

COMPTE-RENDU DU COLLOQUE RÉGIONAL

« LIEU DE SANTÉ SANS TABAC »

Mardi 1^{er} juin 2021

Visio-conférence

Intervenants :

Mme Nathalie LE FORMAL (ARS Bretagne)
M. Nicolas BONNET (RESPADD)
Dr Catherine de NOURNONVILLE (Coordination Bretonne de Tabacologie)
Mme Marine LACOSTE (OncoBretagne)
Mme Cécile EI MEKAOUI (Polyclinique Saint Laurent de Rennes)
Mme Céline LEMAÎTRE (Polyclinique Saint Laurent de Rennes)
Dr Morgane QUEMENEUR (Polyclinique Saint Laurent de Rennes)
Dr Véronique Le DENMAT (CHRU Brest)
M. Julien DEPAUW (CMP Rennes-Beaulieu)
Mme Anaïs ANGER (CMP Rennes-Beaulieu)

INTRODUCTION

Mme Nathalie LE FORMAL, Directrice de la Santé publique de l'ARS Bretagne

Mme Le FORMAL : Je suis ravie d'ouvrir ce matin le colloque régional consacré aux lieux de santé sans tabac. C'est l'occasion pour l'ARS de réaffirmer en présence de nos partenaires, des opérateurs de santé et de vous tous, que la prévention et la lutte contre le tabagisme sont et restent une priorité majeure de santé publique qui mobilisent activement les équipes de l'agence.

Grâce aux moyens du fonds de lutte contre les addictions, soit 100 M€ chaque année, nous disposons de nouvelles capacités à agir, de nouveaux leviers de mobilisation, et de l'appui de prestataires que je remercie pour leurs contributions nationales dans le cas du RESPADD, ou régionales pour ENEIS by KPMG.

Le tabac reste la première cause de mortalité prématurée évitable. Cela représente 75 000 décès par an, dont 45 000 par cancer et dans notre région, 5 200 décès attribuables chaque année à des pathologies liées à la consommation de tabac, soit 14 décès chaque jour.

Même si nous pouvons nous féliciter de la diminution de la prévalence du tabagisme, la consommation reste à un niveau élevé. En effet, 25% des adultes fument chaque jour. C'est dans cette moyenne que se situe également la région Bretagne. Toutefois, la Bretagne se démarque par la consommation plus élevée chez les jeunes et chez les femmes enceintes. C'est une particularité que nous développerons plus loin.

Je n'approfondirai pas davantage sur l'impact environnemental ou l'enjeu des inégalités sociales de santé. Je voulais par ailleurs insister sur la nouvelle stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 qui réaffirme la priorité de la lutte contre le tabac, en appelle à la mobilisation de tous pour en finir avec le tabac - c'est le terme utilisé dans le volet prévention - et porte l'objectif d'une société sans tabac, plus protectrice de la santé de nos concitoyens et de l'environnement.

Cela fait écho à l'ambition portée par le programme national de lutte contre le tabac, mais aussi à l'ambition d'une première génération sans tabac en 2032. Derrière cela, nous retrouvons l'enjeu de la dénormalisation du tabac et la démarche « Lieux de santé sans tabac » fait partie des stratégies d'action qui doivent nous aider à faire bouger les lignes.

C'est une démarche de prévention, de promotion de la santé et d'exemplarité dans laquelle les acteurs de santé sont invités à s'engager pour protéger à la fois la santé des patients résidents, la santé des professionnels et salariés, ainsi que de tous ceux qui se rendent dans ces lieux de santé, notamment pour des visites.

Nous promovons une approche extensive des lieux de santé que sont les établissements de santé, mais aussi les établissements médicaux-sociaux et les lieux de formation.

Des objectifs forts sont associés au déploiement des lieux de santé sans tabac. 50% des établissements de santé doivent être engagés dans la démarche avant 2022, 100% des établissements ayant une activité femmes-mères-enfants, et 100% des établissements ayant une activité en cancérologie. En Bretagne et en comparaison avec d'autres régions, le niveau d'engagement atteint 37% pour les établissements de santé en général, 36% des établissements ayant une activité femmes-mères-enfants, et 26% des établissements ayant une activité en cancérologie. Cela nous permet de constater le chemin qui reste à parcourir. Nous devons encore progresser et pour ce faire, nous allons pouvoir bénéficier :

- des outils apportés par le RESPADD,
- des financements par l'ARS au titre des moyens qui nous sont alloués dans le cadre du fonds de lutte contre les addictions – actuellement, 1/3 des moyens sont mobilisés sur les lieux de santé sans tabac,
- l'accompagnement d'ENEIS sur cet objectif de déploiement des lieux de santé sans tabac.

Ce webinaire nous permettra de partager les expériences et de favoriser l'interconnaissance. J'espère que ce webinaire sera l'occasion d'identifier des partenaires ou des acteurs et qu'il contribuera à créer des liens au sein du réseau. Ce sera également l'occasion de montrer les réalisations des établissements bretons déjà engagés dans ce programme.

Pour ma part, je ne doute pas que les interactions et les interventions qui vont suivre nous aideront à avancer et à faire davantage, et mieux. Je vous retrouverai en fin de webinaire et je vous souhaite à tous une bonne matinée de travail autour des lieux de santé sans tabac.

M. Nicolas BONNET, pharmacien spécialisé en santé publique et addictologie, directeur du RESPADD (diaporama n°1)

M. Nicolas BONNET : Bonjour à tous, je suis ravi d'être avec vous aujourd'hui pour ce webinaire lieux de santé sans tabac. Mme la Directrice, je vous remercie de cette introduction extrêmement riche. Je vais, pour ma part, évoquer la stratégie des lieux de santé sans tabac et de ses différents enjeux.

Vous en avez déjà rappelé la dimension qui s'inscrit dans celle, beaucoup plus large, des espaces et des lieux sans tabac. Nous pouvons également évoquer l'extension de ce principe avec les Campus sans tabac, les écoles sans tabac, les plages sans tabac, et les terrasses sans tabac.

Nous sommes au tout début d'une dénormalisation du tabagisme dans de nombreux espaces et il est vraiment important de pouvoir réintégrer cette dimension de façon beaucoup plus large et beaucoup plus générale.

Vous avez rappelé l'importance du gradient social lié à la consommation de tabac qui a été rappelé récemment dans les dernières données de prévalence du tabagisme publié par Santé Publique France. Nous devons être particulièrement vigilants sur cet aspect du sujet. La stratégie LSST comme d'autres stratégies également contribue à réduire cet écart d'accès aux soins et d'accès à la prévention, notamment pour les personnes les plus vulnérables, les plus défavorisées ou les plus précaires, qu'il s'agisse de personnes rencontrant une perte d'emploi, en période de chômage ou d'étudiants qui ont été, comme nous le savons, durement touchés par les derniers mois de crise sanitaire.

Je vais vous présenter la stratégie LSST. Je suis particulièrement ravi d'être avec vous aujourd'hui, à deux titres. J'étais venu il y a deux ou trois ans lors d'un colloque de la coordination bretonne de tabacologie pour présenter cette stratégie et je vous en remercie parce que vous aviez été la première région à nous inviter pour présenter cette stratégie, à nous faire confiance et à parier sur son efficacité. J'avais commencé mon intervention alors en vous disant que c'était possible et que cela fonctionnait et c'est possible et ça fonctionne. Deux ou trois ans après, cela se confirme. Devenir un lieu de santé sans tabac, ça fonctionne, et vous en êtes le reflet. Nous aurons l'occasion de le constater grâce à plusieurs illustrations.

L'historique pour nous, c'est d'abord un enjeu associatif qui s'inscrit sur le « Réseau Hôpital sans tabac », créé en 1995. Ce réseau devient le RESPADD en 2009 et en 2017, nous créons « Lieux de santé sans tabac ». L'objectif était de renouveler la stratégie et de proposer une alternative aux différents lieux de santé. Nous avons eu l'heureuse surprise, mais aussi la chance de voir que la stratégie a été adoptée et soutenue par les pouvoirs publics. Comme vous le savez, c'est devenu une priorité nationale dans le cadre du programme national de lutte contre le tabac avec des objectifs ambitieux que nous allons lister toute à l'heure et qui ont été rappelés par Mme Le FORMAL à l'instant. Cela nous a permis également de bénéficier de financements dédiés pour de nombreuses équipes.

Ces objectifs sont que 100% des établissements prioritaires c'est-à-dire ceux qui ont une activité mère-enfant et ceux qui sont habilités à traiter le cancer soient engagés dans la stratégie d'ici 2022 et 50% de l'offre de soins. Nous n'avons pas atteint cet objectif et aucune région, il me semble, n'a encore atteint cet objectif. Je ne suis pas certain que nous réussissions d'ici 2022 à l'atteindre, ce qui signifie que vous redoublez d'efforts pour que, dans les années qui arrivent, un maximum d'établissements prioritaires soit engagé dans la stratégie et s'intègre dans cet enjeu collectif qui est de devenir un établissement de santé au sein duquel chacun s'abstient de fumer, mais aussi où une politique active de prévention et de prise en charge du tabagisme à destination des trois publics qui fréquentent un lieu de santé - les bénéficiaires de soin, le personnel et le grand public - est menée. L'hôpital doit être encore plus qu'hier un modèle en termes de prévention et de promotion de la santé pour l'ensemble des personnes qui vivent à proximité.

Un lieu de santé sans tabac est également et avant tout un enjeu collectif. C'est le rassemblement d'initiatives politiques, administratives, et médicales. C'est un projet qui doit être débattu et planifié par l'ensemble des partenaires, des représentants, des différentes commissions et des différentes associations qui peuvent fréquenter un lieu de santé. C'est également une stratégie avec un enjeu collectif, à savoir la disparition totale du tabagisme au sein de l'établissement. Cela doit être mené avec une grande bienveillance, avec un discours qui accompagne et qui reconnaît la difficulté du sevrage tabagique, mais aussi la souffrance du fumeur quand il n'a pas la possibilité de fumer. Cela se décompose en plusieurs étapes.

