



PROxi SEvrage CANcer etude prose-can :
Viabilité d'un programme d'accompagnement au sevrage tabagique de patients atteints de cancer au décours de la prise en charge par chirurgie oncologique, en coordination avec le médecin traitant : résultats préliminaires

Dr Marion Barrault-Couchouren, PhD, Coordinateur groupe de recherche en SHS et soins oncologiques de support Institut Bergonié ; chercheur titulaire centre INSERM U1219, Equipe PHARES, Population Health trAnslational RESearch Université de Bordeaux

Valerie Barthélémy, Cadre de santé, Institut Bergonié, Département de chirurgie

Emma Martel, Chargée de projets en prévention et promotion de la santé, Institut Bergonié

Pr François Alla, MD, PhD, Responsable Equipe PHARES, Population Health trAnslational RESearch, centre INSERM U1219 Université de Bordeaux



Déclaration de conflits d'intérêts : Aucun



TABAGISME PENDANT LES TRAITEMENTS DU CANCER

- **Facteur de risque augmentant la mortalité spécifique ou par la survenue d'une autre pathologie** (Marant-Micallef et al., 2018 ; Passarelli et al., 2016 ; Sollie et al., 2017) :
 - Risque considérablement augmenté chez les femmes avec un cancer du sein vs les femmes n'ayant jamais fumé
 - Risque variable selon l'intensité, la durée du tabagisme et le moment de la prise en charge
- **Augmentation du risque de récurrence** (Pierce et al., 2013)
- **Impacts pendant les traitements** (Gaillot-de-Saintignon et al., 2016 ; Taylor et al., 2017) :
 - Augmente nettement le risque de complications péri-opératoires (en particulier liés à la cicatrisation),
 - Majore certaines toxicités liées aux traitements comme la chimiothérapie ou la radiothérapie
 - Diminue la qualité de vie tant sur le plan physique que psychique, émotionnel et social.



IMPACTS PSYCHIQUES DU CANCER ET DES TRAITEMENTS

- La survenue de la maladie cancéreuse implique pour le patient un travail d'adaptation psychologique important et continu.
- Lorsqu'elle est temporaire et d'intensité modérée, la souffrance psychique peut constituer une réaction d'adaptation normale.
- Selon les facteurs de risque personnels et liés à la maladie, la souffrance psychique peut conduire à des troubles émotionnels, allant de l'anxiété à la dépression (Holland et al., 2013).
 - Une étude multicentrique récente comprenant 4667 patients atteints de cancer a démontré une prévalence de la détresse psychologique de 46% (Carlson et al., 2019).
 - Une étude européenne a mis en évidence une prévalence de 31.8% des troubles mentaux auprès des patients atteints de cancers : troubles anxieux et troubles de l'humeur principalement (Mehnert et al., 2014).



LE TEMPS DU TRAITEMENT DE LA MALADIE CANCÉREUSE : UN MOMENT PROPICE À L'ARRÊT

- Les fumeurs déclarent être plus motivés à arrêter de fumer après le diagnostic de la maladie (Walker et al., 2006) → réelle fenêtre d'opportunité
- Le taux d'arrêt tabagique est plus important si une aide au sevrage est proposée au moment du diagnostic de cancer (INCa, 2016)
 - Plus le délai est court entre le moment du diagnostic et la mise en place d'un programme d'arrêt et plus le patient a de chance d'arrêter de fumer (Deutsch et al., 2016).



PRISE EN CHARGE TABAGIQUE CHEZ LE PATIENT ATTEINT DE CANCER

- Le sevrage tabagique doit être considéré comme **faisant partie du traitement du cancer quel que soit le stade de la maladie** et doit être **intégré dans le parcours de soins** du patient.
- L'aide à l'arrêt du tabac doit être systématique **quelle que soit la motivation** du patient (AFSOS, 2016).
- Ces recommandations sont appliquées de façon hétérogène (Sharpe et al., 2018).
- Les professionnels déclarent dans une méconnaissance des organisations de soins spécifiques en matière tabacologique (Warren et al., 2015).
- Insuffisamment formés aux gestes de bases en tabacologie
- Le repérage du statut tabagique du patient est peu réalisé dans les pratiques courantes.



SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT ET ADDICTOLOGIE : DE LA NÉCESSITÉ D'UNE ORGANISATION COORDONNÉE

- Virage ambulatoire
- Rôle pivot du médecin traitant
- Inégalités territoriales de santé
- Besoins hétérogènes en soins oncologiques de support
- Intégrer le sevrage tabagique dans un programme de soins coordonnés autour du patient en cohérence avec le repérage de l'ensemble des besoins psycho-sociaux.
- Peu de données sur un modèle intégratif de prise en charge du patient fumeur atteint de cancer.



OBJECTIFS DE CE PROGRAMME

- Développer une organisation/stratégie concernant l'implantation du repérage et du sevrage tabagique en cancérologie.
- Organisation impliquant une coordination des professionnels sur le territoire.
- Evaluer les conditions d'implantation et de viabilité.



EVALUATION DU DISPOSITIF

L'évaluation de ce dispositif concernera la **viabilité** et la **transférabilité** du dispositif.

La viabilité est la mesure dans laquelle une intervention est déployable dans un « milieu réel ».

