



## Organisation du parcours de soins du patient fumeur en cancérologie

**Dr Marion Barrault-Couchouron, PhD.** Coordinateur Groupe de recherche en SHS et soins oncologiques de support Institut Bergonié ; Chercheur titulaire Université de Bordeaux, LabPsy EA4139

**Emma Martel**

Chargée de projets en prévention et Promotion de la Santé, Institut Bergonié

**1) Données de littérature – Constats de départ**

**2) Présentation de l'étude PROSE-CAN – Contexte de réalisation de l'enquête qualitative**

**2) Méthode**

**3) Résultats**

**4) Préconisations**

# 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).

# Recommandations de prise en charge tabagique chez le patient atteint de cancer

- 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. Ainsi l'aide à l'arrêt du tabac doit être systématique **quelle que soit la motivation** du patient ( AFSOS, 2016).
- Il semble que ces recommandations ne soient pas appliquées de façon hétérogène (Sharpe et al., 2018) et que les professionnels soient dans une méconnaissance des organisations de soins spécifiques en matière tabacologique (Warren et al., 2015).
- Le repérage du statut tabagique du patient n'est pas réalisé dans les pratiques courantes.

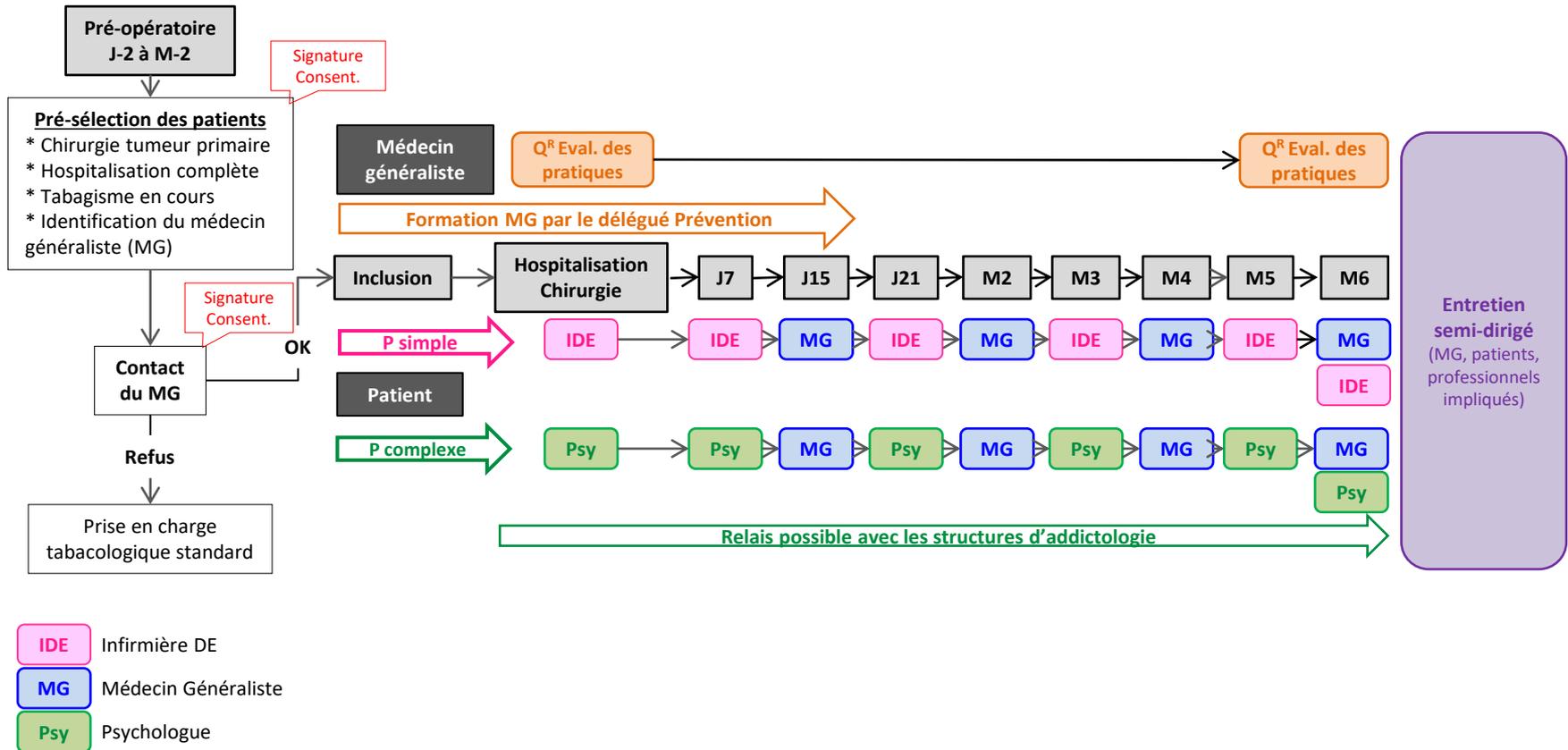
# Etude PROSE-CAN

- Données dans la continuité d'études préalablement menées, notamment portant sur la prévalence de la consommation tabagique chez les femmes atteintes d'un cancer du sein et l'efficacité du RPBI chez les femmes traitées pour un cancer du sein.
- A appuyé l'intérêt de déposer un dossier aux appels d'offre de l'**INCa** (Recherche et intervention pour réduire et lutter contre le tabagisme) et de l'**ARS** (Fonds addictions)

# Objectifs de ce programme

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