Pour commencer, il s'agit de réaliser un état des lieux de votre situation, possible à réaliser à travers l'audit « Lieu de santé sans tabac que certains d'entre vous ont peut-être déjà réalisé. Vous pouvez retrouver la trame de cet audit en ligne. Une nouvelle façon de le remplir sera disponible d'ici quelques semaines pour tous ceux qui souhaitent le faire. Il s'agit ensuite de structurer un COPIL LSST.

Ce COPIL doit rassembler l'ensemble des forces vives de votre établissement, mais aussi vos partenaires qui se rassemblent pour pouvoir, notamment durant les deux ou trois premières années de la mise en place, structurer la stratégie, valider l'agenda, soutenir l'ensemble des démarches, faire en sorte que tout puisse se mettre en place dans les meilleures conditions possibles.

C'est possible avec de la communication dédiée, accompagnée, légitime, qui soit reconnue, qui soit renouvelée, qui soit appuyée, qui soit soutenue par une gouvernance forte au sein de votre lieu de santé pour développer une offre de formation, notamment. Cette formation doit s'adresser à l'ensemble des personnels, qui doivent être informés de la stratégie, quel que soit leur statut professionnel. Cette formation doit porter sur les savoir-faire pour l'ensemble des soignants et particulièrement pour les soignants prescripteurs de traitement nicotinique : les infirmières et infirmiers, les médecins, mais aussi les chirurgiens-dentistes quand ils sont présents dans le lieu de santé, les masseurs-kinésithérapeutes, et les sages-femmes qui ont eu l'élargissement de la prescription pour l'entourage depuis 2016, sans oublier les médecins du travail, également prescripteurs possibles de substitut nicotinique.

Cette stratégie s'accompagne d'un repérage précoce de l'ensemble des fumeurs qui doit se passer dès l'admission, voire dès la préadmission des personnes qui fréquentent votre lieu de santé. Vous devez pouvoir tout de suite identifier les fumeurs et renseigner leur statut tabagique dans votre logiciel, remplir un mini Fagerström ou un test de dépendance à la cigarette afin de renseigner immédiatement cette information dans le dossier du patient.

Cette stratégie doit également faire l'objet d'une évaluation constante. Cela permet de légitimer l'action, de pouvoir rendre des comptes à votre direction, aux pouvoirs publics, à vos financeurs, etc. Cela permet de véritablement justifier votre action. Aussi, pour évaluer correctement votre action, nous ne pouvons que vous inviter à avoir la direction de l'information médicale dans votre COFIL. Cela permet de disposer tout de suite des personnes-ressources au cœur de votre stratégie.

Parmi les éléments indispensables pour devenir un LSST, il y a les soutiens et notamment le soutien institutionnel. Aujourd'hui, nous bénéficions de plusieurs soutiens au sein de l'ARS Bretagne et c'est une chance. La direction générale de la santé, à travers les financements alloués, à travers les soutiens apportés pour déployer la stratégie LSST, est un soutien extrêmement important, sans compter les ordres de professions médicales, les différents syndicats, etc.

Nous avons besoin de disposer de soutiens institutionnels et politiques très fortes, et notamment des volontés politiques locales fortes. C'est ce que j'appelle la gouvernance. En effet, votre direction doit être engagée et doit être impliquée. Cette gouvernance peut s'illustrer au travers de la signature d'une charte Hôpital sans tabac, à travers un élément de communication et au travers de courriers dédiés et spécifiques pour l'ensemble du personnel.

Il existe d'autres leviers importants tels que l'accréditation qui sont du ressort des partenaires locaux, des représentants des usagers, qui peuvent être des soutiens importants pour pouvoir mener à bien votre stratégie. Concernant l'accréditation, je rappelle que pour les établissements de lutte contre le cancer, l'EOCI qui est l'organisme européen d'accréditation des lieux de santé contre le cancer impose, pour pouvoir être certifié de s'engager dans une stratégie sans tabac. C'est un levier important et c'est un levier déterminant, notamment pour certains centres de lutte contre le cancer ces derniers mois qui ont pu progresser rapidement dans leur stratégie et devenir niveau or pour certains d'entre eux.

Évidemment, pour faire fonctionner cette stratégie, il faut des professionnels engagés, motivés, des personnes-ressources qui sont sur le terrain au quotidien, qui relaient l'information, qui agissent en faveur du plaidoyer, qui permettent à la stratégie de vivre et d'être incarnée auprès de l'ensemble des personnes fréquentant l'établissement.

Au RESPADD, vous le savez, nous essayons de vous apporter un soutien sous forme de savoir et de supports comme l'audit LSST ou une enquête intitulée « tabagisme en blouse blanche » qui permet de mesurer l'impact sur la qualité des soins perçus du tabagisme des personnels de santé en blouse blanche avec comme résultat, le fait de voir un personnel soignant fumeur qui amène une qualité de soins négative auprès des patients et des visiteurs.

Cette enquête, nous vous la proposons et nous vous la fournissons. Nous récupérons les données et nous vous en transmettons les résultats en six à huit semaines, en fonction de la période de l'année et de notre charge de travail, mais nous essayons d'être assez réactif sur le rendu de résultats. Par ailleurs, nous éditons différents guides que nous verrons dans un instant.

Nous sommes également très impliqués sur la diffusion de savoir-faire au cours de formations afin de repérer de façon précoce et d'intervenir de façon brève en tabacologie. C'est devenu un élément central de la stratégie puisque ce RPIB tabac permet à l'ensemble des professionnels soignants prescripteurs de substitut nicotinique puissent avoir une intervention efficace auprès de 80% des fumeurs. Ainsi, les 2/3 de ce pourcentage s'engageront dans une réduction ou un arrêt de leur consommation de tabac. C'est une intervention de sept ou huit minutes qui sera extrêmement efficace en termes d'implication et d'engagement d'un grand nombre de fumeurs dans une stratégie d'arrêt ou de réduction de leur consommation en une intervention unique.

Nous participons également à des colloques, comme aujourd'hui, et nous réalisons de nombreuses communications que nous mettons à votre disposition. Vous connaissez certainement certains de ces guides.

Avec les questionnaires, ils sont tous en libre accès sur simple demande auprès de contact@respadd.org ou en appelant le RESPADD directement. Nous pouvons vous fournir des questionnaires de repérage, comme le questionnaire de dépendance à la cigarette. En 2020, nous avons également édité un livret, « Accompagner l'arrêt du tabac avec succès » qui est à destination plus particulièrement des fumeurs. C'est un document patient, c'est-à-dire qu'il est à mettre à disposition des fumeurs dans les salles d'attente ou à donner à l'ensemble des fumeurs. Il comprend des conseils favorisant l'arrêt, ou des outils d'auto-évaluation, des outils DCC, un journal de bord et les adresses utiles.

Récemment, nous avons également édité une campagne de communication d'affichage coloré qui permet de pouvoir, pendant quinze jours, pendant un mois, par exemple pour les JMST, effectuer un feedback normatif. Cela permet de normaliser la prise en charge du tabagisme et d'engagement dans une stratégie d'arrêt du tabac. Cela influe considérablement sur l'engagement des fumeurs, mais aussi sur leur acceptation des soins qui leur seront proposés. Nous pouvons donner ces affichages en grande quantité, l'idée étant de faire un affichage massif pendant un temps donné pour pouvoir marquer durablement votre lieu de santé.

Je reviens sur l'audit LSST. C'est un outil créé il y a un certain temps. Il était déjà présent dans le Réseau mondial des hôpitaux sans tabac créé par le Réseau français des hôpitaux sans tabac à la fin des années 90. Nous l'avons mis de côté. Ces dernières années nous l'avons relooké et c'est devenu un outil de référence, fortement apprécié par les établissements de santé. Cela permet de faire un état des lieux de la politique LSST de votre établissement en temps réel et de dégager des axes d'amélioration à différents niveaux ou secteurs sur lesquels vous auriez besoin de pouvoir mettre davantage de moyens humains ou davantage de moyens financiers.

Cela permet également de mesurer la progression de l'établissement. Pour l'instant, l'audit se présente sous forme d'un PDF interactif qui est à remplir en répondant aux différentes questions avec à chaque fois un degré d'implication et un degré de réussite pour chaque norme. Cela permet d'avoir, pour chacune des huit normes d'avoir un score global, qui va définir un niveau au sein de l'audit, niveau bronze, niveau argent ou niveau or.

Les huit normes sont :

- la norme gouvernance qui mesure l'importance de l'implication de la direction dans la stratégie
- l'aspect communication, avec les visuels, les relais de la communication en interne,
- les aspects formation initiale et continue, soit votre implication pour former les futurs soignants notamment dans les centres et autres écoles de santé ; mais aussi la formation continue avec l'obligation de se former au RPIB tabac pour l'ensemble des personnels soignants, l'obligation de suivre une information sur la stratégie LSST de votre lieu de santé
- L'identification, le diagnostic, et le soutien au sevrage tabagique, qui consistent à repérer systématiquement le statut tabagique de l'ensemble des personnes fréquentant l'établissement de santé avec l'obligation de renseigner ce statut dans le dossier médical dès la préadmission ou dès l'admission
- L'environnement sans tabac est la façon dont l'extérieur, votre campus est devenu sans tabac, la façon dont les aménagements ont été proposés ;
- Cela rejoint les lieux de travail sains qui comprend également la prise en charge du tabagisme des personnels fréquentant l'établissement ; il ne s'agit pas d'imposer un sevrage à ces personnels de santé, mais plutôt une abstinence provisoire ou temporaire pendant les temps de présence avec de nombreux substituts nicotiques qui doivent être mis à disposition de l'ensemble des professionnels,
- L'engagement dans la communauté
- La surveillance et l'évaluation.

En fonction de votre progression, cela permet d'obtenir différents types de reconnaissance, certifiés par la suite par l'attribution de différentes plaques en métal que vous pouvez afficher dans votre lieu de santé. Certains établissements ont déjà atteint le niveau argent.

Je ne m'attarderai pas sur la méthodologie, car il y aura très rapidement un audit en ligne, dématérialisé, avec un algorithme de traitement des données qui vous permettra d'avoir une interprétation en temps réel de vos résultats avec des pistes pour pouvoir améliorer votre score dans l'audit LSST.