Elle fait référence aux points de vue et à l'expérience des parties prenantes quant à savoir si un programme ou une intervention est pratique, abordable, approprié, évaluable et utile (Chen, 2010).



CINQ CRITÈRES POUR EVALUER LA VIABILITÉ

- Intervention abordable : conditions d'accessibilité de l'intervention pour les bénéficiaires et pour l'ensemble des parties prenantes
- Intervention utile : amélioration de la santé, du bien être des bénéficiaires
- Intervention adaptée au contexte actuel
- Intervention évaluable : recueil possible d'indicateurs
- Intervention pratique : les acteurs ont la capacité de mettre en œuvre l'intervention ou encore, est-elle en accord avec les pratiques habituelles des professionnels ?



EVALUATION DU DISPOSITIF

Méthode mixte d'évaluation :

Multi-sources : patients, professionnels (médecins traitants, professionnels de l'IB)

Multimodale : questionnaires et entretiens semi-directifs



EVALUATION DU DISPOSITIF

MESURES RÉALISÉES :

- Entretiens semi-directifs avec des professionnels (15 médecins traitants, 5 professionnels de santé au centre): utilité perçue de l'intervention, obstacles et leviers pour l'intégration de l'intervention dans la pratique, évolution des pratiques.
- Entretiens semi-directifs avec des patients (15 patients) : utilité perçue, obstacles et leviers à la participation et à la persistance dans le dispositif.
- Un questionnaire patient (T0 et T + 6 mois): caractéristiques du patient, critères de mise en œuvre, résultats du patient à 6 mois, satisfaction à l'égard du dispositif.



EQUIPES PARTENAIRES ET MODALITÉS DE COORDINATION

COORDINATION DU PROJET : INSTITUT BERGONIÉ

- **Coordination et responsable scientifique** : Dr Marion Barrault-Couchouron
- **Personnels impliqués** : UREC, équipe de psycho-addictologie, service de chirurgie de semaine, médecine, direction des soins, assistant de recherche-SHS

EQUIPES ASSOCIÉES :

- **Centre INSERM U1219, Equipe PHAres Université de Bordeaux** : Pr F.Alla ; Dr L. Donzel ; R. Ratel
- **COREADD** : association de coordination de soins et de formation en addictologie sur le territoire Nouvelle-Aquitaine : Dr P. Castera



PARTENAIRES ET RÉSEAUX DE SOINS

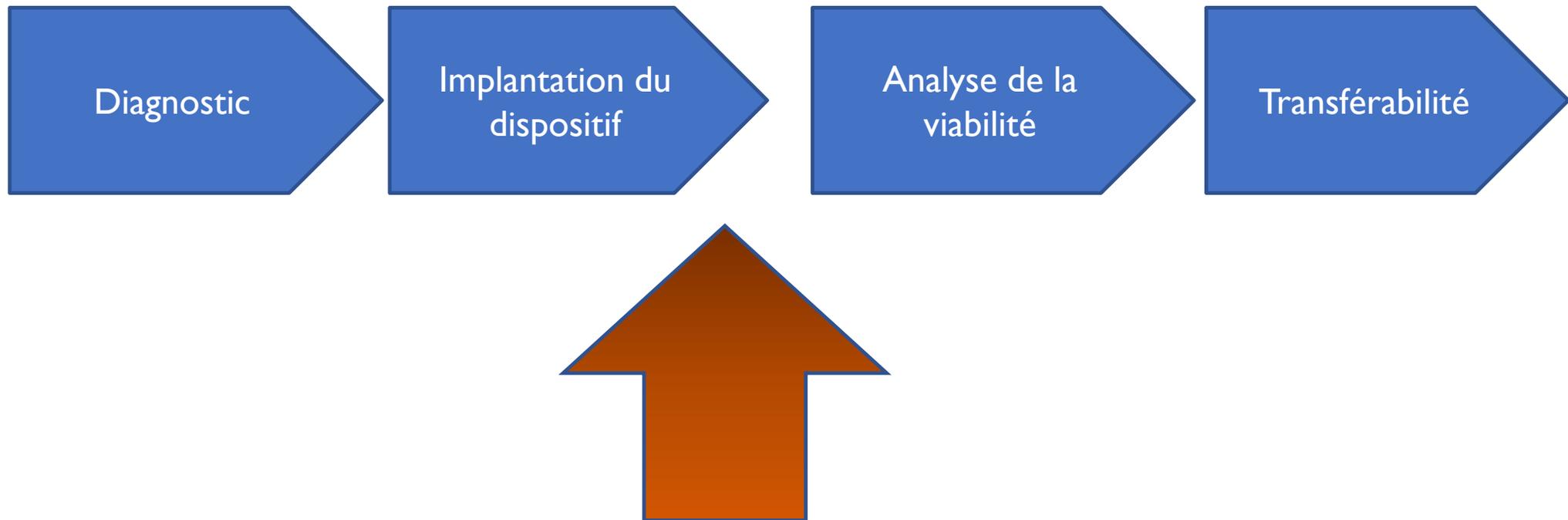
DISPOSITIF HOSPITALIER DEUXIÈME LIGNE :

- **Pôle inter-établissement en addictologie CHU de Bordeaux** (Pr Méлина Fatséas)

>> Autres structures sur la région : www.addictoloclic.com



STRATEGIE DE DÉPLOIEMENT ET D'ANALYSE





DIAGNOSTIC DANS L'ÉTABLISSEMENT

- Objectif : Décrire la situation actuelle vis-à-vis de l'aide au sevrage tabagique dans le parcours de soins en cancérologie à l'Institut Bergonié (représentations, pratiques professionnelles et organisation des soins) et émettre des pistes de travail vers lesquelles s'orienter.
- Méthodologie : Mise en place d'une enquête exploratoire qualitative en amont du déploiement du dispositif de soins coordonnés : Patients, professionnels
- Description de l'organisation des ressources internes et collaboration extra hospitalière concernant la prise en charge tabacologique.



