

COLLOQUE

ORGANISÉ PAR LE RESPADD

En collaboration avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine
et la COREADD et avec le soutien financier du
Fonds de lutte contre les addictions

RÉGION

**Nouvelle-
Aquitaine**

**COLLOQUE
RÉGIONAL**

**LIEU DE SANTÉ
SANS TABAC
(LSST)**

**VENDREDI
17 SEPTEMBRE
2021**

LA ROCHELLE

PROGRAMME

**CINÉMA CGR
LA ROCHELLE
LES MINIMES**
AVENUE HENRI BECQUEREL

Informations et inscriptions :
www.respadd.org

COLLOQUE RÉGIONAL LSST

Région Nouvelle-Aquitaine

9h00 – 9h30

Accueil et émargement

9h30 – 9h50

OUVERTURE

- Amine Benyamina, *président du RESPADD*
- Erwan Autes-Treand, *chargé de mission, Direction de la Santé Publique, ARS Nouvelle-Aquitaine*

9h50 – 10h30

Présentation de la stratégie « Lieu de santé sans tabac » et des données pour la région Nouvelle-Aquitaine

- Nicolas Bonnet, *directeur du RESPADD*

10h30 – 10h50

Pause

10h50 – 11h10

Épidémiologie du tabagisme en région Nouvelle-Aquitaine

- Ursula Noury, *épidémiologiste, cellule régionale de Santé Publique France en Nouvelle-Aquitaine*

11h10 – 11h30

#MoisSansTabac 2020 en région Nouvelle-Aquitaine : adaptation et bilan du dispositif

- Shona Barbette, *ambassadrice du #MoisSansTabac Nouvelle-Aquitaine, COREADD N-A*

11h30 – 12h30

TABLE RONDE | LES ENJEUX POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIORITAIRES

Discutant : Nicolas Bonnet, directeur, RESPADD

- Marion Barrault, *docteur en psychopathologie et psychologie clinique et Emma Martel, chargée de projet prévention et promotion de la santé, Institut Bergonié*
- Aurélie Debaecker, *sage-femme ELSA, CH de La Rochelle*

12h30 – 14h00

Pause déjeuner

14h00 – 16h00

TABLE RONDE | RETOURS D'EXPÉRIENCES DE STRUCTURES LOCALES ENGAGÉES DANS LA STRATÉGIE « LIEU DE SANTÉ SANS TABAC »

Discutante : Nathalie Lajzerowicz, médecin addictologue, CH du Bouscat

- Carole Debeauce, *cadre de santé et animatrice de santé publique, Laurence Vasse, addictologue, et Frédéric Gibaud, directeur des ressources humaines et pilote du comité de prévention du tabagisme, CH de La Rochelle*
- Isabelle Jacq, *animatrice de santé publique et chargée de projet prévention et promotion de la santé, CH de Saintonge*
- Julie Logerais, *infirmière et Gérard Campagne, médecin addictologue, CH de la Côte Basque*
- Natacha Hertereau, *chargée de mission en santé publique et Cécilia Roux, cadre supérieure de santé, CH de Libourne*

16h00 – 16h15

CONCLUSION

- Philippe Castera, *responsable médical général, COREADD N-A*
- Nicolas Bonnet, *directeur du RESPADD*

SOMMAIRE

OUVERTURE	2
PRÉSENTATION DE LA STRATÉGIE LSST ET DES DONNÉES POUR LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE	4
ÉPIDÉMIOLOGIE DU TABAGISME EN RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE	9
MOIS SANS TABAC EN RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE : ADAPTATION ET BILAN DU DISPOSITIF.....	12
TABLE-RONDE : LES ENJEUX POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIORITAIRES	15
<i>Introduction de la table ronde</i>	<i>15</i>
<i>Organisation du parcours de soins du patient fumeur en cancérologie au sein de l'Institut Bergonié.....</i>	<i>15</i>
TABLE-RONDE : RETOUR D'EXPÉRIENCES DE STRUCTURES LOCALES ENGAGÉES DANS LA STRATÉGIE LSST	21
<i>Introduction de la table ronde</i>	<i>21</i>
<i>Expérience du centre hospitalier de Saintonge.....</i>	<i>21</i>
<i>Expérience du Centre Hospitalier de Libourne.....</i>	<i>24</i>
<i>L'expérience du Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB)</i>	<i>25</i>
<i>L'expérience du Centre Hospitalier de la Rochelle.....</i>	<i>26</i>
<i>Questions communes à l'ensemble des participants de la table ronde</i>	<i>30</i>
CONCLUSION	31

OUVERTURE

Pr Amine BENYAMINA, président du RESPADD
Erwan AUTES-TREAND, chargé de mission à l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine

Amine BENYAMINA salue les participants à ce colloque organisé en Charente-Maritime et fruit d'un travail considérable en amont par les partenaires et par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Il remercie Erwan AUTES-TREAND pour son accueil et son soutien. Un congrès de psychologie et de neurologie est en cours en ces lieux, ce qui est une heureuse coïncidence. De nombreuses ambitions sont ainsi poursuivies dans cette enceinte. Il convient également de remercier chaleureusement le COREADD et le Fonds de Lutte contre les Addictions.

Le tour de France des signatures et de mise en valeur des programmes de lutte des lieux sans tabac s'achève progressivement. L'objectif est de mettre en contact le savoir-faire de chaque type de prise en charge au plan international dans le cadre de ce programme.

Amine BENYAMINA tient enfin à remercier Nicolas BONNET pour son rôle dans la mise en œuvre de cette dynamique.

Erwan AUTES-TREAND remercie Amine BENYAMINA pour sa présence, ainsi que le RESPADD, qui a organisé la journée d'aujourd'hui et celle d'hier, consacrée à la lutte contre le tabagisme. Cette dernière permet d'avoir une vision globale des enjeux relatifs à cette lutte, notamment en matière d'accompagnement des personnes concernées.

Il convient maintenant de faire collectivement le point sur les démarches entreprises. Ce sujet avait été évoqué à l'occasion du webinaire sur le financement du Fonds de lutte contre les addictions, avec le COREADD. C'est important, car de nombreux établissements se sont engagés, dont trois en Charente et dans les Pyrénées-Atlantiques. Cet investissement impacte toutes les strates de la santé : les professionnels, les patients, les acteurs de la gouvernance de l'hôpital. Cette culture commune du changement doit être insufflée à toutes ces strates.

En Aquitaine, le dynamisme des acteurs de santé et de fédération est réel. La démarche Lieu de santé sans tabac s'est ainsi implantée naturellement. Avant 2018, des établissements s'étaient déjà lancés dans cette démarche, y compris des CHU, en se fondant sur les plaidoyers fournis par le RESPADD.

Cette démarche vise à la prise en compte du tabac à tous les échelons, y compris au niveau des professionnels de santé et des partenaires. L'enjeu est également de mieux accompagner les fumeurs se rendant dans les établissements. Philippe CASTERA l'a évoqué hier. Certains discours tenus à cette occasion amènent à s'interroger, notamment les discours stigmatisants. La nécessité d'un changement d'approche et d'un accompagnement ressort particulièrement des échanges de la veille, mais de nombreux professionnels de santé n'ont pas été sensibilisés à cette manière d'aborder la question du tabac et des addictions. Quant à la logique de dénormalisation induite par cette ambition, qui est en cours, elle s'appuie sur la volonté de créer des espaces sans tabac. La présence d'un établissement hospitalier acceptant les fumeurs à proximité de plages ou de lieux sans tabac serait ainsi problématique.

La démarche Lieu de santé sans tabac en Nouvelle-Aquitaine est une priorité centrale dans la région. Pour les établissements de santé s'engageant dans celle-ci, l'ARS apporte des financements en lançant des appels à projets. Selon les données disponibles, 20 à 25 % des établissements de la région sont engagés dans cette démarche, dont 27 établissements disposant d'une autorisation en cancérologie. Il reste encore des progrès à accomplir, y compris pour les maternités.

Il s'agit maintenant de solliciter les établissements encore non engagés ou dont on ignore qu'ils le sont. Les crédits du Fonds seront mobilisés à cette aune, afin de contacter les établissements et de les financer s'ils expriment le souhait de s'engager dans la démarche.

PRÉSENTATION DE LA STRATÉGIE LSST ET DES DONNÉES POUR LA RÉGION NOUVELLE- AQUITAINE

Nicolas BONNET
directeur du RESPADD

Nicolas BONNET souligne que la dynamique actuelle concerne de nombreuses régions françaises. Les financements devront en outre être reconduits dans les années à venir.

Nicolas BONNET propose de revenir sur la présentation de la stratégie Lieux de Santé sans Tabac et sur le rôle du RESPADD. Cette dernière vise à rappeler le rôle de modèle que joue l'hôpital dans les comportements vertueux en matière de santé.

Le RESPADD est une association créée en 1995, initialement nommée « réseau Hôpital sans tabac », afin de favoriser l'application de la loi Evin. Gilles BRUCKNER a créé ce réseau afin de soutenir cet engagement. Il a bénéficié du soutien de la Haute Autorité de Santé et s'est rapidement développé en France, pour atteindre un millier d'adhérents. En 2006, le mot « addiction » est arrivé dans le vocabulaire français, avec l'ouverture de services d'addictologie. Les moyens se sont cependant réduits dans les hôpitaux, ce sujet étant mis de côté. En 2006, le décret Bertrand a interdit le tabagisme dans les lieux publics. Ces deux éléments concomitants ont modifié les perspectives en matière de prise en compte du tabagisme. La réduction des moyens a ainsi favorisé la démotivation des professionnels.

C'est pourquoi en 2017, le RESPADD a lancé la stratégie LSST, dont il est devenu, l'année suivante, coordinateur national pour une durée de trois ans. La stratégie est un axe prioritaire au sein du programme national de lutte contre le tabagisme 2018-2022. Elle a pris une ampleur que le RESPADD n'avait pas anticipée. Il a fallu ainsi s'entourer de nombreux professionnels et partenaires, le RESPADD s'appuyant sur six salariés.

Les objectifs de la stratégie fixés par les pouvoirs publics sont doubles :

- toucher 50 % de l'offre de soin en France d'ici fin 2022 ;
- toucher 100 % des établissements prioritaires, en France, ayant un pôle mère/enfant et/ou autorisés à traiter des patients touchés par le cancer d'ici fin 2022.

Ces objectifs induisent un fort investissement. Un Lieu de santé sans tabac est un établissement respectant la législation prohibant le tabagisme, mais suppose aussi une politique active de prévention. De plus, un LSST promeut une politique active de prévention et de prise en charge du tabagisme, qui s'adresse à tous les publics du lieu (personnels, patients et visiteurs) et des partenaires. Le projet combine un ensemble d'initiatives politiques, administratives et médicales, afin de tendre à la disparition totale du tabagisme au sein de l'établissement. Le dispositif ne repose pas sur un modèle à suivre, mais sur des orientations dont les établissements peuvent se saisir. L'objectif est de faire en sorte que le tabagisme ne soit plus visible dans les établissements. L'énergie ne doit pas être consacrée à l'implantation d'abris fumeurs dans les établissements. La stratégie vise à supprimer ces derniers.

Pour devenir Lieu de santé sans tabac, le RESPADD propose en effet une méthodologie qu'il est nécessaire d'adapter en fonction des établissements, de leur taille, du nombre de leur effectif, et de leurs spécificités. Un état des lieux est d'abord réalisé sous la forme d'un d'audit, ce qui permet de déterminer la dimension des actions à mettre en place par la suite. Ce processus suivi peut permettre de devenir rapidement un Lieu de santé sans tabac, à l'image de l'Institut Gustave Roussy. Ainsi, toute personne doit pouvoir y recevoir un substitut nicotinique très rapidement. Il est hors de question d'attendre 24 heures dans ce cadre. La stratégie doit pouvoir être évaluée et valorisée systématiquement dans le cadre d'un processus d'évaluation continue. Ce travail a ainsi été mis en œuvre au niveau de la région Nouvelle-Aquitaine. Il est nécessaire de revenir sur les actions mises en place et sur les résultats qui en découlent. Cela permet d'inciter les structures hospitalières de poursuivre leur engagement. L'audit est ainsi un élément fort de cette démarche.

Dans cette optique, un comité de pilotage LSST doit être structuré, mais il doit être représentatif de la structure. Il doit ainsi comprendre des professionnels de santé ainsi que du personnel administratif et des membres de la CME, mais aussi de personnes détachées du milieu médical. Pour que cette stratégie fonctionne, la stratégie doit faire l'objet d'une communication constante auprès des publics, aussi bien en amont qu'en aval du projet. La visibilité est en effet fondamentale dans la réussite de la stratégie.