# Schéma de la procédure



# 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).

## Méthode mixte d'évaluation :

- Multi-source : patients, professionnels (médecins traitants, professionnels de l'IB)
- Multimodale : questionnaires et entretiens semi-directifs

# Equipes partenaires et modalités de coordination (1/2)

- Coordination du projet : Institut Bergonié
- Equipes associées :
  - CHU de Bordeaux : Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention du CHU de Bordeaux, équipe « méthodes pour la recherche interventionnelle en santé des populations » (centre BPH, Inserm, Université de Bordeaux)
  - COREADD : association de coordination de soins et de formation en addictologie sur le territoire Nouvelle-Aquitaine

# Equipes partenaires et modalités de coordination (2/2)

- Dispositif hospitalier deuxième ligne :
  - Pôle inter-établissement en addictologie CHU de Bordeaux
  - Service d'addictologie du CHU (ELSA, Unité ambulatoire, Unité soins complexe)
  - Consultation de tabacologie
  - Service d'addictologie Charles Perrens
  - Hôpital Sub-urbain du Bouscat
  - >> Autres structures sur la région : [www.addictoloclic.com](http://www.addictoloclic.com)

# Diagnostic dans l'établissement

- Mise en place d'une enquête exploratoire qualitative en amont du déploiement du dispositif de soins coordonnés.

## Objectif général :

- 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

## Revue littérature

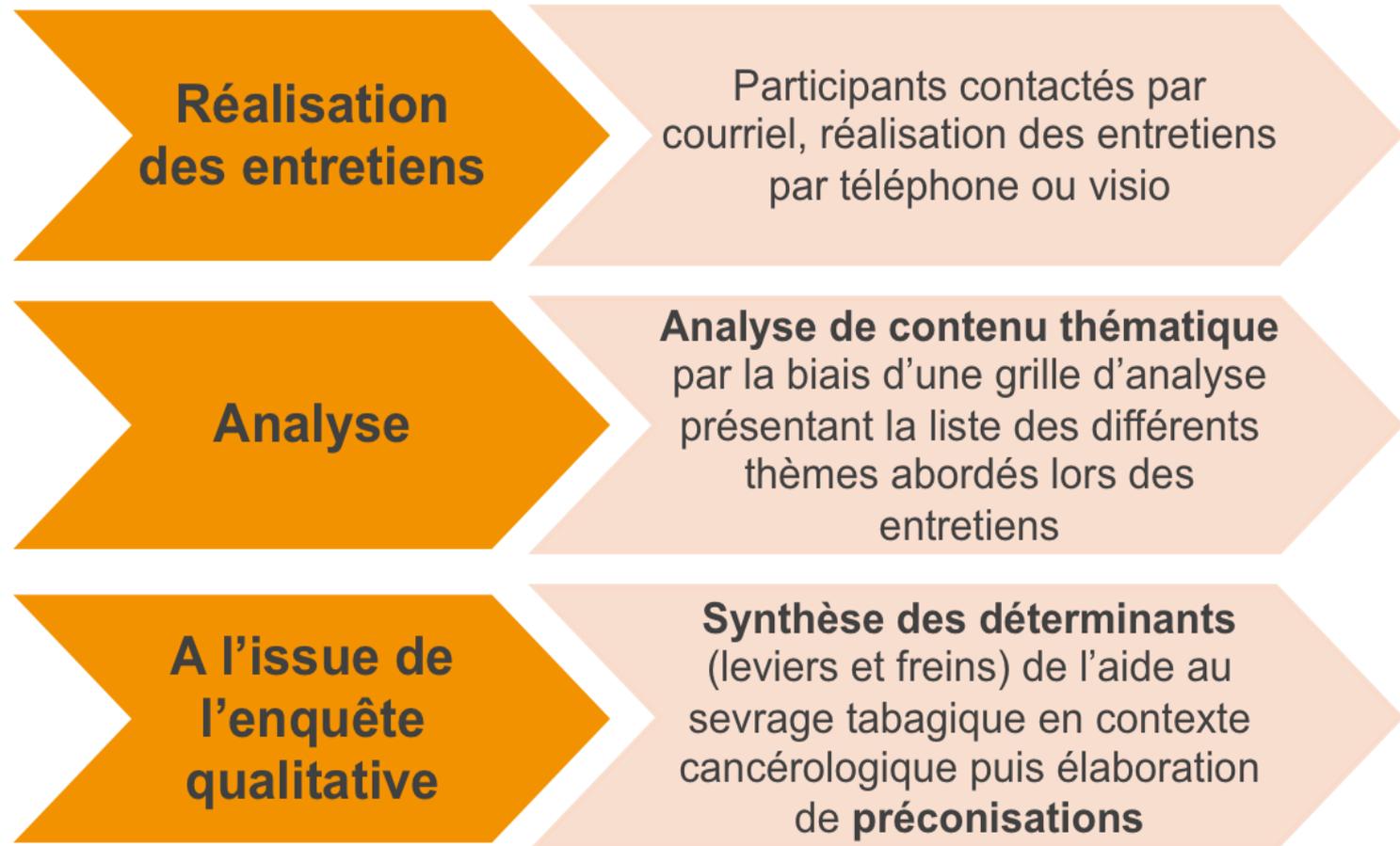
- **Déterminants du recours au sevrage tabagique du point de vue des professionnels de santé et des patients**
- 4 BDD/37 références incluses
- Approfondissement de l'imprégnation du sujet, construction des outils de recueil de données, apports dans l'analyse des données recueillie