Je m'excuse de la longueur de cet exposé, mais je vous invite à retenir l'importance de la gouvernance, c'est-à-dire l'engagement de la direction et l'engagement d'un temps salarié pour coordonner votre stratégie. Nous l'avons rappelé à plusieurs reprises, mais il faut un temps dédié de chargé de projet sur une stratégie LSST dans un établissement. C'est à ce titre que nous voulons remercier les ARS et la direction générale de la santé de financer ces temps parce qu'ils sont déterminants dans la réalisation d'une mise en place d'une stratégie LSST.

Nous rappelons également l'importance des savoirs avec la diffusion de référentiels et l'importance des savoir-faire avec l'intervention brève en tabacologie.

Il faut que l'ensemble des établissements proposent des TNS en temps réel aux bénéficiaires de soins, mais également des professionnels, et avoir un processus d'évaluation continu.

Je termine sur les actualités du RESPADD. L'algorithme pour remplir l'audit sera disponible dès cet été sur le site du RESPADD. Nous venons de publier deux nouveaux guides « Tabagisme et santé mentale », et « Prévention du tabagisme et accompagnement au sevrage chez la femme », qui est notre dernier guide ressource financé également dans le cadre du fonds de lutte contre les addictions. Le prochain guide portera sur « Tabagisme et cancer ». Entretemps, nous sortirons également un livret « Repérage du tabagisme et accompagnement au sevrage en cabinet dentaire », destiné aux cabinets dentaires.

Je vous remercie pour votre attention, je terminerai également avec un mot de remerciement soutenu à l'ARS Bretagne et particulièrement à Mme TUAL qui nous a tout le temps accompagnés et soutenus ces dernières années sur la stratégie LSST, mais aussi sur d'autres sujets avec une confiance réellement partagée. Je remercie également la coordination bretonne de tabacologie et notamment Mme de BOURNONVILLE et Mme LE DENMAT qui nous ont fait confiance. Je les en remercie. Je rappelle que vous avez été les premiers à nous inviter pour communiquer sur la stratégie et nous avons toujours eu des liens privilégiés avec vous.

Je remercie également nos collègues d'ENEIS by KPMG, parce que je n'aurais pas le temps de le faire tout à l'heure, car elles ont assuré une parfaite coordination avec vous et l'ARS pour l'organisation de ce colloque.

Mme Kim ROBIN : Nous vous remercions pour ce premier temps d'introduction. Nous allons passer à la première table ronde du colloque régional breton. Je suis Kim ROBIN, je suis manager pour le cabinet ENEIS by KPMG. Je suis accompagnée ce matin de Mme Marie BELIARD avec qui j'ai le plaisir d'animer les deux tables rondes.

Je précise que ENEIS by KPMG intervient auprès de l'ARS Bretagne en tant que structure d'appui au déploiement du programme régional de lutte contre le tabac au sein duquel la stratégie LSST prend une place assez importante puisque cela fait partie des priorités de l'ARS Bretagne.

La première table ronde est intitulée « Les enjeux de la stratégie LSST : pourquoi s'engager dans une telle démarche ». Cette table-ronde vise à présenter un certain nombre d'éléments de contexte, nationaux et régionaux de manière à éclairer les enjeux que nous allons retrouver derrière la mise en place d'une démarche LSST, notamment pour les établissements qui sont impliqués dans des activités de cancérologie ou des activités femme-mère-enfant.

Pour cette table ronde, le Dr Catherine de BOURNONVILLE, présidente de la CBT et Mme Marine LACOSTE, cheffe de projet au sein d'OncoBretagne ont eu la gentillesse de vouloir intervenir sur ce premier temps d'échange. Je vais leur laisser la parole dans quelques minutes pour qu'elles puissent dérouler leur présentation. À la fin de leur présentation, nous nous laisserons une dizaine de minutes pour répondre aux questions que vous pourrez adresser via le *chat*. En effet, vous avez la possibilité d'adresser des questions via le *chat* sur le site du RESPADD. N'hésitez pas à adresser ces questions au fil des présentations pour que nous puissions nous en saisir à l'issue des deux présentations et les poser à nos deux intervenantes.

Je laisse la parole à Dr de BOURNONVILLE.

Table ronde 1 : « Les enjeux de la stratégie LSST, pourquoi s'engager dans une telle démarche »

Dr Catherine de BOURNONVILLE, pneumologie, présidente de la Coordination Bretonne de Tabacologie (diaporama n°2)

Dr Catherine de BOURNONVILLE : Je vous propose de dérouler quelques données très succinctes sur la consommation de tabac en Bretagne par rapport à la France. Ensuite, je ferai un focus sur tabac et grossesse, et sur le cancer en Bretagne pour aborder les pistes ouvertes par le projet LSST dans lequel mon établissement, le CHU de Rennes, est engagé.

Concernant les données de la consommation en Bretagne, la prévalence du tabagisme en Bretagne n'est pas différente significativement de la moyenne nationale. Nous avons peut-être un peu plus de vapoteurs au quotidien par rapport à la moyenne nationale.

Nous nous distinguons sur le tabagisme chez les jeunes, à 17 ans. La Bretagne est une des régions françaises où le taux de tabagisme chez les jeunes à 17 ans, selon les enquêtes menées lors de la journée défense citoyenneté, ESCAPAD, est nettement supérieur à la moyenne nationale. Ce sont des données brutes, et il convient évidemment de se pencher sur les explications éventuelles.

Tabac et grossesse

Nous nous distinguons également sur le tabagisme avant la grossesse. Des femmes enceintes ont été interrogées sur leur statut avant le début de leur grossesse et la Bretagne est la région de France où les femmes enceintes déclarent le plus fumer avant la grossesse. Cela va se traduire par un taux de tabagisme très important au 3^e trimestre de grossesse puisqu'en Bretagne, 28% des femmes déclarent être fumeuses au 3^e trimestre de la grossesse. C'est plus d'un quart des femmes qui déclarent être fumeuses au 3^e trimestre de la grossesse.

Nous ne savons pas pourquoi c'est le cas. Nous identifions simplement et de façon générale, des facteurs qui sont associés au tabagisme pendant la grossesse comme l'âge, le niveau d'instruction, et les autres facteurs que vous voyez déroulés sur cette diapositive. Peut-être que la Bretagne se distingue également par une proportion plus importante de femmes avec des facteurs de risques d'être fumeuses associés, mais ce ne sont peut-être pas les seules explications.

Dans tous les cas, il existe un enjeu. En effet, nous savons tous que le tabac est un facteur de risque lourd en périnatalité et à toutes les étapes en amont de la grossesse. Nous savons que le tabagisme augmente le risque thrombotique notamment lors de l'association tabac et contraception œstroprogestative. Le tabac est également responsable d'hypofertilité par différents mécanismes et pendant la grossesse il existe un risque plus élevé de fausse couche précoce, de grossesse extra-utérine, de diverses complications de la grossesse avec un effet dose, qui est un argument de plus pour affirmer que le tabac est la cause de complications pendant la grossesse. Le tabac est associé notamment à un petit poids de naissance.

Par ailleurs, il existe un effet réversible. En effet, moins la femme est exposée à la fumée de tabac, et moins il y a de risque par exemple de prématurité, et moins il y a de risques de complications de la grossesse. De plus, après la grossesse, nous savons que le tabagisme pendant la grossesse est associé à un risque accru de mort subite du nourrisson, mais aussi à une diminution de la fonction respiratoire du nourrisson.

Je vais survoler quelques idées reçues qui sont peut-être aussi des éléments d'explication d'une marge de progression importante du côté représentation des femmes, mais aussi des soignants. Je vous ai donc sélectionné des idées reçues qui viennent de notre pratique de tabacologues en entretien. Il s'agit de déclarations directes de femmes ou de déclarations qu'elles auraient entendues, comme cette croyance selon laquelle le risque est moindre si la mère ne dépasse pas cinq cigarettes par jour. En réalité, nous savons bien qu'il n'existe pas de dose seuil et qu'il existe un risque dès le tabagisme passif. Nous savons aussi qu'une femme qui réduit sa consommation, par un phénomène de compensation, va tirer davantage sur les cigarettes restantes et, en définitive, il n'est pas du tout sûr qu'elle inhale moins de substances toxiques en fumant moins. Ce sont des choses que nous pouvons mesurer en consultation de tabacologie.

Une autre croyance portant sur les substituts nicotiques tend à perdre du terrain, car il est connu désormais qu'ils ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse. Ils sont même recommandés si le sevrage tabagique n'est pas possible ou inconfortable sans substitution. Il est moins connu que comme le métabolisme de la nicotine est augmenté pendant la grossesse, nous avons intérêt à ne pas réduire la substitution chez une femme qui est enceinte, mais plutôt parfois à ajuster, voire augmenter les dosages.

J'entends aussi régulièrement des femmes affirmer qu'elles préfèrent ne pas arrêter complètement parce que dans le cas contraire, elles craignent d'être trop stressées et de stresser ainsi leur bébé. Parfois, certaines affirment que leur médecin leur a tenu ce discours. C'est contre-intuitif, car ce que nous observons, d'après les données échographiques chez les fœtus de mères fumeuses, ce sont des hypokinésies et une accélération du rythme cardiaque. Ces observations sont généralement associées à un inconfort, voire une souffrance fœtale.

Ce que la cigarette apaise chez une femme c'est essentiellement le manque de nicotine. Quand une femme est très stressée, un stress très important ne doit pas se résoudre par une autorisation à fumer, mais il convient plutôt d'alerter, faire repérer une détresse maternelle et inciter à une prise en charge globale biopsychosociale.

Je pointe ainsi l'action remarquable du réseau périnatal qui a constitué un groupe vulnérabilité et grossesse. L'objectif est de repérer ces femmes qui vont mal et ne pas éluder ce mal-être derrière un rideau de fumée.