Enfin, la stratégie est accompagnée d'actions de formation. Tous les professionnels de santé doivent recevoir une formation, car rien n'est plus efficace en matière d'arrêt du tabagisme qu'une action de repérage précoce du tabagisme. Aux États-Unis, chaque lieu de santé doit s'appuyer sur une personne formée au RPIB.

Les éléments-clés de la réussite reposent aussi sur le soutien institutionnel : DGS, syndicats, fédérations hospitalières, partenaires locaux, usagers, bénéficiaires des soins, professionnels, qu'il faut valoriser.

Le RESPADD met ainsi à disposition de nombreux outils (audit, enquête « tabagisme en blouse blanche » destinée aux professionnels, aux patients et aux visiteurs, guides, formation RPIB-Tabac, organisation de colloques, déploiement d'outils de communication), afin d'aider les professionnels de santé à développer cette stratégie. Dans le cadre de l'enquête mise en œuvre, plus de 8 000 questionnaires émanant de professionnels et 6 000 questionnaires émanant des visiteurs et des patients sont en cours de traitement. Il en découlera une exploitation nationale. Jamais une enquête équivalente n'avait été menée sur les comportements tabagiques.

Les formations sont également fondamentales et s'appuient sur des pools de formateurs. Des formations au RPIB-Tabac sont ainsi déployées. La liste des personnes formées est publique et accessible. L'offre de formation peut ainsi être déclinée au niveau local. Des colloques régionaux sont organisés et seront suivis d'un colloque national. Il s'agit d'un moment de partage essentiel au terme de ces trois dernières années.

S'y ajoute le guide Lieu de santé sans tabac, qui développe les détails de la mise en place de la stratégie et des actions, afin de démontrer l'engagement de l'ARS en la matière. Il s'agit désormais d'outils de référence, régulièrement mis à jour, accessibles, gratuits et conformes à la science. L'outil suivant est le test de dépendance à la cigarette, le CDS. Le guide « Accompagner l'arrêt du tabac » est destiné au grand public et vise à relayer les informations. Le guide « Mobiliser les lieux de santé pour favoriser l'arrêt du tabac » a pour objectif d'accompagner les professionnels et les établissements et de leur fournir un plaidoyer. Enfin, un document est fourni sur le vapotage. *In fine*, l'objectif est de faire en sorte que les différents messages deviennent automatiques, par exemple sur la fourniture de substituts nicotiques.

Les derniers guides, plus récents, portent sur « Tabagisme et santé mentale » et « Prévention du tabagisme et accompagnement au sevrage chez la femme. » Le but est d'assurer une prise en charge rapide du sevrage tabagique chez les personnes atteintes d'affections psychiatriques, mais aussi de proposer un guide traitant l'ensemble des dimensions féminines, à chaque étape de la vie d'une femme.

Enfin, un algorithme de traitement en ligne des audits Lieu de santé sans tabac est en cours de développement. Les données pourront être remplies en ligne, afin de permettre un traitement automatisé de ces dernières. Des propositions d'actions seront formulées pour améliorer le score obtenu.

La démarche Tabagisme et santé orale est un travail important mené depuis trois ans, soutenu par la DGS, dans le cadre des appels à projets annuels. La formation fonctionne bien, puisque de nombreux dentistes se sont engagés. La diffusion d'un guide est programmée, ainsi qu'un colloque prévu le 2 décembre prochain à Paris. Un atelier Tabagisme et lieux de privation de liberté a été organisé par l'ATHS en 2021. Un colloque sur les lieux sans tabac est programmé au ministère de la Santé le 1^{er} février prochain. Un guide Tabagisme et cancer est en cours de rédaction, alors qu'un label « Ecole de santé sans tabac » est en cours de déploiement auprès de l'AP-HP et de l'ensemble des écoles de santé de la région Ile-de-France. Des missions d'appui et des visites d'établissement sont organisées sur cette thématique du tabac.

Nicolas BONNET propose de revenir sur l'audit proposé par le RESPADD, qui vise à accompagner la mise en œuvre de la charte Lieu de santé sans tabac. Ce document est ancien et a fait l'objet de la diffusion d'un petit livret. Il a contribué à favoriser l'émergence du réseau européen des hôpitaux sans tabac, le réseau international Global Network Tobacco Healthcare services. De nombreux hôpitaux ont rempli cet audit et se servent de ce guide pour dégager des axes d'amélioration et mesurer la progression sur ces différents axes. Un guide d'accompagnement de l'audit encore plus précis sera diffusé l'année prochaine. Pour chaque norme, des éléments factuels, des propositions d'action et des propositions d'évaluation seront proposés. Chaque établissement pourra ainsi déployer rapidement une stratégie LSST efficace.

L'audit permet de faire l'état des lieux des pratiques de l'établissement, et ainsi de dégager des axes d'amélioration. Huit normes sont étudiées dans cet audit, qui doit être réalisé chaque année pour mesurer l'avancement de la structure dans la stratégie LSST. Les deux normes « gouvernance et engagement » et « communication » sont fondamentales, même si les autres normes restent également importantes : formations initiales et continues (ensemble des professionnels de santé formés), identification, diagnostic et soutien au sevrage tabagique, environnement sans tabac, lieu de travail sain, engagement dans la communauté et surveillance et évaluation.

Sur la base de ces normes, un score est établi en fonction des réponses aux questions et permet de classer l'établissement selon trois niveaux : bronze, argent et or. L'audit repose sur l'auto-évaluation. Le score maximum pouvant être obtenu est de 141 points. L'établissement est certifié à partir du niveau bronze. Si l'établissement obtient le niveau gold, son dossier est soumis au niveau international. L'Institut Gustave Roussy devrait ainsi bénéficier de ce statut pendant trois ans. L'établissement obtient une plaque, montrant qu'il est engagé dans la stratégie, avec une remise officielle, afin de renforcer son engagement.

En 2019, le RESPADD a organisé une passation nationale de cet audit santé sans tabac. 426 audits ont été reçus au niveau national (un quart des établissements de santé publics), grâce au soutien de la DGS et des ARS. La Nouvelle-Aquitaine se situe dans la fourchette haute, avec 36 audits entrepris, ce qui traduit un réel engagement de la région dans cette action de santé publique. 94 % des établissements ont obtenu le niveau bronze. Ce sont souvent des établissements de taille moyenne.

Si ces résultats sont satisfaisants, l'audit traduit une connaissance de la démarche LSST assez faible. Un travail a néanmoins été entrepris dans ces établissements, indépendamment de la démarche LSST, parfois peu connue. Le terreau était donc déjà fertile pour la mise en œuvre de la stratégie en région Nouvelle-Aquitaine. 17 % des établissements sont officiellement engagés dans la démarche en Nouvelle-Aquitaine. Un travail de communication important doit donc être mené par l'ARS pour déployer l'audit, alors que le travail d'engagement à venir reste conséquent. Le présent colloque y contribuera, même si la région est déjà fortement impliquée dans ces actions.

En conclusion, il convient de rappeler l'importance de la gouvernance et de l'engagement de la direction et d'un temps salarié, mais aussi l'importance des savoirs, avec la nécessité d'outiller les professionnels de référentiels, l'importance des savoir-faire, reposant sur la formation au RPIB, l'importance de l'accessibilité des traitements, induisant un repérage systématique et une proposition systématique des TNS en temps réel à l'ensemble des patients, et enfin l'importance de l'évaluation pour démontrer l'efficacité et l'efficacités de cette stratégie. Cette dernière démarche est en cours de déploiement, car il est parfois compliqué de trouver les bonnes données et les bons acteurs pour les recueillir.

Nicolas Bonnet présente quelques éléments sur le dispositif Lieu de Santé promoteur de Santé. Dans la charte, plusieurs initiatives sont proposées pour devenir Lieu de Santé promoteur de Santé (LSPS). La promotion de la santé doit être présente dans tous les programmes. Le RESPADD est engagé dans cette démarche depuis de nombreuses années et coordonne aujourd'hui le Réseau français Lieu de santé promoteur de santé. Dans ce cadre, le RESPADD propose des outils et s'engage auprès du réseau international, l'objectif étant de diffuser les bonnes pratiques et les bons messages. L'adhésion au Réseau international représente un coût de 300 euros par an et permet d'accéder à des groupes de travail et de réflexion. Cette démarche s'avère réellement stimulante sur le plan intellectuel, ce qui a été particulièrement prégnant pendant la crise sanitaire.

Quant aux engagements, ils consistent à assurer le renforcement de la politique Lieu de santé sans tabac, condition essentielle et nécessaire à l'acquisition du label LSPS et à définir plusieurs axes de promotion de la santé transversaux sur différents axes : les addictions, la périnatalité, dans le cadre du partenariat réseau IHAB (Initiative hôpital ami des bébés), le handicap, la santé mentale, la perte d'autonomie et le vieillissement (promotion de la santé pour favoriser le bien-vieillir des seniors, environnement thérapeutique, aide au maintien de la mobilité), l'activité physique et l'alimentation. Il s'agit de proposer un ou deux projets par an sur l'un de ces axes et de communiquer en conséquence.

Il convient également d'initier des actions sur les déterminants de santé. Ces derniers peuvent être individuels (renforcement des compétences et connaissances en santé du patient, de son entourage et de l'ensemble des professionnels de l'établissement de santé), communautaires (constitution de réseaux d'entraide, communautés de patients, patient-expert, médiateur en santé et pair-aidant, ou environnementaux (transformation des structures de santé en environnements favorables à la santé, meilleure organisation du parcours de soins, collaboration entre les professionnels de santé, les niveaux de recours et la coordination santé-ville, environnement entre le professionnel et le promoteur de santé, participation des professionnels).

12 établissements adhérents sont recensés en France, dont une majorité se trouve dans la façade ouest, et particulièrement en Nouvelle-Aquitaine, ce qui traduit bien l'ancienneté de la dynamique en santé publique dans la région. Ces établissements sont donc engagés en promotion de la santé..

La promotion de la santé est une nécessité pour agir sur les modes de vie des patients pour favoriser le maintien en santé des individus, permettre le rétablissement de la personne, réduire les risques professionnels et améliorer les conditions de travail, favoriser l'intersectorialité et l'échange de bonnes pratiques entre les services et optimiser la gestion des déchets et des dépenses énergétiques pour un lieu de santé plus durable. En perspective, le patient/visiteur/professionnel pris en charge dans un Lieu de santé promoteur de santé pourra exercer un contrôle sur sa maladie, ses facteurs de risque et son parcours de soins, être impliqué dans des associations de patients, groupes d'entraide, manifester une exigence de qualité des soins et exiger de son lieu de santé des actions de promotion de la santé comme parties intégrantes de son parcours de soins. Les patients et les professionnels de santé fréquentant le lieu de santé disposeront ainsi d'un pouvoir accru, induisant des demandes exigeantes sur ce plan.

Une intervenante considère que l'hôpital est un lieu qui concerne tout le monde. A cette aune, cette question de l'implication du patient est fondamentale. Il doit pouvoir s'exprimer sur son parcours de soins, ce qui suppose d'impliquer les équipes. Cela n'est pas simple, car il existe des différences de langage entre les équipes médicales et les équipes de management. Les formations sont en effet différentes. Les soignants ne connaissent pas forcément le mode de pensée opératoire des managers. Un travail doit être entrepris sur ce plan dans les écoles de formation des managers d'hôpitaux, afin d'intégrer cette préoccupation dans la formation initiale. Cela permettra d'avancer plus rapidement dans la mise en œuvre et la valorisation de cette stratégie d'accompagnement.

Nicolas BONNET répond que cette intervention lui semble très juste. Il faut travailler à la reconnaissance de ce que fait l'autre et investir dans la formation à l'hôpital. Il s'agit d'essayer de donner des éléments de vocabulaire et de compréhension. Certaines structures hospitalières ont compris ces enjeux, mais un travail de compréhension doit être entrepris au niveau des tutelles via des temps d'échange partagés, afin de réduire l'incompréhension entre les acteurs.

Cécile HUREAU observe que l'Ecole de Rennes est labellisée campus sans tabac depuis 2018. Les directeurs ont donc été sensibilisés à cette démarche.

