

OCTOBRE 2016

4



Sommaire

LES LIEUX DE VIE PROMOTEURS DE SANTÉ

- > Interview de Mark Dooris, professeur de santé publique
- > Interview de Perrine Roux, à propos de la pièce "Irrépressible"

PORTRAIT

Marie-Liesse Lefranc, élève-directrice d'hôpital à l'EHESP

RESSOURCES

Le RESPADD est partenaire national de Moi(s) sans tabac

Qu'elle trouve le parfait écrin au cœur de la cité, lors d'un festival de théâtre, ou encore à l'école, à l'université, au sein d'un hôpital ou même en prison, la promotion de la santé n'a jamais autant investi nos lieux de vie, nos espaces urbains et nos institutions pour un accès plus étendu et plus démocratique des populations à la santé et au bien-être.

Comment participer à cet élan en tant que structures de santé ? Comment promouvoir la santé hors les murs ? Comment se constituer dès le mois d'octobre en relais d'une campagne de santé publique novatrice et ambitieuse pour l'arrêt du tabac à l'échelle nationale ? Voici les quelques thèmes et actualités qui animeront ce nouveau numéro d'Agir-Addictions dédié à la promotion de la santé "hors-les-murs".

Vous y découvrirez notamment une interview de Mark Dooris sur l'état de la recherche internationale autour des lieux de vie favorables à la santé, un portrait de Perrine Roux, chercheuse à l'INSERM très investie notamment dans l'évaluation de l'impact des salles de consommations à moindre risque, et à l'origine d'une pièce de théâtre originale dans le cadre de *Binôme édition #7*, un projet initié en 2010 visant à faire dialoguer auteurs de théâtre et scientifiques. Marie-Liesse

Lefranc, élève-directrice à l'EHESP nous livrera quant à elle sa vision et ses vœux pour la santé publique dans le cadre de ses responsabilités futures au sein d'un établissement hospitalier.

Enfin, les outils de la campagne nationale Moi(s) sans tabac qui battra son plein en novembre prochain sur tout le territoire vous seront révélés ainsi que des propositions d'action inspirantes pour porter haut et fort cette campagne dans vos établissements.

Je vous souhaite une excellente lecture, un Moi(s) sans tabac exceptionnel et vous invite d'ores et déjà à notre prochaine assemblée générale qui se tiendra en mai prochain à Paris, suivie de nos 22^{es} rencontres nationales sur le thème des troubles cognitifs liés aux pratiques addictives, les 15 et 16 juin 2017.

Anne Borgne,
présidente du Respadd

A l'issue de la coordination d'un supplément pour le magazine *Health Global Research*, Mark Dooris nous livre sa lecture intégrative de la santé telle qu'elle peut animer certains espaces de vie – parfois improbables – pour un mieux-être des individus et des populations.



... L'EXTENSION DU RÉSEAU INTERNATIONAL DE L'HÔPITAL VERS UN CHAMP PLUS LARGE, CELUI DES SERVICES DE SANTÉ, CONSTITUE UN CHANGEMENT NOTABLE. C'EST L'OPPORTUNITÉ D'ARTICULER DES CONNEXIONS ENTRE LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE RECOURS, PRIMAIRE, SECONDAIRE, TERTIAIRE.

Un nombre important de lieux publics pourrait être plus engagé dans la promotion de la santé. Que pensez-vous de cette affirmation ?

Il y a en effet beaucoup de lieux de vie publics différents – tels les écoles, les universités, les hôpitaux et les prisons – susceptibles d'investir dans la santé et de présenter un engagement plus tangible à la promotion de la santé. Un élément essentiel de cette approche est d'avoir à l'esprit que la grande majorité de ces lieux de vie ne portent pas la santé comme une de leurs missions principales ou raison d'être et il devient alors essentiel que les défenseurs et médiateurs de la santé et du bien-être "traduisent" leurs discours et leurs arguments en un langage approprié aux contextes dans lesquels ils évoluent, en se concentrant sur la façon dont la promotion de la santé impacte sur et/ou découle de leur cœur d'activité (*i.e.* épanouissement éducatif dans les écoles et les universités, qualité des soins dans les hôpitaux, ou réadaptation dans les prisons). Plus encore, si l'on considère les espaces publics, je crois qu'il y a un vrai potentiel à penser l'approche des espaces promoteurs de santé dans l'alignement de champs voisins comme la responsabilité sociale et environnementale de l'entreprise, l'utilité sociale et le bien public. Un tel alignement offre l'opportunité d'explorer jusqu'à quel degré ces organisations sont déjà imprégnées par cette nécessité d'agir en citoyens responsables, en envisageant de façon systématique leur impact sur la société globale et sur la planète.

