expiratoire de point (DEP) chez ces enfants.(27)

L'exposition au tabagisme passif n'augmente pas le nombre d'enfants atopiques, mais le nombre de patients asthmatiques diagnostiqués en médecine générale.

Enfin, cette exposition diminue le VEMS de 1.9% en fin de croissance.(27)

Augmentation des otites

Il existe une augmentation de 48% pour les otites récidivantes, 38% pour les épanchements de l'oreille et 21% pour les otorrhées.(27)

Mort subite du nourrisson

Il existe une relation entre le tabagisme de la mère et le risque de mort subite du nourrisson. L'augmentation de ce risque de mort subite est multiplié par 2 quand la mère fume par rapport à un environnement avec une mère non fumeuse (sans que l'on sache bien séparer le rôle du tabagisme ante et post-natal). Le risque relatif est égal à 2.1 (IC95% ; 1.9-2.4).(25) La relation dose-effet est démontrée, le rôle du tabagisme paternel fortement suspecté.

Risque de survenue de cancer majoré

Il existe une forte suspicion de relation entre l'exposition directe au tabagisme actif maternel durant la grossesse et le risque de survenue d'un cancer chez l'enfant. L'augmentation de ce risque, basée sur une méta-analyse, est de 10%.(27)

Une relation entre exposition de la mère au tabagisme actif paternel (tabagisme passif de la mère) et survenue de cancer cérébral chez l'enfant est probable, avec une augmentation du risque de 22%.(27)

Enfin, l'augmentation du risque de survenue de leucémies ou lymphomes serait possiblement liée à l'exposition du fœtus au tabagisme actif des deux parents.

2. Chez l'adulte

Effet cancérigène

Il existerait un risque de survenue d'un cancer pulmonaire augmenté de 26% chez une personne exposée au tabagisme passif. Les cancers des sinus de la face seraient multipliés par 2 à 6. Un excès de risque de survenue des cancers de la tête et du cou est suspecté.(27)

Pathologie coronaire

Le tabagisme passif augmente le risque de survenue de maladie coronaire, type angor et infarctus du myocarde, de 25% par rapport à une personne non exposée.(27) Le risque

d'accident vasculaire cérébral ischémique, quant à lui, est multiplié par 2 lorsqu'il y a exposition au tabagisme du conjoint.

Aggravation de la symptomatologie respiratoire

Chez les non-fumeurs, l'exposition à la fumée de tabac pourrait être responsable, sans certitude établie, de la survenue de symptômes respiratoires chroniques et de bronchopneumopathie chronique obstructive.

Chez l'adulte asthmatique, en revanche, cette exposition passive entraîne une recrudescence de la symptomatologie, de l'utilisation de traitements et d'hospitalisations.(27)

Enfin, la seule exposition d'un patient BPCO au tabagisme passif peut être responsable d'une exacerbation.

IV. La dépendance tabagique

1. Définition de la dépendance selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Il s'agit d'«un état psychique et physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, afin de ressentir ses effets et parfois à éviter l'inconfort de son absence. La tolérance (c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses) peut être présente ou non ».

2. La dépendance au tabac selon la CIM-10

La CIM-10 propose une catégorie spécifique pour la dépendance au tabac.

Le diagnostic de dépendance au tabac peut être posé lors de la présence simultanée de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pendant un mois continu(28):

1. forte envie / désir impérieux de consommer du tabac ;
2. perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses / souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation tabagique ;
3. symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac ;
4. développement d'une tolérance ;
5. abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac ;
6. maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme.

3. La nicotine : substance addictogène

Il est désormais scientifiquement établi que la nicotine possède les caractéristiques pharmacologiques pour induire une dépendance. Le phénomène de « titration » et le succès du traitement nicotinique de substitution sont la preuve que la nicotine est recherchée par le fumeur.

En effet, l'entrée de la substance dans la circulation se fait directement par le système veineux pulmonaire, ce qui permet à la nicotine d'atteindre le système nerveux central en un temps de 9 à 19 secondes. (27)

Inconsciemment, le fumeur contrôle la dose de nicotine qu'il aspire, bouffée par bouffée. Cette dose de nicotine dépend de plusieurs facteurs : l'intensité des bouffées, leur durée, leur nombre, la profondeur d'inhalation et le degré de dilution de la fumée dans l'air inspiré. La dose n'est pas mesurable précisément, mais il est admis une dose de 1 à 1.5mg de nicotine par cigarette.(29)

4. Les récepteurs nicotiques à l'acétylcholine

La nicotine, traversant la barrière hémato-encéphalique, stimule les récepteurs nicotiques à l'acétylcholine situés sur les neurones dopaminergiques. Les récepteurs

nicotiniques, avant tout récepteur cholinergique, font partie des récepteurs canaux. Ils sont constitués de 5 sous-unités transmembranaires.

La fixation d'acétylcholine ou de nicotine permet l'ouverture du canal et la libération d'ion sodium dans le milieu intracellulaire. Il existe également des récepteurs canaux nicotiniques perméables aux ions calcium, facilitant ainsi la libération de neurotransmetteurs comme la noradrénaline, la sérotonine, le glutamate, le GABA et la dopamine.

5. Les bases de la dépendance

La dépendance au tabac repose sur un système de manque et de récompense. Elle est fondée essentiellement sur 2 éléments primordiaux : la nicotine, substance plus addictogène que l'héroïne ou la cocaïne, et le « hit » sensation du fumeur associée au plaisir et au soulagement lors de la prise d'une bouffée.

Le « hit » est une sensation de brûlure ressentie au fond de la gorge par le fumeur à chaque bouffée. Dans un modèle pavlovien, il est associé par réflexe à l'absorption de la nicotine dans le sang et à la libération de dopamine, procurant un plaisir intense et soulageant ainsi le besoin impérieux de fumer.(30)

La demi-vie courte de la nicotine (2 à 3h) est l'élément majeur de la création de la dépendance. La nicotininémie augmente progressivement sur 6 à 8h de consommation quotidienne pour atteindre un plateau jusqu'à la dernière cigarette de la journée. Celle-ci chute rapidement au cours de la nuit de telle sorte que son taux sanguin devient très faible au réveil.(29)

Ce mécanisme implique des cigarettes fumées régulièrement, afin de permettre le maintien d'une nicotininémie constante au cours de la journée. La répétition quotidienne et stable favorise le phénomène de dépendance.

L'absorption pulmonaire rapide de la nicotine par la fumée inhalée permet un renforcement central très rapide, ce qui fait de la cigarette le mode d'administration du tabac le plus répandu, dont la dépendance est intense et difficile à traiter.

Rappelons que la nicotine active les récepteurs nicotiniques situés sur les neurones dopaminergiques localisés dans l'air tegmentaire ventrale qui se projettent au niveau du noyau

accumbens et des structures limbiques, et qui appartiennent à la voie dopaminergique mésostriée. Il s'agit là de structures intégrant le circuit de la récompense qui définit à chaque instant l'état de satisfaction du sujet.

Enfin, la désensibilisation des récepteurs nicotiques et leur augmentation pourraient, elles aussi, avoir un rôle actuellement non scientifiquement établi dans le mécanisme de dépendance.

V. Sevrage tabagique

1. Outils de mesure de la dépendance

Les questionnaires

- Le Test de Fagerström

Il s'agit de l'outil le plus utilisé en pratique courante. Par des questions simples et rapides, il permet d'établir un score en lien avec le degré de dépendance du fumeur. Le score obtenu est décisif sur le plan thérapeutique et pronostique.

Il comporte 6 questions. Le score va de 0 à 10. Plus celui-ci est élevé, plus la dépendance du patient est forte. Les 2 items les plus importants sont le nombre total de cigarettes fumées par jour et le délai entre le réveil et la première cigarette fumée. Plus la dépendance est forte, plus ce délai sera court.

Enfin, ce test semble plutôt bien prédictif d'un sevrage tabagique sans traitement. Plus la dépendance est forte, plus les chances de sevrage sans substitution sont faibles.

- Le Test de Horn

Composé de 18 items, cet auto-questionnaire permet d'identifier les facteurs psychologiques qui poussent le patient à fumer. Pour chaque item, 5 réponses sont proposées. Le résultat classe alors les motivations du fumeur en 6 facteurs : trois concernent le côté plaisir de la cigarette, les trois autres témoignent du côté négatif.

- Le Test Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

Cette échelle est un outil dépistant les troubles anxieux et dépressifs, et évaluant leur sévérité. L'intérêt de sa réalisation est évident dans le cadre d'un sevrage tabagique. Distinguer anxiété et dépression est en effet crucial dans la prise en charge de l'addiction au tabac : le patient anxieux pourra débuter le sevrage immédiatement, alors que le patient dépressif verra son sevrage différé au profit du traitement de son syndrome dépressif. En effet, il apparaît qu'un patient dépressif non traité a une risque plus élevé d'échec de sevrage.

Les marqueurs biologiques

- Le monoxyde de carbone (CO) expiré

Outil simple et rapide, le taux de CO expiré est un bon reflet de l'intoxication tabagique récente. La demi-vie du CO dans l'organisme est de 3 heures. L'intérêt de cette mesure comme outil pronostique dans le sevrage tabagique n'a pas pu être démontré, mais sa place comme outil motivationnel semble évident puisqu'il permet une prise de conscience du degré d'intoxication au CO, alors que les effets du tabac ne sont pas encore ressentis.(31)

Les résultats se mesurent en partie par million (ppm). Un non-fumeur présentera un taux à moins de 5ppm. Entre 5 et 10ppm, le résultat évoque davantage un tabagisme passif. Un taux supérieur à 10ppm caractérise un tabagisme actif.

- La cotinine urinaire

Etant l'un des principaux métabolites de la nicotine, la cotine a une demi-vie longue de 13 à 24 heures. Il s'agit du bio-marqueur le plus utilisé, mesuré grâce à des bandelettes de détection par méthode ELISA.

2. Critères de sevrage à la nicotine selon la CIM-10

Pour poser le diagnostic de sevrage à la nicotine, la CIM-10 exige la présence d'au moins deux des signes suivants(32):

1. envie impérieuse de tabac (*craving*) ;
2. malaise / état de faiblesse ;
3. anxiété ;
4. humeur dysphorique ;
5. irritabilité / agitation ;
6. insomnie ;
7. augmentation de l'appétit ;
8. toux ;
9. ulcérations buccales ;
10. difficultés de concentration.

3. Le conseil minimal

Il s'agit de connaître le statut tabagique de ses patients et d'encourager un éventuel sevrage. Lors d'une consultation, même et surtout, pour un motif autre, il est possible de poser des questions simples et directes : « Fumez-vous ? », « Voulez-vous arrêter de fumer ? ». L'objectif étant initialement une prise de conscience et un dialogue sans culpabilisation, mais avec l'espoir secret d'un sevrage à la clé, si possible réussi !

4. Les traitements nicotiniques de substitution (TNS)

Ils ont pour objectif un soulagement des symptômes de sevrage par un apport quotidien de nicotine, la substitution ayant pour but d'obtenir le sevrage.

Concernant leur efficacité, une étude de 2012 comparant TNS versus placebo a donné un RR= 1.6 ; IC (95%) (1.53-1.68) tout TNS confondu, confirmant ainsi tout l'intérêt de l'utilisation de ces traitements dans l'aide au sevrage tabagique. (33)

Ils existent sous différentes formes.

Dispositifs transdermiques (patches)

Ces dispositifs ont l'avantage de permettre une nicotininémie constante au cours de la journée. Ils sont faciles d'utilisation et permettent une meilleure observance du traitement. Les effets indésirables les plus fréquents peuvent être l'érythème et le prurit au site d'application, une insomnie, voire des cauchemars.(34) Il est conseillé de changer de site tous les jours, voire de marque si nécessaire.

Il existe des patches délivrant sur 24h : 7, 14 ou 21mg. D'autres délivrent sur 16h : 5, 10,15 ou 25mg.

Gommes à mâcher

Existant en 2 ou 4mg, les doses de nicotine obtenues sont moins importantes que celles par patches. La dose de nicotine libérée est de 1mg pour les gommes de 2mg et de 2mg pour celles de 4mg. Donc le rendement, à la différence des patches n'est que de 50%.

La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale, d'où l'intérêt de les sucer et de ne pas les avaler directement. La mastication intense ou exagérée peut provoquer des brûlures gastriques, des douleurs de gorge et des hoquets.

Ils aident le fumeur à passer un moment délicat dans son arrêt du tabac. Ils peuvent être associés au timbre transdermique, tout en tenant compte de milligrammes déjà délivré par le patch. Enfin, ils peuvent être prescrit seuls chez un fumeur ayant un test de Fagerström inférieur à 4 ou 5.(34)

Pastilles à sucer, comprimés sublinguaux

Ils ont une pharmacocinétique proche des gommes à mâcher. La plus grande partie de nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. Une partie de la nicotine est cependant transportée par la salive directement dans la poche gastrique et l'intestin où elle sera rapidement inactivée.

Les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les comprimés sont également moindres que ceux obtenus avec la cigarette traditionnelle.

Irritation de la gorge, hypersalivation, hoquet, dyspepsie, gastralgies, nausées, étourdissement font partie des effets indésirables possibles à la succion et la déglutition de ces comprimés.

Certaines formes de comprimés contiennent des édulcorants comme l'aspartam, le maltitol et le sorbitol.

Enfin, tout comme les gommes à mâcher, ils peuvent être associés au timbre transdermique ou administrés seuls selon les mêmes recommandations.(34)

Inhalateurs

Une cartouche de ce dispositif médical contient 10mg de nicotine. La consommation est limitée à 12 cartouches par jour.

Il est intéressant chez les fumeurs dont le test de Horn a privilégié la gestuelle comme facteur important du tabagisme.(34)

Leur usage est bien toléré.

Spray buccaux

Une pulvérisation correspond à 1mg de nicotine, plus rapidement absorbée que dans le cas de comprimés ou de gomme à mâcher. Un flacon délivre 150 doses. Un maximum de 4 pulvérisations par heure est autorisé sans dépasser 2 doses en une prise.

Dans le cadre d'un traitement par spray, il est impératif de ne pas fumer.

5. Le bupropion LP (ZYBAN®) et la varénicline (CHAMPIX®)

Le bupropion

Le bupropion est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline et dopamine). Son efficacité placebo dans le sevrage tabagique a été démontrée dans plusieurs essais thérapeutiques. Le bupropion est supérieur au placebo pour l'arrêt du tabagisme à six mois, mais n'est pas supérieur aux traitements nicotiques de substitution

(niveau de preuve 1), et est inférieur à la varénicline (niveau de preuve 2).(35) Son rapport coût-efficacité est inférieur à celui de la varénicline (niveau de preuve 2).

Ce médicament fait l'objet d'un suivi de pharmacovigilance renforcé depuis sa mise sur le marché. Ainsi dès septembre 2001, l'Afssaps a attiré l'attention sur les risques de survenue de convulsions (essentiellement de type tonico-cloniques), d'abus ou de dépendance et rappelé les conditions d'utilisation et de prescription.

L'utilisation du bupropion est associée à un risque de dépression et de comportements suicidaires/auto-agressifs (niveau de preuve 3). Les autres effets indésirables rapportés sont principalement des réactions cutanées ou allergiques, des troubles neuropsychiatriques (insomnie chez 30 à 40 % des patients, angoisse), des troubles neurologiques (vertiges, céphalées ou convulsions) et quelques effets cardiovasculaires notamment hypertension artérielle, angor et/ou infarctus du myocarde, bouche sèche, nausées.(35)

La varénicline

La varénicline (Champix®), ayant son autorisation de mise sur le marché (AMM) depuis 2006, est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques alpha-4-bêta à l'acétylcholine. Son activité est à la fois agoniste (avec une efficacité intrinsèque plus faible que la nicotine) et antagoniste en présence de nicotine. Indiqué dans le sevrage tabagique, l'efficacité de ce traitement repose sur l'association d'un soulagement du besoin impérieux et du manque (activité agoniste) à une réduction des effets de récompense et de renforcement du tabagisme. Le traitement est débuté 1 à 2 semaines avant la date choisie pour arrêter de fumer à la dose recommandée de 1mg 2x/j après une semaine d'augmentation posologique progressive.(36) Cette dose pourra être réduite de moitié en cas d'effets indésirables rapportés, sera adaptée à l'insuffisant rénal sévère (clairance de la créatinine estimée inférieure à 30ml/min) et évitée chez l'insuffisant rénal terminal.

La durée de traitement est de 12 semaines au minimum. En cas d'abstinence durant ces 12 semaines, le traitement sera possiblement reconduit durant à nouveau 12 semaines. En cas de non abstinence, aucune donnée ne confirme l'intérêt de la poursuite du traitement. En cas de haut risque de rechute, il est possible d'envisager un arrêt progressif du Champix®.(36)

Dans les deux principales études, après 12 semaines de traitement, la varénicline est supérieure au placebo et au bupropion sur le critère principal (taux d'arrêt continu pendant 4 semaines de la semaine 9 à la semaine 12).(36)

Cependant, la varénicline n'a pas montré de supériorité par rapport aux TNS et notamment aux patchs nicotiques (niveau de preuve 2), ni à une combinaison de TNS (niveau de preuve 2).(32)

Il est important de noter les effets indésirables graves de ce traitement, notamment des symptômes neuropsychiatriques : dépression et comportements suicidaires/auto-agressifs, changements comportementaux, hostilité, agitation. La varénicline pourrait également être associée à des effets indésirables cardiovasculaires, mais les résultats sont controversés et cette association nécessite d'être confirmée. Les autres effets indésirables identifiés associés à l'utilisation de la varénicline sont : troubles du sommeil (insomnie, rêves anormaux), troubles gastro-intestinaux (nausées, constipation, flatulences) et céphalées.

Rappelons enfin que le Champix® (varénicline) fait partie des 27 médicaments qui font l'objet d'une surveillance renforcée de l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM).

En 2009, la Commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) a examiné la varénicline (Champix®) et rendu les conclusions suivantes :

« Champix®, agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine, est indiqué dans le sevrage tabagique de l'adulte. Compte tenu des effets indésirables, en particulier ceux en relation avec le suicide et l'état dépressif, le rapport efficacité/effets indésirables de Champix® est moyen. Il ne doit être utilisé qu'en seconde intention, après échec des traitements nicotiques de substitution (TNS). »(37)

De manière générale, il convient donc de n'utiliser ces traitements qu'en seconde intention et d'être particulièrement vigilant concernant les principaux effets indésirables graves, notamment ceux soumis à une pharmacovigilance.

6. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Elles nécessitent une formation thérapeutique spécifique validée et sont proposée par certains réseaux de sevrage tabagique.

Elles peuvent être proposées sous la forme de consultations individuelles ou de groupe. Elles sont des techniques recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabac (grade A). Il s'agit de moyens permettant l'arrêt du tabac et la prévention des rechutes. Le processus engagé par ces techniques est long et nécessite plusieurs consultations approfondies.

Les thérapies cognitives et comportementales sont fondées sur l'apprentissage de nouveaux comportements, à partir de l'élaboration de pensées plus adéquates : il s'agit de réussir demain, ce dont on se croit incapable aujourd'hui et que, de ce fait, on a raté hier.

L'objectif est l'apprentissage des stratégies pour lutter contre les situations à risque de rechute. Il est fondé sur 3 techniques différentes :

- Le contrôle du stimulus permettant la connaissance des situations déclenchant une envie de fumer
- Les stratégies cognitives (auto-encouragement, répétitions d'une liste de motivation...)
- Les stratégies comportementales (effectuer une action brève au moment où l'envie de fumer survient, faire des exercices de relaxation...)

Ces programmes visent également à développer les capacités de gestion du stress, l'estime de soi, la communication sociale et la prise de décision.(38)

7. L'entretien motivationnel

Il s'agit d'une approche relationnelle centrée sur le patient. L'objectif est de susciter ou renforcer la motivation au changement, pour aider le patient à changer son comportement. L'idée maîtresse est celle qu'une personne n'arrivera à des changements que si la motivation vient d'elle-même.

« L'attitude du médecin consistera donc en une exploration empathique de l'ambivalence de la personne face au changement, en évitant la confrontation et la persuasion. »(32) La mise en place d'un partenariat coopératif et collaboratif est

fondamentale. Les séances répétées permettront au patient d'être accompagné dans la construction de sa motivation.

Exemple de méthode d'entretien motivationnel

Évaluer les souhaits, les croyances et les attentes du patient par rapport à son tabagisme et aux traitements :

- « Qu'est-ce que vous apporte le fait de fumer ? »
- « Pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser de fumer ? »
- « Avez-vous peur d'arrêter de fumer ? Si oui, pour quelles raisons ? »
- « Si vous décidez d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? »

→ Utiliser l'échelle analogique d'évaluation du sentiment d'efficacité.

Figure 7 : Exemple d'entretien motivationnel

Source : HAS : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours-Méthode Recommandations pour la pratique clinique-octobre 2013

Évaluation du sentiment d'efficacité

- Avez-vous confiance dans votre capacité à arrêter de fumer ?
- Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?
- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10

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

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



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

Figure 8 : Evaluation du sentiment d'efficacité

Source : HAS : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours-Méthode Recommandations pour la pratique clinique-octobre 2013

8. Le soutien psychosocial

La thérapie individuelle, dite relationnelle, est basée sur l'empathie, la confiance et le soutien. Elle comprend une dimension directive de conseil, d'information et d'explications qui, associée à l'écoute, représente une fonction thérapeutique essentielle dans la pratique du médecin généraliste.

VI. La cigarette électronique

« La cigarette électronique, la belle surprise »

Pr Gilbert Lagrue, père de la tabacologie française, Interview RTL du 09.09.2013

1. Petits rappels historiques

Le concept de la cigarette électronique aurait été inventé en 1963 aux Etats Unis par un certain Herbert A. Gilbert, qui déposa un brevet protégeant un concept général de « cigarette électronique ». Faute de prototype satisfaisant, le projet n'aboutira pas, trop en avance sur son temps !

C'est l'ingénieur et ancien pharmacien chinois Hon Lik qui est considéré comme le concepteur officiel de la si célèbre cigarette électronique actuelle. Son brevet a été déposé en 2005. Depuis, le succès est exponentiel.

2. Réglementation en France

Actuellement, la cigarette électronique n'est soumise à aucune réglementation. Elle n'est considérée ni comme un produit de l'industrie du tabac ni comme un médicament. Dès lors, elle est soumise au contrôle de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) et non à l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM).

La question de la réglementation de son utilisation dans les lieux publics est en plein débat, mais n'a pas encore été légiférée.

La prochaine loi sur la consommation (loi Hamon), qui devrait entrer en vigueur en 2014, prévoit l'interdiction de la vente de cigarettes électroniques aux mineurs.

3. Principes de fonctionnement

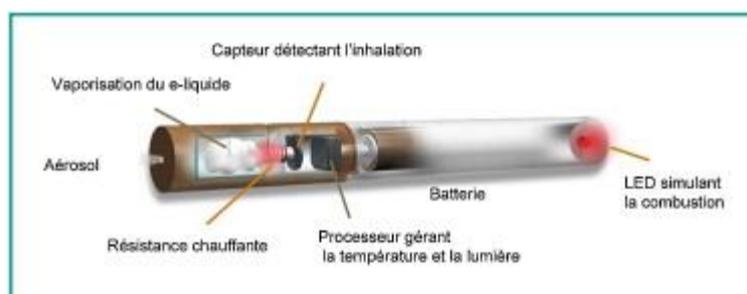


Figure 9 : Cigarette électronique

Source : Comparaison de l'aérosol de la cigarette électronique à celui des cigarettes ordinaires et de la chicha, [Bertholon^a](#) et al.

De forme imitant celle d'une cigarette classique, elle comprend une diode simulant visuellement la combustion d'une extrémité incandescente, un système de vaporisation par résistance chauffante et une cartouche jetable ou rechargeable contenant un « e-liquide » avec ou sans nicotine.

Ces « e-liquides » sont composés d'eau, de propylène-glycol ou de glycérol, de divers arômes et le plus souvent de nicotine. Lors de l'aspiration, la solution présente dans la cartouche s'échauffe en un gaz (vapeur d'eau et de propylène-glycol) qui se condense en fines gouttelettes formant un aérosol qui sera inhalé par le vapoteur.

Cet aérosol est composé de très fines particules de liquide formant un brouillard visible (la « fumée » de la e-cigarette). Le processus n'implique aucune combustion car le propylène-glycol est vaporisé à 60 °C.

Le déclenchement de la résistance chauffante ou « atomiseur », est automatique par détection de l'aspiration de l'utilisateur.

4. Les « e liquides »

Il s'agit des liquides vaporisés au niveau de l'atomiseur.

Voici leur composition :

- **Propylène-Glycol** : il s'agit d'une substance artificielle, obtenue par chimiosynthèse, visqueuse, incolore, pratiquement inodore et de saveur

légèrement sucrée. Utilisé dans l'industrie (plastiques, cosmétiques, peintures, antigels) et comme excipient pharmaceutique (sirop, pommades, solutions nasales et oculaires), il est également autorisé comme additif alimentaire.(30) Jusque-là, c'est un produit reconnu comme sûr par les autorités sanitaires.

- **Glycérol** : incolore et inodore, il possède un goût sucré et produit un « hit » plus faible que le propylène glycol. Il est considéré comme une substance non dangereuse pour la santé.(39) Il est utilisé dans la composition de la cellophane, du papier et de tissus, mais il se retrouve également, du fait de son versant hydratant et fluidifiant dans les suppositoires, les sirops expectorants, les crèmes, les dentifrices etc...
- **Arômes alimentaires** : 150 parfums actuellement dont certains fantaisistes comme celui de la meringue, du tiramisu et de la marijuana.
- **Alcool** : présent à moins de 2% dans certains « e liquides », il favoriserait le « hit »
- **Nicotine** : les « e liquides » sont utilisés dans 97% avec nicotine.

La majorité des « e liquides » est dispersée dans l'air ambiant. Cependant, il existe un dépôt de gouttelettes dans l'arbre bronchique, dont certaines atteignent le poumon distal.

La question de leur fiabilité et de leur provenance reste entière et pose problème notamment du fait des ventes par internet. La maîtrise de l'ensemble du processus de fabrication n'existe pas en Europe. Soumis à réglementation sur les produits de consommation courante, ils sont moins contrôlés que les substituts nicotiniques et les médicaments d'aide au sevrage.(30)

5. Toxicité

Les « e liquides » présentent des carcinogènes et des toxiques dans leur vapeur de 9 à 450 fois moindre par rapport à la cigarette traditionnelle.(40)

Les « e liquides » auraient également une cytotoxicité moindre sur fibroblastes que la fumée de tabac.(41)

En 2012, des tests sur 35 « e liquides » de marques différentes, ont confirmé que la toxicité des « e liquides » était corrélée à la teneur en arômes, et non à la teneur en nicotine.(42)

Aussi leur toxicité pourrait être augmentée par une mauvaise utilisation de la cigarette électronique.

6. La cigarette électronique : un moindre mal ?

Toutes les agences de santé (OMS, INCa, ANSM, HAS) préconisent la prudence ! Aucune ne recommande la cigarette électronique chez la femme enceinte. Elle n'est pas non plus recommandée comme outil d'aide au sevrage tabagique. L'accompagnement de l'arrêt du tabac par les prises en charge validées – les thérapies comportementales et cognitives (TCC) et l'entretien motivationnel, les substituts nicotiques et les médicaments de prescription – reste la référence.(43) Cet accompagnement constitue en 2014 la prise en charge de première intention des fumeurs.