Amine BENYAMINA souligne que plusieurs étapes ont été franchies en matière de bien-être dans les structures de soins. Les actions se mettent progressivement en place dans les établissements de santé, avec le souci de convaincre, plutôt que de contraindre. De nouveaux défis se profilent à cette aune. Il faut éviter de voir des tas de mégots devant les services de chirurgie, de pneumologie ou d'addictologie. La stratégie Lieu de santé sans tabac, déployée par le RESPADD vise, cet objectif, entre autres..

ÉPIDÉMIOLOGIE DU TABAGISME EN RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Ursula NOURY, épidémiologiste à la cellule régionale de Santé publique France Nouvelle Aquitaine

Ursula NOURY rappelle que Santé publique France a été créée en 2016. Elle travaillait préalablement pour l'Institut de veille sanitaire, qui a fusionné par la suite avec l'INPES. Auparavant, l'institut ne possédait pas les compétences en matière de promotion et de prévention de la santé, ce qui est désormais le cas.

En Nouvelle-Aquitaine, le plan national de lutte contre le tabac est décliné autour de différentes actions adaptées aux réalités locales. La cellule régionale réalise ainsi des bulletins de santé publique consacrés au tabac. Ils permettent de fournir un état des lieux détaillé reposant sur des données récentes sur le plan du tabagisme, et sur des indicateurs régionaux, voire départementaux, sur la mortalité par pathologie liée au tabac.

Les sources sont diverses : le baromètre 2017 de Santé publique France, les résultats de l'enquête sur la santé et les consommations sur l'appel de préparation à la Défense 2017, l'enquête nationale périnatale de l'Inserm 2016 et les certificats de décès.

Selon le baromètre 2017, la prévalence du tabagisme est de 26,9 % en France, mais il ressort des disparités selon les régions. En Nouvelle-Aquitaine, la prévalence s'établit à 28,1 %, soit 1,1 million de fumeurs quotidiens. La prévalence est estimée à 32,2 % chez les hommes et à 26,1 % chez les femmes. Il apparaît que la région émerge dans les régions pour lesquelles le tabagisme est le plus important à 17 ans, puisque la prévalence s'établit à 25 % à cet âge en France et à 28,1 % en Nouvelle-Aquitaine. En revanche, pour le tabagisme intensif (au moins 10 cigarettes par jour), la région se situe dans la moyenne nationale, puisque la prévalence représente 4,8 %.

Quant au tabagisme chez les femmes enceintes, la prévalence est de 40,2 % avant de grossesse, soit un écart de plus de vingt points avec la moyenne nationale. Elle est de 22,9 % après trois mois de grossesse. L'écart relatif se réduit alors de dix à vingt points par rapport à la moyenne nationale.

Il est également intéressant de mettre en avant l'évolution de la prévalence au cours du temps. En 2000, la prévalence s'établissait à 29,7 % pour l'ensemble de la Région, pour atteindre 32 % en 2016, avant l'amorçage d'une baisse pour atteindre 27,4 % en 2017.

En ce qui concerne la proportion de fumeurs quotidiens, elle est plus élevée chez les 18/30 ans, avant de diminuer dans le temps. C'est également dans cette tranche que l'on trouve la proportion la plus haute, de personnes n'ayant jamais fumé, ce qui traduit l'intérêt du ciblage de cette tranche. Sur le plan de la dépendance, la différence constatée entre la région et la France métropolitaine est faible s'agissant des fumeurs fortement dépendants. Elle est plus élevée chez les 46/60 ans (18,8 %), tranche suivie des 31/45 ans.

Concernant les projets et tentatives d'arrêt, plus d'un fumeur sur deux a eu envie d'arrêter. Plus d'un quart des fumeurs ont tenté d'arrêter, notamment 37 % des 18/30 ans. Le projet d'arrêt dans les six mois est plus prégnant chez les femmes. L'envie d'arrêter est plus forte pour la tranche 61/75 ans.

Quant aux indicateurs de morbidité, le tabac est un des facteurs de risque majeurs du cancer du poumon. Sur la période 2007/2016, en Nouvelle-Aquitaine, le taux d'incidence du cancer du poumon s'établit à 18,6 pour 100 000 habitants pour les femmes (contre 17,1 en France) et à 50,6 pour 100 000 habitants pour les hommes (51,8 en France). Sur le plan de la mortalité, sur la période 2013/2015, le taux de mortalité s'établit à 69,1 pour 100 000 habitants pour les femmes dans la région (69,3 en France) et à 197,3 pour les hommes (200,5 en France). Dans certains départements, comme la Creuse et les Landes, les taux sont supérieurs de 10 points au taux général. En 2015, on estime que 7 925 décès ont eu un lien avec le tabac dans la région, dont une majorité d'hommes. Les pathologies mises en évidence sont sans surprise les cancers et les maladies cardiovasculaires.

Ces bulletins orientent les actions en région Nouvelle-Aquitaine, puisque dans la région, on constate une prévalence plus forte du tabagisme chez les jeunes de 17 ans et chez les femmes enceintes avant la grossesse. L'incidence et la mortalité se situent dans la moyenne nationale, avec toutefois des disparités entre les départements. Le but est maintenant de publier ces indicateurs à intervalle régulier, mais aussi d'approfondir ces données au niveau départemental, afin de déduire des phénomènes d'explication. Un bulletin de santé publique (BSP) a été publié, en lien avec la COREADD, pour présenter les indicateurs régionaux en lien avec l'impact des campagnes de prévention Mois sans tabac. Les BSP sont disponibles sur le site de Santé Publique France, ainsi que les autres publications.

Un intervenant souhaite savoir ce qu'il en est de l'exploitation du baromètre 2020.

Ursula NOURY répond que la parution du baromètre 2020 était prévue cette année. Finalement, à cause de la crise sanitaire, elle ne se fera que l'année prochaine. L'objectif est d'échanger avec les acteurs du terrain pour comprendre certains phénomènes observés. Cette démarche s'inscrit dans une perspective collaborative.

Un intervenant demande des précisions sur les résultats observés dans le baromètre, comme le niveau de prévalence en Nouvelle-Aquitaine pour les femmes enceintes et pour les jeunes.

Nicolas BONNET ne sait pas comment expliquer la prévalence chez les femmes enceintes en Nouvelle-Aquitaine. Il est peut-être plus aisé de s'approvisionner dans cette région, comme en Occitanie ou dans le nord de la France. Pour les jeunes, le taux de prévalence plus élevé s'explique par cet accès plus aisé. Ce constat est corrélé à ce qui est observé pour le cannabis. Pour les femmes enceintes, il reste des progrès à accomplir en matière d'accompagnement des femmes enceintes en début de grossesse. Une action est d'ailleurs prévue avec le COREADD et les acteurs de la périnatalité. Cependant, il est difficile d'expliquer ces résultats.

Un intervenant demande si l'on constate des taux de consommation plus élevés pour l'alcool et le cannabis en Nouvelle-Aquitaine.

Ursula NOURY répond que le taux de consommation d'alcool semble plus élevé chez les jeunes en Nouvelle-Aquitaine.

Auréli DEBECKER indique que, depuis une dizaine d'années, les jeunes femmes consultent de moins en moins dans le cadre des consultations de suivi gynécologiques, ce qui a un effet immédiat puisque ces sujets sont abordés à cette occasion. L'accès aux professionnels de santé est en effet de plus en plus difficile, puisque la pénurie de gynécologues obstétriciens s'accroît, alors que la campagne d'information pour s'orienter vers d'autres professionnels de santé ne fonctionne pas. En région Nouvelle-Aquitaine, les déficits sont encore plus marqués, avec des fermetures de maternité et des structures qui ne sont plus en mesure d'accueillir ce public.

Un participant souhaite savoir si des études de corrélation entre les données sociales et les données sanitaires ont été menées en Nouvelle-Aquitaine. Dans le Nord, les données sociales traduisent une situation dégradée, notamment en matière de pauvreté, avec un impact sur la prévalence de l'addiction à l'alcool.

Ursula NOURY répond qu'une analyse est proposée dans le BSP sur les facteurs sociodémographiques (niveau, d'études, revenus...) pour en étudier l'impact sur la consommation du tabac. Ces informations n'ont toutefois pas été croisées avec les éléments relatifs à ces populations (jeunes de 17 ans, femmes enceintes).

Une intervenante rappelle que la Nouvelle-Aquitaine est une grande région. Il serait intéressant de disposer des données relatives au niveau infraterritorial, afin de déterminer les lieux et les actions à cibler. La région s'articule autour d'une grande métropole, de quelques grandes villes, d'un milieu côtier et d'un milieu rural, ce qui se traduit par des habitudes et des pratiques très différentes. En conséquence, il est difficile d'établir des relations de causalité en s'appuyant sur des données trop générales.

Ursula NOURY en convient. Cette démarche d'approfondissement de l'analyse est prévue dans le prochain BSP.

Nicolas BONNET remercie les participants pour ces contributions.

MOIS SANS TABAC EN RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE : ADAPTATION ET BILAN DU DISPOSITIF

Shona BARBETTE, Ambassadrice Mois sans tabac Nouvelle Aquitaine COREADD

Shona BARBETTE propose un retour sur l'action et quelques actualités relatives à Mois sans tabac. La sixième édition de Mois sans tabac est programmée au mois de novembre. Il s'agit d'une action de marketing social, à des fins de changement de comportement favorable à la santé. C'est un défi collectif, incitant les fumeurs à rejoindre une communauté pour participer au défi d'arrêt du mois de novembre.

Depuis 2016, 850 000 personnes se sont inscrites à cette démarche sur tabac-info-service.fr. La démarche s'adresse à tous, fumeurs et non-fumeurs, mais aussi à différentes structures publiques et privées susceptibles de devenir partenaires de ce dispositif. Près de 1 000 partenaires s'engagent ainsi chaque année.

Certains publics sont davantage ciblés, comme les femmes, les jeunes et les personnes vulnérables. Dans le cadre sanitaire, il convenait de ne pas accroître les inégalités sociales de santé, même si cela s'avérait difficile dans ce contexte. Pour la prochaine campagne de Mois sans tabac, la plateforme vient d'ouvrir. Il est donc possible de commander les outils (kits, brochures, flyers...). Le kit d'aide à l'arrêt a été revu et est davantage axé sur le conseil auprès d'un professionnel de santé de proximité. Un flyer spécifique a été élaboré dans cette optique. Au mois d'octobre, il s'agira de recruter les fumeurs pour mener ce défi, puis de les accompagner au mois de novembre dans le cadre du défi. Il s'agira de les féliciter au mois de décembre et de poursuivre l'accompagnement.

En 2020, 126 568 inscriptions en ligne à Mois sans tabac ont été recensées. Leur nombre a diminué, en raison de la crise sanitaire, selon Santé Publique France, mais ce nombre reste conséquent. En revanche, le nombre d'outils commandés a augmenté, alors que leur diffusion était rendue plus difficile par le contexte sanitaire.

Un post-test quantitatif a été entrepris par Santé publique France, afin de mesurer l'impact de la crise sanitaire sur la volonté d'arrêter de fumer. Un annuaire sera diffusé, afin d'inciter les fumeurs à consulter auprès des professionnels de santé. En premier lieu, il apparaît que les gens apprennent l'existence de Mois sans tabac grâce à la télévision. Ainsi, Plusieurs personnalités (Adriana KAREMBEU, Stéphane PLAZA) vont coacher de vrais fumeurs et contribuer à médiatiser cet événement. 23 % des gens ont appris l'existence de ce dispositif chez leur professionnel de santé. Il est donc utile de poursuivre l'affichage au sein des professionnels de santé. Enfin, les réseaux sociaux constituent un outil utile pour communiquer sur le Mois sans tabac.

Quant à l'impact de l'épidémie COVID-19, 68 % des personnes interrogées répondent que l'épidémie n'a pas eu d'impact sur leur volonté d'arrêter de fumer. 18 % d'entre elles estiment qu'elle a accru leur motivation, alors que 14 % considèrent qu'elle a réduit cette dernière, notamment les personnes qui consomment plus de dix cigarettes par jour.

S'agissant de l'utilité de poursuivre la diffusion de campagnes de prévention sur l'arrêt du tabac, 75 % considèrent que ces campagnes sont utiles. Cela permet aux professionnels de santé de parler d'un autre sujet que la crise sanitaire. Les personnes interrogées sont également intéressées par des consultations gratuites d'aide à l'arrêt. Dans cette optique, elles

privilégient le médecin traitant (76 % de oui), les centres de soins, l'établissement hospitalier ou la clinique et le lieu de travail.