Comment les hôpitaux et les services de santé peuvent-ils favoriser et concourir au développement de lieux de vie promoteurs de santé "hors-les-murs" ?

Je ne suis pas un expert des hôpitaux et structures de soins promoteurs de santé et il y a probablement des espaces plus adaptés pour répondre à cette question. Néanmoins, je ferais bien quelques commentaires.

Un article scientifique bien documenté publié dans *Health Promotion International* en 2001 par Anne Johnson et Fran Baum, proposait une typologie des hôpitaux promoteurs de santé déclinée ainsi : "mettre en place un projet de promotion de la santé à l'intérieur de l'hôpital", "déléguer la promotion de la santé à un département ou service spécifique", "se constituer en un espace de promotion de la santé", et "se constituer en espace de promotion de la santé et améliorer la santé de la communauté". Les auteurs suggèrent que les deux dernières catégories représentent une approche véritablement intégrée et la littérature récente s'attache fortement sur l'importance d'incorporer une composante qui atteigne et impacte positivement la communauté plus étendue.

Par ailleurs, l'extension du Réseau international de l'hôpital vers un champ plus large, celui des services de santé, constitue un changement notable. C'est l'opportunité d'articuler des connexions entre les différents niveaux de recours, primaire, secondaire, tertiaire, et de comprendre l'importance de ces passerelles dès lors que notre préoccupation n'est pas l'hôpital à titre individuel mais d'œuvrer pour un système de santé promoteur de santé.

Enfin, des progrès ont été réalisés dans les liens entre la valorisation des "services de santé promoteurs de santé" et le "soin de santé durable". Ce faisant, on en vient à considérer comment l'hôpital et d'autres structures sanitaires peuvent réduire leur impact social et environnemental négatif et accroître leur impact positif. Bien qu'elle n'utilise pas le même lexique que les "Hôpitaux promoteurs de santé", la figure du *Good Corporate Citizen* constitue un bon exemple de cette manière de voir.

Le concept de promotion de la santé en prison résonne comme un paradoxe ? Comment décririez-vous une telle opportunité ?

Au fil des années, chercheurs et commentateurs ont attiré l'attention sur ce paradoxe des "prisons promotrices de santé", suggérant que le terme même est un oxymore – et de fait, nous sommes nombreux à penser que la raison pour laquelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS) les a nommées ainsi est de dépasser ces préjugés. Or, il est devenu évident que malgré les tensions et les défis que cela représente, les prisons ouvrent bel et bien des opportunités significatives pour la promotion de la santé.

Elles peuvent en effet, redonner un semblant de structure à la vie parfois chaotique des détenus, leur permettre aussi de faire face à des problèmes très ancrés, d'initier le changement et de briser le cercle des comportements qui les maintiennent en marge de la société et/ou les reconduisent en prison.

Par ailleurs, le concept de "prisons promotrices de santé" en tirant parti de la théorie et des pratiques en vigueur dans d'autres lieux promoteurs de santé, se distingue non pas seulement par l'implémentation de programmes mais aussi par une transformation dans la culture et les valeurs communes des prisons. A cet égard, nous avons vu des prisons promouvoir et développer une culture de la réadaptation caractérisée par une philosophie du respect et de la décence qui résonnent en écho avec les valeurs de promotion de la santé.

Enfin, les programmes concernant la prison en son entier vont croissants. Ils présentent un double objectif : promouvoir la santé et le bien-être des détenus mais aussi réduire le taux de récidive et faciliter la réinsertion et la réintégration dans la communauté. Un exemple britannique évoqué dans le supplément de *Global Health Promotion* s'intitule "Greener on the Outside for Prisons", un programme thérapeutique basé sur l'horticulture implémenté dans plusieurs prisons du nord-ouest de l'Angleterre avec des résultats excellents.