Le 26.08.2014 l'OMS a transmis un communiqué confirmant ses grandes réticences quant à la cigarette électronique. Elle recommande d'interdire la cigarette électronique dans les lieux publics et sa vente aux mineurs, estimant que leur consommation posait de « *graves menaces* » pour les adolescents et les fœtus. « *Les preuves existantes montrent* » que les cigarettes électroniques « *ne sont pas de la simple vapeur d'eau* » comme le disent souvent leurs fabricants, affirme l'OMS en évoquant ainsi les solvants présents dans la cigarette électronique. Elle devrait présenter ses recommandations lors de la 6ème session de la Conférence des parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

La Haute Autorité de Santé considère en revanche que du fait de sa toxicité moindre par rapport à celle de la cigarette traditionnelle, son utilisation chez un fumeur ayant commencé à vapoter et souhaitant un sevrage ne doit pas être découragée.(32)

La Ligue contre le Cancer, via son administrateur, le Professeur Albert Hirsch, adopte depuis le 29.08.2014 une vision plus « nuancée » du produit (Emission « Seul contre tous » de Sud Radio) :

« Nous ne savons pas si elle est complètement inoffensive et nous ne savons pas si la cigarette électronique permet d'arrêter, et non de diminuer, le tabagisme classique ». Actuellement dans l'incertitude, la Ligue reconnaît néanmoins que « nous sommes indiscutablement dans une porte ouverte à la réduction du risque. »

« Cela fait trente ans que je suis sur le dossier du tabac, et enfin, il se passe quelque chose avec l'apparition de la cigarette électronique. »

Professeur Albert Hirsch, Ligue contre le Cancer

Le Haut Conseil de la Santé Publique (43), quant à lui, reconnaît que la consommation d'e-cigarette est un outil de réduction des risques lorsqu'il amène au sevrage, mais craint une re-normalisation du tabac et pour les non-fumeurs l'entrée dans la dépendance nicotinique avec son corollaire l'entrée dans le tabagisme notamment chez le jeune. Enfin, la consommation conjointe de l'e-cigarette et du tabac traditionnel chez les « vapofumeurs » est mal étudiée. Jusqu'alors, aucun avis n'a été émis à ce sujet.

Une étude récente de juillet 2014 parue dans le JAMA Pediatric et réalisée de 2011 à 2012, suggère que la consommation de la « e cigarette » au cours de l'adolescence aggraverait le tabagisme chez le jeune plus qu'elle ne le diminuerait.(44)

Dans une interview RTL du 09.09.2013, le Professeur Gilbert Lagrue, père de la tabacologie française parle de la cigarette électronique comme d'une « belle surprise ». A la question « La recommanderiez-vous à vos patients qui n'arrivent pas à s'arrêter ? », il répond « oui, sans aucun doute parce que pour le tabacologue que je suis depuis de très nombreuses années, je dois dire que la cigarette électronique est la meilleure, la plus belle surprise que j'ai eue au cours de toutes ces études que j'ai publiées(...) ». Citant les analyses des « e liquides » référencées dans PubMed, il poursuit : « Il n'y a plus tout ce qu'il y a dans la fumée de tabac et de dramatiquement toxique : le monoxyde de carbone, les goudrons cancérigènes, l'acroléine cancérigène, les nitrosamines cancérigènes et les multiples autres toxiques. Donc c'est la cigarette gardant le plaisir de la nicotine, la stimulation de la nicotine, l'effet anxiolytique de la nicotine, sans les inconvénients ».

En attendant de nouvelles études sur le sujet, le débat reste ouvert.

VII. Perceptions /opinions

1. Perception de la dangerosité du produit

Fin 2012, quatre Français sur dix (41 %) considèrent que le tabac est dangereux dès l'expérimentation. Après avoir doublé entre 1999 et 2008, cette proportion est restée pratiquement inchangée en 2012. Enfin, 47 % des Français pensent que le tabac est plus dangereux dès lors qu'il y a un usage quotidien. (OFDT)

2. Opinions sur les politiques publiques

Depuis 2009, l'interdiction totale de vente est passée de 16 ans à 18 ans pour l'alcool et le tabac. Une large majorité de Français (90 %) est favorable à cette interdiction. Cette proportion est en hausse de 72% par rapport à 2008. (OFDT)

Concernant la proposition extrême d'interdire totalement la vente de tabac en France, la part de la population en faveur de cette possibilité reste minoritaire (41 %) mais progresse nettement par rapport à 2008 (32 %).

A l'heure où la British Medical Association entend faire pression sur le Parlement pour interdire définitivement la vente de cigarettes aux personnes nées après 2000(45), et où une « génération sans tabac » est évoquée, les idées reçues semblent également évoluer dans l'esprit des français.

Deuxième Partie
LES RESEAUX DE SANTE

Introduction

Depuis plus d'un siècle les réseaux de santé n'ont eu de cesse de chercher des solutions sanitaires, médicales, psycho sociales et budgétaires afin de répondre aux attentes des différents acteurs d'un système fragile en perpétuelle mutation. Ils n'ont eu de cesse de toujours s'adapter et d'évoluer. La logique gestionnaire largement guidée par un souci de régulation économique est évidemment sous-jacente à la volonté actuelle de pérennisation des réseaux de santé.

Pour mieux appréhender les réseaux de santé d'aujourd'hui, revenons sur les principales étapes historiques et les différentes définitions qui leur ont été données.

I. « Réseau » : Définition, concept, avantages et inconvénients

1. Définition et concept

L'étymologie du mot réseau renvoie au latin *rētis*, c'est-à-dire au filet, « ouvrage formé d'un entrelacement de fils ». Cette ancienne acception textile désigne, selon le *Littré*, un tissu de fil ou de soie, en forme de rets. Il désigne un entrelacement de fils et ficelles destinés à la capture de petits animaux ou de poissons.

Cet ensemble forme des lignes reliées entre elles par des nœuds et délimitant ainsi des mailles plus ou moins étendues. La notion physique de maillage sera utilisée jusqu'au XIX^{ème} siècle où les médecins seront amenés à utiliser ce terme pour caractériser l'appareil circulatoire.

Aujourd'hui le terme de « réseau » désigne soit une structure soit un mode coopératif ou relationnel qui peut être associé.

2. Avantages et inconvénients du travail en réseau

Les avantages

Le plus souvent, la nécessité d'**économie de moyens** et de **partage des ressources** conduit à la création d'un réseau. La plus-value de cette association réside également dans

l'**interconnexion privilégiée** des acteurs aux savoirs et savoir-faire en général complémentaires.

Ce lien privilégié permet un **gain de temps** et une **meilleure efficacité**.

Les réseaux de santé sont également d'excellents **lieux de formation**, permettant la **transmission des savoirs et savoir-faire spécifiques** et ainsi la multiplication des connaissances et des compétences et un portage des compétences permettant la délégation des tâches à différents étages du monde sanitaire et médico-social.

Leur influence sur leur environnement peut être considérable soit par leur importance, soit par leur identité propre.

Enfin, les réseaux sont également susceptibles de faciliter les contacts vers l'extérieur, favorisant ainsi une certaine flexibilité en médecine.

Les inconvénients

L'organisation en réseau peut être coûteuse. En effet, les frais généraux, de coordination et de formation représentent parfois un surcoût dans le budget prévisionnel.

L'investissement en terme d'énergie et de temps à allouer au réseau est souvent initialement sous-estimé. La réalisation des tâches, la participation aux réunions, la coordination sont autant d'éléments nécessaires au bon fonctionnement du système mais extrêmement chronophages, et souvent pour nombre d'acteurs des réseaux, bénévoles.

Enfin, les tentations des réseaux à vouloir s'étendre peuvent se faire parfois au détriment d'une demande médico-sociale en terme de qualité, de ciblage et de pertinence.

II. Définitions des réseaux de santé

Les réseaux de santé sont considérés depuis de nombreuses années comme une solution à la prise en charge ambulatoire des patients nécessitant des soins nombreux et techniques, pour l'accompagnement de la fin de vie, pour la prévention primaire ou secondaire comme l'aide au sevrage tabagique, pour l'éducation à la santé, l'éducation du patient à sa maladie, l'éducation thérapeutique et des mesures hygiéno-diététiques favorables

à la santé et à l'éducation des aidants. Revenons sur les quelques définitions qui leur ont déjà été données.

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) suggère une définition en août 1999)(46):

« Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé. »

L'article 84 de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé(47), permet la définition légale du réseau de santé:

« Art. L. 6321-1. - Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

« Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

« Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de

financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. »

Définition selon le Ministère de la Santé(48)

« Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.). Constitués en majorité sous forme d'association loi 1901, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients.

En 2011, on comptait 716 réseaux financés pour un montant de 167 millions d'euros par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FIQCS (devenu le Fonds d'Intervention Régional – FIR en 2012), et représentant environ 2500 professionnels (en équivalents temps plein). »

III. Le « mythe fondateur »(49)

Les mythes font partie intégrante de toute société. Celui de la « bonne » ou « grande » santé, ou encore celui de la « santé parfaite » a depuis toujours été au cœur des civilisations.

La santé, définie en 1946 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » apparaît alors comme un concept positif et non pas comme la seule absence de maladie.

C'est conjointement à l'amer constat des défaillances d'un système de soins fragile n'apportant plus de solutions systématiques, que ce mythe de la « grande santé » a motivé la recherche d'une nouvelle forme organisationnelle de soins.

La quête de la santé parfaite reposant sur l'association des progrès de la science et d'une approche globale de la santé paraît toutefois entravée par la segmentation du système de santé français. En ce sens, les réseaux de santé apparaissent comme une solution « salvatrice » capable de dépasser les lacunes du système et de rapprocher les problématiques de soins.(49)

IV. Des dispensaires antituberculeux aux ordonnances de 1996

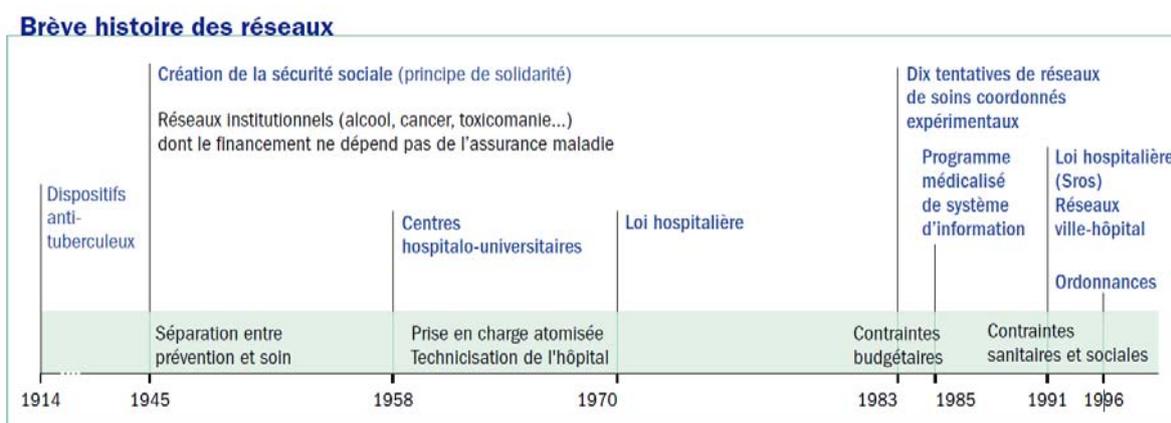


Figure 10 : Brève histoire des réseaux

Source : Réseaux de santé et filières de soins

Le patient au centre des préoccupations. JM. VINAS

adsp actualité et dossier en santé publique n° 24 – septembre 1998

1. Les dispensaires anti-tuberculeux

En France, les premières expériences en réseaux de santé remonteraient au dispositif de lutte contre la tuberculose mis en place lors de la première guerre mondiale.

Au début du XXème siècle, la tuberculose était responsable de 150 000 décès par an, et surtout, en ces temps d'incertitude politique régnant sur le continent européen, de 65 000 militaires réformés en 1914.(50)

En effet, la Grande Guerre s'était accompagnée d'une recrudescence de la mortalité tuberculeuse. De 1906 à 1918, la France était passée du cinquième au deuxième rang des pays les plus exposés d'Europe. Le taux de mortalité provoqué par ce fléau atteignait 2 pour 1000 en 1917 pour fléchir ensuite.

L'inexistence d'un traitement actif contre la maladie et les risques de contamination accrus par temps de guerre ont fait voter *la loi Léon Bourgeois* (ministre du travail et de la prévoyance) sur les dispensaires antituberculeux en **1916** et de *la loi Honnorat* en **1919**.

La mission Rockefeller, financée par la fondation du même nom, encourage financièrement la construction des dispensaires prévus par la loi et est à l'initiative des « visiteuses d'hygiène », infirmières exerçant les fonctions d'une assistante sociale avant l'heure et chargées de « montrer le chemin de la santé aux malades et de préserver la santé des bien-portants ». Les dispensaires étaient alors devenus le pivot d'un réseau constitué de médecins et d'infirmières travaillant avec l'hôpital public. Les patients contagieux étaient placés au dispensaire et recevaient des soins gratuitement. Cette prise en charge permettait d'orienter les patients les plus atteints vers l'hôpital pour une prise en charge spécialisée, d'assurer un diagnostic précoce, une surveillance épidémiologique, et une éducation sanitaire de la population par les infirmières qui transitaient entre le dispensaire et le domicile.

Ce dispositif de prise en charge a ensuite disparu avec la maladie.

2. Les réseaux sanitaires spécialisés

A la fin de la seconde guerre mondiale et face aux « fléaux médico-sociaux » de l'époque, *l'ordonnance de 1945* instituant la sécurité sociale et la séparation entre soin et prévention, a mis en place un dispositif de prise en charge des maladies vénériennes, de l'alcoolisme, du tabagisme, de la toxicomanie, des maladies mentales, du dépistage des cancers... etc.(50) Ces réseaux étaient gérés par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Ce sont les « réseaux sanitaires spécialisés » (RSS).

Financés par la loi de finance et non par l'assurance maladie, ils ont contribué à élargir le champ d'application en dépassant le seul domaine curatif au profit d'une prise en charge du patient plus étendue (soin, prévention et réhabilitation).

3. Les réseaux de soins coordonnés

En 1983, une nouvelle étape a été franchie avec l'apparition des « réseaux de soins coordonnés » (RSC), se donnant comme objectif supplémentaire, un objectif d'ordre économique afin de rationaliser la prise en charge et d'endiguer la crise économique du

système de santé. Un autre objectif encore est celui de limiter le recours à l'hospitalisation et d'éviter les gaspillages.

A la différence des réseaux précédents, les RSC étaient fortement inspirés des exemples américains de type « Managed Care » motivé par le contrôle et la réduction des coûts. Seule une dizaine de tentatives de réseaux de soins coordonnés expérimentaux ont vu le jour à cette période en France.

4. La véritable naissance des réseaux de santé (1980)

L'émergence des réseaux de santé, tels qu'ils se développent aujourd'hui en France, remonte *au milieu des années 1980*. A cette période, la dimension social prend toute son importance : la précarité, les addictions (toxicomanie, alcoolisme, etc.), la gérontologie, l'apparition d'une nouvelle maladie : le SIDA. Les premiers cas de sida ont été diagnostiqués en France en 1982 et ils ont été déterminants dans l'essor des réseaux de santé.(51) La propagation extrêmement rapide de cette maladie a mis en évidence les lacunes du système de soins et la nécessité de faire de la prévention. Le système de santé français ne permettait pas à cette époque une prise en charge globale du patient.

Jusqu'alors, l'évolution du système de santé français s'était faite en fonction du développement des techniques et des outils. En effet, la réforme hospitalière de 1958, annonçant l'apparition des CHU, a favorisé les investissements importants dans de nouveaux matériels, le développement de logiques d'experts et une spécialisation accrue autour de savoirs ou de techniques. La séparation entre la ville et l'hôpital était franche.(52)

En parallèle, une tendance similaire s'observait dans le domaine social qui s'est alors largement structuré autour d'outils sociaux. Le chômage, la précarité et la désinsertion sociale se sont accompagnés de la mise en place de nombreux dispositifs spécifiques comme le RMI (Revenu Minimum d'Insertion) et les diverses allocations d'aide aux personnes et aux familles.

C'est durant cette période de grands changements, que les différents professionnels médicaux et paramédicaux se sont retrouvés confrontés à de nouveaux problèmes de santé qui nécessitaient soit une solution technique indisponible ou inexistante, soit des compétences hors du champ médical.

Les réseaux de santé se sont alors construits autour d'une conviction : l'impossibilité d'aboutir seul à une solution face au problème commun soulevé.(53)

Le décloisonnement des divers champs de la santé devenait nécessaire pour la mise en œuvre d'une prise en charge globale et cohérente. « *Ce qu'un acteur seul ne peut plus accomplir, on espère qu'un collectif d'acteurs, mixant médecine locale et médecine globale, travail médical et travail social, pourra le rendre possible* ». (52)

Les objectifs principaux consistaient à « *replacer le malade au centre des préoccupations* »(54), et à reconstituer « *une cohérence autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie ou de l'outil* ». (55)

5. Conclusion

Deux points essentiels :

- avant les années 1980 :
 - réseaux dépendant essentiellement d'une volonté étatique afin de faire face aux urgences de santé publique.
 - pas de pérennisation de cette forme de réseaux.
 - l'Etat était acteur principal.
- après les années 1980 :
 - les réseaux se sont développés à l'initiative de professionnels de santé.
 - espoir et militantisme dans le décloisonnement d'un système de santé inadapté à la prise en charge de certains patients et de certaines pathologies.
 - l'Etat devient co-acteur, mais n'en est pas moins présent.

V. Evolution des réseaux de santé

1. Les principales mesures de l'Etat

Les années 1990 marquent le début d'une reconnaissance progressive des réseaux de santé par les institutions.

La circulaire DH/DGS du 4 juin 1991, relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital VIH, intègre pour la première fois la notion de réseau dans un texte réglementaire.(56) Ce texte prévoit des financements mixtes partagés entre l'Etat et l'assurance maladie et encourage déjà la coordination entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Les ordonnances Juppé du 24 avril 1996(57)(58) marquent le véritable tournant des réseaux de santé et ont permis à de nombreuses actions collectives plus ou moins structurées de s'approprier le nom de « réseau ». Elles donnent une base légale aux réseaux en proposant 2 catégories :

- Les réseaux de soins du Code de la santé publique encourageant les réseaux inter-établissements
- Les réseaux du Code de la sécurité sociale, *les réseaux Soubie*, réseaux centrés sur des pathologies spécifiques.

Ces deux types de réseaux répondent à des définitions juridiques distinctes alors même que leur visée est proche.(59)

La loi du 4 mars 2002(47) donne une définition unique des réseaux de santé, ouvrant vers une pluridisciplinarité médicale, médico-sociale et sociale des prises en charge allant de la prévention au suivi tout en prenant en charge les patients concernés.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 du 21 décembre 2001(60) accorde un fond spécifique dédié au développement des réseaux : la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). Elle a pour objectif une volonté certaine de limiter les dérives et les abus en matière de financement de réseaux.

Elle est un complément au fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) qui finance des actions de coordination de soins (dont des réseaux de santé). C'est par arrêté ministériel via des dotations régionales sous le nom de DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux) qu'est répartie cette dotation.

L'objectif affiché est donc clairement de pérenniser le fonctionnement des réseaux de santé !

Le décret du 15 mai 2007 réunit le FAQSV et la DNDR sont réunis dans un même dispositif : le FIQCS (Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins).(61)

La loi du 21 juillet 2009(62) dite « HPST » portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, apporte 2 innovations majeures aux SROS, qui deviennent schémas régionaux d'organisation des soins (et non plus sanitaire) : d'une part, leur intégration au sein des projets régionaux de santé (PRS), d'autre part, l'extension de leur champ d'application à l'offre de soins ambulatoire. Enfin, elle permet aux ARS de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et de veiller au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

La circulaire du 1^{er} août 2011(63) relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS), permet « *L'organisation de l'offre ambulatoire et plus particulièrement le renforcement du 1er recours. Le champ de compétence du volet ambulatoire est large et dans le cadre de ce premier exercice il semble opportun de cibler les priorités d'action sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée sur quelques projets structurants pour le premier recours. Les principaux outils sont les structures d'exercice coordonné : maisons de santé, réseaux ainsi que pôles de santé pluri-professionnels.* ».

Enfin, **la loi du 21 décembre 2011(60)** et **le décret du 27 février 2012(64)** permettent respectivement la création du fond d'intervention régional et les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional ainsi que les engagements pris en contrepartie inscrits et faisant l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Les principales mesures présentées précédemment attestent du rôle croissant de l'Etat dans le développement des réseaux de santé. Celles-ci les ont fait passer d'un mode d'organisation spontané à un mode d'organisation « contrôlé ». Aussi, les réseaux de santé sont inévitablement porteurs d'une conception politique des soins.

2. La coordination formalisée

Depuis 2002, la notion de coordination est au cœur des volontés politiques et a été légiférée à plusieurs reprises. En dernier lieu, elle a été mentionnée dans la loi « HPST » de juillet 2009. L'Etat, via ses diverses instances, semble vouloir un droit de regard sur l'activité en réseau. En effet, d'une part il en est le financeur, et d'autre part les réseaux font partie intégrante des réformes de santé engagées.

Les incitations multiples à la coordination ne sont novatrices dans ce sens qu'elles souhaitent la mise en place d'un mode particulier de coordination : la coordination formalisée.

C'est la notion de qualité, désir de plus en plus fort chez l'ensemble des acteurs de la santé, née d'évidences accablantes (difficulté croissante des métiers de la médecine, un mauvais fonctionnement du système de soins, modification de l'état épidémiologique avec notamment une augmentation nette des maladies chroniques, l'augmentation de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité majeure, et médecine curative individuelle comme déterminant quasi exclusif de la santé est de plus en plus discuté) qui a amené la nécessité de formalisation.(65)

Cette formalisation de la coordination au sein des réseaux de santé, évidemment conduite par l'impératif gestionnaire, a pour vocation de préciser les territoires professionnels des différents intervenants et à instaurer une certaine collégialité dans la prise de décision.(66)

Elle permet l'explicitation des pratiques de soins et l'évaluation de leur efficacité, la tenue d'un dossier patient, l'organisation de concertation pluridisciplinaire de différents membres du réseau avec souvent partage de tâches et délégation de compétences.

L'exigence de formaliser la coordination est aussi une façon, pour les gestionnaires, de mieux contrôler l'activité des professionnels intervenant auprès des patients,

mais aussi de reconnaître la fonction même de coordination et ainsi de faire émerger un nouveau métier de santé : le coordonnateur de réseau !

3. Une solution organisationnelle cohérente et innovante

Les réseaux de santé sont espérés comme une réponse organisationnelle adaptée aux nouveaux besoins de santé depuis plusieurs années maintenant. Ayant été l'objet de nombreuses réformes au cours de leur existence, il n'en est pas moins qu'ils nous invitent à imaginer une organisation, sans frontières figées, dont le périmètre varie dans le temps et dans l'espace en fonction des coordinations nécessaires.(67) La flexibilité en santé prend alors ici toute sa dimension.

Il n'existe pas de « standard » de réseau de santé, mais une multitude d'acteurs individuels et institutionnels qui se coordonnent afin de trouver une organisation adaptée.

Les réseaux de santé n'ont pas vocation à faire concurrence au mode de prise en charge traditionnel mais bien de mettre en musique l'offre de soins existante, et à proposer de nouveaux parcours de soins complétant l'offre hospitalière et l'offre ambulatoire, qui contribuent toutes deux à leur pertinence.

4. La flexibilité en médecine : l'atout des réseaux de santé(68)

« Qualité de quelque chose qui peut s'adapter aux circonstances particulières »

Dictionnaire Larousse

La notion de flexibilité est un concept relativement nouveau en médecine. Cependant, il devient évident dans des situations médicales, médico-sociales et socio-économiques de plus en plus complexes. Les réseaux de santé, dans leur évolution, sont également amenés à répondre à ce besoin de flexibilité. Ils sont pleinement dans leur rôle et apparaissent comme un outil indispensable.

La flexibilité des parcours de soins selon Monsieur le Doyen D. Rougé et Monsieur le Professeur M. Courtade-Saidi (Faculté de Médecine de Rangueil Toulouse, 2011) doit favoriser la collaboration entre les différents acteurs de soins de façon à adopter une approche multidisciplinaire du patient et faciliter le passage d'une formation à l'autre ou l'évolution vers un autre métier au cours de la vie active (objectif de la réforme Licence Master et Doctorat (LMD)).

La flexibilité de la formation en médecine(69)

L'association médicale canadienne propose plusieurs pistes en ce sens comme des choix de carrière éclairés pour les étudiants en médecine et la possibilité pour les médecins actifs de réintégrer une formation afin d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences spécialisées ou se lancer dans un nouveau domaine de pratique. L'objectif est des bénéfiques comme l'amélioration des soins et à l'accès aux services médicaux, l'amélioration de la satisfaction des étudiants et des médecins.

La performance du secteur de la santé(70)

La flexibilité au sein du système de santé a pour but d'améliorer sa performance. En effet, une certaine flexibilité apparaît indispensable devant le caractère imprévisible de la demande (quantité et qualité), le vieillissement de la population (à domicile et de longue durée), une féminisation des professions de santé et un besoin de collaboration entre différents professionnels de santé. L'obsession de réduction des coûts, l'amélioration de la qualité des soins et de l'accès aux soins sont autant de contraintes supplémentaires exigeant une réorganisation du secteur de soins, au sein duquel les réseaux de santé se voient confier un rôle de plus en plus important.

La flexibilité en médecine générale

Existante et inévitable depuis de nombreuses années, la flexibilité en médecine générale a depuis peu sa définition, proposée lors de la Semaine Médicale de Lorraine le 18 novembre 2013(68): « *Capacité que possèdent les praticiens de médecine générale de s'adapter et d'agir de manière pertinente face à la complexité des situations cliniques ainsi qu'aux changements biomédicaux et sociétaux de la communauté et des individus, dans le respect de l'éthique et des cultures.* »

Cette capacité nécessite entre autre une formation adaptée aux besoins de santé du pays, une délégation et une coordination des tâches et une facilitation de l'accès aux soins. Outre les réseaux de santé, de nombreux exemples de flexibilité en médecine existent : Les maisons de santé pluridisciplinaire, les délégations de tâche, les modes de rémunération, les MOOC (massive open online course) cours ouverts et massifs en ligne, exemple de formation ouverte et à distance en téléenseignement, etc.

Ainsi, les réseaux de santé ont un rôle incontournable dans la mise en place et au maintien de la flexibilité en médecine.

VI. 1996 : Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés

*(Professeur François Grémy, Professeur de santé publique,
Extrait d'un article publié par l'Unaformec (20 février 1996))*

Voici les ingrédients proposés :

1. Un *groupe d'objectifs cohérents* bien définis, soit en termes de résultats, soit en termes de procédures (qualité technique, accessibilité, continuité, sécurité)

2. Un *territoire* ou une *population-cible*, eux aussi définis ;

3. Sur ce territoire, une *répartition adéquate des moyens* pour respecter les exigences de proximité ;

4. Dans les trajectoires, *prise en charge globale* des patients, dans deux sens : sur le plan synchronique, prise en compte coordonnée et simultanée de ses besoins somatiques, psychiques et sociaux ; sur le plan diachronique, interventions de prévention, de soins curatifs et de réhabilitation.

5. Il semble important que chaque patient ait un *réfèrent dans le réseau*, qui soit plus précisément chargé du suivi et de la coordination de sa trajectoire. Il y a tout intérêt à ce que celui-ci se trouve à proximité du patient. Dans la majorité des cas, ce devrait être le rôle du généraliste. En gérontologie, on peut penser à un infirmier ou un travailleur social. Dans les cas d'un suivi très technique, ce peut être un médecin hospitalier.

6. Les membres du réseau n'y appartiennent que sur la base du *volontariat*.

7. Le réseau doit faire travailler en *partenariat* toutes les catégories de professionnels nécessaires pour la réalisation des objectifs de la prise en charge globale des patients, telle que définie ci-dessus. Dans le cas le plus complet, on trouve : des médecins hospitaliers, des médecins de ville, spécialistes ou généralistes, des professionnels médicaux à compétences limitées, des infirmières hospitalières ou de ville, des techniciens paramédicaux, des travailleurs sociaux, des administratifs, etc.

8. Les partenariats doivent concerner aussi des *établissements* ou des *institutions* (hôpitaux publics, cliniques privées, laboratoires, centres médico-sociaux, PMI...) mais aussi des *décideurs*, au sens classique (conseils généraux, municipalités, services centraux de l'État, caisses d'assurance maladie, mutuelles...). Bien entendu, les professionnels concernés et les institutions seront choisis selon le problème de santé à résoudre. Par exemple, le poids de l'hôpital sera grand dans un réseau destiné au suivi des malades transplantés, mais beaucoup plus modeste dans un réseau de gérontologie.