Concernant les post-tests qualitatifs, les représentations liées au tabac continuent à se dégrader. Elles deviennent de plus en plus négatives sur les territoires. Outre la dépendance, le statut est de plus en plus exclu pour les fumeurs. Par ailleurs, l'image du fumeur devient de plus en plus difficile à porter. Cependant, quelques associations positives persistent : plaisir de fumer, convivialité. Les motivations à arrêter de fumer ont en outre été évoquées. Le coût économique lié au tabac devient de plus en plus déterminant. Le bénéfice en termes de santé apparaît également comme une motivation croissante et prend le pas sur les seuls risques. Quant aux freins, ils sont liés à la peur liée au sevrage (prise de poids, perte du lien social, perte d'identité...). Parmi les personnes interrogées, la crise sanitaire a eu un impact sur la santé mentale, ayant pour conséquence une hausse de la consommation tabagique lors du premier confinement. Le constat est plus variable pour le second confinement.

La campagne du Mois sans tabac s'appuie sur plusieurs dispositifs : site internet tabac-info-service, mailing, application mobile, réseaux sociaux, groupes d'entraide. Le dispositif est donc très riche.

En région Nouvelle-Aquitaine, le nombre d'inscrits est de 11 832, soit 10 % des participants nationaux. Au niveau de la plateforme 3989, des tabacologues sont accessibles et peuvent assurer un suivi personnalisé tout au long de l'année. Ce sont surtout les 45/54 ans qui les sollicitent. En ligne, ce sont surtout les 25/34 ans qui s'inscrivent au défi national, et plus particulièrement les femmes.

Dans le cadre du Mois sans tabac 2020, le contexte a contraint d'axer le dispositif sur des consultations individuelles, à distance, ou auprès de publics captifs. Les objectifs ont été réajustés : développement des outils numériques, communication digitale sur la région, actualisation des sites et ressources régionales, relais de la campagne via sites et réseaux sociaux des partenaires, poursuivre l'appui méthodologique auprès des partenaires, formation autour de l'accompagnement du fumeur vers l'arrêt du tabac. Il en résulte la mise en place d'une stratégie digitale par l'Ambassade. Une mallette a été créée pour les partenaires et les professionnels afin de leur permettre de relayer la campagne. L'institution a été active sur les réseaux sociaux pour soutenir la campagne. Une série vidéo a été développée pour déployer des messages et aborder différentes thématiques, ce qui a permis de dynamiser cette édition 2020. Des webinaires en ligne ont été proposés et se poursuivent en 2021. La plateforme OSCAR permet d'évaluer et de valoriser les actions mises en œuvre et d'inspirer d'autres partenaires.

Cette année, de nouvelles actions ont été développées autour de la journée mondiale sans tabac. Cette démarche a consisté à s'appuyer sur l'environnement pour toucher un autre public. Des points de collecte pour le ramassage de mégots ont été mis en place. Plus de 25 000 mégots ont ainsi été ramassés, ce qui a contribué à séduire des jeunes. Cette action est donc une véritable réussite.

L'objectif, cette année, est de poursuivre cet accompagnement et de privilégier, comme l'année dernière, les actions numériques à distance. Il n'est toujours pas possible d'organiser de villages. La diffusion de vidéos et de webinaires va se poursuivre, alors qu'un challenge interstructures est programmé à destination des professionnels pour les impliquer dans l'action Mois sans tabac. Une campagne de dénormalisation est sortie le 31 mai, jusqu'au 30 juin et a permis de modifier l'approche, afin d'inviter les fumeurs à rejoindre les 50 millions de non-fumeurs dans une vie sans tabac. Plusieurs spots publicitaires seront diffusés. Enfin, le dispositif Employeur pour la santé sortira prochainement.

Un intervenant s'interroge sur l'objectif chiffré pour la campagne de l'année 2021.

Shona BARBETTE répond que son objectif est surtout d'inciter les collectivités à s'engager. Une représentante de la ville de La Rochelle lui a ainsi exprimé le souhait de faire un village sur le Mois sans tabac.

Nicolas BONNET reconnaît la frustration de ne pas pouvoir organiser ces villages pour la deuxième année consécutive. Des actions seront mises en place pour instituer une plateforme dédiée aux professionnels.

Shona BARBETTE le confirme. L'objectif est de recenser les lieux de consultation et les lieux d'action, afin de les diffuser auprès des partenaires et des fumeurs.

TABLE-RONDE : LES ENJEUX POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIORITAIRES

Marion BARRAULT, docteur en psychopathologie et en psychologie clinique, Institut Bergonié

Emma MARTEL, chargée de projet prévention et promotion de la santé, Institut Bergonié
Aurélié DEBAECKER, sage-femme ELSA, CH de La Rochelle

Introduction de la table ronde

Nicolas BONNET précise que la table ronde est centrée sur les enjeux proposés par les établissements prioritaires, les lieux d'accueil mère-enfant et les établissements habilités à traiter les malades atteints du cancer.

Organisation du parcours de soins du patient fumeur en cancérologie au sein de l'Institut Bergonié

Marion BARRAULT souligne que la présentation porte sur le repérage et sur la prise en charge du patient fumeur au sein de l'Institut Bergonié. Ce projet est soutenu par l'INCa et par l'ARS et est en cours de déploiement. A la fin de la présentation, des éléments complémentaires seront évoqués sur les autres axes et défis organisationnels soutenant cette stratégie autour des patients et des professionnels.

En préambule, il convient de rappeler l'existence d'une mortalité spécifique liée au cancer du sein. Le maintien du tabagisme augmente le risque de récurrence et a un impact sur les traitements, notamment sur la toxicité associée au traitement. Il en résulte un impact global sur la qualité de vie. La survenue de la maladie a des effets psychiques. Les études montrent que les troubles émotionnels sont courts au moment de l'annonce ou sont plus durables, nécessitant un accompagnement spécifique. 25 à 50 % des patients éprouvent des troubles anxieux ou des troubles de l'humeur induisant une prise en charge. La gestion de l'anxiété peut contribuer à accroître le recours à la consommation de certains produits comme le tabac.

La maladie constitue cependant une fenêtre d'opportunité pour intervenir, même si l'introduction de la thématique du changement en matière de comportement de santé paraît difficile à ce moment précis, selon la majorité des professionnels de santé. Il s'agit de les inciter à amorcer une réflexion sur le sevrage tabagique ou sur la consommation d'alcool. En l'occurrence, l'acceptabilité de ces questions est très élevée. Les freins sont plutôt liés à la représentation des professionnels et à leur formation, alors que le public, en réalité, est réceptif.

Les recommandations de prise en charge sont fortement décrites, mais la démarche de repérage reste très hétérogène. La prise en charge du tabac doit s'inscrire dans le parcours de soins, quel que soit le niveau de motivation des patients. Il en ressort une réelle méconnaissance ou un problème d'organisation du repérage. Le repérage de la détresse psychologique est nécessaire, car cette dernière peut avoir des effets délétères. Des actions ont été mises en place avec le soutien de la Ligue, spécifiquement pour les femmes atteintes du cancer du sein. Parmi ces actions, on peut citer la mise en place d'une intervention type

RPIB, l'organisation d'un pôle de prévention au sein de l'Institut et la coordination avec la médecine de Ville, avec le soutien de l'ARS.

Il s'agit de développer une stratégie de repérage et du sevrage tabagique, reposant sur une coordination des professionnels sur le territoire. L'objectif est d'intervenir en amont de la chirurgie. Cette démarche est déployée au sein des services de chirurgie, avant un déploiement dans les services d'oncologie dans un second temps. Elle repose sur un repérage systématique avant la chirurgie. Deux parcours seront proposés en fonction de l'état psychologique du patient : le parcours simple pour les patients présentant des troubles émotionnels réactionnels lors de l'annonce et le parcours complexe pour les patients ayant des troubles émotionnels avérés et des problématiques de co-addictions. Une intervention doit être menée au moment de la chirurgie, assortie d'un accès au traitement de substitution nicotinique. Cela induit un suivi en alternance avec le médecin généraliste et le psychologue, à raison d'une fois par semaine, puis d'une fois par mois.

Quant à l'évaluation, il s'agit de mesurer l'efficacité du dispositif chez les professionnels et de savoir si cette intervention est transférable dans d'autres centres ou dans d'autres services de cancérologie. Plusieurs équipes sont impliquées, dont celles de l'Institut Bergonié, de la COREADD et du service de François ALLA. Le pôle inter-établissement en addictologie est également mobilisé. Un diagnostic a enfin été institué dans l'établissement avant la mise en place du dispositif. Emma MARTEL va présenter les résultats de l'enquête exploratoire.

Emma MARTEL souhaite présenter les résultats de cette enquête menée au préalable, visant à décrire la situation au sein de l'établissement vis-à-vis de cette aide au sevrage tabagique dans le cadre du parcours de soins, notamment sur le plan de la représentation, des pratiques professionnelles et d'organisation des soins. Il s'agit dans un second temps de proposer des pistes de travail.

L'enquête a été réalisée en deux étapes. La première étape a consisté en une revue de la littérature concernant les déterminants du recours au sevrage tabagique du point de vue des professionnels de santé et des patients et a permis de s'imprégner du sujet, de construire des outils de recueil des données et de faciliter l'analyse des données. La deuxième étape a consisté en la réalisation d'entretiens qualitatifs auprès de professionnels et de patients fumeurs atteints de cancer, au moment du diagnostic. Ces entretiens se sont déroulés de mars à juillet 2020 par téléphone ou par visioconférence. Une synthèse des déterminants a été élaborée au terme de cette enquête, ainsi que des préconisations.

L'étude a ainsi été menée auprès de six professionnels de santé et de trois patients. Plusieurs déterminants organisationnels sont ressortis de cette enquête. Le manque de supports et d'outils à disposition pour informer et orienter les patients a été stigmatisé par une grande majorité des professionnels, qui ont également mentionné un manque de professionnels ressources. Le statut tabagique est souvent repéré, mais l'orientation des patients pose un réel problème. Le manque de temps est également souligné, ainsi que le manque de formation. De surcroît, le manque d'investissement de l'établissement perçu par les professionnels ne les incite pas à développer leur engagement, ce qui les amène à considérer que cette dimension reste secondaire par rapport au traitement du cancer. L'accessibilité des soins au sevrage demeure en outre essentielle à leurs yeux.

S'y ajoutent des déterminants individuels relatifs aux représentations et aux pratiques professionnelles. Les professionnels estiment que leur rôle n'est pas de délivrer des conseils et d'assurer un suivi de la démarche de sevrage. Ils considèrent qu'il est difficile d'arrêter le tabac en même temps que l'on combat le cancer, ce qui influence leurs pratiques. Ils craignent d'accroître le stress, l'anxiété et la culpabilisation des patients. La perception des bénéfices est en outre faible pour des patients présentant une maladie à un stade avancé. La cigarette est alors associée à un des derniers plaisirs restant en fin de vie. Enfin, le fait d'avoir une

opinion positive sur les opérations de sevrage tabagique favorise l'implication des professionnels sur le sujet.

Les entretiens menés auprès des patients ont permis de mettre en exergue les facteurs favorisant le recours à une démarche d'arrêt du tabac faisant suite au diagnostic. Le fait de recevoir une information claire et des conseils d'arrêt sur le sevrage par les professionnels qui les accompagnent a tendance à favoriser le recours à un accompagnement. Les déterminants sociaux sont également majeurs. Une étude souligne l'importance de l'environnement social sur la capacité d'une personne à cesser l'usage du tabac. Le soutien social dans la maladie et dans la démarche d'arrêt est alors déterminant. Ce soutien prend deux formes : le soutien de l'entourage et le soutien des professionnels de santé. Le comportement tabagique de l'entourage proche, et surtout du conjoint, influence fortement la démarche d'arrêt. Enfin, de multiples déterminants individuels ont été déterminés : la douleur, le stress, l'anxiété. Le tabac peut alors apparaître comme un moyen de gestion des émotions. S'y ajoutent des représentations favorables au tabagisme et peu favorables à l'utilisation des traitements de sevrage, ainsi que le type de cancer, l'âge et la perception du lien entre la survenue du cancer et le tabac.

Les méthodes qualitatives ont permis de produire des données riches et complètes. La triangulation des données a constitué un atout clé. Enfin, l'échantillon constitué a permis une vision globale et transversale de cette question. Cependant, il faut considérer la limite que constitue la taille de l'échantillon. De surcroît, il n'a pas été possible de mener des entretiens avec des responsables administratifs et des managers d'établissement, ce qui aurait offert un éclairage supplémentaire.

