



**HAL**  
open science

**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**

Sébastien Desjeunes

► **To cite this version:**

Sébastien Desjeunes. 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. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01733793

**HAL Id: hal-01733793**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733793v1>**

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-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

**THESE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Sébastien DESJEUNES**

le

04 février 2009

**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

Examineurs de la thèse

M. M. SCHMITT	Professeur		Président
M. F. PAILLE	Professeur	}	
M. F. GUILLEMIN	Professeur	}	Juges
M. F. RAPHAEL	Docteur en Médecine	}	
M. J.L ADAM	Docteur en Médecine	}	



**THESE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Sébastien DESJEUNES**

le

04 février 2009

**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

Examineurs de la thèse

M. M. SCHMITT	Professeur		Président
M. F. PAILLE	Professeur	}	
M. F. GUILLEMIN	Professeur	}	Juges
M. F. RAPHAEL	Docteur en Médecine	}	
M. J.L ADAM	Docteur en Médecine	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

-----  
**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT**

**Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD**

**Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNE**

**Assesseurs :**

du 1<sup>er</sup> Cycle :

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

**M. le Professeur François ALLA**

**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

**M. le Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT**

**M. le Professeur Christophe CHOSEROT**

**M. le Professeur Laurent BRESLER**

**M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====  
**PROFESSEURS HONORAIRES**

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER – Paul SADOUL  
Raoul SENAULT - Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN  
Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT  
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE  
Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON  
Jacques ROBERT - Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI  
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET - Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE  
Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT  
Daniel ANTHOÏNE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER - Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY  
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT  
Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER  
Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-Pierre NICOLAS  
Francis PENIN – Michel STRICKER Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE  
Jean-Pierre MALLIÉ - Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====  
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

-----  
**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LOZNIOWSKI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale)**

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)**

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne)**

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV



**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pierre MONIN

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

Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

**4<sup>ère</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Docteur Pierre GILLOIS

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteur François SCHOONEMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))**

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

-----

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Docteur Anne-Christine RAT

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS  
Monsieur Franck DALIGAULT

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS  
Madame Natalia DE ISLA

-----

**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

-----

**68<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**

Madame Tao XU-JIANG

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT

Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET

Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET

Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

**Monsieur le Professeur Michel SCHMITT**

Professeur en Chirurgie Viscérale Infantile.

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de notre jury.

Nous avons apprécié votre disponibilité et votre accueil au cours de nos rencontres, ainsi que vos qualités de chef de service des Urgences Pédiatriques.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance de la confiance que vous nous accordez et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

**Monsieur le Professeur François PAILLE**

Professeur en thérapie.

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et vos enseignements passionnants au cours de notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

**Professeur Francis Guillemin**

Professeur en Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention.

Nous vous remercions d'honorer notre jury de votre présence.

Vos enseignements au cours de notre formation nous ont montré l'importance de l'approche préventive en Médecine Générale.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre respect et de notre considération.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

**Monsieur le Docteur Francis RAPHAEL**

Docteur en médecine et Maître de conférences associé en Médecine  
Générale.

Vous nous avez confié le sujet de cette thèse et en avez accepté la direction.

Votre passion, votre exemplarité et votre sympathie nous ont portés tout au long  
de ce travail.

Nous vous remercions chaleureusement de votre accueil, de votre disponibilité  
et de votre patience.

Veillez trouver ici, l'expression de notre respect et de notre vive  
reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

**Monsieur le Docteur Jean Louis ADAM**

Docteur en médecine et maître de conférences associé en Médecine  
Générale.

Nous vous sommes reconnaissants d'accepter de juger notre travail.

Veillez trouver ici, l'expression de notre gratitude et de notre respect.



### **A Sophie et Benjamin**

Merci pour votre soutien et vos sourires permanents. Tes encouragements, Sophie, ont enfin porté leurs fruits.

### **A ma famille**

Merci pour vos soutiens au cours de ces longues années d'étude.

### **A mes amis**

## SERMENTS

*"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité 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. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

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

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

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

<b>Introduction</b> .....	19
<b>Première partie : Le tabagisme</b> .....	22
I. De la plante à la fumée de cigarette.....	23
A. Le tabac.....	23
B. La cigarette.....	24
C. La fumée de cigarette.....	26
II. Principales pathologies liées au tabac.....	29
A. Broncho-pneumopathie chronique obstructive.....	29
B. Les cancers.....	30
C. Maladies cardiovasculaires.....	32
D. Tabagisme et grossesse.....	33
E. Tabagisme passif.....	35
1. Risque cardiovasculaire.....	35
2. Cancers.....	36
3. Asthme et fonction respiratoire.....	36
4. Mort subite du nourrisson.....	37
F. La dépendance au tabac.....	37
III. Les chiffres du tabagisme.....	40
A. Les principales statistiques .....	40
B. Les coûts liés au tabac.....	41
IV. Prise en charge de l'addiction au tabac.....	42
A. Les outils de mesure de la dépendance.....	42
1. Questionnaires de dépendance.....	42
a) Test de Fagerström.....	42
b) Test de Horn.....	43
c) Test HAD.....	43
2. Marqueurs biologiques.....	44
a) Le CO expiré.....	44
b) La cotinine urinaire.....	44
B. Les différents moyens à la disposition des médecins.....	45
1. Le conseil minimal.....	45
2. Les substituts nicotiniques.....	45
a) Les produits.....	45
b) En pratique.....	46
3. Les autres traitements pharmacologiques.....	46
a) Bupropion LP.....	46
b) Varénicline.....	47

4. Les thérapies cognitivo-comportementales.....	48
C. Le sevrage.....	49
1. Patient(e) peu ou pas dépendant(e).....	49
2. Patient(e) moyennement dépendant(e).....	50
3. Patient(e) fortement dépendant(e).....	50
<b>Deuxième partie : Les réseaux de santé .....</b>	<b>52</b>
I. Concepts et définitions.....	53
A. Notion de réseau.....	53
1. Le concept .....	53
2. Avantages du travail en réseau.....	54
3. Inconvénients du travail en réseau.....	56
B. Evolution du concept de santé.....	57
1. Le modèle biomédical de la santé.....	57
2. Le modèle global.....	57
3. La santé (définition OMS).....	58
C. Réseau de soin et réseau de santé.....	58
1. Réseau de soin .....	58
2. Réseau de santé.....	59
II. Emergence et développement des réseaux de santé.....	60
A. Emergence des premiers réseaux.....	60
1. La lutte contre la tuberculose au début du XX <sup>ème</sup> siècle....	60
2. Les réseaux institutionnels .....	61
3. Les réseaux de soins coordonnés.....	62
B. Evolution de la législation.....	62
1. Circulaire du 4 juin 1991 : les réseaux ville-hôpital.....	62
2. Ordonnances du 24 avri1996 : les réseaux Soubie.....	63
3. Loi de financement de la sécurité sociale de 1999 : création du F.A.Q.S.V.....	64
4. Loi du 4 mars 2002 : création de la D.N.D.R. ....	65
5. Loi de financement de la sécurité sociale 2007 du 13/11/2006 : création du F.I.Q.C.S.....	66
III. Le réseau de santé en pratique.....	69
A. Statut juridique .....	69
B. Typologie des réseaux de santé.....	71
C. Le financement.....	73
D. L'évaluation.....	73
E. Le système d'information et de communication.....	76

F. La formation.....	80
----------------------	----

**Troisième partie : Le réseau Lorraine Stop Tabac et ses résultats à 2 ans et demi.....81**

I. Présentation du réseau L.S.T.....	82
A. Caractéristiques du réseau.....	82
1. Fiche d'identité du réseau.....	82
2. Les objectifs du réseau.....	83
B. Fonctionnement du réseau.....	83
1. Les intervenants du réseau.....	83
a) Le comité de pilotage.....	83
b) Les praticiens du réseau.....	84
2. Le parcours du patient dans le réseau.....	85
3. Le panier de soin.....	88
C. Système d'informations du réseau.....	89
1. Le dossier médical.....	89
2. Autres.....	91
D. Financement de L.S.T.....	92
II. Recueil de données.....	93
A. Les méthodes.....	94
B. Les outils.....	94
C. Les paramètres étudiés.....	95
1. Critère principal.....	95
2. Critères secondaires.....	95
III. Résultats.....	96
A. Nombre de patients.....	96
B. Praticiens du réseau.....	96
C. Nombre de consultations réalisées par patient.....	96
D. Nombre de patients sevrés.....	98
E. Formation professionnelle.....	98
F. Nombre d'actions pour l'éducation à la santé.....	99
G. Organisation et communication de L.S.T.....	99
H. Tableau récapitulatif.....	100

**Quatrième partie : Analyse et discussion.....101**

I. Analyse.....	102
II. Discussions et perspectives.....	104

<b>Conclusion</b> .....	106
<b>Références bibliographiques</b> .....	108
<b>Annexes</b> .....	113

# **Introduction**

Les progrès réalisés dans la connaissance des pathologies et la découverte de nombreuses molécules font de la médecine une science de haute technologie. Ce formidable développement conduit à une fragmentation des savoirs et donc à une hyperspécialisation de la pratique médicale. Pourtant, dans un souci d'humanisme, il est important que le patient soit au centre des soins dans sa globalité (physique, psychique, sociale). Pour sauvegarder notre système de santé, il est également important que le rapport qualité des soins/coûts soit le meilleur possible.

Pour respecter ces impératifs, le médecin généraliste a une place importante en orientant selon les cas vers un spécialiste ou un professionnel paramédical. Celui-ci travaille donc en collaboration avec des intervenants médicaux, paramédicaux, travailleurs sociaux, au centre d'un réseau informel. L'idée de réseau organisé dans ses statuts, son fonctionnement et son financement n'est pas neuve. Après une longue évolution législative, cette forme d'organisation semble enfin se développer.

Un réseau de santé est un mode d'organisation des soins faisant intervenir de nombreux acteurs médicaux, paramédicaux et d'autres secteurs, travaillant ensemble autour du patient, centré sur un thème défini et dans un cadre précis.

Malgré l'abondance d'informations sur les méfaits du tabagisme sur la santé, les fumeurs restent nombreux. Les pathologies liées à cette addiction sont graves, fréquentes et leur prise en charge est lourde financièrement pour la société. Le tabagisme est donc un des principaux problèmes de santé publique. Les solutions pour réduire le nombre de fumeurs nécessitent des interventions dans plusieurs domaines : la médecine, évidemment, mais aussi le secteur social, les domaines législatif, associatif et éducatif, les médias ...



Une structure souhaitant s'occuper du tabagisme ne peut donc qu'être pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Dans ce cadre, l'organisation d'une telle structure en réseau de santé permet d'articuler les multiples moyens nécessaires pour lutter contre cette addiction : sevrage accompagné médicalement et prenant en compte la globalité du patient, information et sensibilisation du public, formations de professionnels de différents horizons. Un tel réseau doit permettre une prise en charge moderne, efficace et conforme aux données de la littérature de l'arrêt du tabac.

Le réseau Lorraine Stop Tabac (L.S.T.) intervient dans le domaine du sevrage tabagique et de la prévention de cette addiction depuis le début de l'année 2006. Après dix-huit mois d'existence, un bilan de son fonctionnement et de ses activités permet de soulever des questions importantes pour la pérennité du réseau : Est-ce que l'offre de soins que représente le réseau LST répond à une véritable demande de la population ? Des professionnels du secteur ? Quelle est la place de ce réseau par rapport à l'offre classique de sevrage tabagique ?

## **Première partie : Le tabagisme**

## I. De la plante à la fumée de cigarette

### A. Le tabac

Le tabac est une plante de la famille des solanacées, du genre *Nicotiana*. L'espèce la plus cultivée est *Nicotiana Tabacum*. La nicotine est contenue en forte proportion dans ses feuilles.



Figure 1 : plante de tabac

Lors de la découverte du Nouveau Monde, Christophe Colomb est le premier Européen à connaître le tabac. Celui-ci est déjà utilisé depuis des siècles par les Amérindiens puisqu'on sait que les Mayas d'Amérique Centrale fumaient du tabac au cours des cérémonies religieuses. C'est Jean Nicot de Villemain qui introduit la plante en France vers 1560 (1).

Les feuilles de tabac sont ramassées, mélangées et hachées puis utilisées de différentes manières : en cigare, cigarillo, à priser, à chiquer, et en cigarette qui reste le mode de consommation le plus fréquent.

## B. La cigarette

Une cigarette contient de 0,8 à 1g de tabac. On compte ainsi de 10 à 20 mg de nicotine par cigarette. Elle contient également plus de 2 500 autres produits chimiques (arômes, additifs, pesticides,...).



Figure 2 : Principaux composants toxiques de la cigarette

**La nicotine** est une amine tertiaire composée d'un cycle pyridinique et d'un cycle pyrrolidinique, c'est l'alcaloïde principal du tabac. Sous sa forme ionisée comme dans la fumée, la molécule de nicotine ressemble à celle de l'acétylcholine et à une forte affinité avec les récepteurs nicotiniques cérébraux. Elle atteint le cerveau très rapidement (sept secondes). Elle est le principal facteur de la dépendance chimique par ses effets psychoactifs. Elle est éliminée sous forme de cotinine dans les urines et passe rapidement dans le sang. Sa demi-vie est brève : environ deux heures dans le sang. Elle est aussi responsable d'effets cardio-vasculaires et neurologiques qui seront détaillés plus loin.

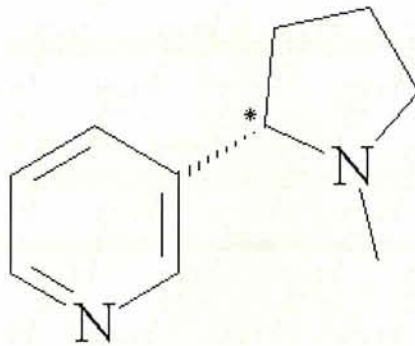


Figure 3 : molécule de nicotine en 2D

**Les additifs** utilisés par les industriels sont variés et nombreux. En France, une liste de 165 produits est autorisée. Ce sont les humectants, les aromatisants, les agents de combustion et les conservateurs. L'ammoniac, par exemple, est un aromatisant utilisé pour favoriser la formation des arômes lors de la combustion. Cet additif est également suspecté d'être ajouté pour accroître la fraction libre de la nicotine qui est absorbé plus rapidement et arrive donc en plus grande quantité et plus vite au cerveau du fumeur, ce qui renforcerait l'effet « shooté » de la cigarette.(2)

**Le papier** de cigarette est un tube poreux et fin fait de pâte de cellulose issue du lin, du chanvre ou du bois. Sa qualité influence la combustion du tabac.

**Le filtre de la cigarette** a été inventé pour essayer de diminuer la teneur en goudron de la fumée de cigarette. Il est fait à partir d'acétate de cellulose, de papier, de viscose, de charbon activé et parfois d'une résine échangeuse d'ions. En fait, le filtre ne retient que les particules les plus grosses de la fumée. Toutes les petites particules et la moitié des particules moyennes sont inhalées par le fumeur. (1)

### C. La fumée de cigarette

La fumée de tabac est un aérosol complexe et dynamique comportant une phase particulaire et une phase gazeuse. La phase particulaire est la matière obtenue sur un filtre aux pores de 0,3 micron dans une machine à fumer. Elle contient la nicotine, de la vapeur d'eau condensée, le reste étant le goudron (3). Les concentrations des produits mesurées et affichées sur les paquets de cigarettes sont des rendements obtenus de la même manière.

La fumée se forme par réaction de pyrolyse, de pyrosynthèse et de distillation au niveau du foyer de combustion qui peut atteindre 1000 à 1500°C quand le fumeur tire sur sa cigarette. On différencie trois « courants » de fumée :

- Le **courant primaire** ou **courant principal** est la fumée inhalée par le fumeur quand il tire sur sa cigarette.
- Le **courant secondaire** est la fumée qui s'échappe de l'extrémité incandescente de la cigarette. Elle est riche en monoxyde de carbone, en substances carcinogènes et en nicotine.
- Le **courant tertiaire** correspond à la fumée rejetée par le fumeur. Elle est plus pauvre en produits toxiques, puisque les poumons du fumeur en ont retenus une grande partie.

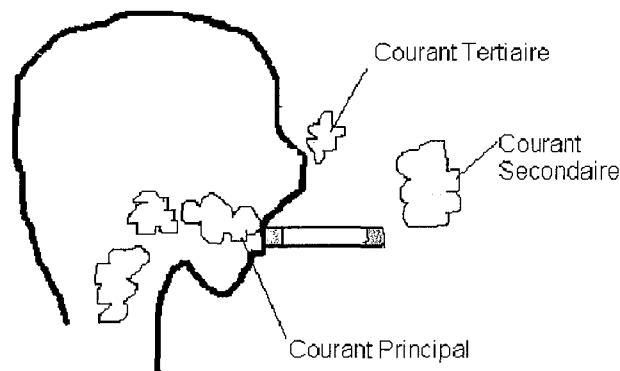


Figure 4 : Les 3 courants de la fumée de cigarette

Les principaux composés de la fumée du tabac parmi les quatre mille identifiés sont :

**Les goudrons** constituent un mélange complexe contenant plus de 4 000 molécules différentes dont les hydrocarbures aromatiques polycycliques (3-4 Benzopyrène, etc..) qui sont des substances cancérigènes et des irritants. Ils agissent principalement sur les voies respiratoires, mais ils passent dans le sang et sont éliminés par le rein vers la vessie où ils sont stockés entre deux mictions. Ils se trouvent dans le flux principal de fumée inhalée.

