

COLLOQUE

ORGANISÉ PAR LE RESPADD

Avec la collaboration de
l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
et le soutien financier du Fonds
national de lutte contre le tabac

RÉGION

**Auvergne
Rhône-Alpes**

COLLOQUE
RÉGIONAL

LIEU DE SANTÉ
SANS TABAC
(LSST)

**JEUDI
14 AVRIL
2022**

VILLEURBANNE

PROGRAMME

**HÔTEL MERCURE
LYON CENTRE
CHARPENNES**

7 PLACE CHARLES HERNU
69100 VILLEURBANNE

Informations et inscriptions :
www.respadd.org

COLLOQUE RÉGIONAL LSST

Région Auvergne-Rhône-Alpes

ANIMATION DE LA MATINÉE : MARIANNE HOCHET, RESPADD

9h00 – 9h30

Accueil

9h30 – 9h45

INTRODUCTION

- Anne-Marie Durand, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

9h45 – 10h30

POINT D'ÉTAPE SUR LA STRATÉGIE LIEU DE SANTÉ SANS TABAC ET RÉSULTATS DE L'AUDIT POUR LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, PERSPECTIVES 2022

- Marianne Hochet, RESPADD

10h30 – 10h50

ÉPIDÉMIOLOGIE DU TABAGISME EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

- Christine Saura, cellule régionale de Santé publique France en région Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

10h50 – 11h20

Pause-café

11h20 – 11h40

MODALITÉS DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

- Karine Bonnet, Assurance maladie Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

11h40 – 12h40

TABLE RONDE | LES ENJEUX POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIORITAIRES

- Maud-Catherine Barral, Véronique Fonteille, Hospices civils de Lyon
- Christine Lasset, centre Léon Bérard, Lyon

12h40 – 14h00

Déjeuner libre

14h00 – 16h15

TABLE RONDE ET RETOURS D'EXPÉRIENCES DE STRUCTURES LOCALES ENGAGÉES DANS LA STRATÉGIE LSST

Discutantes : Véronique Fonteille, Hospices civils de Lyon et Marjorie Cadeville, RESPADD

- Maurice Dematteis, Anne-Sophie Emerard, Véronique Fourny, centre hospitalier universitaire de Grenoble
- Rabiha Giagnorio, Médipôle, Villeurbanne
- Lan Tien Nguyen, centre hospitalier de Vichy

16h15 – 16h30

CONCLUSION

- Marianne Hochet, RESPADD
- Marc Maisonny, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

SOMMAIRE

OUVERTURE	2
POINT D'ÉTAPE SUR LA STRATÉGIE LIEU DE SANTÉ SANS TABAC ET RÉSULTATS DE L'AUDIT POUR LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, PERSPECTIVES 2022	3
ÉPIDÉMIOLOGIE DU TABAGISME EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	7
MODALITÉS DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME	11
TABLE RONDE I LES ENJEUX POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIORITAIRES	14
TABLE RONDE ET RETOURS D'EXPÉRIENCES DE STRUCTURES.....	20
LOCALES ENGAGÉES DANS LA STRATÉGIE LSST	20
CONCLUSION	28

OUVERTURE

Anne-Marie DURAND, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

Anne-Marie DURAND se dit très heureuse, , d'ouvrir le colloque Lieu de santé sans tabac, au nom de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Celui-ci est particulièrement important compte tenu du contexte actuel. Elle remercie les participants d'avoir pu prendre le temps d'y participer et de relayer dans leurs établissements respectifs les idées et propos qui seront échangés tout au long des discussions de la journée.

Elle adresse également ses remerciements aux membres du réseau de prévention des addictions, le RESPADD, profondément ancré dans les territoires, et notamment dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Ce colloque organisé par le RESPADD avec Pluricité et le soutien de l'agence régionale de santé, illustre l'importance de la lutte contre le tabac. Elle explique qu'il convient d'inscrire l'ensemble des structures de santé, et les centres médico-sociaux, dans la démarche sans tabac, dans le cadre du fonds de lutte contre le tabac 2018-2022. L'objectif étant de faire reculer la consommation en France, où le tabac constitue un fléau de santé publique.

La stratégie a été déclinée au niveau du projet régional de santé la lutte contre le tabac Les lieux de santé, doivent être exemplaires en la matière, tant auprès des salariés et des agents, que des patients et des visiteurs. Cela est encore plus important dans les établissements où les mères et les femmes enceintes sont nombreuses, mais aussi dans ceux où sont admis nombre de malades luttant contre le cancer.

L'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes avait pris des engagements en 2018 devant donner lieu à des actions dès 2019, avant que la dynamique ne soit ralentie par le déclenchement de l'épidémie de Covid-19. Cette dernière s'est accompagnée dans le même temps d'une forte augmentation de la consommation de tabac en 2020chez les publics les plus précaires.

Enfin, Anne-Marie DURAND évoque le début du déploiement du programme plaidoyer de lutte contre le tabac dans les lieux de santé, grâce au centre Léon Bérard et au CHU de Clermont-Ferrand, dont les équipes ont pour objectif de faire connaître cette stratégie auprès de tous les établissements de la région pour permettre un engagement progressif de ces derniersdans la démarche.

POINT D'ÉTAPE SUR LA STRATÉGIE LIEU DE SANTÉ SANS TABAC ET RÉSULTATS DE L'AUDIT POUR LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, PERSPECTIVES 2022

Marianne Hochet, RESPADD

Exposé

En préambule, Marianne HOCHET rappelle que le RESPADD était, à sa création, en 1996, le réseau Hôpital sans tabac, avant de devenir en 2009 ce qu'il est aujourd'hui pour prendre en compte l'apparition du terme d'*addictions en France*. Aujourd'hui le RESPADD travaille sur la prévention des addictions avec ou sans substance. Elle ajoute que la démarche Lieu de santé sans tabac a été lancée en 2017, avant d'être érigée en stratégie nationale. La coordination a été confiée au RESPADD et vise à implémenter le projet autant que possible dans l'ensemble des territoires et régions, avec le soutien des agences régionales de santé.

La stratégie 2018-2022 poursuit des objectifs ambitieux, à savoir l'implication dans celle-ci de la totalité des établissements prioritaires d'ici à 2022 et l'investissement de la moitié des établissements sur l'ensemble de l'offre de soins en France.

Un lieu de santé sans tabac est un établissement de santé, sanitaire, médico-social, où chacun s'abstiendra de fumer, à l'intérieur comme à l'extérieur des bâtiments, en application de la législation. C'est également un lieu où des actions, démarches, et une politique active de prévention du tabagisme seront mises en œuvre, afin de toucher les personnels de la structure, les patients, et le grand public, comme les visiteurs, les proches, et les prestataires. La stratégie du lieu de santé sans tabac consiste donc en des initiatives politiques et administratives, mais aussi médicales, permettant de proposer des solutions de prise en charge aux fumeurs pour les aider à abandonner le tabac. Il convient de planifier des actions et de prévoir des échéanciers, à la fin desquels seraient fixées des dates butoir. La démarche doit aboutir à la disparition complète du tabagisme au sein des établissements ciblés.

Comment un établissement peut-il devenir un lieu de santé sans tabac ? Il convient de suivre un processus, comportant six étapes.

La première consiste en un état des lieux, dressé grâce à un audit. Il s'agit d'un questionnaire d'autoévaluation ayant pour objectif d'identifier les actions menées, les ressources et leviers existants, mais aussi les points de vigilance.

Il s'agit ensuite de créer un comité de pilotage, de nommer un référent Lieu de santé sans tabac, qui aura pour mission d'articuler les différentes actions conduites, puis de communiquer auprès des différentes parties prenantes, patients comme soignants, afin que chacun puisse connaître et respecter la démarche.

Il importe aussi de prévoir une offre de formation à destination des professionnels, notamment prescripteurs, ou encore des formations de sensibilisation pour permettre à chacun de contribuer, et notamment les membres des services de sécurité, d'aller à la rencontre des fumeurs à l'extérieur de la structure pour les informer sur les règles à respecter.

L'étape suivante vise à proposer des solutions aux fumeurs qui souhaitent réduire ou interrompre leur consommation, notamment à travers une prise en charge dans de brefs délais. La dernière étape correspond à l'évaluation des actions conduites, à l'identification

d'éventuelles pistes d'amélioration, et à la valorisation de l'engagement par le biais d'événements médiatiques, comme la signature de la charte Lieu de santé sans tabac.

Marianne HOCHET précise qu'il est question de lieu de santé *sans tabac*, et non de lieux de santé *sans fumeurs*, qui doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement pour réduire leur consommation, puis, in fine, arrêter de fumer.

Elle explique que la démarche doit pouvoir profiter d'un soutien institutionnel, par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé, des agences régionales de santé, qui portent le projet au niveau territorial, et financent le déploiement de la stratégie dans les établissements, et la mobilisation des équipes dirigeantes et des médecins au sein de ces derniers. Il est, par ailleurs, important d'intégrer les représentants des usagers au sein des comités de pilotage.

Elle ajoute que le RESPADD propose des outils dont des enquêtes Tabagisme en blouse blanche permettant de connaître la prévalence du tabagisme au sein d'un établissement donné, d'anticiper la manière dont une démarche Lieu de santé sans tabac y serait acceptée. Elles permettent d'effectuer une sensibilisation à l'impact du tabagisme des soignants en blouse blanche, pendant leur temps de travail, sur la qualité perçue des soins par les patients. Le RESPADD peut également fournir des affiches et autres supports de communication, dont des autocollants, aux établissements qui souhaitent s'engager dans la démarche.

Elle précise que des colloques semblables à celui-ci ont été organisés au cours des trois dernières années par le RESPADD.

Par ailleurs, Marianne HOCHET évoque l'audit Lieu de santé sans tabac, inspiré d'un audit international lancé par l'association internationale des hôpitaux sans tabac dont l'objectif vise à dresser un état des lieux de l'existant à un instant T, mais aussi d'identifier des axes d'amélioration et des pistes d'action. Elle ajoute qu'il s'agit également d'inscrire un établissement donné dans une démarche de long terme, au gré des questionnaires diffusés régulièrement, année après année.

Elle explique que l'algorithme d'analyse permet de produire un score, de préciser la labellisation à laquelle il peut donner droit, et d'identifier les pistes d'action qui peuvent être poursuivies par la suite. L'audit investigate 8 normes, et les points essentiels au déploiement de la stratégie, dont la formation, le repérage, ou encore l'environnement sans tabac. Elle indique que l'audit constitue un outil certifiant, à différents niveaux, Bronze, Argent, ou Or ; l'Institut Gustave Roussy est aujourd'hui le seul établissement à avoir obtenu le label Or en France.