Marion BARRAULT souligne que les perceptions des professionnels et des patients sont assez communes. Les défis sont principalement liés à l'organisation. Il convient d'insister sur la gouvernance, sur l'engagement de la Direction et sur la communication. Il reste à déployer des actions en cohérence avec un modèle centré sur la personne et sur une vision globale de la santé.

Il s'agit de travailler sur l'*empowerment* des patients et de leur laisser le choix de ce qu'ils peuvent faire lorsqu'ils sont malades. Cela doit se traduire par des actions cohérentes et coordonnées, et non se limiter à un discours communicationnel, véhiculé lors du Mois sans tabac. Cette expérimentation, évaluée de façon continue, favorisera l'acculturation des professionnels. L'intervention précoce et la réduction des risques et des dommages restent peu implantées en cancérologie, où la culture vise surtout à lutter contre la maladie. L'intervention sur les comportements de santé s'inscrit dans ce modèle, notamment dans l'établissement. Marion BARRAULT tient en outre à souligner l'expérience de l'Institut Gustave Roussy, dont elle espère qu'elle intéressera la direction de l'Institut Bergonié.

L'enjeu de la gouvernance est majeur : aucun dispositif de soin ne peut être déployé sans y associer les professionnels. Il faut renforcer les actions de formation de ces derniers. Travailler sur les comportements de santé doit en effet devenir une priorité. Cela suppose de modifier le regard sur la maladie et sur les comportements individuels, mais aussi d'améliorer la coordination dans les dispositifs existants (soins oncologiques de support, programmes d'éducation thérapeutique, coordination avec les acteurs de ville). La campagne de dénormalisation du tabac doit se poursuivre, sans pour autant aboutir à une stigmatisation de la personne. Enfin, l'objectif suivant consistera à aborder la question de l'alcool.

Nicolas BONNET remarque que de nombreuses recommandations relatives au tabagisme ont été formulées. Elles existent souvent, mais ne sont pas toujours appliquées, ce qui est dommage. Ce projet transversal repose sur la perception des professionnels et des bénéficiaires de soins. Elles tendent à se recouper et mettent en exergue le manque de temps, mais pour agir, il suffit d'une gouvernance un peu forte et d'une mise en cohérence des actions

menées. Ces dernières doivent être engageantes et faire de l'individu un acteur de sa santé. Il s'agit également de globaliser ces pratiques autour d'autres formes de consommation, en particulier l'alcool. Nicolas BONNET souhaite savoir si cette enquête a vocation à être publiée.

Marion BARRAULT confirme que cette publication est imminente.

Un participant tient à souligner la qualité et l'intérêt du travail entrepris. Il demande des précisions sur les représentations négatives sur l'arrêt du tabac et sur les substituts nicotiques, mentionnées parmi les leviers de prise en charge.

Emma MARTEL répond que, parmi les représentations associées (patch...), les personnes interrogées font état de l'impossibilité de continuer à fumer lorsqu'on porte un patch.

Marion BARRAULT y ajoute l'existence d'un discours hétérogène sur la cigarette électronique. Uni-Cancer formule des recommandations sur cet aspect, mais il est difficile de les suggérer lorsque la démarche n'a pas été amorcée, particulièrement lorsque le patient est atteint par le cancer. Certains patients se trouvent en difficulté, alors que de nombreux professionnels de santé sont mal informés sur ces usages. Il existe parfois des injonctions paradoxales et des complexités dans le parcours.

Nicolas BONNET indique que le fait de repérer sans intervenir peut avoir des effets délétères. Il en ressort également une dimension éthique : la démarche doit être menée au bout. Par ailleurs, la gouvernance doit assurer un gage de pérennité dans les actions. Ces dernières doivent pouvoir être menées à long terme, afin de convaincre les professionnels de se mobiliser.

Consultation de tabacologie à destination des femmes enceintes à la maternité : un nouvel intervenant la sage-femme ELSA

Aurélié DEBAECKER indique que la mise en place de consultations tabacologiques au sein du centre s'appuie sur une sage-femme addictologue et tabacologue, et non sur une sage-femme de consultation de maternité.

La maternité de La Rochelle accompagne 2 100 naissances par an, ce qui est relativement important. Selon les données épidémiologiques, 20,3 % des femmes enceintes sont fumeuses au troisième trimestre, soit environ 420 femmes enceintes pour le centre. Les collègues infirmières de tabacologie proposent des consultations depuis une dizaine d'années. En 2018, il est apparu que 59 femmes enceintes avaient été orientées vers cette consultation, pour seulement 42 prises en charge. Le sous-repérage génère donc un manque de prise en charge. De surcroît, les profils complexes sont de plus en plus fréquents, puisque certaines femmes enceintes présentent une consommation de tabac, des comorbidités et des vulnérabilités psychiques importantes.

Le projet vise à sensibiliser les jeunes parents et les professionnels de santé sur ce thème du tabac, à améliorer le repérage des femmes enceintes par les professionnels de premier recours, à faciliter l'orientation, avec la mise en place d'une consultation spécialisée et à diversifier l'offre de soins. Enfin, il s'agit d'expérimenter la collaboration avec l'équipe ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie), en intégrant un profil différent de sage-femme addictologue. Le rattachement ne se fait plus avec la maternité, mais au sein d'une autre équipe. L'intérêt est en effet de mettre en œuvre des consultations avancées au sein de la maternité en s'appuyant sur un professionnel spécialisé et d'intégrer un spécialiste de la périnatalité dans une équipe d'addictologie. Ces deux champs d'activité se connaissent mal et ont peu l'habitude de travailler ensemble.

Les profils des sages-femmes addictologues sont assez similaires en France, puisqu'elles ont généralement passé des formations et DU en addictologie et en tabacologie. Ces formations

ont permis à ces sages-femmes de développer leurs compétences sur les différents champs psychosociaux. Enfin, en tant que sage-femme, l'intérêt est d'avoir une connaissance parfaite des activités des collègues professionnels de santé en périnatalité en centre hospitalier ou en ville.

La sage-femme devient ainsi un professionnel de santé de premier recours, mais aussi un référent du parcours de soins des femmes enceintes, notamment de celles au profil complexe. La sage-femme ELSA mène des entretiens d'évaluation cliniques, qu'elle peut poursuivre par des consultations de suivi, et participe à l'élaboration des projets de naissance et d'accueil de l'enfant. Elle mène des actions de promotion de santé et assure une vigilance sur la continuité et la cohérence du suivi, tout en entreprenant un travail de soutien et d'expertise auprès des équipes. Enfin, elle gère des actions de sensibilisation et de formation à leur destination et réalise un travail de coordination des dossiers complexes au niveau territorial.

Pour réaliser ces consultations, il a fallu trouver un équilibre, ce qui a conduit à la mise en place d'une journée de consultation par semaine (soit un poste à 20 %). Ces consultations reposent sur un double rattachement à la maternité et à l'ELSA. Elles ont lieu le mardi. Les prises de rendez-vous se font via le secrétariat ou par les collègues en interne. Il a fallu informer les collègues libéraux sur ces nouvelles consultations et sur les consultations déjà existantes. Force est de constater qu'ils s'en saisissent peu : un travail de sensibilisation semble donc nécessaire à cette aune.

L'objectif n'est pas d'ajouter une consultation, mais de diversifier l'offre de soins. Un guide pratique a été élaboré dans cette optique. En cas de grossesse à risque ou de vulnérabilités associées, les femmes enceintes peuvent ainsi s'inscrire à ces consultations avec la sage-femme tabacologue. En cas de consommation d'autres substances, le lien doit automatiquement se faire avec le service ELSA. La principale difficulté reste que certaines femmes consommatrices de produits illicites ou d'alcool n'ont jamais été orientées vers ce service.

Après un an d'exercice, Aurélie DEBAECKER dit avoir reçu en consultation 48 patientes orientées en anténatal et cinq patients en postnatal. Il est en effet difficile de dégager du temps pour passer dans le service et voir les patients en suites de couches. En moyenne, la prise en charge représente deux à trois consultations par patiente, mais ce nombre varie fortement d'une patiente à l'autre. La consultation répond à ces profils un peu complexes. Sur les 48 patientes reçues, 27 présentaient des vulnérabilités psychologiques. Le phénomène de co-consommation était également fréquent, ce qui confirme l'intérêt du recours à une sage-femme également addictologue. Quant aux pathologies de la grossesse, elles concernent 17 femmes sur 48, alors que les contextes de violence concernent 17 femmes sur 48. Ces consultations ont été l'occasion, pour ces femmes, de s'exprimer sur ce contexte. Enfin, la précarité concerne 13 femmes sur les 48 suivies. La crise sanitaire ayant exacerbé les fractures sociales, ce nombre est probablement en augmentation.

Le terme moyen d'orientation se fait en général autour de 16 à 24 semaines d'aménorrhée. Au cours du premier trimestre, la majorité des femmes préfèrent essayer seules, avant d'accepter de se saisir d'une offre de soins. L'orientation se fait suite à l'entretien prénatal précoce. De même, les patientes présentant des pathologies de la grossesse sont orientées à ce moment-là.

Il a fallu faire preuve de grande adaptabilité face aux conditions sanitaires. L'idéal, pour ces consultations, est de recevoir le couple. Certains papas voulaient venir, mais leur accueil était rendu difficile par le contexte sanitaire. Il s'agissait également de s'adapter aux profils précaires et aux grossesses pathologiques. Ces femmes doivent en effet faire l'objet d'un suivi intense et se déplacer, ce qui n'est pas simple. Pour ces profils, la téléconsultation a donc été mise en place, ce qui a permis de préserver l'adhésion au suivi, particulièrement en post natal.

Le recrutement est essentiellement réalisé par les collègues de la maternité, dans la mesure où les collègues libéraux se sont assez peu saisis de ce dispositif. Un travail de liaison a été développé entre les collègues de la maternité, le service de psychiatrie et la PMI.

Il demeure néanmoins quelques freins, liés au repérage et à l'orientation de ces femmes. Si ces consultations se sont développées, les infirmières tabacologues ont constaté une chute de l'orientation et du nombre de patientes contactant le service. Ces dernières ne pouvaient plus passer en maternité, ce qui a induit une chute du recrutement. Par ailleurs, certains professionnels préfèrent orienter vers leurs collègues sages-femmes.

Par ailleurs, le délai de prise de rendez-vous est de trois semaines, ce qui n'est pas confortable. Le délai de mise en œuvre doit en effet être le plus court possible. Quant à l'organisation dans les services de maternité, elle doit être améliorée, afin de trouver un meilleur équilibre. L'organisation des soins en maternité a évolué, ce qui nécessitera une adaptation. Enfin, l'objectif est de confier ces femmes à des collègues libéraux une fois leur situation stabilisée.

Plusieurs axes d'évolution ressortent. En premier lieu, il s'agit de renforcer l'adhésion des collègues et des femmes à ce dispositif. En second lieu, pour faire suite au rapport des 1 000 jours de Boris CYRULNIK, il convient de développer la prévention dans ce cadre. L'objectif est de se recentrer sur le sujet de la prévention, ce qui suppose une démarche de sensibilisation des professionnels de premier recours, afin d'assurer une meilleure orientation des profils plus complexes. Enfin, en troisième lieu, l'objectif est d'échanger avec les sages-femmes libérales.

En conclusion, l'offre actuelle (un jour par semaine) est insuffisante au regard de la demande, d'autant plus qu'il faudrait instituer ce même dispositif à Rochefort. Les professionnels sont en attente d'un développement de ce dispositif, ce qui induit des efforts budgétaires. Il faut leur faire confiance pour développer ces nouveaux parcours de soins.

Nicolas BONNET souligne le caractère innovant et original de cette démarche. Des différentes interventions, il ressort un terme, temporalité, puisque l'on peut évoquer la temporalité de la grossesse, la temporalité du repérage, la temporalité de l'entretien et la temporalité de l'accompagnement. Par ailleurs, Nicolas BONNET souhaite savoir si la maternité de La Rochelle est une maternité IHAB.

Aurélie DEBAECKER répond que la démarche est en cours. Quant au nombre de patientes qui se sont complètement sevrées, elles sont peu nombreuses, mais toutes ont mis en place une substitution nicotinique et ont adhéré à la prise en charge plus complexe pour travailler sur leurs autres vulnérabilités, qui rendent le sevrage plus difficile.