**Le monoxyde de carbone (CO)** est produit lors de la combustion en déficit d'oxygène. Il représente 2 à 5,5% des gaz de la fumée de cigarette. Il passe rapidement dans le sang où il se fixe sur l'hémoglobine pour former la carboxyhémoglobine (HbCO) avec une affinité 240 fois plus élevée que celle de l'oxygène. Il est donc responsable d'une baisse du transport de l'oxygène et d'une polyglobulie réactionnelle. Le CO se fixe également sur la myoglobine du muscle, y compris le myocarde, qu'il prive d'oxygène. Il a une demi-vie de six heures dans le sang. Il peut être utilisé comme marqueur du tabagisme récent par dosage dans le sang ou dans l'air expiré.(1)

**Les aldéhydes, l'acroléine et les phénols** sont des irritants de la fumée du tabac qui agressent directement l'épithélium bronchique et provoquent des lésions des cellules épithéliales et de leurs cils.

En Europe, les teneurs en goudrons, nicotine et monoxyde de carbone des cigarettes commercialisées sont mesurées sur la base des normes ISO 4387 pour les goudrons, ISO 10315 pour la nicotine et ISO 8454 pour le monoxyde de carbone. L'exactitude des mentions concernant le goudron et la nicotine portées sur les paquets est vérifiée conformément à la norme ISO 8243 (4). Ces normes permettent de comparer différentes cigarettes dans des conditions standardisées en ce qui concerne le volume des bouffées (35 ml), leur fréquence (une bouffée toutes les soixante secondes) et leur durée (deux secondes) qui sont très éloignées du comportement du fumeur moyen. De plus, les dimensions de la cigarette ne sont pas normalisées et leur réduction diminue la quantité de tabac fumé et donc les rendements. Les mesures sont donc très grossières. Enfin, la concentration de nombreux composants n'est pas mesurée comme les aldéhydes.



## II. Principales pathologies liées au tabac

### A. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (B.P.C.O.)

La B.P.C.O. se définit comme une maladie chronique et lentement progressive caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits pulmonaires, liée à une inflammation des voies aériennes secondaires à l'inhalation de particules ou de gaz nocifs. Le tabac en est le facteur étiologique principal dans 90% des cas. Un des premiers effets de la fumée de cigarette est la diminution de l'activité et du nombre des cils bronchiques. Elle est également responsable d'une sécrétion excessive de mucus par les cellules glandulaires bronchiques. Le fumeur est alors obligé de tousser le matin afin d'assurer l'évacuation des sécrétions de la nuit. La répétition de cette toux tous les matins, trois mois par an, durant au moins deux ans, constitue par définition une bronchite chronique simple (stade 0 de la B.P.C.O.) (3). Au cours des 10 premières années d'évolution, seule une Exploration Fonctionnelle Respiratoire (E.F.R.) permet de déceler un syndrome obstructif reflétant l'atteinte des petites bronches ; ces anomalies sont potentiellement réversibles. Après 10 ans, une dyspnée s'installe et l'E.F.R. montre une atteinte des grosses bronches avec une diminution irréversible du Volume Expiré Maximum par Seconde (V.E.M.S.). Plus tard, un emphysème de type centrolobulaire diminue la capacité vitale pulmonaire au profit du volume résiduel.

Environ 10 à 15% des fumeurs développent une obstruction bronchique chronique obstructive. La poursuite du tabagisme accélère le déclin des fonctions respiratoires ; l'arrêt du tabac ralentit cette dégradation. En France, 3,5 millions de personnes (6 à 8% de la population adulte) sont atteintes de B.P.C.O et 100 000 malades présentent des formes sévères nécessitant une oxygénation à domicile. (5)

## B. Les cancers

Le tabac serait responsable de plus de 30% de l'ensemble des cancers. C'est l'un des deux principaux facteurs de cancers avec l'alcool. Parmi les composants de la fumée de cigarette, de nombreuses substances sont carcinogènes : les hydrocarbures polycycliques aromatiques dont le benzopyrène provoquent des mutations génétiques au niveau de l'ADN cellulaire. Ainsi, une mutation de gènes suppresseurs de tumeur et surtout sur celui de la protéine P53 induit une inactivation de cette protéine dont le rôle est de contrôler la réplication de l'ADN. En effet, en fonction de la gravité des lésions, la protéine P53 est capable de bloquer cette réplication pour permettre la réparation de la molécule d'ADN ou de déclencher une série de réactions aboutissant à l'apoptose, c'est-à-dire la mort programmée de la cellule si les altérations génétiques sont trop importantes. Les altérations de la protéine P53 sont fréquentes et précoces dans les tumeurs de type épidermoïde (6). D'autres mécanismes de cancérogenèse ont été décrits comme la mutation de gènes impliqués dans des mécanismes de détoxification des agents cancérogènes comme le Glutathion S Transférase.

85% des **cancers bronchiques** sont attribuables au tabac. Pour un fumeur, le risque relatif de développer un cancer bronchique est de dix en moyenne (de 4 à 30 selon la quantité de cigarettes fumées). Il va augmenter avec la quantité fumée par jour et surtout avec la durée du tabagisme. En effet, pour les cancers bronchiques, la durée d'exposition est plus importante que la dose. Ce risque double lorsque la consommation de cigarettes double et il est multiplié par 20 quand la durée du tabagisme double. Il diminue après l'arrêt du tabac de manière exponentielle, et devient faible mais non égal au risque des non-fumeurs au bout de dix à quinze ans.(7)

Les **cancers de la cavité buccale et du pharynx** sont plus fréquents chez le fumeur de pipe et de cigare du fait du pH alcalin de la fumée. La co-consommation alcool et tabac multiplie le risque de **cancers des voies aéro-digestives supérieures** (V.A.D.S.). Ainsi, une étude réalisée au Centre Oscar Lambret à Lille montrait que pour les patients présentant un cancer des V.A.D.S., il existait 96% de fumeurs et buveurs associés contre 3% de fumeurs ou buveurs seuls et 1% de non intoxiqués.(8,9)

Les **tumeurs de la vessie** représentent la 7<sup>ème</sup> cause de décès par cancer chez l'homme et la 10<sup>ème</sup> cause chez la femme. Il existe une relation dose-réponse entre l'augmentation du risque et le nombre de cigarettes fumées. Le risque est 5 fois plus élevé chez le gros fumeur que chez le non-fumeur. Il diminue avec l'arrêt du tabagisme et devient comparable au risque des non-fumeurs après 15 ans d'arrêt. Le tabac est également un facteur de risque pour le cancer du rein et du reste de l'appareil urinaire, même si ce rôle paraît moins important. (10) Les carcinogènes de la fumée de cigarette sont absorbés dans le sang et certains sont éliminés sans transformation ou sous forme de métabolites actifs au niveau des voies urinaires.

Le risque de **cancer du pancréas** pour un fumeur est de 1,5 à 4 en fonction des études réalisées par rapport aux non-fumeurs. Pour certaines études le risque augmente avec la quantité de cigarettes fumées. (10)

Le **cancer du col de l'utérus** représente 15% des cancers féminins. Le risque de dysplasie et de cancer invasif est 2 fois plus élevé chez les fumeuses que chez les non-fumeuses. (10)

Localisation du cancer	Hommes			Femmes		
	FA%	Cas	Décès	FA%	Cas	Décès
Cavité buccale	63.1%	3531	854	17.0%	266	71
Pharynx	76.0%	5619	1943	44.1%	367	138
Oesophage	51.1%	2065	1777	34.4%	319	239
Estomac	31.1%	1405	981	14.3%	373	288
Foie	37.5%	1882	1884	17.1%	164	273
Pancreas	24.9%	673	904	17.0%	373	546
Larynx	75.9%	2932	1291	64.8%	234	97
Poumons	83.0%	19216	17085	69.2%	3178	2939
Reins	26.4%	1403	499	11.5%	343	127
Vessie	52.8%	4742	1715	39.3%	702	396
Col utérin	-	-	-	22.9%	777	336
Total		43468	28933		7096	5450
% tous cancers		27.0%	33.4%		6.1%	9.6%

Figure 5 Fraction attribuable (% du nombre de cancers), incidence (Nombre de cas) et mortalité (nombre de décès) dues au tabagisme en France pour l'année 2000. (10)

### C. Maladies cardiovasculaires

Parmi les localisations de la maladie athéroscléreuse, le tabac prédispose tout particulièrement au risque de maladie coronarienne et d'artériopathie des membres inférieurs (A.O.M.I.). D'une façon générale le risque relatif d'atteinte vasculaire est d'autant plus élevé que le sujet est plus jeune.

Pour la **maladie coronarienne**, le risque relatif d'infarctus du myocarde non fatal chez les fumeurs âgés de 30 à 49 ans est de 5. Le tabac expose tout particulièrement au risque de mort subite (risque relatif de 2,5). (11)

Concernant l'**artériopathie des membres inférieurs**, le tabac représente le facteur de risque majeur avec un risque relatif multiplié par un facteur 2 à 3 selon les études. 80% des sujets présentant une A.O.M.I. sont fumeurs. Le risque augmente graduellement en fonction de la consommation. Enfin le pronostic est plus sévère chez les fumeurs. (11)

Le risque relatif d'**accident vasculaire cérébral** est significatif (de 2 à 2,5). (11)

La fumée de tabac active les facteurs de l'inflammation au niveau de la paroi vasculaire en favorisant l'activation plaquettaire et la libération de thromboxane A2 (provoquant l'élévation du fibrinogène et la diminution du plasminogène). Ceci est facteur de thromboses, de vasoconstrictions et de modifications des fonctions endothéliales favorisant ainsi les plaques d'athéromes. (6) Le HDL-cholestérol est abaissé et le LDL-cholestérol est augmenté chez le fumeur. La nicotine provoque également la vasoconstriction en favorisant la libération de catécholamines, augmentant aussi la fréquence cardiaque, la pression artérielle et le seuil de fibrillation ventriculaire.

#### D. Tabagisme et grossesse

La fumée de tabac est responsable d'une **diminution de la fécondité**. En effet, le tabagisme maternel augmente le risque d'infertilité et de concevoir en plus d'un an ; il diminue également les chances de succès d'une fécondation in vitro (12).

Le fait de fumer pour une femme est un facteur majeur de **grossesses extra-utérines** (G.E.U.), qui reste la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse. Le risque relatif pour une fumeuse de développer cette pathologie est de 1,5 à 3,5. Le lien entre tabagisme et G.E.U. est dose dépendante. (13) Le risque relatif de **fausses couches spontanées** chez les fumeuses est de 1,5 à 3 ; cette relation est également dose dépendante. Le risque relatif **d'hématomes rétro-placentaires** chez une femme poursuivant son tabagisme pendant la grossesse est de 1,5 ; cette augmentation du risque serait liée aux phénomènes de vasoconstriction provoqués par la fumée de cigarette. Le risque relatif **d'accouchements prématurés** et de **ruptures prématurés des membranes** si le tabagisme se poursuit pendant la grossesse est de 2 ; il baisse à 1,6 si l'arrêt du tabac s'effectue au 1<sup>er</sup> trimestre. (14)

Le tabagisme maternel pendant la grossesse induit une baisse du poids moyen du nouveau né à la naissance et augmente le risque de **retard de croissance intra-utérin** (R.C.I.U.) ; ce risque est proportionnel à la quantité de cigarettes fumées. Ceci s'explique par l'hypoxie chronique fœtale du fait de la carboxyhémoglobine, par la vasoconstriction due aux catécholamines libérées sous l'influence de la nicotine, et par l'accumulation de cadmium qui est toxique et qui capte le zinc indispensable à la croissance cellulaire. Le risque relatif de R.C.I.U chez une fumeuse est de 2 à 3. Le tabagisme maternel augmente également le risque de certaines malformations : fentes faciales, gastroschisies et crâniosténoses. (15)

Les nouveaux nés de mères fumeuses ont un risque de mort subite du nourrisson (M.S.N.) multiplié par 2. Le tabagisme maternel serait responsable de 30% des M.S.N., cette part est augmentée si la mère fume après la naissance et encore plus si le papa fume également (15). Le tabagisme maternel est le facteur de risque principal de M.S.N.

Le tabagisme maternel augmente le risque d'infirmité moteur cérébrale (I.M.C.) pour le nouveau né car la fumée de tabac est un facteur de risque d'hémorragie intraventriculaire, d'hypotrophie et de grande prématurité, qui sont très impliqués dans la genèse des I.M.C. (16). Les risques de retards intellectuels, de troubles de l'attention et du comportement et de syndromes d'hyperactivité seraient augmentés chez les enfants nés de mères ayant poursuivies leur tabagisme pendant la grossesse. (15)

Concernant les cancers de l'enfant, il existe une relation entre l'exposition au tabagisme de la mère pendant la grossesse et le risque de tumeurs cérébrales et de cancers de l'enfant. (17)

## E. Tabagisme passif

Le tabagisme passif se définit comme l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement ; on l'appelle également tabagisme environnemental. Il s'agit du courant secondaire de la fumée.

### 1. Risque cardiovasculaire

De nombreuses études épidémiologiques associent le tabagisme passif à un excès de maladies coronariennes ; Cet excès de risque disparaît à l'arrêt de l'exposition. C'est le risque majeur de mortalité lié au tabagisme passif.

Le risque relatif d'accident coronarien en cas d'exposition au tabagisme passif est de 1,25. Le nombre annuel de décès par maladie coronarienne attribuable au tabagisme passif en France est de 1902. (18)

Le tabagisme passif augmente le risque d'athérome et de thrombose artérielle par activation de l'agrégation plaquettaire ; il a un effet défavorable sur le profil lipidique en augmentant le rapport cholestérol total / HDL. Il diminue les capacités à l'effort par diminution des capacités de transport en oxygène. Il a également un effet délétère sur l'endothélium vasculaire. (19)

L'exposition au tabagisme passif du conjoint est un facteur de risque indépendant d'accident vasculaire cérébral (A.V.C.) ischémique. (20) En France, on estime le nombre annuel de décès par A.V.C. à 1997. (18)

## 2. Cancers

Le tabagisme passif est lié à une augmentation du risque de cancer bronchique. Le risque relatif de développer cette pathologie en lien avec l'exposition au tabagisme passif est de 1,26 (21). En France, on estime à 1659 le nombre de décès par cancer du poumon dû au tabagisme passif (18).

Un excès de risque est également suspecté pour l'ensemble des cancers de la tête et du cou : surtout les cancers des sinus de la face et du rhinopharynx. Le risque relatif est entre 1,7 et 3. (22)

## 3. Asthme et fonction respiratoire

Chez le sujet adulte asthmatique, l'exposition passive à la fumée de tabac s'accompagne d'un excès de symptômes, d'hospitalisations et d'utilisation de traitement par rapport aux non exposés. La soustraction de l'exposition améliore ces troubles. (23)

L'incidence de l'asthme est reliée au tabagisme passif chez les plus jeunes enfants, il aggrave également la sévérité des manifestations cliniques. Le rôle de l'exposition durant la grossesse semble le plus important. (24)

Une diminution des capacités respiratoires en fin de croissance et une augmentation de 29% de l'hyperactivité bronchique sont également associées au tabagisme passif. (25)

Il existe enfin une relation entre tabagisme passif et infections respiratoires basses de l'enfant. (26)



#### 4. Mort subite du nourrisson

Il existe une relation entre le risque de mort subite du nourrisson et le tabagisme maternel : lorsque la mère est fumeuse, le risque est multiplié par 2. On ne peut différencier l'excès de risque dû au tabagisme passif ante- ou post-natal. Le rôle du tabagisme paternel est probable. (27)

#### F. La dépendance au tabac

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépendance se définit par « *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.* »

Dés 1988, le Surgeon General publie aux Etats-Unis un rapport dans lequel les conclusions sont précises :

- La cigarette et les autres formes de consommation du tabac induisent une dépendance ;
- La nicotine est la substance responsable de cette dépendance ;
- Les mécanismes comportementaux et pharmacologiques de cette dépendance sont identiques à ceux de toute toxicomanie. (28)

La dépendance physique à un produit (la nicotine) se définit par 2 caractéristiques :

- la tolérance est la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets ou la diminution progressive des effets avec la répétition des prises ;
- le syndrome de manque qui est l'apparition de troubles psychiques et/ou neurologiques et/ou neurovégétatifs à l'arrêt des prises de la substance (pour le tabac : besoin impérieux de fumer ou craving, irritabilité, frustration, agressivité, anxiété, difficultés de concentration, agitation, impatience, insomnie, diminution de la fréquence cardiaque et augmentation de l'appétit ou prise de poids).