Elle aborde ensuite les résultats de l'audit réalisé en 2019, pour lequel 426 questionnaires ont été recueillis. 49 d'entre eux ont été envoyés par des établissements localisés dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Ce nombre est supérieur à la moyenne observée dans d'autres régions de France. 39 des 49 répondants ; dont des établissements hospitaliers, des SSR, mais aussi des cliniques ; atteignaient déjà le niveau Bronze, témoignant des actions déjà mises en place dans ces établissements. Il serait intéressant d'en savoir davantage aujourd'hui sur la trajectoire suivie depuis.

Elle fait remarquer que davantage d'établissements habilités à traiter les patients atteints de cancer figuraient parmi les répondants en 2019, en région Auvergne-Rhône-Alpes par rapport au niveau national. Elle salue le niveau élevé de la représentativité des établissements prioritaires dans le panel. Elle ajoute que la plupart des établissements répondants n'avait pas connaissance de la démarche Lieu de santé sans tabac, sans pour autant renoncer à répondre à l'audit et indique qu'au vu des résultats, la moitié des établissements devrait avoir mis en place une démarche Lieu de santé sans tabac.

Par ailleurs, précisant que le RESPADD a bénéficié, dans le cadre de la démarche Lieu de santé sans tabac, d'un financement jusqu'en 2021, Marianne HOCHET attire l'attention sur les perspectives nationales, qui renvoient à la démarche elle-même, mais aussi aux liens qui peuvent être établis avec d'autres projets et ou publics cible. Elle prend l'exemple d'un colloque organisé à la fin du mois de mars 2022 au ministère de la Santé, visant à mettre en regard les initiatives prises dans les établissements de santé, les lieux publics, ou encore dans les écoles en région Île-de-France entre autres. Les chirurgiens-dentistes ne sont pas les professionnels les plus investis, en raison notamment d'un manque d'informations. Il est donc nécessaire de prévoir des formations consacrées au repérage et à la prise en charge des fumeurs, en région, en direction de ces professionnels notamment.

En outre, elle évoque un guide, en cours de rédaction, consacré à la prévention et la prise en charge du tabagisme chez les patients atteints de cancers ayant vocation à constituer un outil pratique auquel tout professionnel de santé doit pouvoir facilement se référer pour obtenir toutes les informations utiles pour agir.

Marianne HOCHET met aussi en avant la volonté du RESPADD d'accompagner les établissements de manière plus responsabilisée, en mettant à profit l'expérience acquise au cours des trois dernières années sur le terrain, en participant notamment aux réunions des comités de pilotage des établissements intéressés, afin d'aider ces structures à identifier les actions les plus pertinentes à mettre en œuvre.

Par ailleurs, elle présente le projet Ecoles de santé sans tabac, faisant actuellement l'objet d'une expérimentation pilote en région Île-de-France. Cette expérimentation consiste à aller sensibiliser et former les futurs professionnels de santé sur la prévention et la prise en charge du tabagisme, Celle-ci offre également un accompagnement vers l'arrêt du tabac pour les étudiants qui en auraient besoin. Elle indique que les Directions des écoles de santé se sont montrées très intéressées par la démarche.

Coordinateur de la stratégie Lieu de santé promoteur de santé, le RESPADD entend investir les établissements de santé, non seulement sur la problématique du tabagisme, mais également dans d'autres disciplines comme l'alimentation et plus globalement dans les comportements favorisant la bonne santé. Il s'agit notamment de donner à chacun les moyens de prendre en charge sa santé, d'être informé, et de pouvoir accéder aux ressources pour ce faire.

Enfin, Marianne HOCHET souligne l'importance de la gouvernance, la Direction devant consacrer un temps dédié à la coordination d'un temps salarié au lieu de santé sans tabac, afin de coordonner les actions, notamment à travers le comité de pilotage, il est également important de prendre le soin d'interdire la vente de tabac dans l'enceinte de l'établissement de santé. Elle ajoute que les savoirs, les connaissances, et les outils mis à la disposition des personnels s'avèrent essentiels, de même que l'accessibilité aux traitements de substitution, qui devraient pouvoir être proposés dans tous les établissements de santé en France. L'évaluation du projet doit se faire de façon récurrente afin de garantir un déploiement optimal de la démarche.

Questions-réponses

Une intervenante s'enquiert d'éventuels retours d'expérience suite à la mise en place de la démarche Lieu de santé sans tabac dans des hôpitaux psychiatriques.

Marianne HOCHET répond que des expériences Lieu de santé sans tabac dans ce type d'établissement se multiplient ces dernières années, notamment à Laxou, en Meurthe-et-Moselle, dans les régions Occitanie et Hauts-de-France, ou encore à Uzès et Bordeaux. Elle évoque des premiers résultats satisfaisants.

Une intervenante rappelle combien il est difficile de lutter contre le tabac en hôpital psychiatrique et serait intéressée de pouvoir prendre connaissance des pratiques et actions mises en œuvre dans ces établissements pour faire reculer le tabagisme.

Marianne HOCHET indique que le RESPADD peut précisément, grâce à un réseau solide, mettre en relation les établissements entre eux pour favoriser le partage de bonnes pratiques, notamment avec l'Institut Gustave Roussy.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU TABAGISME EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Christine SAURA, cellule régionale de Santé publique France en région Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

Exposé

En introduction, Christine SAURA indique que son exposé s'inscrit dans le cadre du plan national de lutte contre le tabac et plus spécifiquement dans l'axe n°4 de ce dernier, relatif à la surveillance, à l'évaluation et à la diffusion des connaissances sur le tabac. Les trois premiers axes visent des objectifs de prévention à destination des enfants pour prévenir l'entrée dans le tabac, des fumeurs pour les accompagner dans le sevrage, et la mise en place d'une logique de protection en santé publique. Elle précise que le programme est décliné pour la première fois dans des programmes régionaux de lutte contre le tabagisme, notamment en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Elle projette la cartographie du tabagisme en France et en région Auvergne-Rhône-Alpes, qui s'appuie le baromètre santé réalisé chaque année par Santé publique France qui aborde notamment les problématiques liées au tabac. Toutefois, l'échantillon n'étant pas toujours suffisamment étoffé pour produire des données régionales. Des indicateurs régionaux sont produits tous les trois ans ; les plus récents, datent de l'année 2017, et seront présentés aujourd'hui.

Elle évoque le tabagisme quotidien chez les adultes âgés de 18 à 75 ans, dont la prévalence varie de 21 % à 32 % selon les régions, et atteint 26,2 % en Auvergne-Rhône-Alpes, soit 1,5 million de fumeurs quotidiens dans la région. La prévalence s'avère plus élevée chez les hommes (29 %), contre 23,6 % chez les femmes. Seules les régions Île-de-France et Pays de la Loire présentent des prévalences inférieures à la moyenne nationale, avec respectivement 21 % et 23 %. En revanche, les régions Hauts de France, Grand Est, Occitanie et PACA affichent des prévalences supérieures à 30 %.

En outre, s'agissant de la consommation de tabac chez les jeunes âgés de 17 ans, il s'avère que 18,9 % à 31 % fument au quotidien selon les régions, ces valeurs sont à peine inférieures à celles relevées pour les adultes. En région Auvergne-Rhône-Alpes la prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes âgés de 17 ans est de 27 %, elle est supérieure à la moyenne nationale de 25,2 %. C'est également le cas en Bourgogne Franche-Comté, en Nouvelle Aquitaine, en Bretagne et en Normandie. Le tabagisme intensif (consommation d'au moins 10 cigarettes par jour) concerne entre 3,3 % et 11 % de ces jeunes. Il est de 5,2 % en région Auvergne-Rhône-Alpes et se situe dans la moyenne des autres régions.

Elle attire à présent l'attention sur le tabagisme chez les femmes enceintes. Au niveau national 22 % à 45 % d'entre elles fumaient avant leur grossesse, la prévalence était 34,2 % en Auvergne-Rhône-Alpes, elle est donc proche de la moyenne nationale, qui s'établit à 30 %. En revanche, il s'avère que la grande majorité des femmes fument moins au cours de leur grossesse.

Par ailleurs, elle évoque le statut tabagique, à savoir la répartition entre les fumeurs occasionnels, les fumeurs quotidiens, les anciens fumeurs, et les personnes n'ayant jamais fumé. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer quotidiennement, tandis que les jeunes comptent davantage de tabagiques quotidiens que leurs aînés. Le statut

tabagique varie également en fonction du niveau de diplôme et du revenu moyen, le tabagisme quotidien étant notamment plus élevé chez les non-bacheliers.

Entre 2000 et 2014, le nombre de fumeurs quotidiens a baissé de quatre points chez les hommes et davantage encore chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes, avant une stabilisation entre les années 2014 et 2017. Après le recul historique de 4 points constaté entre 2014 et 2019 au niveau national, le nombre de fumeurs quotidiens s'est stabilisé, avant une augmentation significative en 2020 dans le tiers de la population avec les revenus les moins élevés, selon l'enquête réalisée avant et après le premier confinement.

Par ailleurs, Christine SAURA indique que 57,2 % des fumeurs quotidiens de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont déclaré avoir envie d'arrêter de fumer, 26 % d'entre eux souhaitent le faire dans un délai de six mois. Les chiffres sont proches des moyennes nationales. Elle ajoute que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à dire vouloir arrêter la cigarette et que les plus velléitaires sont âgés de 30 à 45 ans.

Concernant l'usage de la vape 30,6 % l'ont expérimentée en région Auvergne-Rhône-Alpes, ce qui est inférieur au niveau national, tandis 2,2 % déclaraient en 2017 vapoter quotidiennement. Il y a davantage d'hommes que de femmes qui utilisent la vape. Elle séduit plus les 18-30 ans que les autres classes d'âge.

Enfin, la région totalise 8 242 décès attribuables au tabagisme, soit 12,2 % des morts enregistrées en région Auvergne-Rhône-Alpes, contre 13 % au niveau national. Le tabac tue davantage les hommes que les femmes et contribue également à une mortalité prématurée chez les sujets âgés de moins de 65 ans. De plus, la mortalité attribuable au tabac concerne des cancers dans 61 % des cas, des maladies cardiovasculaires dans 22 % des cas, des maladies respiratoires chroniques dans 13 % des cas, et plus rarement des maladies infectieuses.

En conclusion, Christine SAURA constate que les indicateurs relevés en région Auvergne-Rhône-Alpes sont comparables à ceux observés au niveau national, et révèlent des inégalités sociales très marquées. Elle indique que le tabagisme quotidien s'avère plus fréquent chez les adolescents et qu'il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour éviter leur entrée dans le tabagisme afin d'atteindre l'objectif du programme régional, qui consiste à faire des enfants nés après 2014 la première génération d'adultes non-fumeurs.