9. Autant qu'il est nécessaire, la participation au réseau de la population ou des malades concernés doit être envisagée, pour introduire la dimension de santé communautaire.

10. Ceci suppose, de la part de chaque partenaire, *la reconnaissance vraie de la limite de ses propres compétences*, l'acceptation de la délégation, et l'application stricte de la subsidiarité. Les liens hiérarchiques seront aussi faibles que possible, sans être tout à fait abolis. Un réseau important doit être coordonné, par des personnes ou des instances chargées de cette tâche. Un réseau doit se doter de moyens de fonctionnement démocratiques. Il doit se donner aussi les moyens d'une bonne gestion.

11. Il doit être organisé au moyen de *conventions* ou *contrats* entre les différents partenaires, ceux-ci ne les engageant que pour un temps limité, et dont le renouvellement n'est pas automatique.

12. Parmi les éléments du consensus, les pratiques professionnelles doivent obéir à des règles acceptées par tous : *guidances*, *procédures* ou *protocoles* selon les cas. Les écarts sont bien entendu possibles, mais doivent pouvoir être justifiés.

13. Tout réseau impose la mise en place d'un *système d'information*. Celui-ci, au minimum, doit permettre un suivi correct de chaque patient ; au mieux, il doit permettre aussi d'identifier et d'évaluer les filières de soins, et doit contribuer à la démarche qualité et à l'évaluation globale du réseau.

14. Le bon fonctionnement d'un réseau suppose une fonction importante de *gestion*. Ceci implique un rôle décisif pour les administrateurs de la santé. Mais il faut qu'ils acceptent les principes du *management de proximité*.

15. *La formation est une des composantes majeures d'un réseau.* L'objectif est que chacun ait acquis le savoir et le savoir-faire nécessaires à la place et à la responsabilité qu'il est censé avoir dans le réseau. Ainsi, dans un réseau VIH, ou dans un réseau grossesse-naissance, le généraliste doit avoir les qualifications nécessaires, ce qui veut dire parfois les acquérir s'il ne les a pas reçues à la faculté ou de la formation continue post-universitaire.

16. Le caractère temporaire des réseaux doit être un incitatif puissant à la pratique de *l'évaluation globale* et de la *recherche permanente de la qualité*. Cette évaluation devrait se faire sous la forme de l'audit de structure, et le moins possible sous celle du contrôle des personnes.

17. *L'argent est le nerf du réseau.* Un réseau ne peut fonctionner que s'il dispose d'un financement global, stable, et suffisamment incitatif pour entraîner des adhésions. Pour ce qui concerne les médecins et les paramédicaux, on ne peut que renoncer au paiement à l'acte exclusif. Dans nombre de cas, le paiement à la procédure (ensemble coordonné d'actes) ou à la capitation semble la solution la plus adéquate.

18. *Les rapports du réseau avec les pouvoirs publics sont nécessaires*, dans la mesure où les finances sont d'origine publique, et où la santé publique, et par conséquent l'organisation des soins, relèvent de la mission régaliennne de l'État. Toutefois, les pouvoirs publics doivent eux aussi reconnaître la limitation de leurs compétences. Ils doivent renoncer au pouvoir de contrôle (contrôle des personnes, contrôle de gestion, contrôle formel et *a priori*). Dans la mesure où ils financent, ils sont en droit d'indiquer le cahier des charges qu'ils demandent au réseau de satisfaire. Il appartient ensuite au réseau de trouver lui-même, et de proposer, l'organisation et la répartition des compétences qui permettent d'atteindre les objectifs. Cette organisation dépendra des conditions locales (géographie, rapports de pouvoir, poids social et influence des personnes...) et ne peut en aucun cas être définie *a priori*. Si l'organisation proposée obtient le consensus des membres du réseau, si elle semble compatible avec les objectifs proposés, et si elle semble raisonnable, le financement peut être accordé pour une durée limitée, pas forcément annuelle.

19. *L'organisation en réseaux ne se présente pas comme une solution exclusive du système actuel.* Au contraire, elle pourrait être immergée dans celui-ci : les médecins et les malades auraient le choix de rester dans celui-ci ou d'essayer les formules nouvelles. Puis ils pourraient remettre en cause leur choix initial. De plus, il serait mauvais que, dans une région donnée, un seul réseau ait le monopole d'un type d'activité. La coexistence et la *concurrence* de plusieurs réseaux seraient tout à fait préférables.

VII. Typologie actuelle des réseaux de santé

1. Les réseaux régionaux

Ayant pour vocation à travailler auprès des professionnels de santé, les réseaux régionaux ont pour mission principale d'assurer la cohérence et l'homogénéité dans les pratiques, par la diffusion des référentiels et l'évaluation des pratiques.(71)

Ils doivent veiller à couvrir de manière effective l'ensemble du territoire régional et permettre :

- La diffusion des bonnes pratiques, et l'évaluation de leur mise en œuvre
- L'orientation pour expertise de situations rares ou complexes
- Le partenaire pour l'évaluation des besoins

LORADDICT peut être cité comme réseau régional intervenant dans le champ de l'addictologie en Lorraine.

2. Les réseaux de proximité

Ils s'appuient sur une plateforme de coordination (ou de services) et des effecteurs. Leur action se situe autour du domicile en :

- contribuant à la qualité de la prise en charge à domicile
- favorisant le maintien à domicile
- favorisant le retour à domicile après une hospitalisation

Ils sont au service d'un territoire et peuvent être mobilisés, via le recours à la plateforme ou directement, au profit de l'ensemble des partenaires.(71)

RESAMEST ou encore REGESA peuvent être cités comme réseaux de proximité intervenant entre autre dans le champ, eux aussi, de l'addictologie.

VIII. Directives de l'ARS : Guide Lines pour les réseaux

Sous l'impulsion du Ministère des Affaires sociales et de la santé, un guide a été adressé aux directeurs généraux des agences régionales de santé dans le but d'accompagner les évolutions des réseaux de santé et d'introduire l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens déjà utilisés dans d'autres circonstances.

1. Contexte

Du fait du bilan contrasté des 700 réseaux existants et de leur rôle important de coordination, le Ministère chargé de la Santé a pris la décision de les faire évoluer.

Un bilan très contrasté

Les acquis et l'apport des réseaux pour le système de santé légitiment leur positionnement et leur contribution actuelle à la coordination de soins. Cependant, il existe une forte hétérogénéité dans l'activité des réseaux de santé, ainsi qu'une efficacité variable.

Le manque d'outils pour mesurer l'impact de l'entrée en réseaux de santé sur le parcours de soins des patients et l'insuffisante mobilisation des indicateurs déjà existants expliquent en partie ces nombreuses différences.

Un besoin d'appui à la coordination des soins

Le législateur confère au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins. Il lui confie la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leur besoin » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (art. L 4130-1 du code de la santé publique).

Plusieurs outils comme de nouveaux modes de rémunération, systèmes d'information et référentiels de pratique médicale sont des facteurs favorables à la mise en œuvre de cette organisation.

2. Perspective d'évolution des réseaux

Les objectifs(48)

- Les objectifs organisationnels

Voici les objectifs évoqués officiellement :

- Organisation lisible et accessible par les médecins généralistes de premier recours
 - Diminution du nombre d'interlocuteurs
 - Eviter toute institutionnalisation, mais permettre la mise en relation des différents intervenants autour du parcours du patient
 - Principe de subsidiarité sur un territoire de santé défini selon les besoins des médecins généralistes, des équipes de premier recours et des structures déjà existantes
 - Service rendu défini par les CPOM définis entre l'ARS et les structures concernées
 - Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours
 - Apporter un appui aux différents intervenants auprès du patient (professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux, famille)
 - Favoriser une bonne articulation entre la ville et l'hôpital
- Les objectifs des réseaux de santé
 - Cibler davantage le rôle des réseaux dans l'offre de soins pour promouvoir la coopération avec les autres acteurs et orienter les moyens financiers vers les structures répondant aux missions attendues
 - Harmoniser les pratiques et le coût de fonctionnement des réseaux
 - Mise en place d'une contractualisation permettant d'accompagner l'évolution des réseaux vers la polyvalence et l'appui à la coordination et fixer les modalités d'évaluation

3. Orienter des réseaux vers une fonction d'appui à la coordination

Le renforcement de la coordination des soins constitue un enjeu majeur pour l'amélioration de la performance du système de santé.(72) Evaluer la situation d'un patient en situation complexe, connaître et mobiliser les ressources nécessaires permet de garantir un parcours efficient.

La coordination devient évidemment essentielle, notamment afin de mieux synchroniser les interventions autour du patient et de décloisonner le système de santé. Elle tend à articuler les ressources disponibles sur un territoire défini, sans se substituer à l'activité des effecteurs de soins ni à pallier les dysfonctionnements organisationnels existants.

Le coordinateur d'appui

La ressource humaine principale est le coordonnateur d'appui. Il a en charge l'ensemble du suivi du parcours de chaque patient, et cela en lien avec les équipes de premiers recours. Les 2 types de profils concernés par cette fonction sont :

- Le professionnel de santé
- Le travail social

Ils ont un point commun : une expérience d'au moins 10ans et une formation spécifique à la coordination des parcours de soins.

Le coordonnateur d'appui se doit d'être facilement joignable par les principaux intéressés, à savoir les patients et les médecins généralistes de premiers recours et les autres intervenants associés afin d'assurer au mieux sa mission. Ses tâches sont multiples et demandent une adaptation rapide aux différents problèmes rencontrés.

En complément, il peut s'associer une fonction de coordination institutionnelle axée sur les liens avec les acteurs du territoire et la gestion de projets.

Le plan personnalisé de santé (PPS)

Véritable feuille de route de la prise en charge du patient, c'est l'outil principal de la coordination. Il identifie les besoins du patient, établit le programme des interventions des effecteurs de soins et professionnels médico-sociaux.

Ainsi, il décrit :

- Les objectifs médicaux, sociaux et psychologiques
- Les tâches à réaliser
- Les professionnels en charge de leur réalisation
- Le calendrier

Le plan personnalisé de santé doit être validé par le médecin généraliste de premier recours.

4. Favoriser la polyvalence et l'ancrage territorial

Sur le plan du champ d'intervention des réseaux, l'objectif est une approche globale du parcours du patient, ce qui permettrait de :

- Favoriser la convergence des actions des différents réseaux
- Favoriser une mutualisation des moyens
- Limiter le nombre d'interlocuteur pour les médecins généralistes et les équipes de soins, en favorisant le plus possible l'interlocuteur unique

Sur le plan territorial, la définition du périmètre géographique déterminera les modalités d'action et l'intensité de l'appui destinées aux professionnels de santé ainsi qu'aux patients. Les objectifs sont :

- Favoriser un outil visible des effecteurs de soin
- Définir le périmètre en fonction des moyens existants
- Suivi de 1000 patients en file active par la coordination d'appui

5. L'évaluation des réseaux

Le perfectionnement des indicateurs d'évaluation des réseaux devient absolument indispensable dans un contexte de forte contrainte économique nécessitant une exigence d'efficacité renforcée, et dans la perspective de nouvelles bases d'évaluation des réseaux de santé.

Renforcer la mesure de l'efficacité à l'aide des indicateurs existants

- Analyser les indicateurs du rapport annuel du FIQCS

L'indice synthétique de qualité (ISQ) prend en compte 4 groupes d'indicateurs traceurs de qualité :

- Les objectifs fixés par convention
- La prise en charge des patients
- La participation et l'intégration des acteurs
- L'organisation et le fonctionnement du réseau

Chaque réponse « oui » à l'un des indicateurs est cotée 1, les réponses ayant pour valeur « non » ou non renseignées sont cotées 0. L'ISQ est établi en sommant ces réponses. Le résultat donne une valeur entre 0 et 10.

Ainsi, les réseaux de santé dont le score ISQ est inférieur à 4 ou s'écartant significativement de l'ISQ moyen sont analysés prioritairement.

L'analyse par file active, au moment où il s'agit d'augmenter la population couverte par réseau, permet de cibler ceux dont la file active est faible par rapport aux moyennes nationales.

Le coût moyen par patient d'un réseau, dont dispose l'ARS, est comparé à la moyenne nationale du thème concerné afin de repérer et d'analyser les surcoûts éventuels, tout en sachant que l'objectif nécessaire est une convergence des coûts moyens vers celle-ci.

- Mobiliser les résultats de cette analyse pour optimiser l'utilisation des ressources

En effet, la circulaire du 2 mars 2007(73) pose le principe « *de ne financer ou de ne continuer à financer que les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations et dont les coûts sont compatibles avec le cadrage financier de la politique des réseaux de santé* ».

Dans cette démarche, il est évident que l'exploitation de ces résultats est indispensable.

Mettre en place les indicateurs d'évaluation de la fonction d'appui à la coordination

Aucune liste d'indicateurs de cette fonction n'est pour l'instant établie. Prochainement, les ARS auront à leur disposition ceux élaborés avec la CNAMTS. Un groupe de travail sera constitué avec les ARS pour préciser les indicateurs retenus et leur définition.

6. La contractualisation : les CPOM

Leur contenu est défini par le décret du 4 octobre 2010 (art. D.6114-11).(74) Les thématiques devant figurer dans le contrat y sont établies. Cependant, les ARS conservent une grande liberté quant au contenu.

Deux parties les constituent :

- ***Le socle contractuel***, partie très courte, comportant les clauses générales et s'appliquant sur les 5 années du CPOM.
- ***Les annexes du contrat*** décrivant les objectifs retenus et les indicateurs. Elles sont la base du suivi et peuvent évoluer sur la période de contractualisation.

Enfin, le suivi des CPOM est annuel. Il se fait par une revue annuelle dont l'organisation fonde l'analyse sur le rapport d'activité annuel du réseau concerné et assure une traçabilité des échanges via une lettre d'observation réalisée par l'ARS contenant le compte rendu, les avenants et les observations de l'ARS.

7. Les systèmes d'information

Aucun projet d'amélioration n'est pour l'instant abouti.

Etat des lieux

Devant l'informatisation partielle et le niveau d'équipement inégal des acteurs des réseaux de santé, de nouvelles pistes d'amélioration des systèmes d'information sont nécessaires. Les principales difficultés évoquées sont :

- Des dossiers partagés trop contraignants avec une double saisie récurrente des dossiers-patient, une multiplicité des applications difficiles à s'approprier et un faible nombre de patients concernés
- Des systèmes fermés s'adaptant mal au besoin de l'organisation en réseau (cloisonnement dans un outil spécifique)
- Les systèmes d'information fermés des établissements
- La difficulté, voire l'impossibilité du contrôle du patient sur l'accès à ses données de santé
- Des projets d'informatisation se heurtant aux difficultés de financement

Le système d'information des réseaux ne peut donc être ni une application, ni une plate-forme de gestion de dossier, ni disjoint des outils utilisés quotidiennement.

La cible

Le système d'information cible aura des caractéristiques non spécifiques pour une élaboration des logiciels standards.

La connexion des différents acteurs des réseaux au DMP (dossier médical partagé) incluant le PPS (plan personnel de santé) et à la MSS (messagerie sécurisée santé) sera indispensable.

Les équipes d'appui à la coordination disposeront d'un logiciel aux fonctionnalités répondant aux exigences de leur métier et connecté au DMP et à la MSS.

Les documents seront échangés entre professionnels grâce au DMP et à la MSS.

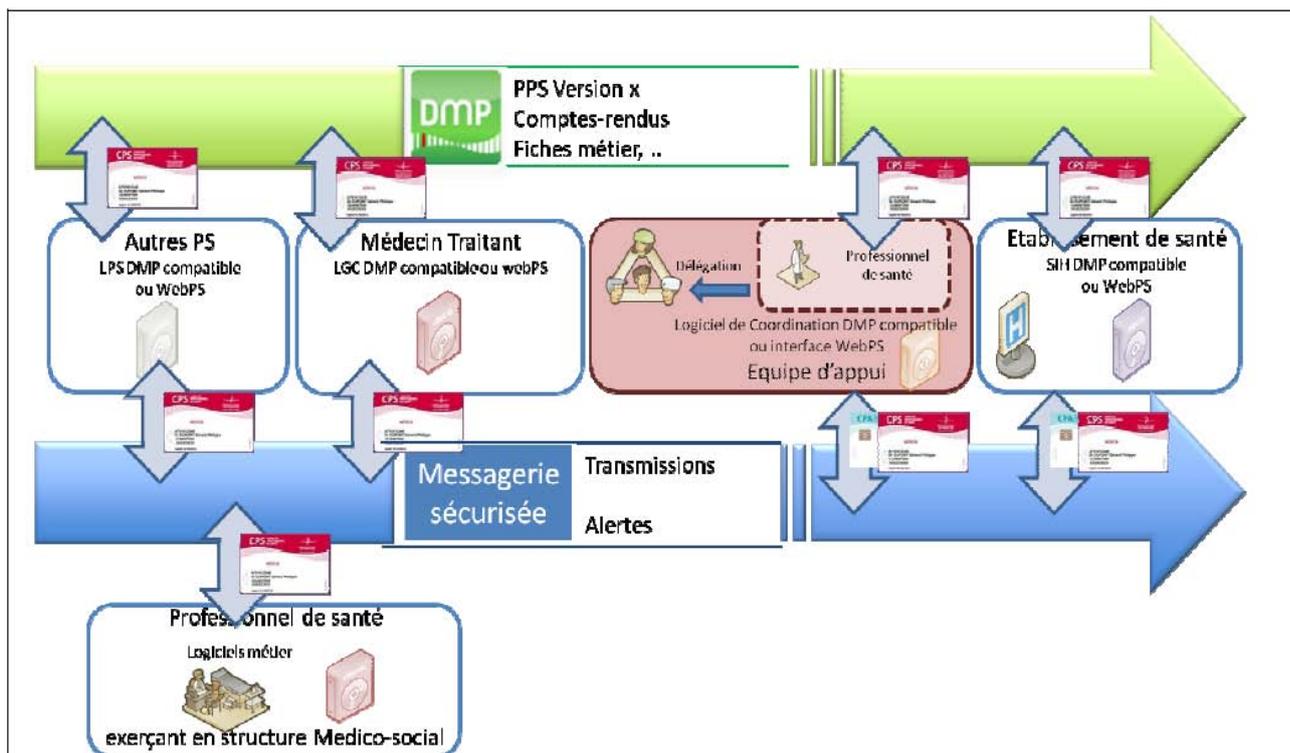


Figure 11 : Système d'information cible
Source : (48)2012

Les gains attendus par l'ARS

Ils sont :

- Un suivi et une contribution au parcours de soin par chaque professionnel de santé concerné, et cela à l'aide de son propre logiciel métier auquel seront progressivement ajoutés le partage du plan personnalisé de soins, et l'élaboration des documents relatifs à la coordination des soins
- Un accès facile aux offres d'appui à la coordination pour les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes
- Une mutualisation des ressources et des projets facilités à l'échelle régionale, voire nationale
- Un accès à des solutions industrielles non spécifiques dans l'objectif d'une mutualisation pour une optimisation des coûts associés

IX. Conclusion

Existant depuis près d'un siècle, les réseaux de santé se développent de façon continue en France depuis une vingtaine d'années. Ils représentent aujourd'hui une forme d'organisation des soins inscrite dans le paysage sanitaire et social, ainsi que dans celui des politiques publiques.

Ils apparaissent comme une solution organisationnelle cohérente et innovante, mise en lumière par les acteurs de terrain et soutenue par l'Etat.

Toutefois, malgré l'enthousiasme qu'ils suscitent, ils n'en sont pas moins l'objet de controverses. Durant cette période de restriction budgétaire et de plus-values thérapeutiques effectives se faisant attendre, ils sont mis en balance avec les coûts supplémentaires qu'ils génèrent. La multiplicité des réseaux et leur progression continue ont entraîné une grande diversité des pratiques, mais la visibilité reste faible.

A l'heure des accréditations, des normalisations et des certifications, la formalisation de la coordination des prises en charge réalisées par les réseaux de santé apparaît aux gestionnaires comme un outil indispensable à l'évaluation de l'efficacité de ces réseaux.

Réduction des coûts et obsession du patient au centre de la prise en charge sont au cœur de cette période de grands changements !

Des nouvelles orientations ont été édictées par le guide national d'octobre 2012 recentrant les réseaux de santé sur leur fonction de coordination, et non plus celle d'effecteurs de soins, et cela sous l'impulsion des Agences Régionales de Santé (ARS).

La conduite addictive demande une prise en charge médicale, psychologique et sociale souvent complexe nécessitant un abord pluridisciplinaire et une coordination essentielle entre professionnels de ville, établissements de santé et professionnels des champs médico-social et social. Le tabagisme actif en Lorraine, et plus particulièrement en Moselle Est, est un problème de santé publique majeur bien connu des acteurs locaux.

Le jeune RESAMEST, innovant réseau pluri-thématique mis en place en janvier 2013 sous l'impulsion de l'ARS de Lorraine, propose via son pôle addictologie, et plus particulièrement dans le cadre du sevrage tabagique, une prise en charge multidisciplinaire (médecin, sage-femme, infirmière, psychologue, diététicien) ainsi qu'une mutualisation des moyens pour une meilleure efficacité souhaitée.

Ce travail de thèse propose maintenant de comparer l'évaluation du réseau Lorraine Stop Tabac en tant que réseau monothématique à celui qu'il est devenu après fusion des réseaux par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en réseau plurithématique.

Troisième Partie

**DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTION
AU TABAC ET DES COADDICTIONS AU SEIN
DU RESAMEST**

I. Le REseau de SAnté de Moselle-EST (RESAMEST)

1. Naissance

Le RESAMEST, réseau innovant créé à la demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine dans le contexte exposé dans la partie précédente et selon les nouvelles orientations édictées par le guide national d'octobre 2012, existe officiellement depuis le 22 janvier 2013. Il s'agit d'un réseau territorial de santé multidisciplinaire composé de médecins (généralistes, spécialistes, libéraux et hospitaliers, et de Protection Maternelle et Infantile (PMI)), sages-femmes, diététiciens, psychologues et pharmaciens qui œuvrent pour une meilleure prise en charge des patients.

Le territoire de santé couvert par le RESAMEST comprend les arrondissements de BOULAY, FORBACH et SARREGUEMINES, soit une population mosellane de 354000 habitants.

2. Constitution et dénomination

L'association RESAMEST « réseau de santé de Moselle-Est » est inscrite au registre des associations du Tribunal d'Instance de Saint-Avold conformément aux dispositions des articles 55 et suivants du Code Civil Local.

3. Cadre juridique

Cette association, à but non lucratif, est régie par les dispositions du code civil local (article 21 à 79), par la loi du 19 avril 1908, maintenue en vigueur et par les présents statuts.

4. Siège social

Le siège social de l'association se situe à l'adresse suivante : RESAMEST, 2 rue des Vergers à Behren-Lès-Forbach (57460).

Il peut être transféré en tout autre lieu sur simple décision du Conseil d'administration.

5. Objet

Le RESAMEST constitue un réseau polyvalent de santé publique de proximité avec pour objectif l'amélioration ou l'optimisation de la prise en charge de la personne. Il a pour objet la création d'un réseau de santé répondant au cadre réglementaire :

- Circulaire du 2 mars 2007 (DHOS/03/CNAM/2007/88) relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH (Agence régionale de l'hospitalisation et des URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie)

- LOI « Hôpital Patients Santé et Territoire » (HPST) du 21 juillet 2009 (n° 2009-879) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

6. Composition du réseau

L'association se compose de :

Membres Actifs :

- Institutions (Hôpitaux, Maisons de retraite, structures maintien personnes âgées au domicile)
- Professionnels de santé (médecins libéraux, médecins salariés centre de santé, pharmaciens, IDE, kinésithérapeutes, diététiciens ...)
- Usagers (associations représentatives des usagers...)
- Collectivités et Institutions

Membres d'honneur

Tous les autres membres à jour de leurs cotisations.

7. Conseil d'administration : composition et fonctionnement

Composition

Le Conseil d'Administration de l'association se compose de 6 collèges :

Collège 1 : Gériatrie

Collège 2 : Diabétologie

Collège 3 : Addictologie

Collège 4 : Professions de santé

Collège 5 : Usagers

Collège 6 : Collectivités et Institutions

Chaque collège comprend 3 membres, élus au scrutin secret pour une durée de 3 ans par l'Assemblée Générale des électeurs prévue à l'article 17.

Fonctionnement

Le conseil d'administration élit à chacun de ses renouvellements, son bureau comprenant au moins le Président, le Secrétaire et le Trésorier de l'Association. Les trois autres membres du bureau occupent les postes de Vice-Président, Secrétaire adjoint et Trésorier adjoint. Les membres du bureau sont choisis parmi les membres du conseil d'administration.

Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres. Il peut s'adjoindre à titre consultatif toute personne de son choix. La présence du tiers au moins des membres du Conseil d'Administration est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances. Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire. Ils sont transcrits sans blanc ni rature, sur un registre tenu à cet effet, ou datés et numérotés s'ils sont rangés dans un classeur.

Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent recevoir de rétribution en cette qualité, ni en raison de celle de membre du bureau.

Rôle des membres

Le Président a pour mission de diriger les travaux du Conseil d'Administration et d'assurer le fonctionnement de l'association. Il la représente en justice et dans les actes de la vie civile.

Le secrétaire est chargé de la correspondance et notamment de l'envoi des diverses convocations. Il rédige également les procès-verbaux à quatre mains avec le président du conseil d'administration.

Le trésorier tient les comptes de l'association. Aidé par un comptable, il tient une comptabilité au jour le jour, de toutes les opérations, tant en recettes qu'en dépenses et rend compte à l'assemblée annuelle qui statue sur la gestion.

8. Objectifs et missions

Quatre objectifs sont les siens :

- Favoriser le maintien à domicile
- Coordonner l'offre d'éducation thérapeutique du patient et la prise en charge en addictologie sur le territoire du RESAMEST
- Intégrer les soins palliatifs
- Articuler les réseaux territoriaux avec les réseaux régionaux

Le RESAMEST a également plusieurs missions :

- Veiller au maintien dans de bonnes conditions sanitaires et médicales, des personnes prises en charge en coordination avec les professionnels de santé
- Assurer le fonctionnement administratif et logistique du dispositif de recherche d'aide à domicile ou d'entrée en institution
- Favoriser la communication et la circulation d'informations entre les adhérents
- Favoriser la coordination avec l'ensemble des professionnels de santé
- Favoriser une politique de réadaptation, de prévention et d'éducation thérapeutique
- Participer à la formation et à l'évolution des métiers de santé

Il s'organise autour de 3 pôles : l'addictologie, la gérontologie et le pôle nutrition/diabète.

Ce travail de thèse se concentrera sur le pôle « addiction » et plus particulièrement sur le sevrage tabagique.

II. Le pôle « addiction » - Lorraine Stop Tabac (LST): Origine, évolution et objectifs au sein du RESAMEST

1. Origine

Créé en 2004, Lorraine Stop Tabac (LST), dont le siège social est à Behren-Lès-Forbach, est un réseau de santé initialement bâti avec le concours de l'AMELUCTA (Association de Moselle Est de Lutte Contre le Tabagisme – association loi 1901), de la Société de Secours Minière de Moselle Est, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de Sarreguemines et de Longwy.

L'AMELUCTA, quant à elle, a été fondée par un groupe de personnes issues du monde médical, paramédical et social relevant de la sécurité sociale du régime minier, qui souhaitaient s'impliquer dans la lutte contre le tabagisme actif et passif, ainsi que les poly consommations tabac, alcool, cannabis.

Elle a permis l'ouverture d'une consultation individualisée de sevrage tabagique multidisciplinaire (médecins généralistes, médecins hospitaliers, sages-femmes et médecin de PMI). Elle intervient également dans le cadre d'une prévention primaire et secondaire incluant l'information, la sensibilisation et l'éducation. Enfin, elle tient une place de choix dans la formation de professionnels « relais » souhaitant agir dans le même sens.

Le PRAM tabac de Lorraine (Programme Régional d'Assurance Maladie) a chargé l'AMELUCTA de fabriquer ce réseau de santé afin d'optimiser la prise en charge du sevrage tabagique en Lorraine.

2. Evolution

Réseau monothématique initialement (sevrage tabagique), LST évolue en 2009 et devient pluri-thématique : Poly-consommation tabac/alcool/cannabis : Avec la loi HPST et la mise en place des ARS, le réseau LST a dû opérer un recentrage de son action qui intègre alors : les co-addictions tabac/cannabis chez les plus jeunes et tabac/alcool chez les plus âgés.