(7)

La nicotine traverse la barrière hémato-encéphalique et parvient au cerveau 9 à 19 secondes après l'inhalation de la fumée. Elle stimule les récepteurs nicotiques situés sur les neurones dopaminergiques localisés dans l'aire tegmentaire ventrale qui se projettent au niveau du noyau accumbens et aux structures limbiques, et qui appartiennent à la voie dopaminergique mésostriée. Ces structures font parties du circuit cérébral de la récompense qui définit à chaque instant l'état de satisfaction de l'individu. En libérant la dopamine, la nicotine induit donc une sensation de satisfaction ; ceci est à la base de la dépendance pharmacologique au tabac. Toutes les substances psycho-actives addictogènes agissent de la même façon. Cependant, ces effets renforçants de la nicotine sont de faible intensité par rapport aux autres drogues et cela contraste avec l'intensité de la dépendance tabagique. Ce phénomène peut être expliqué par plusieurs facteurs :

- la fréquence élevée de la consommation de tabac,
- la présence d'autres substances addictives ou potentialisant les effets de la nicotine (comme des inhibiteurs de la monoamine oxydase ou I.M.A.O. présents dans la fumée de cigarettes),
- le contexte associé à l'usage du tabac (c'est la composante comportementale de la dépendance tabagique),
- des facteurs affectifs, relationnels, psychologiques, responsable de la dépendance psychologique au tabac. (2)

### III. Les chiffres du tabagisme

#### A. Les principales statistiques

Actuellement, on estime environ que 33,4% de la population française fume, 45% des hommes et 26,6% des femmes, soit 13,8 millions de fumeurs. (29)

	1999 n = 13 685		2004 n = 30 514	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Hommes	36,6	[35,2 – 38,0]	33,4	[32,5 – 34,3]
Femmes	29,9	[28,7 – 31,1]	26,6	[25,9 – 27,3]
<b>Total</b>	<b>33,2</b>	<b>[32,3 – 34,1]</b>	<b>29,9</b>	<b>[29,3 – 30,5]</b>

**Figure 6 Evolution de la prévalence tabagique déclarée en fonction du sexe selon le baromètre santé, France, 2004-2005**

Chez les plus jeunes, 34% des garçons et 32 % des filles fument à 17 ans. A cet âge, 74% des filles et 71% des garçons déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette. (30)

En 2003, 14.2% des fumeurs ont arrêté de fumer dans l'année soit une progression de 54% en trois ans ; on comptait deux millions d'ex-fumeurs récents (c'est-à-dire ayant arrêté de fumer au cours des 12 mois précédents). 22% souhaitaient arrêter leur tabagisme dans un délai de 1 mois et plus de 65% des fumeurs souhaitaient arrêter de fumer, les deux tiers dans un avenir proche allant de moins d'un mois à un an. (31)

Le tabac est essentiellement consommé sous forme de cigarettes (environ 95%). 10% des fumeurs roulent leurs cigarettes. L'augmentation du prix des cigarettes est la première motivation pour 89% des ex- fumeurs récents en 2003.

Le tabac tue 65 000 personnes par an en France et 4,9 millions dans le monde ; un fumeur sur deux décède d'une pathologie liée à son tabagisme. Le fumeur perd en moyenne huit années de vie. (1)

On compte 5 862 décès par an du tabagisme passif en France. (18)

#### B. Les coûts liés au tabac

Le montant des dépenses consacrées par les ménages à la consommation de tabac s'est élevé, en 1996 à 10,8 milliards d'euros environ soit 1.5% de la consommation des ménages, ou 67 euros environ par fumeur et par mois. (32)

Les dépenses de santé imputables à la consommation de tabac sont de 4 milliards d'euros environ. Les dépenses de prévention imputable à la consommation de tabac sont évaluées à 2.8 millions d'euros. Le coût social du tabac (comportant en plus les pertes de revenus et de production liées au tabac) est évalué à 33,5 milliards d'euros. (7)

#### IV. Prise en charge de l'addiction au tabac

##### A. Les outils de mesure de la dépendance

##### 1. Questionnaires de dépendance

##### a) Test de Fagerström (annexe 1)

C'est l'outil le plus utilisé pour mesurer la dépendance à la nicotine, il repose sur des questions simples qui permettent d'établir un score en lien avec l'intensité de la dépendance du fumeur. Il est simple et fiable, il permet d'identifier les fumeurs les plus dépendants à la nicotine. Le score réalisé est décisif pour le pronostic et le traitement.

Il comporte 6 questions et le score va de 0 à 10 (plus il est élevé, plus la dépendance est forte). Les 2 items les plus importants sont le nombre quotidien de cigarettes et le délai entre le lever et la première cigarette. En effet, le fumeur est en état de manque après une nuit de sommeil du fait de la demi-vie courte de la nicotine ; ce qui le pousse à fumer précocement. Plus le patient est dépendant, plus ce délai est court, avec un nombre de cigarettes plus élevé en début de journée, de manière à augmenter rapidement leur nicotémie. De plus, les fumeurs qui consomment des quantités importantes de cigarettes semblent être le plus souvent très dépendants.

Le score du test de Fagerström semble bien prédire le résultat d'un sevrage sans traitement : les fumeurs les plus dépendants ont le moins de chances de s'arrêter. Cette relation disparaît quand un substitut nicotinique a été donné, confirmant l'intérêt de cette thérapeutique pour les patients très dépendants.

b) Test de Horn (annexe 2)

Il s'agit d'un auto-questionnaire permettant d'identifier les facteurs psychologiques qui poussent les patients à fumer. Composé de 18 items, avec à chaque fois 5 propositions de réponses, le résultat de ce test classe les motivations du fumeur en 6 facteurs : trois représentant les aspects de la cigarette plaisir (relaxation-plaisir, stimulation, manipulation) et trois représentant les aspects négatifs (désir incontrôlable, habitude, réduction de tension).

c) Test Hospital Anxiety and Depression Scale (H.A.D.)  
(annexe 3)

L'échelle H.A.D. est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs, d'en évaluer la sévérité et de les discriminer. Il s'agit d'un test de dépistage utilisable par tous médecins.

Il est important de ne pas méconnaître de telles pathologies pour les traiter avant l'initiation d'un sevrage tabagique, la dépression pouvant être une contre-indication relative au sevrage.

## 2. Marqueurs biologiques

### a) Le CO expiré

Le taux de monoxyde de carbone (CO) expiré est un bon reflet de l'intoxication tabagique récente (il peut également augmenté pour d'autres causes : incendie, fuite d'un chauffe-eau, pollution,...). La demi-vie du CO dans l'organisme est d'environ 3 heures. Sa mesure est utilisée pour permettre une prise de conscience du degré d'intoxication en CO alors que les effets du tabagisme ne sont pas encore ressentis ; elle représente ainsi un outil motivationnel dans le cadre d'un sevrage tabagique.

La mesure du taux de CO expiré est simple, rapide, non invasive et peu coûteuse. L'expression des résultats de la mesure s'effectue en *partie par million* (p.p.m.). Un taux inférieur à 5 p.p.m. correspond à un non-fumeur, un taux entre 5 et 10 p.p.m. est plus significatif d'un tabagisme passif et un taux supérieur à 10 p.p.m. caractérise le fumeur. Ce taux est bien corrélé à celui de l'HbCO dans le sang du fumeur. (33)

### b) La cotinine urinaire

La cotinine est un des principaux métabolites de la nicotine, avec la trans-3'-hydroxycotinine ; sa demi-vie d'élimination est longue (de 13 à 24 heures). La cotininurie est le bio-marqueur le plus utilisé. On la mesure grâce à des bandelettes de détection par méthode E.L.I.S.A. semi-quantitative à 7 niveaux de concentration ; ce qui permet d'adapter la posologie de la substitution nicotinique : la cotininurie mesurée une semaine après le début du traitement doit être au moins égale à 60% de la valeur mesurée avant le sevrage. (33)



## B. Les différents moyens à la disposition des médecins

### 1. Le conseil minimal

Il consiste à s'enquérir systématiquement du statut tabagique de ses patients et d'encourager tous les fumeurs à l'arrêt, en demandant : « Fumez vous ? » et « Etes vous prêt à arrêter de fumer ? ». Le but est la préparation de la prise de décision à l'arrêt. Il peut être suivi d'une discussion plus approfondie et/ou la distribution d'une brochure d'information. Si ces deux questions étaient posées systématiquement à chaque consultation, on estime entre 2% et 5% le nombre de sevrage supplémentaire par an. (34, 35)

### 2. Les substituts nicotiques

#### a) Les produits :

- *Timbres* : absorption transdermique et donc lente de nicotine, il existe trois dosages sur 24 heures (21, 14 et 7 mg) et trois dosages sur 16 heures (5, 10 et 15 mg) ; le pic plasmatique de nicotine est atteint au bout de deux heures.

- *Gomme à mâcher* : absorption à travers la muqueuse buccale (donc rapide), le pic de nicotémie est atteint au bout de quelques minutes, en gardant la gomme vingt minutes en bouche et en mâchant une fois par minute

- *Comprimés sublinguaux ou à sucer, inhaleur* : même cinétique d'absorption que les gommes sans l'inconvénient du masticage. (36)

b) En pratique :

La dose de départ est définie en s'aidant du score de Fagerström, puis elle est ajustée selon les signes de sous-dosage (syndrome de sevrage) ou de surdosage (diarrhée, palpitations, insomnies...); la forme galénique est variable d'un patient à l'autre et la durée de traitement varie de six semaines à six mois.

L'association de deux formes galéniques de substitution nicotinique est possible, par exemple patchs et gommes ou comprimés buccaux pour arriver à la dose optimale. (36)

3. Les autres traitements pharmacologiques

a) Bupropion LP (Zyban\*)

Il s'agit d'un médicament utilisé dans certains pays comme antidépresseur. Il agit en inhibant la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau synaptique dans le système nerveux central. Son efficacité dans le sevrage tabagique a été démontrée dans plusieurs essais thérapeutiques et une supériorité légère du bupropion LP par rapport au traitement de substitution nicotinique. Il n'existe pas de preuve que l'association du bupropion LP et de substituts nicotiniques soit plus efficace que chacun des produits utilisés.

Le bupropion LP présente un risque de convulsions. Ces crises sont principalement généralisées de type tonico-cloniques. Il s'agit de l'effet indésirable le plus grave et le plus redouté du produit d'où ses contre-indications et précautions d'emploi nombreuses. D'un point de vue pratique, l'effet indésirable le plus fréquemment rencontré est l'insomnie qui impose de décaler

la prise du deuxième comprimé en respectant toujours un intervalle de huit heures.

Les six premiers jours de traitement, la dose est de un comprimé par jour le matin, puis après, un comprimé matin et soir, en respectant un intervalle de huit heures entre chaque prise. Le sevrage complet a lieu au cours de la deuxième semaine. La durée du traitement est de sept à neuf semaines.

Les contre-indications doivent être strictement respectées : antécédent d'une seule crise convulsive (même dans l'enfance), tumeur du système nerveux central, sevrage d'alcool ou de benzodiazépine en cours, anorexie, boulimie, trouble bipolaire, insuffisance hépatique sévère, etc. (36)

b) Varénicline (Champix\*) :

La Varénicline est un agoniste partiel de la nicotine, elle soulage les symptômes de manque liés au sevrage, tout en prenant sa place sur les récepteurs, réduisant ainsi les effets de plaisir liés au tabagisme. Dans les deux études principales sur l'efficacité du Champix\*, celle-ci était supérieure à celle du Bupropion ou du placebo.

Les effets indésirables les plus fréquents sont les nausées, les troubles du sommeil, les rêves anormaux et les céphalées. Les contre-indications sont limitées aux hypersensibilités à la Varénicline ou aux autres composants.

La durée de traitement est de douze semaines, renouvelable une fois. La dose initiale est de 0,5 mg par jour pendant trois jours, puis 0,5 mg deux fois par jour pendant les quatre jours suivants. L'arrêt du tabac doit intervenir environ 8 jours

après le début du traitement. Enfin, la posologie est de 1 mg deux fois par jour jusqu'à la fin du traitement. L'arrêt de la Varénicline peut être progressif. La posologie est réduite à 1 mg une fois par jour en cas d'insuffisance rénale sévère. (37)

#### 4. Les Thérapies cognitivo-comportementales

Pour le sevrage tabagique, l'objectif est l'apprentissage de stratégies pour lutter contre les situations à risque de rechute et aux envies de fumer. Les principales techniques sont : le contrôle du stimulus, les stratégies cognitives et les stratégies comportementales.

Le contrôle du stimulus est basé sur la connaissance des situations déclenchantes de l'envie de fumer. Il existe en fait trois moyens : l'évitement, la substitution et le changement de situations déclenchantes.

Parmi les stratégies cognitives, les plus utilisées consistent à :

- se répéter une liste de motivations,
- la répétition de slogans,
- l'auto-encouragement,

Les stratégies comportementales sont nombreuses :

- effectuer une action brève au moment de l'envie de fumer,
- pratiquer une activité physique,
- faire des exercices de relaxation respiratoire,
- parler à une personne soutenance.

Tout ceci vise une augmentation de la confiance en soi, et ainsi un renforcement de l'abstinence. Les thérapies cognitivo-comportementales multiplient par 2 le taux d'abstinence à 6 mois et sont complémentaires du traitement pharmacologique. (36, 38)

### C. Le sevrage

Son temps initial comporte l'évaluation de la dépendance pharmacologique envers la nicotine (par le médecin traitant) à l'aide du test Fagerström, la recherche de co-addictions (alcool, cannabis...) et de troubles anxieux et/ou dépressifs. Le test de Fagerström permet de classer les patients dans l'une des trois catégories suivantes :

- Non ou peu dépendants (50% des fumeurs),
- Moyennement dépendants (20 % des fumeurs),
- Fortement et très fortement dépendants qui représentent 30% des fumeurs réguliers de cigarettes.

Le temps ultérieur est l'aide à l'arrêt du tabac proprement dit ou sevrage. Ses modalités dépendent du score de dépendance à la nicotine et des co-morbidités éventuelles («autres drogues», troubles psychiques)

#### 1. Le ou la patient(e) est peu ou non dépendant(e) ( $\leq 3$ points au test de Fagerström)

Un sevrage sans aide médicamenteuse est le plus souvent possible. Une relation de qualité médecin traitant/malade, le soutien de l'entourage sont, à côté de la volonté du malade, des meilleurs gages de succès. L'automédication (substituts nicotiques) peut s'avérer utile chez certains patients.

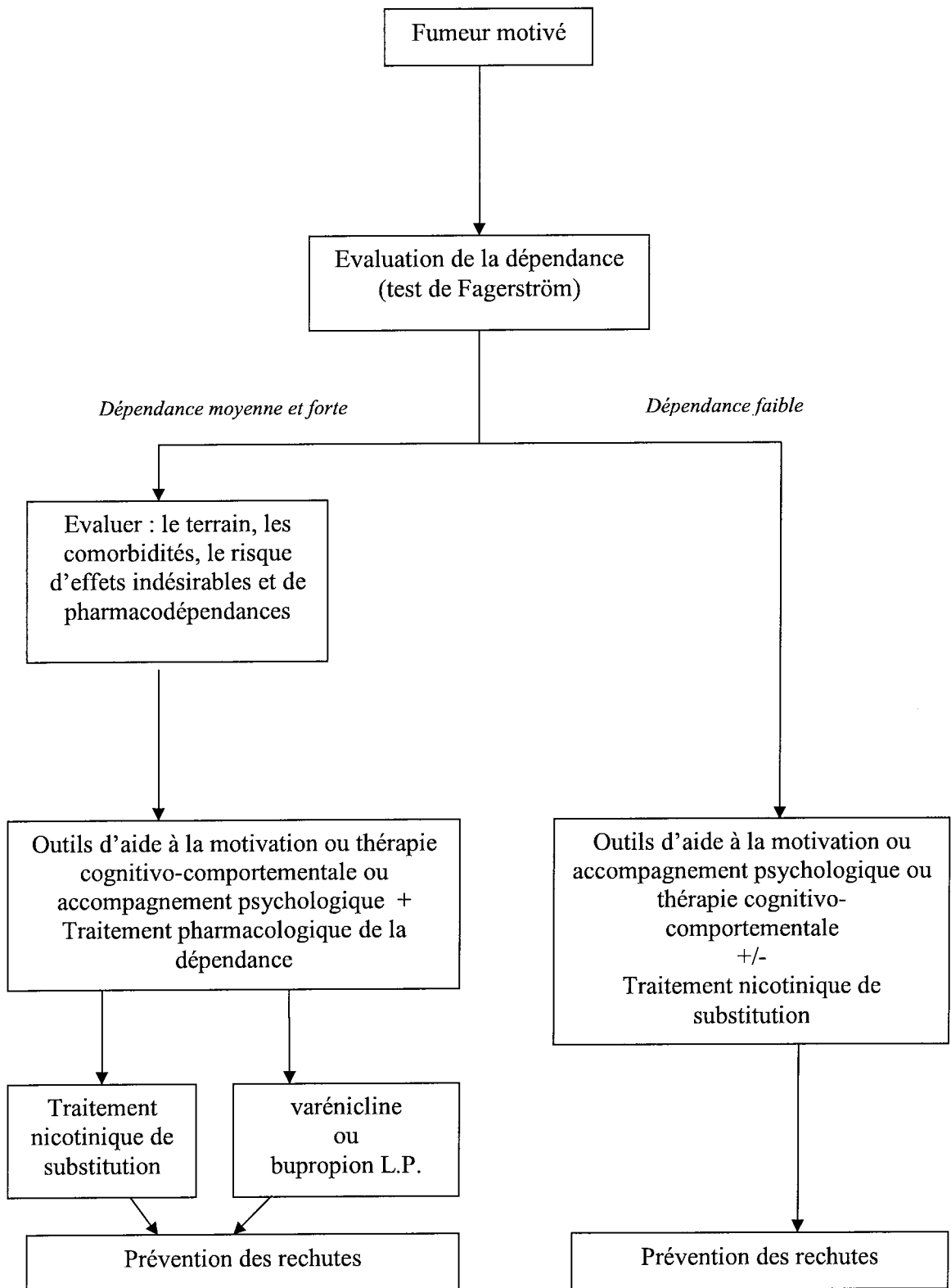
2. Le ou la patient(e) est moyennement dépendant(e) (4 à 6 points au test de Fagerström)

En cas de dépendance moyenne l'aide des divers professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmières, psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes...), ayant reçu une formation spécifique, élémentaire est efficace avec le recours aux substituts nicotiques.

3. Le ou la patient(e) est fortement dépendant(e) (> 7 points au test de Fagerström)

Pour les fumeurs ayant une forte dépendance, une aide médicalisée est indispensable (médecins généralistes, spécialistes ou sages-femmes, ayant acquis une formation et une expérience dans l'aide à l'arrêt du tabac). La prise en charge pharmacologique de la dépendance à la nicotine est importante chez ces patients (traitement de substitution nicotinique ou varénicline ou bupropion LP).