Tabac et cancer

Je vais sans transition passer aux données tabac et cancer. L'incidence et la mortalité du cancer du poumon sont légèrement inférieure à la moyenne nationale, mais nous savons qu'il existe des disparités fortes entre départements et la situation dans le Finistère notamment est plus préoccupante.

Nous connaissons aussi l'impact du tabagisme chez le patient atteint de cancer. Un rapport récent de l'INCA a fait un travail remarquable à ce sujet et nous savons que la poursuite du tabagisme est associée :

- à un moins bon état de santé,
- à une mortalité plus élevée,
- à la survenue d'un second cancer.

Par ailleurs, le tabagisme :

- complique le traitement,
- entraîne une moins bonne tolérance des traitements,
- provoque une dégradation de la qualité de vie
- augmente la toxicité de certains traitements anticancéreux
- favorise la progression tumorale, voire être à l'origine de la résistance à certains traitements.

Ainsi, actuellement, l'accompagnement à l'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer doit être un élément à part entière de la prise en charge. Cela doit faire partie du traitement.

Nous constatons aujourd'hui que ce n'est pas un automatisme pour un patient atteint de cancer de décider, seul, et spontanément, d'arrêter de fumer. En effet, plus le cancer est, dans les représentations, associé au tabac et plus nous observons des arrêts du tabac. Ainsi, il y a davantage d'arrêts du tabac chez les patients atteints de cancer du poumon, à 70%, que chez les patientes atteintes d'un cancer de l'utérus, car il est moins intuitif de faire le lien entre tabac et cancer de l'utérus. Pourtant, il existe un lien entre le tabagisme et tous les cancers.

Les éléments d'explications tiennent en partie à la fois d'idées reçues et d'explications structurelles. Nous les tenons du rapport de l'INCA qui a réalisé un audit des professionnels, mais aussi des patients qui avaient des croyances, par exemple l'idée selon laquelle le tabac apporte du réconfort aux patients. D'ailleurs, les patients disent parfois qu'une cigarette apaise. Le soignant peut donc éprouver une crainte d'encourager son patient à arrêter de fumer, car il peut penser qu'il va lui faire perdre un outil de gestion de son stress et de son anxiété.

Ce faisant, nous nous empêchons ainsi d'ouvrir le patient à d'autres stratégies pour gérer son anxiété et, d'une certaine manière, nous excluons le patient de la prévention du tabagisme qui est pourtant recommandé dans sa situation. Il existe aussi une croyance selon laquelle il est trop difficile de mener deux combats de front, le combat contre l'addiction au tabac et le combat contre le cancer et que cela prend du temps. Quelques fois, les professionnels ne sont pas formés à l'utilisation des traitements. Quelques fois, les professionnels ne sont pas à l'aise parce qu'ils sont eux-mêmes fumeurs, ou ils ne savent pas où adresser leurs patients. Parfois le circuit n'est pas fluide entre le service de cancérologie et d'addictologie. Quelques fois aussi se pose la question de l'exemplarité des lieux. Nous connaissons tous des entrées d'établissements avec une haie d'honneur des fumeurs qui sont contre-productives sur l'exemplarité d'un lieu de santé.

Les pistes

Concernant le projet LSST qui a été présenté par M. BONNET, je pointerai simplement l'équilibre entre l'établissement au sein duquel il faut s'abstenir de fumer et une situation dans laquelle le tabac n'est plus visible, il est dénormalisé. Peut-être que certaines personnes fument dans cet établissement, mais leur tabagisme n'est pas visible dans l'établissement. Ce n'est pas de l'hypocrisie, c'est de la pédagogie.

Par ailleurs, nous mettons en œuvre une politique hâtive de prévention et de prise en charge du tabagisme. Dans cette politique, certains éléments sont à destination des professionnels, notamment l'accompagnement au sevrage tabagique des professionnels, mais aussi des formations, dont une formation de base permettant de repérer la consommation de tabac et à savoir l'aborder et des formations plus poussées à savoir prescrire les substituts nicotiques et enfin la possibilité, ce que nous faisons très régulièrement à la coordination bretonne de tabacologie, le partage d'expérience entre établissements. Nous nous enrichissons toujours de l'expérience et de la réussite des autres. Toutes à l'heure, nous verrons des expériences pratiques très intéressantes, notamment au CHU de Brest qui est très engagé dans cette démarche.

Je vous remercie de votre attention.

Mme Kim ROBIN : Nous allons poursuivre avec la présentation de Mme Marine LACOSTE et, après cette présentation, nous aurons un temps d'échange pour répondre à vos questions.

Mme Marine LACOSTE, cheffe de projet, OncoBretagne (diaporama n°3)

Mme Marine LACOSTE : L'idée de cette présentation est de revenir sur une enquête qui avait été commanditée par l'ARS auprès de l'ANPAA notamment et du réseau OncoBretagne sur la thématique tabac et cancer pour dresser un état des lieux.

De cette enquête, qui part de la recommandation de l'INCA de donner une place réelle au sevrage tabagique en cancérologie, découle l'objectif de systématiser le repérage et l'accompagnement. L'enquête a été envoyée aux 37 établissements de santé qui sont autorisés en cancérologie. 133 professionnels ont répondu au questionnaire quantitatif et 9 professionnels ont répondu aux entretiens qualitatifs. Nous n'avons donc reçu que des réponses de professionnels médicaux et paramédicaux de services de cancérologie.

Pour faire un bref focus sur les résultats, il en est ressorti que :

- 58% qui ont répondu à cette enquête déclarent recueillir systématiquement ou très souvent le statut tabagique de leur patient,
- 50% des répondants délivrent un conseil d'arrêt systématiquement ou très souvent
- 41% proposent un accompagnement au sevrage tabagique
- 50% ne prescrivent pas de substitut nicotinique
- 34% réinterrogent systématiquement ou très souvent les patients tout au long de leur suivi
- 62% souhaitent être mieux formés en tabacologie et en particulier, mieux connaître les ressources locales.

Ainsi, nous constatons que la prise en compte du statut tabagique semble acquise pour plus de la moitié des professionnels de santé, mais qu'il reste au moins une moitié pour lequel un important progrès apparaît nécessaire pour systématiser le repérage et l'accompagnement au sevrage.

Le fait que la moitié des professionnels aient adopté ces réflexes s'explique notamment par les freins. Cela apparaît dans l'enquête qualitative. Ce sont les mêmes freins qui avaient été identifiés lors de l'enquête nationale commanditée par l'INCA.

Une des choses ciblées en Bretagne porte sur le manque de temps pendant les consultations des professionnels en cancérologie, mais aussi le fait qu'il n'y ait pas de tarification spécifique – ce qui fait le lien avec la médecine générale- et que les professionnels indiquaient qu'ils n'avaient pas ou peu de retour des consultations en addictologie, donc d'accès à la traçabilité des consultations. Je ne répète pas les autres freins qui apparaissent déjà dans l'étude de l'INCA.

De cette enquête, des pistes d'amélioration ont été identifiées et avec, l'objectif de systématiser le recueil, le repérage et l'accompagnement, mais aussi de banaliser l'aide au sein des équipes de cancérologie. La formation a été évoquée comme piste d'amélioration par les professionnels et notamment des formations en tabacologie, des formations aux approches motivationnelles, et le fait d'avoir une meilleure connaissance des ressources locales. Il est apparu que les professionnels ne savaient pas forcément vers qui adresser leurs patients au sein de l'établissement, mais également en ville et au plus près de l'habitation des patients.

Parmi les pistes d'amélioration également figurent :

- l'identification d'un référent local en tabacologie au sein des équipes de cancérologie ou en lien très fort avec elles
- un suivi en tabacologie à proposer comme un soin de support, notamment en faisant le lien plus fort avec de l'éducation thérapeutique proposée par les infirmières
- former des personnels paramédicaux à la tabacologie,
- associer les usagers en profitant de l'hospitalisation du patient pour en parler et, dans le cadre d'un jeûne, d'introduire également l'abstinence tabagique,
- une meilleure connaissance et des liens plus forts à organiser avec les ressources locales, et notamment le fait de proposer de consulter hors les murs, notamment en zone rurale, de manière itinérante par exemple avec un camion, proposer des groupes d'arrêt locaux en lien avec la médecine de ville ou encore le fait d'inciter à l'exercice physique.

Toutes ces mesures demandent un nouvel état des lieux pour savoir ce qui existe déjà dans les territoires avant de les créer.

Concernant cette enquête, pour résumer, nous constatons que le tabac est identifié comme un facteur important par les professionnels, mais :

- que la prise en compte est loin d'être systématisée et harmonisée au sein des établissements
- que les professionnels ont parfois des représentations qui ne sont pas travaillées sur cette thématique
- qu'il y ait un manque et une demande de formation de la part des professionnels
- et il reste la question de la légitimité des non-médecins à prescrire les substituts nicotiniques
- le besoin de clarification des rôles de chacun et notamment de la place des cancérologues et des addictologies sur la place du sevrage, ou encore la place du médecin traitant.

Dans les propositions concrètes, figuraient :

- le fait d'actualiser les fiches RCP/tabac pour systématiser le recueil et l'action – dernièrement, il est apparu que 24% à 90% des items étaient complétés sur le statut tabagique dans les fiches RCP en thorax/pneumologie, ce qui prouve qu'il existe de grandes disparités entre territoires ; il reste donc un travail important de systématisation,
- La prise en charge comme soin de support du suivi en tabacologie
- Les formations via les ELSA
- La formation des prescripteurs.

De cette étude a été décidée la mise en place de formations en cancer et tabac dédiées aux équipes de cancérologies, mais également à toutes personnes travaillant auprès de personnes souffrant de cancer. Cela a été ouvert parce qu'il a été question durant ces formations de chercher de mettre en lien les acteurs pour répondre à la demande de mieux connaître les ressources locales et de pouvoir travailler ensemble. Ces formations devraient donc être ouvertes aux équipes ELSA, mais aussi aux bénévoles de la Ligue contre le Cancer qui envoient des personnes aux associations de patients dont les témoignages et apports sont très riches pendant la formation et les échanges.