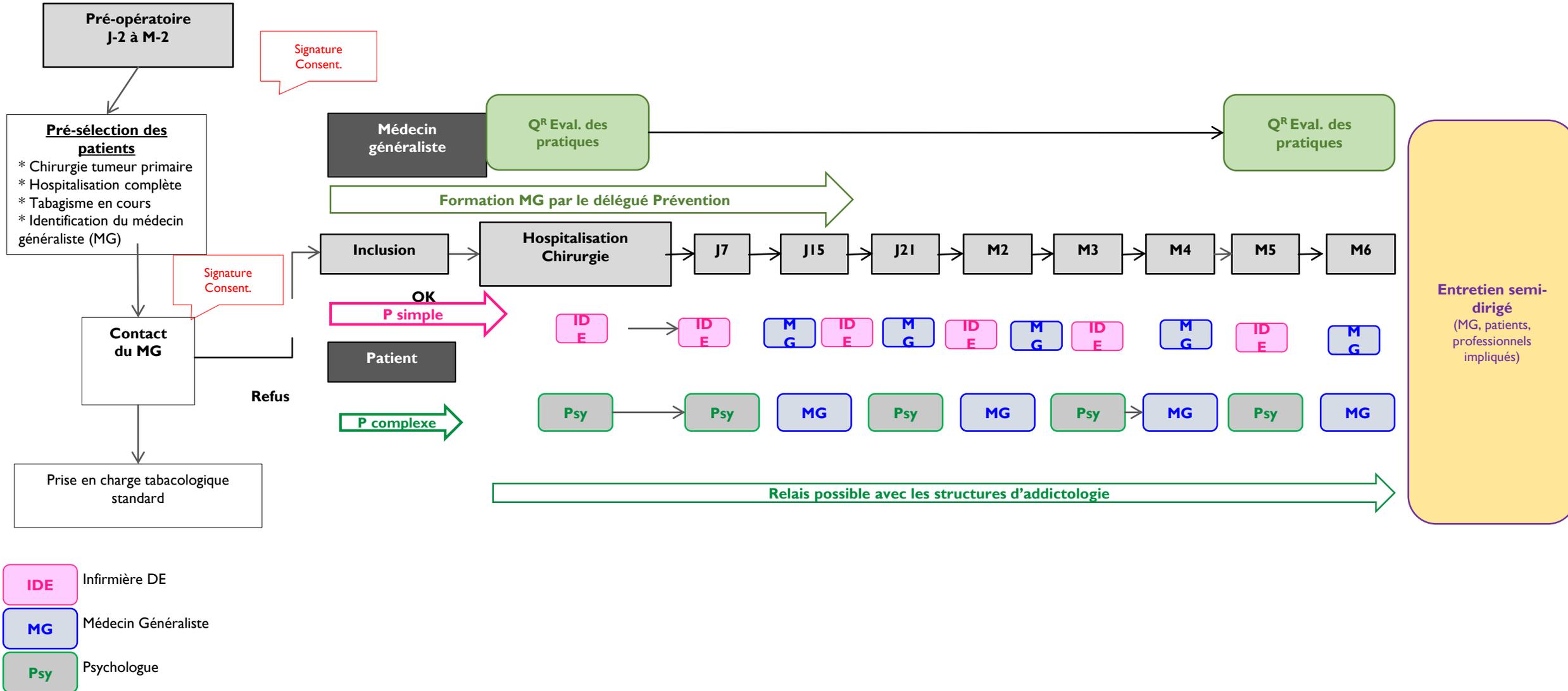
DIAGNOSTIC DANS L'ÉTABLISSEMENT

ORGANISATION

- Très peu de ressources humaines engagées concernant le sevrage tabagique
- Sensibilisation et formation des professionnels non prioritaire au plan de formation
- Supports d'information concernant les ressources régionales à jour et disponibles
- Signalétique très peu visible
- Adhésion charte LSST
- Investissement dans la recherche
- **REPRESENTATIONS DES PROFESSIONNELS**
 - Le sevrage prend du temps
 - Pas formés, pas légitimes
 - Le sevrage tabagique n'est pas opportun à proposer au moment de l'annonce
 - Peur de culpabiliser les patients et risque d'augmenter l'anxiété
 - Méconnaissance des conséquences du maintien du tabagisme pendant les traitements
- **REPRESENTATIONS DES USAGERS**
 - En demande d'aide et d'accompagnement
 - Perceptions négatives de l'impact des TSN sur les traitements du cancer
 - Recours à la cigarette pour faire face à l'anxiété et la douleur