L'intervention des tabacologues hospitaliers doit être réservée aux rechutes et aux formes les plus sévères, avec dépendance très importante, co-morbidités anxio-dépressives et conduites addictives associées. (36)



(36)

## **2<sup>ème</sup> partie : Réseau de santé**

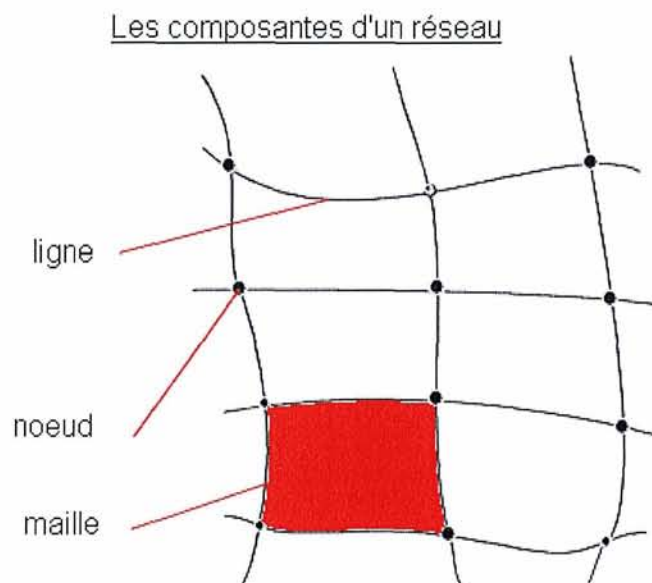


## I. Concepts et définitions

### A. Notion de réseau

#### 1. Le concept

L'origine étymologique du terme vient du mot latin "Retis", signifiant "Filet". La simple observation du dessin d'un filet permet de relever les composantes d'un réseau : les lignes, les noeuds ou points, les mailles.



On peut donc définir un réseau comme un ensemble de lignes reliées par des noeuds ou points qui délimitent des aires ou mailles plus ou moins distendues. Une deuxième définition met l'accent sur les lignes, liens ou relations entre des lieux: "ensemble des routes, des voies navigables, des lignes aériennes ou de chemins de fer qui relient les différentes régions d'un pays entre elles". Une troisième définition se focalise sur les points que l'on relie dans un réseau:

"ensemble organisé dont les éléments, dépendants d'un centre, sont répartis en divers points" (comme par exemple le réseau des agences d'une banque).

Enfin, le réseau peut être "l'ensemble de liens, d'attaches de tous ordres" (et l'on évoque ici le réseau d'habitudes ou d'intrigues).

Ces diverses définitions mettent en évidence plusieurs composantes caractéristiques d'un réseau :

- des éléments de base ou noeuds du réseau (unités de base participant au réseau);
- des lignes, liens ou sillons entre les noeuds (ou encore des canaux d'échange);
- des flux, des échanges entre les noeuds transitant par les liens (les transactions entre les unités du réseau);
- une allure générale ou morphologie du réseau, plus ou moins complexe;
- une appartenance à un "propriétaire", à une communauté ou un partage d'identité;
- un fonctionnement et un mode de management, plus ou moins conscient (une gestion et une régulation);
- une production propre, une finalité, une action commune;
- une plus ou moins grande visibilité ou transparence (opacité) du réseau.

## 2. Avantages du travail en réseau (39)

Dans la plupart des cas, c'est la nécessité de l'économie de moyens ou celle du partage des efforts et des ressources qui conduit à la création de réseaux. La plupart des réseaux répondent bien à cette attente de solidarité/coopération et cela a un coût minimal pour les éléments de base participant aux réseaux.

L'un des avantages majeurs des réseaux consiste en ce qu'ils peuvent faire bénéficier l'élément de base (l'individu, l'organisme) du "plus" que représente la totalité des membres du réseau ou du "plus" que constitue la production globale spécifique du réseau.

Le réseau est aussi une solution idéale pour assurer une ouverture sur le monde, pour faciliter les contacts, pour découvrir des territoires inconnus, mais à condition toutefois qu'il ne s'enferme pas dans des logiques d'autodéfense ou de reproduction de normes stérilisantes.

Ajoutons un avantage qui peut être celui du gain de temps dans l'usage efficace d'un réseau pertinent. Le réseau peut accélérer les processus de recherche et d'obtention des informations, ainsi que les processus de création de toutes natures, sous réserve toutefois que les protocoles d'accès et d'échanges ne viennent pas freiner cette communication dans le réseau.

Il est certain aussi que les réseaux peuvent être producteurs d'effets médiatiques, de même qu'ils peuvent influencer leur environnement, soit du fait de leur taille, soit en raison de leurs ramifications, soit enfin par leur identité propre souvent originale.

Retenons enfin que les réseaux sont d'excellents dispositifs de formation ou de transfert de normes; ils permettent de faire passer rapidement, à un très grand nombre de partenaires, des savoirs ou des savoir-faire spécifiques. Ils permettent la démultiplication des connaissances et des compétences et la consolidation de cultures spécifiques.

### 3. Inconvénients du travail en réseau (39)

Les réseaux peuvent s'avérer coûteux en fonctionnement. Les frais généraux, les frais de coordination, les frais de formation au travail en réseau sont autant de composantes d'un réel surcoût de l'organisation en réseau.

Pour l'acteur de base du réseau, c'est parfois beaucoup d'énergie et de temps dépensés, souvent supérieurs à ce qui avait été estimé en première analyse. En effet, outre le temps strictement nécessaire à la réalisation des tâches imparties, il faut participer à des réunions, se coordonner avec d'autres, apprendre des protocoles de travail ou d'échange, contrôler la conformité des productions aux normes fixées par le réseau.

Depuis 10 à 20 ans, on constate aussi une tendance naturelle des organisations et plus particulièrement des réseaux à raisonner à partir du seul facteur que constitue le vecteur technologique de communication ou d'échange. Véritable fuite en avant vers la technologie, cette tendance conduit à renforcer inutilement les infrastructures, à engendrer de véritables gaspillages de moyens techniques (en général faiblement utilisés).

Dans le même ordre d'idées, il faut noter une tendance naturelle des réseaux au gigantisme (exhaustivité, dépassement permanent des frontières) selon une logique de la recherche du toujours plus ou du toujours plus gros. Alors que la demande sociale s'exprime de plus en plus en termes de qualité, de ciblage et de pertinence, la réponse des organisations et des réseaux reste purement quantitative, productiviste, universaliste.

Cela amène tout naturellement les grands réseaux à évoluer vers des formes spécifiques de bureaucratisation. L'énergie passée dans le fonctionnement du réseau devient une fin en soi, les pouvoirs s'organisent de façon spécifique au sein du réseau; les images véhiculées renvoient alors plus à une logique d'administration qu'à une logique d'écoute des besoins et de mise en commun des compétences.

## B. Evolution du concept de santé

### 1. Le modèle biomédical de la santé

Le modèle biomédical de la santé est une conception mécanistique de la médecine reposant sur la notion de maladie dont l'origine est une lésion anatomo-clinique. Selon ce modèle, la santé est l'absence de maladie et le système de santé qui en découle est basé sur une approche purement curative comportant investigations diagnostiques et actions thérapeutiques ; le médecin en est le seul acteur.

### 2. Le modèle global

Dans une conception plus globale de la santé, la maladie résulte d'un ensemble complexe de facteurs organiques, psychosociaux et environnementaux. Selon ce modèle, la santé est un équilibre entre tous ces facteurs et le système de santé qui en découle aborde tous ces déterminants : de la prévention à l'accompagnement des mourants. Il nécessite l'intervention de professionnels multiples : professionnels de la santé, travailleurs sociaux, éducateurs et enseignants....

### 3. La santé : définition OMS

Dans sa définition de la santé affirmée dans sa constitution en 1946, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) l'a décrit comme « un état de complet bien être physique, mental et social ». La santé est alors abordée comme un concept positif et non comme la seule absence de maladie. Ceci permet d'en avoir une approche à la fois globale et préventive, complémentaire (et non opposée) à l'approche biomédicale.

#### C. Réseau de soin et réseau de santé

##### 1. Réseau de soin

C'est la collaboration sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes mais aussi psychologues et travailleurs sociaux.

Le patient est au centre du dispositif : les professionnels se concentrent sur la prise en charge de patients souffrant d'une pathologie ou victimes d'un problème médico-social spécifique, ou encore se coordonnent pour une prise en charge globale ( toutes pathologies confondues) de leurs patients, axée sur la prévention. Les pathologies sont le plus souvent des pathologies chroniques (asthme, diabète, hypertension artérielle, dépression...) ou lourdes (cancers, SIDA...). Beaucoup de réseaux s'organisent aussi autour de la prévention et de la prise en charge de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de l'aide à des populations en difficulté. Le fondement d'un réseau de soins est la coordination de professionnels qui s'engagent à assurer la continuité des soins et à améliorer

leur qualité, à l'aide de protocoles définis en commun, tout en mesurant les coûts engendrés.

Un réseau de soins repose sur quatre dimensions :

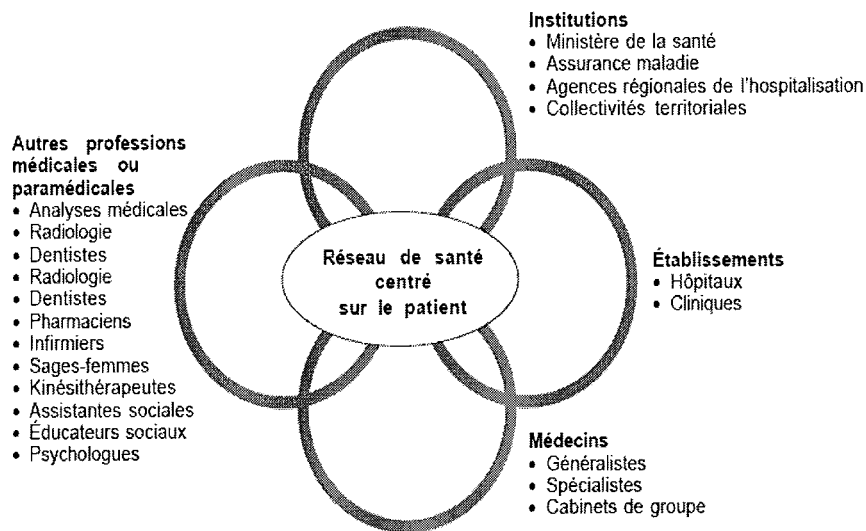
- **le projet médical** qui lie les professionnels.
- **la coordination des soins** grâce à une plus grande interaction des professionnels.
- **la formation et l'information des professionnels** (apprentissage de la pratique en réseau, respect de référentiels, retour d'informations sur les résultats du réseau)
- **l'évaluation** (évaluation de la pratique en réseau, de la qualité des soins et évaluation économique du réseau).

## 2. Réseau de santé

La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soin.

Un réseau de santé constitue une forme organisée d'actions collectives apportées par des professionnelles 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 regroupe, sur la base du volontariat, différents acteurs : professionnels des champs sanitaires et sociaux, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartiers, 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. Ces réseaux agissent sur les personnes malades et sur les personnes saines à titre de prévention.

## II. Emergence et développement des réseaux de santé

### A. Emergence des premiers réseaux (40)

#### 1. La lutte contre la tuberculose au début du XX<sup>ème</sup> siècle

En 1900, la tuberculose était responsable de 150 000 décès par an et en 1914, 65 000 militaires sont réformés pour cause de tuberculose. Une loi instituant les dispensaires dans les grandes villes est alors votée. Une prise en charge globale se met alors en place autour des dispensaires ; c'est la première expérience française en matière de réseau, qui se caractérise par :



- un diagnostic précoce et une prise en charge gratuite,
- l'isolement et le traitement des malades : places en sanatoriums et lits spécialisés dans les hôpitaux publics,
- éducation sanitaire de la population, messages de préventions effectuées par une infirmière visiteuse à domicile,
- surveillance épidémiologique assurée par les dispensaires.

## 2. Les réseaux institutionnels

L'ordonnance de 1945 instituant la sécurité sociale crée une séparation entre la prévention et le soin. La médecine libérale se consacre au soin car seuls les actes techniques sont remboursables. Le reste relève de la santé publique, de l'état, des collectivités locales et de l'hôpital public. De véritables « réseaux institutionnels » sont alors mis en place et financés par l'Etat pour lutter contre ce que J.M. Vinas nomme « les fléaux sociaux » : alcoolisme, tabac, toxicomanie, maladies mentales, maladies vénériennes, dépistage des cancers...Ce sont les « réseaux sanitaires spécialisés ».

Leurs domaines d'action vont de la prévention primaire à la réinsertion. Cependant leur financement ne relève pas de l'assurance maladie, mais de la loi de finances, il est donc limité et très rigide.

### 3. Les réseaux de soins coordonnés

Il faudra attendre la loi du 19 janvier 1983 pour voir réapparaître la notion de réseau de soins avec l'encouragement d'expérimentations de « *Réseaux de Soins Coordonnés* » largement inspirés des notions de « *managed care* » (un principe américain de gestion des soins reposant d'abord sur le contrôle du coût du soin) et des « *Health Maintenance Organizations* » (modèle concurrentiel autorisant l'accès à un réseau de professionnels sur la base d'un abonnement forfaitaire annuel).

A la différence des cas précédents privilégiant l'organisation et la coopération, l'argumentation centrale des promoteurs vise à la réduction des coûts et pas seulement à une meilleure coordination des dispositifs. Une dizaine d'expérimentations de ces réseaux a été réalisée sans suite.

#### B. Evolution de la législation

##### 1. Circulaire du 4 juin 1991 : création des réseaux ville-hôpital

Les réseaux ville-hôpital ont été officiellement créés en 1991 afin d'instaurer une meilleure coordination de la prise en charge médicale et sociale des personnes atteintes par le VIH. (41) Les réseaux ville-hôpital sont des associations subventionnées par les pouvoirs publics et rattachées à un centre hospitalier. Ils réunissent des médecins de ville, des médecins hospitaliers et les autres professionnels concernés par la prise en charge médicale, psychologique ou sociale des personnes atteintes par le VIH.

Le champ couvert va du préservatif aux appartements thérapeutiques et aux soins palliatifs. Le financement est assuré par l'état et par l'assurance maladie.

Des réseaux concernant d'autres pathologies ou des catégories de population suivront ce modèle (toxicomanies, personnes âgées, personnes démunies...), encadrés à chaque fois par une circulaire spécifique à la pathologie ou à la catégorie de population visée.

## 2. Les ordonnances du 24 avril 1996 : les réseaux Soubie

Ces ordonnances poseront le cadre légal permettant une expérimentation en matière d'organisation en réseaux dans le domaine médical et médico-social.

L'article 6 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (42) autorise la création de « réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques » et de filières de soins basées sur les médecins généralistes.

Ces réseaux sont donc « des actions expérimentales » d'une durée de cinq ans qui doivent être « des formes nouvelles de prise en charge des patients » pour permettre « d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. » Pour agréer ces réseaux et filières, un conseil d'orientation des filières et réseaux est installé officiellement en octobre 1997 sous la présidence de R. Soubie ; ainsi ces réseaux expérimentaux sont nommés les réseaux Soubie.

Cependant le parcours de création d'un réseau est long et complexe et cette procédure crée une institutionnalisation des réseaux trop rigide. En juin 2000, soit deux ans et demi après la mise en place de cette commission, cent cinquante dossiers étaient en cours d'instruction, dix-neuf avaient passé le cap du conseil d'orientation, et six seulement étaient agréés par le Ministère... Parmi ces derniers ne figuraient en outre aucun des réseaux pionniers des années 80 ! Il était aussi question pour la première fois de dérogations tarifaires pour le financement de ces réseaux.

L'article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée inscrit une définition du réseau de soin dans le code de santé publique (43) : « Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. » Cette définition exclue les réseaux ambulatoires et centre l'action de ces réseaux sur le soin.

### 3. Loi de financement de la sécurité sociale de 1999 : création du FAQSV

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale n°98.1194 du 23 décembre 1998 crée le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville (FAQSV). Ses objectifs généraux étaient de financer la promotion de la coordination des soins, l'amélioration des pratiques professionnelles, le développement du partage d'informations et le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Grâce à ce fonds, l'Assurance Maladie peut financer des réseaux de soin. Pour cela, des comités régionaux de gestion du FAQSV sont créés associant des cadres de l'Assurance Maladie, des professionnels de santé libéraux et des hospitaliers. La notion d'évaluation de ces structures apparaît et conditionne l'attribution des aides. Cependant, les « réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé » sont les seuls concernés, excluant ainsi les regroupements de professionnels de ville ou pas exclusivement centrés sur les soins.

#### 4. La loi du 4 mars 2002 et la création de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR)

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins dans son article 84 introduit dans le Code de Santé Publique (44) une définition unique des réseaux : « 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'évaluations afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins de 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. »

La loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 36) introduit de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale (45) qui créent au sein de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie une enveloppe financière mixte ville/hôpital et clinique, champs sanitaire/médico-social et social, spécifiquement dédiée aux réseaux : la Dotation Nationale de Développement des Réseaux.

Selon la circulaire n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, pour bénéficier de ce financement, les réseaux doivent répondre à un besoin de santé publique et aux orientations régionales en matière sanitaire, médico-sociale et sociale. De plus, l'organisation du réseau doit être formalisée et structurée avec une convention constitutive, une charte d'engagement du patient et un document d'informations aux patients. Enfin, une évaluation annuelle ainsi qu'à la fin de la période de financement conditionnent l'attribution de ces fonds.

Le montant de cette dotation nationale est fixé chaque année par le parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale, puis réparti en vingt deux dotations régionales. Celles-ci sont gérées conjointement par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) et par le directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies (U.R.C.A.M.) de chaque région.

##### 5. Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

L'article 94 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 crée un Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (F.I.Q.C.S.) dont l'objet est l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé.