...SI L'ON CONSIDÈRE LES ESPACES PUBLICS,
 JE CROIS QU'IL Y A UN VRAI POTENTIEL À PENSER
 L'APPROCHE DES ESPACES PROMOTEURS DE SANTÉ
 DANS L'ALIGNEMENT DE CHAMPS VOISINS COMME
 LA RESPONSABILITÉ SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE
 DE L'ENTREPRISE, L'UTILITÉ SOCIALE ET LE BIEN PUBLIC.

Pourriez-vous nous en dire un peu plus à propos du concept d'"Universités promotrices de santé" sur lequel vous travaillez ?

J'ai été recruté à l'*University of Central Lancashire* il y a de cela 21 ans avec la mission d'initier et de développer une initiative de promotion de la santé à l'université. A cette époque, l'idée était novatrice et il existait peu d'exemples pour s'en inspirer. Néanmoins nous avons réinvesti une théorie des lieux de promotion de la santé existante et l'avons appliquée à cette configuration unique. Notre programme aujourd'hui baptisé le *Healthy University* se renforce peu à peu : au cœur de ce projet, la volonté d'implémenter une approche qui touche l'ensemble du système, de telle façon que le projet n'est pas perçu comme une initiative isolée mais intégrée et portée par de multiples parties prenantes (les étudiants, les équipes enseignantes et les visiteurs), services et disciplines académiques. Il y a 10 ans, nous avons mis en place un *UK Healthy Universities Network* en réponse à l'intérêt manifeste de plusieurs autres universités. Ce réseau inclut aujourd'hui 83 universités britanniques et non britanniques. Il est guidé par un modèle qui illustre combien les valeurs sous-jacentes de promotion de la santé rejoignent les vecteurs de santé publique et d'éducation supérieure pour orienter l'action à travers trois dimensions spécifiques : créer un environnement d'apprentissage durable, solidaire et respectueux de la santé des individus, augmenter la part de santé et de développement durable dans l'apprentissage, la recherche et l'échange de connaissances et se rapprocher plus largement de la communauté tout en contribuant à son bien-être. Une conférence internationale s'est tenue l'an

passé ayant accueilli 375 participants de plus de 30 pays.

Cet événement a donné naissance à l'*Okanagan Charter for Health Promoting Universities and Colleges* qui décrit une vision radicale et visionnaire :

“ Les universités et grandes écoles promotrices de santé transforment la santé et la stabilité de nos sociétés actuelles et futures, ravivent les communautés et contribuent au bien-être des hommes, des espaces et de la planète... Ils insufflent la santé dans leur quotidien, leurs pratiques et leurs missions académiques. Ce faisant, ils favorisent le succès de nos institutions, créent une culture de la compassion, du bien-être, de l'équité et de la justice sociale, améliore la santé des populations qui vivent, apprennent, jouent et tombent amoureux sur nos campus, et renforcent la stabilité économique, écologique et sociale de nos communautés et de la société en son entier. ”

En encourageant les institutions de l'éducation supérieure à incorporer dans leurs missions les valeurs et principes, la vision et les plans stratégiques de promotion de la santé, à modéliser et tester des approches pour le bien de la communauté et de la société, cette charte lance deux appels à l'action : intégrer la santé dans tous les aspects de la culture du campus, à travers son administration et ses mandats académiques et piloter des actions et collaborations de promotion de la santé aux niveaux local et global.

Mark Dooris est professeur en santé publique et développement durable à l'*University of central Lancashire* en Grande Bretagne et directeur de l'unité *Healthy & Sustainable Settings*.
 Propos traduits de l'anglais par la rédaction.



Dans le cadre de la mise en scène d'une pièce inspirée de ses travaux au Festival d'Avignon en juillet dernier, Perrine Roux, chercheure à l'INSERM, évoque son parcours de recherche et les promesses qu'elle perçoit dans le dialogue entre les sciences et les arts.

Comment en êtes-vous venue à vous orienter vers la santé publique ?

Il y a bien un fil rouge dans mon parcours, c'est un intérêt véritable pour les alternatives à la biomédecine que j'ai nourri assez tôt à travers mes lectures et un DU d'éthno-pharmacologie en 5^{ème} année de pharmacie animé par Jean-Marie Pelt. Je me suis rendue compte que beaucoup se soignaient avec des médecines alternatives à la nôtre. C'est tout un pan de la connaissance auquel on n'est pas formé pendant notre cursus classique.