L'objectif est donc que les professionnels en cancérologie puissent prendre en compte la question du tabac chez les patients fumeurs atteints de cancer, avec l'objectif de systématiser le repérage et l'accompagnement. Concrètement en Bretagne, dix formations ont été programmées entre décembre 2020 et jusqu'en mars 2022. Je vous communiquerai les dates pour les questions pratiques. Cette formation est intégralement prise en charge puisque les trois associations que sont OncoBretagne, la CBT Coordination Bretonne de Tabacologie et l'ex-ANPAA ont répondu à un appel à projets de l'ARS. Cela permet de proposer la totalité de la prise en charge dans le cadre de ce projet pour les professionnels et les établissements. Par ailleurs, c'est une formation validante DPC.

En termes de contenus, cette formation est organisée de sorte qu'il y ait un apport théorique, mais aussi les échanges de pratiques et les cas cliniques avec l'objectif sous-jacent de commencer à instaurer des réflexes et à lever des freins. Concrètement, la formation permettra :

- de mieux comprendre les enjeux liés au cancer et au tabac
- de connaître les bénéfices de l'arrêt et les inconvénients de la poursuite
- l'exploration des freins à parler du tabac
- de savoir comment aborder la question du tabac chez un patient atteint de cancer, etc.

D'ailleurs, cette formation étant en constante amélioration, l'organisation du programme a évolué depuis.

Les prochaines dates s'affichent à l'écran et les inscriptions se font auprès de moi. J'ai également indiqué mon adresse mail. Le contexte sanitaire nous a poussés à organiser des formations exclusivement en visioconférence jusqu'ici. À partir d'octobre nous souhaitons repasser en présentiel, sachant qu'elles ont été conçues pour du présentiel.

Si vous souhaitez davantage d'informations sur ce projet et sur ces formations, j'ai remis le lien du site OncoBretagne dont une page est dédiée à ce sujet. Je vous invite à consulter le site et à retrouver toutes les dates de formation dans un des onglets.

Dans la cartographie, vous pourrez retrouver tous les établissements où se trouvent les personnels de santé ont été formés avec la précision de savoir s'il s'agit de professionnels issus de l'addictologie et de la tabacologie ou plutôt issus de la cancérologie. Bien entendu, les coordonnées des professionnels ne se trouvent pas sur la carte, mais vous pouvez parfaitement m'envoyer un mail et me contacter pour que je vous mette en contact.

Nous avons également remis une boîte à outils avec l'ensemble des outils, dont un grand nombre de livrets de l'INCA et les points consultation tabac qui ont été mis à jour et organisés par département vers lesquels les patients peuvent se diriger.

Enfin, je souhaite terminer cette présentation sur les suites à donner. Pour l'instant, il existe tout un projet de formation des professionnels de santé. Si c'est un préalable indispensable pour organiser un repérage et un suivi, nous nous apercevons que cela ne peut pas suffire non plus. Nous avons été en contact avec l'équipe de l'ICM à Montpellier qui travaille sur ces sujets depuis longtemps et a organisé des coopérations assez fortes entre les services de tabacologie et les services de cancérologie. L'idée est de poursuivre ce projet-là en allant recueillir leur témoignage sous forme de vidéo : témoignage des tabacologues, témoignage des cancérologues, et témoignages des patients qui ont pu bénéficier de cet accompagnement. L'objectif de ces vidéos est de pouvoir les présenter en formation aux professionnels de santé pour ouvrir derrière sur ce questionnement. Cela permet de s'interroger sur ce qui est mis en place, ce qui pourrait être fait dans le propre établissement de santé. Cela permet également de s'interroger sur les modes de coopération technique avec des alertes envoyées par exemple, à partir du moment où la case « fumeur » est cochée. Cela peut aussi concerner la formation de professionnels au sein des équipes de cancérologie.

L'objectif est donc d'ouvrir ces débats au sein de ces formations, et en parallèle, de proposer d'organiser des demi-journées de travail de manière très concrète sur la mise en place de ces coopérations et ainsi de se déplacer au sein de ces établissements pour travailler très concrètement sur ce qui peut être mis en place.

Si cela vous intéresse, n'hésitez pas à me contacter et m'envoyer un email et je ferais le lien avec l'équipe interne. Ce qui est identifié pour la suite est un renforcement des liens avec la ville puisque le projet concerne pour l'instant uniquement l'hôpital.

Enfin, au sujet des liens entre formation et LSST, cette formation est mise à disposition des établissements de santé et de l'ensemble des professionnels de santé. C'est aussi à la fois une opportunité de travailler sur l'organisation interne et les coopérations entre services tabaco/cancérologie.

Je conclurai en évoquant l'exemple au sein du centre Eugène Marquis, où des professionnels qui ont été formés sont en train de mettre en place une consultation en tabacologie en interne qui sera effectuée par un manipulateur radio.

Je vous remercie pour votre écoute.

Mme Kim ROBIN : Merci Mme LACOSTE, merci Dr de BOURNONVILLE.

Questions/Réponses

Q : La présence d'un tabacologue/addictologue ou professionnel de santé formé référent sur le sevrage tabagique, pourrait-il participer au RCP ? A-t-on une connaissance du taux de professionnels fumeurs en cancérologie ?

Dr Florence TUAL, ARS Bretagne

Dr de BOURNONVILLE : Je vais répondre à la deuxième question : je l'ignore. Je ne sais pas si nous disposons de données locales et régionales. Peut-être que le RESPADD a des données à ce sujet. La prévalence du tabagisme parmi les professionnels de santé est un élément important pour la bonne santé d'une politique de prévention du tabagisme parce que cela permet de suivre la politique de l'établissement. Si le taux de tabagisme des professionnels de santé diminue au sein de l'établissement, c'est un signe encourageant. Nous savons que la France est un pays où le tabagisme parmi les professionnels de santé est assez élevé. Le taux de tabagisme chez nos voisins anglais est très bas et cela participe vraisemblablement à la pédagogie et à la cohérence de la politique de prévention du tabagisme.

Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il serait normal que cette donnée-là soit disponible au sein d'un établissement. C'est une donnée généralement enquêtée par les services de santé au travail de l'établissement auprès des personnels, mais elle n'est pas forcément toujours extractible et disponible. C'est une difficulté, et nous n'avons pas de visibilité sur ce sujet à moins de faire une enquête ou de faire un recueil manuel.

L'autre question portait sur l'opportunité de la présence d'un professionnel de la tabacologie ou de l'addictologie à l'occasion d'une RCP. Je pense que cela ne se fait pas pour l'instant, mais ce serait un moyen de formaliser une articulation entre les deux activités, cancérologie et addictologie/tabacologie.

Mme Marine LACOSTE : Je vais compléter. Je ne crois pas non plus que cela se pratique, mais je ne sais pas si c'est parce que cela n'est pas possible ou si c'est parce que ce n'est pas dans les mœurs. J'invite la personne qui a posé cette question à se rapprocher du centre de coordination en cancérologie de son territoire qui s'occupe de coordonner les RCP sur chacun des territoires qui pourra tout à fait lui répondre. Cela peut aussi être l'occasion de créer des liens et, pourquoi pas, d'inaugurer une pratique.

M. Nicolas BONNET : Au sujet des prévalences de consommation de tabac au sein des professionnels de santé. Comme vous l'avez souligné, nous ne disposons pas de beaucoup de données. Nous en aurons une très prochainement puisque dans le cadre de l'enquête « Tabagisme en blouse blanche », nous recueillons le statut tabagique des professionnels. Au niveau national, nous ne sommes pas loin de 7 000 ou 8 000 questionnaires remplis. Nous aurons donc des résultats de qualité qui permettront, notamment en fonction du type de professionnels de connaître des niveaux de prévalence et nous pourrons aussi pondérer ces données pour chaque type d'établissement. Les données seront vraisemblablement consolidées d'ici la fin de l'année. Ce sera une des premières enquêtes aussi large concernant la prévalence du tabagisme des professionnels de santé qui est, c'est vrai, assez proche de la population générale. Nous ne pouvons pas dire que nous sommes exemplaires de ce point de vue.

Mme Kim ROBIN : Merci beaucoup pour ces éléments de réponse. Il me semble qu'il n'y a pas d'autres questions. N'hésitez pas à les adresser au fil des interventions. Nous y répondrons au fur et à mesure. Nous l'avons entendu, le tabac est la première cause de mortalité évitable, comme l'a rappelé en introduction Mme Le FORMAL. C'est un risque de risque important en périnatalité, mais aussi en cancérologie. De ce fait, l'accompagnement à l'arrêt du tabac est un enjeu central pour un établissement de santé.

La démarche LSST intègre un certain nombre de dimensions qui vont permettre de donner corps à cet accompagnement et cet objectif. Elle propose aussi un certain nombre de clés pour pouvoir poser une stratégie globale à l'échelle d'un établissement de santé. Cette stratégie repose sur un certain nombre d'incontournables qui ont été évoqués aussi bien par Dr Catherine de BOURNONVILLE que par Mme Marine LACOSTE avec comme objectif sous-jacent, la mobilisation des équipes et des professionnels. Cela va pouvoir s'effectuer au travers de la formation, d'instance ou d'espace de gouvernance impliquant une diversité de professionnels et de services,

d'une démarche de sensibilisation et de communication.

Cela fait donc la transition avec notre deuxième table ronde qui est consacrée à des retours d'expérience de trois établissements de santé qui nous ont fait le plaisir de répondre à nos sollicitations.

La deuxième table ronde est intitulée « Mise en œuvre opérationnelle de la stratégie LSSST : quelles actions mener ? ». L'objectif est de partager des expériences d'établissements assez différents avec trois dimensions que nous allons investiguer de manière plus détaillée : la question de la gouvernance, la question de la communication et la question du repérage systématique du statut tabagique des patients et de la formation des professionnels.

Je passe la parole à la polyclinique Saint Laurent. À la fin de chacune des trois interventions, nous aurons à nouveau un temps de questions-réponses.

Table ronde 2 : Mis en œuvre opérationnelle de la stratégie LSSST, quelles actions mener ?