TABLE-RONDE : RETOUR D'EXPÉRIENCES DE STRUCTURES LOCALES ENGAGÉES DANS LA STRATÉGIE LSST

Isabelle JACQ, animatrice de santé publique et chargée de projet prévention et promotion de la santé, CH de Saintonge

Natacha HERTEREAU, chargée de mission en santé publique, CH de Libourne

Cécilia ROUX, cadre supérieure de santé, CH de Libourne

Carole DEBEAUCE, cadre de santé et animatrice de santé publique,

Laurence VASSE, médecin addictologue, CH de La Rochelle,

Frédéric Gibaud, directeur des ressources humaines et pilote du comité de prévention du tabagisme CH de la Rochelle

Introduction de la table ronde

Nathalie LAJZEROWICZ annonce que l'ordre des interventions à la table ronde a été modifié, en accord avec les participants.

Expérience du centre hospitalier de Saintonge

Isabelle JACQ remercie le RESPADD pour tous les outils d'accompagnement ayant permis d'engager cette démarche dans de bonnes conditions. Elle estime que le soutien institutionnel est essentiel à la mise en œuvre d'une telle démarche.

L'idée de travailler sur un hôpital sans tabac est ancienne puisqu'elle remonte à 2008. Elle s'est traduite par la mise en place d'un comité tabac réunissant d'importantes ressources matérielles, la Direction générale, la Direction des soins, la Direction des affaires médicales, les IFSI, les usagers, les syndicats, etc.

Toutefois, entre 2008 et 2016, l'initiative s'est essouffée en raison notamment du départ de personnes qui y étaient impliquées. Ce n'est qu'en 2016 que la démarche a pu être réenclenchée, sous l'impulsion de la campagne Mois Sans Tabac de novembre 2016. Le centre hospitalier a participé aux manifestations nationales dès le mois de novembre 2016 dans le cadre de cet événement.

En novembre 2017, la campagne Mois Sans Tabac s'est appuyée sur le programme Lieu de Santé Sans Tabac et le centre hospitalier a mis en place l'opération « Imaginez votre hôpital sans tabac ». Il s'agit d'une concertation mixte qui fonctionne sur la base d'une enquête sous forme de questionnaire destiné à évaluer la prévalence du tabagisme au sein du centre hospitalier et la vision qui pouvait être proposée d'un hôpital sans tabac. Ce questionnaire était à la fois à destination du personnel hospitalier (et étudiants) et des usagers. Deux questionnaires étaient proposés, une version destinée aux professionnels et une autre destinée aux usagers. Depuis cette initiative, le centre hospitalier réalise cette enquête tous les ans, laquelle marque le point de départ du mois sans tabac.

L'enquête menée auprès des professionnels et étudiants du centre hospitalier de Saintonge repose sur 426 réponses aux questionnaires. Celles-ci ont été obtenues en direct, ce qui a également permis d'entamer un dialogue dans le cadre du mois sans tabac.

Concernant la prévalence des fumeurs, celle-ci est de 28 %, ce qui correspond au taux de tabagisme au sein de la population en général. 70 % des personnes interrogées fument sur leur lieu de travail, malgré le programme Lieu de Santé Sans Tabac applicable à l'hôpital. 56 % des personnes interrogées indiquent être dérangées par la fumée des cigarettes et par l'odeur de tabac de leurs collègues fumeurs, et 92 % sont favorables à un soutien et un encouragement pour réguler la consommation de tabac sur le lieu de travail grâce à la mise à disposition de substituts nicotiques gratuits. 84 % des répondants pensent que les professionnels hospitaliers ont un rôle à jouer dans la prévention du tabagisme.

Concernant la vision d'un hôpital sans tabac, 87 % sont favorables à la mise en place d'abris fumeurs et 79 % sont favorables à la mise en place d'une salle de détente commune conviviale, aménagée par exemple avec des fauteuils et canapés confortables (71 %), ou avec des distributeurs de boissons chaudes/froides et d'encas (78 %). Ces résultats font écho à l'existence d'un tabagisme « sauvage » caractérisé par la présence de professionnels et d'étudiants qui fument devant l'hôpital, près des ambulances, etc.

Par ailleurs, l'enquête menée auprès des usagers du CH de Saintonge toujours à l'occasion du mois sans tabac a donné lieu à 81 questionnaires remplis.

La prévalence de fumeurs est de 40 %, dont 71 % qui fument même lorsqu'ils se rendent à l'hôpital. 59 % des répondants sont gênés par la fumée de cigarette à proximité des entrées et des fenêtres de l'hôpital et 75 % par l'odeur du tabac sur les professionnels qu'ils rencontrent à l'hôpital. 99 % sont favorables à un soutien et un encouragement des patients à réguler la consommation tabagique pendant leur hospitalisation. 87 % sont favorables à la mise en place d'abris fumeurs à distance des entrées des bâtiments et des fenêtres de l'hôpital. 86 % pensent que les professionnels de santé ont un rôle d'ambassadeur dans la prévention du tabagisme.

D'autres conséquences issues du tabagisme des soignants et des usagers sont mises en avant par Isabelle JACQ :

- Le tabagisme à l'entrée de l'hôpital : les entrées de l'hôpital étant un lieu de rassemblement pour les fumeurs, de nombreux mégots sont jetés par terre malgré la présence de cendriers à proximité des entrées. C'est une source régulière d'insatisfaction pour patients et visiteurs et cela décrédibilise fortement l'établissement comme un lieu de santé au sens premier du terme sanitaire. La question du tabagisme passif émerge également.
- Le tabagisme en blouse blanche : cela pose de réelles difficultés sur la répartition du temps de travail, puisque les fumeurs prennent plus de pauses que les non-fumeurs. De nombreux professionnels prennent des pauses en tenue de travail sur les mêmes lieux que les usagers. Cette situation a nécessairement un impact négatif sur la qualité des soins perçue par les usagers.
- Le risque d'incendie : les conséquences sont ici potentiellement dramatiques en raison de la présence constante d'un grand nombre de personnes. Concernant spécifiquement le CH de Saintonge, ce risque est accru dans le sous-sol du bâtiment (parking sous-terrain / niveau -1) où y sont stockés de nombreux fluides.
- La problématique des fugues : concernant les patients, le tabagisme peut être un facteur de fugue ou de sorties inappropriées, notamment au sein des établissements de santé mentale.
- La question de l'hygiène et de la propreté, déjà abordée : en définitive, le tabagisme est un facteur de dégradation de la propreté générale des espaces extérieurs. Au minimum 1h par jour de temps agent est consacrée uniquement au ramassage. Ce

problème conduit également à l'augmentation des coûts dus à la dégradation des espaces.

Le Centre Hospitalier de Saintonge a repris les différents volets de la stratégie proposée par le RESPADD pour suivre la démarche Lieu de Santé Sans Tabac.

La concertation s'établit avec toutes les instances (directoire, Conseil de surveillance, CME, jusqu'aux commissions des usagers). Le sujet est mené par la Direction générale et un comité de pilotage créé pour l'Hôpital sans tabac, avec à sa tête un chef de projet. Ce poste occupé par le Docteur Sylvie BOULANGER, Médecin Addictologue, est absolument nécessaire pour piloter le projet.

En outre, le sujet est décliné à tous les niveaux institutionnels : le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins, le règlement intérieur, le plan de formation, le plan d'accompagnement des professionnels et des patients fumeurs. Concernant le parcours patient, le plan d'accompagnement se fait en amont, pendant et après l'hospitalisation.

La communication, transversale à toutes ces étapes, est indispensable à un tel projet. Il convient également de souligner l'existence de tous les supports de communication internes et externes (supports numériques, signalétique, affichage, supports de communication institutionnels, relations presse, évènementiels), ainsi que la présence d'un chargé de communication à temps plein.

L'engagement « Hôpital sans tabac » prévoit plusieurs actions : la présentation du projet aux différentes instances à compter de mars 2018, l'établissement d'une direction commune « Hôpitaux et Lieux de Santé Sans Tabac », la mise en place du rétro planning à compter du 1^{er} novembre 2018 (début du mois sans tabac) et les actions ayant débuté avec la journée mondiale sans tabac le 31 mai. Enfin, cet engagement a été réaffirmé par l'intégration des mesures de prévention du tabagisme à l'hôpital dans le règlement intérieur des établissements.

Les actions à destination des professionnels comprennent un ensemble de mesures. La diffusion d'une note de service qui réaffirme l'engagement « Hôpital sans tabac », rappelle l'interdiction de fumer en tenue de travail ainsi que la réglementation sur l'usage du tabac et de la vapoteuse sur les sites hospitaliers, lieux de soins et établissements rattachés, et permet de rappeler les mesures institutionnelles d'aide à l'abstinence sur le lieu de travail telles que la mise à disposition d'une substitution nicotinique gratuite sans limite de durée pour les professionnels dans le cadre d'un suivi. Une campagne de communication interne sur l'accompagnement d'aide au sevrage tabagique sur le temps de travail est engagée, étant précisé que l'institution ne vise pas 100 % d'arrêt, mais seulement l'abstinence sur le temps et le lieu de travail. La stratégie a été inscrite dans les contrats de travail, de sous-traitance (ambulanciers, brancardiers), dans les livrets d'accueil des professionnels et rappelée lors des journées d'intégration. Le plan de formation soignant qui devait être mis en place a cependant été retardé dans sa mise en œuvre.

Pour les patients, il a été nécessaire de définir les parcours de soins avant, pendant et après l'hospitalisation. La réglementation sur l'usage du tabac est largement affichée dans l'enceinte de l'hôpital et le livret d'accueil du patient comporte également ces éléments.

Nathalie LAJZEROWICZ remercie Isabelle JACQ pour son intervention et salue le travail considérable réalisé par le CH de Saintonge dans la mise en œuvre du projet Lieu de Santé Sans Tabac. Elle lui demande si cette démarche a été ralentie par la Covid-19.

Isabelle JACQ répond que le Covid-19 a mis un coup d'arrêt considérable à l'avancement du projet. En outre, la crise sanitaire a également été un facteur d'augmentation du tabac parmi les professionnels.

Une intervenante demande si certains professionnels, selon leur spécialité ou leur rythme de travail (nocturne), se sont montrés plus réticents à la mise en œuvre du projet et au questionnaire.

Isabelle JACQ répond ne pas avoir d'indicateur en la matière, mais reconnaît qu'il serait pertinent d'ajouter un tel référentiel au prochain questionnaire.

Une intervenante demande si de manière générale, dans la démarche Lieu de Santé Sans Tabac, le tabagisme est traité sur le même plan que le vapotage.

Isabelle JACQ répond qu'au sein du CH de Saintonge, le vapotage a été pris tardivement en compte, mais qu'à ce jour, il n'existe aucune différence de traitement entre les deux pratiques.

Un participant fait toutefois remarquer que les espaces de vapotage et de tabagisme sont mutualisés. Cette situation constitue un obstacle pour les fumeurs qui souhaitent arrêter en opérant une transition vers le vapotage.

Expérience du Centre Hospitalier de Libourne

Natacha HERTEREAU indique le Centre hospitalier de Libourne emploie 3 400 salariés et se situe au cœur d'un bassin de vie de 150 000 habitants. La démarche Lieu de Santé Sans Tabac étant donc indispensable dans cet hôpital en raison du nombre important de professionnels et usagers concernés.

La démarche a commencé dès 2016, le CH de Libourne s'engageant à développer ses actions de promotion de la santé sur le territoire, en privilégiant une approche transversale soutenue par une politique visible. Par exemple, des conférences débats ou des actions de prévention à l'occasion du Mois sans Tabac ou de la Journée sans tabac ont été organisées. Cette démarche de santé publique a ensuite été complètement incluse dans la construction de l'hôpital de Libourne, résolument tourné vers la cité et les habitants de son territoire.

En 2018, une chargée de mission en Santé publique a été recrutée et le CH de Libourne adhère au réseau HPS (Hôpitaux Promoteurs de Santé). L'objectif était de structurer des actions de prévention principalement en dehors de l'enceinte de l'hôpital, le CH ayant été financé dans ce cadre-là et pouvant ainsi offrir une consultation tabacologique gratuite aux habitants du bassin libournais, mais il s'agissait également d'instaurer une coopération avec l'ensemble des acteurs de son territoire pour promouvoir une approche globale de la santé.

Le déploiement de cette démarche a été réalisé en déclinant l'accompagnement proposé par le RESPADD. Un Copil a été créé en 2018 réunissant toutes les directions, les fonctions supports, un chef de projet, les représentants des usagers, les professionnels, afin de recueillir l'avis du plus grand nombre. Le message n'est pas de faire « une chasse aux fumeurs » ni de stigmatiser ces derniers, mais plutôt d'amener l'établissement vers une désintoxication de ses espaces publics de la fumée du tabac qui décrédibilise fortement tout lieu de santé.