Elle fait remarquer que la crise sanitaire n'a pas eu d'impact sur la prévalence du tabagisme quotidien, sauf chez les personnes les plus précaires et ajoute que la prévention du tabagisme reste un déterminant majeur de la santé, les enjeux sont les mêmes qu'avant la crise Covid-19. Elle insiste sur l'importance d'amplifier les actions de prévention pour lutter contre les inégalités de santé et tout faire pour diminuer la prévalence en France.

Questions-réponses

Une participante constate que l'augmentation du prix des cigarettes n'a pas tant fait reculer le tabagisme chez les plus précaires, où la consommation de tabac semble avoir moins reculé que dans les populations les plus favorisées.

Christine SAURA répond que l'augmentation des tarifs du tabac s'avère efficace, mais qu'elle produit des effets encore insuffisants chez les plus défavorisés, où les fumeurs sont néanmoins moins nombreux aujourd'hui qu'hier.

Marianne HOCHET indique que la hausse des prix a été présentée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le meilleur moyen de faire reculer la consommation de tabac et s'avère en réalité l'action la plus efficace pour lutter contre le tabagisme.

Une participante s'enquiert d'éventuelles démarches de lutte contre le tabac dans les établissements scolaires et les universités.

Marianne HOCHET répond que des initiatives ont été mises en œuvre, notamment à l'université de Strasbourg, au campus de l'EHESP, sans tabac depuis 2018, et mentionne divers projets, en particulier à Angers. Elle ajoute que le RESPADD porte de tels projets dans les écoles de l'AP-HP.

Une participante évoque les difficultés rencontrées par les jeunes fumeurs pendant la crise sanitaire dans les cours des lycées et souhaite savoir si l'Education nationale a pris des mesures spécifiques.

Marianne HOCHET répond que le RESPADD ne collabore pas avec les établissements scolaires, mais indique que des programmes, probants, sont implémentés dans certaines écoles et produisent des effets. Cependant, elle ne croit pas qu'il existe une démarche globale lancée par le ministère de l'Education nationale.

Une participante revient sur la limitation des effets de l'augmentation des prix sur les personnes précaires, et précise qu'elles sont nombreuses à consommer du tabac à rouler afin de moins subir la hausse des tarifs. Elle ajoute que ces publics sont également moins sensibles aux messages généraux de prévention.

Une participante souligne le manque de coordination entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé et le manque de rigueur dans l'application des dispositions légales de lutte contre le tabagisme.

En outre, elle fait remarquer que nombre d'entreprises sont déjà des lieux de santé sans tabac, alors même que nombre d'établissements de santé n'y sont pas encore parvenus.

Marianne HOCHET ne saurait répondre à la remarque relative à la coordination entre les actions du ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé et confirme par ailleurs la mobilisation de nombre d'entreprises pour lutter contre le tabagisme.

De plus, elle évoque les nombreux freins dans les établissements de santé, qui tiennent notamment au fait que la cigarette constituerait le dernier des petits plaisirs dont peuvent bénéficier des patients atteints d'un cancer avancé.

Elle ajoute que le Covid-19 a primé sur d'autres considérations durant la crise sanitaire. Elle précise également que la multiplication des lois et règlements interdisant la consommation de tabac a semblé un temps suffisante, avant qu'il n'apparaisse que des efforts restaient à fournir pour véritablement éradiquer le tabac dans les établissements.

Toutefois, elle se félicite de l'ensemble des initiatives mises en œuvre ces dernières années.

Une participante déplore un trop grand laxisme dans la lutte contre le tabac, notamment de la part des professionnels de santé et prend l'exemple d'un patient dépendant à l'oxygène, qui fumait une cigarette devant l'établissement.

Marianne HOCHET indique que de tels cas de figure sont, malheureusement, observés quotidiennement, mais met en avant les nombreux leviers disponibles pour faire reculer le tabagisme.

Une participante s'enquiert des mesures concrètes mises en œuvre par le ministère de l'Education nationale pour faire des enfants nés après 2014 la première génération d'adultes sans tabac.

Christophe JULIEN ne doute pas de la mobilisation du ministère de l'Education nationale et renvoie aux actions mises en place pour lutter contre le tabagisme chez les jeunes.

Une participante a assisté à la présentation du concept Ecole sans tabac, notamment déployé dans le 19^{ème} arrondissement de Paris, où le tabac est interdit dans un périmètre autour des établissements scolaires.

Une participante précise que les écoles du deuxième arrondissement de Lyon sont toutes labellisées sans tabac.

Une participante s'enquiert du nombre de fumeurs parmi les professionnels de santé.

Marianne HOCHET renvoie à l'enquête sur le tabagisme en blouse blanche et ajoute qu'une étudiante en thèse travaille sur le sujet, qui devrait pouvoir produire des données prochainement, qui seront diffusées.

MODALITÉS DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Karine BONNET, Assurance-maladie Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

Exposé

Avant d'évoquer les modalités de prise en charge par l'assurance-maladie, Karine BONNET rappelle que l'assurance maladie est investie dans la prévention en général et dans la lutte contre le tabac depuis plusieurs années.

Elle indique qu'au-delà de sa mission historique de remboursement des soins et des actes, l'assurance-maladie, agit sur le terrain à travers des actions concrètes portées par les chargés de prévention en caisse primaire, en lien avec ses partenaires. Elle finance, des projets visant des publics spécifiques, comme les jeunes, dans le cadre d'appels à projets. Ainsi, l'assurance-maladie finance des actions de lutte contre l'addictologie et le tabac.

Elle présente aujourd'hui l'évolution de la prise en charge du tabagisme au cours des dernières années, et met en avant l'expérimentation lancée en 2005 visant à prendre en charge, gratuitement pour les assurés concernés, les frais engagés par les bénéficiaires de la CMUC dans les régions Alsace, Languedoc-Roussillon et Basse-Normandie.

Elle évoque une expérimentation probante qui a permis d'aboutir à la prise en charge de plusieurs traitements nicotiques de substitution dès 2007. Elle a débuté par la mise en place d'un forfait de 50 euros par an et par assuré financé par le fonds de prévention des caisses d'assurance-maladie. Ce forfait est passé à 150 euros, à partir de 2011 pour les femmes enceintes, avant l'élargissement du dispositif, ne soit étendu dès 2014, pour les jeunes âgés de 20 à 25 ans. Elle ajoute que le montant du forfait est passé à 150 euros annuels pour tous en 2016, année à partir de laquelle d'autres professionnels de santé que les médecins et les sage-femmes, ont été autorisés à prescrire des produits substitutifs.

Le forfait a évolué en 2019 vers une prise en charge de droit commun, et les substituts nicotiques sont désormais remboursés sur prescription, sans plafonnement, le ticket-moderateur peut être pris en charge par les complémentaires santé, et une dispense d'avance des frais peut être obtenue auprès des pharmaciens. S'agissant des modalités de délivrance, comme pour tous les autres médicaments, si la prescription est libellée en dénomination commune, le pharmacien peut substituer et générer le substitut nicotinique dès lors que la forme galénique figure sur la liste des produits génériques ; il est également précisé que la facturation traitements nicotiques de substitution (TNS) a disparu en 2019.

Par ailleurs, Karine BONNET évoque les traitements nicotiques de substitution, qui peuvent être délivrés sans prescription, mais qui sont remboursés sur ordonnance depuis 2016.

Elle indique que le nombre de bénéficiaires de ces remboursements est resté stable entre 2013 et 2016. Il y a eu une augmentation de 66 % par an jusqu'en 2019, pour passer de 25 000 à 113 000 bénéficiaires, avant un léger tassement au cours des années 2020 et 2021, marquées par la pandémie. Elle précise que la répartition des bénéficiaires par tranche d'âge s'avère relativement homogène, mais note une augmentation plus notable du nombre de remboursements chez des assurés de plus de cinquante ans, qui représentaient 37,8 % des remboursés en 2016 et plus de 45 % en 2021.

Elle attire l'attention sur la part des assurés ex-CMU, qui représentaient 12,7 % du total des remboursés en 2021, contre seulement 7 % en 2016, leur évolution est toutefois comparable à celle observée dans la population générale. Il en est de même s'agissant de la répartition par département. Elle livre également la répartition des bénéficiaires par prescripteur, qui n'a que très peu évolué depuis l'ouverture au remboursement en 2016 et dont il ressort que les médecins généralistes restent les principaux professionnels de santé sollicités.

Par ailleurs, elle projette un graphique illustrant l'évolution des remboursements de ces traitements, qui fait apparaître une très forte augmentation entre les années 2016 et 2019, passant de 1,3 million d'euros à 6,7 millions d'euros en 2019, et à 6,9 millions d'euros en 2021.

Un participant s'enquiert d'une éventuelle hausse du coût du substitut.

Karine BONNET fait aussi observer que le nombre de boîtes remboursées par bénéficiaire s'avère plus élevé chez les sujets les plus âgés que dans les populations plus jeunes.

En outre, elle évoque une étude menée portant sur le suivi des remboursements sur une période de dix-huit mois et plus particulièrement d'assurés bénéficiaires entre le 1^{er} juin 2020 et le 31 décembre 2021. Elle constate que les remboursements ne dépassent pas le mois de traitement chez les personnes âgées de moins de 25 ans. Elle ajoute que le traitement d'une durée d'un à six mois concerne 25 % des assurés âgés de plus de cinquante ans et note la part non négligeable des traitements irréguliers, d'une durée supérieure à six mois, mais aussi celle des assurés bénéficiant régulièrement de remboursements sur une période supérieure au semestre.

Par ailleurs, elle revient sur l'édition 2020 de l'opération Mois sans tabac, au cours de laquelle la moitié des projets financés ont été partiellement mis en œuvre, 25 % complètement annulés, et 25 % en totalité en raison du déclenchement de la crise sanitaire. Ainsi, une centaine de projets n'ont-ils pas pu voir le jour, soit un chiffre pas si élevé compte tenu des contraintes liées au Covid-19.

Concernant l'édition 2021, dix des douze départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes, ont agi concrètement dans le cadre de l'opération Mois sans tabac à raison de quatre actions par département en moyenne portant le nombre total d'actions effectuées à 41 pour un budget de 179 375 euros. Ce budget est en légère baisse par rapport aux deux éditions précédentes, notamment compte tenu des difficultés rencontrées pour mobiliser partenaires et promoteurs durant la période de crise sanitaire.

Elle salue la grande mobilisation des différents acteurs en 2021, comme en 2020, malgré le contexte sanitaire défavorable et ajoute que les chargés de prévention se sont significativement impliqués pendant de longues périodes de temps, alors même qu'ils étaient appelés à d'autres tâches.

Questions-réponses

Une infirmière en EHPAD souhaite savoir suivant quels critères la liste des substituts remboursés par la Caisse primaire d'assurance-maladie est établie.