Présentation du plan d'action de la polyclinique Saint Laurent de Rennes, par Mme Cécile EL MEKAOUI, Mme Céline LEMAÎTRE, Dr Morgane QUEMENEUR (diaporama n°4)

Mme Cécile EL MEKAOUI : Mme LEMAÎTRE va prendre la parole sur le comité de pilotage (COFIL) et je prendrai la suite sur le comité opérationnel (COOP).

Mme Céline LEMAÎTRE : Bonjour à tous. Je suis accompagnée de Mme EL MEKAOUI et de Dr QUEMENEUR ainsi que nos relais sur le terrain, qui se trouvent autour de nous et qui nous ont permis de lancer cette démarche vers une clinique sans tabac. Nous avons structuré une véritable dynamique institutionnelle au sein de la polyclinique Saint Laurent.

Il faut savoir que la dynamique vers une clinique sans tabac était inscrite dans notre contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS que je remercie et que je salue. C'est un axe fort de notre CPOM et de notre projet d'établissement. Nous avons géré cette démarche comme un véritable projet avec un COFIL décisionnel et un COOP. C'est un projet qui est à la fois mené par les équipes en interne, mais nous sommes également très suivis par notre conseil d'administration HSTV à qui nous rendons régulièrement des comptes sur les actions menées et nous nous sommes fixés comme objectifs de mener cette démarche dans le temps sur plusieurs années.

Ainsi, nous avons d'abord créé un comité de pilotage décisionnel avec notre directeur des soins, Dr QUEMENEUR, médecin addictologue et Mme Cécile EL MEKAOUI, cadre coordonnateur de notre pôle addictologie-psychiatrie. Nous avons également la participation d'un représentant des usagers, M. MENANT.

Mme Cécile EL MEKAOUI : Pour être pertinentes et pour remonter les actions les plus pertinentes pour cette démarche, nous avons constitué un comité opérationnel qui se voulait représentatif de l'ensemble des services de la polyclinique et des grands piliers de la polyclinique. Nous souhaitons qu'il soit également représentatif des différents statuts –fumeurs, ex-fumeurs, non-fumeurs, vapoteurs-. Par ailleurs, le représentant des salariés porte la parole de l'utilisateur au sein de ce groupe.

Dans notre établissement, nous avons aussi un service de psychiatrie et un service d'addictologie où la consommation de tabac est assez prégnante. Nous avons donc mis un accent sur la représentativité de ces professionnels-là.

Nous n'avons pas non plus manqué d'intégrer les professionnels de nuit qui se retrouvaient aussi impactés dans la prise en charge des besoins de consommation de tabac pour les patients. Nous avons proposé la liste de tous les professionnels à savoir les infirmiers, mais également aussi un brancardier, une coordinatrice des services d'ateliers thérapeutiques du pôle addicto-psychiatrie et qui est également représentante du personnel. Elle est un véritable relais au niveau de l'instance du comité social d'entreprise.

De façon pragmatique, nous avons pour habitude de nous retrouver de façon mensuelle avec l'équipe opérationnelle sur une journée complète de travail au cours de laquelle nous échangeons, notamment sur l'avancée de nos actions. Ainsi, nous construisons notre projet en collaboration et en transparence auprès du COFIL qui lui se réunit à peu près tous les trimestres.

Mme Céline LEMAÎTRE : Dans la dynamique institutionnelle structurelle, il nous semblait tout naturel, au sein de l'établissement de nous engager dans une démarche de clinique sans tabac puisque la prévention est une de nos missions premières. Cette démarche était naturellement également au regard des activités développées au sein de l'établissement avec l'addictologie, la psychiatrie, mais aussi la cardiologie, la cardiologie interventionnelle, la pneumologie avec la cancérologie, et la chirurgie thoracique.

Nous avons donc une mission d'exemplarité auprès des patients, que nos professionnels ou tout autre intervenant au sein de l'établissement.

Dr Morgane QUEMENEUR : Je vais vous présenter le projet qui est porté par le terrain avec toute l'équipe pluridisciplinaire qui nous accompagne au cours de cette mission. Nous savons que le patient va être au cœur de notre projet, il va être acteur du projet. Nous avons donc mis l'accent sur le repérage des fumeurs hospitalisés afin de leur proposer dans les 24 h/48 h une consultation tabacologique individuelle qui va être mise en place principalement par les (inaudible – 1h 15min 23). C'est une première prise en charge sachant que, comme vous l'avez souligné, les infirmières et les personnels soignants ont le droit de prescription. Suivant ces consultations individuelles, des substitutifs nicotiques peuvent être prescrits en repérage précoce.

Nous avons aussi la chance d'avoir un service de psychiatrie et d'addictologie qui va être porteur puisque 70% de nos patients sont fumeurs. Nous avons donc décidé de mettre en place des prises en charge en groupe de patients hospitalisés. Ainsi, l'animation d'une information est assurée au niveau tabacologique par une infirmière ou un médecin tous les quinze jours sur un petit groupe de patients volontaires.

Il faut bien comprendre qu'une clinique sans tabac n'est pas une clinique sans fumeur. Il est donc important de les intégrer et nos patients fumeurs deviennent véritablement acteurs de projet. Au sein de l'hôpital de jour d'addictologie, il nous arrive aussi lors du mois sans tabac de les impliquer fortement avec la création d'outils créatifs pour transformer, par exemple, des tabacs en fleurs et en supports avec leurs propres mots et avec une identification de leurs propres mots sur la difficulté du sevrage. Il faut savoir que le patient présente généralement une certaine fragilité émotionnelle et nous favorisons ainsi l'expression de cette émotion au niveau des ateliers.

Le deuxième axe est de nature professionnelle, qui consiste en un accompagnement des professionnels effectué par une infirmière tabacologue. Ainsi, 64 professionnels ont été formés à des savoir-faire et des savoir-être, parmi lesquels des infirmières et des kinésithérapeutes afin de démystifier la prescription de substituts nicotiques. Suite à cette formation, un audit a été mené et a fait apparaître que 80% des professionnels étaient favorables, que le protocole créé et adaptable était très accessible, que le lien entre savoir-faire et savoir-être était fondamental et que l'approche des fumeurs avait été différente dans 90% des cas. De ce point de vue, cette formation a été très productive.

Il convient de souligner que l'audit est créé par une équipe très dynamique et que je remercie. En effet, lorsqu'elle se réunit en comité le matin, elle crée l'audit avec le questionnaire pour consulter les professionnels de santé et à midi, nous obtenons les résultats avec les failles et les freins de cette clinique sans tabac.

Cela nous a également simplifié la prise en charge au niveau des professionnels fumeurs. Certes, nous ne connaissons pas le pourcentage de fumeurs au niveau de nos soignants et de nos salariés. Toutefois, grâce à l'aide de l'équipe du centre d'aider à l'arrêt du tabac, nous avons pu prendre en charge une consultation pour le salarié fumeur. Ainsi, cette année, dix salariés ont bénéficié de cette consultation avec la distribution de traitements nicotiques substitutifs.

Dans la démarche qualité liée au travail avec la présentation du projet, faite au niveau de la médecine du travail (coupure son 1h 19min 13 – 1h 19min 16) et je tiens à souligner aussi l'intervention de toute la gouvernance et la direction pour des projets. Nous avons eu l'intervention du directeur des ressources humaines au sein du comité, car nous avons dû réécrire le règlement intérieur au niveau des personnels et recréer des avenants au niveau de ce règlement. Sans lui, nous ne serions pas arrivés à cette démarche d'intégration.

Nous avons également développé l'axe environnemental des soins et du travail favorable à la santé en créant ou en identifiant d'espaces qui n'étaient pas forcément adaptés puisqu'au sein de la clinique il y avait des espaces fumeurs situés au sein des services d'addictologie et de psychiatrie, donc contraires à la législation. Il a fallu fermer ces terrasses et rééquilibrer au niveau des espaces verts aménagés avec l'aménagement de pergolas accessibles aux fumeurs. Nous avons également le projet de rendre la démarche ludique avec des cendriers ludiques et l'intervention d'écoaction, une entreprise qui recycle les mégots. Cela nous permet entre autres d'avoir des indicateurs, notamment sur le poids des mégots récoltés, soit environ 20kg en un an.

Ce projet est porté par tous, ce qui permet de désamorcer des conflits avec les fumeurs et les nuages de fumée en bas de certaines consultations. Cela nous a permis de rencontrer les praticiens gênés par ce nuage de fumée, de leur proposer une prise en charge au niveau des patients et de transformer ce couloir de mégots en bacs à fleurs. Ce sont des expériences plutôt positives au sein de l'établissement.

Mme Cécile EL MEKAOUI : Nous avons identifié des enjeux forts dans la démarche projet :

- l'axe communication
 - Régulière et synthétique ; nous avons privilégié des petits axes de communication et des petites communications régulières sur la démarche LSST
 - Nous allons régulièrement à la rencontre des professionnels et des usagers via les audits, comme l'a souligné Dr QUEMENEUR
 - Nous faisons valider les actions par les instances de notre établissement – CSE, CSSCT
- Dès le démarrage du projet nous avons défini un axe général qui se voulait dans l'évaluation de notre

démarche par des indicateurs définis au départ,

- cela implique un suivi du budget qui comprend les ressources humaines allouées au projet et notamment les journées de travail, mais aussi le suivi des équipements, les aménagements des zones fumeurs, la signalétique qui a été un poste de dépense important
 - Les audits trimestriels à minima qui sont proposés : la satisfaction des usagers, des visiteurs, des professionnels de l'établissement
 - Le poids des mégots suivi dans le cadre de ce suivi de projet
- Notre dernier axe concerne notre implication historique dans notre quartier, Maurepas à Rennes ; nous travaillons pour délocaliser nos consultations en tabacologie avec les acteurs sociaux du quartier.

Mme Céline LE MAÎTRE : En conclusion, cela a été un projet fédérateur qui a permis de fédérer les acteurs du terrain. En termes de COPIL, nous avons fait en sorte d'être accessibles, disponibles, de définir un cadre, de faire confiance aux acteurs de terrain et de nous faire les relais avec l'ARS, avec les membres de notre conseil d'administration, avec les membres du CSSCT ou du CSE, mais aussi une communication régulière. En définitive, cela répondait à notre projet d'établissement, à notre CPOM, à la politique de prévention et qui s'inscrivait en toute cohérence avec les activités au sein de l'établissement.