SCHÉMA DU DISPOSITIF CLINIQUE ET DE SON EVALUATION





DÉPLOIEMENT DISPOSITIF PROSE - CAN : CREATION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE

- 1 ETP d'IDE fléché sur le projet depuis mai 2022
- Mai 2022 : Formation des IDE aux premiers gestes en tabacologie :
 - Initiation aux bases de la tabacologie
 - Formation au RPIB et à l'entretien motivationnel
 - Suivi en ligne du MOOC Tabac de la Société Francophone de Tabacologie
- Logigramme pour le repérage et les conseils minimaux pour tous les soignants
- Réactualisation du livret d'informations remis aux patients fumeurs



DÉPLOIEMENT DISPOSITIF PROSE - CAN : CREATION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE

- Réunion clinique hebdomadaire : psy + IDE + cadre de santé
- Réunions de présentation de l'avancée du projet pour les soignants de chirurgie et d'anesthésie
- Synthèse et Diffusion de la fiche des bonnes pratiques concernant le vapotage (Unicancer)
- Ligne dédiée pour les IDE Tabaco et mail spécifique
- Formulaire de prescription simplifiée pour les TSN accessibles à tous les professionnels prescripteurs
- Module de formation pour sensibilisation à la prescription
- Collaboration étroite avec pharmacie pour mise à disposition TSN dans tous les secteurs d'hospitalisation
- Création de documents spécifiques pour accompagnement des médecins généralistes



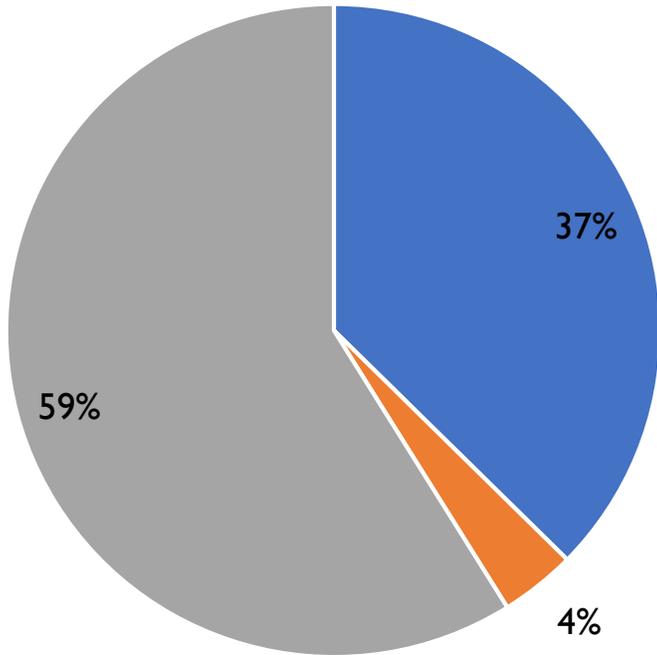
DÉPLOIEMENT DISPOSITIF PROSE - CAN

- Réalisation d'un audit :
 - semaine du 09 au 15/05 (108 dossiers)
 - semaine du 12 au 18/09 (111 dossiers)
- Recherche dans HM du repérage du statut fumeur du patient
 - Patients entrants pour un séjour avec nuitée sur l'ensemble des unités d'hospitalisation
 - Formulaire d'accueil rempli par les IDE :
 - Présence du formulaire
 - Remplissage du champ « statut tabagique »
 - Si +, action mise en place



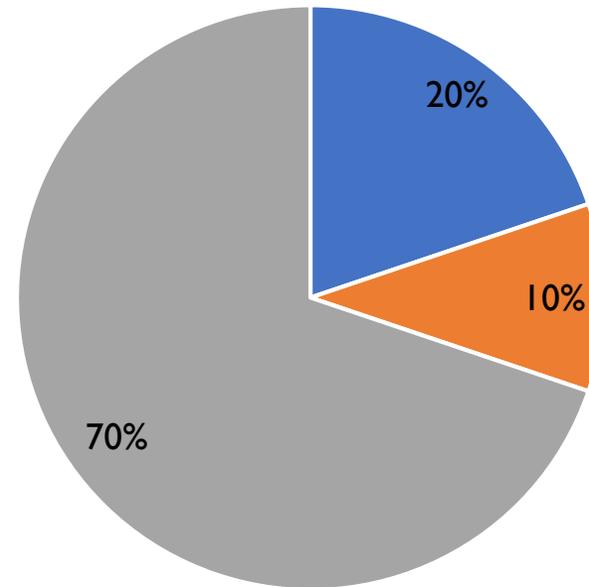
REPERAGE DU STATUT FUMEUR (TOUTES UNITÉS CONFONDUES)