Dans le cadre d'un Master en santé publique dans lequel je me suis lancée à l'issue de mes études de pharmacie, j'ai eu la chance de partir en Afrique pour un stage de 3 mois au Bénin. Au départ je voulais travailler sur la question des rapports entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Je me suis trouvée impliquée dans la prise en charge des patients et l'observance aux antirétroviraux dans le cadre du programme national de lutte contre le VIH. J'ai fait de la question du hiatus entre l'observance institutionnelle et l'observance des patients mon sujet de doctorat. J'ai pu assister à des difficultés d'approvisionnement en médicaments qui compliquaient l'accès aux soins et la prise en charge des patients. A mon retour, j'ai exercé à Paris comme pharmacienne dans le quartier de Pigalle parfois sur des horaires de nuit.

Ce travail qui devait être temporaire m'a plu et je l'ai poursuivi pendant plusieurs années. Il m'a permis de travailler auprès de plusieurs populations dont les usagers de drogue et patients sous traitement de substitution, et de m'initier à la réduction des risques, sans trop savoir ce que c'était vraiment. Il m'arrivait de vendre des sachets de seringues à insuline plutôt que des Stéribox, trop onéreux pour certains usagers. Ça a été une expérience très riche. Parallèlement, j'ai accepté un poste de pharmacien-attaché à l'hôpital Bichat. J'ai participé à la création d'une consultation d'observance auprès d'Agnès Certain pour les patients vivant avec le VIH. Je voyais des patients à l'hôpital et ensuite en ville, on créait ainsi un lien entre l'hôpital et la ville qui permettait à certains patients de franchir la porte de l'officine sans se sentir stigmatisés. Après quatre ans d'exercice en officine à Paris entre 2003 à 2007, j'ai décidé de poursuivre dans la recherche. Je me suis alors lancée dans un Master en sociologie cette fois, à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS). Mon travail a porté sur les médicaments comme objets de controverse auprès de Philippe Urfalino. Puis, la santé publique me rattrapant, j'ai pris contact pendant cette période avec l'unité de recherche de Bruno Spire et me suis rapprochée de Patrizia Carrieri qui s'intéressait plus particulièrement à l'accès aux soins

et à la prévention des usagers de drogues. Leurs sujets m'intéressaient, évidemment. Nous avons déposé une demande de financement pour une thèse auprès de l'ANRS et c'est ainsi que j'ai pu travailler avec eux sur l'essai ANRS-Méthaville, une étude sur la délivrance de méthadone en médecine de ville. L'idée de vivre à Marseille m'enchantait également. C'est ainsi que j'ai fait ma thèse sur l'observance thérapeutique chez les usagers de drogues. Pour compléter ma formation, je suis partie après ma thèse à New York, à la Columbia University pour travailler dans le centre de recherche sur les addictions. J'ai ensuite obtenu mon poste de chercheuse à l'INSERM, pour travailler sur la recherche communautaire auprès des usagers de drogues, dont l'étude AERLI, un projet qui a mobilisé dès le début de la recherche les usagers et acteurs de terrain. AERLI c'était un besoin exprimé par les usagers, une action déjà menée par les acteurs de terrain. C'est mon vœu pour les prochaines années, créer une équipe de recherche composée de personnes ayant des parcours différents (usagers, intervenants, cliniciens, ingénieurs, chercheurs, ...).

Vos travaux ont porté notamment sur les salles d'injection à moindre risque dont vous défendez la création en France. Quels sont selon vous les principaux atouts de ce dispositif de réduction des risques pour les usagers de drogues ?

Les salles de consommation, c'est un projet né des demandes de plusieurs associations qui ont poussé la MILDECA à lancer une expérimentation. Notre unité était l'une des plus reconnues pour la mise en place d'études observa-



tionnelles et d'études de cohorte auprès de ces populations plus difficiles à suivre. Par exemple, la cohorte MANIF2000, une étude multicentrique ayant inclus près de 500 personnes infectées par le VIH par voie intraveineuse. J'ai accepté de participer à cette évaluation qui me tenait à cœur. Nous avons alors constitué un consortium de recherche afin d'évaluer les salles de consommation en France, avec deux autres chercheurs, Marc Auriacombe à Bordeaux et Marie Jauffret-Roustide à Paris. Entre temps je suis partie à Vancouver avec un financement de l'Open Society Institute afin de visiter la salle de consommation Insite, les autres structures de réduction des risques et pour rencontrer les chercheurs de l'université de la Bristish Columbia qui nous ont appuyés pour mettre en place notre évaluation.