## Enquête qualitative

- **Entretiens semi-directifs**
- **2 populations-cibles :**
  - Professionnels de santé exerçant en cancérologie
  - Patients atteints de cancer fumeurs au moment du diagnostic
- Guides d'entretiens élaborés en amont

# Méthodologie

- Mars → Juillet 2020



# Résultats – Description de l'échantillon d'étude



**n= 6 professionnels de santé**



**n= 3 patients suivis à l'Institut Bergonié**

# Résultats

Données retrouvées dans l'enquête de terrain  
et dans la littérature

Données issues de l'enquête de terrain

Données issues de la littérature

## Organisation

- Supports et outils
- Professionnels ressources spécialisés
- Temps et formation
- Investissement institutionnel perçu
- Accessibilité soins de sevrage

- Délai de l'orientation vers un professionnel ressource avec recueil du statut tabagique

## Représentations et pratiques professionnelles

- Annonce du cancer non propice à l'arrêt du tabac
- Rôle perçu
- Crainte d'augmenter l'anxiété et culpabiliser les patients
- Variation de la perception des bénéfices à l'arrêt selon le stade de la maladie

- Intégration courante du tabagisme dans les pratiques professionnelles mais limitée au vu des recommandations

- Opinion positive des interventions de sevrage tabagique

## Expériences et représentations des patients

- Information reçue par les professionnels de santé
- Soutien social
- Comportement tabagique de l'entourage
- Douleur, stress et anxiété favorisent le recours au tabac comme moyen de gérer ses émotions
- Croyances et représentations peu favorables à l'utilisation de TNS

- Type de cancer
- Âge
- Perception du lien tabac/survenue du cancer

# Forces de l'enquête

## ➤ Choix de la méthodologie :

- Méthodes qualitatives → production de données riches et complexes sur le sujet.
- Triangulation des données : atout-clé dans l'élaboration de moyens d'actions.

## ➤ Echantillon d'étude :

- Diversité de profils de professionnels → vision globale et transversale de la question du tabagisme dans le contexte oncologique.

## Limites

- **Taille de l'échantillon** : ne permet pas d'atteindre la saturation
- Pas d'entretien avec du personnel de direction/administratif

# Axes de travail

## Fondées sur :

- **Résultats de l'enquête** → freins et leviers identifiés
- **Axes stratégiques permettant de mettre en œuvre un modèle d'hôpital promoteur de santé**