Karine BONNET répond que la liste des traitements remboursés est dressée sur décision du ministère de la Santé.

Une participante se demande si le Champix sera de nouveau disponible prochainement.

Karine BONNET n'est pas en mesure de répondre à cette question.

Une participante s'enquiert du volume de boîtes utilisées à l'époque du forfait à 150 euros, au temps duquel elles étaient plus chères, et du nombre de boîtes prescrites aujourd'hui.

Karine BONNET répond que davantage de produits sont prescrits aujourd'hui et rappelle que la prescription n'est désormais plus limitée, mais n'a pas procédé aux calculs qui lui permettraient de répondre précisément à la question. Cependant, elle ne croit pas que le déplafonnement ait produit un impact sur le nombre de boîtes prescrites.

Un participant souhaite savoir s'il est possible de connaître la durée moyenne de substitution chez les femmes enceintes.

Karine BONNET confirme qu'il est possible de réaliser un tel ciblage, le cas échéant.

Une participante se demande si une diminution des frais de santé liés au tabagisme a déjà été observée aujourd'hui en marge de l'entrée en vigueur de ces remboursements.

Karine BONNET répond qu'il est encore trop tôt pour observer un éventuel recul. Elle ajoute qu'il reste difficile d'attribuer l'impact d'un mode de remboursement de traitements substitutifs sur la prise en charge d'autres pathologies, voire sur des guérisons.

Une participante se demande comment faire en sorte de responsabiliser davantage les patients, notamment parmi ceux qui sont équipés d'une bouteille d'oxygène mais continuent néanmoins de fumer et dont le tabagisme entraîne nombre de complications.

Karine BONNET répond que l'assurance-maladie accompagne les assurés et mène des actions de promotion avec les partenaires ; elle ajoute que les professionnels de santé doivent également jouer un rôle dans l'accompagnement des traitements, notamment sur le plan psychologique.

Une participante serait intéressée de savoir si les substituts continuent d'être pris régulièrement par les assurés concernés trois mois après la première prise.

Karine BONNET rappelle que le comportement des assurés a été analysé sur une période de 18 mois glissants.

Une participante croit comprendre qu'un premier bilan a été dressé après les six premiers mois et se demande si les bienfaits du remboursement n'apparaissent pas dès trois mois après le début du traitement.

Karine BONNET répond que des bilans d'étape ont été réalisés à un mois, puis à six mois.

TABLE RONDE I LES ENJEUX POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIORITAIRES

Maud-Catherine BARRAL, Véronique FONTEILLE, Hospices civils de Lyon,
Christine LASSET, Centre Léon Bérard, Lyon

Exposé

- **Hospices civils de Lyon :**

Les Hospices civils de Lyon (HCL) regroupent 13 hôpitaux publics réunis en 5 groupements Véronique FONTEILLE présente l'engagement des hospices civils de Lyon, dans la démarche Hôpital sans tabac et plus particulièrement celle de l'hôpital femmes-mères-enfants (HFME).

Elle précise que ce dernier, entièrement dédié au couple, à la mère, et à l'enfant, constitue un pôle unique d'accueil permanent des urgences pédiatriques de l'agglomération lyonnaise, mais aussi un service d'urgence gynécologique et une maternité de niveau 3.

Elle présente les résultats de l'enquête diligentée en 2019 sur les habitudes tabagiques des personnels, étudiants et patients dans les établissements des hospices civils de Lyon, dont il ressort des chiffres proches de ceux observés dans la population générale : 53 % des fumeurs ont déclaré vouloir cesser de fumer, 55 % ont dit n'avoir jamais reçu de conseils pour le faire, tandis que 30 % ont reconnu n'avoir jamais tenté d'abandonner le tabac.

Elle fait remarquer que seuls 69 % des répondants ont indiqué avoir été interrogés sur leur tabagisme par les médecins, qui n'ont demandé qu'à 29 % des patients fumeurs s'ils souhaitaient cesser de fumer. En outre, seuls 27 % des répondants fumeurs se sont vus proposer des patchs par le personnel soignant. Ces derniers n'auraient proposé qu'à 14 % des répondants fumeurs de rencontrer un tabacologue. Enfin, seuls 29 % des patients fumeurs ont été contraints d'arrêter de fumer en raison de leur pathologie.

Elle mentionne la création d'un comité de lutte contre le tabagisme (COLT), validé par les institutions. Les HCL ont répondu à un appel à projet du fonds Addiction et obtenu deux financements, dont l'un est alloué à l'opération Sans Tabac aux Hospices (STOP), et l'autre au projet RITA, pour Référent Infirmier Tabac. Des zones fumeurs vont être créées dans le cadre du projet Sans tabac aux hospices. Ces dernières seront de plus en plus éloignées, malgré des résistances de la part de certains soignants, qui refusent de devoir marcher quelques minutes pour pouvoir fumer une cigarette. Il semble pertinent de communiquer sur le fait qu'un hôpital sans tabac n'est pas un hôpital sans fumeur.

Afin d'améliorer la santé du patient une démarche de sevrage doit lui être proposée systématiquement une démarche de sevrage avant et pendant son séjour en établissement de santé, en faisant le lien avec son médecin traitant. Le projet STOP a également pour objectif d'aider tous les personnels fumeurs de l'établissement à s'engager dans une démarche sans tabac, et à organiser les espaces des établissements de santé afin de favoriser la non-exposition au tabac.

Cet engagement des HCL a été formalisé avec la signature de la charte LSST le 10 novembre 2021, en présence des représentants des différents acteurs, dont le directeur du RESPADD. Des zones fumeurs ont donc été concrètement créées au sein de l'établissement hospitalier, afin d'éloigner les fumeurs des portes d'entrée. Des opérations de sensibilisation à la cause

environnementale ont également été menées, et ont notamment permis d'attirer l'attention sur la nocivité des mégots de cigarette pour l'environnement.

Des difficultés demeurent au sein de l'HFME, au sujet notamment de la difficile identification des zones fumeurs sur le parvis, de l'exposition au tabagisme passif au niveau des fenêtres, et du non-respect de l'interdiction de fumer dans les patios intérieurs.

Une participante précise que les patios accueillent également les soignants lors de leur pause-déjeuner, qu'ils ne peuvent pas prendre à l'intérieur en raison des restrictions sanitaires imposées par le Covid-19.

Véronique FONTEILLE confirme néanmoins la volonté de la direction de l'établissement accueillant des femmes enceintes et des nouveaux nés de poursuivre la lutte contre le tabac en son sein.

Une intervenante indique que l'engagement des HCL dans la prévention du tabagisme est fort avec la participation depuis 2016 à l'opération Mois sans tabac. Des réflexions sont en cours avec les membres du CHSCT, elle ajoute qu'il a été envisagé d'ouvrir des sorties de l'HFME pour l'instant fermées. Cependant, elle fait remarquer que la mise en œuvre des solutions doit tenir compte d'un certain nombre de contraintes, par exemple le nécessaire respect des règles d'évacuation en cas d'incendie.

Véronique FONTEILLE salue la mise en place de dispositifs d'aide à la prise en charge des patients et du personnel fumeurs et la création d'une plaquette d'information sur le tabac, distribuée à l'ensemble du personnel des hospices, qui devrait permettre aux fumeurs qui y travaillent de compléter leurs connaissances, notamment sur les patchs. Elle mentionne également l'existence de pastilles vidéo d'information et évoque le projet d'ouverture d'un numéro de téléphone unique pour les consultations tabacologiques qui serait ouvert aux patients fumeurs hospitalisés.

Elle présente désormais le projet RITA, qui prévoit de désigner, dans chaque unité, une personne ressource ou référente Tabac, étant entendu que les médecins ne pourront pas aller à la rencontre de tous les fumeurs. Or, tout patient hospitalisé fumeur doit pouvoir se faire prescrire des produits de substitution au tabac, au moins pour le temps qu'il est contraint de passer dans l'établissement. Ce projet consiste en la formation de l'ensemble des équipes soignantes sur le tabagisme, avant de permettre aux personnes ressources, référentes, d'accompagner les patients dans la proximité.

En conclusion, Véronique FONTEILLE met en avant l'importance de la coordination du projet via le COLT, et ses médecins spécialisés, mais aussi l'importance de l'engagement des autres professionnels de santé, dont les pneumologues, la médecine du travail, etc. Elle insiste sur la nécessaire implication de la Direction générale et de l'ensemble du personnel, puisque la lutte contre le tabac est l'affaire de tous.

Maud-Catherine BARRAL évoquera les consultations Tabacologie sur le périmètre de l'HFME.

En introduction, elle indique que la démarche de consultations par des sage-femmes tabacologues a été initiée à l'hôpital Edouard Herriot en 2004, qui est parvenu à obtenir les ressources pour financer un équivalent temps plein de sage-femme suite à la réponse à un appel à projets. La consultation a ainsi été ouverte dès la fin de l'année 2004, elle s'est accompagnée d'un important travail de communication auprès des médecins généralistes, des sage-femmes et des obstétriciens du secteur de l'hôpital Edouard Herriot.

Le 0,5 équivalent temps plein de sage-femme tabacologue ayant été récupéré à un moment où la consultation externe de vacation était établie, il a semblé intéressant de mobiliser, dès

2010, une sage-femme pour aller à la rencontre des patientes hospitalisées pour les prendre en charge, y compris dans la salle d'accouchement. Une démarche de repérage sur les autres consommations a été lancée par la suite.

17 % à 20 % des femmes enceintes restent fumeuses en fin de grossesse, en France. Ces chiffres sont supérieurs à ceux observés dans la plupart des autres pays du monde. Les médecins généralistes proposent plus fréquemment des TNS que de gynécologues aux femmes enceintes fumeuses.

L'intérêt de la consultation au sein de l'HFME réside dans la présence quotidienne de la sage femme dans les services et peut donc être sollicitée par ses pairs sans difficultés. Il convient de rappeler que la femme enceinte qui consomme du tabac n'est pas une fumeuse comme les autres. En effet, l'arrêt du tabac n'est uniquement fait que parce qu'elle attend un heureux événement..

En outre, les femmes enceintes fumeuses disposent de plusieurs options pour prendre un rendez-vous en vue d'une prise en charge. Elles le font principalement via le formulaire d'inscription, en ligne, dans lequel elles peuvent indiquer qu'elles sont fumeuses et si elles souhaitent avoir une aide. Dans ce dernier cas, les patientes sont reçues par un professionnel de santé, en marge du premier rendez-vous d'inscription. Des rendez-vous sont pris spontanément, à la demande des jeunes femmes, reçues par la sage-femme tabacologue ; des consultations conduites par des professionnels de santé formés à l'hypnose sont également possibles.