J'espère que nous avons été assez synthétiques. Je vous remercie pour votre écoute et nous sommes prêtes à répondre à des questions éventuelles.

Mme Kim ROBIN : Merci pour cette présentation. Il y a effectivement des questions adressées via le *chat*. Mme Marie BELLARD, je vous laisse la parole.

Questions/Réponses

Q : Merci, mesdames, pour votre présentation; je note la composition de votre COPIL et notamment la présence d'un représentant des usagers; pouvez-vous nous dire ce qui vous a motivé dans ce choix? Globalement comment le personnel perçoit-il ce projet ambitieux?

Dr Florence TUAL, ARS Bretagne

Mme Céline LEMAÎTRE : Je vais répondre à la première question et je laisserai mes collaboratrices répondre à la 2^e. Concernant les représentants des usagers, il est vrai que nous avons une politique au sein de la clinique Saint Laurent qui consiste à les inclure dans de nombreux projets transversaux et ce sont même eux qui nous remontent certaines informations. Dr QUEMENEUR a évoqué le cas des patients qui fumaient à proximité des lieux de consultation et qui gênaient les praticiens. Nous réfléchissons avec eux sur la meilleure manière à adopter pour améliorer les choses avec une politique bienveillante et sans agressivité. Par ailleurs, nous avons la chance d'avoir des représentants des salariés très investis au sein de l'établissement et nous les avons inclus naturellement dans ce COPIL comme nous le faisons dans d'autres projets puisqu'ils nous remontent beaucoup d'informations terrain et d'information du public.

Autour de la table se trouvent des professionnels et des membres de notre CSE. Ils se font aussi les porte-paroles de nos professionnels. Cela a été plutôt bien accueilli et d'ailleurs, le COPIL intervient régulièrement dans notre CSE pour faire part des actions et des points d'étape.

Mme Cécile EL MEKAOUI : Le retour des professionnels dans l'ensemble est plutôt positif. Nous sommes soutenues dans notre démarche. Évidemment, ce n'est pas toujours unanime, mais cela fait partie du débat et de l'accompagnement que nous pouvons avoir auprès des professionnels. C'est le rôle de l'équipe opérationnelle, justement, de pouvoir accompagner et donner du sens à la démarche. Lors des audits, nous allons à la rencontre des professionnels. Nous donnons ainsi du sens à la démarche LSST dans une idée de respect de tous, des fumeurs comme des non-fumeurs, ou des fumeurs en cours de sevrage.

Petit à petit, grâce à ces interventions régulières des professionnels aux professionnels, nous arrivons à une adhésion très importante de l'ensemble des professionnels de santé et des usagers et visiteurs de l'établissement.

Mme Céline LEMAÎTRE : J'ajouterais que grâce au COOP, ils ont réussi à faire changer notre politique d'établissement. Certaines notes de service rappelant l'existence de zones non-fumeurs manquaient de délicatesse et cela allait à l'encontre de la politique vers une clinique sans tabac. Maintenant, avant de faire ces notes d'information, nous discutons avec le COOP en nous interrogeant sur la meilleure manière d'accompagner toutes ces personnes sans être trop autoritaire et c'est ce qui fonctionne.

Mme Marie BELLARD : Je vous remercie. Une autre question est apparue en lien avec les instances de gouvernance que vous nous avez présentées. C'est une question pratico-pratique sur la fréquence des réunions du COOP. À quelle fréquence le réunissez-vous et suite à l'année 2020 que nous avons vécue et la crise sanitaire que nous avons traversée, avez-vous pu maintenir ces temps de réunion de ces deux instances et en particulier du COOP ?

Mme Cécile EL MEKAOUI : Le rythme se voulait d'une fois par mois à minima, et il est arrivé régulièrement que nous nous réunissions deux jours tous les deux mois pour essayer de façon plus efficiente. Il est facile de perdre le fil des étapes en ne travaillant d'un jour par mois. Aussi, nous avons collé ces deux jours tous les deux mois. En effet, la crise sanitaire a eu un impact évident sur notre démarche et nous avons décalé des actions dans le temps. Nous ne nous sommes pas du tout réunis entre le mois de mars de l'année dernière et le mois de septembre. Nous étions tous préoccupés pas notre sujet prioritaire du moment.

Toutefois, cela ne nous a pas empêché de reprendre notre dynamique en septembre, avec le plaisir de se retrouver. Cela a été fédérateur.

Mme Marie BELLIARD : Je rassure les participants, nous avons pris connaissance de vos autres questions et nous allons y répondre par la suite puisque les prochaines présentations pourront peut-être répondre à certaines d'entre elles. Nous allons passer aux autres interventions.

Mme Kim ROBIN : Merci beaucoup pour ce premier temps d'échange lié à la gouvernance. Nous avons vu les points à retenir de l'intervention de la polyclinique. La structuration de la gouvernance est assez claire avec un COPIL et un COOP qui se répondent et qui sont en mesure de porter et déployer les différents axes de la stratégie LSST.

Un autre point évoqué concerne la communication qui se veut régulière et dynamique au sein de l'établissement. Cela nous permet de faire la transition avec notre deuxième sujet sur lequel le Dr Véronique LE DENMAT va intervenir. L'objectif est de vous montrer au niveau du CHRU de Brest la façon dont l'établissement a conçu et déployé sa stratégie de communication en faveur de LSST. Merci, Mme LE DENMAT d'avoir accepté d'intervenir et je vous laisse tout de suite la parole pour que vous puissiez nous montrer la stratégie de communication du CHU de Brest.

Présentation du plan d'action du CHRU de Brest, par Dr Véronique Le DENMAT, médecin tabacologue (diaporama n°5)

Mme Véronique LE DENMAT : Bonjour à tous. Comme cela a été dit tout à l'heure, le Finistère est particulièrement concerné par la question du tabagisme et cela se traduit par une très forte mortalité en rapport avec cette addiction. La mortalité par cancer du poumon, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, est supérieure de façon significative à la moyenne bretonne et nationale.

Nous nous sommes donc saisis de cette possibilité de mettre en place un LSST, car cela nous paraissait très pertinent et nous avons ainsi répondu à l'appel à projets lancé par l'ARS en 2018 avec un complément en 2019 parce que nous souhaitions adresser un message fort à la population au travers de cette action en dénormalisant le tabac, en améliorant la prise en charge des patients au sein du CHRU de Brest. Nous avons également amélioré la prise en charge du personnel de santé souhaitant s'engager dans une démarche de sevrage.

Par ailleurs, nous étions convaincus de l'intérêt de la stratégie LSST, mais aussi de la stratégie Campus sans tabac. Ainsi, notre objectif était vraiment de former toutes les professions médicales et paramédicales. Vous allez pouvoir le constater, nous y sommes plutôt bien parvenus.

Pour commencer, je vais vous présenter le COPIL que nous avons réalisé dès que nous avons reçu notre financement. Nous avons essayé de le réunir assez vite même si cela a pris un peu de temps parce que, comme vous pouvez le constater, plusieurs structures sont concernées.

Je mets le COPIL au registre communication parce que, bien entendu, il regroupe tous les professionnels concernés par la démarche. Par exemple, la direction des travaux et de l'architecture a installé ou fait installer la signalétique par un prestataire et la direction de la communication avec laquelle nous a assistés pour le visuel et d'autres actions.

Les structures concernées étaient réunies au sein de ce COPIL, mais, bien entendu, ce COPIL est aussi une façon de commencer à diffuser l'information de façon à faire connaître le projet. La direction des usagers, par exemple, fait partie du COPIL et immédiatement après la première réunion de ce COPIL a averti toutes les associations d'usagers qui sont en relation avec le CHU de Brest.

Concernant la charte graphique, il nous paraissait important d'avoir une identité forte et claire. Nous avons donc travaillé avec le service de communication du CHU de Brest.

Je vous présente la première proposition qui nous a été faite : « Fumer dans un hôpital, c'est comme faire sécher son chat au micro-ondes ». Il y avait toute une déclinaison autour de ces visuels assez provocateurs. Nous l'avons testée auprès de nombreux collègues et certains étaient assez adeptes et partants pour cette proposition. Nous l'avons éliminée, car nous cherchions quelque chose d'un peu plus soft pour communiquer, mais surtout nous cherchions une identité visuelle déclinable sur tous les supports à savoir : nos dossiers de tabacologie, les flyers

avec les coordonnées de la consultation, et les fiches pocket que nous laissons aux personnes que nous venons de former. Nous l'avons donc éliminée.

Une seconde proposition nous a été faite et qui allait davantage dans le sens que nous souhaitions : « Hôpital sans tabac, c'est plus sympa ». Là aussi, il y avait une déclinaison en trois thèmes. Nous nous approchions du but, mais finalement nous avons retenu cette proposition : « Résister, respirer, respecter ; en trois mots, hôpital sans tabac ». Nous l'avons trouvée pertinente, elle allait dans le sens de ce que nous souhaitions et surtout elle était déclinable sur absolument tous les supports.

Nous avons également élaboré un diaporama de présentation du projet et ce diaporama, nous le présentons systématiquement à chaque fois que nous rencontrons des personnes, quelle que soit la structure. Toutes nos présentations sont faites sur cette base-là. Dans ce diaporama, nous parlons d'éléments qui ont déjà été abordés, c'est-à-dire la forte prévalence en France du tabagisme, l'efficacité des mesures de santé publique mises en place et décidées à partir de 2016, le fait que la Bretagne soit au même niveau que la France avec un bémol sur les jeunes à 17 ans et les femmes en âge de procréer ou enceinte, et nous nous focalisons enfin sur la situation finistérienne et le fait que notre département présente un fort taux de mortalité en rapport avec le tabagisme. Ensuite, nous abordons le plan cancer, du plan national de lutte contre le tabac, du plan régional, de la réponse à l'appel à projets et ensuite nous décrivons notre projet.