■ Semaine 19



■ NR ■ oui ■ non

• Semaine 37

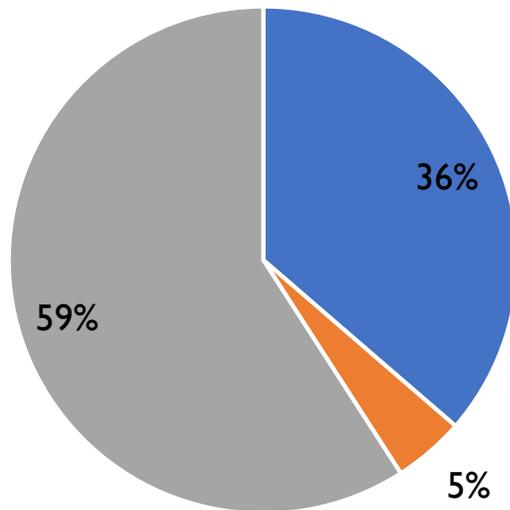


■ NR ■ oui ■ non



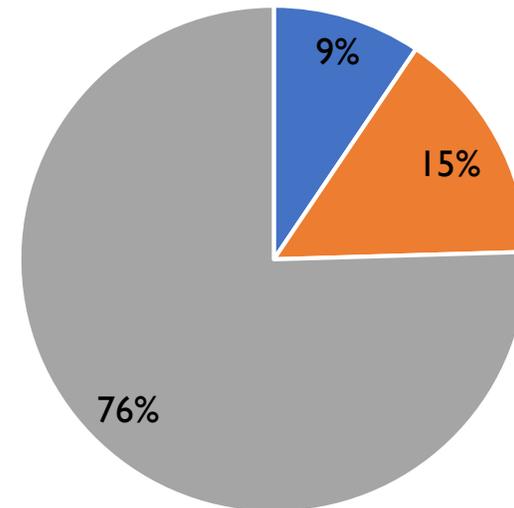
REPERAGE DU STATUT TABAGIQUE EN CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