Enfin en 2012, l'ARS de Lorraine demande une réorganisation et la fusion de 3 réseaux déjà existants en Moselle-Est : REDIAME, REGEME, Lorraine Stop Tabac.

3. Objectifs au sein du RESAMEST

LE SEVRAGE :

- Aider toute personne qui le désire à arrêter le tabac, l'alcool et le cannabis
- Améliorer son accueil, sa prise en charge dans le cadre d'un protocole d'accompagnement efficient et une offre de soins coordonnée

LA FORMATION :

- Former des professionnels de santé à la prise en charge spécifique du tabagisme et des autres consommations (addiction unique ou coaddictions)
- Les inciter à collaborer avec d'autres professionnels dans le cadre d'un réseau multidisciplinaire

L'INFORMATION :

- Sensibiliser et informer les populations notamment jeunes aux méfaits du tabac, de l'alcool et du cannabis : Intervention dans les collèges et lycées, dans les entreprises et en milieu social défavorisé.

Le pôle addictologie, en particulier en tabacologie, a pour vocation de devenir un espace de travail permettant une prise en charge de qualité du fumeur dépendant, pour un meilleur vécu professionnel accompagné d'une formation professionnelle spécialisée et

adaptée, que cela soit dans le conseil et la conduite du sevrage tabagique et d'autres co-addictions et la participation à l'évaluation de l'action menée.

Réseau pluridisciplinaire de proximité, il a également pour objectif une prise en charge globale et efficiente du patient, mis au centre d'un dispositif qui lui est dédié.

Il entretient aussi une fonction informative de prévention primaire et secondaire, notamment dans les collèges et lycées, au sein d'associations et d'autres organisations sociales.

Il participe ainsi à une action citoyenne de santé publique, dès lors qu'il encourage la lutte contre les cancers, contre les maladies cardio-vasculaires, contre la BPCO et les maladies broncho-pulmonaires. Il permet enfin la promotion de la santé de la femme et de l'enfant.

Enfin, il est innovant en ce sens :

- Qu'il aide le patient par la mise en œuvre d'entretiens motivationnels et de thérapies cognitivo-comportementales (TCC)
- Qu'il rend le fumeur acteur de son propre sevrage en l'impliquant tout au long de la prise en charge
- Qu'il fait du professionnel de santé un acteur clé du sevrage par des formations spécifiques pertinentes
- Qu'il développe des outils d'information et de communication qui rendent lisible l'offre de soins avec une évaluation des résultats

4. Nouvelle organisation administrative

La fusion-absorption a permis un regroupement du personnel administratif des différents réseaux en une seule et unique structure comme suit :

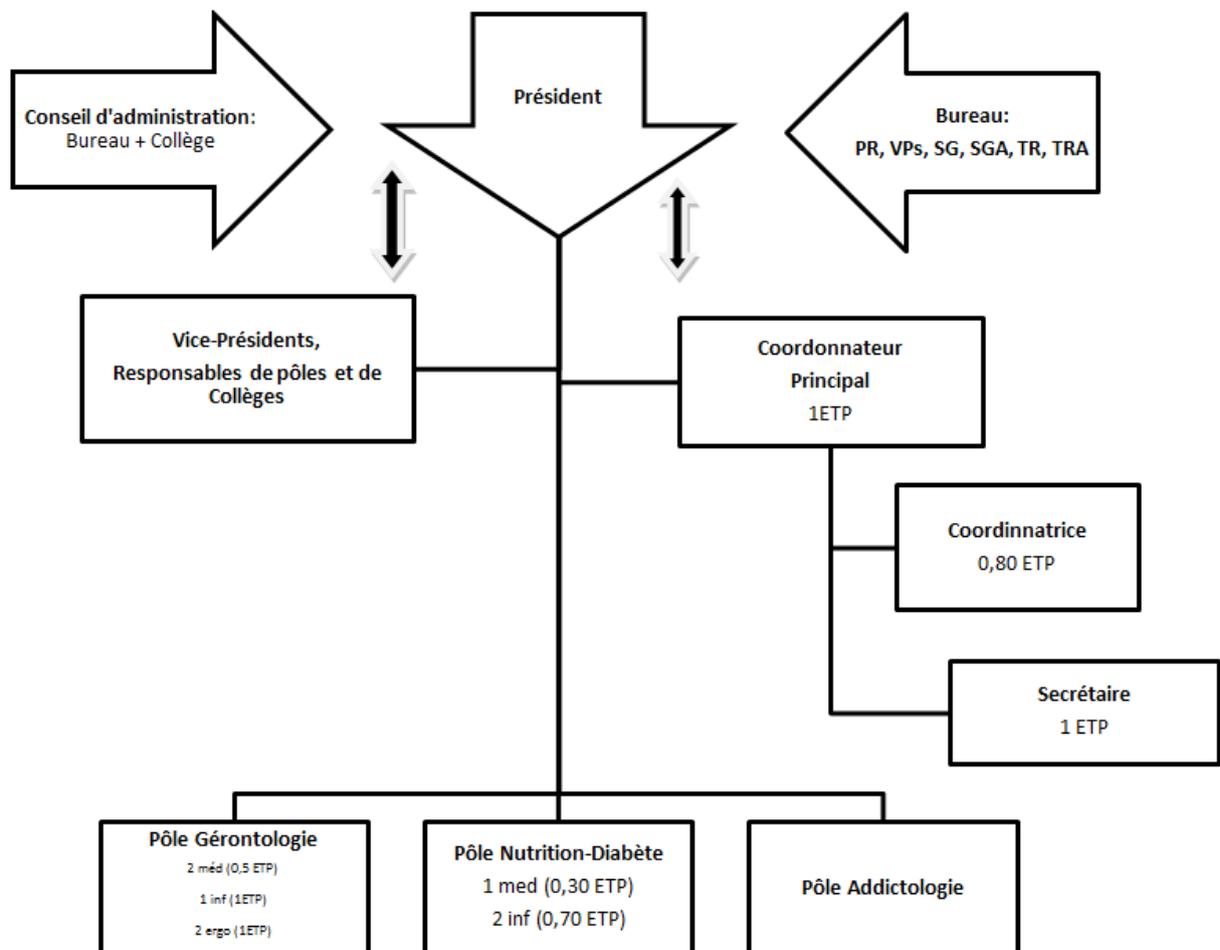


Figure 12 : Organigramme organisationnel du RESAMEST
Source : RESAMEST

Un fonctionnement et une organisation uniques ont été mis en place à la demande de l'ARS Lorraine. Des postes de responsable de pôle ont été créés et sont occupés par des médecins référents, élus par le conseil d'administration.

Cette nouvelle organisation a pour but de répondre aux exigences de l'ARS afin de faire évoluer les réseaux vers un nouveau mode de fonctionnement qui se veut plus efficient.

5. Financement commun

La fusion-absorption a permis de conserver un financement identique à la somme remise à chacun des 3 réseaux individuellement, malgré tout sensiblement diminué par rapport aux années précédentes. Ce financement est issu du Fond d'Intervention Régional (FIR).

6. Fonctionnement du réseau : les intervenants

Le conseil d'administration

Longuement évoqué antérieurement (Troisième partie, I. 7.), il ne sera pas développé une nouvelle fois.

Le comité de coordination : le rôle pivot du coordinateur administratif

Ce comité est composé du président, du secrétaire, du trésorier et du coordinateur administratif.

Le coordinateur administratif tient un rôle majeur dans le fonctionnement du réseau. Il assure un suivi technique et administratif. Il centralise toutes les informations. Il est la pièce maîtresse de la gestion logistique et technique quotidienne.

Il se réunit 3 fois par an ou exceptionnellement si nécessaire.

Le cercle d'experts

Se réunissant 3 fois par an et composé de professionnels libéraux et d'experts, il est chargé d'établir et de réajuster les référentiels médicaux et les protocoles de prise en charge, de faire évoluer les pratiques professionnelles grâce à des formations et au contrôle de leur mise en œuvre.

Les praticiens

Ils sont médecins ou sages-femmes, libéraux ou hospitaliers, mais dans tous les cas référents en matière de sevrage ! (Ils tous suivi une formation spécifique.) Ils sont chargés de mener les programmes de sevrage, de réaliser les consultations et de notifier toutes les informations médicales relatives au sevrage dans un dossier patient unique dédié. Ils peuvent à tout moment saisir le comité d'experts en cas de problème médical.

Enfin, psychologues et diététiciens transmettent eux aussi leurs informations grâce à une fiche dédiée au sein du dossier patient.

7. Parcours d'un patient souhaitant un sevrage

Le fumeur désirant arrêter le tabac rencontre en premier lieu le plus souvent soit son médecin traitant, soit une sage-femme. Cependant, il peut s'agir également d'un médecin hospitalier, d'un diététicien, ou d'un pharmacien.

Après un entretien, il décide d'arrêter de fumer. Le praticien lui donne alors le numéro de téléphone du réseau de sevrage ou lui donne le nom et les coordonnées du médecin ou de la sage-femme, membre du réseau, le plus proche de son domicile.

Le réseau propose une série de 5 consultations, s'étalant le plus souvent sur 3 mois si ce n'est plus. Elles sont gratuites.

La première consultation s'attache à identifier les antécédents médicaux du patient, les éventuelles contre-indications et freins au sevrage, notamment grâce à l'évaluation du degré de dépendance (Test de Fagerström) et de dépression et/ou anxiété (Test HAD). Elle permet d'exposer la charte d'engagement au patient et s'intéresse aussi aux attentes, craintes et motivations du patient afin de pouvoir proposer une prise en charge la plus adaptée. Elle est en général suivie de près (7 jours) par la 2^{ème} consultation. Celles qui suivent ne sont pas systématiquement à intervalle identique d'un patient à l'autre.

A chacune des consultations sont notifiés le statut tabagique du patient, ses rechutes, ses angoisses, ses difficultés, ses attentes, sa motivation, les biens faits ressentis, les substituts nicotiques utilisés et leur dosage, etc...

Un CO-testeur est utilisé systématiquement à chaque consultation. Il permet de s'assurer en partie de la réalité du sevrage, mais aussi et surtout de renforcer la motivation du patient tout en soulignant les bénéfices rapides de l'arrêt du tabac sur la santé du patient et en le félicitant lorsque que le taux de monoxyde de carbone baisse.

Un traitement nicotinique substitutif, dont la posologie est régulièrement adaptée, est le plus souvent d'emblée mis en route. Le traitement par bupropion n'est actuellement plus prescrit au sein du réseau du fait des nombreux effets indésirables décrits et de son efficacité moindre par rapport aux traitements nicotiques de substitution et la varénicline (Première partie, V. 5.).

Le varénicline, quant à elle, est prescrite en seconde intention au sein du réseau après évaluation de la balance bénéfices/risques (elle l'est d'ailleurs très peu).

Avec l'accord des tutelles, le réseau n'a plus pris en charge une partie du coût de ces deux produits dès la connaissance des effets indésirables soumis à pharmacovigilance.

Au cours de ces séances sont exposées et régulièrement rappelées les mécanismes de la dépendance, les signes de sous dosage et ceux de surdosage aux traitements nicotiniques substitutifs.

La durée de ces consultations est très variable en fonction des demandes du patient. Le médecin ou la sage-femme doit toujours être disponible et pouvoir être consultés rapidement en cas de baisse motivationnelle.

Il est également proposé 2 consultations gratuites auprès d'un psychologue et d'un diététicien si nécessaire.

Le fumeur a la possibilité de changer de praticien au cours du sevrage ou bien de quitter de sa propre initiative le suivi du dispositif de sevrage.

En cas d'échec, le patient ne pourra réintégrer le réseau qu'une seule fois dans la même année.

Enfin, une dernière séance est prévue un an après l'arrêt, à la charge du patient.

8. Système d'information

Le dossier médical

Il est unique et centralise toutes les informations collectées par les différents professionnels. Il est garant d'un bon suivi.

Il facilite la conduite des séances. En effet, le praticien y trouvera formulaire, questionnaires, tests et protocole médical définit, pour un dossier standardisé, mieux et plus rapidement rempli.

Il permet ainsi d'extraire facilement et anonymement des informations indispensables à communiquer au coordinateur réseau pour assurer le suivi et l'évaluation des soins et du réseau.

Il composé :

- D'une fiche d'identification contenant les données d'état civil
- Des fiches d'intervention du médecin ou de la sage-femme en charge du suivi du sevrage
- Des fiches de consultations psychologiques et diététiques si elles ont eu lieu
- Des fiches d'entrée et de sortie du réseau
- De la charte d'engagement

La charte d'engagement du patient

Elle est signée par le patient dès la première consultation. Celui-ci s'engage à suivre le protocole de sevrage tabagique individualisé prescrit et à participer aux évaluations des 3,6 et 12 mois. Le patient autorise par cette signature l'exploitation des données médico-sociales le concernant en vue de l'évaluation de l'action du réseau.

En contrepartie, il bénéficie d'une prestation de qualité gratuite.

La charte d'engagement des praticiens

Elle engage à respecter le protocole de sevrage défini par le réseau et les procédures inhérentes au réseau, à suivre la formation proposée et à participer à l'évaluation du réseau. Le praticien doit accepter le tiers payant, être garant du dossier et transmettre les informations au coordinateur administratif.

En contrepartie, il bénéficie d'une formation spécifique, de la mise à disposition d'outils utiles au sevrage et d'outils logistiques, et d'une rémunération des actes spécifiques.

9. Panier de soins

Tout à fait intéressant tant pour le patient que pour le praticien, voici sa composition :

ACTES ET FOURNITURES	CODE	NOMBRE OU DUREE DE TRAITEMENT	TAUX DE PRISE EN CHARGE	TARIF	MONTANT DE LA PRISE EN CHARGE	OBSERVATIONS
SEANCES DE SEVRAGE	C Med	5	100%	46 euros	46x5	
SEANCES DE NUTRITION ou DIETETIQUE	C S-F	5	100%	34 euros	34x5	
SEANCES DE NUTRITION ou DIETETIQUE	C Nutr ou Diet	2	100%	30 euros	30x2	séances optionnelles réservées à 20 % des fumeurs (estimation)
SEANCES DE PSYCHOLOGIE	C Psy	2	100%	30 euros	30x2	séances optionnelles réservées à 20 % des fumeurs (estimation)
PHARMACIE (TRAITEMENT DE SUBSTITUTION)		3 MOIS	50%	90 euros	30x3	Concerne 80 % des fumeurs

Quatrième Partie
MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude analytique rétrospective et comparative, dont l'objectif principal est de comparer l'évaluation du réseau Lorraine Stop Tabac en tant que réseau monothématique à celui qu'il est devenu après fusion des réseaux par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en réseau pluri thématique, après 18 mois d'existence.

II. Procédure

Ce travail de thèse se concentrera donc dans un premier temps à réaliser l'évaluation du réseau plurithématique après 18 mois d'existence au sein du RESAMEST, puis dans un second temps à la comparer à l'évaluation réalisée par Sébastien Desjeunes en 2009 dans son travail de thèse, alors que le réseau était encore monothématique. Pour cela, les mêmes critères d'évaluation seront repris.

Le recueil des données s'est fait par consultation individuelle de chaque dossier patient sur la période concernée, soit au siège du réseau, soit directement avec le praticien. Elles ont ensuite été répertoriées de manière anonyme à l'aide d'un tableur, puis comptabilisées.

Pour chaque patient, il a été recensé son sexe, son âge, la présence d'une grossesse en cours ou non pour les femmes, son statut tabagique à chaque consultation, s'il est sorti ou non du programme de sevrage et à quelle consultation la sortie a eu lieu. Certaines données manquantes ont été complétées après contact avec les praticiens. En effet, si la plupart d'entre eux ont rempli les dossiers papier fournis par le réseau, un certain nombre de praticiens ont informatisé leurs données ne permettant pas d'accès direct.

Pour le critère principal (nombre de patients inclus), une comptabilisation simple des dossiers inclus a été réalisée.

Concernant le calcul du taux de patients sevrés : un patient est considéré comme sevré lorsque l'abstinence est obtenue à la 5^{ème} consultation, quand elle a eu lieu, ou à 3 mois. C'est le médecin qui décide si le patient est considéré comme sorti ou non du protocole de sevrage.

La notion de sevrage est ici définie par rapport au statut tabagique à la 5^{ème} consultation ou à 3 mois par rapport à la consultation précédente. Ainsi, cela implique que des patients déclarés comme abstinents à 3 mois par leur médecin ou sage-femme n'ont pas nécessairement été abstinents lors des consultations précédentes, voire qu'ils n'ont pas nécessairement effectué l'ensemble des consultations prévues. L'abstinence continue n'a pas été évaluée, ni la réduction de la consommation de tabac. Même si une seule cigarette a été fumée entre deux consultations, le patient a été considéré comme en échec.

Afin de comparer cette étude à l'évaluation réalisée par S. Desjeunes et EVALOR en 2009, un premier taux de réussite a été calculé sur un sous-groupe de 143 patients, représentant les patients sortis du réseau.

Puis un second taux a été calculé sur l'ensemble du groupe de patients inclus (analyse en intention de traiter). Dans ce cas, un patient a été considéré comme en échec dès qu'il était impossible de connaître son statut tabagique à 3 mois ou 5 consultations (en cours de programme depuis moins de 3 mois ou 5 séances, perdu de vue).

Le nombre de patients sortis à chaque consultation inclut des patients sevrés ou non. Puisque l'évaluation de la réussite se fait aussi sur la durée, un patient sorti, par exemple, à la 3^{ème} consultation peut avoir été comptabilisé dans le nombre total de patients sevrés si son statut tabagique est connu à 3 mois. Pour rappel, c'est le praticien qui décide si le patient est considéré comme sorti ou non.

III. Critère principal, critères secondaires, critères d'inclusion et de non inclusion

1. Critère principal de l'évaluation du réseau plurithématique

Le critère principal étudié est le nombre de patients inclus dans le réseau au cours de cette période d'exercice, à savoir entre le 01.01.2013 et le 31.06.2014.

2. Critères d'inclusion

Les patients inclus sont les hommes et femmes, enceintes ou non, du réseau ayant signé la charte du réseau, ayant effectué la première consultation gratuite de sevrage entre le 01.01.2013 et le 31.06.2014, présentant une addiction au tabagisme isolée ou associée soit à celle de l'alcool, soit à celle du cannabis, soit au deux, étant âgés de plus de 18 ans, résidant dans le territoire défini par l'ARS.

3. Critères de non inclusion

Les patients exclus sont les patients du réseau ayant signé la charte du réseau et n'ayant pas effectué la première consultation gratuite de sevrage entre le 01.01.2013 et le 31.06.2014, les patients présentant une poly addiction n'incluant pas celle du tabac.

4. Critères secondaires

Les critères secondaires sont le nombre de patients sortis du réseau, parmi lesquels les patients sevrés ou en échec, le nombre de consultations par patient, par professionnel et total sur la période concernée, le nombre de patients sortis à chaque consultation, dont le nombre de femmes et d'hommes sortis à chaque consultation.

Comme critères secondaires sont encore évalués le nombre de patients abstinents à chaque consultation, le nombre de patients sortis et sevrés à chaque consultation, le nombre moyen de consultations réalisé par un diététicien et par un psychologue, le nombre d'actions de prévention et d'information réalisées, le nombre de professionnels membres du réseau et formés par le réseau.

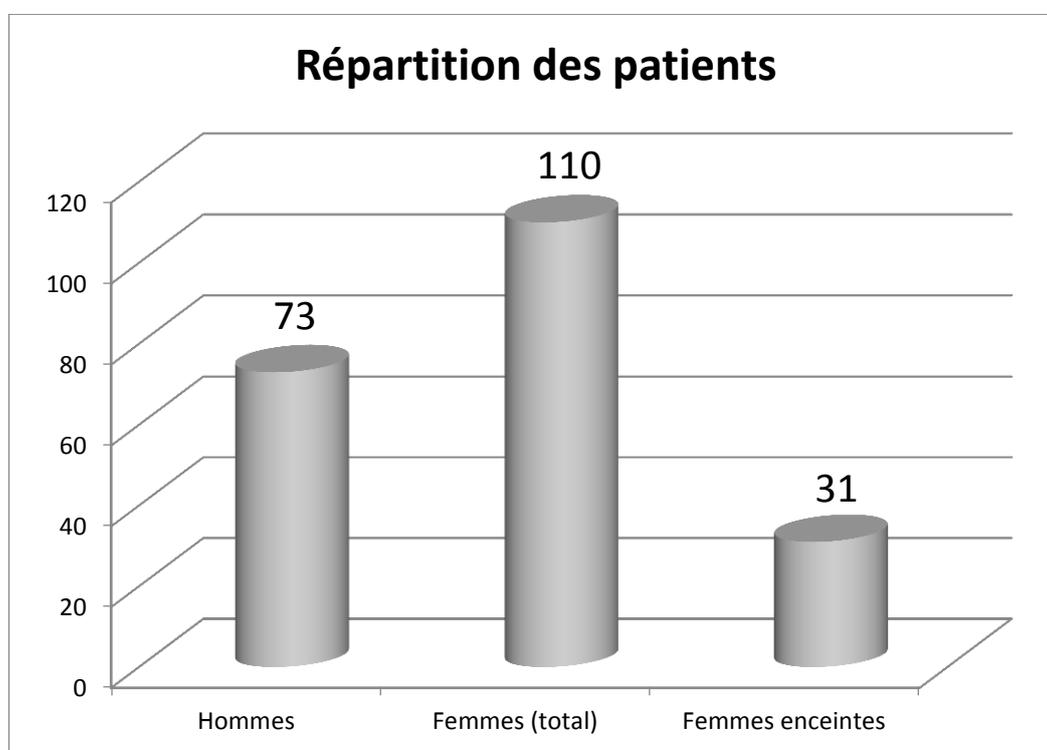
L'efficacité du réseau en termes de santé des patients est analysée par le décompte du nombre de patients considérés comme sevrés. Un patient est considéré comme sevré lorsqu'il ne fume plus à la dernière consultation avant de sortir du réseau qui a lieu environ 3 mois après le début de l'entrée dans le réseau. La période d'analyse étant très courte et les fiches de réévaluation à un an rarement présentes au sein du dossier, il a été convenu de restreindre à 3 mois la période d'évaluation.

Cinquième Partie
RESULTATS DE L'ETUDE COMPARATIVE

I. Résultats de l'évaluation à 18 mois d'existence après 18 mois de fusion-absorption au sein du RESAMEST.

Nombre total de patients inclus

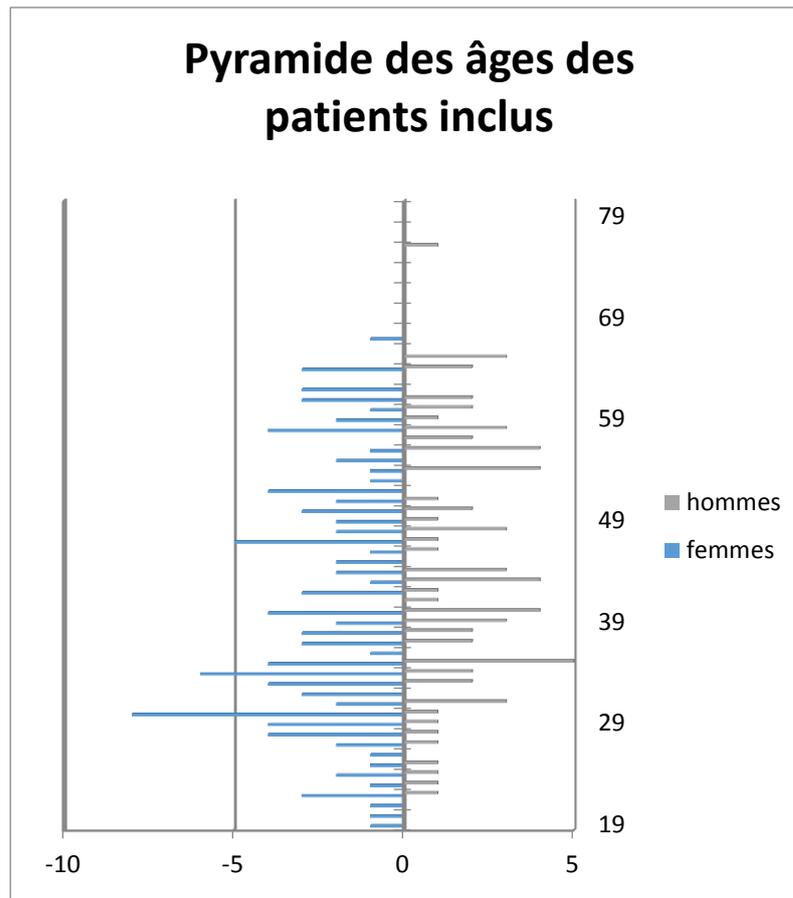
Entre le 1^{er} janvier 2013 et le 30 juin 2014, 183 patients, ayant signé la charte d'engagement du réseau et effectué la première consultation, ont été inclus au sein du réseau. Parmi ces 183 patients, 73 sont des hommes, 110 sont des femmes dont 31 sont enceintes.



Source : Travail personnel

L'âge moyen est de 47.1 ans pour les hommes, avec un intervalle de 24 ans pour le plus jeune, à 78 ans pour le plus âgé, de 40.9 ans pour les femmes, avec un intervalle de 19 ans à 64 ans. Les femmes enceintes ont un âge moyen de 30.5 ans.

La pyramide des âges de la page suivante montre cette répartition de manière plus explicite.



Source : Travail personnel

Taux de réussite

58 patients sur les 183 inclus sont abstinents à 3 mois ou 5 séances, soit 31,7 % des patients.

8 d'entre eux sont encore considérés comme en cours de programme, 50 sont sortis.

34 patients parmi les 50 patients sortis ont effectués les 5 séances. Les 24 autres, dont le statut tabagique « sevré » est connu à 3 mois, se sont arrêtés avant la fin du programme.

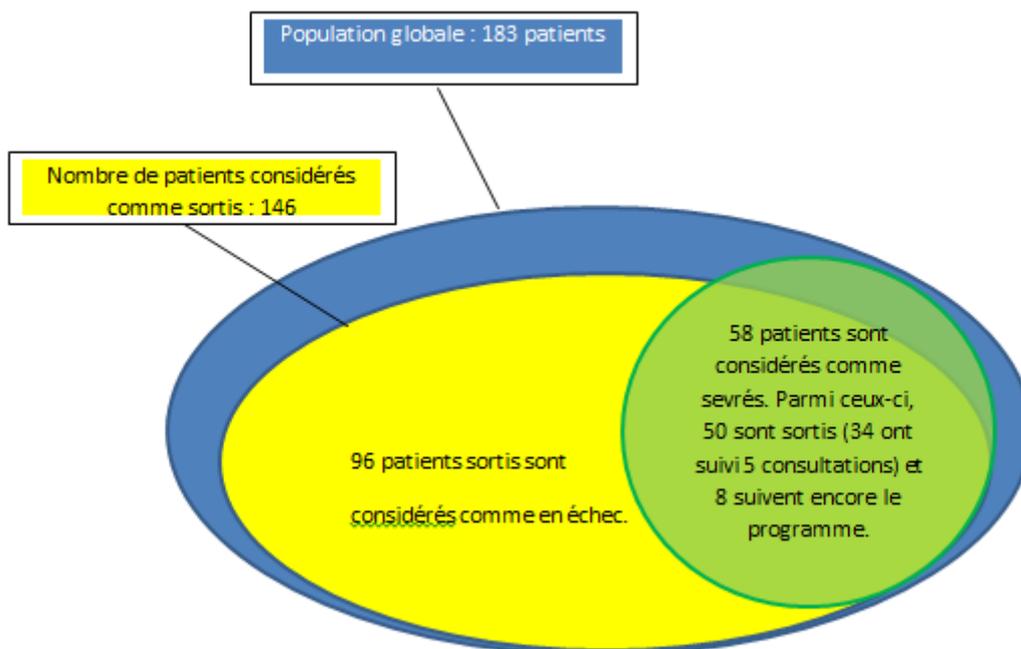


Schéma des principaux résultats obtenus concernant le statut tabagique des patients.