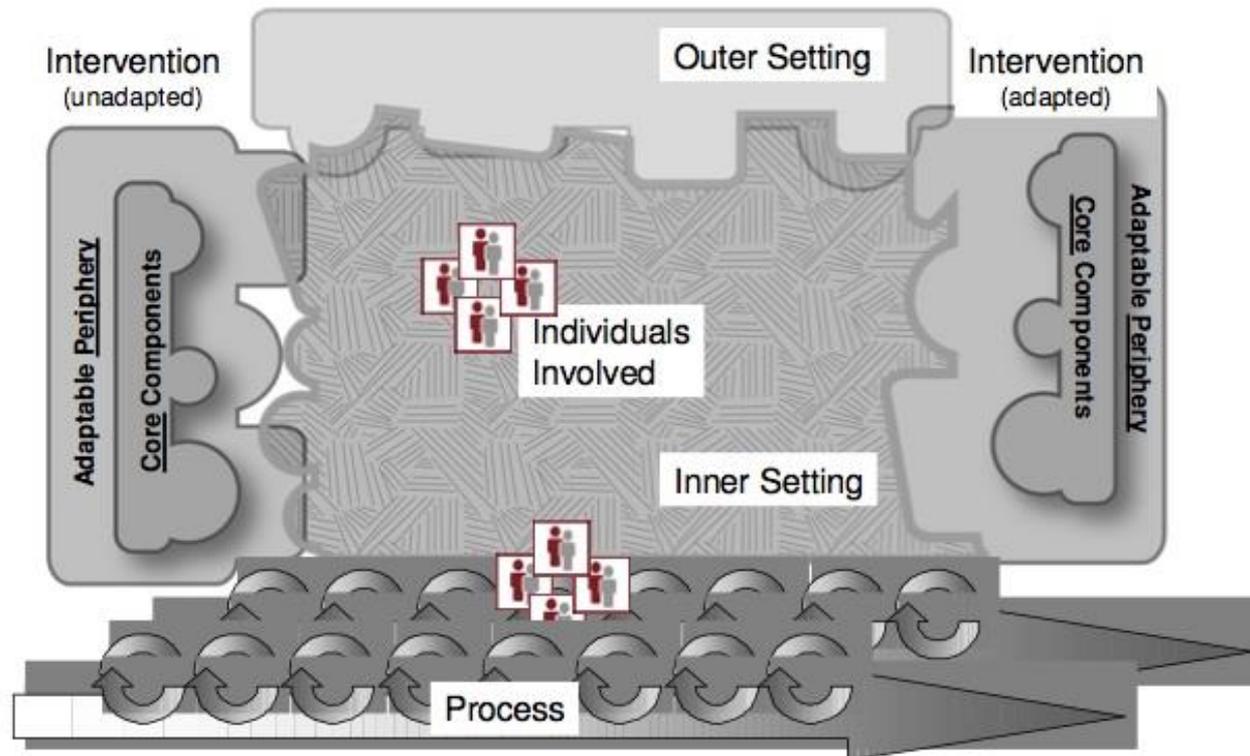
## Visent à :

- **Créer un environnement favorable à l'intégration d'un modèle global de la santé**
  - Tendre vers ce changement de paradigme peut constituer indirectement un moyen de favoriser l'intégration de l'aide au sevrage tabagique de manière efficiente dans les pratiques soignantes

# Cadre d'analyse de l'implantation

- Fossé entre les recommandations de santé et les pratiques
  - ✓ Domaine de recherche portant sur l'implantation d'interventions sur les conduites de consommation
- **Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)** a été proposé : modèle intégratif qui tient compte des modèles préexistants (Sorensen, 2011 ; Williams et al., 2011).
- Permet d'examiner un à un les différents éléments du système ainsi que le contexte d'implantation afin de comprendre son fonctionnement et de donner des pistes d'action.

# Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)



# Axes prioritaires de travail

- Traduire des valeurs/intentions en comportements/actions cohérents et coordonnés.
- Passer d'une posture centrée sur la communication à une incarnation du modèle de soins centrée sur la personne.
- Créer des environnements favorables à une culture de l'intervention précoce et de la RDR.

# Axes prioritaires de travail

- Formation des professionnels de santé aux soins de base en tabacologie : acculturation.
- Repérage du statut tabagique // repérage de la douleur et de la détresse psychologique.
- Repérer et intervenir à une amélioration des comportements de santé : une priorité
- Améliorer la coordination des acteurs entre les différents temps : repérage, intervention, seconde ligne.

# Axes prioritaires de travail

- Coordination avec les équipes de soins oncologiques de support et l'ETP.
- Dénormaliser sans stigmatiser :  
communication non centrée sur le mois sans tabac.
- Accès aux soins pour les professionnels fumeurs

# Conclusion

## Arrêt du tabac

- Question incontournable dans le parcours de soins d'un patient atteint de cancer

## Réponse à apporter

- Non universelle
- Situations individuelles différentes → pratiques professionnelles à centrer sur les besoins de l'individu considéré dans sa globalité

## Implications

- Intégrer de manière complémentaire à la logique curative courante des établissements de santé une approche promotrice de santé
- Création d'un département de santé publique + adhésion au réseau des hôpitaux promoteurs de santé → l'Institut Bergonié élargit le cadre de ses missions
- Mobilisation de l'ensemble des professionnels cruciale et organisation claire et accessible des ressources nécessaires primordiale

**→ Une évolution de paradigme à soutenir et encourager afin d'œuvrer ensemble en faveur de la promotion de la santé**

# 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.