Il convient également de mentionner l'Unité de Soins et d'Accompagnement à la Parentalité, dotée d'une équipe de pédopsychiatres permettant d'accompagner au mieux les patientes en proie à des difficultés psychologiques. De plus, la mise en place d'un parcours de suivi obstétrical particulier à destination des femmes enceintes désireuses d'arrêter de fumer, n'y parvenant pas, s'avère nécessaire, puisque se contenter de signaler les risques sans agir n'a aucun sens pour les patientes.

Maud-Catherine BARRAL précise que le suivi tabacologique est réalisé pendant et après la grossesse et que les substituts nicotiques sont disponibles dans toutes les pharmacies des services, y compris dans la salle d'accouchement.

Elle attire l'attention sur l'évolution de l'activité depuis 2005 et relève la mobilisation de deux sage-femmes à mi-temps, à partir de 2009, avant que l'une des deux ne soit pas remplacée suite à son départ en arrêt-maladie. L'activité a repris dernièrement, et montre une augmentation du nombre de patientes et du nombre de repérages.

En outre, il apparaît que la prise en charge est importante au niveau de la maternité. Elle concerne surtout les patientes ayant arrêté de fumer pendant la grossesse. Ces dernières sont reçues avant de regagner leur domicile, pour éviter qu'elles ne reprennent leur tabagisme.

Par ailleurs, elle suit l'évolution de la consommation annuelle des substituts nicotiques sur le périmètre de l'HFME. La baisse drastique intervenue en 2016 s'explique par la prise en charge des produits, depuis lors, par la Sécurité sociale. Elle ajoute qu'au début du confinement, il a été demandé aux futurs papas qui souhaitaient pénétrer dans la salle d'accouchement d'y rester jusqu'à l'accouchement sans en sortir. Ces derniers y sont parvenus plusieurs heures durant, grâce à la distribution de substituts.

Maud-Catherine BARRAL souligne sa disponibilité, qui lui permet d'établir un lien entre les patientes suivies lors d'une consultation en pathologie de la grossesse et en maternité. Elle ajoute que la formation a été intégrée au programme des étudiants, qui disent apprécier de

pouvoir la suivre. Elle indique que la prise en charge des substituts nicotiniques lui a permis de faciliter considérablement la pratique.

En revanche, elle a relevé quelques points d'amélioration, comme le fait qu'elle ne soit pas parfaitement identifiée en ville, le nombre de patientes qui n'honorent pas les rendez-vous, malgré les rappels qui leur sont envoyés, le mode d'organisation des suivis de grossesse sur le périmètre de l'HFME, où les femmes sont reçues une première fois très tôt dans la grossesse, puis, parfois, le cas échéant, seulement peu de temps avant l'accouchement, et la difficulté de maintenir le lien avec les patientes suite à leur retour à domicile.

Parmi les projets en cours ou à venir figure notamment, la poursuite du travail de repérage des vulnérabilités (dont le tabac) sur la consultation d'obstétrique. Les résultats de l'exploitation d'un auto-questionnaire sont les suivants : 32 % des patientes déclarent avoir fumé dans leur vie, 12 % avoir arrêté depuis moins de trois mois, et 7 % se disent toujours fumeuses. Ces dernières sont invitées à être reçues en consultation aujourd'hui.

- **Centre Léon Bérard :**

Christine LASSET salue le caractère exemplaire de la démarche engagée par les hospices civils de Lyon et axera sa présentation sur une problématique plus générale, et plus spécifiquement sur le plaidoyer.

Elle évoque le programme national de lutte contre le tabac, l'objectif de la première génération sans tabac, et sa déclinaison régionale, nécessitant des dotations financières pour permettre la mise en œuvre du plan d'action. Celui-ci comporte notamment une action visant les lieux de santé, porteurs de soins et les promoteurs de santé doivent être exemplaires concernant la gestion du tabac en leur sein.

Elle constate que les professionnels de santé voient souvent le caractère exemplaire comme une obligation qui leur est imposée. Il convient donc leur expliquer le fondement de la stratégie et la nécessité de les accompagner et de faire preuve de pédagogie. Elle mentionne également le déploiement de la charte LSST et les modalités d'inclusion dans la démarche.

En outre, il est précisé que la stratégie nationale décennale de lutte contre le cancer inclut un volet d'actions spécifiques nécessitant la mobilisation de tous pour en terminer avec le tabac et souligne la nécessité d'étendre les zones sans tabac. Le tabac doit être dénormalisé pour prévenir l'entrée des jeunes dans le tabagisme.

Par ailleurs, elle met en avant la nécessité de favoriser la prise en charge des fumeurs dans leur sevrage tabagique et de communiquer largement en direction des professionnels de santé afin qu'ils soient convaincus des dispositifs et de leur utilité. Elle revient également sur la notion d'*hôpital sans tabac*, qui ne renvoie pas seulement à la simple application de la législation, mais doit se traduire par la mise en œuvre d'un véritable projet au sein de l'établissement, dans une logique de santé publique.

Christine LASSET insiste sur le caractère progressif de la lutte contre le tabac et fait de nouveau référence à la charte LSST, qui prévoit notamment la nécessité de respecter la réglementation, mais aussi l'importance de la mobilisation des décideurs, la sensibilisation de tous, et le déploiement de plans de formation à destination des personnels.

L'adhésion de tous au projet de lutte contre le tabac est nécessaire, sans quoi sa mise en œuvre sera vouée à l'échec. Elle voit dans les questionnaires distribués pour l'enquête Tabagisme en blouse blanche des éléments de sensibilisation et ajoute que chacun doit comprendre l'importance de l'implication de tous dans la lutte contre le tabac.

Il importe notamment de crédibiliser les démarches engagées, mais aussi de les rendre visibles, et de concevoir un projet transversal et pluridisciplinaire. En outre, la réussite du projet nécessite la mobilisation d'une équipe-projet bénéficiant de fonds alloués suffisants pour constituer un collectif et la mise en place d'actions.

Le tabagisme constitue une problématique persistante en France, alors même que les preuves des effets bénéfiques de l'arrêt du tabac existent. Dans ce contexte, il faut légitimer l'arrêt du tabac chez les patients. Les professionnels de santé, doivent se sentir légitime à aborder la question avec les patients, certains peinent encore à le faire. Dans le même temps, les bienfaits de l'arrêt du tabac doivent être mis en avant.

Dans le domaine du cancer, Christine LASSET met en exergue un élément de plaidoyer essentiel, dont l'importance est pourtant encore considérée comme relative par certains, à savoir l'arrêt du tabac comme outil de lutte contre le cancer, dont l'utilité est démontrée par moult données chiffrées. En effet, le tabac vient assombrir le pronostic de certains cancers, augmente le risque de contracter un second cancer, et peut venir, selon les anesthésistes et chirurgiens, provoquer des complications post-opératoires. De plus, le tabagisme augmente certaines toxicités liées au traitement anticancéreux et peut limiter leur efficacité, mais aussi peut favoriser le développement de certaines tumeurs.

Christine LASSET explique qu'il convient de repérer systématiquement la consommation de tabac dès le diagnostic, de la suivre à toutes les étapes de la prise en charge, puis de délivrer un conseil d'arrêt efficace, accompagner le sevrage, et suivre la consommation du tabac régulièrement.

Elle indique que la mise en œuvre des différentes recommandations de l'INCa de 2016, s'avère extrêmement compliquée sur le terrain, notamment en raison de l'absence de dispositifs concrets, les professionnels de santé ayant connaissance de celles-ci.

Elle insiste sur l'importance de former et sensibiliser les soignants, pour leur permettre d'accompagner au mieux les patients, mais aussi d'initier le plus tôt possible, les dispositifs de repérage du tabagisme et de prise en charge de l'arrêt dans le parcours de soins.

Par ailleurs, elle constate que certains professionnels de santé n'osent pas aborder la problématique du tabac avec des patients déjà atteints de pathologies lourdes. L'abstinence temporaire en cours d'hospitalisation peut cependant permettre de déclencher une phase de sevrage et modifier le rapport des sujets à l'addiction.

Elle fait d'ailleurs remarquer que nombre de patients sont prêts à fournir un effort pour abandonner la cigarette, y compris lorsqu'ils doivent lutter, dans le même temps, contre une maladie.

Dans cette optique, il convient de faire en sorte que les soignants soient correctement informés et eux-mêmes convaincus de la démarche, afin qu'ils puissent échanger sur la problématique du tabagisme librement avec les patients qu'ils suivent. Il est également recommandé de fournir des éléments de langage aux médecins pour favoriser l'échange.

Plus globalement, Christine LASSET plaide non seulement pour un meilleur pilotage, mais aussi pour une augmentation du nombre de personnels formés à la tabacologie et la désignation de référents dans les différents établissements. Elle évoque l'importance de la mise en place d'une démarche transversale, nécessitant l'activation de plusieurs leviers, afin de créer et maintenir une dynamique.

Elle souligne l'importance des réseaux et indique que l'agence régionale de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes a voulu accompagner le déploiement de la démarche par des équipes

de pilotage ; elle répète à nouveau que des ressources humaines et des moyens suffisants doivent être mobilisés.

Questions-réponses

Un médecin demande confirmation qu'une sage-femme est davantage formée à la tabacologie qu'un médecin ou une infirmière. En outre, en tant qu'addictologue, elle imagine difficilement accompagner un couple de fumeurs et s'enquiert de la manière dont ceux qui le font procèdent.

Maud-Catherine BARRAL répond qu'une étudiante sage-femme suit des cours chaque semaine en troisième année, avant des mises en pratique au cours des deux dernières années de son cursus. Par ailleurs, elle ne suit pas personnellement de couple dans leur lutte contre le tabac, mais seulement des femmes.

TABLE RONDE ET RETOURS D'EXPÉRIENCES DE STRUCTURES LOCALES ENGAGÉES DANS LA STRATÉGIE LSST

Maurice DEMATTEIS, Véronique FOURNY et Anne-Sophie EMERARD, centre hospitalier universitaire de Grenoble

Rabiha GIAGNORIO, Médipôle, Villeurbanne
Lan Tien NGUYEN, centre hospitalier de Vichy

Discutantes :

Véronique FONTEILLE, Hospices civils de Lyon
et **Marjorie CADEVILLE**, RESPADD

Marjorie CADEVILLE précise que l'objectif de cette table ronde est de partager les expériences de structures déjà engagées, de favoriser les échanges, de donner les clés pour se lancer dans cette démarche et de favoriser la mise en réseau.

- **Centre hospitalier universitaire de Grenoble :**

Maurice DEMATTEIS insiste sur la nécessité d'intégrer la prise en charge du tabac, quel que soit l'endroit où les patients ont vocation à se rendre. Un travail intitulé « Le pied dans la porte ». a été réalisé sur ce sujet par deux infirmières du centre hospitalier universitaire de Grenoble, Véronique FOURNY et Anne-Sophie EMERARD.