Ce nouveau fonds reprend les champs d'intervention du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (F.A.Q.S.V.) - hors financement des actions d'évaluations des pratiques médicales - et de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (D.N.D.R.), qui fusionnent.

Ce fonds finance :

- Le développement des réseaux de santé.
- Les structures contribuant à la Permanence des soins (P.D.S.) : maisons médicales de garde, centre de régulation libérale.
- Les actions ou structures visant au maintien de l'activité et installation en zone déficitaire.
- Les actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.
- Les actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville.
- Le développement du Dossier Médical Personnel (D.M.P.).

Le décret d'application n° 2007-973 du 15 mai 2007 paru au Journal Officiel du 16 mai 2007 précise les moyens alloués à ce fonds. Il s'agit d'une dotation financière des régimes obligatoires d'Assurance Maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité Sociale. Cette dotation est attribuée par région. Ce décret définit également la nouvelle organisation de gestion de ce fonds : des instances nationales qui définissent les priorités et orientations, décident de l'affectation de la dotation et de la part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville ; et des instances régionales qui sont les interlocuteurs uniques des réseaux en matière de financement et décident de l'attribution des aides.

La circulaire d'orientation du 2 mars 2007 en matière de réseau de santé et à destination des A.R.H. et des U.R.C.A.M. précise les objectifs d'un réseau qui doivent conditionner son financement. Il doit permettre un décloisonnement entre professionnels de ville, établissements de santé publique, établissements privés à but lucratif ou non lucratif, les centres de santé, les médecins de travail, les établissements et professionnels du secteur médico-social et du secteur social. Un réseau doit également répondre aux programmes régionaux de santé.

Il doit aussi contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en développant les formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles, la protocolisation des soins, l'utilisation de référentiels et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Cette circulaire précise également les modalités de l'évaluation du réseau qui conditionne la poursuite du financement et donc sa longévité. Une évaluation interne ou autoévaluation est assurée une fois par an au minimum. Les acteurs du réseau sont les évaluateurs de leurs propres performances et de l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés. Une évaluation externe qui a lieu à la fin de chaque période de financement (tous les trois ans au minimum) doit permettre de démontrer la valeur ajoutée de l'action du réseau par rapport aux dispositifs existants. L'évaluateur doit être indépendant du réseau ou des financeurs. Cette évaluation doit porter sur l'organisation du réseau, son impact sur son environnement, la participation et l'intégration des professionnels, la prise en charge des patients dans le cadre du réseau, l'impact sur les pratiques professionnelles. L'évaluation doit également inclure une partie médico-économique comparant coûts et résultats.



Les textes officiels et les lois donnent ainsi un cadre solide au développement des réseaux de santé, marquant une volonté politique en faveur de ce mode de prise en charge et donnant aux professionnels les moyens de bâtir leurs réseaux de santé.

### III. Caractéristiques d'un réseau de santé en pratique

#### A. Statut juridique

Si la personnalité morale du réseau n'est pas une obligation légale, la création d'une structure juridique adaptée et librement choisie (association, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique, groupement de coopération sanitaire...) permet de donner un support à la gestion et au financement du réseau et d'apporter des garanties juridiques minimales aux financeurs. (46)

**L'association type loi 1901** est le statut juridique de la majorité des réseaux de santé. C'est une association à but non lucratif qui relève de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et du décret du 16 août 1901. En ce qui concerne l'Alsace et la Moselle, elle correspond à l'association dit «loi 1908 » en droit local C'est un contrat de droit privé. Les conditions pour sa création sont d'être composés d'au moins deux personnes et d'avoir un but autre que celui de partager des bénéfices. Pour obtenir une personnalité morale, l'association doit être déclarée. Cela entraîne la possibilité d'accepter ou de créer des moyens de financements, de signer des actes juridiques, d'employer des salariés, et d'agir en justice en tant que personne morale. Pour un réseau de santé, ce statut est avantageux car les procédures administratives sont simples et les contraintes comptables et juridiques sont légères.

**Le Groupement de Coopération Sanitaire (G.C.S.)** a été institué par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement sont précisées dans le décret n°97-240 du 17 mars 1997. (47) Un G.C.S. peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux. Un des membres au moins du G.C.S. doit être un établissement de santé. Il est doté de la personnalité morale et poursuit un but non lucratif. Le G.C.S. constitue le réseau de santé ou peut être membre d'un réseau ayant une autre forme juridique. Ce statut est peu utilisé par les réseaux de santé puisque les membres ne peuvent être que des professionnels de santé et qu'il est obligatoire qu'un établissement de santé fasse partie du réseau.

**Le Groupement d'Intérêt Economique (G.I.E.)** est un groupement doté de la personnalité morale qui permet à ses membres de mettre en commun certaines de leurs activités afin de les faciliter ou de les développer. C'est une structure intermédiaire entre la société et l'association, instituée par l'ordonnance 67-821 du 23 septembre 1967. Le G.I.E. présente l'avantage d'être soumis à des règles juridiques très souples en terme de capital social, d'objet ou d'organisation.

**Le Groupement d'Intérêt Public (G.I.P.)** est une personne morale de droit public. Il est le partenariat entre au moins un partenaire public et des organismes privés ayant un objectif commun déterminé. Il met en commun un ensemble de moyens et existe pour une durée limitée. Le G.I.P. a été instauré par l'article 21 de la loi 82-610 du 15 juillet 1982. C'est le statut juridique qui doit être choisi si un établissement public participe à un réseau de santé. Toutefois, les lourdeurs judiciaires et administratives (présence d'un commissaire du gouvernement et d'un contrôleur d'Etat, compétence de La Cour des Comptes sur sa gestion) sont des freins à son utilisation.

Un réseau peut n'exister qu'au travers de conventions entre établissements de santé et professionnels libéraux. Toutefois, ces réseaux ne possèdent pas de personnalité morale, et ne peuvent donc être financés par des institutions publiques.

Les réseaux de santé ne peuvent pas prendre la forme de société d'exercice libéral ou de société commerciale.

### B. Typologie des réseaux de santé

Les réseaux de santé sont un ensemble disparate de structures de prises en charge et de regroupements de professionnels. Deux tentatives de typologie peuvent être citées.

En 1999, le rapport Pailleret distinguait les réseaux en fonction du secteur à l'origine du projet (ville ou hôpital) et en fonction du secteur d'action du réseau :

- **Les réseaux ville-hôpital (V-H)** « d'initiative ambulatoire, plutôt de proximité, généralement tournés vers une population spécifique avec une composante sociale souvent forte. »
- **Les réseaux hôpital-ville (H-V)** « d'initiative plutôt hospitalière, ciblés sur une pathologie lourde chronique, à dimension généralement plus technique. »

- **Les réseaux hôpital-hôpital (H-H)** : « réseaux interhospitaliers allant au-delà des simples coopérations ou restructurations, mettant en commun les savoir-faire et organisant la complémentarité des établissements dans le cadre d'une graduation. »
  
- **Les réseaux ville-ville (V-V)** : « réseaux de proximité organisant le parcours du patient en médecine ambulatoire. »

La circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux classe, dans son annexe 2, les réseaux en trois groupes, auxquels s'ajoutent les réseaux expérimentaux de type « Soubie » :

- **Les réseaux inter-établissements** visés par l'article L 712-3-2 du Code de la Santé Publique, sont accrédités par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (A.R.H.) et ne concernent que l'hôpital.
  
- **Les réseaux monothématiques de référence et de formation** ont une activité centrée sur la formation professionnelle.
  
- **Les réseaux de santé de proximité** : c'est la grande majorité des réseaux ; ils sont centrés sur la prise en charge globale du patient, regroupant des professionnels divers, en ville ou à l'hôpital.

### C. Le financement

Pour être pérenne et donc efficace, les réseaux de santé doivent être assurés par des financements stables. Ceux-ci doivent être précisés dans un plan de financement couvrant au minimum trois années de fonctionnement du réseau et comportant un budget prévisionnel. La décision de financement public a lieu au niveau régional, au sein d'un guichet unique associant l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (U.R.C.A.M.). Cette enveloppe provient du F.I.Q.C.S décrit plus haut. Les dépenses ainsi couvertes sont celles liées au frais de fonctionnement du réseau, dont les coûts d'investissements nécessaires à son fonctionnement, à l'évaluation et à la rémunération des prestations dérogatoires à celles couvertes par l'Assurance Maladie dans le cadre de conventions professionnelles.

L'Union Européenne, la Région et les collectivités locales peuvent également allouées des subventions rentrant dans le plan de financement des réseaux. Un financement privé est également possible.

### D. L'évaluation

On peut définir l'évaluation d'un réseau comme le suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs permettant de mesurer l'impact de ce réseau sur la qualité de prise en charge des patients, sur les pratiques des professionnels qui participent à ce réseau et sur son environnement sanitaire.

Selon la circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n°2002-610 du 19 décembre 2002 qui la rend obligatoire, l'évaluation d'un réseau est duale et complémentaire.

**Une évaluation interne** a lieu tous les ans sous la forme d'une auto-évaluation effectuée par les professionnels eux-mêmes ou un représentant du réseau. Elle doit être envoyée chaque année au guichet régional des réseaux. Les critères sont choisis sur la base des indicateurs désignés en fonction des objectifs initiaux conventionnels. Les acteurs du réseau passent en revue ces objectifs initiaux, les moyens mis en œuvre pour les atteindre et leurs implications au sein du réseau. Le guide d'auto-évaluation de l'H.A.S. (ex-A.N.A.E.S.) de 2004 sert de référence pour la conduite de cette évaluation. Elle comprend cinq parties :

- Une présentation rapide du réseau qui s'articule autour des points suivants : objectif général, origine et historique du réseau, domaine d'action, population et aire géographique, objectifs opérationnels, actions mises en œuvre et résultats à atteindre.
- Une évaluation de l'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau basée sur les critères d'inclusion dans le réseau, les modalités d'adhésion, la mesure de la satisfaction et les mesures correctives éventuellement mise en place pour l'améliorer.
- Une évaluation du fonctionnement du réseau qui permet de s'assurer de l'existence d'un réel pilotage et d'une organisation structurée.
- Une évaluation de la prise en charge au sein du réseau pour la comparer à une prise en charge traditionnelle, si elle existe. Cette évaluation s'appuie sur l'analyse des protocolorisations des prises en charge au sein du réseau, sur le niveau d'échanges des données de santé, sur l'étude des modifications des prises en charge des patients dans son territoire de santé, et sur l'impact du réseau sur l'état de santé de la population.

- Une évaluation économique qui vérifie que le coût de la prise en charge en réseau se rapproche du coût de la prise en charge conventionnelle ou hors réseau.

**Une évaluation externe** a lieu tous les trois ans au minimum, soit à la fin de chaque période de financement. Elle est réalisée par un prestataire de service qui est indépendant du réseau et des financeurs ; celui-ci est recruté par appel d'offre par le guichet régional des réseaux. Cette évaluation repose sur l'ensemble des indicateurs recueillis par les acteurs du réseau (y compris les auto-évaluations). Elle procède également de l'analyse de dossiers anonymisés et sur des entretiens avec les acteurs du réseau : personnels administratifs, professionnels, patients, partenaires (établissements de santé, institutions...). Enfin, l'évaluation est basée sur l'analyse des comptes annuels du réseau.

Les champs de cette évaluation externe sont abordés dans l'annexe 1 de la circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S.) et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.) en matière de réseaux de santé.

En premier lieu, le fonctionnement du réseau est évalué et cette évaluation « doit permettre (...) de s'assurer de la pertinence de l'organisation mise en œuvre, de sa stabilité au regard de la dynamique du réseau, de sa capacité à prendre des décisions, et à trouver des solutions aux difficultés. »

Les modalités de mise en œuvre des formations, l'impact du réseau sur son environnement, la participation et l'intégration des acteurs du réseau sont également étudiés.

Cette évaluation porte ensuite sur la prise en charge des patients au sein du réseau (au travers, par exemple, du niveau d'atteinte des objectifs, de l'amélioration de l'état de santé des patients ou de leur satisfaction), et sur l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles (grâce à l'étude de la présence de protocoles de soins ou d'actions, leur application et leur impact sur les pratiques).

Enfin, une évaluation médico-économique « a pour but de dégager les différences entre la situation avec réseau et une situation d'organisation alternative pour une même thématique, afin d'évaluer le bien fondé des politiques de financement engagées. » Elle se base sur la mesure du coût engendré par le réseau qui englobe les coûts de fonctionnement et les coûts relatifs aux prestations dérogatoires.

#### E. Le système d'information et de communication

Le système d'information et de communication est l'élément structurant d'un réseau et le support indispensable à son évaluation. (48) Il contribue à la gestion des opérations quotidiennes et renseigne des indicateurs de fonctionnement et d'évaluation permettant une gestion stratégique du réseau. Il permet le suivi des trajectoires du patient, la mise en place de protocoles et de référentiels, s'appuyant sur la traçabilité et le partage de l'information.

La majorité des réseaux utilise un système d'information et de communication basé sur le support papier : charte, brochure, rapport, compte rendu de réunions.... Les plus sophistiqués emploient un système informatique élaboré avec ordinateurs, réseau informatique, logiciels associés, base de données, ....



Dans tous les cas, le **dossier du patient** (appelé souvent dossier de santé ou dossier médical) est souvent le pivot du système d'information. Il est rarement unique, surtout quand des hôpitaux ou des cliniques interviennent au sein du réseau. La transmission de tout ou partie de son contenu est prévue à l'article L1110.4 du Code de la Santé Publique (C.S.P.). Elle ne peut s'effectuer que dans le cadre d'une prise en charge partagée et après accord de l'intéressé. Celui-ci a accès à ce dossier.

La **convention constitutive du réseau** est prévue par l'article D6321-2 du C.S.P. et doit indiquer l'organisation, le fonctionnement et une démarche d'évaluation. L'article D6321-5 du C.S.P. précise la composition de cette convention.

Elle doit contenir :

- L'objet du réseau et les objectifs poursuivis ;
- L'aire géographique du réseau et la population concernée ;
- Le siège du réseau ; l'identification précise des promoteurs du réseau, leur fonction et, le cas échéant, l'identification du responsable du système d'information ;
- Les personnes physiques et morales le composant et leurs champs d'intervention respectifs ;
- Les modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels et des autres intervenants ;
- Les modalités de représentation des usagers ;
- La structure juridique choisie et les statuts correspondants, les différentes conventions et contrats nécessaires à sa mise en place ;

- L'organisation de la coordination et du pilotage, les conditions de fonctionnement du réseau et, le cas échéant, les modalités prévues pour assurer la continuité des soins ;
- L'organisation du système d'information, et l'articulation avec les systèmes d'information existants ;
- Les conditions d'évaluation du réseau ;
- La durée de la convention et ses modalités de renouvellement ;
- Le calendrier prévisionnel de mise en oeuvre ;
- Les conditions de dissolution du réseau.

Un **document d'information à destination des usagers** du réseau est prévu à l'article D6321-3 du C.S.P. et décrit « le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'utilisateur à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité. »

La **charte du réseau** est prévue à l'article D6321-4 du C.S.P. et doit préciser :

- Les modalités d'accès et de sortie du réseau ;
- Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage ;
- Les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants ;
- Les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs.

Les réseaux de santé favorisent l'émergence de métiers articulés autour du système d'information et de communication. Le meilleur exemple est celui de coordonnateur qui doit posséder des compétences techniques (gestion, informatique) et relationnelles (animation d'équipes, gestion de conflits).

L'ensemble des outils actuels des systèmes d'information des réseaux est listé dans ce tableau.

agenda	Fiches de profil des professionnels	Logiciel d'enquête
Annuaire des acteurs du réseau	Fiches ou cahier de procédures	Messagerie électronique non sécurisée
Base de données administratives	Fiches ou cahier de protocoles de soins	Messagerie électronique sécurisée
Cahier des charges de l'évaluation	Forum sur internet	Messagerie instantanée (chat)
charte	Gestion électronique de documents	Plan personnalisé de soins
Comptabilité analytique	gestionnaire de projet	Planning d'activité
Convention constitutive	Gestionnaire de tâches	Plaquette de présentation
Documents de formation	Grille d'auto-évaluation	Rapport d'activité
Dossier du patient partagé	Guides de bonnes pratiques du réseau	Rapport d'évaluation externe
Dossier du patient non partagé	Intranet propre au réseau	Référentiels économiques
Fiche de signalement	Lettre ou bulletin d'information	Règlement intérieur
Fiche d'information des patients	Liste de codes ou nomenclatures	Répertoire des patients
Fiche ou dossier d'évaluation	Liste de tâches	Site web du réseau
Fiche d'adhésion des membres	Logiciel d'aide à la prescription médicale	Tableau de bord
Fiche(s) ou cahier de liaison		

## F. La formation

La formation professionnelle est un des piliers du travail en réseau. Elle permet aux différents professionnels du réseau, quelque soit leur secteur d'activité (médical, paramédical, social,...), mais aussi aux partenaires (institutions, financeurs, patients et population locale) d'acquérir des connaissances transversales grâce à une formation interprofessionnelle et transdisciplinaire.

Cette formation au sein d'un réseau n'a pas seulement pour objectif d'augmenter les niveaux de connaissances, mais aussi de modifier les pratiques. C'est la rencontre et l'échange de savoir-faire entre acteurs de niveaux d'expérience différents. Elle doit répondre aux besoins de formation du réseau, déterminés en fonction des objectifs de celui-ci.

La formation peut-être le fait d'une ou plusieurs « personnes ressources » membres du réseau ou de solutions clés en main élaborées par des organismes extérieurs, voire par d'autres réseaux. En effet, des membres d'un réseau peuvent être amenés à apporter leur expérience et leur expertise dans le cadre de la formation d'autres réseaux par exemple. (49)

**Troisième partie : Le réseau LST**  
**Et ses résultats à 2 ans et demi**

## I. Présentation du réseau Lorraine Stop Tabac

### 1. Caractéristiques du réseau

#### 1. Fiche d'identité du réseau

Le réseau Lorraine Stop Tabac (L.S.T.) a son siège social situé au sein du centre médical de Behren-Les- Forbach.