L'accompagnement du CH dans cette démarche s'est fait bien évidemment avec le RESPADD, mais impliquait aussi la signature de la Charte Hôpital sans tabac en 2018 et la signature d'une convention de partenariat avec la Ligue contre le cancer de Gironde, afin d'obtenir la mention « espace sans tabac ».

La communication a été très active sur la première phase de déploiement du projet : installation de trois abris fumeurs, installation d'oriflamme et marquage au sol. La localisation des abris fumeurs devait tenir compte de l'emplacement des zones de sécurité incendie, de l'accès aux personnes à mobilité réduite, du nettoyage de ces zones par les agents de surface, etc. Une communication a été affichée dès l'entrée de l'hôpital pour respecter cette réglementation.

Pour le volet formation, un module a été proposé en interne aux professionnels de santé. Différents ambassadeurs de cette démarche sont envisageables : les professionnels membres du comité de pilotage, mais également d'autres professionnels chargés du repérage et des interventions brèves formés pour prendre en charge les patients fumeurs. En d'autres termes, la communication et la formation sont les piliers d'une démarche réussie.

Enfin, des actions de prévention ont été proposées à l'occasion de la Journée de lutte contre le tabac (31 mai), du Mois sans Tabac, mais aussi tout au long de l'année en dehors de ces événements.

Cette stratégie a été financée initialement par des moyens constants et a ensuite pu être déployée, car le CH a répondu à un appel à projets Fonds addiction attribué sur 3 ans pour développer une information plus efficace en direction des fumeurs, pour impliquer davantage les professionnels de santé, mobiliser les acteurs de proximité dans l'arrêt du tabac (ambassadeurs) et pour améliorer la santé du fumeur dans la démarche de sevrage tabagique. D'autres partenaires financiers sont à noter, notamment le RESPADD, la Ligue contre le cancer, des services en intra, les fonctions supports.

Par ailleurs, les difficultés rencontrées par le CH de Libourne dans la mise en œuvre de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac sont essentiellement en lien avec l'hygiène : les fumeurs jettent de manière anarchique leurs mégots aux entrées de l'hôpital, obligeant les agents de service des jardins à multiplier leurs interventions et entraînant un problème de gestion des déchets quotidiens. De même, malgré l'existence de 3 abris sur le Centre hospitalier, un abri reste surutilisé par rapport aux autres. Enfin, un espace fumeurs nocturne a été créé sur le patio, mais celui-ci est encore inaccessible aux personnes à mobilité réduite.

Les axes d'amélioration de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac au CH de Libourne sont principalement structurels. Il importe de poursuivre la lutte contre les incivilités sur le site, d'améliorer le parcours patient fumeur et l'information sur le dispositif à travers le règlement intérieur.

Nathalie LAJZEROWICZ remercie Natacha HERTEREAU pour son intervention.

L'expérience du Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB)

La représentante du CH de Bayonne indique que l'institution regroupe 23 sites parmi lesquels l'Hôpital Saint-Léon, l'Hôpital de Saint-Palais, l'Hôpital de Saint-Jean-de-Luz. Il comporte aussi de nombreux Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des Centres médico-psychologique (CMP), des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). L'ensemble de ces sites comprend 1 300 lits et emploie 3 700 employés. Ainsi, tous les sites sont des hôpitaux de proximité qui permettent de répondre au plus près des besoins en santé de la population. Ils présentent également une offre importante en addictologie avec des consultations ambulatoires, des consultations ELSA, des unités d'hospitalisation pour sevrage complexe et une hospitalisation de jour.

L'Hôpital de la Côte basque s'est engagé depuis très longtemps dans la démarche Sans Tabac puisqu'il a été le premier hôpital à signer une charte avec le réseau Hôpital Sans Tabac, en 1995. Cet engagement sur le long terme a notamment été marqué par une opération majeure en mai 2005 intitulée « Ce mois-ci, j'arrête de fumer » financée par le réseau. Celle-ci proposait aux fumeurs la délivrance de substituts nicotiques pour une durée d'un mois. En parallèle, une réflexion a été engagée sur l'application de la réglementation et sur la signalétique, ainsi qu'une prise en charge de l'ensemble des patients fumeurs par des consultations ELSA, une disponibilité importante des TSN, la mise en place de formations

diverses et de protocoles. En 2007, le décret Bertrand instaure un changement de paradigme en imposant l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

L'Hôpital de la Côte basque s'est relancé dans la dynamique Lieu de Santé Sans Tabac en 2018. Un audit évaluait alors le score de l'établissement à 44/117. Cet audit avait vocation à être mené au lancement de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac et permettait à l'établissement d'évaluer son niveau selon huit critères (telles que la formation, la gouvernance, la communication, etc.). Le classement s'établit selon trois catégories : le bronze (entre 27 et 107), argent (entre 107 et 125) et gold (au-delà de 125). Le Centre hospitalier de la Côte Basque, ayant obtenu le bronze, il est en conformité avec la loi sauf au niveau des unités psychiatriques où des fumeurs intérieurs sont encore présents.

Un nouveau comité de pilotage a été créé, il se réunit 10 fois par an. Le projet est financé à hauteur de 80 000 euros pour 3 ans, pour tous les sites concernés.

Concernant l'état d'avancement du projet, il s'étend progressivement sur tous les sites. Une évaluation exhaustive de la situation a été faite, notamment par des visites de terrain et un certain nombre d'enquêtes d'opinion auprès du personnel. Du point de vue matériel, un travail a été conduit pour déterminer des espaces fumeurs extérieurs distincts entre patients/visiteurs et personnels, pour réfléchir au positionnement des cendriers et le recyclage des déchets, ainsi que la construction de trois abris fumeurs. Enfin, une signalétique officielle a été mise en place ainsi que des PC fumeurs hospitalisés. Une communication et une formation ont été mises en œuvre au sein des services.

Au niveau des services de psychiatrie, malgré la volonté affichée, le travail à engager est encore important. Un état des lieux a été réalisé en 2021 prévoyant trois réunions spécifiques sur place. L'enquête d'opinion est en cours en septembre 2021. Les espaces fumeurs sont définis, mais les abris restent à construire. La formation du personnel sera organisée au cours de l'année 2022.

Enfin, le vapotage fait l'objet d'une importante communication par le Centre Hospitalier de la Côte basque. Dans ce cadre, l'association la Vape du Cœur, à laquelle a adhéré le CHCB, fournit le matériel. Le Centre hospitalier a également noué un partenariat avec un fabricant de E-liquide. De plus, la distribution à la demande de vapes pour les patients précaires et l'édition d'une plaquette spécifique ont été mises en place. A noter que le vapotage est aussi évoqué dans la plaquette « tabagisme péri-opératoire ». Une soirée Vape a été organisée en novembre 2019 lors du Mois Sans Tabac. Enfin, une réflexion a été entamée sur la faisabilité de locaux destinés aux vapoteurs au sein du Centre hospitalier.

Un intervenant s'enquiert de précision sur la promotion du vapotage et son financement.

La représentante du CHCB s'engage à transmettre cette question à Gérard Campagne qui est absent et d'apporter une réponse différée.

Nathalie LAJZEROWICZ explique que ce financement est rendu possible grâce à l'adhésion du CHCB à l'association Vape du Cœur contre une cotisation à hauteur de 1590 euros pour les institutions.

L'expérience du Centre Hospitalier de la Rochelle

Nathalie LAJZEROWICZ propose ensuite d'accueillir Carole DEBEAUCE, cadre de santé animatrice de santé publique au Centre Hospitalier de La Rochelle. Elle est accompagnée de Laurence VASSE, médecin addictologue, et de Frédéric GIBAUD, directeur des ressources humaines et pilote du comité de prévention du tabagisme.

Frédéric GIBAUD remercie le RESPADD pour l'organisation du colloque. Il précise que s'il n'est présent dans l'établissement de La Rochelle que depuis un an, le programme Lieu de Santé Sans Tabac a démarré en 2018.

Il résume la situation actuelle en pointant un paradoxe : alors que le tabagisme est une problématique de Santé publique de premier plan et que l'hôpital a vocation à jouer un rôle majeur dans cette problématique, cette dernière n'est pas toujours un lieu propice à l'arrêt du tabac. Face à ce constat, l'établissement a créé un Comité de Pilotage de prévention du tabagisme dont font partie les trois représentants de l'établissement de La Rochelle. Au sein de ce comité de pilotage, sont représentés également le Service de Santé au travail, un représentant du CHSCT, la chargée de la Formation continue professionnelle et le Service de Formation santé professionnelle.

C'est en constatant des nuisances à l'entrée des centres hospitaliers, les verbalisations dont font l'objet les usagers et les professionnels, que l'institution s'est saisie de la problématique. Le risque est une altération de l'image de l'établissement de soins. Par ailleurs, il existe un sentiment d'iniquité de la part des professionnels non-fumeurs en raison des multiples pauses des fumeurs, notamment durant le travail de nuit.

C'est dans ce contexte que l'établissement a souhaité répondre à un premier appel à projets en 2018. Cette démarche est portée activement par Carole DEBEAUCE depuis mai 2018.

La concrétisation de cette stratégie a pris la forme d'une réponse à différents appels à projets en 2018 et en 2019. Le souhait est d'apporter une réponse globale, orientée tant vers les usagers que vers les professionnels avec pour objectif de créer un environnement favorable à la santé pour tous et participer à la réduction du tabagisme.

Cette démarche correspond aux actions portées par le projet d'établissement :

- La qualité et la sécurité des soins
- La qualité de vie et de l'environnement au travail

Il est envisagé de poursuivre cette démarche au niveau du GHT avec un projet sur l'hôpital de Rochefort.

Carole DEBEAUCE présente l'appel à projets de 2018 « Vers un hôpital sans tabac », dont le nom se justifiait en raison du long chemin qu'il restait encore à parcourir. Les objectifs annoncés étaient nombreux.

Tout d'abord il s'agissait de favoriser un environnement favorable à la santé, en supprimant le tabagisme passif notamment aux abords immédiats de l'établissement, en délocalisant les zones « Fumeurs » et en installant des abris fumeurs.

Il s'agissait aussi de développer la communication et la signalétique, ce qui a pris forme par la création d'une signalétique « Hôpital sans tabac » et en menant des actions de communication régulières (Mois sans tabac, Journée mondiale 31 mai).

En outre, un autre objectif était celui d'informer, sensibiliser et de former les professionnels de l'établissement au repérage et à la prise en charge des patients fumeurs dans leur parcours de soins, de former les professionnels à l'accompagnement du fumeur dans sa démarche de réduction ou d'arrêt du tabac, et de former les personnels et ceux en cours de formation (Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)/ Institut de Formation des Aides-Soignants IFAS) au repérage et aux conseils à minima.

L'idée était également de former les professionnels à la prescription des substituts nicotiques, au regard du protocole en vigueur sur l'établissement, la loi du 26 janvier 2016 permettant à tous les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes de prescrire des substituts nicotiques d'aide au sevrage. En 2018, certains professionnels ignoraient encore cette possibilité.

Le projet a fait l'objet d'une communication régulière, notamment sous forme d'affichage, menée à plusieurs niveaux. D'une part, cette communication a porté sur la présentation du projet, sur le repérage et le sevrage des fumeurs souhaitant arrêter le tabac, sur la

réglementation en vigueur, mais aussi par un affichage à visée civique. Cet affichage civique a d'abord été déployé sur le pôle femme-enfant, dans la continuité d'un projet déjà existant.

Ce projet a toutefois donné lieu à un bilan en demi-teinte. Parmi les points positifs qui peuvent être relevés, la démarche est bien perçue par les professionnels et les usagers. Sont constatés une réelle amélioration de l'environnement sur les 2 entrées principales de l'établissement, ainsi qu'un engagement fort de la Direction de l'établissement qui a favorisé le financement de 6 abris fumeurs, et l'existence d'un comité de pilotage sur le pôle Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et sur le pôle de psychiatrie.

Les faiblesses sont nombreuses, notamment concernant la formation. De nombreuses difficultés ont été identifiées, notamment pour inciter les professionnels à se former en raison notamment des contraintes de service (absentéisme). De plus, les soignants ont peu connaissance du projet, malgré la campagne de communication faite au lancement, et des possibilités de prescription par les infirmières et les kinésithérapeutes. Enfin, la Covid-19 a fortement nui à la poursuite du projet.