Véronique FOURNY présente le cadre de cette étude : un centre ambulatoire de soins, avec des missions universitaires de formation, d'expertise et de recherche. Le CSAPA est hébergé dans un bâtiment du centre hospitalier Alpes-Isère, dans un objectif d'articulation des soins avec les autres structures du centre ambulatoire de santé mentale. L'équipe est actuellement composée de 14 personnes et regroupe des compétences différentes, qui permettent d'offrir des prises en charge variées, personnalisées et adaptées aux besoins des patients.

Véronique FOURNY ajoute que l'agglomération grenobloise comporte, quatre CSAPA, les cas les plus complexes sont reçus au sein de cette structure. Le CSAPA du CHU de Grenoble prend en charge les patients avec des polyconsommations associées à des comorbidités psychiatriques dans des contextes de précarité et dans des situations de rechute.

Véronique FOURNY précise qu'il n'y a pas de cibles déterminées en matière de tabac : tous les consommateurs sont potentiellement concernés. Dans la population générale, plus de la moitié des consommateurs de tabac souhaitent arrêter de fumer, mais seulement 5 % y arrivent par eux-mêmes. Lorsqu'on leur propose d'aborder la question de l'arrêt du tabac, 30 % des patients – qui étaient venus consulter pour d'autres raisons – s'engagent dans le sevrage. Parmi les patients pris en charge pour un accompagnement au sevrage, un tiers est suivi de manière plus spécifique par les infirmières. La démarche se veut collaborative et motivationnelle, en s'adaptant à l'objectif du patient.

L'échantillon choisi pour cette étude est représentatif de la file active. Un questionnaire a été élaboré et soumis à certains patients par téléphone. Plusieurs éléments ont ainsi pu être cotés : leurs préoccupations concernant le tabac à l'arrivée dans le service, leur motivation à l'arrivée dans le service et aujourd'hui... Des tests de Fagerström ont été réalisés à l'arrivée et des échelles d'anxiété ont été faites passées au même moment. Ce travail a permis de donner des renseignements à la fois quantitatifs et qualitatifs sur cet accompagnement.

Véronique FOURNY précise les caractéristiques des personnes de cet échantillon. 60 % des personnes accompagnées sont des femmes d'une moyenne d'âge de 50 ans. La moitié est en invalidité ou perçoit l'allocation adulte handicapé. Une personne SDF est par ailleurs intégrée dans le dispositif « Un chez soi d'abord ». 40 % des personnes accompagnées vivent seules. Ces personnes souffrent de différentes addictions avec ou sans substances ; la question du tabac n'est jamais mise en avant ou évoquée spontanément. 60 % des personnes interrogées se sont rendues au CSAPA pour des problématiques d'addiction à l'alcool et 40 % pour des addictions à d'autres produits (opiacés, cocaïne et benzodiazépines). Leurs niveaux d'anxiété sont très élevés : 13,2 de moyenne (le plus bas étant à 7 et le plus élevé à 21). Les scores de dépression sont également très importants. Les consommations de tabac sont significatives : 34 cigarettes par jour en moyenne (le record étant à 100 cigarettes). Cette importante consommation et ce niveau de dépendance élevé qui l'accompagne ne préoccupent généralement pas les patients. Trois patients ont tout de même indiqué être préoccupés par leur consommation. Pour deux d'entre eux, la source de cette préoccupation était le décès d'un parent à la suite d'un cancer imputable au tabac et pour l'autre, il s'agissait de soutenir son conjoint.

Dans la population générale, les éléments pouvant freiner une démarche de sevrage sont : les symptômes anxieux, le stress, l'irritabilité, la peur de ne pas savoir faire, la sous-estimation de ses capacités ou la surestimation de ses difficultés. Les facteurs prédictifs de rechute sont le sexe, la précarité, les difficultés sociales, l'isolement, l'anxiété et le niveau élevé de dépendance. La population à laquelle s'adresse le CSAPA est compliquée ; elle rassemble tous les critères des personnes à risques de rechute. Malgré cela, les deux tiers des patients sont engagés dans un changement par rapport au tabac. L'approche adoptée est dimensionnelle : on ne consomme pas du tabac par hasard, c'est un moyen de faire face. Quand le patient comprend son fonctionnement, il peut appliquer les mêmes stratégies pour le tabac que pour les autres produits. La prise en charge permet de diminuer les symptômes anxieux et dépressifs et de réduire la consommation dans un temps limité. À ce moment-là, la motivation est au maximum.

Anne-Sophie EMERARD indique que, l'évocation, par un médecin, de la consommation de tabac avec un patient, prépare la délivrance de TNS ou l'utilisation d'une vape . Des entretiens de suivi et d'évaluation sont réalisés en parallèle, car les substituts ne suffisent pas. Un travail est également entrepris pour combattre les idées reçues existantes (impossibilité de fumer avec un patch, risque de surdosage de nicotine, remise en question de l'innocuité de la vape...). Des séances de relaxation et de respiration sont également proposées, ainsi qu'une aide à la remise en forme via la pratique d'une activité physique. L'intérêt est de permettre aux patients de s'approprier les différentes techniques afin de créer une boîte à outils permettant de modifier leurs rituels et comportements. Les entretiens sont l'occasion de prévenir les éventuels transferts d'addiction et de délivrer ou prescrire différents traitements substitutifs.

Anne-Sophie EMERARD explique que les patients interrogés ont pour la majorité apprécié les entretiens (80 %). Ils leur ont permis de se sentir accompagnés, motivés et réassurés. Ces caractéristiques sont des éléments prédictifs du changement. Pour les patients qui s'engagent dans ce changement, les facteurs déclenchants sont très différents : entretiens infirmiers réguliers, possibilité de poser des questions, bon timing par rapport à la résolution de certains problèmes, évocation des risques par le médecin traitant ou l'entourage, autonomie de la démarche, soutien du conjoint, vape... Du point de vue des patients, les points qui ressortent

de cet accompagnement sont l'approche globale et personnalisée, la cohésion de l'équipe, les entretiens, l'absence de jugement, la bienveillance ou encore le respect des rythmes et objectifs du patient. Les bienfaits ressentis par l'arrêt du tabac – tant au niveau de la santé qu'au niveau financier – sont des leviers motivationnels importants. Toutes ces stratégies permettent aux personnes de se sentir mieux armées, rassurées et déculpabilisées en cas de rechutes. Les rechutes peuvent être dédramatisées et considérées comme des expériences faisant partie du parcours. Le changement de comportement est également favorisé par le questionnement préalable et itératif de la consommation de tabac et une proposition d'accompagnement. La démarche est opportuniste : le patient vient pour une problématique addictive et le tabac est considéré comme une addiction à part entière. C'est ce qu'on appelle la « technique du pied dans la porte ».

Maurice DEMATTEIS conclut que beaucoup de fumeurs souhaiteraient arrêter, mais n'ont pas les moyens de s'y engager. Il faut pour cela que les professionnels s'engagent à leurs côtés et les encouragent à le faire. Dans certains cas, alors même qu'ils se trouvent dans une situation de polyconsommation avec des comorbidités psychiatriques et un contexte socio-environnemental extrêmement défavorable, les patients s'engagent et, pour beaucoup d'entre eux, arrivent à arrêter le tabac ou à retrouver le contrôle de leur consommation.

Véronique FONTEILLE estime nécessaire de considérer l'addiction au tabac comme une maladie. Il faut donc proposer aux patients concernés un traitement de substitution immédiatement, qu'ils soient prêts ou non à s'engager par ailleurs dans une démarche d'arrêt.

Maurice DEMATTEIS ajoute que c'est la combinaison du traitement et de l'accompagnement qui pourra aider le patient.

Véronique FONTEILLE précise qu'il existe des traitements de substitution efficaces pour le tabac et les opioïdes, mais ce n'est pas le cas d'autres substances.

Maurice DEMATTEIS explique qu'en l'absence de traitements de substitution spécifiques, il faut adopter une approche dimensionnelle et fonctionnelle du patient.

Rabiha GIAGNORIO propose de partager l'expérience mise en place depuis 18 mois à propos d'un circuit rapide de tabacologie pour les patientes candidates à une chirurgie gynécologique ou sénologique. Il est proposé à ces patientes une abstinence temporaire en vue de la chirurgie, avec une implication des chirurgiens dans ce processus. L'histoire montre que, lorsque ces patientes arrivent à arrêter de fumer pour leur intervention chirurgicale, elles prolongent généralement la démarche après, en continuant à être accompagnées. On ne peut pas demander à des patients d'arrêter le tabac sans leur proposer un accompagnement et un traitement de substitution en parallèle.

Lan Tien NGUYEN explique qu'au Centre hospitalier de Vichy, il est dit aux patients qu'ils peuvent continuer à fumer et que les substituts nicotiques font effet de bouclier. Les patients le constatent d'ailleurs avec la mesure du CO d'une fois sur l'autre. Ces éléments tangibles permettent à ces patients de gagner en confiance, et cela facilite l'ensemble de la prise en charge. Par ailleurs, la prise en charge en groupe a pour effet de créer une émulation.

Une participante ajoute qu'il est important pour les soignants de lever leurs freins internes et de ne pas penser les motivations à la place des patients. Dans le cas des patientes qui subissent une interruption médicale de grossesse, il leur est proposé systématiquement un accompagnement pour l'arrêt du tabac, et certaines souhaitent poursuivre ensuite, car dans ce moment négatif, elles ont quelque chose de positif à faire.

Maurice DEMATTEIS le confirme. Les soignants doivent faire preuve de neutralité et de naturel lorsqu'ils s'adressent aux patients qui ont besoin d'une prise en charge pour l'arrêt du tabac.

Une participante demande s'il existe des feuilles de route pour ces entretiens motivationnels.

Maurice DEMATTEIS répond qu'en demandant simplement au patient de décrire sa consommation au cours d'une journée, on peut apprendre beaucoup de choses sur le comportement de ce patient. Le patient lui-même commencera à comprendre des choses sur sa consommation et sur la stratégie qu'il convient de mettre en place. Un autre élément sur lequel il faut travailler est le projet de vie du patient ; c'est ce qui permet d'établir la feuille de route. Sans formation spécifique, il existe donc beaucoup d'éléments qui permettent d'aider les patients. La formation spécifique apporte d'autres éléments de lecture et de compréhension pour le tabac et les autres addictions.