Source : Travail personnel

Taux de réussite parmi les patients sortis

Parmi les 183 patients inclus, 146 (80%) sont sortis du programme de sevrage. 50 de ces 146 patients sortis sont abstinents à 3 mois ou 5 séances.

Le taux de réussite obtenu est donc de 34.2%.

Indépendamment du nombre de séances suivies, 39% des hommes sortis sont considérés comme sevrés de leur consommation addictive de tabac. De la même manière, 32% des femmes sorties ont été sevrées et enfin 27% des femmes enceintes sorties elles aussi du programme ont été sevrées.

Il est intéressant de noter également que les 3 patients ayant déclaré une dépendance mixte tabac/cannabis et tabac/drogues dures (pour 2 d'entre eux) ont été en échec de sevrage tabagique.

Taux de réussite calculé sur l'ensemble du groupe (183 patients) : analyse en intention de traiter (ITT)

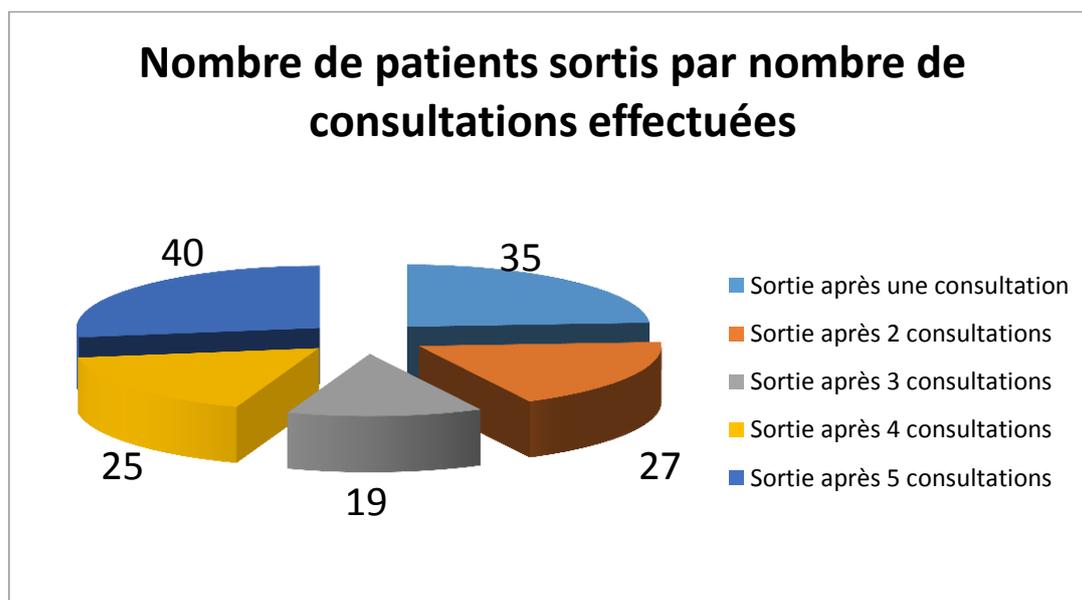
Dans le groupe des 183 patients inclus, 58 sont considérés comme abstinents à 3 mois. 8 patients que les praticiens continuent de suivre au sein du programme s'ajoutent aux 50 patients considérés comme sortis et sevrés.

Le taux de réussite est de 31.7%.

Les 29 patients en cours de programme dont on ne connaît pas le statut tabagique sont considérés comme en échec. Il s'agit pour certains d'entre eux de personnes ayant intégré le programme en fin de période d'inclusion mais qui ont effectué au moins une consultation, d'autres sont considérés par leur praticien comme poursuivant le programme même s'ils ont effectué les 5 séances prévues.

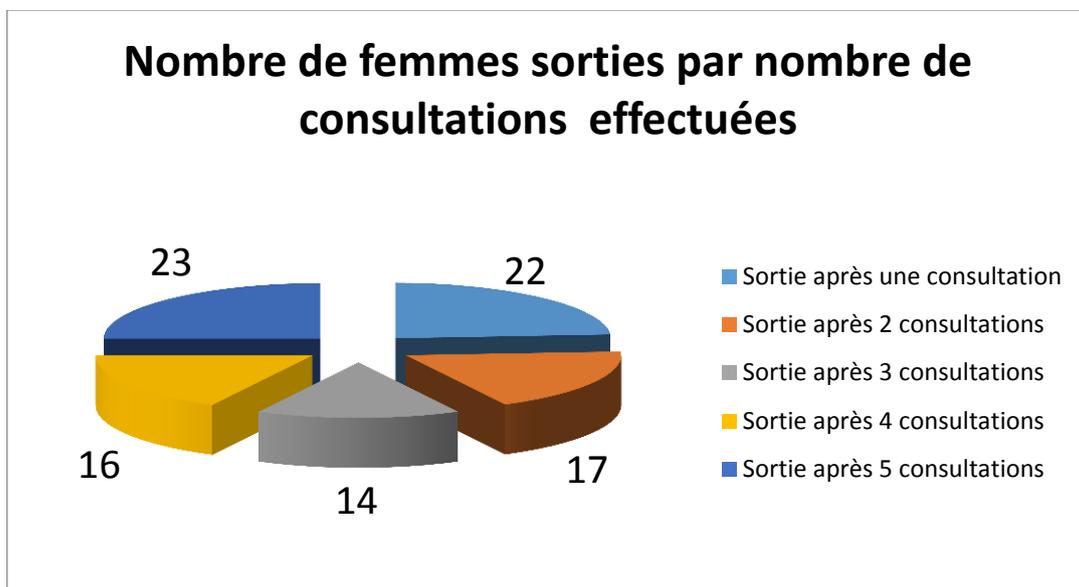
Nombre de patients sortis à chaque consultation

35 patients (24%) ont arrêté le programme après la 1ère consultation. 27 patients (18%) sont sortis du programme après la 2^{ème} consultation, 19 (13%) sont sortis après la 3^{ème} consultation, 25 patients (17%) sont sortis après la 4^{ème} consultation et enfin 40 patients (27%) sont allés au bout des 5 consultations.



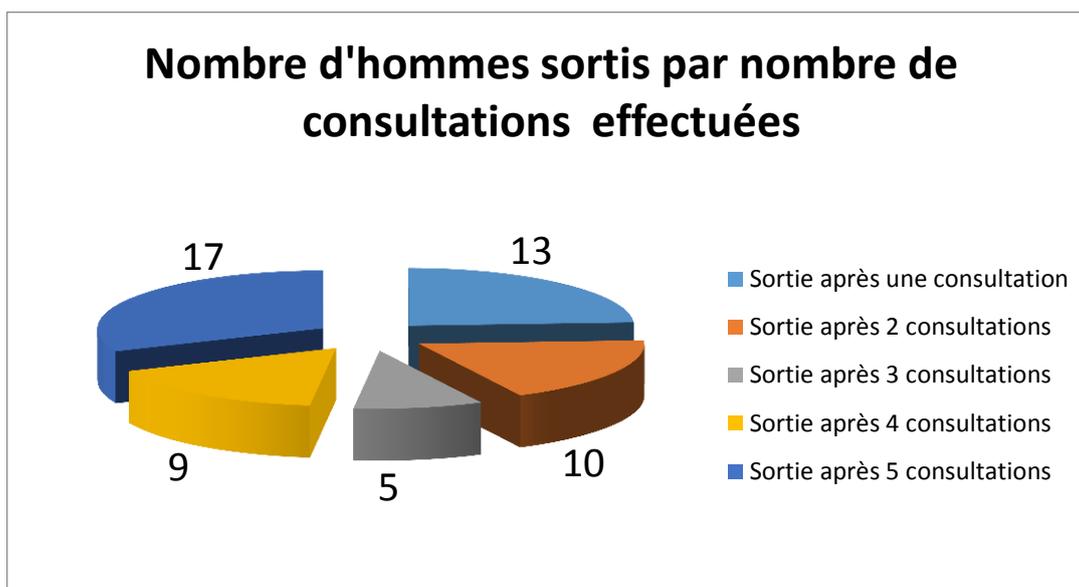
Source : Travail personnel

En considérant uniquement la population féminine, 22 femmes sont sorties à 1 consultation, 17 à 2 consultations, 14 à 3 consultations, 16 à 4 consultations et 23 ont effectué les 5 consultations.



Source : Travail personnel

Sur les 54 hommes sortis, 13 n'ont participé qu'à la 1^{ère} consultation, 10 sont sortis après la 2^{ème} consultation, 15 à 3 consultations, 9 à 4 consultations et 17 d'entre eux ont effectué les 5 consultations.

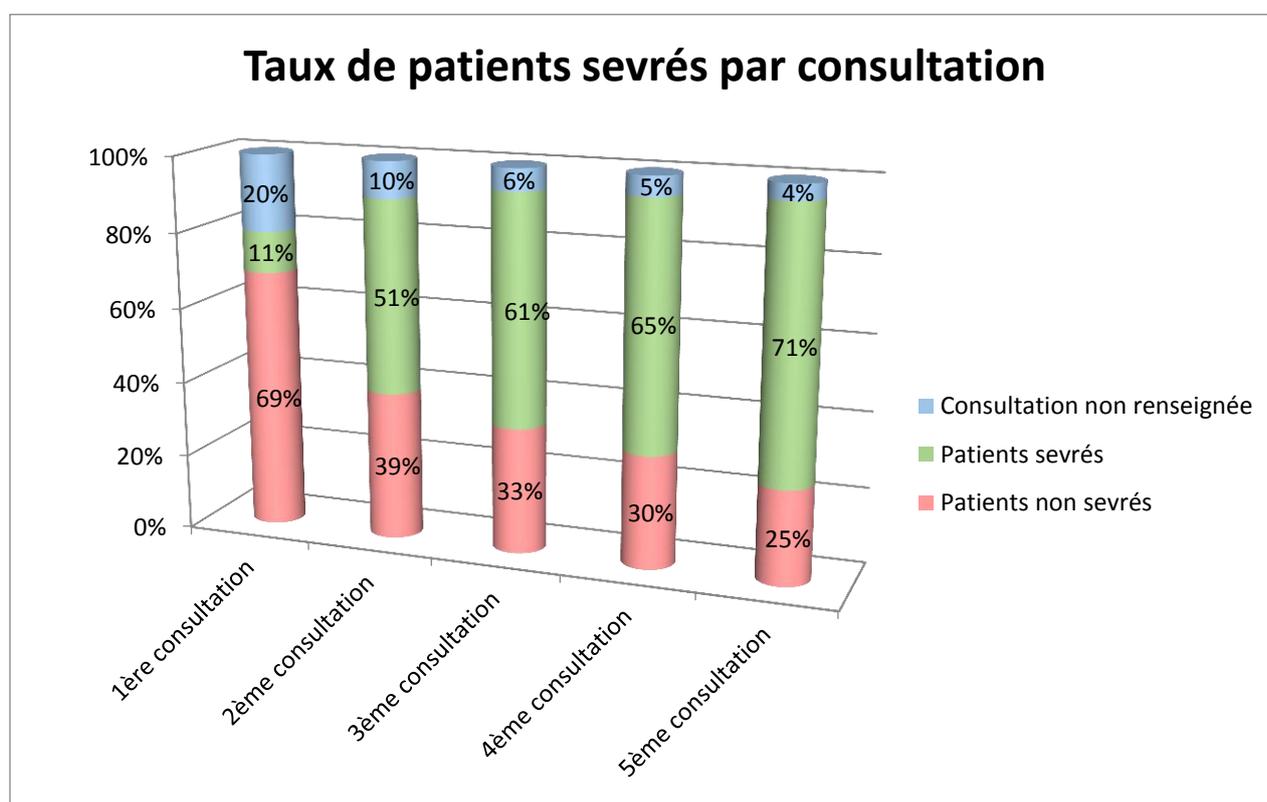


Source : Travail personnel

Taux de patients sevrés à chaque consultation

Lors de la première consultation, seuls 11% des patients sont abstinentes. Le taux de patients sevrés augmente progressivement à chaque consultation. Ainsi, le pourcentage de patients sevrés est quasiment multiplié par 5 entre la 1^{ère} et la 2^{ème} consultation, passant de 11% à 51%. Le taux de patients sevrés est de 61% à la 3^{ème} consultation, de 65% à la 4^{ème} consultation et de 71% à la fin des 5 séances prévues par le programme.

Le pourcentage de consultations non renseignées diminue de 20% à la 1^{ère} consultation à 4% à la 5^{ème} et dernière consultation.



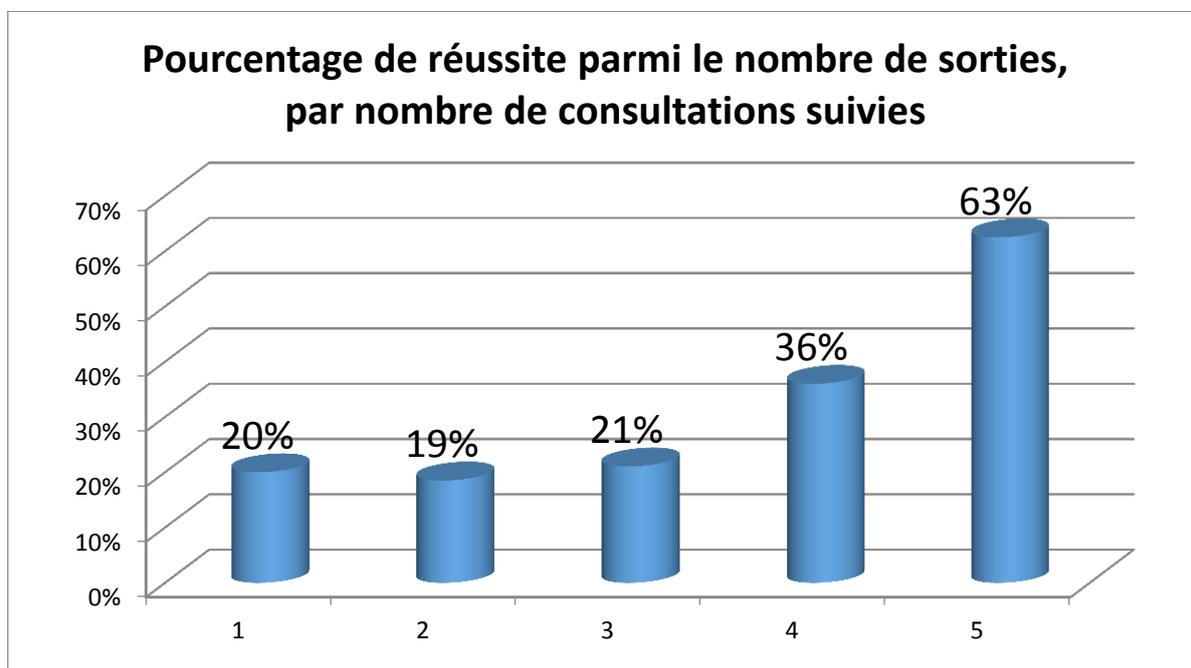
Source : Travail personnel

Taux de patients sortis abstinentes par nombre de consultations suivies

Le taux d'abstinence peut également s'évaluer sur le nombre de patients sortis par consultation.

20% des patients n'ayant effectué que la première consultation ont été abstinentes.

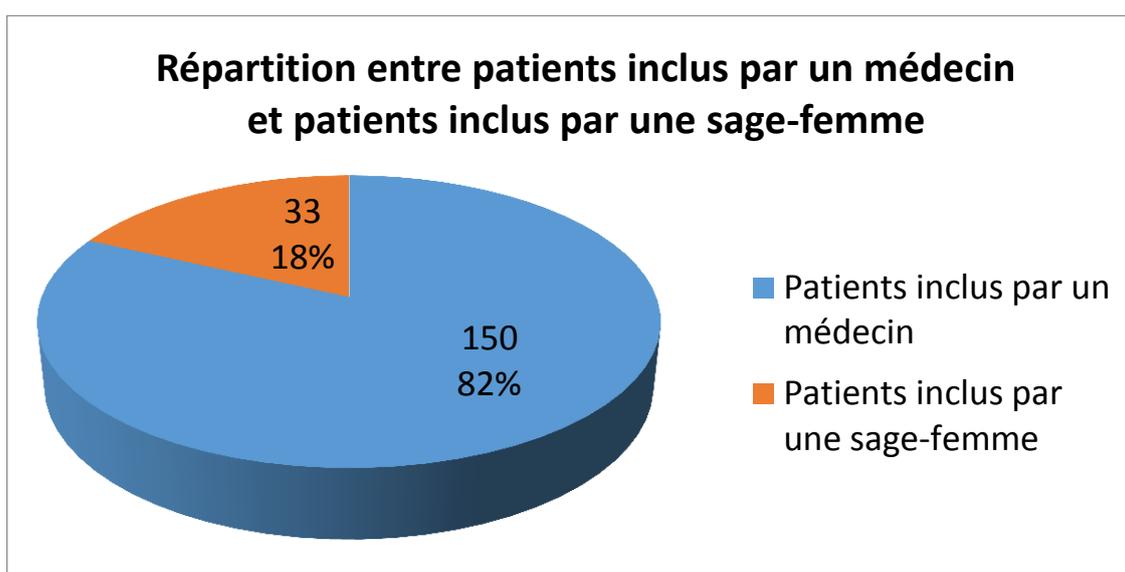
19% des patients sortis après 2 consultations ont été abstinentes, 21% à la 3ème consultation, 36% à la 4^{ème} et 63% après la 5^{ème} consultation.



Source : Travail personnel

Pourcentage de patients inclus par médecin et sage-femme

18% des patients sont inclus par des sages-femmes et 82% le sont par des médecins.



Source : Travail personnel

Nombre total de consultations ayant eu lieu sur cette période

516 consultations ont été effectuées par les médecins et 81 consultations par les sages-femmes. Un total de 597 consultations de sevrage tabagique a donc eu lieu du 1^{er} janvier 2013 au 30 juin 2014. Cela correspond en moyenne à 33.16 consultations par mois.

Nombre moyen de patients inclus par praticien

23 praticiens dont 5 sages-femmes ont inclus des patients durant la période concernée. La moyenne de patients inclus par médecin est de 8.33 et de 6.6 patients par sage-femme.

Nombre moyen de consultations par patient sorti

Un patient sortant du programme de sevrage tabagique du réseau effectuée en moyenne 2.43 consultations sur 5 prévues.

Les patients considérés comme sevrés après intégration du programme de sevrage tabagique ont effectué en moyenne 3.8 consultations sur 5 prévues.

Les patients pour lesquels l'intégration du programme de sevrage tabagique se solde par un échec ont effectué en moyenne 2.7 consultations sur 5 prévues.

Nombre de consultations par un diététicien

20 consultations ont été réalisées dans le cadre d'une prise en charge diététique.

Nombre de consultations par un psychologue

9 consultations auprès d'une psychologue ont été réalisées dans le cadre du programme de sevrage.

Nombre d'interventions réalisées

7 actions de prévention ont eu lieu du 1^{er} janvier 2013 au 30 juin 2014, dont 5 auprès de collèges et lycées.

Nombre de professionnels formés

Une formation de groupe a eu lieu à Dieuze et a permis la formation de 11 médecins, 1 sage-femme et 1 diététicien.

II. Résultats de l'évaluation comparative

L'évaluation comparative n'a pas permis une évaluation année par année sur la période 2006/2008, étant donné qu'elle n'avait pas été faite antérieurement.

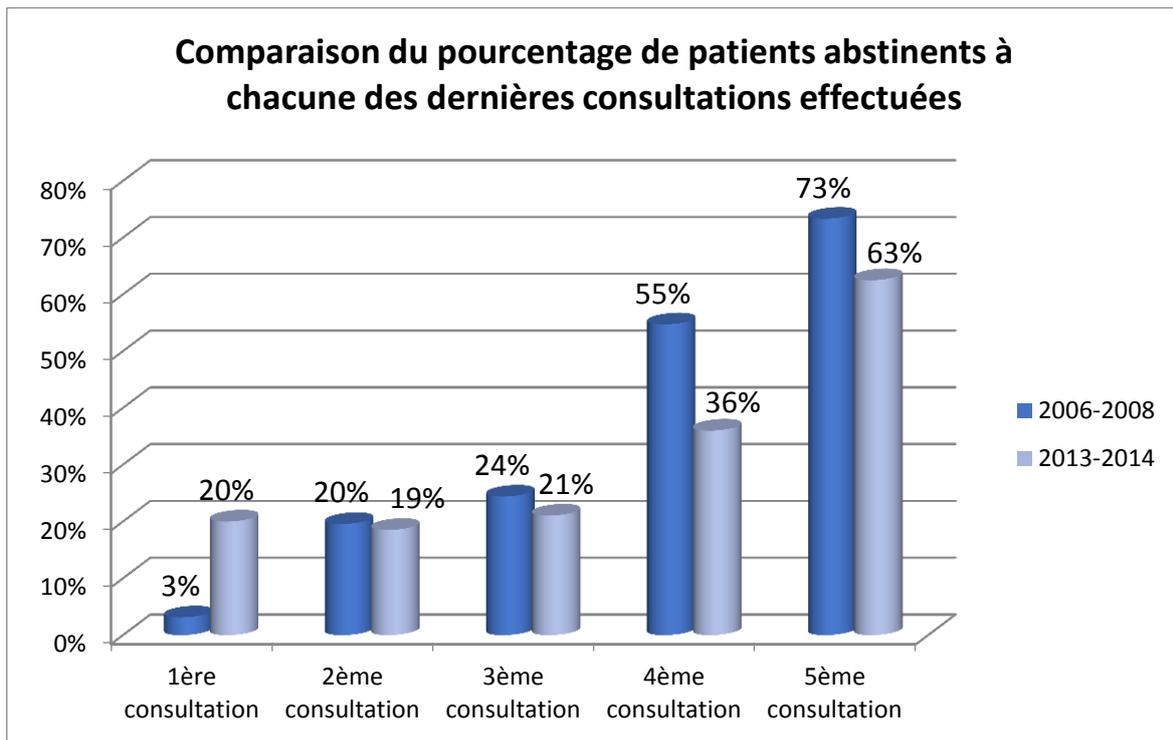
Passant de 27.82 patients par mois à 10.17 patients par mois, le nombre moyen de patients inclus est en baisse depuis que le réseau est multithématique,.

Le taux de réussite de sevrage est lui aussi en diminution passant ainsi de 43.94% à 34%.

Cette tendance se retrouve également pour le nombre moyen de consultations anti-tabac ayant eu lieu. Celui-ci passe de 77.42 consultations mensuelles à 33.17 consultations mensuelles. Les moyennes mensuelles de consultations auprès d'un psychologue ou d'un diététicien sont aussi en baisse et diminuent respectivement de 0.70 consultations par mois à 0.50 consultations par mois, et de 2.85 consultations mensuelles à 1.11 consultations mensuelles.

CRITERES ETUDIES	JANV- 2006 SEPT- 2008	JANV- 2013 JUN-2014
Nombre de patients inclus <i>Moyenne mensuelle</i>	918 27,82	183 10,17
Nombre de patients sortis	537	146
dont réussites	236	50
dont échecs	301	96
Pourcentage de sorties sur le nombre de patients inclus	58,5%	79,8%
Taux de réussite (réussites / patients sortis)	43,94%	34,25%
Nombre de consultations diététiques <i>Moyenne mensuelle</i>	94 2,85	20 1,11
Nombre de consultations psychologiques <i>Moyenne mensuelle</i>	23 0,70	9 0,50
Nombre de consultations tabacologie <i>Moyenne mensuelle</i>	2555 77,42	597 33,17
Nombre moyen de patients inclus par médecin <i>Moyenne mensuelle</i>	25,39 0,77	8,33 0,46
Nombre moyen de patients inclus par sage-femme	8,88	6,6
Nombre d'interventions en entreprise, milieu scolaire et social	23	7
Nombre de médecins adhérents au réseau	33	54
Nombre de sages-femmes adhérentes au réseau	13	21
Nombre de pharmacies	59	69
Nombre de diététiciennes	2	3
Nombre d'infirmières	1	2
Nombre de psychologues	2	2
Nombre de patients ayant terminé les 5 consultations prévues	35%	27%
Proportion de personnes sevrées ayant assisté aux 5 consultations	56,2%	59,6%
Proportion de personnes qui ont échoué au sevrage tabagique ayant arrêté le suivi précocement	71,5%	84,4%

Tableau comparatif – 2006/2008 et 2013/2014
Source : Travail personnel



Source : Travail personnel

Le nombre de patients abstinents et sortis après la 1^{ère} consultation est en augmentation, passant de 3% pour le réseau monothématique à 20% pour le réseau multithématique.

Après la 2^{ème} consultation, les taux des 2 évaluations sont stables (20% sur la période de 2006 à 2008 et 19% durant les 18 mois après fusion-absorption).

24% des patients sont sortis abstinents après la 3^{ème} consultation au sein du réseau monothématique, 21% au sein du RESAMEST.

55% des patients inclus entre 2006 et 2008, contre 36% des patients inclus entre 2013 et 2014 sont sortis après la 4^{ème} consultation et ne fumaient pas.

Enfin, 73% des patients sont sortis abstinents après la 5^{ème} séance proposée par le réseau monothématique, 63% après la 5^{ème} consultation du programme du réseau plurithématique.

Principales causes d'échec

Les principales causes d'échec rapportées le plus souvent sont :

- Le manque de motivation
- La survenue d'un événement malheureux :
 - Personnel* : annonce d'une maladie grave, maladie chronique nécessitant des hospitalisations prolongées et ne permettant pas la poursuite du sevrage dans le cadre du programme du RESAMEST, deuil.
 - Social* : précarité, délinquance
 - Professionnel* : perte d'emploi notamment
- La survenue de l'accouchement
- Un déménagement
- La survenue d'une contre-indication au sevrage tabagique comme la décompensation d'une psychose ou d'un trouble bipolaire (2 patients concernés)
- La polyaddiction notamment aux drogues dures (2 patients concernés)

Sixième Partie
ANALYSE ET DISCUSSION

I. Confrontation interne

1. Concernant l'évaluation comparative

Nombre de patients inclus

Le nombre de patients inclus lors de l'évaluation du réseau monothématique est évidemment plus important du fait d'une période d'inclusion près de 2 fois plus longue que celle de l'évaluation du réseau plurithématique (33 mois versus 18 mois).

Cependant, le nombre moyen de patients inclus par mois est en diminution durant ces 18 derniers mois par rapport à l'évaluation de 2009. Comme cela a été illustré en page 123, la moyenne mensuelle est passée de 27.8 patients sur les trois premières années à 10.2 patients sur la dernière période.

Cette tendance peut s'expliquer par plusieurs phénomènes.

D'une part, les dotations globales ont sensiblement diminué tant sur le plan national que local, ce qui a un impact réel sur l'activité avec une diminution consécutive des inclusions. En effet, pour 2013 le réseau a demandé une rémunération spécifique prévisionnelle de 43000 euros, correspondant à l'inclusion de 150 patients par les médecins et 50 par les sages-femmes. Seul 27250 euros ont été obtenus, ce qui correspond à 100 patients inclus par les médecins et 25 par les sages-femmes durant 15 mois. Le RESAMEST a inclus 183 patients durant 18 mois, pour un équivalent de 150 patients financés sur le même temps.

De plus, la communication du réseau est mise à mal du fait de la disparition du « budget communication » par l'ARS.

D'autre part, les demandes de sevrage tabagique auprès de professionnels de santé semblent être en diminution d'après un ressenti subjectif de certains praticiens. L'arrivée sur le marché de la cigarette électronique, sa médiatisation et son accès au grand public sans aucun contrôle, peut être susceptible de favoriser un sevrage tabagique par son utilisation. Celle-ci se fait de manière individuelle et sans aide d'un professionnel de santé.

Un autre phénomène peut encore expliquer ce résultat : les médecins adhérents au réseau depuis sa création font, depuis de nombreuses années, un travail remarquable de prévention primaire et secondaire auprès de leur patientèle fumeuse, qui a dû être non

seulement informée et sensibilisée au sevrage tabagique, mais également sollicitée. Ainsi, il est espéré, chez ces praticiens de la « première heure », moins de patients fumeurs.

Enfin, cette tendance en baisse peut également s'expliquer par une période de grands changements organisationnels au sein du réseau qui impliquent des modifications administratives (modifications des fiches du dossier unique, partage de personnel...), une communication en cours de modification, une moins bonne visibilité possible. Cette dernière pourrait être à l'origine d'une diminution des patients inclus par les praticiens.