Une salle de consommation permet aux usagers de consommer sans risque, sans jugement.

Comme tout comportement, l'usage de drogues peut être pathologique ou simplement l'expression d'un besoin, comme une quête de plaisir, ou la réponse à un trouble psychiatrique ou un problème psychologique. La salle de consommation permet de considérer que l'usage de drogues est un comportement qui fait partie de la vie des hommes et des femmes et qu'il doit être traité à travers le prisme de la santé publique et non pas de la répression. C'est aussi un dispositif fragile, livré aux aléas politiques, on l'a vu avec Insite à Vancouver combattu pour des raisons idéologiques. Heureusement, la mobilisation de la société civile et les données scientifiques sur les bénéfices en termes de prises de risque et d'ordre public ont eu raison de ces arguments et Insite a pu être maintenu. En France, c'est aussi un enjeu politique et idéologique d'où probablement les délais observés dans l'expérimentation. L'enjeu est de savoir adapter le dispositif aux besoins de notre territoire. C'est ce que devrait permettre notre évaluation.

Kevin Keiss a écrit "Irrépressible" suite à sa rencontre avec vous. Il est dramaturge, vous êtes chercheuse en santé publique. Comment envisagez-vous ce travail commun : œuvre artistique libre et originale ou plutôt acte engagé ?

L'auteur a eu carte blanche pour présenter le texte qu'il a créé. Lors de la toute première lecture, j'ai été très émue et j'avais très hâte de voir la pièce. Œuvre artistique ou engagée ? C'est difficile de vous répondre. De mon point de vue, l'auteur a choisi plutôt d'en faire une œuvre artistique, assez éloignée de l'engagement que nos recherches peuvent parfois laisser transparaître. Kevin Keiss a livré sa propre interprétation. Il a choisi de reprendre des éléments de mon parcours et de ma vie plus que mes travaux de recherche. Il a créé un personnage, une fille pharmacienne à Pigalle, qui va soutenir sa thèse. Il a su lire entre les lignes, déceler des points sensibles, décrire ma passion, mes préoccupations, le thème des addictions affleurent plutôt, en filigrane. Je dirais que c'est dans le titre, "Irrépressible", que l'auteur affirme un certain engagement. Il me semble lui avoir décrit l'addiction avec ce mot d'irrépressible, comme un comportement qu'on ne peut réprimer. Et je trouve que ce choix est tout à fait pertinent car il me permet de rebondir sur un aspect qu'il n'a pas traité, l'addiction aux drogues est aujourd'hui l'un des comportements le plus réprimé parmi les comportements à risque. Il y a donc cette contradiction entre un comportement irrépressible pour la personne, mais qui pourtant fait l'objet d'une répression sociale très forte.

Croyez-vous aux pouvoirs « cathartiques » de la fiction d'agir sur les esprits et de faire évoluer les représentations vers plus de compréhension et d'empathie ?

Le théâtre est une ressource extraordinaire pour faire évoluer les représentations, libérer les non-dits. Il offre l'opportunité d'inter-

préter la réalité avec une autre grille de lecture et de se déprendre des représentations biaisées. Si l'on peut par exemple jouer une scène, à laquelle beaucoup ont déjà assisté, montrant un usager de drogue dans la rue qui s'injecte sous une porte cochère, avec tout ce contexte édulé le plus souvent, si l'on montre ainsi qu'il n'a pas d'autre choix que de le faire ici, que son geste est rapide, furtif, qu'il ne trouve pas sa veine, que la peur du regard de l'autre n'arrange rien... les regards sur l'usage de drogues et sur la dépendance peuvent évoluer. L'idée est d'apprendre à décoder des situations sans tous les préjugés qui biaisent notre vision du monde.