- **Médipôle de Lyon-Villeurbanne :**

Rabiha GIAGNORIO indique que l'hôpital Médipôle de Villeurbanne, qui a ouvert ses portes en janvier 2019, est le fruit d'une démarche innovante de coopération hospitalière. Il réunit sept établissements lyonnais. Le pôle hospitalier est composé de deux entités : le MHM (Médipôle Hôpital Mutualiste) et le MHP (Médipôle Hôpital Privé). Plus de 50 spécialités médicales et chirurgicales sont représentées sur le site, ce qui permet une offre de soins complète pour le patient et donc totalement innovante en matière de coopération hospitalière. Le groupe Ramsay est en charge des différents types de chirurgie, la médecine interventionnelle, la dialyse, la réanimation, les soins intensifs postopératoires, SOS mains, l'unité de soins intensifs cardiologiques et le prélèvement d'organes. Le MHM regroupe quant à lui le service d'urgence, la médecine de jour, la maternité, la néonatalogie, la pédiatrie, le SSR en hôpital de jour, le SSR en hospitalisation complète et le SSR pédiatrique.

Pour réussir cette démarche innovante de coopération hospitalière, deux structures ont été mises en place. Le groupement d'intérêt économique s'occupe de la logistique du service technique et le groupement de coopération sanitaire s'occupe de la stérilisation, de l'hébergement des dossiers médicaux, de la pharmacie... Il s'agit donc d'une collaboration entre deux structures distinctes, avec une gestion commune dans certains domaines, ce qui nécessite une coordination efficace des professionnels.

La démarche présentée aujourd'hui ne date pas de Médipôle ; elle a été initiée par la clinique du Tonkin en 2018. La question d'un établissement sans tabac s'est spontanément posée avec la création du Médipôle. Il existait déjà une bonne dynamique au niveau de MHM avec une volonté locale de créer une équipe de liaison et de soins en addictologie. Un médecin addictologue, une infirmière, une assistante sociale et une psychologue ont notamment été recrutés – à temps partiel – pour former une équipe de liaison. Du côté de MHP, une infirmière en tabacologie à temps partiel a également été recrutée. La création du Copil, en janvier 2021, a permis de lancer véritablement le projet. Pour être au plus près de la stratégie LSST, le travail se fait sur trois axes différents : l'aménagement des espaces, l'accompagnement du personnel et la prise en charge du patient. L'aménagement des espaces passe notamment par la création de trois abris fumeurs. Concernant l'accompagnement du personnel, cela passe par la formation des nouveaux embauchés au repérage et à la prise en charge du tabac, mais également par l'organisation de consultations individuelles à destination des professionnels en cas de besoin. Des cycles de formation ont également été organisés pour tous les professionnels qui prennent en charge des patients. 113 professionnels ont ainsi été formés jusqu'à présent. S'agissant de la prise en charge du patient, une collaboration a été engagée avec le système informatique de Médipôle pour mettre en place un système de repérage systématique du statut tabagique. Ainsi le statut de tout patient arrivant au Médipôle, doit donc être renseigné, que ce soit par un médecin, un infirmier ou un aide-soignant. Les patients

fumeurs se voient proposer un accompagnement vers le sevrage s'ils le souhaitent,. Si la réponse est positive, une alerte arrive directement par mail au niveau de l'équipe de liaison., Des actions de prévention sont organisées tout au long de l'année, en plus de ces trois axes principaux, pour sensibiliser le public – en particulier les jeunes et les femmes enceintes. Le Copil se réunit trois fois dans l'année, des réunions hebdomadaires sont organisées entre l'infirmière tabacologue et la cadre de soins de MHP qui pilote le projet de tabacologie. Des réunions mensuelles sont organisées entre l'infirmière tabacologue du MHP et l'équipe de liaison du MHM.

Le projet étant à ses débuts, l'ambition est d'aller plus loin, en travaillant notamment sur la réglementation antitabac (signalétique). Un autre axe de travail est celui de la prise en charge des professionnels fumeurs au sein de l'établissement.

Un participant demande à quel endroit ont été placés les abris fumeurs et si ceux-ci ont été camouflés.

Rabiha GIAGNORIO répond que l'un des abris se trouve non loin de l'une des sorties, à l'arrière du bâtiment, ce qui permet de ne pas trop contraindre le personnel fumeur et limiter leur culpabilisation. Un autre abri est situé au niveau de l'entrée principale, ce qui peut poser question.

Marjorie CADEVILLE ajoute que ces abris doivent être considérés comme des lieux temporaires, car l'objectif reste d'avoir un établissement sans tabac. Certains établissements sont d'ailleurs directement passés au statut de lieu de santé sans tabac.

Maurice DEMATTEIS estime que ces abris pourraient être l'occasion d'aller directement à la rencontre des fumeurs pour leur proposer un accompagnement.

Une participante demande si la prise en charge est différente entre les SSR et MCO.

Rabiha GIAGNORIO répond qu'il n'existe pas de difficultés au sein des structures. Les difficultés apparaissent essentiellement lorsque les patients sortent de la structure, car le patient doit accepter une prise en charge en ambulatoire. L'environnement de l'hospitalisation est au final protecteur, car le patient est véritablement entouré.

Maurice DEMATTEIS ajoute qu'il est important d'accompagner au changement de montrer que les habitudes peuvent être modifiées, que ce soit pour les patients ou les soignants. Chacun a tendance à sous-estimer ses capacités et à surestimer ces difficultés. Il est facile de faire face à cela dans l'environnement hospitalier qui est très protecteur, mais cela devient plus difficile à l'extérieur.

Une participante signale que l'alcool a été supprimé à l'hôpital ; la même chose pourrait donc être faite pour le tabac. En matière de pédiatrie, il est important de se poser la question du tabagisme passif lorsque les enfants arrivent à l'hôpital pour des problèmes de type bronchiolite.

Une intervenante ajoute que beaucoup de SSR souffrent d'un manque de formation en addictologie. L'idée est de mobiliser des volontés en interne et il ne faut donc pas hésiter à envoyer toutes les personnes qui le souhaitent en formation.

Une participante estime important de faire une différence entre la consommation « simple » et la consommation malative, celle que l'on peut difficilement arrêter. La remarque vaut également pour l'alcool.

Maurice DEMATTEIS précise qu'il n'y a pas de « petit tabagisme » en termes de conséquences. Cela étant, si l'on veut aider un patient à s'engager dans le changement, il faut lui permettre de commencer par une diminution de sa consommation.

Une participante considère qu'il est important de véhiculer des messages clairs au patient : quel que soit le niveau de consommation, le tabac est négatif et il faut totalement le supprimer.

- **Centre hospitalier de Vichy :**

Lan Tien NGUYEN présente la stratégie de lieu de santé sans tabac au sein du centre hospitalier de Vichy, par le biais du baromètre « tabac personnel hospitalier » mis en place en 2005. À son arrivée en 2004, la convention-cadre de lutte contre le tabac s'appliquait et le centre hospitalier de Vichy faisait partie du réseau « hôpital sans tabac » et était impliqué dans la préparation de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé et lieux publics de 2007. Un comité de lutte contre le tabagisme avait ainsi été constitué et avait proposé un baromètre « tabac personnel hospitalier » en 2005. Trois médecins (un pneumologue et deux médecins du travail) ainsi que les syndicats et d'autres professionnels de santé étaient impliqués dans cette démarche. Le baromètre comportait 20 questions portant notamment sur l'identité du répondant, son ancienneté, sa fonction, l'exercice du travail de nuit, son statut tabagique (état de la consommation, précédentes tentatives d'arrêt, volonté d'arrêter...). Les soignants concernés avaient ensuite été informés de leur possibilité de demander une consultation individuelle d'aide au sevrage tabagique et de participer à des séances en groupe. En 2005, il n'existait aucune subvention pour les substituts nicotiques. On demandait également au salarié s'il estimait que l'exemplarité du personnel hospitalier était un élément important dans la prévention et prise en charge du tabagisme. On proposait une formation sur la prise en charge du tabagisme. On lui demandait également s'il estimait que la loi Evin était respectée et s'il considérait que la médecine du travail s'impliquait dans la lutte contre le tabac. 443 personnes ont répondu à ce questionnaire, soit un taux de réponse de 27 %. Les secrétaires ont été nombreuses à répondre à ce questionnaire. Concernant le statut tabagique, les résultats ont révélé 22 % de fumeurs actifs, 48 % de non-fumeurs et 30 % d'ex-fumeurs. Les ex-fumeurs ont déclaré avoir arrêté seuls à 79 %. Chez les fumeurs, 8 sur 10 avaient déjà tenté d'arrêter de fumer et 7 sur 10 souhaitaient à nouveau arrêter. En ce qui concerne le travail de nuit, il n'a pas été constaté de différence dans le statut tabagique. 80 % des répondants étaient favorables à la gratuité des substituts nicotiques pour le personnel hospitalier. 84 % étaient d'accord sur le fait que le personnel hospitalier devait être exemplaire en matière de tabagisme. Les deux tiers souhaitaient une formation pour intervenir auprès des patients fumeurs. La moitié pensait que l'établissement respectait la loi Evin et 97 % avaient repéré la signalétique « hôpital sans tabac ». 56 % d'entre eux estimaient que la médecine du travail s'impliquait dans la prévention du tabagisme.

Au vu de ces résultats, plusieurs actions ont été menées. L'hôpital a mis en place un affichage numérique dans le hall d'accueil, à propos des consultations d'aide au sevrage tabagique. Le centre hospitalier participe chaque année à la journée mondiale sans tabac le 31 mai, avec notamment un stand d'information. L'hôpital participe également aux opérations du Mois sans tabac, avec deux opérations d'information dans le mois et différentes animations. L'interdiction de fumer dans les locaux, mise en place en 2007, a été bien acceptée dans l'ensemble, mis à part quelques patients qui ont continué à fumer dans leur chambre. La situation est en revanche plus difficile dans les services de psychiatrie, où certains soignants font encore de la résistance. Des sessions d'information sont mises en place, mais il n'y a pas de suivi suffisant. D'importantes avancées ont été constatées. Les substituts nicotiques sont désormais fournis gratuitement pendant un mois aux employés du centre hospitalier de Vichy, sur ordonnance, après consultation en médecine du travail ou en tabacologie. Ce dispositif a été maintenu, y compris après l'octroi du forfait de 50 euros par an en 2007. La disponibilité des substituts nicotiques pour les patients est une bonne nouvelle, mais ces substituts nicotiques ne sont pas toujours vus par le personnel soignant comme un traitement comme

les autres, mais plutôt comme un traitement subsidiaire. Il faut veiller à délivrer le bon substitut nicotinique en fonction de chaque patient. Il existe toujours une crainte de surdosage en nicotine, ce qui entraîne encore de nombreux sous-dosages.