Les axes d'amélioration proposés sont une nouvelle campagne de communication avec les infirmières de tabacologie et de l'ASP pour présenter la politique de l'établissement en matière de réduction du tabagisme et pour présenter les différents projets en cours financés par l'ARS dans le cadre du fonds de lutte contre les addictions et les projets en perspective. Une communication a été faite sur la loi du 26 janvier 2016 et le droit de prescription des Traitements de Substitution Nicotinique par les infirmiers et les kinés, et c'est à cette occasion qu'a été constatée une réelle insuffisance dans ce domaine. Un autre canal de communication utilisé est le journal de l'établissement qui est joint aux fiches de paie du personnel. Une communication régulière est faite dans le cadre de la journée mondiale sans tabac et du Mois sans tabac. Les formations se tiennent désormais sur une demi-journée, couplées à d'autres formations comme la formation sécurité incendie. Jusqu'à présent, ces temps de formation de 3h30 en moyenne intervenaient à la suite d'une journée de travail, d'où le taux d'absentéisme élevé constaté.

Laurence VASSE présente le projet RESPYR, acronyme de « Renforcer les compétences des Soignants de PsYchiatry pour l'accompagnement des fumeuR ». Ce projet financé par un appel à projet sur 2 ans concerne tous les services de psychiatrie, ambulatoires, ouverts ou fermés. La naissance de ce projet était motivée par l'existence d'un certain nombre d'idées reçues autour du tabac. Ce dernier est parfois vu comme un outil thérapeutique, et l'hôpital est encore considéré comme un lieu où la consommation de tabac est renforcée. Un projet spécifiquement dédié à la psychiatrie était nécessaire au regard de certains postulats : la consommation de tabac aggrave la pathologie psychiatrique notamment les troubles anxieux et troubles dépressifs et diminue parfois l'efficacité de certains traitements psychotropes. Le tabac agit sur la santé somatique des patients et contribue à une réduction de l'espérance de vie de 25 ans chez les patients atteints d'un trouble psychotique. Pourtant, ces mêmes patients sont plus nombreux à fumer, et présentent un niveau de dépendance plus important. Il était donc nécessaire de développer un tel projet pour renforcer l'accompagnement de ces patients.

Différents axes sont portés par ce projet. D'une part, la sensibilisation de tous les soignants à l'effet du tabac en psychiatrie et la formation d'infirmiers référents tabac/service afin de créer une dynamique autour de cette question. Ces infirmiers référents, qui sont au total 48, ont un certain nombre de missions, comme l'accompagnement du patient fumeur avec la possibilité de réaliser des prescriptions de substituts nicotiniques. Un autre axe du projet est la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles de tous les soignants, ainsi que de leur pratique personnelle par rapport au tabac, à l'aide d'une enquête réalisée en début et en fin de projet. L'équipe ELSA accompagne ces infirmiers référents dans le suivi des patients fumeurs sur la durée avec des analyses de pratique menées tous les 2 à 3 mois pendant les 2 ans du projet.

Ces référents ont également à charge de développer le repérage et l'évaluation des patients fumeurs dès l'admission en service psychiatrique, sur le modèle de l'intervention brève, afin de proposer un accompagnement adapté, de sensibiliser et mobiliser les soignants et étudiants à la question du tabac, de veiller à la diffusion des protocoles et documents et enfin participer aux actions d'amélioration de prise en charge lors des échanges de pratiques qui ont vocation à être organisées sur la durée.

Carole DEBEAUCÉ explique le choix de travailler sur le tabagisme pendant la grossesse est lié au fait qu'il s'agit d'un facteur de risque évitable de morbidité maternelle et fœtale et constitue un enjeu majeur de santé publique.

En France, la prévalence de consommation de tabac au 3^e trimestre de grossesse est de 16,2 % (taux le plus élevé d'Europe) avec des disparités régionales ; celle de Nouvelle Aquitaine est de 22,9 % soit près de 7 % de plus que la moyenne nationale.

Bien que les risques liés au tabagisme pendant la grossesse soient bien connus, une disparité est constatée en termes de connaissances et d'idées reçues sur les conséquences du tabac, mais également sur le sevrage tabagique, souvent liée à des caractéristiques sociales et de santé défavorable de ces femmes enceintes.

Les objectifs de ce projet s'articulent à la fois autour de consultations organisées par une sage-femme en collaboration avec les infirmières de tabacologie en lien avec le protocole existant et autour d'actions de formation et de sensibilisation à destination des professionnels de la périnatalité pour leur permettre de repérer et d'orienter les femmes ou couples vers la consultation de sevrage tabagique. Ce projet-test axé autour de la périnatalité concerne aussi bien les femmes que les couples en désir de grossesse, les femmes enceintes, les femmes en post-accouchement, avec l'accompagnement éventuel du conjoint.

Pour l'ensemble de ces projets, il existe une prise en charge du tabagisme des professionnels. Des affichages rappellent les possibilités pour les soignants de se faire accompagner au sevrage tabagique et les informent de la possibilité de se faire rembourser leurs substituts nicotiques. Par ailleurs, des ateliers bien-être sont organisés à destination de tous les professionnels du Centre Hospitalier de La Rochelle, notamment des séances de méditation de pleine conscience ou encore d'autohypnose qui sont autant d'outils de sevrage tabacologique.

Laurence VASSE explique que tous les projets évoqués concernent le Centre hospitalier de La Rochelle. Ils ont vocation à être étendus à l'hôpital de Rochefort. L'agglomération rochefortaise fait en effet partie des bassins de population fragiles avec des indicateurs socio-économiques défavorables et des indicateurs de santé qui sont nettement défavorables concernant la mortalité générale et concernant la mortalité prématurée évitable, notamment liée à la consommation de tabac et d'alcool. A cet égard, une enquête réalisée auprès des professionnels en 2008 montrait un taux de fumeurs de 29 % dont 65 % qui souhaitaient arrêter de fumer et 50 % qui ressentaient un besoin d'aide au sevrage.

Ce constat a conduit l'hôpital de Rochefort à bâtir un projet de réduction du tabagisme autour de deux axes : la formation des personnels et soignants au repérage précoce et à l'intervention brève, avec la possibilité d'introduire des référents tabacs sur les différents services et en développant la communication autour des Lieu de Santé Sans Tabac, et le repérage et l'accompagnement des professionnels fumeurs qui sont dans une démarche personnelle de sevrage.

Nathalie LAJZEROWICZ remercie les intervenants pour l'exposé de cette démarche très riche, complète et organisée. Elle soulève ensuite une question concernant le tabagisme des professionnels, un éventuel accès privilégié des professionnels à une prise en charge pour une aide au sevrage.

Carole DEBEAUCE indique qu'il existe déjà une prise en charge de ces professionnels par les infirmières tabacologues pour une aide au sevrage. Elle ajoute que pour l'hôpital de Rochefort, il serait envisagé d'impliquer le service santé au travail.

Laurence VASSE précise qu'une telle prise en charge avait déjà été mise en œuvre sur l'hôpital de Rochefort auparavant et avait reçu un accueil très favorable.

Un intervenant s'interroge sur la systématisation d'un traitement de substitution nicotinique pour les patients fumeurs en sevrage.

Laurence VASSE répond que tel est l'objectif de la prise en charge rapide et de l'intervention brève.

Un intervenant souligne que toute la démarche Lieu de Santé Sans Tabac ne peut être pensée sans la mise à disposition de substituts nicotiques, au moins à destination des professionnels.

Laurence VASSE estime qu'il serait encore plus pertinent de systématiser le repérage des conduites addictives, au-delà de l'addiction à la nicotine.

Questions communes à l'ensemble des participants de la table ronde

Nathalie LAJZEROWICZ propose à l'ensemble des intervenants et orateurs de se réunir afin d'échanger à l'issue de cette table ronde et demande s'il y a des questions.

Nicolas BONNET remercie chacun des intervenants pour leur présentation, notamment au regard des difficultés rencontrées dues à la crise sanitaire. Il ajoute que le Fonds de Lutte Contre les Addictions ne finance pas de matériel de vapotage, selon le cadre laissé par la loi à l'association, en réponse à une interrogation précédemment évoquée.

Il demande dans un second temps aux intervenants si leur démarche s'inscrit aujourd'hui dans la volonté d'obtenir une certification Gold lors du prochain audit ou si la stratégie est adaptée aux contraintes propres à l'établissement.

Carole DEBEAUCE répond que l'ensemble des projets a été mené en suivant les recommandations de la charte du RESPADD.

Natacha HERTEREAU confirme, concernant le CH de Libourne, que l'audit a permis de poser un cadre et d'établir des priorités, qui ont permis de déterminer leur démarche.

Une intervenante ajoute que malgré une démarche très volontariste, il a fallu adapter les projets au contexte et aux contraintes extérieures telles que la Covid-19.

Nathalie LAJZEROWICZ s'adresse ensuite à l'ensemble des orateurs et demande leur retour d'expérience sur ce qui a bien fonctionné dans la mise en œuvre de ce projet Lieu de Santé Sans Tabac.

Frédéric GIBAUD considère que leur meilleur axe d'amélioration est la diminution du tabagisme en blouse blanche à proximité des entrées de l'hôpital grâce aux abris fumeurs notamment, à tout le moins concernant le CH de La Rochelle.

Une intervenante confirme cette amélioration.

Plusieurs participants indiquent que le problème est récurrent concernant leur centre hospitalier, notamment à proximité de l'entrée des ambulances.

Un intervenant souligne que seule une intervention humaine peut faire définitivement changer les comportements à cet égard.

Nathalie LAJZEROWICZ demande aux participants quel conseil pourrait être donné à un établissement de santé souhaitant se lancer dans la démarche Lieu de Santé Sans Tabac.

Laurence VASSE conseille en premier lieu de réaliser un audit afin d'identifier toutes les pistes à engager et les ressources à mobiliser, de constituer les groupes de travail et de structurer et suivre le projet de manière générale.

Une intervenante appuie ses propos, ajoutant que l'audit permet d'identifier tous les interlocuteurs impliqués dans le projet.

Natacha HERTEREAU conseille au préalable d'obtenir un soutien de la Direction de l'établissement.

Frédéric GIBAUD s'interroge sur la problématique des soignants fumeurs qui travaillent de nuit. Il se demande comment éviter les situations d'iniquité dans la répartition des pauses et du temps de travail.

Nicolas BONNET répond qu'il est important de mettre à disposition des soignants fumeurs des substituts nicotiniques.

Nicolas BONNET remercie vivement les participants au colloque et salue leur inventivité.

Nathalie LAJZEROWICZ remercie chaleureusement tous les intervenants pour la richesse de leurs exposés, pour ces expériences complémentaires qui ont été présentées, espérant que chacun puisse apprendre des autres afin de constituer un vivier d'échanges régional.

Philippe CASTERA et Nicolas BONNET se joignent à ces remerciements.

CONCLUSION

Nicolas BONNET, directeur du RESPADD
Philippe CASTERA, responsable médical général, COREADD Nouvelle Aquitaine

Au vu du parterre, Philippe CASTERA constate que le public est très largement féminin. Il en déduit que le difficile sujet de prévention des addictions est largement porté par les femmes et que c'est très certainement pour cette raison que les projets initiés avancent de manière aussi satisfaisante. C'est pourquoi, il tient à remercier tous les participant(e)s. Philippe CASTERA salue également le travail du Respadd avec lequel l'hôpital sera amené à collaborer de plus en plus fréquemment. D'ailleurs, pour Philippe CASTERA, cette coordination entre les réseaux, la ville, l'ambulatoire et le milieu hospitalier est indispensable pour accompagner au mieux les patients et éviter au maximum les cassures dans leur parcours de sevrage. L'organisation de ce colloque où Respadd et hôpital se tiennent côte à côte témoigne de la motivation des acteurs à travailler ensemble.

Nicolas BONNET abonde en ce sens. La diversité des approches, des ressources, des lieux de consultation est absolument essentielle. Les expériences développées au cours des tables rondes en témoignent. Il salue également le soutien de l'ARS, soulignant combien la présence des institutionnels est encore rare dans ce type de démarche. Outre l'aspect financier qu'on ne saurait négliger, ce soutien politique et stratégique permet de structurer les actions. Enfin,

Nicolas BONNET invite les professionnels de santé à solliciter le Respadd chaque fois que de besoin pour intervenir au plus près du terrain. La mission du Respadd est en effet d'œuvrer auprès des acteurs de terrain, en apportant un regard extérieur, susceptible de donner naissance à de belles et riches expériences orientées succès.