JE TROUVE QUE L'ART EST UN MOYEN GÉNIAL POUR ATTIRER LES GENS, LES AMENER À COMPRENDRE NOS RÉSULTATS ET CE QU'ILS IMPLIQUENT POUR LE MONDE QUI NOUS ENTOURE.

Que peut-on attendre d'échanges réguliers entre les arts et la science ?

Je suis tout à fait en faveur de présenter différemment les travaux des chercheurs. Mon frère est chercheur lui aussi, à San Francisco. Il est dans la recherche fondamentale en biologie cellulaire. Ce qui l'oblige à vulgariser régulièrement ses travaux très complexes dans des revues plus générales, adaptées au grand public. Je trouve que l'art est un moyen génial pour attirer les gens, les amener à comprendre nos résultats et ce qu'ils impliquent pour le monde qui nous entoure. Je vois aussi ce dialogue entre chercheurs et artistes/ auteurs comme une opportunité de renouveler la façon dont le chercheur envisage son travail. Cette collaboration avec Kevin Keiss a été pour moi une expérience incroyablement riche, qui m'a extraite instantanément du quotidien de la recherche. C'était en somme une belle invitation à partager mon travail avec d'autres mots et à observer son effet sur une sensibilité autre que la mienne.

"Irrépressible" sera joué au Carreau du Temple à Paris le jeudi 26 janvier 2017, à 15h. Propos recueillis par Anne-Cécile Cornibert.

LE RESPADD EST PARTENAIRE NATIONAL DE MOI(S) SANS TABAC

A l'initiative du Ministère de l'action sociale et de la santé et portée par la nouvelle agence Santé Publique France, **Moi(s) sans tabac** est une campagne ambitieuse à l'échelle nationale en faveur de l'arrêt du tabac en population générale. Il s'agit de la reprise « à la française » du programme britannique *Stoptober* qui peut se prévaloir d'avoir augmenté de 50 % en octobre 2012 le nombre de tentatives d'arrêt du tabac en Grande-Bretagne.

La première édition de cette campagne a lieu cet automne : tous les fumeurs sont invités à arrêter de fumer le 1^{er} novembre 2016, et ce pendant 30 jours pour maximiser les chances de sevrage à long terme. Pour les y aider, des actions de communication et de prévention de proximité seront organisées sur l'ensemble du territoire.

En tant que partenaire de cette campagne, le RESPADD s'engage à pourvoir ses établissements adhérents des outils de communication réalisés dans le cadre de cette action. Aussi si vous souhaitez vous associer à cette campagne en participant à ce défi collectif et ainsi valoriser votre établissement comme promoteur de santé, nous vous invitons à relayer les messages d'incitation à l'arrêt, à mettre à disposition les kits d'aide à l'arrêt qui vous ont été fournis par le RESPADD, à inviter les fumeurs à s'inscrire sur le site *Tabac info service* ou via le 3989 dès le mois d'octobre, et enfin à organiser des actions collectives à destination de vos patients et/ou agents.

Pour vous accompagner, le RESPADD a imaginé plusieurs propositions d'actions pouvant être mises en place dans les établissements de santé, parmi lesquelles :

À L'ATTENTION DU PERSONNEL FUMEUR

- > Mettre en place (dans tous les établissements de santé) la gratuité des substituts nicotiques pour les personnels de l'établissement à l'instar des établissements de santé où ce dispositif existe.
- > Prendre des initiatives locales, type enquête anonyme en interne, pour tenter de mieux connaître le taux de tabagisme des personnels.
- > Mettre en place des opérations de type « ce mois-ci j'arrête » avec réunion d'accueil du personnel fumeur, mesures du CO et accès facilité aux produits d'aide à l'arrêt et de suivi courant le Moi(s) sans tabac avec évaluation (personnel recruté, personnel non-fumeur, personnel présentant une réduction de sa consommation à la fin du mois).
- > Rappeler, par de l'affichage et des circulaires en interne, l'interdiction légale actuelle de fumer en vêtement de travail et améliorer le respect de cette mesure.