Taux de patients sortis

Le taux de patient sortis, retrouvé dans l'évaluation du réseau plurithématique à 18 mois, a augmenté par rapport à celui du réseau monothématique. Ce résultat non significatif s'explique en partie par le fait que les patients ont été considérés comme sevrés au bout d'une période de 3 mois ou 5 séances et non pas à 1 an comme cela a été le cas lors de l'évaluation du réseau monothématique. Ce choix a été fait pour les raisons suivantes :

- **Une période d'évaluation courte** : Une évaluation à 1 an sur la période de 18 mois aurait impliqué un nombre restreint de patients sortis et donc un taux de réussite ou d'échec davantage biaisé.
- **L'absence de consultations de réévaluation à 1 an retrouvées dans les dossiers** : En effet, très souvent les patients, après les 5 séances effectuées, sont perdus de vue, notamment si le médecin du réseau n'est pas leur médecin traitant, ou bien sont revus en dehors d'une consultation « AMELUCTA ». Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'une prise en charge par une sage-femme, puisque les femmes, dont la grande majorité est enceinte, ne retournent pas revoir leur sage-femme 1 an après l'accouchement. Au mieux, les sages-femmes revoient leurs patientes lors d'une éventuellement rééducation périnéale, le plus souvent effectuée au cours de leur congé maternité. De plus, cette dernière consultation à 1 an étant à leur charge, certains patients ne souhaitent pas l'effectuer.
- Enfin, lors du recueil des informations, **certains praticiens ont considéré comme sortis du programme des patients sevrés à la 5^{ème} consultation**. De ce fait, afin d'homogénéiser les résultats, le choix des 3 mois s'est imposé.

Taux de patients sevrés

L'évaluation du réseau multithématique nous donne un taux de patients sortis et sevrés global à 34.25%, en baisse par rapport à l'évaluation du réseau monothématique (43.94%). Cette différence peut s'expliquer entre autre par un biais de sélection en cette période où de nombreux fumeurs s'essaient au sevrage en passant par un temps de vapotage, où seuls restent les patients nécessitant une aide plus importante et dont la probabilité de réussite est moindre.

De plus, le taux de réussite du réseau monothématique a été obtenu lors de la montée en puissance de l'activité au moment de sa création. On peut donc supposer l'existence d'un pic de réussite avant un taux plus stable.

Cependant, rappelons que le taux de réussite actuel correspond à 1 patient sur 3, ce qui n'est pas négligeable, d'autant plus que 97% des fumeurs n'arrivent pas à arrêter sans aide.(75)

Enfin, l'analyse en intention de traiter effectuée sur le groupe des 183 patients inclus donne un résultat légèrement inférieur à celui retrouvé parmi le sous-groupe des patients sortis : 31.7% versus 34.2 %. En effet, 29 des 37 patients considérés comme en cours de sevrage n'ont pas de statut tabagique connu à 3 mois. Ces derniers ont donc été considérés comme en échec.

Il est alors raisonnable de penser que le taux de réussite de sevrage tabagique du pôle addiction du RESAMEST se situe entre ces deux résultats : 31.7% et 34.2%.

Taux de patients sortis à chacune des consultations et abstinents

Le principal écart relevé concerne le taux de patients sortis et abstinents à la fin de la 1^{ère} consultation. En effet, l'évaluation du réseau plurithématique montre un taux 6.6 fois plus important que lors de l'évaluation du réseau monothématique. Cela s'explique essentiellement par la présence d'un biais de sélection : certains praticiens ont effectué des « pré-visites » et inclus des patients déjà abstinents.

Les taux des 2^{ème} et 3^{ème} consultations de chacune des évaluations sont similaires et stables dans le temps. En revanche, il est à noter un écart non négligeable témoignant d'une baisse du taux des patients sevrés et sortis après la 4^{ème} consultation au sein du réseau

plurithématique. Ce taux moindre peut s'expliquer par un nombre plus important de patients abstinents poursuivant leur programme.

Enfin, les taux de chacune des évaluations se rejoignent à la 5^{ème} consultation.

Nombre total de consultations ayant eu lieu sur les périodes évaluées

En moyenne le nombre moyen de consultations mensuelles passe de 77.42 par mois pour le réseau monothématique à 33.17 par mois pour le réseau plurithématique. Cela correspond à 2.33 fois moins de consultations sur la dernière période. Cette diminution est due très probablement à une baisse globale de l'activité du réseau expliquée par la période de transition imposée par la fusion des réseaux.

Nombre moyen de patients inclus par praticien

Le nombre moyen de patients inclus par médecin est en forte baisse sur la période du réseau plurithématique. Celle-ci s'explique par une baisse globale du nombre de patients inclus impactant ainsi logiquement les autres paramètres qui en découlent.

Cette tendance se retrouve avec le nombre moyen de patients inclus par sage-femme, également en diminution.

Nombre de professionnels adhérent aux réseaux

Les adhésions au réseau, toutes professions confondues, sont en augmentation. En revanche sur la dernière période observée, seule la moitié des médecins et environ un quart des sages-femmes ont inclus des patients. Ces informations ne sont pas disponibles pour l'activité du réseau monothématique.

Bien que le budget « formation » ait été supprimé par l'ARS, une formation autofinancée a eu lieu et a permis la formation de 11 nouveaux médecins depuis janvier 2013. Ceci montre que malgré plusieurs années d'existence, de nombreuses restructurations et la disparition du financement dédié, le pôle addiction du RESAMEST attire et intéresse toujours autant les médecins.

Le recrutement des professionnels paramédicaux se poursuit modérément, continuant ainsi à agrandir les rangs des praticiens engagés au sein du réseau.

Nombre de consultations paramédicales

Le nombre moyen de consultations auprès de personnels paramédicaux (psychologue et diététicien) a lui aussi été en baisse au cours de l'évaluation du réseau plurithématique par rapport à celle effectuée lorsqu'il était encore monothématique. Ceci s'explique également par une baisse globale de la fréquentation du réseau. La baisse du nombre moyen de consultations psychologiques peut, quant à elle, s'expliquer par l'arrêt momentané de l'activité d'un des praticiens pour raison personnelle.

Nombre d'interventions réalisées

La baisse du nombre d'actions de prévention peut s'expliquer soit par le fait d'une période de transition organisationnelle ne permettant qu'un temps réduit accordé à cette vocation, soit par le fait du plurithématisme du réseau qui l'oblige à varier les thèmes abordés avec un nombre de personnel réduit.

2. Concernant l'évaluation du réseau plurithématique après 18 mois de fusion absorption.

Certains critères d'évaluation du réseau plurithématique, n'ayant pas été évalués alors que le réseau était encore monothématique, méritent tout de même une analyse et une discussion. Même non significatifs, les résultats obtenus donnent une tendance intéressante.

Le pourcentage de patients inclus par les médecins est 4.5 fois plus important que celui de patients inclus par les sages-femmes. Cela peut s'expliquer par une patientèle mixte et plus importante pour les médecins.

L'âge moyen d'entrée au sein du réseau est plus élevé chez les hommes (47.1 ans) que chez les femmes (40.9 ans). Selon la pyramide des âges, peu de patients inclus sont âgés de moins de 30 ans, excepté chez les femmes incluant les femmes enceintes, dont l'âge moyen

est inférieur aux autres (30.7 ans). La question pouvant dès lors se poser est la nécessité ou pas d'une certaine maturité dans la décision d'entreprendre un sevrage tabagique.

Le taux de réussite est plus important chez les hommes que chez les femmes. Le taux de réussite le plus bas concerne les femmes enceintes. Cela peut s'expliquer par un biais de sélection dans le groupe des femmes enceintes. En effet, les femmes enceintes faiblement dépendantes au tabac réussissent à se sevrer spontanément et ne demandent pas d'aide à un professionnel. En revanche, ce sont les femmes enceintes les plus dépendantes souhaitant se sevrer qui sont incluses dans le programme, et donc celles qui ont potentiellement une probabilité moindre d'être sevrée à 3 mois.

L'exploitation des données de cette étude a également permis d'obtenir le taux de patients sevrés à chaque consultation, qu'ils soient sortis ou non du programme. Ces résultats, même non statistiquement significatifs, apportent des informations tout à fait intéressantes.

En effet, il est à noter un taux de patients sevrés multiplié par 5 entre la 1^{ère} et la 2^{ème} consultation. Ce taux augmente progressivement jusqu'à atteindre un taux de patients sevrés à la 5^{ème} consultation de 71%. L'écart existant entre ce dernier résultat et le taux de 63% de patients sevrés et sortis à la 5^{ème} consultation résulte d'un simple biais d'évaluation. En effet, certains médecins ont gardé inclus dans le programme des patients sevrés à 5 consultations.

Lors de la prise en charge par le réseau plurithématique, les patients poursuivant le programme semblent être abstinents tôt au cours de celui-ci. Ceci est indéniablement un point positif de l'action du réseau. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer ces résultats alors que le réseau était encore monothématique. Malheureusement, cela a été matériellement impossible.

Enfin, il est à noter la présence de patients abstinents dès la première consultation lors de l'évaluation du réseau plurithématique. Ce résultat est expliqué par un biais de sélection du fait de la réalisation de « pré-visites » par certains praticiens. Pour certains, le conseil minimal est responsable de 2 à 5% des abstinences spontanées. Une bonne évaluation de la motivation ainsi qu'un entretien efficace par le praticien sont visiblement des facteurs favorisant une prise de décision anticipée d'arrêt de la cigarette.

La persévérance semble être un élément majeur dans la conduite du sevrage tabagique. En effet, cette évaluation du réseau multithématique a permis de mettre en évidence une

corrélation entre le taux de réussite et le nombre de consultations effectuées. En effet, les patients sevrés ont effectué en moyenne une consultation de plus que les patients en échec.

Notons également que la polyconsommation favoriserait l'échec d'un sevrage tabagique, sans certitude significative : les rares patients ayant déclaré leur addiction mixte ont été en échec.

Les femmes sont de manière générale moins bonnes élèves que les hommes puisqu'elles sont plus nombreuses à quitter le programme à chaque consultation. En parallèle, elles ont de moins bons résultats de sevrage que les hommes.

De manière caricaturale, les hommes s'engageant à un âge plus avancé, sont plus motivés à poursuivre le programme de consultations jusqu'au bout et ont de meilleurs résultats de sevrage tabagique.

Les causes principales d'échec évoquées montrent que le succès d'un sevrage tabagique ne réside pas dans la seule utilisation de substituts nicotiques et dans un suivi psycho-comportemental par un professionnel de santé spécialisé mais nécessite également un environnement socio-professionnel et familial favorable à la levée de l'addiction. De même, il est nécessaire de s'assurer de l'absence de toute contre-indication au sevrage, notamment psychiatrique. Enfin, la motivation à l'arrêt du tabac reste un facteur déterminant dans la réussite du sevrage.

II. Confrontation externe

EVALOR (Organisation régionale de l'EVALuation en santé en LORraine), sous la direction du Docteur Fabienne Empereur, a permis une évaluation externe du réseau Lorraine Stop Tabac entre 2006 et 2008, alors qu'il était encore monothématique. Cette évaluation est contemporaine de celle effectuée par Sébastien Desjeunes. L'évaluation de Sébastien Desjeunes a été privilégiée du fait d'un nombre plus important de critères comparables et de critères d'inclusion/non inclusion définis.

Les résultats sont très semblables et témoignent des mêmes différences ou écarts par rapport à la période 2013-2014, notamment concernant le nombre de patients inclus par an. Cependant, l'évaluation propose une étude année par année (2006-2007-2008) des différents

résultats parmi lesquels le taux de sevrage réussi. Ceci permet de voir que celui obtenu lors de l'évaluation du réseau plurithématique (34%) se situe entre ceux de 2006 (33%) et 2007 (36%). La moyenne des 3 années (2006-2007-2008) est de 38.6%.

Deux valeurs sont encore comparables, à savoir :

Le nombre moyen de consultations par un psychologue durant les 18 premiers mois du pôle addiction au sein du RESAMEST est relativement stable par rapport à celui retrouvé par EVALOR, alors que le nombre moyen de consultations par un psychologue obtenu par l'évaluation de S.Desjeunes est plus important.

En 2006, Blanchardière A.(CHU Côte de Nacre, Caen) et al. ont réalisé l'évaluation de l'efficacité à 1 an et des facteurs prédictifs d'échec d'une consultation hospitalière de sevrage tabagique. Le taux de patients sevrés à 1 an était de 29.5%.(76) Ce taux est proche de celui du RESAMEST retrouvé par l'analyse en ITT qui est 31.7% à 3 mois. Même non strictement comparable, le taux de réussite obtenu lors de l'évaluation du réseau plurithématique témoigne d'une bonne efficacité du sevrage.

Ben Ayoub W et al. ont effectué l'évaluation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique de l'institut de cancérologie Salah-Azeiz de Tunis et ont permis de mettre en évidence un taux de réussite du sevrage tabagique de 27% sans considérer de durée définie et un taux de sevrage de 19.5% pour les patients avec au moins un an de recul.(77) Ces résultats sont inférieurs au pourcentage de patients sevrés (analyse en ITT) par le RESAMEST (31.7%).

Le nombre de femmes tabagiques est en perpétuelle augmentation. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit une augmentation du taux de femmes tabagiques de 12% à 25% d'ici 2025.(78) La méta-analyse d'après Cepeda-Benito et al. montre que les femmes échouent plus souvent que les hommes aux tentatives de sevrage tabagique, ce qui appuie les résultats obtenus lors de l'évaluation du réseau plurithématique.(79)

Une des pistes à ce sujet, suggérée entre autres par M. Bernard Kouchner, serait que les femmes sont plus sensibles au marketing ciblé et à l'idée de prendre du poids, ce qui les incite peut être davantage que les hommes à ne pas aller au bout du sevrage.

« Les femmes (...), ont été dupées par les stratégies de marketing, trompées par l'image de la femme fumeuse, dynamique, conquérante, sexy. Il faut briser ce miroir déformant, éliminer les idées fausses. On peut être belle, mannequin, poser pour des magazines de mode et lutter contre le tabagisme. »

Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la santé, 1998(80)

Enfin, la prise en charge à 100% des actes et des traitements nicotiques fait partie des points reconnus par la littérature internationale et les expériences françaises et internationales comme favorables à une augmentation du nombre de tentatives d'arrêt du tabac, du taux d'utilisation des thérapeutiques d'aide à l'arrêt du tabac, du taux d'abstinence et à une amélioration du ratio coût/efficacité par rapport à l'absence de couverture financière.(81)

III. Intérêts de cette évaluation comparative

Une étude comparative de ce réseau important en Moselle Est n'avait jamais été réalisée jusqu'à présent. Elle a d'autant plus d'intérêt qu'elle a eu lieu durant une période de grands changements imposés par l'ARS. Ainsi, elle peut faire suspecter l'impact non négligeable d'une réorganisation importante.

Elle permet également l'évaluation de critères supplémentaires, même non statistiquement significatifs, non étudiés jusqu'à présent et somme toute intéressants pour les acteurs locaux et plus généralement pour les acteurs médicaux et paramédicaux s'intéressant au sevrage tabagique.

Enfin, elle permet de confirmer les bons résultats du pôle addiction du RESAMEST, meilleurs que ceux du sevrage effectué hors réseau, et sa capacité d'adaptation aux exigences d'évolution demandées par l'ARS.

IV. Biais, limites et perspectives

1. Biais

Voici les principaux biais de cette évaluation :

Biais d'évaluation

Tout d'abord, il est important de rappeler que certaines conditions ont pu changer, notamment avec l'apparition de la cigarette électronique.

Ensuite, les critères d'évaluation ne sont pas identiques, à commencer par la date d'évaluation du sevrage. Dans l'évaluation du réseau monothématique réalisée par S. Desjeunes l'évaluation de la réussite ou de l'échec du sevrage se faisait à un an, alors que celle-ci a été faite à 3 mois pour l'évaluation du réseau plurithématique. Comme cela a été évoqué précédemment, des patients ont été considérés comme sortis du programme par les praticiens avant la période « réglementaire » de 1 an, et la consultation de réévaluation à 1 an est rarement réalisée au moment de l'étude.

De plus, certains praticiens ont considéré des patients comme sevrés à 3 mois et sortis, alors que d'autres ont considéré des patients sevrés à 3 mois comme étant encore en cours de sevrage.

Enfin, un dernier biais d'évaluation est la réalisation de « pré-visites », avant inclusion, par certains praticiens. Ceci entraîne l'entrée dans le programme de patients déjà abstinents.

Biais de sélection

Ce biais concerne essentiellement les femmes enceintes, qui présentent un taux d'échec plus important que les autres patients. En effet, d'après un constat subjectif des sages-femmes, les patientes enceintes souhaitant intégrer le programme proposé par le pôle addiction du RESAMEST présenteraient une dépendance plus importante au tabac et donc une probabilité de succès moindre que les femmes enceintes moins dépendantes et arrivant à l'abstinence sans aide externe.

Biais liés aux « perdus de vue »

Un certain nombre de patients dits « perdus de vue » sont considérés de ce fait, et possiblement à tort, comme en échec de sevrage. En effet, un certain nombre d'entre eux ont par exemple déménagé ou accouché.

Biais d'information

Le recueil des données a été réalisé de plusieurs manières différentes. La consultation des dossiers papiers a rapporté quelques consultations non renseignées. Les données recueillies auprès des praticiens ont été données certaines fois par oral, sans possibilité de consulter les dossiers des patients, avec une précision incertaine notamment concernant le nombre de consultations effectuées, le statut tabagique à chacune d'entre elles, et la sortie ou non des patients du programme.

La parole du médecin a fait foi dans les cas où le document écrit manquait.

2. Limites

Les données obtenues au cours de cette évaluation sont-elles extrapolables à l'ensemble des individus tabagiques du territoire français ? Plusieurs raisons pourraient le justifier, comme un petit nombre de dossiers traités du fait d'une durée d'évaluation insuffisante et d'un faible recul, ou encore une méthode de calcul non standardisée sans précision des indicateurs. De plus, les résultats concernent la population d'un territoire bien défini par l'ARS (Moselle-Est), peuvent-ils s'appliquer en dehors de celui-ci, car la Moselle Est est un territoire particulièrement touché par le tabagisme ?

Le programme de sevrage proposé par le réseau est un programme identique quel que soit le degré de dépendance tabagique du patient demandeur de sevrage. En effet, certains patients très addicts pourraient nécessiter plus de consultations que les 5 proposées. En toute réalité, pour les patients demandeurs d'un suivi plus long, celui-ci est poursuivi par le

médecin traitant en dehors du réseau lors de consultations classiques. Les résultats de l'évaluation sont donc à extrapoler avec prudence en fonction du degré de dépendance.

Le taux d'efficacité du sevrage tabagique proposé par le réseau peut-il être extrapolé à la population des patients « polyaddicts » ? Le nombre de ces derniers lors de l'évaluation des 18 derniers mois étant bien trop faible. Seuls 3 patients ont déclaré avoir une consommation mixte tabac/cannabis et tabac/drogues dures. Aucune recherche d'addiction à l'alcool n'a été recherchée ou notée, et donc déclarée.

Les catégories socio-professionnelles n'ont pas été prises en compte alors que l'on pourrait suspecter leur rôle dans la réussite ou l'échec de sevrage, comme il existe dans la survenue d'autres événements.

Cette évaluation a été réalisée au cours d'une période de fusion-absorption et non durant une période d'activité stable. C'est pourquoi les résultats obtenus sont davantage ceux d'une période de transition que ceux d'un réseau plurithématique établi.

L'évaluation ne s'attache pas à évaluer les actions de communication du nouveau réseau. En pleine restructuration, seules de rares apparitions dans le quotidien local ont été réalisées. Jusqu'à présent il n'existe pas de programme de communication bien défini.

Cette étude n'évalue pas non plus le ressenti des professionnels de santé et des patients comme le fait EVALOR, ou encore Amandine Fanjeaux dans son travail de thèse.

Enfin, l'impact et l'intérêt du plurithématisme du réseau sur ses activités initiales, et plus particulièrement sur celle de son pôle addiction, n'a pas pu être évalué de manière significative du fait d'un recul trop faible.

3. Perspectives

Plusieurs travaux pourraient être intéressants à réaliser. Une évaluation financière serait judicieuse après un temps de fonctionnement plus long et une période d'activité plus stable. Pour l'instant, l'enveloppe budgétaire est commune, avec un budget réduit.

Ces changements ont pour vocation de simplifier le travail entre praticiens pour une prise en charge plus adaptée du patient au meilleur coût. Il serait intéressant de mener, après un certain recul, une étude sur la perception de ces modifications par les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux, et par les patients : quels sont les avantages et inconvénients de la nouvelle organisation ?

La question concernant la place tolérée de la cigarette électronique au sein d'un programme de sevrage pourrait être également soulevée. En effet, cela permettrait peut-être un meilleur contrôle de son utilisation et une nouvelle fidélisation des patients désireux de se sevrer par cette méthode. Ne serait-il pas judicieux de s'intéresser davantage à la cigarette électronique pour sa fonction initiatrice de sevrage tabagique ?

CONCLUSION

Les réseaux de santé n'ont de cesse d'évoluer, de se réformer, afin d'apporter une réponse organisationnelle acceptable, répondant aux besoins de santé publique en terme de coût mais aussi et surtout d'optimisation de la prise en charge des patients. La complexité de la situation des usagers, notamment du patient addict, et le manque de cohérence de l'offre de soins sur un territoire sont des facteurs favorables au développement des réseaux de santé.

La quête d'un système de santé plus efficient, meilleur et moins coûteux est depuis de nombreuses années l'obsession de nos différents gouvernements. De nouvelles directives ont été édictées en 2012. Dès lors, l'ARS a imposé une fusion-absorption de trois réseaux existant en Moselle-Est au sein d'un réseau unique, le RESAMEST.

L'objectif principal de ce travail de thèse était une évaluation comparative du réseau Lorraine Stop Tabac en tant que réseau monothématique à celui qu'il est devenu après fusion des réseaux par l'ARS en réseau multithématique, après 18 mois d'existence. Les résultats obtenus, non statistiquement significatifs, témoignent d'une baisse de fréquentation du réseau durant la période concernée par rapport à l'évaluation réalisée alors que le réseau était monothématique. Le taux de patients sortis et sevrés est en légère baisse durant les 18 premiers mois d'existence du pôle addiction au sein du RESAMEST. Le taux de réussite de l'analyse en intention de traiter, égal à 31.7%, est très proche, voire discrètement mais non significativement supérieur aux taux de réussite de sevrage hors réseau ou hospitalier retrouvés dans la littérature. De plus, le taux de patients sevrés ayant effectué les 5 consultations prévues par le programme reste stable, avec une tendance nette à une abstinence des fumeurs plus précoce au cours du programme, ce qui est indéniablement un point positif dans la prise en charge proposée par le réseau. Ces données nous confirment donc tout l'intérêt d'un sevrage tabagique en réseau, notamment au sein du RESAMEST, avec le suivi d'un programme défini où le nombre de consultations effectuées est en corrélation avec le taux de réussite. Néanmoins, l'impact supposé de la fusion et de la mutualisation des moyens sur le fonctionnement et l'efficience du réseau de sevrage n'a pu être évalué du fait d'un trop faible recul.

Il serait donc judicieux d'effectuer une nouvelle évaluation globale du réseau, comprenant entre autres une évaluation financière et le ressenti des principaux concernés, à savoir patients et praticiens, en dehors de toute période de transition.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le Maître B. Le tabac en 200 questions. Éditions De Vecchi. Paris; 2003.
2. Encyclopédie Larousse. Tabac. Paris;
www.larousse.fr/encyclopedie/divers/tabac/95461
(site consulté le 21.10.2014)
3. Desjeunes S. Un réseau de santé innovant dans la lutte contre le tabagisme en Lorraine: Le réseau Lorraine Stop Tabac, description et bilan à deux ans et demi de fonctionnement. [Faculté de Médecine]: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2009.
4. Expertise Collective Inserm I. Tabac: Comprendre la dépendance pour agir. Paris; 2004.
5. Collège des Enseignants de Pneumologie. Item 73 - Addiction au tabac. 2013.
6. Spilka S, Le Nézet O, Beck F, Ehlinger V, Godeau E. Alcool, tabac et cannabis durant les “années collège.” OFDT; 2012.
7. Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML . Les drogues à 17 ans: premiers résultats de l’enquête ESCAPAD 2011. OFDT; 2012.
8. Spilka S, Le Nézet O. Premiers Résultats du volet français de l’enquête European Scholl Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2011. OFDT; 2012.
9. Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d’usage des drogues en France en 2010. OFDT; 2011.
10. Ministère du travail, de l’emploi et de la santé. Prévalence du tabagisme quotidien. L’Etat de santé de la population en France. Paris; 2011.
11. Lagrue G, Maurel A. Tabagisme et maladies vasculaires.
www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/17194/resultatrecherche/9
(site consulté le 11.08.2014)
12. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Hye RJ, Makaroun MS, et al. The aneurysm detection and management study screening program: validation cohort and final results. Aneurysm Detection and Management Veterans Affairs Cooperative Study Investigators. Arch Intern Med. 2000 May 22;160(10):1425–30.
13. Norman PE, Curci JA. Understanding the Effects of Tobacco Smoke on the Pathogenesis of Aortic Aneurysm. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2013 Jul 1;33(7):1473–7.

14. Ministère des Affaires Sociales. Objectif 10: Lancer le programme national de réduction du tabagisme. Plan cancer 2014-2019. Paris; 2014.

www.e-cancer.fr/le-plan-cancer/plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/les-17-objectifs-du-plan/9051-lancer-le-programme-national-de-reduction-du-tabagisme

(site consulté le 21.10.2014)

15. Ministère des Affaires Sociales. Plan Cancer 2014-2019. 2014.

www.e-cancer.fr/le-Plan-cancer (site consulté le 21.10.2014)

16. Wirth N, Bohadana A, Spinosa A, Martinet Y. Tabagisme et maladies respiratoires. EMC - Pneumol. 2009 Jan;6(3):1–20.

17. Punjabi NM. The Epidemiology of Adult Obstructive Sleep Apnea. Proc Am Thorac Soc. 2008 Feb 15;5(2):136–43.

18. HAS. Conférence de consensus: Grossesse et Tabac. 2004.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../Grossesse_tabac_long.pdf

(site consulté le 21.10.2014)

19. Windham GC, Swan SH, Fenster L. Parental cigarette smoking and the risk of spontaneous abortion. Am J Epidemiol. 1992 Jun 15;135(12):1394–403.

20. Mishra GD, Dobson AJ, Schofield MJ. Cigarette smoking, menstrual symptoms and miscarriage among young women. Aust N Z J Public Health. 2000 Aug;24(4):413–20.

21. George L, Granath F, Johansson ALV, Annerén G, Cnattingius S. Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. Epidemiol Camb Mass. 2006 Sep;17(5):500–5.

22. Waylen AL, Metwally M, Jones GL, Wilkinson AJ, Ledger WL. Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analysis. Hum Reprod Update. 2009 Feb;15(1):31–44.

23. Karczewski J, Poniedziałek B, Rzymiski P, Rychlewska-Hańczewska A, Adamski Z, Wiktorowicz K. The effect of cigarette smoking on the clinical course of inflammatory bowel disease. Przegląd Gastroenterol. 2014;9(3):153–9.

24. Mokbel, Carbonnel, Beaugerie, Gendre, Cosnes M, Franck, Laurent, Jean-Pierre, Jacques. Effet du tabac sur l'évolution à long terme de la rectocolite hémorragique. 2008 Feb 29

[/www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/97886/resultatrecherche/4](http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/97886/resultatrecherche/4)

(site consulté le 11 Aout 2014)

25. Dautzenberg B. Tabagisme passif. Paris; 2001 Mai

www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000432/0000.pdf

(site consulté le 21.10.2014).

26. Semple S, Latif N. How Long Does Secondhand Smoke Remain in Household Air: Analysis of PM2.5 Data From Smokers' Homes. *Nicotine Tob Res.* 2014 Jun 5;ntu089.