Son promoteur est l'Association de Moselle Est de Lutte contre le Tabagisme (A.M.E.L.U.C.T.A.) qui est une association loi 1908 située à Behren Les Forbach. Créée en juin 2004, celle-ci regroupe des professionnels du monde médical, paramédical et social déterminés à lutter contre le tabagisme actif et passif et la co-addiction tabac-cannabis. Cette association a ouvert une consultation de sevrage tabagique multidisciplinaire (médecins généralistes, médecins hospitaliers, sages femmes, médecins de Protection Maternelle et Infantile) et œuvre également dans le domaine de la prévention (incluant information, sensibilisation et éducation) et de la formation de professionnels. Le Programme Régional d'Assurance Maladie de Lorraine a donc chargé l'A.M.E.L.U.C.T.A. de fabriquer ce réseau de santé.

L'action du réseau concernait cent vingt communes au départ, mais s'est rapidement étendue sur le territoire de la caisse primaire de Sarreguemines et de la Société de Secours Minier (S.S.M.) de Moselle Est qui comprend les arrondissements de Forbach, Sarreguemines et Sarrebourg.

Les acteurs et partenaires du réseau sont des médecins généralistes ou spécialistes, des pharmaciens, des infirmiers, des diététiciens, des sages femmes, des psychologues, et des professionnels travaillant au service de la protection maternelle et infantile (P.M.I.) ou dans les centres hospitaliers de Moselle Est.

## 2. Les objectifs du réseau

Les objectifs du réseau LST sont :

- aider tout fumeur qui le désire à arrêter de fumer.
- améliorer l'accueil du patient, sa prise en charge et son accompagnement.
- lui faire bénéficier d'une offre de sevrage tabagique qualitativement et quantitativement satisfaisante.
- améliorer l'accès à la prévention, à l'éducation et à l'information.

Ces objectifs ont pour référentiel initial la conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) : « L'arrêt de la consommation du tabac » de 1998.

## 2. Fonctionnement du réseau

### 1. Les intervenants du réseau

- a) Le comité de pilotage du réseau est composé de deux comités :

Un comité de coordination composé du président, du secrétaire, du trésorier et du coordinateur administratif. Celui-ci assure un suivi technique et administratif. Ce comité se réunit tous les deux mois et plus si nécessaire.

Le coordinateur centralise toutes les informations. Il assure la gestion logistique et technique quotidienne.

Un comité scientifique ou cercle d'experts se réunit une fois par an. Il est chargé d'établir et/ou de réajuster les référentiels médicaux et les protocoles de prise en charge, de faire évoluer les pratiques professionnelles par l'élaboration de programmes de formations et par le contrôle de leur mise en œuvre. Il est composé de professionnels libéraux et d'experts.

#### b) Les praticiens du réseau

Les praticiens du réseau référents en matière de sevrage sont des médecins salariés, libéraux ou hospitaliers, généralistes ou spécialistes et des sages femmes.

Ceux-ci sont chargés de collecter les informations médicales relatives au sevrage sur le dossier médical. Ils mettent en place la stratégie pour le sevrage. Ils peuvent saisir le comité scientifique de tout problème médical, celui-ci agira en qualité de conseil.

Les autres intervenants (psychologues, diététiciens) leurs transmettent par courrier les informations relatives à leur discipline à l'aide d'une fiche figurant dans le dossier médical.



## 2. Le parcours du patient tout au long de sa prise en charge par le réseau :

Le fumeur rencontre son médecin traitant, un praticien hospitalier, une sage-femme, un diététicien ou un pharmacien ; après un entretien, il décide d'entreprendre un sevrage. Le praticien peut diriger son patient vers le réseau L.S.T. en lui donnant le numéro de téléphone du secrétariat, où on lui communique le nom du médecin ou de la sage-femme membre du réseau le plus proche de son domicile.

La prestation comprend : cinq consultations gratuites auprès d'un médecin ou d'une sage-femme du réseau, deux consultations gratuites si besoin auprès d'un psychologue et d'une diététicienne, un remboursement de 50% du prix des traitements de substitution et du Bupropion, ainsi qu'un forfait de quatre-vingt dix euros sur la Varénicline.

Le fumeur a également la possibilité de changer de professionnels prenant en charge son sevrage, et de quitter à tout moment et de sa propre initiative le suivi du dispositif de sevrage tabagique.

C'est le médecin ou la sage-femme délégué(e) qui réceptionne la charte d'engagement signée et qui remplit également une fiche d'entrée qui sera transmise au médecin coordonnateur lors de la première séance de sevrage.

Les consultations de sevrage tabagique relevant du médecin sont au nombre de cinq.

Au cours la première consultation, le médecin ou la sage-femme identifie les antécédents médicaux du patient, les contre-indications et freins éventuels au sevrage tabagique, les rapports du fumeur avec le tabac, les motivations à l'arrêt du tabac. Il peut, si nécessaire, prescrire un traitement d'aide à l'arrêt et orienter vers un psychologue ou vers des séances de diététique (annexe 4). Pour cela, le praticien dispose de questionnaires, de tests reconnus (test de Fagerström et test H.A.D. (Human Anxiety Depression)).

La deuxième séance a lieu environ sept à quinze jours après le premier jour de sevrage, elle permet d'évaluer la réalité de l'arrêt. Si la consommation continue avec ou sans diminution, l'objectif est de comprendre et de faire comprendre les causes de l'échec. Cette consultation est également l'occasion d'expliquer encore une fois le comportement de dépendance et de renforcer les motivations en verbalisant les bénéfices de l'arrêt. L'évolution physique et psychologique du sevrage, ainsi que les différents symptômes de sous dosage et de surdosage du traitement de substitution sont évalués. Ceci afin de réajuster et éventuellement de compléter la prescription par d'autres molécules (phytothérapie, vitamine C) ou de proposer la consultation d'un diététicien ou d'un psychologue.

La consultation numéro trois, à peu près 21 à 30 jours après l'arrêt, permet l'évaluation du traitement et la réalité du sevrage, ainsi que la verbalisation des difficultés rencontrées et des avantages ressentis. Ceux-ci sont valorisés, des solutions aux difficultés sont recherchées. Les traitements et prises en charge sont alors éventuellement modifiés.

Lors de la quatrième séance, les objectifs restent identiques. Les probabilités de rechute sont évaluées. Elle est menée trois mois après le sevrage.

La dernière consultation, à six mois d'abstinence, a pour but de renforcer l'arrêt, de maintenir l'état d'esprit d'arrêt du tabac, d'insister sur les avantages à être devenu un ex-fumeur et de féliciter le patient sur le maintien de sa décision. Une prescription de consultation diététique et/ou psychologique est toujours possible.

Ces 5 consultations peuvent se dérouler sur un temps beaucoup plus court en fonction des réactions et des demandes du patient. Le médecin ou la sage-femme doit toujours être disponible et pouvoir être consulté rapidement en cas de baisse de motivation sur la poursuite du sevrage.

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

Durant ces consultations, l'utilisation de CO-testeur est nécessaire. Il permet de s'assurer de la réalité du sevrage, mais aussi de renforcer la motivation du patient en soulignant les bénéfices rapides de l'arrêt du tabac sur sa santé.

Les deux séances de diététique, prescrites selon le besoin, abordent les effets du tabac sur le poids et l'alimentation et corrigent les comportements alimentaires problématiques. Les deux consultations de psychologie ont pour but de faciliter l'expression des affects du patient concernant la période de sevrage en cernant mieux sa relation à la cigarette. Elles permettent également la recherche de moyens pour renforcer la motivation en identifiant tous les aspects positifs de l'arrêt du tabac.

### 3. Le panier de soin

Actes ou fournitures	Tarif (en Euro)	Nombre ou Durée de traitement	Taux de prise en charge (en %)
Consultations de sevrage « médecin »	44	5	100
Consultations de sevrage « sage-femme »	30	5	100
Consultations de nutrition ou diététique	30	2	100
Consultation de psychologie	30	2	100
Traitement de Substitution nicotinique	90	3 mois	50
Zyban*	90	2 mois	50
Champix*	90	3 mois	

#### 4. Système d'information du réseau

##### 1. Le dossier médical (annexe 5)

###### a) Pourquoi un dossier médical unique ?

Il permet de :

- Centraliser l'ensemble des informations collectées par les différents professionnels pour un même fumeur pris en charge dans le cadre du réseau.
- Capitaliser les différentes données pour garantir un suivi.
- Faciliter la conduite des séances de sevrage tabagique grâce à des questionnaires, tests et guides ; il définit le protocole médical.
- Garantir une équité de prise en charge des fumeurs.
- Extraire aisément de la base de données ainsi constituée des informations clés indispensables à communiquer anonymement au coordinateur du réseau pour assurer le suivi et l'évaluation des soins et du réseau.

## b) Composition du dossier

- une fiche identifiante contenant les données d'état civil,
- des fiches d'intervention déclinant les cinq séances de sevrage tabagique,
- des fiches de consultations psychologiques et diététiques,
- des pièces administratives : fiche d'entrée dans le réseau, charte d'engagement.

## c) La gestion du dossier

Le dossier est constitué par le médecin ou la sage-femme prenant en charge le sevrage tabagique du patient.

Les fiches d'intervention des psychologues et des diététiciens sont renseignées par ces derniers ; ce sont eux également qui les transmettent au médecin responsable du sevrage.

Le patient est informé de l'existence de ce dossier et de la possibilité de le consulter.

## 2. Autres

### a) La charte d'engagement du patient (annexe 6)

Si le patient fait le choix d'un sevrage dans le cadre de L.S.T., il signe la charte d'engagement. Celle-ci l'engage à suivre le dispositif de sevrage tabagique individualisé qui lui aura été prescrit, à participer aux évaluations de son sevrage à 3, 6 et 12 mois, à autoriser l'exploitation des données médico-sociales le concernant en vue de l'évaluation de l'action du réseau. En contrepartie, le fumeur bénéficie d'une prestation de qualité garantie par le réseau L.S.T.

### b) La charte d'engagement des praticiens

Le praticien adhère au réseau en signant la charte d'engagement. Le médecin ou la sage femme s'engage à :

- Respecter le référentiel médical du dispositif de sevrage, défini par le réseau.
- Respecter les procédures inhérentes au réseau.
- Suivre intégralement la formation proposée.
- Participer à l'évaluation du réseau L.S.T.
- Etre garant du dossier médical.
- Accepter le tiers payant.
- Transmettre les informations pertinentes (tableau de bord) au coordinateur du réseau.

Il bénéficie également de la part du réseau :

- D'une formation spécifique.
- De la mise à disposition d'outils utiles au sevrage tabagique.
- Des outils logistiques du réseau (base de données, site internet,...).
- De dérogations tarifaires et d'une rémunération des actions spécifiques (formation, éducation à la santé,...).

#### D. Financement de Lorraine Stop Tabac

Le réseau est financé principalement par le guichet unique des réseaux de santé en Lorraine, qui gère la Dotation Régionale de Développement des Réseaux en Lorraine en ce qui concerne les investissements matériels, une partie des frais de fonctionnement et le coût de l'évaluation.

Les organismes sociaux, d'assurance et de prévoyance comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sarreguemines, la Société de Secours Minière (SSM Moselle Est), le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé (F.N.P.E.I.S. : budget d'intervention de l'assurance maladie créé pour améliorer l'état de santé de la population), et le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (F.A.Q.S.V.) participent également au titre des frais de fonctionnement.



## II. Recueil de données

Les consultations de sevrage par les membres du réseau ont débuté effectivement en février 2006.

Pour la première année de fonctionnement, les objectifs opérationnels du réseau étaient clairs :

- En matière de formation et de prise en charge, le réseau prévoyait de former et d'intégrer 10 médecins et 2 sages femmes en plus des 10 médecins et 4 sages femmes formés et intégrés en 2005. L.S.T. devait également proposer un enseignement à 4 psychologues et 4 diététiciennes, à des pharmaciens et des infirmières.

- Chaque professionnel formé devait prendre en charge 10 patients par an soit 250 patients inclus en 2006.

- En matière de prévention, le réseau devait mener des actions de sensibilisation et d'informations sur les méfaits du tabac dans des entreprises, des collèges et des lycées de Moselle Est.

Pour 2007, les objectifs étaient de 5 médecins et une sage-femme à former. Ainsi le réseau espérait prendre en charge 310 patients.

## A. Les méthodes

### 1. Auto-évaluation interne

L'évaluation interne ou auto-évaluation est réalisée par les acteurs du réseau. Les critères d'évaluation sont choisis sur la base des indicateurs préalablement négociés entre le promoteur et les autorités de financement régionales (A.R.H./U.R.C.A.M.).

### 2. Tableau de bord

Un tableau de bord des principaux paramètres, tenu par le coordinateur a permis une actualisation des résultats du réseau. Il est le résultat de la synthèse de formulaires et relevés envoyés par les praticiens du réseau au coordinateur (annexe 7).

## B. Les outils

Les outils permettant la construction des différents indicateurs sont :

- La charte d'engagement du patient,
- La charte d'engagement des professionnels,
- La fiche d'inscription aux formations,
- Le tableau de suivi des inclusions de patient,
- Le tableau de suivi des consultations par professionnels de santé.

## C. Les paramètres étudiés

### 1. Critère principal

Le paramètre principal étudié est le nombre de patients rentrés dans le réseau. La population concernée est l'ensemble des patients du réseau L.S.T. ayant signé la charte du réseau et ayant effectué leur première consultation gratuite de sevrage entre début février 2006 et fin janvier 2007 en ce qui concerne l'auto-évaluation à un an. Un suivi des inclusions est possible jusqu'en septembre 2008 grâce au tableau de bord.

### 2. Critères secondaires

Les autres paramètres étudiés sont : le nombre de patients sortis du réseau, le nombre de consultations par patient et par professionnel, 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 terme de santé des patients est également analysée. Une des manières de le faire est de compter le nombre de patients sevrés par le réseau. Le tabagisme est considéré comme sevré quand le patient ne fume plus à la dernière consultation avant sortie du réseau qui a lieu à un an du début du sevrage. Un échec est un tabagisme toujours actif à la sortie du réseau et une réussite représente un patient sevré.

Enfin, un premier bilan sur le fonctionnement de L.S.T. est possible. Une évaluation du financement du réseau a également été réalisée à l'occasion de cette première évaluation.

### III. Résultats

#### A. Nombre de patients

De février 2006 à fin septembre 2008, 918 patients ont signé la charte s'engagement au réseau. Parmi ceux-ci, 537 personnes sont sorties du réseau ; seul le statut du tabagisme de ces derniers est connu : la majorité des patients sont donc considérés comme en cours de sevrage, sans préjuger du résultat. Ces 537 personnes ont quitté le réseau pour diverses raisons : sevrage réussi, échecs, abandon avant la fin du suivi, déménagement.

#### B. Praticiens du réseau

Fin septembre 2008, le réseau comptait 33 médecins. Dans le détail, il y a 26 médecins généralistes dont 3 tabacologues, 1 homéopathe et 1 acupuncteur. On note également 1 médecin de P.M.I., 1 médecin du travail et 5 praticiens hospitaliers tabacologues (2 cardiologues et 3 pneumologues). Parmi les autres professionnels membres du réseau, on compte 13 sages-femmes, 1 infirmière tabacologue, 2 diététiciens, 1 psychologue et 1 psychothérapeute. Enfin, 59 pharmacies font parties de Lorraine Stop Tabac.

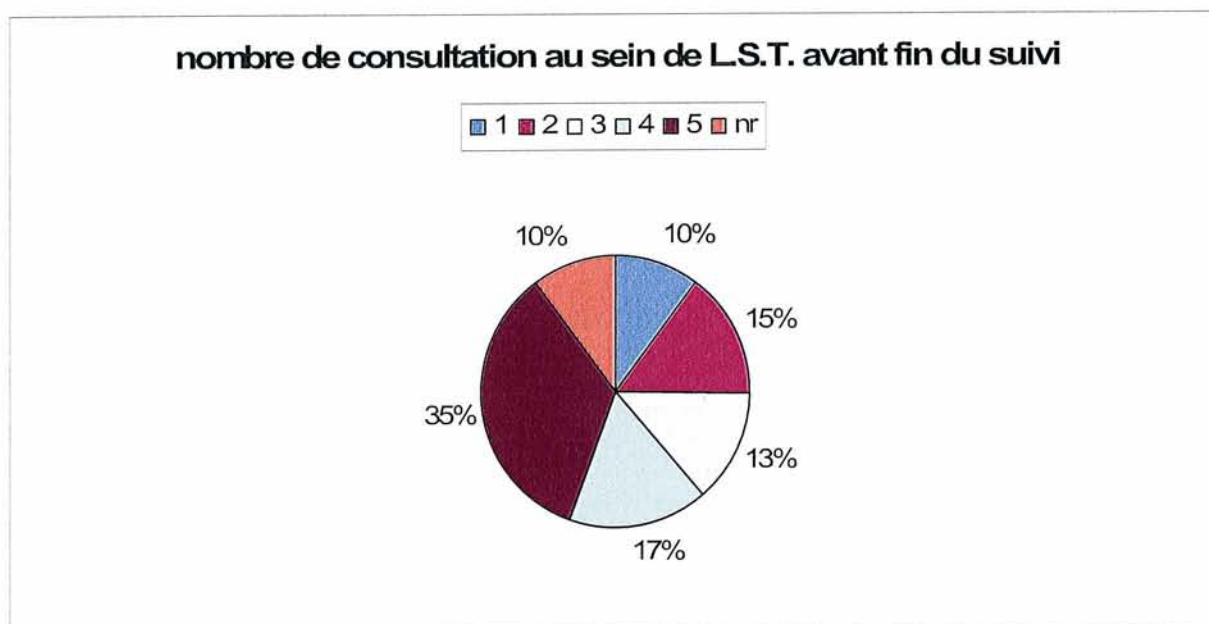
#### C. Nombre de consultations réalisées par patient

42% des patients ont terminé, pour le moment, les cinq consultations prévues. La majorité des personnes sevrées (56,2%) ont assisté aux cinq consultations prévues. A l'inverse, une majorité des patients ayant échoué au sevrage tabagique (71,5%) a arrêté le suivi précocement. On compte 94 consultations diététiques et 23 consultations psychologiques.