À L'ATTENTION DE TOUS LES PERSONNELS POUR LEURS ACTIVITÉS DE SOIN

- > Durant le Mois(s) sans tabac, poser systématiquement à tous les patients rencontrés la question du tabagisme (Fumez-vous ? Et si oui combien de cigarettes par jour, et quel délai entre le lever et la première cigarette ?).
- > Etudier comment intégrer ce dispositif d'évaluation de la prévalence tabagique dans l'établissement, en routine dans les services, sur le long terme.
- > Mettre en place dans les services hospitaliers des procédures infirmières systématiques d'évaluation du statut tabagique et de substitution des fumeurs dépendants.



- > En maternité prendre en charge les conjoints fumeurs comme les femmes enceintes fumeuses.
- > Organiser un staff autour du thème du tabac dans le plus de services possibles avec des échanges réguliers.

RESTREINDRE LA PLACE DU TABAC DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- > Faire l'inventaire des aspects éventuels où le décret d'interdiction de fumer de 2006 n'est pas respecté dans l'établissement.
- > Créer un périmètre de 20 mètres autour des entrées au sein duquel fumer n'est pas autorisé, éloigner les cendriers le cas échéant et implanter une signalétique adéquate (après consultation des instances locales).
- > Analyser la réalité de la situation, les freins et leviers en présence et envisager comment rendre tout le campus de l'établissement non-fumeur.

POUR LES PATIENTS

- > Rappeler dès l'hospitalisation le statut sans tabac de l'établissement, l'importance de ne pas fumer pour les bons soins et l'aide qui peut être apportée pour supprimer les envies de fumer (remise systématique d'une fiche par l'établissement).
- > Avoir dans chaque service une réserve de substituts nicotiques (patchs et formes orales) afin de les proposer systématiquement à chaque fumeur entrant pour maintenir l'abstinence durant le séjour ou aborder un sevrage.



- > Réévaluation par un médecin du tabagisme le lendemain de l'entrée : si le sevrage n'est pas obtenu, adapter les traitements afin de supprimer les besoins de fumer.
- > Afficher dans chaque service l'organisation locale de la filière pour rencontrer un tabacologue.



POUR LES CONSULTANTS

- > Mettre dans les salles d'attentes des affiches proposant les activités du Moi(s) sans tabac.
- > Afficher les renseignements pratiques pour joindre un tabacologue sur l'établissement de santé.

POUR LES VISITEURS

- > Informer par affiches ou autres moyens pédagogiques sur la maladie tabagique et sur l'arrêt du tabac.
- > Organiser une conférence ouverte à tous sur les aides qui suppriment l'envie de fumer et conduisent à l'arrêt.

ACTIONS AUTOUR DU VAPOTAGE

- > Préciser et diffuser la politique de l'établissement à l'égard du vapotage en s'inspirant des recommandations du **réseau RESPADD**.
- > Organiser des actions ponctuelles pilotes pour déterminer les conditions d'un effet sensoriel oro-pharyngé (*Throat-hit*) optimal chez des fumeurs volontaires.
- > Organiser pour le personnel fumeur des essais-pilotes avec des e-cigarettes connectées.

ÉVALUATION

- > Analyser de façon comparative le nombre de substituts nicotiques distribués par la pharmacie de l'établissement durant le Moi(s) sans tabac et le nombre de substituts distribués les mois précédents pour évaluer la tendance de distribution (dans un service hospitalier moins de 3 patches ou 30 gommes par lit et par mois doit interroger).
- > Conduire un bilan chiffré simple sur une base hebdomadaire des actions conduites dans l'établissement dans le cadre de Moi(s) sans tabac et valoriser l'action.

ACTIONS AVEC LES PARTENAIRES DE L'HÔPITAL

- > Conduire des actions avec les partenaires de villes via les ambassadeurs régionaux du Moi(s) sans tabac.
- > Conduire des actions de prévention avec les établissements scolaires.
- > Mobiliser les universités, médecine, soins infirmiers et autres pour des actions partenariales autour du Moi(s) sans tabac.



COMMUNICATION

- > Rendre visible dès l'entrée de l'établissement de santé l'opération le Moi(s) sans tabac en utilisant les outils relayés et personnalisés par le **RESPADD**.
- > Réaliser des clips de 30 à 90 secondes autour du tabac à diffuser sur les sites des hôpitaux ou sur la toile via Youtube ou autres plateformes.
- > Demander à chaque spécialité médicale de décrire les raisons de passer sans tabac pour les principales maladies dans lesquelles l'arrêt du tabac est important.
- > Faire un concours d'affiches sur le passage à la vie sans tabac dont les meilleures seront diffusées.
- > Organiser une conférence de presse locale ou nationale pour le lancement de l'opération et éventuellement au cours de l'opération Moi(s) sans tabac.