27. Dautzenberg B. Tabagisme passif: 3000 morts par an. *La Revue du Praticien.* 2002 Feb 12;(594).

28. HAS. Annexe à la recommandation de bonne pratique "Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence." 2013.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf

(site consulté le 21.10.2014)

29. Le Houezec J. Pourquoi devient-on dépendant du tabac? *La Revue du Praticien.* 2004 Jan;(635).

30. Etter J-F. La vérité sur la cigarette électronique. Éditions Fayard. Paris; 2013.

31. Emmel É. Existe-t-il une corrélation entre le taux de monoxyde de carbone expiré mesuré par analyseur de monoxyde de carbone et le taux de réussite du sevrage tabagique à court terme? [Mémoire de DES]. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2009.

32. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2013.

33. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub4/abstract>

(site consulté le 22.10.2014)

34. Raphael F, Paille F. Chapitre 6: Troubles neurologiques et psychiques. Texte 39.3: Consommations excessives et addictions: patient tabagique. *Thérapeutique en médecine générale.* 2ème édition. GM Santé; 2013.

35. Haute Autorité de Santé. Bupropion. 2013.

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1719441/fr/fiche-bupropion

(site consulté le 21.10.2014)

36. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence - Avis CHAMPIX. 2007. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-4154_champix_.pdf

(site consulté le 21.10.2014)

37. Haute Autorité de Santé. Varénicline. 2013. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/corrige_outil_fiche_varenicline.pdf

(site consulté le 21.10.2014)

38. Afssaps. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. 2003. www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/24.AfSSAPS_reco_de_bone_pratique.pdf

(site consulté le 21.10.2014)

39. Directive n°67/548/CEE du 27/06/67.

40. Goniewicz ML, Knysak J, Gawron M, Kosmider L, Sobczak A, Kurek J, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control*. 2013 Mar 6;tobaccocontrol – 2012–050859.

41. Romagna G, Alliffranchini E, Bocchietto E, Todeschi S, Esposito M, Farsalinos KE. Cytotoxicity evaluation of electronic cigarette vapor extract on cultured mammalian fibroblasts (ClearStream-LIFE): comparison with tobacco cigarette smoke extract. *Inhal Toxicol*. 2013 May;25(6):354–61.

42. Bahl V, Lin S, Xu N, Davis B, Wang Y, Talbot P. Comparison of electronic cigarette refill fluid cytotoxicity using embryonic and adult models. *Reprod Toxicol Elmsford N*. 2012 Dec;34(4):529–37.

43. Adler et Co. Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique? Avis d'experts. OFT; 2014.

www.ofta-asso.fr/docatel/Avis%20experts%20e-cigarette%20300414VF.pdf

(site consulté le 21.10.2014)

44. Dutra LM, Glantz SA. Electronic cigarettes and conventional cigarette use among us adolescents: A cross-sectional study. *JAMA Pediatr*. 2014 Jul 1;168(7):610–7.

45. Le Figaro. Tabac : la mesure radicale des médecins britanniques. Le Figaro. 2014. www.lefigaro.fr/.../2014/.../01003-20140625ARTFIG00318-les-medecins-britanniques-pronent-une-mesure-radical-contre-le-tabagisme.php (site consulté le 21.10.2014)

46. ANAES. Principes d'évaluation des réseaux de santé. 1999. www.has-

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reseaux.pdf

(site consulté le 21.10.2014)

47. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 Mar 4, 2002.

48. Ministère chargé de la santé. Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé? 2012.

49. Bruyère C, Bonafini P. Les réseaux de santé français: une structuration à double sens. Sociol Santé. Dec 2008;(29), p.373

50. Vinas JM. Réseaux de santé et filières de soins. ADSP. 1998 Sep;

51. Bungener M. Fonctionnement actuel des réseaux et capacités d'innovations: l'enseignement des réseaux VIH. 1998.

52. Bercot R, De Coninck F. Les réseaux de santé, une nouvelle médecine? L'Harmattan. Paris;

53. Sauviat I. De la légitimation à la légitimité des réseaux de soins; les apports d'une recherche exploratoire. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2001.

54. Grenier C. Rôle de l'Objet Intermédiaire pour mieux comprendre la structuration d'un réseau organisationnel et technologique d'acteurs. Cas d'un réseau de soin. Association Information et Management; 2003.

55. Patte D. Les réseaux et la santé publique. ADSP. 1998;(24).

56. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Circulaire DH/DGS N°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

57. Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

58. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

59. Barre S, Houdard L. Les statuts juridiques des réseaux. ADSP. 1998 Sep;(24).

60. LOI no 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002. 2001-1246 décembre, 2001.

61. Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. 2007-973 mai, 2007.

62. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - Article 118. 2009-879 juillet, 2009.
63. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Circulaire N° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).
64. Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé. 2012-271 février, 2012.
65. Daigne M, Bonnin M, Farsi F, Grémy F. Le développement des réseaux de soins et de santé: contexte éthique et politique. Santé Publique. 2004 Jan;16.
66. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé: entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Revue française des affaires sociales. 2005 Jan;(1).
67. Teil A. Réseaux: performances potentielles et performance affichées. Journal d'Economie Médicale. 2001;19(5-6):349-59.
68. Raphaël F, Aubrege A, Di Patrizio P, Mbengue M, Haas N, Stein R. La flexibilité en médecine, Semaine Médicale de Lorraine. 2013 Nov 18.
69. Association Médicale Canadienne. La flexibilité de la formation en médecine. 2009. www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/PD09-05-f.pdf
(site consulté le 21.10.2014)
70. Béjaoui A. La performance du secteur de la santé: le rôle de la flexibilité. 2011; Université du Québec en Outaouais et CIRANO.
<http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/aruc/IMG/pdf/ARUC-PPT-2011-16.pdf>
(site consulté le 21.10.2014)
71. Dubin T. Orientation de l'ARS des Pays de la Loire en matière de politique des réseaux de santé. ARS Pays de la Loire; 2011.
www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/rencontre-reseaux-sante-sept-2011/rencontre-reseaux-de-sante-presentation-politique-reseaux-29-09-11.pdf
(site consulté le 21.10.2014)
72. Hofmarcher, Oxley, Rusticelli M, Howard, Elena. Improved Health system performance through better care coordination. OECD; 2007 Dec.
73. Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

74. Décret n° 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé. 2010-1170 Oct 4, 2010.

75. HAS. Arrêter de fumer et ne pas rechuter: la recommandation 2014 de la HAS. Paris; 2014 Jan.

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours

(site consulté le 21.10.2014)

76. Blanchardière A de L, Depieds D, Gueyffier F. Efficacité à 1 an et facteurs prédictifs d'échec d'une consultation hospitalière d'aide au sevrage tabagique. 2008 Jan 3

www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/102757/resultatrecherche/12

(site consulté le 28.08.2014)

77. Ben Ayoub W, Djoufelkit K, Stoebner-Delbarre A, Fakhfakh R, Mansour Ben A, Ben Ayed F, et al. La consultation d'aide au sevrage tabagique de l'institut de cancérologie Salah-Azeiz de Tunis : résultats à un an. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 2008 Aug;56(4):280–5.

78. Institut National du Cancer. Cancers et tabac chez les femmes. 2010.

www.e-cancer.fr/publications/74-fiches-repere

(site consulté le 21.10.2014)

79. Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. J Consult Clin Psychol. 2004 Aug;72(4):712–22.

80. Discours de Bernard Kouchner: le tabac et les femmes. Conférence "tabagisme au féminin." Paris; 1998 Nov.

81. HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique: efficacité, efficience et prise en charge financière. 2006. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere

(site consulté le 21.10.2014)

ANNEXES

Annexe 1 : Test de FAGERSTRÖM

50. Degré de dépendance au tabac : Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.

TEST DE FAGERSTRÖM

- 1- Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?
- ✓ Dans les 5 premières minutes 3
 - ✓ Entre 6 et 30 minutes 2
 - ✓ Entre 31 et 60 minutes 1
 - ✓ Après 60 minutes 0
- 2- Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit (église, bibliothèque, cinéma) ?
- ✓ Oui 1
 - ✓ Non 0
- 3- Quelle est la cigarette à laquelle vous auriez les plus de mal à renoncer ?
- ✓ La première du matin 1
 - ✓ Une autre 0
- 4- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
- ✓ 10 ou moins 0
 - ✓ De 11 à 20 1
 - ✓ De 21 à 30 2
 - ✓ Plus de 30 3
- 5- Fumez-vous d'avantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?
- ✓ Oui 1
 - ✓ Non 0
- 6- Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie de la journée ?
- ✓ Oui 1
 - ✓ Non 0

Faites le total de vos réponses :

Total :

Résultats

De 0 à 3 points = Dépendance nulle ou légère
De 4 à 6 points = Il existe une dépendance à la nicotine
De 7 à 10 points = Forte dépendance

Les raisons qui vous poussent à fumer

51. Merci de bien vouloir réaliser le Test de Horn (voir page suivante).

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Annexe 2 : Test de HORN

TEST DE HORN

Entourez le score correspondant à chaque question	Toujours	Souvent	Moyennement	Parfois	Jamais
---	----------	---------	-------------	---------	--------

A)	Je fume pour me donner un coup de fouet	5	4	3	2	1
B)	Je prends plaisir à fumer et tenir ma cigarette	5	4	3	2	1
C)	Tirer sur une cigarette est relaxant	5	4	3	2	1
D)	J'allume une cigarette quand je suis soucieux	5	4	3	2	1
E)	Quand je n'ai plus de cigarettes je cours en acheter	5	4	3	2	1
F)	Je fume avec automatisme	5	4	3	2	1
G)	Je fume pour me donner du courage	5	4	3	2	1
H)	Le plaisir c'est d'abord manipuler ma cigarette	5	4	3	2	1
I)	Il y a quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
J)	Je fume quand je suis mal à l'aise	5	4	3	2	1
K)	Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
L)	J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
M)	Je fume pour en imposer aux autres	5	4	3	2	1
N)	J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	5	4	3	2	1
O)	Je fume même si je suis détendu	5	4	3	2	1
P)	Je fume pour oublier que j'ai le cafard	5	4	3	2	1
Q)	J'ai toujours besoin de manipuler quelque chose	5	4	3	2	1
R)	J'oublie la cigarette qui est dans ma bouche	5	4	3	2	1

- Stimulation (A) + (G) + (M) =
- Plaisir du geste (B) + (H) + (N) =
- Relaxation (C) + (I) + (O) =
- Anxiété soutien (D) + (J) + (P) =
- Besoin absolu (E) + (K) + (Q) =
- Habitude acquise (F) + (L) + (R) =

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Annexe 3 : Test HAD

55. Questionnaire HAD

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui convient le mieux à votre état.

TEST HAD

A- Je me sens tendu(e), énervé(e) :

- la plupart du temps 3
- souvent 2
- de temps en temps 1
- jamais 0

A- J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- oui, très nettement 3
- oui, mais c'est pas trop grave 2
- un peu, mais cela ne m'inquiète pas .. 1
- pas du tout 0

A- Je me fais du souci :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- occasionnellement 1
- très occasionnellement 0

A- Je peux rester tranquillement assis(e) au repos et me sentir détendu(e) :

- jamais 3
- rarement 2
- oui, en général 1
- oui, toujours 0

A- J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- parfois 1
- jamais 0

A- J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place :

- oui, c'est tout à fait le cas 3
- un peu 2
- pas tellement 1
- pas du tout 0

A- J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- rarement 1
- jamais 0

D- J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

- oui toujours 0
- pas autant 1
- de plus en plus rarement 2
- presque plus du tout 3

D- Je sais rire et voir le côté amusant des choses

- toujours autant 0
- plutôt moins 1
- nettement moins 2
- plus du tout 3

D- Je me sens gai et de bonne humeur

- jamais 3
- rarement 2
- assez souvent 1
- la plupart du temps 0

D- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- pratiquement tout le temps 3
- très souvent 2
- quelquefois 1
- jamais 0

D- J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :

- totalement 3
- je n'y fais plus attention 2
- je n'y fais plus assez attention ... 1
- j'y fais attention comme d'habitude 0

D- Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

- comme d'habitude 0
- plutôt moins qu'avant 1
- beaucoup moins qu'avant 2
- pas du tout 3

D- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision :

- souvent 0
- parfois 1
- rarement 2
- pratiquement jamais 3

Additionner les réponses A

Total A :

Additionner les réponses D

Total D :

* Cocher la ou les cas(s) correspondante(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Annexe 4 : Test de RICHMOND

Votre degré de motivation

56. Évaluez votre désir de vous arrêter de fumer** :

Test d'évaluation de la motivation (Richmond)

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	non 0 oui 1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	pas du tout..... 0 un peu 1 moyen 2 beaucoup 3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?	non 0 peut-être 1 vraisemblablement 2 certainement 3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?	non 0 peut-être 1 vraisemblablement 2 certainement 3
	Total 0

Résultats

De 0 à 5 points = Motivation faible
De 6 à 8 points = Moyenne motivation
> 8 points = Bonne motivation

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Annexe 5 : Charte du réseau LORRAINE STOP TABAC

CHARTRE DU RESEAU LORRAINE STOP TABAC

Article 1 Modalités d'accès au réseau LORRAINE STOP TABAC

1.1 - Accès des fumeurs

Le réseau de santé LORRAINE STOP TABAC s'adresse aux fumeurs réguliers, assurés sociaux du bassin de vie de Moselle Est manifestant le souhait d'être soutenus dans une démarche de sevrage.

L'adhésion au réseau LORRAINE STOP TABAC prend la forme d'un engagement individuel formalisé par la signature d'une charte d'engagement lors de la première consultation de sevrage tabagique avec le médecin ou la sage-femme délégué.

1.2 - Accès des professionnels de santé

Le réseau est ouvert au départ à tous les professionnels de santé du bassin de vie de Moselle Est suivant : généralistes, spécialistes, sages-femmes, pharmaciens diététiciens et psychologues.

Leur entrée dans le réseau est effective à la suite de la journée de formation obligatoire dispensée par le réseau.

Article 2 - Modalités de sortie du réseau

2.1 - Sortie des fumeurs

Les raisons suivantes impliquent la sortie du réseau du fumeur pris en charge :

- la réussite du sevrage
- la démission
- l'échec de deux tentatives de sevrage consécutives
- l'orientation vers une autre prise en charge
- la non présentation aux soins pendant plus de deux mois
- le décès

2.2 - Sortie des professionnels de santé

les raisons suivantes impliquent la sortie du professionnel de santé concerné du réseau :

- la démission
- le non respect de la convention constitutive

Article 3 - Rôle respectif des intervenants

3.1 - Les professionnels de santé

Le médecin ou la sage-femme sont les délégués de la prise en charge. Ils assurent le bilan initial, dispensent le panier de soins et le cas échéant orientent vers un psychologue, un diététicien. Ils sont les seuls habilités à prescrire d'éventuels traitements médicamenteux nécessaires.

3.2 - Le coordinateur administratif

C'est un cadre administratif engagé par l'association AMELUCTA pour le réseau. Il assure le suivi budgétaire, la promotion et la logistique du réseau.

3.3 - Le comité de pilotage

C'est l'instance décisionnelle du réseau. Le comité de pilotage est composé :

d'un comité scientifique appelé cercle d'expertise, il se réunit au moins 2 fois par an ;
d'un comité de coordination dont le rôle est d'assurer un suivi technique et administratif du dispositif du réseau. Il se réunira tous les 3 mois et de façon extraordinaire si nécessaire. Il est composé du président, du vice-

président et du secrétaire, du trésorier de l'AMELUCTA, du coordinateur administratif et de la secrétaire du réseau. Pourra être appelé à y siéger à titre technique tout expert à la demande du président.

Article 4 - Qualité de la prise en charge et formation

4.1 - Le dispositif de formation préalable aux premiers sevrages pour les intervenants est garant de la qualité de la prise en charge.

4.2 - Le dispositif de formation s'adresse aux généralistes, spécialistes, sage femmes, psychologues et diététiciens. Il porte sur :

- la présentation du réseau
- la présentation des caractéristiques du panier de soins
- la connaissance du comportement tabagique
- les méthodologies nécessaires à la conduite des séances de sevrage
- le maniement des outils de sevrage (dossier médical, test de dépendance...)

Article 5 - Les modalités de partage de l'information

5.1 - Le réseau se conformera dans toutes les transmissions d'information au strict cadre législatif en vigueur. En particulier le secret médical sera respecté au regard de la déontologie médicale en vigueur et toutes déclarations utiles concernant les données en possession du réseau seront faite auprès de la CNIL.

5.2 - Le dossier médical unique est en possession du médecin délégué. Tous les intervenants y apportent les informations nécessaires au suivi de la prise en charge. Les professionnels de santé pourront le consulter sur demande, sous la responsabilité du médecin délégué.

Le patient pourra toutefois avoir communication de son dossier selon les modalités précises contenues dans la loi du 04/03/2002 relative aux droits des malades.

L'extraction nécessaire des données aux fins d'évaluation se fera de façon anonyme.

Le coordonnateur sera soumis au secret professionnel pour toutes informations à caractère médico-social nominatives qu'il pourrait avoir à connaître dans le cadre de ses fonctions.

Article 6 - Les référentiels

Le réseau LORRAINE STOP TABAC a pour référentiels initiaux : la conférence de consensus «l'arrêt de la consommation du tabac» des 8 et 9 octobre 1998 et la conférence de consensus *Grossesse et Tabac* des 7 et 8 octobre 2004 et les recommandations de bonnes pratiques d'aides médicamenteuses et non médicamenteuses à l'aide à l'arrêt du tabac publiées par l'afssaps en 2003.

Article 7 - Les protocoles de prise en charge

Cf. Dispositif de sevrage tabagique

Article 8 - L'information des patients

L'information des patients devra respecter les dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative à l'information des malades.

Article 9 - Engagements

Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en œuvre dans le cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation.

Article 10 - Publicité

Les signataires de la charte s'engagent à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Le bénéfice des financements est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

**Annexe 6 : Charte d'engagement
MEDECIN et SAGE-FEMME**

CHARTRE D'ENGAGEMENT DES MEDECINS ET SAGES-FEMMES REALISANT LE SEVRAGE TABAGIQUE

Les co-contractants

Le réseau LORRAINE STOP TABAC

- représenté par son Président :
- Le professionnel de santé du bassin de vie de Moselle Est :

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Tél. : Fax :

Portable : Mail :

L'objet de la charte

- Décliner les engagements réciproques des deux parties

Les engagements du réseau LORRAINE STOP TABAC à l'égard du professionnel.

- Par la signature de cette charte, le réseau LORRAINE STOP TABAC, représenté par son Président fait bénéficier le médecin / la sage-femme ci-dessus nommé(e) :
 - D'une formation spécifique d'un jour leur garantissant une opérationnalité immédiate et efficace
 - De la connaissance de toute information pertinente quant à l'évolution et l'évaluation du réseau,
 - De la mise à disposition de tous les outils inhérents au dispositif de sevrage tabagique (dossier médical, ...)
 - Des outils logistiques mis à disposition par le réseau (base de données de l'évaluation, site Internet ...),
 - De dérogations tarifaires et d'une rémunération des actions spécifiques (la formation, ...)

Les engagements du professionnel

- Par la signature de cette charte, le médecin / la sage-femme s'engage à :
 - Respecter le référentiel médical du dispositif de sevrage, défini par le réseau LORRAINE STOP TABAC
 - Respecter les procédures (opération, rôle de chacun) inhérentes au réseau LORRAINE STOP TABAC

- Suivre intégralement la formation proposée (formation préalable à l'exercice du sevrage tabagique au sein du réseau LORRAINE STOP TABAC
- Participer activement à l'évaluation du réseau LORRAINE STOP TABAC
- Etre garant du dossier médical des fumeurs pris en charge (de sa gestion, de son renseignement)

- Accepter l'engagement du tiers payant

- Transmettre les informations pertinentes (tableau de bord) au coordonnateur du réseau
- Garantir la continuité de l'accompagnement au sevrage tabagique tel qu'il a été prescrit et négocié avec le fumeur.

- Informer les fumeurs de toute modification éventuelle de la prise en charge (sortie du réseau du médecin / de la sage-femme, ...)

- **Ne prescrire que les produits et/ou séances relatifs au dispositif de sevrage tabagique du réseau LORRAINE STOP TABAC, à savoir :**

ACTES ET FOURNITURES	COD E	NOMBRE OU DUREE DE TRAITEMENT	TAUX DE PRISE EN CHARGE	TARIF	MONTANT DE LA PRISE EN CHARGE	OBSERVATIONS
SEANCES DE SEVRAGE	CM	5	100	44	44 x 5	
SEANCES DE DIETETIQUE	CSF	5	100	30	30 x 5	
SEANCES DE PSYCHOLOGIE	CD	2	100	30	30 x 2	séances optionnelles réservée 20 % des fumeurs (estimation)
PHARMACIE (PATCHS DE SUBSTITUTION)	CP	2	100	30	30 x 2	séances optionnelles réservées à 20 % des fumeurs (estimation)
PHARMACIE (ZYBAN)		3 MOIS	50	90*	30 x 3	Concerne 80 % des fumeurs
PHARMACIE (CHAMPIX)		2 MOIS	50	90*	45 x 2	Concerne 20 % des fumeurs
		3 MOIS		90	30 x 3	

* prix de vente moyen constaté en officine en Août 2004

La durée de la charte d'engagement

- Un an renouvelé par tacite reconduction

Modalités de résiliation de la présente charte d'engagement

- A tout moment cette charte peut être dénoncée par le médecin / la sage-femme par courrier adressé en recommandé au représentant du réseau. Le courrier précisera le motif de résiliation.
- Le non-respect des engagements pris par le médecin / la sage femme constituera un motif de résiliation par le réseau.

Date et signature du médecin
(Préciser l'identité)

Date et signature du représentant du réseau
(Préciser l'identité)

Annexe 7 : Charte d'engagement
PHARMACIEN

CHARTRE D'ENGAGEMENT DU PHARMACIEN

Les co-contractants

Le réseau LORRAINE STOP TABAC

- représenté par son Président :
- Le professionnel de santé du bassin de vie de Moselle Est :

Officine :

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Tél. : Fax :

Portable : Mail :

L'objet de la charte

- Décliner les engagements réciproques des deux parties

Les engagements du réseau LORRAINE STOP TABAC à l'égard du professionnel.

- Une formation d'une soirée sur les grands messages du tabagisme, les traitements pharmacologique du sevrage tabagique, le fonctionnement du réseau
- Par la signature de cette charte, le réseau LORRAINE STOP TABAC, représenté par son Président rembourse au pharmacien :

50 % du prix des substituts nicotiniques prescrits par un médecin ou une sage femme du réseau

ou

50 % du prix du "Zyban" (les 2 non cumulables)

30 € par mois et par patient du prix du « Champix » dans la limite de 3 mois

Sur présentation du relevé mensuel des produits pharmaceutiques et des ordonnances du réseau

Les engagements du professionnel

- Par la signature de cette charte, le professionnel s'engage à :

- Respecter le référentiel médical du dispositif de sevrage, défini par le réseau LORRAINE STOP TABAC
- Respecter les procédures (opération, rôle de chacun) inhérentes au réseau LORRAINE STOP TABAC
- Participer activement à l'évaluation du réseau LORRAINE STOP TABAC
- Participer à une soirée annuelle de formation/mise à jour des connaissances sur le tabac
- Accepter l'engagement du tiers payant
- Transmettre les informations pertinentes (tableau de bord) au coordonnateur du réseau

La durée de la charte d'engagement

- Un an renouvelé par tacite reconduction.

Modalités de résiliation de la présente charte d'engagement

- A tout moment cette charte peut être dénoncée par le pharmacien par courrier adressé en recommandé au représentant du réseau. Le courrier précisera le motif de résiliation.
- Le non-respect des engagements pris par le pharmacien constituera un motif de résiliation par le réseau.

Date et signature du pharmacien
(Préciser l'identité)

Date et signature du représentant du réseau
(Préciser l'identité)

**Annexe 8 : Charte d'engagement
PSYCHOLOGUE et DIETETICIEN**

CHARTRE D'ENGAGEMENT DES PSYCHOLOGUES – DIETETICIENS - NUTRITIONNISTES REALISANT LES SEANCES COMPLEMENTAIRES DU PANIER DE SOINS

Les co-contractants

Le réseau LORRAINE STOP TABAC

- représenté par son Président :
- Le professionnel réalisant les séances complémentaires du panier des soins :

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Tél. : Fax :

Portable : Mail :

L'objet de la charte

- Décliner les engagements réciproques des deux parties

Les engagements du réseau LORRAINE STOP TABAC à l'égard des psychologues diététiciens.

- Par la signature de cette charte, le réseau LORRAINE STOP TABAC, représenté par son Président fait bénéficier le professionnel ci-dessus nommée :
 - D'une formation spécifique d'un jour leur garantissant une opérationnalité efficiente
 - Des connaissances actualisées sur le réseau (site Internet)
 - Des outils du panier de soins inhérents aux séances complémentaires
 - De dérogations tarifaires et d'une rémunération des actions spécifiques (la formation entre autres)

Les engagements du professionnel

- Il s'engage à :
 - Respecter le référentiel médical concernant les séances complémentaires, défini par le réseau LORRAINE STOP TABAC

- Respecter les procédures (opération, rôle de chacun) inhérentes au réseau LORRAINE STOP TABAC
- Suivre intégralement la formation proposée (cette formation étant le préalable à la réalisation des séances complémentaires)
- Respecter les tarifs de facturation fixés dans le panier de soins
-
- Participer activement à l'évolution du réseau LORRAINE STOP TABAC et plus particulièrement à la phase de collecte d'informations

ACTES ET FOURNITURES	CODE	NOMBRE OU DUREE DE TRAITEMENT	TAUX DE PRISE EN CHARGE	TARIF	MONTANT DE LA PRISE EN CHARGE	OBSERVATIONS
SEANCES DE SEVRAGE	CM	5	100	44	44 x 5	
SEANCES DE DIETETIQUE	CSF	5	100	30	30 x 5	
SEANCES DE PSYCHOLOGIE	CD	2	100	30	30 x 2	séances optionnelles réservée 20 % des fumeurs (estimation)
PHARMACIE (PATCHS DE SUBSTITUTION)	CP	2	100	30	30 x 2	séances optionnelles réservées à 20 % des fumeurs (estimation)
PHARMACIE (ZYBAN)		3 MOIS	50	90*	30 x 3	Concerne 80 % des fumeurs
PHARMACIE (CHAMPIX)		2 MOIS	50	90*	45 x 2	Concerne 20 % des fumeurs
		3 MOIS		90	30 x 3	

* prix de vente moyen constaté en officine en Août 2004

La durée de la charte d'engagement

- Un an renouvelé par tacite reconduction

Modalités de résiliation de la présente charte d'engagement

- A tout moment cette charte peut être dénoncée par le professionnel par courrier adressé en recommandé au représentant du réseau. Le courrier précisera le motif de résiliation.
- Le non-respect des engagements pris par le professionnel constituera un motif de résiliation par le réseau.

Date et signature du professionnel
(Préciser l'identité)

Date et signature du représentant du réseau
(Préciser l'identité)

**Annexe 9 : Charte d'engagement
PATIENT**

CHARTRE D'ENGAGEMENT DU FUMEUR

Les co-contractants

- Mlle, Mme, Mr : _____ Affilié à _____
- Dr, Mme _____ membre du réseau LORRAINE STOP TABAC.

Les engagements du réseau à l'égard du fumeur

- Par la signature de cette charte, le réseau LORRAINE STOP TABAC fait bénéficier le fumeur :
 - D'une prise en charge de qualité et individualisée dans le cadre du panier de soins détaillé ci-après :
 - + 5 CONSULTATIONS D'AIDE A L'ARRET DU TABAC (Taux de prise en charge de 100 %)
 - + 2 SEANCES DE DIETETIQUE (Taux de prise en charge de 100 %)
Séances optionnelles réservées à 20% des fumeurs (estimation)
 - + 2 SEANCES DE PSYCHOLOGIE (Taux de prise en charge de 100 %)
Séances optionnelles réservées à 20% des fumeurs (estimation)
 - + PHARMACIE
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION : 3 MOIS (Taux de prise en charge de 50% soit environ 30 €)
Concerne environ 80% des fumeurs
- Ou
- De la possibilité de changer de médecin prenant en charge le sevrage
 - De la possibilité de quitter à tout moment et de sa propre initiative le dispositif de sevrage proposé

Les engagements du fumeur

- Par la signature de cette charte, le fumeur s'engage à :
 - Suivre le dispositif de sevrage tabagique individualisé qui lui aura été prescrit
 - Participer aux évaluations de son sevrage à 3 et 12 mois,
 - Autoriser l'exploitation des données médico-sociales le concernant en vue de l'évaluation anonyme des prestations offertes par le réseau.
 - **Tout dépassement du panier de soins reste à la charge du fumeur.**

La durée de la charte d'engagement

- Le temps nécessaire à la réalisation du sevrage tabagique personnalisé.