Le tableau suivant représente le nombre de consultations suivies par les patients avant leur sortie du réseau. Pour une partie des patients sortis du réseau, seules les données concernant la date de sortie et le résultat du sevrage sont renseignées.

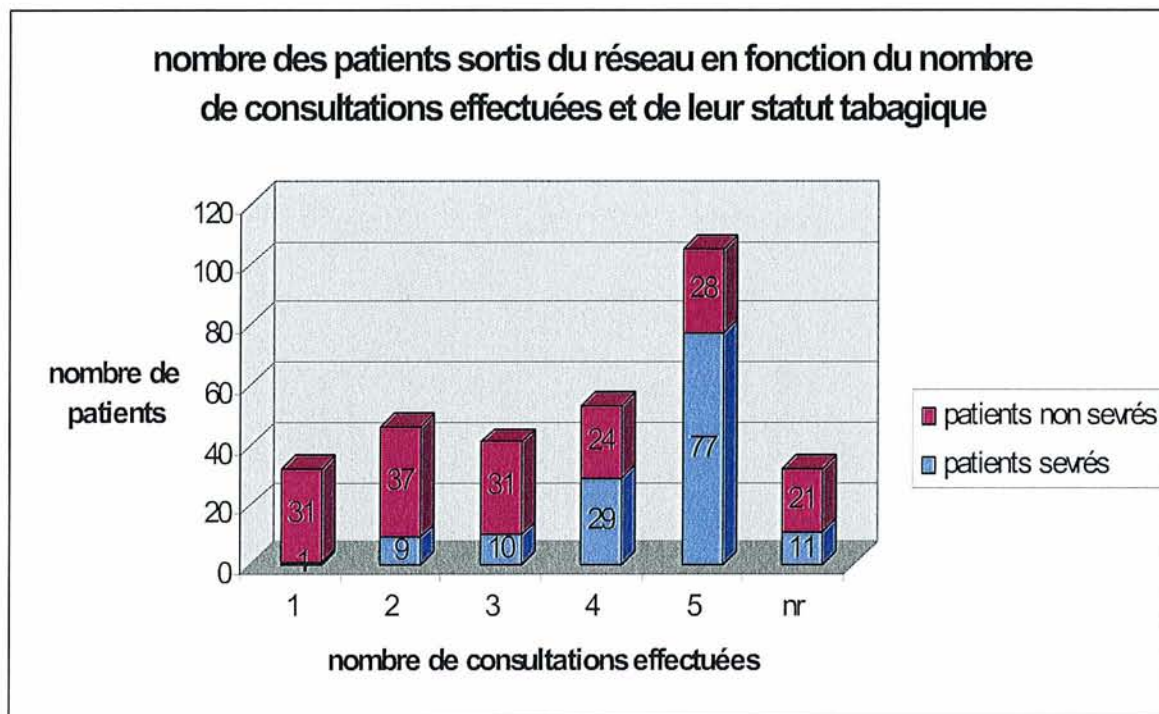
Nombre de consultations avant sortie	1	2	3	4	5	N.R.
nombre total de patients	32	46	41	53	105	74
nombre de réussites	1	9	10	29	77	25
nombre d'échecs	31	37	31	24	28	49

N.R. : non renseigné



#### D. Nombre de patients sevrés

Selon les résultats de septembre 2008, 236 patients étaient sevrés et 301 fumaient à la sortie du réseau, ce qui correspond à un taux de réussite de 43,94%. La moyenne de patients inclus par médecin était de 25,39 et de 8,88 par sage femme.



### E. Formation professionnelle

En ce qui concerne la formation professionnelle pour l'année 2006, ils ont été de 8 médecins et 1 sage-femme à avoir été formé au sein du réseau. Deux soirées de formation ont également été réalisées : une à l'intention des assistantes sociales et puéricultrices de Moselle et une pour les pharmaciens du réseau sur le fonctionnement de L.S.T. et sur les substituts nicotiques et leur dosage, le Zyban\* et la mise sur le marché du Champix\*.

Plus généralement, trois types d'enseignements ont été prévus : une formation proposée aux professionnels de santé ou non envisageant de délivrer le conseil minimum et d'orienter une personne souhaitant débuter un sevrage, un enseignement destinés aux médecins et sages femmes du réseau, et un dernier pour les diététiciens et psychologues de L.S.T. Ces deux dernières formations

portent 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 : dossier médical, test de dépendance.

#### F. Nombre d'actions pour l'éducation à la santé

Durant la première année de fonctionnement du réseau, 18 actions de prévention et de sensibilisation sur le tabac ont été menées dans différents collèges, lycées et entreprises. Trois journées sur le thème : Hôpital sans tabac ont été organisées à l'hôpital gériatrique de Creutzwald. Une conférence d'information sur le tabac et ses méfaits a eu lieu à la S.S.M. de Freymin-Merlebach.

Pour l'année 2007, 23 interventions en entreprises et en milieux scolaires et sociaux ont été réalisées.

#### G. Organisation et communication de L.S.T.

Au niveau de l'organisation du réseau, toutes les instances prévues par les statuts sont mises en place. Les réunions du conseil d'administration sont organisées régulièrement. Ainsi, on compte en 2006 quatre réunions du conseil d'administration et une assemblée générale. Toutes ces réunions donnent lieu à la rédaction d'un procès verbal rédigé par le secrétaire de séance.

Les postes de coordinateur et de secrétaire sont pourvus depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2005.

Le réseau communique à travers des plaquettes et des affiches renseignant sur les prestations offertes, ainsi que par un numéro de téléphone unique pour orienter le fumeur vers le professionnel le plus proche de son domicile.

#### H. Tableau récapitulatif

Le tableau suivant résume les principaux résultats de L.S.T. après plus de deux ans de fonctionnement :

<b>critères</b>	<b>Septembre 2008</b>
Nombre de médecins formés et inclus dans le réseau	33
Nombre de sages femmes formées et incluses dans le réseau	13
Nombre de diététiciennes formées et incluses dans le réseau	2
Nombre d'infirmière formée et inclus dans le réseau	1
Nombre de psychologues formées et incluses dans le réseau	2
Nombre de patients inclus	918
Nombre de sorties	537
Dont : Réussite	236
Echec	301
Nombre de pharmacies intégrées dans le réseau	59
Nombre de consultations diététiques	94
Nombre de consultations psychologiques	23
Nombre de consultation de tabacologie	2555
Moyenne de patients inclus par médecin	25,39
Moyenne de patients inclus par sage femme	8,88
Nombre d'interventions en entreprise, en milieu scolaire et social	23



## **4<sup>ème</sup> partie : Analyse et discussion**

## I. Analyse

Le nombre de patients inclus pour la première année de fonctionnement du réseau était conforme aux prévisions. Pour l'année 2007, les objectifs sont largement dépassés puisqu'en avril 2008, le nombre de patients inclus représente le double des prévisions. Ce résultat montre un réel besoin au niveau local. Il semble également que les professionnels médico-sociaux du secteur aient bien intégré l'existence du réseau, étant donné le succès de celui-ci. Pour répondre à la demande forte de sevrage tabagique, le nombre de patients inclus par médecin a dû être nettement augmenté par rapport aux prévisions de départ.

Même si la majorité des médecins référents du réseau sont des généralistes, l'objectif de pluridisciplinarité inhérent à tout réseau de santé est atteint puisque cinq spécialités médicales et des sages femmes participent au réseau Lorraine Stop Tabac en 2006. Au cours de la deuxième année de fonctionnement, le réseau s'est encore amélioré dans ce domaine avec plus de spécialités représentées et un décroisement ville/hôpital renforcé. Ceci est une des priorités des financeurs précisés dans la Circulaire du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé.

En ce qui concerne les résultats en termes de sevrages réussis, le taux de 43,94% correspond au pourcentage de patient ne fumant plus à la sortie du réseau et il s'agit d'un chiffre supérieur aux attentes. Cependant, il s'agit d'un taux de réussite à quelques semaines du début du sevrage, il est probable que ce taux à un an soit plus faible et le réseau prévoit un chiffre de 30%, ce qui serait tout de même un bon résultat.

La majorité des sorties du réseau avec un sevrage réussi a lieu après les cinq consultations gratuites, soit après six mois de suivi. On remarque que les patients ayant échoué dans leur tentative de sevrage quittent précocement le réseau ; le maintien du suivi permettrait peut être pour certains de redémarrer rapidement un sevrage qui aurait plus de chance de réussir, ou de renforcer leur motivation à l'arrêt.

Les objectifs de formation des professionnels sont atteints, excepté une faible intégration de psychologues et de diététiciennes dans le réseau malgré la sollicitation de toutes les possibilités locales. Ceci ne permet pas de satisfaire totalement les demandes et besoins des professionnels et des patients du réseau.

Le nombre faible de consultations psychologiques réalisées par rapport au nombre de patients inclus est donc à souligner. Ces consultations sont donc réservées aux patients nécessitant un soutien psychologique important. Toutefois, il est à noter que les praticiens responsables du sevrage réalisent ce soutien à chacune de leurs consultations, leur formation dans le cadre du réseau comportant des notions de prises en charge psychologique au cours d'un sevrage, de renforcement psycho-comportemental à chaque consultation. Ils reçoivent également une formation à l'entretien motivationnel sous forme d'ateliers et sont sensibilisés aux thérapies cognitivo-comportementales. S'ils le désirent, ils peuvent s'inscrire au diplôme universitaire de T.C.C. (à la faculté de médecine de Reims pour le Grand Est).

Les actions de prévention ont touché un large public dans les domaines scolaires, hospitaliers et de l'entreprise. Le rayon d'action du réseau commence à s'élargir sur la Lorraine avec deux conférences à Nancy à l'Université Henri Poincaré, ainsi qu'à la clinique de traumatologie et des journées d'information à Metz.

## II. Discussion et perspectives

L'activité du réseau est largement supérieure aux objectifs pour cette deuxième année de fonctionnement. Une des raisons de ce succès est la faiblesse de l'offre préexistante en consultations spécialisées de tabacologie, seulement 5 dans le département de la Moselle et 15 dans toute la Lorraine. (50).

L.S.T. est une structure qui a peu d'équivalent en France. Cependant, le Réseau Santé ou Tabac en Eure et Loire (R.S.T. 28) est un réseau de santé comparable. Les objectifs, l'organisation et le fonctionnement sont proches. Quelques différences sont toutefois importantes à noter. Les offres de formations comprennent un niveau de plus avec une formation destinée aux futurs formateurs. L'offre de formations peut ainsi être multipliée et cela contribue au développement du réseau. R.S.T. 28 propose également des réunions de groupe pour les patients pris en charge par le réseau dont le but est l'information médicale et diététique, et le soutien psychologique. Enfin, plusieurs hôpitaux et cliniques du département ont été intégrés dès le départ dans le réseau (51). Ce critère est important pour l'attribution du F.I.Q.C.S. Le réseau L.S.T. veut donc développer la collaboration ville-hôpital par l'intégration au sein du réseau de professionnels hospitaliers qui ont des activités de tabacologie à destination de patients souffrant de maladies liées au tabagisme. Ceci faciliterait la prise en charge de ces patients et leur suivi à la sortie de l'hôpital. En septembre 2007, cette coopération s'est déjà mise en place puisque le centre de réadaptation cardio-vasculaire de l'hôpital civil de Saint Avold et les services de pneumologie d'Hospitalor de Forbach et de Saint Avold ont signé des conventions avec le réseau L.S.T. : ainsi les cardiologues et pneumologues tabacologues réalisent la première (et parfois la deuxième) consultation(s) dans le cadre de L.S.T. pour leurs patients hospitalisés et les orientent vers le praticien du réseau le plus proche de son domicile à la sortie de l'hospitalisation.

L.S.T. souhaite également essaimer en Lorraine et prioritairement dans les zones où aucune structure de proximité n'existe pour l'aide à l'arrêt du tabac. L'intégration de professionnels de la médecine du travail ou des services de promotion de la santé en faveur des élèves semble intéressante car les tabacologues du réseau ont été sollicités à de nombreuses reprises par des entreprises, des lycées et des collèges.

Au vu du faible nombre de psychologues et de diététiciens du réseau, celui-ci envisage de recruter des professionnels supplémentaires par l'intermédiaire de temps partiels ou de vacations si le nombre de patients pris en charge atteint les 500 par an.

Le réseau désire mettre à disposition une prise en charge à 100% des substituts nicotiques pour les patients les plus à risque : les femmes enceintes, les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle et les personnes atteintes d'affections de longue durée liées au tabagisme.

Lorraine Stop Tabac va intervenir en tant qu'expert au sein d'un autre réseau. Ainsi, une coopération avec le réseau A.L.C.A.D. (Alcool et autres addictions) va bientôt voir le jour (annexe 8), permettant à L.S.T. d'intervenir en sevrage tabagique pour la population suivi par ce réseau qui prend en charge les consommateurs excessifs d'alcool sur le sud de la Meurthe-et-Moselle (52). Ainsi L.S.T. va mutualiser son savoir-faire avec un autre réseau, ce qui est un objectif des financeurs (53). Enfin, cette coopération permettra un développement de son aire géographique d'intervention.

## **Conclusion**

Selon les experts de la Haute Autorité de Santé : « l'arrêt de la consommation tabagique doit intervenir le plus tôt possible, c'est l'arrêt et l'abstinence durable qui doivent être recherchés ; cependant, quelque soit l'âge, encourager et inciter à l'arrêt permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour la santé». (35)

Cela justifie donc pleinement le développement d'actions individuelles d'aide au sevrage tabagique. Le réseau Lorraine Stop Tabac en est un exemple. Il place le fumeur au centre d'un dispositif de soin, accompagné d'un soignant pivot, et entouré de professionnels, tous sensibilisés et formés au sevrage tabagique. Le patient dispose ainsi d'une offre de soins de qualité. Le succès de ce réseau de santé en est la preuve. Par son fonctionnement avec un cadre précis et des évaluations fréquentes, le réseau permet de suivre strictement un protocole validé afin d'assurer au financeur l'utilité et l'efficacité du budget alloué. Ainsi, L.S.T. répond à une obligation de moyens dont la médecine moderne ne peut se passer.

Ce type de structure est en pleine expansion, poussée par les besoins en santé d'une population vieillissante et exigeante, et soutenu par les financeurs. Il paraît alors probable que, dans un avenir proche, la plupart des patients porteurs d'une maladie chronique au sens large se voient proposer d'entrer dans le réseau local ou national correspondant à leur(s) pathologie(s).

## **Références bibliographiques**



- (1) Le Maître B, Le tabac en 200 questions, Editions De Vecchi ; 2003, Paris.
- (2) Expertise collective. Tabac:comprendre la dépendance pour agir. Inserm:Paris, 2004.
- (3) Dubois G, Belingard-Deybach F, Borgne A et al. Rapport du groupe de travail sur la réduction du risque tabagique ; 2001 : Paris.
- (4) Arrêté ministériel du 26 avril 1991modifié par l'Arrêté du 4 juillet 1994 fixant les méthodes d'analyse des teneurs en nicotine et en goudron et les méthodes de vérification de l'exactitude des mentions portées sur les conditionnements, ainsi que les modalités d'inscription des messages de caractère sanitaire et des mentions obligatoires sur les unités de conditionnement du tabac et des produits du tabac.
- (5) Berthomé A. Dépistage du syndrome obstructif respiratoire en médecine générale : influence sur le comportement tabagique ? Thèse de Médecine générale 2006. Nantes : 16-30.
- (6) Dautzenberg B. Tabagisme. Pathologies liées au tabagisme. Monographie. La Revue du Praticien 2004, 54 :1877-1882.
- (7) Bohadana A, Martinet Y. Le tabagisme, 3<sup>ème</sup> édition. Les abrégés Masson, Paris : 2004.
- (8) Dolivet G, Colosetti P, Merlin JL, et al. Eléments d'épidémiologie et initiation de la cancérogénèse dans les carcinomas des VADS. Conséquences thérapeutiques future ? Rev Laryngol Otol Rhinol. 1999 ; 120,1 :5-12.
- (9) Lefebvre JL, Joveniaux A, Ton Van J, et al. In: Epidemiological study of head and neck squamous cell carcinomas. Processing ECCO 7; 1993, abstract n°680: Jerusalem.
- (10) International Agency for Research on Cancer. Attributable causes of cancer in France in the year 2000. Working Group Report; 2007: Lyon.
- (11) Le Faou AL, Scemama O. Epidémiologie du tabagisme. Rev Mal Respir, 2005 ; 22 : 8S27-8S32.
- (12) De Mouzon J. Fertilité féminine, tabac et procréation médicalement assistée. 5<sup>ème</sup> Rencontre Nationale Femme, Famille, Tabac ; Nancy, 2005.