Pour le service d'addictologie, une ELSA a été en place de 2000 à 2012, mais le financement a été arrêté, ce qui a entraîné une perte de personnel et donc une baisse des interventions de liaisons, notamment au niveau de la formation des soignants et du repérage précoce. L'hôpital a par ailleurs décidé de mettre fin à son adhésion au réseau « hôpital sans tabac ». Il existe une consultation externe en addictologie depuis 2010 et un hôpital de jour en addictologie depuis 2018. En plus du médecin pneumologue tabacologue addictologue, une psychiatre addictologue a été recrutée en février 2022. Un médecin acupuncteur est par ailleurs en vacation une fois par semaine. Quatre IDE ont été formés au DU d'addictologique. Plusieurs mi-temps viennent compléter l'équipe : deux psychologues, une assistante sociale, une conseillère en éducation sociale et familiale, deux secrétaires, un cadre de santé. Malgré l'absence de financement, une activité de liaison se poursuit auprès des patients des urgences et des patients hospitalisés, avec une intervention systématique dans la plupart des services par les infirmières, sur indication des soignants. Un protocole de prescription des substituts nicotiques a été mis en place en fonction du nombre de cigarettes fumées. Un staff quotidien est organisé, avec une revue systématique de tous les patients rencontrés en liaison et en externe. Un atelier d'aide au sevrage tabagique en groupe est proposé deux fois par mois, en hospitalisation de jour.

En 2021, la file active au niveau de l'addictologie était de 1 500 patients. 26 % de ces patients étaient uniquement fumeurs de tabac. 51 % étaient des patients polyconsommateurs. Par ailleurs, 100 % des polyconsommateurs sont fumeurs de tabac. Le statut tabagique est évalué de façon systématique, par des tests d'auto-évaluation ou par la mesure du CO expiré. Les outils utilisés sont classiques : entretien motivationnel, balance décisionnelle, traitements médicamenteux de substituts nicotiques, vapotage, acupuncture, hypnose... L'aide au sevrage tabagique est systématiquement proposée, quels que soient les troubles d'usage qui existent par ailleurs.

Le centre hospitalier de Vichy disposait, en 2019, de 841 lits et places. Le personnel s'élève à 1 842 personnes (67 % de soignants éducatifs, 8 % de médecins et 10 % d'administratifs). Cet hôpital n'affiche pas de déficit sur son bilan annuel, mais un important déficit reste à absorber. Il existe donc de fortes contraintes en matière financière. L'hôpital a participé aux enquêtes LSST de 2019 et 2022, pour un résultat de 60 points en 2019 et de 66 points en 2022, ce qui place l'hôpital au niveau « bronze ». Les points forts sont l'interdiction de vente et parrainage de produits du tabac, la communication sur la politique LSST, l'existence du service de tabacologie et addictologie, l'identification du diagnostic et du soutien au sevrage tabagique, le respect de la norme 5 (environnement sans tabac), le respect de la norme 6 (lieux de travail sain), le respect de la norme 7 (promotion des opérations de lutte contre le tabagisme)... Les points à améliorer sont la nomination d'une équipe et de personnes ressources pour la promotion LSST (norme 1), la systématisation du RPIB, le développement des procédures motivationnelles et de l'accompagnement (norme 4), les extérieurs fumeurs (norme 5), la promotion et la santé des collaborateurs (norme 6), la mise en place d'une procédure de surveillance et d'évaluation (norme 8), etc. Il faut toutefois noter l'importance des projets. Le centre hospitalier de Vichy a notamment repris son adhésion au RESPADD en mars 2022. Le projet LSST est inscrit dans les projets du pôle de prévention éducation santé publique, créé en janvier 2022. Un projet de Copil existe également, car la direction est très impliquée dans cette démarche. Il serait intéressant d'impliquer la médecine du travail, les syndicats, les usagers et le service d'addictologie. L'appui du RESPADD a été demandé pour promouvoir la politique LSST au sein de l'établissement. L'objectif est d'inscrire la politique de LSST dans le projet de pôle éducation santé publique, de former les équipes de soins, de désigner un référent dans chaque service et de progresser vers des espaces extérieurs sans tabac.

En conclusion, pour qu'elle soit efficace, la prévention demande une synchronisation de l'action publique en santé publique, de l'organisation au niveau des territoires, de la motivation des acteurs de terrain et de l'acceptabilité pour le public.

Marjorie CADEVILLE salue l'engagement sans faille du Docteur NGUYEN, impliquée dans cette démarche depuis 2005. Au-delà de la nécessité d'avoir des financements, il est important d'avoir le soutien de la direction et de prendre en compte le personnel.

Une participante demande des précisions sur la forme que prennent les ateliers d'aide au sevrage.

Lan Tien NGUYEN répond qu'après avoir fait un tour de table, on recueille dans un tableau l'histoire du tabagisme de chacun des participants : à quel âge ils ont commencé, à quel âge ils sont devenus des fumeurs réguliers, quelle est la quantité qu'ils fument, que type de tabac ils fument, quelles aides ils ont déjà sollicitées, quels avantages ils voient à l'arrêt du tabac, quelles craintes ils associent à l'arrêt du tabac, quel coût cela représente pour eux... Une synthèse est ensuite faite, afin de dégager les points communs qui peuvent exister. Des mesures de CO sont également réalisées lors de ces ateliers de groupe, car cela est généralement très parlant et permet d'engager les personnes dans la démarche. Un TSN oral est proposé aux participants. Enfin, il est demandé aux participants de lister quelques objectifs pour la séance suivante. À la séance suivante, le tableau est repris pour évaluer ce qu'il s'est passé depuis la dernière séance. Avec l'émulation collective, on peut par exemple s'apercevoir que le CO a diminué chez les personnes ayant utilisé un substitut nicotinique ; ceux pour qui le CO n'a pas diminué vont alors se soutenir entre eux pour y arriver. À la fin du programme, le sevrage tabagique peut atteindre 50 %.

Une participante demande sous quelles formes peut être proposé le vapotage.

Lan Tien NGUYEN répond que les différentes formes de vapotage sont proposées (liquide, capsules...), afin que les patients essaient et choisissent eux-mêmes la version qui leur correspond le mieux.

Une participante demande combien de personnes sont présentes à ces séances de groupe.

Lan Tien NGUYEN répond que les groupes comptent entre cinq et huit patients.

Une participante demande si la grande précarité des patients n'est pas un frein pour l'accès aux vapoteuses.

Lan Tien NGUYEN répond que cette solution est moins coûteuse que le tabac. Pour ces patients, le score EPICES est systématiquement réalisé afin d'évaluer le niveau de précarité. Il en ressort que 79 % de ces patients ont un score supérieur à 30, c'est-à-dire qu'ils sont en classe 4 de précarité.

Maurice DEMATTEIS rappelle que l'association La Vape du Cœur permet d'équiper gratuitement les patients de vapes.

Marjorie CADEVILLE conclut cette table ronde en notant que la démarche LSST est un projet de grande ampleur, qui nécessite une gouvernance importante. Il est important de former les personnels au repérage systématique et à l'accompagnement pour faciliter l'adhésion à cette stratégie. En termes de communication, la réalisation d'enquêtes tels que l'enquête Tabagisme en blouse blanche ou l'Audit sont primordiales pour convaincre et communiquer sur le bien fondé de cette stratégie. Enfin, le respect de la signalétique et du règlement est indispensable pour développer ces lieux de santé sans tabac.

CONCLUSION

Marianne HOCHET, RESPADD et **Marc MAISONNY**, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

Marianne HOCHET indique qu'après les différents colloques régionaux LSST, plusieurs constats peuvent être faits. Premièrement, le tabagisme reste important en France. C'est également le cas en région Auvergne-Rhône-Alpes. Le tabagisme est important chez les publics spécifiques (jeunes, femmes enceintes...), mettant en avant l'importance de la prise en charge de ces publics dans les établissements prioritaires de la stratégie LSST. Deuxièmement, le tabagisme est avant tout une pathologie, qui doit être repérée, traitée et suivie dans le temps. Fort de ces constats, plusieurs solutions peuvent être identifiées. Le soutien des différentes institutions est indispensable dans cette démarche. Il est également important d'avoir un temps dédié pour coordonner le projet et articuler les différentes actions. La formation et la sensibilisation des professionnels de santé sont indispensables pour qu'ils puissent se sentir impliqués et qu'ils aient un discours cohérent. L'implication de l'ensemble des publics (patients, professionnels, visiteurs) est nécessaire pour créer de la cohérence dans les actions. Une posture bienveillante des professionnels de santé permet de soutenir les patients et de les mettre en action pour atteindre l'objectif final : l'arrêt du tabac. Il existe encore de nombreux freins. La prescription n'est pas toujours facile. Le personnel fumeur peut faire preuve de réticence. Les abris fumeurs doivent être vus comme un outil transitoire vers un lieu sans tabac. Il est important de déconstruire les idées reçues lorsque l'on parle de tabac. En mettant en place une stratégie de LSST, on ne s'intéresse pas uniquement aux 25 % de fumeurs de la population, mais également aux 75 % de non-fumeurs qui peuvent être gênés par le tabagisme passif.

Marc MAISONNY explique que la démarche de LSST s'appuie sur des services différents au sein des hôpitaux, quel que soit le type d'établissement, I. Cette diversité est extrêmement intéressante et formatrice. La stratégie de LSST découle du plan national de lutte contre le tabac de 2018-2022, qui a été déclinée sous la forme d'un plan régional de lutte contre le tabac. Cette stratégie est axée sur trois points : la sensibilisation des établissements, le soutien à ces établissements pour la mise en œuvre de la démarche et le soutien à quelques projets structurants permettant d'aller plus loin dans certains établissements. La crise du COVID a conduit à inverser le mode opératoire et donc à mettre en place trois projets structurants : STOP Tabac aux HCL, Hôpital sans tabac au Médipôle et un projet au centre Léon Bérard. Ces derniers offriront leur expérience dans la mise en place de cette démarche. Le RESPADD offre un appui important pour la sensibilisation des établissements qui pourront également être accompagnés via la mission Plaidoyer confiée au centre Léon Bérard et au CHU de Clermont-Ferrand. Dès lors que les établissements s'engageront dans la démarche, ils seront accompagnés à travers un fonds d'amorçage, qui découle du fonds de lutte contre les addictions (alimenté par les taxes sur le tabac). Dans la région, une dotation de 2,5 millions d'euros issue de ce fonds est accordée pour la mise en œuvre de diverses actions. Ce fonds de soutien – dont le montant de l'enveloppe restera à définir – a vocation à faire du plus grand nombre d'établissements possible des lieux de santé sans tabac. Un nouvel appel à projets sera lancé à partir du 2 mai, pour un délai de deux mois, pour redynamiser des moyens de prévention, en particulier sur les lieux de santé sans tabac. Enfin, les hôpitaux qui s'engagent dans une démarche de santé publique, avec un espace de santé publique dédié, méritent d'être promus, car cela permet de concentrer la prévention sur un même service et de dynamiser la démarche de prévention au sein de l'hôpital.