■ Semaine 19



■ NR ■ OUI ■ NON

• Semaine 37

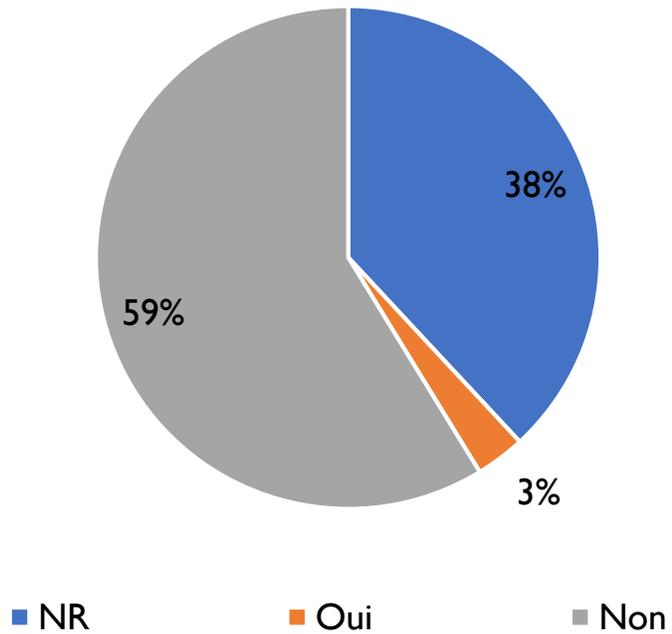


■ NR ■ oui ■ non

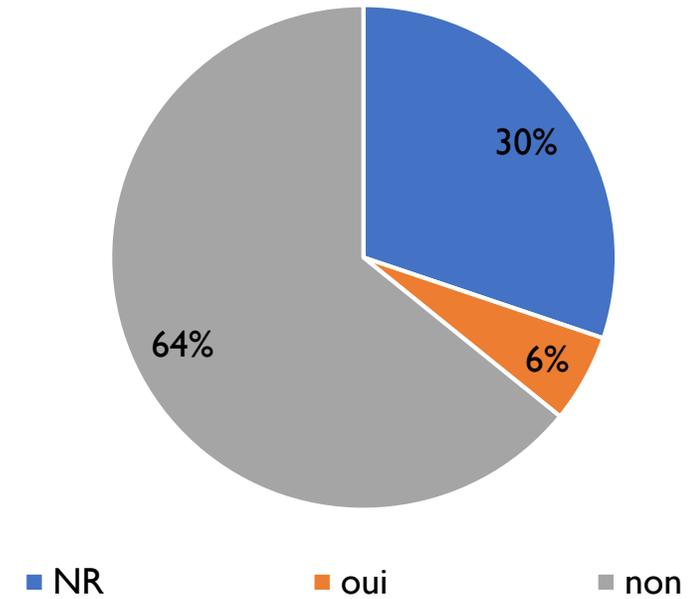


EVALUATION DU STATUT FUMEUR EN MÉDECINE

■ Semaine 19



• Semaine 37

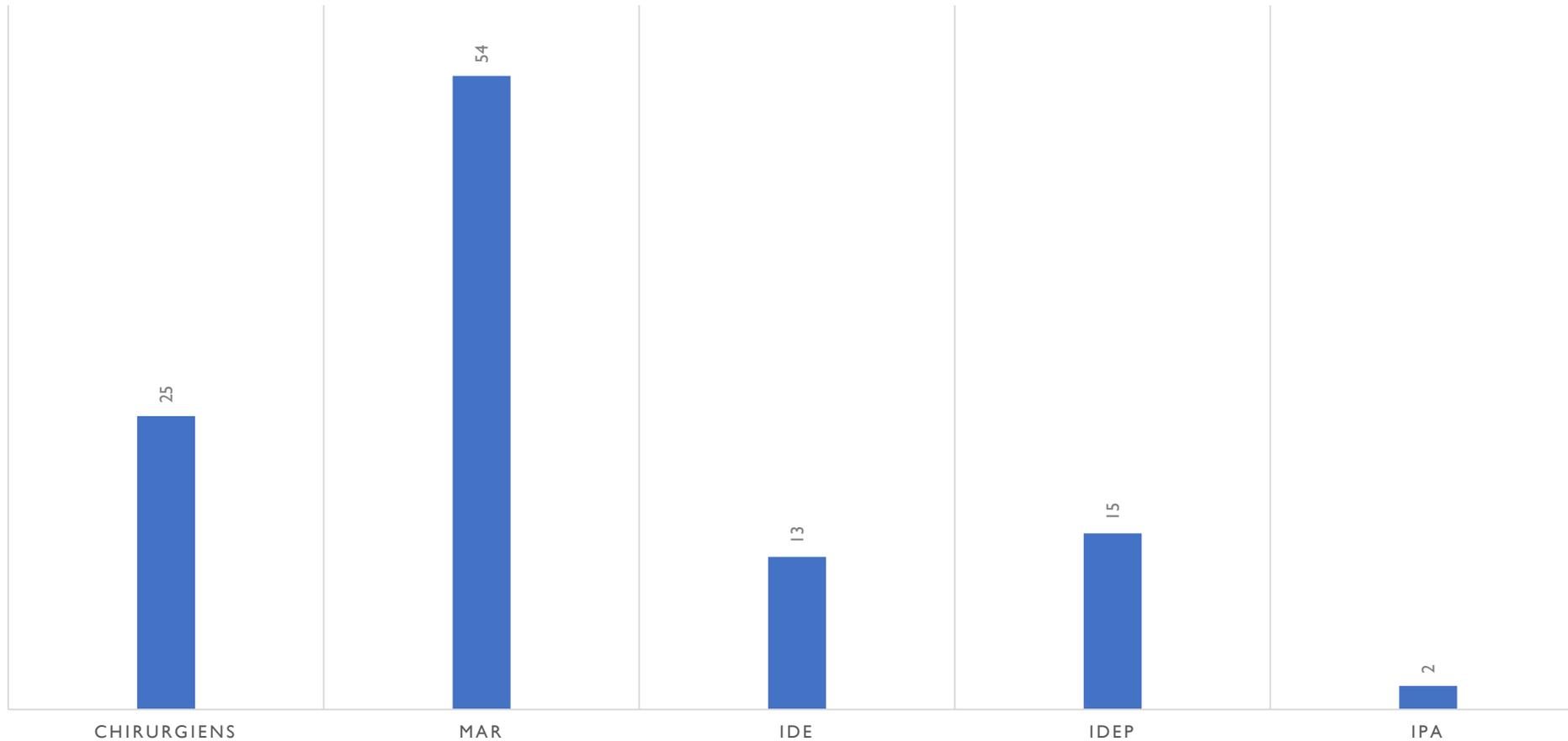




DESCRIPTION DE L'ACTIVITE

- 109 patients repérés en trois mois

ORIENTATION VERS DISPOSITIF PROSE CAN

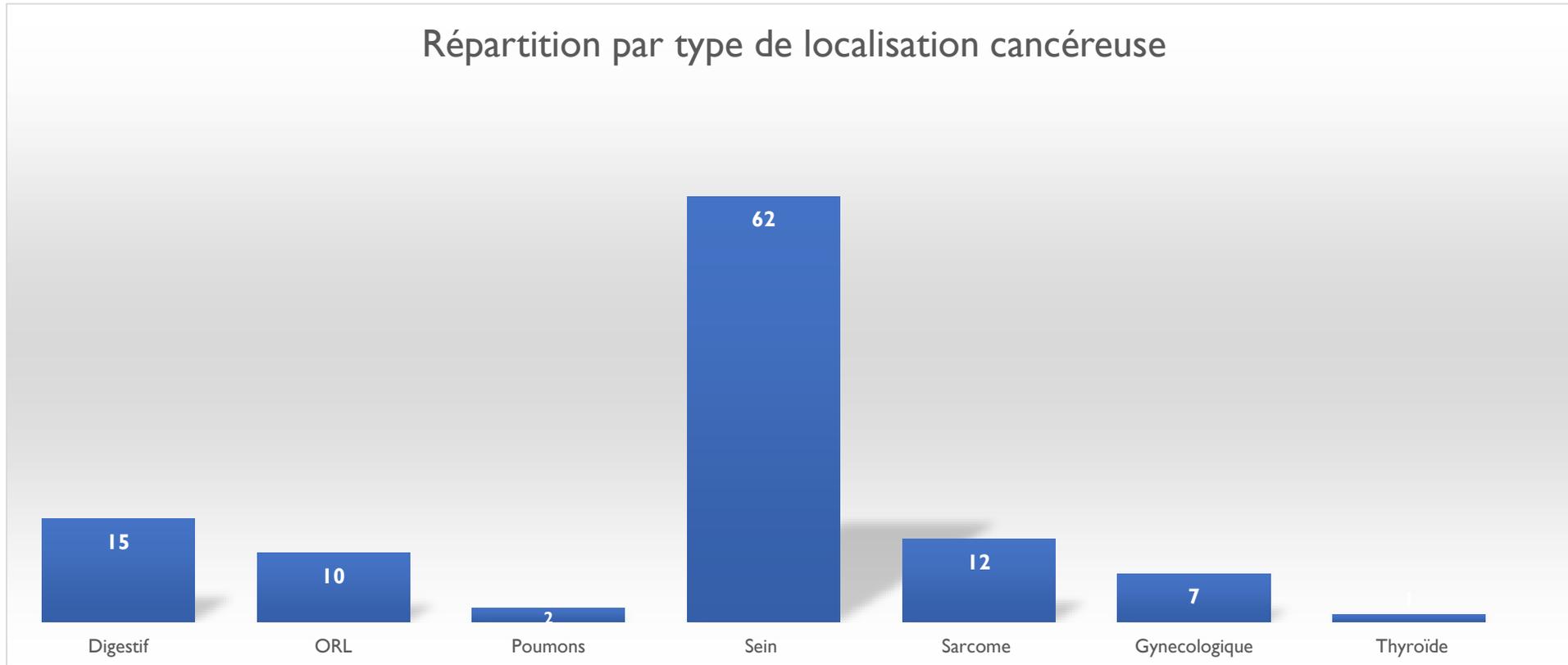




PROFIL PATIENTS

- Age moyen : 54 ans

Répartition par type de localisation cancéreuse





PROFIL PATIENTS

- Chirurgie primaire : 80,7 %
- Chirurgie secondaire : 19,3 %
- Tabagisme actif : 91,7 %
- Orientation vers parcours complexe : 12 % des patients
- 4 consultations IDE / suivi
- TSN : 89 % des patients
- Données du repérage :
 - Score Fagerström simplifié : 2,5
 - Détresse psychologique : 1,9
 - Niveau de confiance du patient à s'engager dans le changement de comportement : 5,5
 - Niveau d'importance accordée au sevrage : 8
- Evaluation de la satisfaction / acceptabilité pour les patients : 85 %



Déploiement dispositif PROSE - CAN : coordination avec les autres professionnels

- En interne :
 - Orientation par IDEP quand alerte + sur Engage, vers IDE tabacologie
 - Sollicitation régulière par les chirurgiens
 - Pas de modification des pratiques des MAR
- Coordination ville-hôpital
 - Mise en place courrier, supports de formation et contacts médecins traitants :
 - Mail privilégié
 - Contacts téléphoniques à renouveler, très chronophages
 - 45 % Patients peu disposés à voir le médecin traitant une fois / mois
 - Pas de retour des MG suite aux mails adressés et supports de formation
 - Relais avec le patient :
 - Ordonnance TNS adressée par mail ou courrier
 - Téléconsultations



Ressources d'auto-formation adressées aux médecins traitants