Modalités de résiliation de la présente charte d'engagement

- Un courrier du fumeur en recommandé adressé au représentant du réseau LORRAINE STOP-TABAC précisant la cause de cette rupture (déménagement, ...)
- Le non-respect des engagements pris par le fumeur pourra engendrer une résiliation de cette charte d'engagement par le représentant du réseau.

Date et signature du fumeur

Date et signature du représentant du réseau

Annexe 10 : Dossier patient unique
AMELUCTA-LORRAINE STOP TABAC

Intervenant : cachet du praticien	Numéro de dossier : (Fixé par le Coordonnateur) Date de création du dossier : []/[]/[]
-----------------------------------	--



AMELUCTA
RESEAU LORRAINE STOP - TABAC

Centre Médical
 2 rue des Vergers
 57460 BEHREN LES FORBACH
 Tél. : 03.87.13.27.45
 amelucta@wanadoo.fr

1- Nom :
2- Prénom :
3- Tél. :
4- Portable :

Vous voulez essayer d'arrêter de fumer.

Pour vous accompagner dans cette démarche, le médecin ou la sage femme du réseau qui va vous recevoir en consultation a besoin de connaître vos habitudes de fumeur. Merci de bien vouloir prendre le temps de remplir les questions des pages suivantes : elles vous aideront à faire le point et faciliteront le dialogue avec le professionnel de santé. La prise en charge par le réseau est expliquée dans la charte que vous avez signée.



Partie à remplir par le patient

Données Socio – démographiques

5. Nom |__|__| et Prénom : |__|__| Inscrivez les deux premières lettres du nom et du prénom.

6. Code postal : 7. Ville :

8. Date de naissance: |__|__| / |__|__| / |__|__|

9 Sexe* : H – F

Pour les femmes :

10. Êtes-vous actuellement enceinte * ? Oui – Non
(Si oui, veuillez compléter la feuille complémentaire Tabac et grossesse.)

11. Contraception oestro-progestative * Prenez vous la pilule ? Oui – Non

12. Situation matrimoniale légale*:
Célibataire = 1, Marié(e) = 2, Vie Maritale= 3, PACS ou équivalent = 4, Divorcé(e) = 5, Veuf/veuve = 6

13. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?
Actif = 1 ; Retraité = 2 ; Au chômage, bénéficiaire du RMI = 3 ; Sans activité = 4 ; En formation = 5

14. Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie professionnelle ?

.....

15. Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie familiale ?

.....

16. Quel est votre niveau d'études ? |__|__|
Sans diplôme = 1 ; C.A.P., B.E.P. = 2 ; Niveau secondaire (lycée) = 3 ; Baccalauréat = 4 ; Bac + = 5.

17. Consultez-vous habituellement dans ce cabinet* ? Oui – Non

18. Comment avez-vous connu cette consultation ? |__|__|
Lors d'une hospitalisation = 1 ; Par une démarche personnelle = 2 ; Par un pharmacien = 3 ; Par un médecin libéral = 4 ; Par un médecin du travail = 5 ; Autres = 6.

19. Couverture sociale* : Régime général MSA
 Régime minier Autre

Précisez

Antécédents

Si vous avez des doutes concernant les réponses aux questions suivantes, n'hésitez pas à en parler à la sage femme ou au médecin du réseau.

20. Avez-vous l'un des facteurs de risque cardiovasculaire suivants* ?

- Hypertension : Oui – Non
- Diabète : Oui – Non
- Excès de cholestérol : Oui – Non

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

21. Êtes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires ci-dessous* ?

- Un infarctus du myocarde, angine de poitrine : Oui – Non
- Un accident vasculaire cérébral : Oui – Non
- Une artérite des membres inférieurs : Oui – Non

22. Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes* ?

- Un cancer du poumon, de la gorge, du larynx : Oui - Non
- Une bronchite chronique : Oui - Non
- De l'asthme : Oui - Non

23. Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour ?

- Troubles anxieux* : Oui – Non Préciser :
- Troubles dépressifs* : Oui – Non Préciser :
- Ayant entraîné un arrêt de travail* : Oui – Non

Autres :

Vos habitudes alimentaires

24. Combien de tasses de café buvez-vous par jour ? |__|

25. Combien de repas prenez-vous par jour ? |__|

26. Vous arrive t-il fréquemment de sauter un repas* ? Oui – Non

27. Avez-vous tendance à grignoter entre les repas* ? Oui – Non

28. Votre poids est-il stable* ? Oui – Non

29. Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie* ? Oui – Non

30. Si oui, à quelle(s) occasion(s) ?

Consommation de boissons alcoolisées

31. Combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour ?
(1 verre de vin = 1 apéritif = 1 demi de bière).

32. DETA**

Avez vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées?	Oui	Non
Votre entourage vous a il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	Oui	Non
Avez vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	Oui	Non
Avez vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Oui	Non

Additionnez vos réponses (1 point par réponse "Oui"). Total : |__|__|

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

33. Consommez-vous d'autres substances psycho actives* ? Oui – Non

Si oui, préciser :

Votre histoire avec le tabac

34. Age de votre 1ère cigarette : |__|__| ans 35. Age de votre consommation régulière: |__|__| ans

36. Quel budget annuel consacrez-vous au tabac ?

37. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer* ? Oui – Non

38. Si oui, de quelle manière ?

39. Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ?

40. Combien de fois avez-vous arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ?

41. Quelle est la date de votre dernière tentative ?

42. Avez-vous ressentis des troubles à l'arrêt du tabac* ? Oui – Non

43. Si oui* :

- Pulsions à fumer
- Irritabilité, colère
- Agitation nervosité
- Anxiété

- Tendances dépressives
- Difficultés de concentration
- Troubles du sommeil
- Augmentation de l'appétit

44. Autres troubles* ? Oui – Non

45. Lesquels :

46. Si sevrage

- Aides :

- Prise de poids* : Oui – Non si oui nombre de Kg : |__|__|

47. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous recommencé à fumer ?

.....
.....
.....
.....

Bilan de dépendance tabagique

48. Combien de cigarettes fumez-vous actuellement chaque jour ?

Donnez le nombre moyen de cigarettes (1 cigarillo équivaut à 2 cigarettes).

49. Entourage fumeur* : Oui – Non préciser :

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

50. Degré de dépendance au tabac : Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.

TEST DE FAGERSTRÖM

- 1- Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?
- ✓ Dans les 5 premières minutes 3
 - ✓ Entre 6 et 30 minutes 2
 - ✓ Entre 31 et 60 minutes 1
 - ✓ Après 60 minutes 0
- 2- Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit (église, bibliothèque, cinéma) ?
- ✓ Oui 1
 - ✓ Non 0
- 3- Quelle est la cigarette à laquelle vous auriez les plus de mal à renoncer ?
- ✓ La première du matin 1
 - ✓ Une autre 0
- 4- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
- ✓ 10 ou moins 0
 - ✓ De 11 à 20 1
 - ✓ De 21 à 30 2
 - ✓ Plus de 30 3
- 5- Fumez-vous d'avantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?
- ✓ Oui 1
 - ✓ Non 0
- 6- Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie de la journée ?
- ✓ Oui 1
 - ✓ Non 0

Faites le total de vos réponses :

Total :

Résultats

De 0 à 3 points = Dépendance nulle ou légère
De 4 à 6 points = Il existe une dépendance à la nicotine
De 7 à 10 points = Forte dépendance

Les raisons qui vous poussent à fumer

51. Merci de bien vouloir réaliser le Test de Horn (voir page suivante).

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

TEST DE HORN

Entourez le score correspondant à chaque question	Toujours	Souvent	Moyennement	Parfois	Jamais
---	----------	---------	-------------	---------	--------

A)	Je fume pour me donner un coup de fouet	5	4	3	2	1
B)	Je prends plaisir à fumer et tenir ma cigarette	5	4	3	2	1
C)	Tirer sur une cigarette est relaxant	5	4	3	2	1
D)	J'allume une cigarette quand je suis soucieux	5	4	3	2	1
E)	Quand je n'ai plus de cigarettes je cours en acheter	5	4	3	2	1
F)	Je fume avec automatisme	5	4	3	2	1
G)	Je fume pour me donner du courage	5	4	3	2	1
H)	Le plaisir c'est d'abord manipuler ma cigarette	5	4	3	2	1
I)	Il y a quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
J)	Je fume quand je suis mal à l'aise	5	4	3	2	1
K)	Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
L)	J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
M)	Je fume pour en imposer aux autres	5	4	3	2	1
N)	J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	5	4	3	2	1
O)	Je fume même si je suis détendu	5	4	3	2	1
P)	Je fume pour oublier que j'ai le cafard	5	4	3	2	1
Q)	J'ai toujours besoin de manipuler quelque chose	5	4	3	2	1
R)	J'oublie la cigarette qui est dans ma bouche	5	4	3	2	1

- Stimulation (A) + (G) + (M) =
- Plaisir du geste (B) + (H) + (N) =
- Relaxation (C) + (I) + (O) =
- Anxiété soutien (D) + (J) + (P) =
- Besoin absolu (E) + (K) + (Q) =
- Habitude acquise (F) + (L) + (R) =

* Cocher la ou les cas(s) correspondante(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?

52. J'aimerais bien arrêter de fumer parce que je voudrais

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

53. En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le moral

54. Évaluez par une note de 0 à 10 votre moral actuel (0 indique « Je n'ai pas du tout le moral » et 10 signifie « Je me sens parfaitement bien »). Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse.

Pas du tout le moral

Parfaitement bien

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

* Cocher la ou les cas(s) correspondante(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

55. Questionnaire HAD

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui convient le mieux à votre état.

TEST HAD

A- Je me sens tendu(e), énervé(e) :

- la plupart du temps 3
- souvent 2
- de temps en temps 1
- jamais 0

D- J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

- oui toujours 0
- pas autant 1
- de plus en plus rarement 2
- presque plus du tout 3

A- J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- oui, très nettement 3
- oui, mais c'est pas trop grave 2
- un peu, mais cela ne m'inquiète pas .. 1
- pas du tout 0

D- Je sais rire et voir le côté amusant des choses

- toujours autant 0
- plutôt moins 1
- nettement moins 2
- plus du tout 3

A- Je me fais du souci :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- occasionnellement 1
- très occasionnellement 0

D- Je me sens gai et de bonne humeur

- jamais 3
- rarement 2
- assez souvent 1
- la plupart du temps 0

A- Je peux rester tranquillement assis(e) au repos et me sentir détendu(e) :

- jamais 3
- rarement 2
- oui, en général 1
- oui, toujours 0

D- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- pratiquement tout le temps 3
- très souvent 2
- quelquefois 1
- jamais 0

A- J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- parfois 1
- jamais 0

D- J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :

- totalement 3
- je n'y fais plus attention 2
- je n'y fais plus assez attention ... 1
- j'y fais attention comme d'habitude 0

A- J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place :

- oui, c'est tout à fait le cas 3
- un peu 2
- pas tellement 1
- pas du tout 0

D- Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

- comme d'habitude 0
- plutôt moins qu'avant 1
- beaucoup moins qu'avant 2
- pas du tout 3

A- J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- rarement 1
- jamais 0

D- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision :

- souvent 0
- parfois 1
- rarement 2
- pratiquement jamais 3

Additionner les réponses A

Additionner les réponses D

Total A :

Total D :

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Votre degré de motivation

56. Évaluez votre désir de vous arrêter de fumer** :

Test d'évaluation de la motivation (Richmond)

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	non 0 oui 1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	pas du tout..... 0 un peu 1 moyen 2 beaucoup 3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?	non 0 peut-être 1 vraisemblablement 2 certainement 3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?	non 0 peut-être 1 vraisemblablement 2 certainement 3
	Total 0

Résultats

De 0 à 5 points = Motivation faible
De 6 à 8 points = Moyenne motivation
> 8 points = Bonne motivation

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Partie à remplir par le professionnel de santé

Examen clinique

57. Taille : cm. 58. Poids : kg. 59. TA : /

Autres :
.....

62 Temps écoulé depuis la dernière cigarette : minutes/heures/jours

60. CO expiré: |__|__| ppm

61. TEST DE FAGERSTRÖM = / 10

63. TEST DE HAD

total A |__|__| / 21

total D |__|__| / 21

total A + D |__|__| / 21

Echelle HAD	Anxiété	Dépression
De 0 à 7	—	—
≥ 8	Début d'anxiété	Début de dépression
A + D = 13	Etats dépressifs mineurs	
A + D = 19	Etats dépressifs majeurs	

64. TEST DE HORN :

- Stimulation (A) + (G) + (M) =
- Plaisir du geste (B) + (H) + (N) =
- Relaxation (C) + (I) + (O) =
- Anxiété soutien (D) + (J) + (P) =
- Besoin absolu (E) + (K) + (Q) =
- Habitude acquise (F) + (L) + (R) =

65. TEST DE RICHMOND: |__|__|

66. Motivations :
.....
.....

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Date : []/[]/[]

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Traitement prescrit*

67. Soutien motivationnel seul :
 Oui – Non

68. Substitution nicotinique :
 Oui – Non

69. Zyban :
 Oui – Non

70. Autre médicament psychotrope :
 Oui – Non

71. Thérapie comportementale :
 Oui – Non

72 Autres :
 Oui – Non
Homéopathie
Acupuncture
Relaxation
Autres : (vitamines, ...)

Conclusion

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|

Consultation de suivi N°2 (J+7)

Le patient fume t-il* ?

↓ _____ ↓

Non
Nombre de jours d'arrêt total : |_|_|_|

Oui
A-t-il tenté d'arrêter : Oui Non
Nombre de jours d'arrêt Total : |_|_|_|
Consommation quotidienne de tabac :
Nombre de cigarettes depuis le lever : |_|_|

CO : |_|_| ppm
Poids : |_|_|_| kg
TA : |_|_|_| |_|_|_|
 maxima minima

CO : |_|_| ppm
Test de Richmond : |_|_|

Traitement :

.....
.....
.....
.....
.....

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....

Prise en charge complémentaire demandée* : Oui – Non

Diététicienne* :

Psychologue* :

Prise en charge complémentaire effectuée* : Oui – Non

Nombre de séance(s) :

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Date : / /

Consultation de suivi N°3 (J +)

Le patient fume t-il* ?

↓ _____ ↓

Non
Nombre de jours d'arrêt total :

Oui
A-t-il tenté d'arrêter : Oui Non
Nombre de jours d'arrêt Total :
Consommation quotidienne de tabac :
Nombre de cigarettes depuis le lever :
Temps écoulé depuis la dernière cigarette :

CO : ppm
Poids : kg
Pouls :

TA : /
 maxima minima
Test HAD : A = / 21 D = / 21

Traitement :

.....
.....
.....
.....
.....

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....

Prise en charge complémentaire demandée* : Oui – Non

Diététicienne* :

Psychologue* :

Prise en charge complémentaire effectuée* : Oui – Non

Nombre de séance(s) :

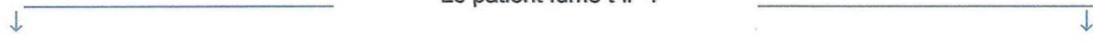
* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Date : / /

Consultation de suivi N°4 (J+)

Le patient fume t-il* ?



Non
Nombre de jours d'arrêt total :

Oui
A-t-il tenté d'arrêter : Oui Non
Nombre de jours d'arrêt Total :
Consommation quotidienne de tabac :
Nombre de cigarettes depuis le lever :
Temps écoulé depuis la dernière cigarette :

CO : ppm
Poids : kg
Pouls :

TA : /
 maxima minima
Test HAD : A = / 21 D = / 21

Traitement :

.....
.....
.....
.....
.....

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....

Prise en charge complémentaire demandée* : Oui – Non

Diététicienne* :

Psychologue* :

Prise en charge complémentaire effectuée* : Oui – Non

Nombre de séance(s) :

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)

** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|

Consultation de suivi N°5 (J+)

Le patient fume t-il* ?

<p>Non <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre de jours d'arrêt total : _ _ _ </p> <p>CO : _ _ ppm Poids : _ _ _ kg Pouls : _ _ </p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>A-t-il tenté d'arrêter : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre de jours d'arrêt Total : _ _ _ </p> <p>Consommation quotidienne de tabac :</p> <p>Nombre de cigarettes depuis le lever : _ _ </p> <p>Temps écoulé depuis la dernière cigarette :</p> <p>TA : _ _ _ _ _ _ maxima minima</p> <p>Test HAD : A = _ _ / 21 D = _ _ / 21</p>
--	---

Traitement :

.....

.....

.....

.....

.....

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

Prise en charge complémentaire demandée* : Oui – Non

Diététicienne* :

Psychologue* :

Prise en charge complémentaire effectuée* : Oui – Non

Nombre de séance(s) :

* Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)
** Entourer la ou les mention(s) retenue(s)

Annexe 11 : Extrait du Dossier Promoteur
Demande de financement Lorraine Stop Tabac 2006-2008

3. LES OBJECTIFS OPERATIONNELS ET L'ACTIVITE GLOBALE

■ OBJECTIFS OPERATIONNELS :

En fonction de l'objectif général du réseau et des actions déjà mises en œuvre, les promoteurs du réseau doivent présenter dans ce document **leurs nouveaux objectifs détaillés pour les 3 années à financer par la dotation régionale de développement des réseaux** (objectifs, organisation, date de mise en place, déroulement du projet en fonction d'étapes, calendrier prévisionnel, date de fin de projet, description de l'ensemble des travaux à entreprendre).

Il peut s'agir de poursuivre les actions déjà menées mais aussi d'entreprendre d'autres actions pour répondre à un nouvel objectif.

Objectifs généraux	Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Echéancier de ces actions	Indicateurs de suivi de ces objectifs, services et actions
Dispenser une prestation de sevrage individualisée	<p>Informer de façon claire et précise</p> <p>Apporter un soutien cognitivo-comportemental</p> <p>Rendre le patient acteur</p>	<p>Consultation Panier de soins</p> <p>Interventions de divers professionnels</p> <p>Signature d'une charte d'engagement</p>	Dès l'adhésion du patient et tout au long de son sevrage	<p>Nombre de fiches d'interventions et de chartes signées</p> <p>Bilan trimestriel des patients suivis</p>
Amélioration des compétences des professionnels	<p>Acte de formation initiale</p> <p>Suivi cohérent et régulier</p>	<p>Programme de formation</p> <p>Service de coordination</p>	<p>En amont</p> <p>Tout au long de la vie du réseau</p>	<p>Référentiel de formation</p> <p>Compte rendu d'activité</p>
Optimiser l'offre de soins	<p>Développement des outils</p> <p>Rendre lisible l'offre de soin</p>	<p>Développer un site Internet</p> <p>Plate forme téléphonique</p> <p>Evaluations systématiques</p>	<p>Dès la phase de démarrage</p> <p>Evaluations intermédiaire et finale</p>	<p>Comptabilisation du nombre de connexions et d'appels</p> <p>Interprétation de l'évaluation par un expert</p>

■ ACTIVITE PREVISIONNELLE:

Objectifs	Année 1	Année 2	Année 3
Nb de patients inclus	250	250	250
Nb de professionnels de santé formés et inclus	10	10	10
Nb d'interventions de sensibilisation en milieux scolaire et social –	12	12	12

	Montant en €	Financeurs et taux de participation
EQUIPEMENT		
Achats équipements et inst. Technique		
Matériel de bureau		
Système d'informations (Acquisition logiciels, Cout annexe, installation technique,...)	14 000	Co-financement Conseil Régional
SECTION CHARGES DE PERSONNEL	69 000	
Coordonnateur 1 ETP	56 000	
Secrétaire ½ ETP	13 000	
SECTION AUTRES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT HORS CHARGES DE PERSONNEL		
Frais de fonctionnement	15 000	
Frais généraux (fournitures de bureau, timbres poste, frais de réunions, facture téléphone, facture internet, secrétaire téléphonique)	8 000	
Frais de coordination (déplacements, missions, réunions)	5 000	Co-financement Conseil Régional
Conférences (présentation de réseau: congrès, symposium)	2 000	
Formation	12 000	Co-financement CARMi EST
- Intervenants (230 euros/soirée)		
- Participants (5C x 4 soirées)		
- CO Testeur (1/ participant)		
Évaluation externe		
Honoraires comptables (expert + CAC)	6 000	
SECTION DEROGATIONS TARIFAIRES (SI RESEAU DE SANTE)	50 000	Co-financement CARMi EST
Rémunérations libéraux soins		
Majoration actes		
- Médecins : 2C X 5 consultations/ patient X nombre de patients		
- Sages femmes : 2C X 5 consultations/ patient X nombre de patients		
TOTAL DES REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX - HORS SOINS	8 000	
Vacations psychologues 30 euros/consultation X 2 séances par patient X nombre de patients	4 000	
Vacation diététiciens 30 euros/consultation X 2 séances par patient X nombre de patients	4 000	
TOTAL DES REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX – SOINS		
TOTAL DES DEROGATIONS POUR LES PATIENTS		
Dérogations patients		
Substituts nicotiniques	15 000	
TOTAL	189 000	

Annexe 12 : Extrait de l'Avenant Conventionnel 01-2013
A la Convention de Financement au titre du FIR du 10/09/2013
Exercices 2013-2014 RESAMEST

RESAMEST (amelucta/regeme/rediamé) FIR 2013 /ARS			
POSTES DE DEPENSES	DEMANDE FIR 2013 RESAMEST	PROPOSITION ARS 2013	CO- FINANCEURS 2013
INVESTISSEMENT			
EQUIPEMENT			
achats d'équipements et installations techniques	1900	655	
équipement informatique	800	0	
autres ACHAT BOX accès internet +téléphone	500	500	
sous-total équipement	3200	1155	
SYSTÈME D INFORMATIONS			
coût de production ou acquisition de logiciels			
frais d'hébergement sur serveurs	1200	1100	
frais de sous-traitance (conception, développement)			
frais de maintenance des logiciels et appareils LOGIRESO	650	650	
abonnements	800	400	
site internet			
sous-total système d'Informations	2650	2150	
TOTAL INVESTISSEMENT	5850	3305	
FONCTIONNEMENT GENERAL			
Dépenses de personnels salariés du réseau (1)			
secrétaire 1 ETP	34 180	33 223	
coordinateur administratif 1,8 ETP	99 000	91 337	
Médecins 0,40 ETP (soit 2 médecins intervenant à 0,20 ETP)	36 000	36 000	
coordinateur médical			MIG
IDE 1,7 ETP	84 781	79 464	
Ergothérapeute 1 ETP	41 064	41 064	
Diététicienne hospitalière 0,20 ETP	4 800	4 800	
autres professionnels à préciser : Psychologue 0,40 ETP	12 322	12 322	
sous-total charges de personnels	312 147	298 210	
autres dépenses de personnels			
dépenses de personnels par vacations			
expert-comptable et commissaire aux comptes	18000	12500	
sous-total autres charges de personnels	18000	12500	
autres dépenses			
loyers + charges	20 400	15 400	CARMI 17000
consommables(fourniture bureau + frais postaux)	8 700	4 150	CARMI 1200
location appareil multifonction	9016	9016	
location véhicule + entretien + frais essence	4200	3947	
frais généraux (téléphone, assurances locaux et véhicule)			520
Assurance RC	1870	1870	fp+300CARMI
frais de déplacements (2)	7300	5500	
frais de réunions, conférences, séminaires (formation aidants+café aidants)	2200	325	
frais de mission, réception	2000	150	
sous-total autres dépenses	55 686	40 358	96044
TOTAL FONCTIONNEMENT GENERAL	385 833	351 068	

FORMATION		
indemnisation des professionnels (cf barème joint)		
médecin	6000	2000
paramédicaux	500	250
indemnisation des intervenants	2000	500
locaux, matériel, sous-traitance CO Testeurs	3500	1000
TOTAL FORMATION	12000	3750
DEROGATIONS TARIFAIRES		
REMUNERATION SPECIFIQUE DES PS LIBERAUX - HORS SOINS		
forfait de concertation médicale et pluridisciplinaire autour des dossiers de patients (cf barème joint)		
médecin traitant (Forfait inclusion patient/ médecin traitant 30€ X 150H)	4500	3600
forfait de coordination du travail en réseau (copll, projets...)		
médecin traitant 46€ x3hx10PS	1380	1380
médecins gériatres 50€ x3hx 6PS	1200	1200
autres (Forfait inclusion patient-Bilan éducatif par pharmacien)	360	360
sous-total rémunération spécifique des PS libéraux - HORS SOINS	7440	6540
REMUNERATION SPECIFIQUE DES PS LIBERAUX - SOINS		
Médecins: 46€/patient X 150 patients X 5 consultations	34500	23000
Sages Femmes: 34€/patient X 50 patients X 5 consultations	8500	4250
Psychologues: 30€/patient X 133 patients	3990	3000
Dététiciens: 30€/patients X 133 + Suivis individuels et ateliers collectifs	9990	9670
Podologues	1800	1800
Substituts nicotiniques	15000	9565
sous-total rémunération spécifique des PS libéraux - SOINS	73780	51285
TOTAL DEROGATIONS TARIFAIRES	81220	57825
TOTAL BUDGET INITIAL	484 903	415 948
MONTANT NON CONSOMME N-1		36 553
REDEPLOIEMENT FIR 2012 pour 2013		55 958
VERSEMENT INITIAL 2013		323 437
REDEPLOIEMENT FIR 2013 pour 2014		103 987
TOTAL VERSEMENT 2013		427 424

VU

NANCY, le **13 septembre 2014**

Le Président de Thèse

Professeur F. PAILLE

NANCY, le **13 septembre 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6660

NANCY, le 19/09/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Par délégation

Monsieur M. DELIGNON

RESUMÉ DE LA THÈSE

Le RESAMEST, innovant réseau plurithématique mis en place en janvier 2013 sous l'impulsion de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine, propose via son pôle addictologie, et plus particulièrement dans le cadre du sevrage tabagique, une prise en charge multidisciplinaire et une mutualisation des moyens pour une meilleure efficacité. Ce travail de thèse propose une évaluation comparative du réseau Lorraine Stop Tabac en tant que réseau monothématique à celui qu'il est devenu après fusion des réseaux par l'ARS en réseau plurithématique.

Cette étude analytique rétrospective et comparative a porté sur une évaluation du réseau plurithématique après 18 mois d'existence, puis sur une évaluation comparative des résultats obtenus avec ceux de la première évaluation réalisée par Sébastien Desjeunes en 2009 alors que le réseau était encore monothématique. Les patients inclus par les différents professionnels de santé sont des patients tabagiques ayant signé la charte du réseau, ayant effectué la première consultation de sevrage entre le 01.01.2013 et le 31.06.2014, étant âgés de plus de 18 ans et résidant en Moselle Est.

183 patients ont été inclus durant cette période, 146 sont sortis du programme. Le taux de patients sortis et sevrés est passé de 43% durant l'évaluation du réseau monothématique à 34.2% durant celle du réseau plurithématique. L'analyse en intention de traiter rapporte quant à elle un taux de réussite de sevrage de 31.7%.

Ces résultats, même non significatifs et bien que reflétant une activité en baisse du réseau durant une période de transition organisationnelle, démontrent une nouvelle fois que l'outil que représente le pôle addiction dans le cadre du sevrage tabagique est une excellente réponse au problème majeur de santé publique qu'est le tabagisme.

TITRE EN ANGLAIS

COMPARATIVE EVALUATION OF A MONOTHEMATIC HEALTH NETWORK SUPPORTING THE CESSATION OF TOBACCO, AFTER 18 MONTHS OF FUSION IN A MULTITHEMATIC HEALTH NETWORK IN MOSELLE EST.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : Réseau de santé, pluridisciplinarité, multithématique, addiction tabac sevrage tabagique.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