Marie-Liesse Lefranc est élève-directrice d'hôpital à l'EHESP et diplômée de Sciences po. Elle nous confie sa vision des missions et des valeurs que doit porter un directeur d'établissement hospitalier à l'aune de ses travaux récents sur le tabac en milieu pénitentiaire. Un portrait sensible et rafraichissant.

Décrivez-nous les principales qualités humaines et professionnelles que doivent présenter selon vous les directeurs d'hôpital aujourd'hui.

Les directeurs d'hôpital doivent faire montre d'un savoir technique toujours plus pointu en matière financière, budgétaire, réglementaire, au regard des procédures et de la qualité. Ils doivent également apprendre à gérer l'humain et une certaine complexité, avec humilité et bon sens. Cela induit d'écouter, de manager et d'interagir avec de nombreux acteurs, tout en développant une connaissance fine des problématiques orientant l'offre de soins. Par ailleurs, dans un contexte financier souvent contraint, il me semble que les directeurs d'hôpital doivent plus que jamais réussir à porter une vision stratégique. Rencontrer des directeurs en poste m'a permis de constater que les contraintes de moyens peuvent aboutir à un surcroît d'inventivité dans la gestion, mais que ceci nécessite du recul et une vision de long terme.

Comment envisagez-vous la promotion de la santé en établissement hospitalier ?

La promotion de la santé est un sujet central. On sait que ce qui pèse aujourd'hui le plus sur notre système de santé, c'est l'augmentation des malades chroniques. Dans ce contexte, l'hôpital doit être promoteur de santé et de qualité de vie. Il faut engager les



équipes, particulièrement les acteurs de l'éducation thérapeutique et de la prévention, dans de vraies démarches proactives incluant les patients et les personnels hospitaliers eux-mêmes. Prenez le cas du tabac : on peut pratiquer une vraie promotion de la santé en interne, proposer des substituts nicotiniques et des aides à l'arrêt aux personnels comme aux patients. Il faut également sortir des murs de l'hôpital pour faire de la prévention, dans les écoles par exemple, et en lien avec les autres acteurs du territoire de santé : la médecine de ville, le social et le médico-social.

Quelles seront vos priorités d'action lorsque vous aurez pris vos fonctions de directeur selon le département auquel vous serez affiliée ?

Chaque direction a ses champs d'actions. Il y a aussi des évolutions qui touchent toutes les directions telles que la numérisation, l'am-

bulatoire ou les coopérations. Je souhaite contribuer à assurer ces transitions, sans cesser de valoriser la prévention et la qualité des soins. Certains sujets me tiennent aussi personnellement à cœur et conserveront mon attention : la qualité des conditions de travail et le bien être au travail, particulièrement dans l'environnement professionnel parfois intense qu'est l'hôpital ; l'égalité professionnelle femmes-hommes, qui doit irriguer tous les domaines mais peut aussi s'incarner dans des mesures ponctuelles et concrètes : limiter les réunions le soir, créer une crèche à l'hôpital, etc.

Comment vos travaux sur le tabagisme en contexte de détention ont-ils impacté votre perception de la santé publique ?

Travailler sur le tabagisme en détention fut l'occasion de s'intéresser de près à une population souvent laissée « à la marge » des politiques de santé publique, bien que particulièrement touchée par les problèmes de santé. Cela m'a permis d'affiner mon regard sur la prise en charge des addictions. Ainsi, le contexte complexe de la détention fait qu'on ne peut s'attaquer au tabagisme sans observer l'ensemble du tableau : une politique de lutte contre le tabac qui négligerait les facteurs encourageant les personnes détenues à fumer tels que le stress, la surpopulation carcérale ou la désoccupation serait au bout du compte inefficace.

J'ai également compris l'importance du pragmatisme : plutôt que le sevrage sec, les stratégies de réduction des risques sont adaptées, car graduées et plus encourageantes.

Propos recueillis par Anne-Cécile Cornibert.