- Mémo « Repères simples pour les prescriptions de TNS »
- Livret « Premiers gestes en tabacologie »
- Tutoriel de formation des professionnels à l'accompagnement de l'arrêt du tabac → www.addictutos.com (« Sevrage tabac »)
- Formation « Accompagner son patient fumeur vers l'arrêt du tabac » → Chaine youtube L.A.S.T : <https://www.youtube.com/watch?v=i1YyiT-8rfk>
- MOOC Tabac : Arrêtez comme vous voulez ! → <https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/18/presentation>
- Fiches pédagogiques pour faciliter la prise en charge des patients → <https://lecmg.fr/addictionsmg/>

CAS 1 : 5 à 6 CIGARETTES PAR JOUR
 1 patch nicotinique sublingual 2mg par jour
 2 à 10 pastilles nicotiniennes sublinguales 2mg par jour

CAS 2 : 5 à 15 CIGARETTES PAR JOUR
 1 patch nicotinique 10 ou 15 mg/16h + jus d'orange de l'aube dans l'aube avant le réveil
 1 patch nicotinique 14 et 21 mg/24h si envie de fumer dans l'aube avant le réveil

CAS 3 : 15 à 20 CIGARETTES PAR JOUR
 1 patch nicotinique 15 ou 25 mg/16h si jus d'orange de l'aube dans l'aube avant le réveil
 1 patch nicotinique 15 mg/24h si envie de fumer dans l'aube avant le réveil

CAS 4 : > 20 CIGARETTES PAR JOUR
 1 patch nicotinique 21 mg/24h + jus d'orange de l'aube dans l'aube avant le réveil
 1 patch nicotinique 15 mg/25 mg/16h si envie de fumer dans l'aube avant le réveil
 2 à 10 pastilles nicotiniennes sublinguales 2mg par jour

PREMIERS GESTES en TABACOLOGIE
 Livret d'aide à la pratique pour les professionnels de santé

Logos: AFIT-A, Lieu de santé sans tabac, Reapadd, LSPS, HPH

Tabac
 On en parle en consultation ?

On parle de quoi ?
 En France, la consommation de tabac reste en 2021 la première cause de décès évitable (75000/an) avec un fort coût pour la société (220 Mds €/an). Au premier trimestre 2021, la vente de cigarettes repart à la hausse.

CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES	Âge moyen de la 1 ^{re} cigarette : 14,4 ans	Consommateurs à 13 ans : 25%	Ont expérimenté la nicotine : 23,8% (f) / 26,3% (m)	Ont expérimenté la nicotine : 50%
CHEZ LES ADULTES	Fumeurs quotidiens : 25%	Consommateurs sur l'année : 20,7% (f) / 27,5% (m)		

- 672 443 malades attribués au tabac.
- Responsable d'un cancer sur trois des cancers du poulmon et des voies aéro-digestives supérieures.
- 1^{re} cause de maladies cardiovasculaires.
- Responsable de 85% des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO).
- Femmes enceintes : 17% déclarent fumer.
- Faibles revenus : 15% de fumeurs en plus.
- Comorbidités psychiatriques : Espérance de vie réduite de 22 ans. Jusqu'à 10 fois plus de fumeurs qu'en population générale.
- Co-consommations fréquentes : 80% des patients alcoolodépendants. Association tabac-alcoolisme en population jeune.

Comment évaluer ?
 Le médecin généraliste est à même de repérer de façon systématique la consommation de tabac. 2 questions suffisent :

- 1 Combien de cigarettes fumez-vous quotidiennement ?
- 2 Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre 1^{re} cigarette ?

Si le résultat est supérieur à 3, la dépendance est forte.



ANALYSE PRELIMINAIRE DU DÉPLOIEMENT

- AUGMENTATION SENSIBLE DU RPIB EN CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- DISPOSITIF FRAGILE : ABSENCE SOIGNANTS, PAS DE RELAIS MEDICAL, SOIGNANTS DEBUTANTS DANS LEUR ROLE
- NECESSITE DE POUVOIR CONSTRUIRE UNE THEORIE EXPLICITE DE L'INTERVENTION
- MANQUE DE FORMATION DES SOIGNANTS : communication descendante, posture prescriptive, chantage/négociation
- ELEMENTS NON MODIFIES MAIS RENDUS PLUS VISIBLES PAR LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF
- PEU D'ENGAGEMENT INSTITUTIONNEL CONCERNANT LE MOIS SANS TABAC
- DIFFICULTES NON ANTICIPEES DANS LA MISE EN CONTACT AVEC LE MG



ATTENDUS DE L'ANALYSE DE LA VIABILITÉ

- La viabilité est « la mesure dans laquelle une évaluation fournit des preuves qu'une intervention est réussie en conditions réelles » (Chen 2010).
- Recommandations pour la généralisation du dispositif
- Compréhension de la théorie de l'intervention au niveau micro et méso
- Promouvoir une organisation efficiente centrée sur le patient et innovante compte tenu des freins documentés.



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

CONTACT :
M.BARRAULT@BORDEAUX.UNICANCER.FR



BIBLIOGRAPHIE

1. Institut national du cancer. (page consultée le 25/03/2020). Les cancers en France l'essentiel des faits et chiffres édition 2019, [en ligne]. <https://www.e-cancer.fr/>
2. Deutsch A, Gaillot-de Saintignon J. c. Oncologie. 2016 May;18(5):343–53
3. Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, Larsen RJ, Yan Y, Govindan R, et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non–small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2006;15(12):2370–7.
4. Wells M, Aitchison P, Harris F, Ozakinci G, Radley A, Bauld L, et al. Barriers and facilitators to smoking cessation in a cancer context: A qualitative study of patient, family and professional views. *BMC Cancer*. 2017 Dec;17(1):348
5. Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. *Ethnol Fr*. 2010;40(3):535-542.
6. Haute Autorité de Santé (page consultée le 22/05/2020). Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, [Internet].
7. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (page consultée le 6/05/2020). Tabac : évolution de l'usage occasionnel ou régulier parmi les 18-75 ans, [Internet].
8. Goffette C. Déterminants individuels et contextuels de la consommation de tabac. *Revue française de sociologie*. 2016 Jul 13;Vol. 57(2):213–39
9. Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 4/08/2020). Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, [Internet].



BIBLIOGRAPHIE

10. Lagrue G, Dupont P. Quelques réflexions théoriques et pratiques sur les difficultés de l'arrêt du tabac. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2008 Apr;19(4):405-408.
11. Institut National du Cancer (page consultée le 18/05/2020). Principaux facteurs de risque de cancer - Comment prévenir au mieux les cancers ? [Internet].
12. Soerjomataram I, Shield K, Marant-Micallef C, Vignat J, Hill C, Rogel A, et al. Cancers related to lifestyle and environmental factors in France in 2015. *Eur J Cancer*. 2018;105:103–13.
13. Deutsch A, Gaillot-de Saintignon J. Systématiser l'accompagnement à l'arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer. *Oncologie*. 2016 May;18(5):343–53.
14. Institut National du Cancer (page consultée le 6/05/2020). L'étude VICAN 2 - La vie deux ans après un diagnostic de cancer, [Internet].
15. Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, Larsen RJ, Yan Y, Govindan R, et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non–small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2006;15(12):2370–7.
16. Wells M, Aitchison P, Harris F, Ozakinci G, Radley A, Bauld L, et al. Barriers and facilitators to smoking cessation in a cancer context: A qualitative study of patient, family and professional views. *BMC Cancer*. 2017 Dec;17(1):348.
17. Sharpe T, Alsahlanee A, Ward KD, Doyle F. Systematic Review of Clinician-Reported Barriers to Provision of Smoking Cessation Interventions in Hospital Inpatient Settings. *J Smok Cessat*. 2018 Dec;13(4):233–43.