- (13) Dekeyser Boccaro J, Milliez J. Tabac et grossesse extra-utérine : y a-t-il un lien de causalité ?, J Gynécol Obstét Biol Reprod, 2005 ; 34 : 119-123.
- (14) Delcroix M. La grossesse et le tabac, Que sais je ? Quatrième édition mise à jour ; Paris, 2007.
- (15) Desurmont M, Schepas C. Liens entre la mort subite du nourrisson et l'exposition in utéro au tabagisme : comment informer les parents qui fument ?, J Gynécol Obstét Biol Reprod, 2005 ; 34 : 223-229.
- (16) Marret S. Effet de l'exposition tabagique maternelle pendant la grossesse sur le développement cérébral fœtal, J Gynécol Obstét Biol Reprod, 2005 ; 34 : 230-233.
- (17) Sasco AJ, Trédaniel J, Dautzenberg P. Exposition prénatale et cancers de l'enfant, Rapport du groupe de travail DGS Tabagisme passif ; La Documentation Française ; Paris, 2001.
- (18) Thomas D. Tabagisme passif : des effets essentiellement cardiovasculaires, Santé Sans Tabac, 2007 ; 164 : 6-8.
- (19) Abdennbi K. Maladies cardiaques (coronariennes), Rapport du groupe de travail DGS Tabagisme passif ; La Documentation Française , Paris, 2001.
- (20) Abdennbi K. Accidents vasculaires cérébraux, Rapport du groupe de travail DGS Tabagisme passif ; La Documentation Française , Paris, 2001.
- (21) Trédaniel J. Cancer bronchique, Rapport du groupe de travail DGS Tabagisme passif ; La Documentation Française , Paris, 2001.
- (22) Trédaniel J. Cancer O.R.L., Rapport du groupe de travail DGS Tabagisme passif ; La Documentation Française , Paris, 2001.
- (23) Taytard A. Asthme de l'adulte, Rapport du groupe de travail DGS Tabagisme passif ; La Documentation Française , Paris, 2001.
- (24) Scheinmann P. Asthme de l'enfant, Rapport du groupe de travail DGS Tabagisme passif ; La Documentation Française , Paris, 2001.
- (25) Deblay F. Fonction respiratoire de l'enfant, Rapport du groupe de travail DGS Tabagisme passif ; La Documentation Française , Paris, 2001.

- (26) Dautzenberg B, Scheinmann P. Infections bronchiques de l'enfant, Rapport du groupe de travail DGS Tabagisme passif ; La Documentation Française , Paris, 2001.
- (27) Hill C, Le Vu S, Mort subite du nourrisson, Rapport du groupe de travail DGS Tabagisme passif ; La Documentation Française , Paris, 2001.
- (28) Surgeon General Report 1988: Nicotine addiction. The health consequences of smoking. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Services. Publication n°CDC 88-8406, Rotkville, MP, U.S.A..
- (29) Arwidson P, Beck F, Gautier A et al. Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre Santé, France, 2004-2005, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2005 ; 21-22 : 97-98.
- (30) Beck F, Legleye S, Spilka S. Le tabagisme des adolescents en France, suite aux récentes hausses des prix, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2006 ; 21-22 : 150-152.
- (31) Arwidson P, Guilbert P, Léon C et al. Evolutions récentes de la consommation de tabac en France, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2004 ; 22-23 : 95-96.
- (32) Opp P, Enoglio Ph. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France, étude n°22. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris: 2000.
- (33) Galliot-Guillet M, Gourlain H. Quels sont les marqueurs du tabagisme ?, J Gynécol Obstét Biol Reprod ; 34 (Hors série n° 1) : 3S154-3S170.
- (34) Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. Tob control 1995; 4: 162-169.
- (35) Groupe de travail de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus, Paris ; 1998.
- (36) A.F.S.S.A.P.S. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Paris : Recommandation de Bonne Pratique, 2003.
- (37) Europeans medicines agency. Rapport européen publique d'évaluation: Champix.

- (38) Aubin HJ, Berlin I, Borgne A. Les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique. Monographie. La Revue Du Praticien 2004 ; 54 : 1883-1893.
- (39) Michel J. Les réseaux, un mode de fonctionnement à définir, caractériser et évaluer. Prévenir 1993 ; 27 : 11-18.
- (40) Vinas J.M. L'avènement des réseaux, de la tuberculose aux ordonnances de 1996. Actualité et dossier en santé publique 1998 ; 24 : 13-14.
- (41) Circulaire DH-DGS n°612 du 4 juin 1991.
- (42) Article L-162-31-1 du code de la sécurité sociale.
- (43) Article L-612-1-5 du code de la santé publique.
- (44) Article L.6321-1 du code de la santé publique.
- (45) Articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale.
- (46) Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé.
- (47) Article R. 713-3-1 à R. 713-3-21 du code de la santé publique.
- (48) Bourret C. Les réseaux de santé : un champ de recherches prometteur pour les sciences de l'information et de la communication. Actes du XIIIème congrès national des sciences de l'information et de la communication. Marseille, 2002.
- (49) Rapport final du groupe de travail « formation et réseaux ». Paris, 1998.
- (50) Site de l'Observatoire Français de Tabacologie à l'adresse : <http://oft.spim.jussieu.fr>, visité le 06 mars 2008.
- (51) Charte du réseau Santé ou tabac en Eure et Loire, téléchargeable sur le site : [www.cesel.org](http://www.cesel.org), visité le 05 mars 2008.
- (52) Site du réseau A.L.C.A.D. à l'adresse : [www.alcad.info](http://www.alcad.info), visité le 29 avril 2008.
- (53) Circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la D.H.O.S. et de la C.N.A.M.T.S. en matière de réseau de santé et à destination des A.R.H. et des U.R.C.A.M.

# **Annexes**

## Sommaire des annexes

1. Annexe 1: Test de Fagerström
2. Annexe 2: Test de Horn
3. Annexe 3: Test H.A.D.
4. Annexe 4: Fiche de prescription L.S.T.  
Relevé des produits pharmaceutiques prescrits
5. Annexe 5: Dossier médical de L.S.T.
6. Annexe 6: Charte d'engagement du patient
7. Annexe 7: Relevé mensuel des actes médicaux  
Fiches d'entrée et de sortie du réseau
8. Annexe 8: Projet de convention entre les réseaux A.L.C.A.D. et L.S.T.

1. Annexe 1: Test de Fagerström

## Questionnaire de dépendance de Fagerström

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- moins de 5 minutes .....3
- 6 à 30 minutes ..... 2
- 31 à 60 minutes .....1
- après 30 minutes .....0

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- oui .....1
- non .....0

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- la première .....1
- une autre .....0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins .....0
- 11 à 20 .....1
- 21 à 30 .....2
- 31 ou plus ..... 3

Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- oui .....1
- non .....0

Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- oui .....1
- non .....0

Score total .....

### Interprétation

0-2 pas de dépendance

3-4 dépendance faible

5-6 dépendance moyenne

7-8 dépendance forte

9-10 dépendance très forte



## 2. 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 n'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 quand 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

votre score

¥ Stimulation (A) + (G) + (M)

¥ Plaisir du geste (B) + (H) + (N)

¥ Relaxation (C) + (I) + (O)

¥ Besoin absolu (E) + (K) + (Q)

¥ Anxiété-soutien (D) + (J) + (P)

¥ Habitude acquise (F) + (L) + (R)

3. Annexe 3: Test H.A.D.

## Test Anxiété-dépression (HAD : Hospital Anxiety and Depression scale)

1. Je me sens tendu, énervé

- la plupart du temps
- souvent
- de temps en temps
- Jamais

2. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose horrible allait m'arriver.

- oui très nettement
- oui, mais ce n'est pas trop grave
- un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- pas du tout

3. Je me fais du souci

- très souvent
- assez souvent
- occasionnellement
- très occasionnellement

4. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir étendu

- jamais
- rarement
- oui, en général
- oui, toujours

5. J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge

- très souvent
- assez souvent
- parfois
- jamais

6. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place

- oui, c'est tout à fait le cas
- un peu
- pas tellement
- pas du tout

7. J'éprouve des sensations de panique

- très souvent
- assez souvent
- rarement
- jamais

8. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement

- oui, toujours
- pas autant
- de plus en plus rarement
- presque plus du tout

9. Je sais rire et voir le côté amusant des choses

- toujours autant
- plutôt moins
- nettement moins
- plus du tout

10. Je me sens gai, de bonne humeur

- jamais
- rarement
- assez souvent
- la plupart du temps

11. Je me sens ralenti

- pratiquement tout le temps
- très souvent
- quelquefois
- jamais

12. j'ai perdu l'intérêt pour mon apparence

- totalement
- je n'y fais plus attention
- je n'y fais plus assez attention
- j'y fais attention comme d'habitude

13. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses

- comme d'habitude
- plutôt moins qu'avant
- beaucoup moins qu'avant
- pas du tout

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à un bon programme radio ou télévision

- souvent
- parfois
- rarement
- pratiquement jamais

4. Annexe 4: Fiche de prescription L.S.T.

Relevé des produits pharmaceutiques prescrits

AMELUCTA  
RESEAU LORRAINE STOP - TABAC



## RESEAU LORRAINE STOP TABAC

Centre Médical de Behren  
2, rue des Vergers  
57460 BEHREN LES FORBACH  
Tél. : 03.87.13.27.45  
Fax : 03. 87.88.64.72

### ACTION DE SEVRAGE

**Assuré :**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale :

|| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Régime d'affiliation : Régime Minier - Régime Général - MSA-

### PRESCRIPTION

SUBSTITUTS NICOTINIQUES \_\_\_\_\_ (indiquer le dosage et la posologie)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ZYBAN pour un mois \_\_\_\_\_ (indiquer le dosage et la posologie)

CHAMPIX pour un mois \_\_\_\_\_ (indiquer le dosage et la posologie)

(Le réseau Lorraine Stop Tabac prend en charge 30 € par mois pendant 3 mois les dépenses de CHAMPIX.)

Deux séances de psychologie                      ou                       Deux séances de diététique

OU

Date :

Cachet et signature du prescripteur

#### RAPPEL A L'ATTENTION DES PHARMACIES :

Les produits pharmaceutiques sont pris en charge par le réseau à 50 %.  
Le pharmacien devra veiller à percevoir auprès de l'assuré la part restant due.  
L'association PACTCH et ZYBAN n'est pas prise en charge par le réseau.



5. Annexe 5: Dossier médical de L.S.T.

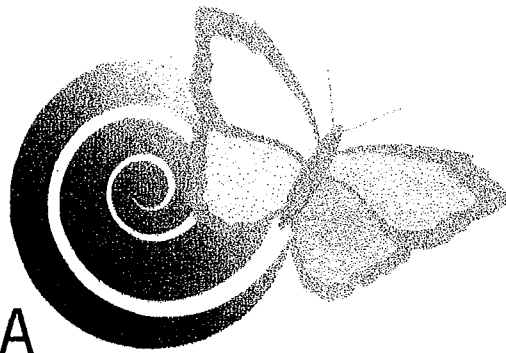


Intervenant : cachet du praticien

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  
 Régime minier

MSA  
 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 ressenti 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 le 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) correspondantes(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

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) 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 .....

#### 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	Depression
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 : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

### 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

Oui

Nombre de jours d'arrêt total :

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

TA :

Poids :  kg

maxima minima

Pouls :

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\* ?



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)

Intervenant : cachet du praticien

Numéro de dossier : .....  
(Fixé par le Coordonnateur)

Date de création du dossier :

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

### Consultation d'évaluation (J+ 365)

#### Bilan tabacologique initial

Test de Fagerström = ..... / 10      Test de Richmond =

Poids : ..... kg.      CO expiré: |\_|\_| ppm

Test de HAD :      total A |\_|\_| / 21      total D |\_|\_| / 21      total A + D |\_|\_| / 21

#### Traitement prescrit\*

Soutien motivationnel seul :  
 Oui - Non

Substitution nicotinique :  
 Oui - Non

Zyban :  
 Oui - Non

Autre médicament psychotrope :  
 Oui - Non

Prise en charge complémentaire:  
 Oui - Non

Autres :  
 Oui - Non

Diététicienne\* :

Homéopathie

Acupuncture

Psychologue\* :

Relaxation

Autres :  (vitamines, ...)

Date d'arrêt |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Date de la consultation |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

#### Le patient fume t-il\* ?

Non  (= 0 cigarette ou autre produit issu du tabac)

58. Poids : ..... kg.

60. CO expiré: |\_|\_| ppm

#### Complications à l'arrêt du tabac

- Prise de poids
- Anxiété-Dépression

\*Cocher la ou les cas(s) correspondantes(s)



Autre : \_\_\_\_\_

Ressent-il parfois encore le besoin de fumer ?  Oui – Non

Dans quelles circonstances/ pour quelles raisons ?

### Traitement recommandé

Soutien motivationnel  Oui – Non

Prise en charge complémentaire:  Diététicienne\*  Psychologue\* :

Autres :  Oui – Non

Homéopathie

Acupuncture

Relaxation

Autres :

Oui  (= au moins 1 cigarette par jour depuis plus de 7 jours)

CO expiré: |\_|\_| ppm

Date de la rechute (mois / année) : |\_|\_| / |\_|\_|

### CIRCONSTANCES DE LA RECHUTE

- Situation très tentante (convivialité)
- Besoin impérieux de fumer (dépendance physique)
- Stress
- Prise de poids
- Anxiété Dépression
- Perte de la motivation
- Autre : \_\_\_\_\_

Le patient souhaite-t-il faire une nouvelle tentative ? :  Oui – Non

6. Annexe 6: Charte d'engagement du patient



7. Annexe 7: Relevé mensuel des actes médicaux  
Fiches d'entrée et de sortie du réseau





Session :

N° d'ordre :  
(Partie réservée au  
coordinateur du réseau)

## FICHE DE SORTIE DU RESEAU LORRAINE STOP-TABAC (1)

### Identité du fumeur

- Régime d'affiliation : .....
- Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / / / / / / / / / / / /
- Nom et prénom : .....
- Adresse : .....  
.....
- Tél. : .....
- E mail : .....
- Date de naissance : / / / / / / / / / /

### Caractéristique de la sortie

- Date de la sortie du réseau : / / / / / / / / / /
- Motif de la sortie : .....
  - Réussite du sevrage
  - Déménagement
  - Décès
  - Départ en cours de suivi. Préciser le motif : .....  
.....
  - Non respect des engagements pris. A préciser : .....  
.....
  - Autre. A préciser : .....  
.....

(1) À renseigner par le médecin assurant le sevrage tabagique, puis à transmettre au coordinateur du réseau.

8. Annexe 8: Projet de convention entre les réseaux A.L.C.A.D. et L.S.T.



## CONVENTION

### **ENTRE**

**Le réseau ALCAD** (Alcool et autres addictions), situé Hôpital Villemin 47 rue de Nabécor à NANCY, représenté par son Président, **Monsieur le Professeur François PAILLE**,

### **ET**

**L'Association AMELUCTA "réseau LORRAINE STOP TABAC"** (Association de Moselle-Est de lutte contre le tabagisme), située 2 rue des Vergers à BEHREN LES FORBACH, représentée par son Président, **Monsieur le Docteur Francis RAPHAËL**

**Il a été convenu ce qui suit :**

- Article 1 :** La présente convention a pour objet la coopération entre les deux réseaux pour favoriser le dépistage et la prise en charge du tabagisme et des consommations excessives d'alcool, chacun dans son territoire d'intervention.
- Article 2 :** Les protocoles de prise en charge des patients et d'évaluation pourront être échangés, en laissant à chaque association le choix de ses propres méthodes de travail.
- Article 3 :** Les associations coopèreront dans la formation des membres de leurs réseaux, en particulier sous forme d'échange d'expertise.
- Article 4 :** Le réseau ALCAD, dans ses rapports d'évaluation, fera état aux tutelles de l'apport du RESEAU LORRAINE STOP TABAC.
- Article 5 :** Toutes les autres formes de coopération pourront être envisagées, et donneront lieu à un avenant à la présente convention.

Elle peut être dénoncée, par chacune des parties, par lettre recommandée.

**Le Président  
du Réseau ALCAD**

**Le Président  
de l'Association  
AMELUCTA  
Réseau LORRAINE STOP TABAC**

**F. PAILLE**

**F. RAPHAEL**

VU

NANCY, le 22 mai 2008

Le Président de Thèse

**Professeur M. SCHMITT**

NANCY, le 6 janvier 2009

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur H. COUDANE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 12 janvier 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
Par délégation

**Mme le Professeur Ch. CAPDEVILLE-ATKINSON**

---

RÉSUMÉ DE LA  
THÈSE

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique. La consommation de tabac rend dépendant, constitue donc une véritable addiction et est responsable de graves pathologies (maladies cardiovasculaires et respiratoires, cancers,...).

Un réseau de santé est un mode de prise en charge original de patients basé sur un parcours de soins prédéfini, pluridisciplinaire et comprenant un versant formation pour l'ensemble des professionnels le composant. Après des expériences de réseau plus ou moins réussies, ce type de structure est aujourd'hui bien réglementé tant au niveau de son organisation, que dans son financement.

Le réseau Lorraine Stop Tabac est un réseau de santé spécialisé dans la prise en charge du sevrage tabagique fonctionnant depuis début 2006. Le parcours de soin du patient répond à la conférence de consensus « l'arrêt de la consommation du tabac » de la Haute Autorité de Santé de 1998. Il a inclut 918 patients, 33 médecins et 13 sages femmes. 537 patients sont sortis du réseau et parmi eux 236 sont considérés sevrés. Ces résultats obtenus en deux an et demi démontrent que ce réseau répond à un véritable besoin et qu'un réseau de santé est un outil efficace pour lutter contre un problème majeur de santé publique.

---

TITRE EN ANGLAIS

A health network innovating in the fight against smoking in Lorraine:  
The network Lorraine Stop Tabac, description and assessment at two years and half of  
operation.

---

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2009

---

MOTS CLEFS :

Réseau de santé, réseau de soin ,pluridisciplinarté, tabac, addiction.

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R.

**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---