Comme je l'ai indiqué, ce projet se compose de deux parties :

- La partie CHRU, donc hôpital sans tabac
- La partie campus sans tabac.

Je vais commencer par le CHRU sans tabac.

La présentation du projet a été faite auprès des structures qui sont mentionnées sur cette diapositive :

- Réunions de pôles et d'encadrement : il est important de prévenir les structures hospitalières et les agents qui interviennent au sein de ces structures,
- CHSCT
- Équipe ELSA : nous souhaitons améliorer la prise en charge des patients hospitalisés et travailler avec eux
- Toutes les équipes impliquées dans le projet (communication, DTA, Direction des usagers...)
- L'adjoite à la santé de la ville de Brest.

J'ai passé le point n°1 relatif à la direction générale que nous avons sollicitée pour présenter le projet. Vous voyez que j'ai écrit « Direction générale en 2019 » en italique et que je l'ai souligné parce qu'en fait nous avons sollicité à plusieurs reprises la direction générale qui n'a pas répondu aux demandes qui lui ont été adressées. C'est un soutien qui nous a beaucoup manqué et nous verrons que cela fait partir des objectifs que nous poursuivons actuellement. Cela a été mentionné par M. Nicolas BONNET dès l'introduction. Il est nécessaire d'avoir le soutien de la direction des structures. Au vu de notre expérience LSST, je confirme que c'est absolument impératif.

Ensuite, nous avons déployé la signalétique avec des panneaux, des roll-ups. Nous avons déposé l'ensemble des cendriers que nous avons reposés en périphérie, comme sur ces photographies sur le site de Morvan. De plus, nous avons installé cinq cendriers bien visibles avec un marquage au sol. Sur la droite, vous voyez un abri fumeurs qui n'était pas prévu dans le projet et qui a été financé par l'hôpital.

Dans un premier temps, il nous est apparu judicieux de ne pas être radicaux. Nous pensions cela serait plutôt contre-productif et nous avons donc limité le tabagisme à quelques lieux que nous espérons être bien identifiables. Nous avons commencé par l'hôpital de Morvan parce que c'est là qu'il y a le pôle mère-enfant et l'institut de cancérologie-hématologie qui sont des structures particulièrement visées par les projets LSST.

Je vous invite à prendre connaissance des visuels installés à l'hôpital de la Cavale Blanche. La signalétique est extrêmement visible et repérable. Je voudrais donner un conseil pratique pour ceux qui voudraient se lancer dans ce genre de démarche : dans la plupart des établissements hospitaliers, l'affichage est très compliqué et les zones d'affichage sont extrêmement restreintes. La bonne solution consiste à miser sur des panneaux, comme les roll-ups que vous voyez et qui sont beaucoup plus souples. En définitive, nous avons pu en installer 32 au sein de notre établissement. Nous sommes très satisfaits de ce système-là que je vous recommande.

Nous avons mis en place d'autres actions comme les flyers dans les fiches de paye. Nous y employons exactement les mêmes arguments que dans le diaporama, comme la forte mortalité en Finistère. Il a également été question à plusieurs reprises de l'enquête de prévalence du tabagisme chez les agents du CHRU. Nous avons réalisé une première enquête et c'est un paramètre que nous allons suivre dans le temps. Les résultats seront connus dans le courant de l'été. Ce sont nos collègues de Santé au travail qui l'ont réalisée et nous n'avons pas le temps de travailler avec eux pour dépouiller les résultats.

Nous avons également mis en place des consultations de tabacologie pour les personnels de santé, ainsi que des cours de yoga. Malheureusement, nous avons été impactés par l'épidémie de Covid et ces événements-là ont dû provisoirement être annulés.

Nous avons communiqué via l'intranet, dans le journal interne, et dans la presse. Enfin, pour informer les usagers de l'hôpital, mais aussi les soignants, nous avons commencé à former des bénévoles de la Ligue Contre le Cancer. L'objectif était qu'ils soient présents deux fois par semaine et qu'ils informent les usagers et le personnel sur le projet qui était mis en place. Il se trouve que les associations n'ont plus eu le droit de pénétrer dans un établissement à cause de l'épidémie. Nous attendons donc que cette interdiction soit levée pour pouvoir reprendre cette démarche qui nous paraît pertinente. Enfin, nous formons le personnel à la prise en charge du patient fumeur hospitalisé depuis longtemps et nous poursuivons cette démarche.

Deux autres structures sont concernées. Je vous ai parlé de Morvan et la Cavale Blanche, qui sont les deux structures importantes de Brest. L'établissement public de santé mentale de Bohars est également concerné par le projet. Nous avons rencontré les chefs de pôle et l'encadrement et à l'issue de ces concertations, nous avons décidé de procéder à la réalisation d'un état des lieux. Par chance, il nous a été proposé de mobiliser deux groupes d'étudiants en service sanitaire qui devaient initialement être affectés à d'autres missions et que nous avons décidé d'affecter à cet état des lieux. Ils en ont fait leur dossier de santé publique.

J'ai reporté une seule illustration des informations que nous avons recueillies. Pour chaque structure de l'EPSM, nous avons des informations sur la façon dont le tabagisme est pris en charge, la façon dont la cigarette électronique est gérée, l'existence de coins fumeurs, etc. Cela sera extrêmement précieux pour la suite et j'ai été agréablement surprise par la très forte implication de ces étudiants. Je ne m'y attendais pas du tout et je pensais qu'une telle démarche ne mobiliserait pas leur attention. Il faut toujours se méfier des représentations que nous pouvons avoir. La mienne était erronée et ils ont été fortement impliqués.

En outre, un interne en psychiatrie présent dans le service addictologie réalise son mémoire de FST sur les freins à la prise en charge à l'EPSM de Bohars. Il a adressé son questionnaire en ligne à l'ensemble des professionnels et il a obtenu une centaine de réponses. Nous présenterons les résultats de son travail de la prochaine réunion de pôle. Cela nous servira de base pour mener les actions dans une structure où il sera difficile de faire évoluer les choses.

À l'hôpital de Carhaix, nous avons eu l'information que Mme Irène FRACHON, notre célèbre Brestoïse, avait commencé des consultations avancées à l'hôpital de Carhaix, qui était une de nos structures cibles. Nous avons également appris qu'elle s'était inscrite au DU de tabacologie pour la rentrée prochaine et nous avons donc envisagé de la rencontrer. Cela a été une bonne chose puisqu'elle est tout à fait décidée à travailler avec nous pour mettre un LSST à Carhaix.

Ce que constate Mme Irène FRACHON, c'est que, dans cette zone rurale et pauvre – la plus pauvre du Finistère – les gens qui viennent la consulter arrivent avec des cancers qui sont d'emblée métastatiques ou des BPCOA à un stade avancé. Cela l'a amenée à modifier sa réflexion autour de la prise en charge des patients en pneumologie et à se dire qu'il fallait procéder autrement. Nous allons donc travailler avec elle et des rendez-vous sont déjà fixés.

Je vous ai mis quelques exemples des outils de communication. Vous voyez que notre visuel est facilement déclinable sur tous supports et il nous assure une bonne visibilité au sein du CHRU de Brest.

Je passe à la dernière partie, sur le campus sans tabac. Contrairement à ce qui s'est passé au CHRU de Brest, nous avons été extrêmement soutenus par les directions du Campus sans tabac, qu'il s'agisse du directeur de l'IFPS, l'Institut de Formation des Professionnels de Santé, c'est-à-dire les paramédicaux, le doyen de la faculté de médecine, la directrice de l'école des sages-femmes, ils nous ont tous apporté un soutien sans faille et nous ont ouvert toutes les portes. C'est pour cette raison que la communication et la gouvernance sont des sujets qui se rejoignent. Avoir le soutien des structures de direction pour pouvoir communiquer efficacement est indispensable.

Par exemple, le doyen de la faculté de médecine nous a ouvert les portes du conseil de la faculté, il nous a fait présenter le projet auprès des unités INSERM et nous a demandé d'aller informer le président de l'Université de Bretagne occidentale. Le CHSCT de l'UBO a également été informé et nous a donné son accord pour que nous étendions le projet à tous les campus à Brest. Enfin, le personnel administratif a également été informé.

Le patrimoine de L'UBO, qui est la structure qui s'occupe de ce genre d'actions a mis en place un abri fumeurs extrêmement excentré, donc loin des entrées.

Nous avons présenté le projet à l'IFPS et à la faculté de médecine en 2019. En 2020, comme vous pouvez l'imaginer, cela n'a pas été possible. Nous avons réalisé une enquête de prévalence du tabagisme auprès de toutes ces filières. Nous avons obtenu des données qui viennent d'être publiées dans la revue des maladies respiratoires.

Concernant les autres actions, je citerai :

- La formation de toutes les filières à la tabacologie hors odontologie. Cela devrait pouvoir se faire par la suite.
- Pour les étudiants et le personnel, nous avons mis en place des consultations de tabacologie, des cours de yoga et des cours d'activité physique animés par deux étudiants en Master 2 APAS ; comme vous pouvez l'imaginer, ces activités ont été mises mal par la pandémie ;
- Nous disposons de dix étudiants relais au sein des campus,
- Nous avons formé les étudiants en master kinésithérapie (MK),
- Une étudiante a proposé de réaliser son master sur la prise en charge du tabagisme par les MK libéraux ; elle a fait un travail de grande qualité, et elle nous a également proposé d'évaluer la perception de ses camarades de promotion sur nos interventions et leur capacité éventuelle à prescrire des TNS ; elle nous a également proposé de nous rapprocher de la formation continue des MK et que nous intégrions cette formation continue au module BPCO qui dure deux jours destinés aux kinés libéraux de façon à présenter des informations sur le tabac.

Cela peut paraître anecdotique, mais je voulais vous montrer l'effet boule de neige qui se produit, que nous espérions, mais qui se concrétise de façon tout à fait claire. Enfin, les deux étudiants en master 1 APAS ont réalisé eux aussi leur mémoire sur l'intervention au sein de la faculté de médecine.

Je vous montre à nouveau des exemples de communication.

S'agissant de ce qui nous reste à faire, la direction générale du CHRU de Brest a changé et pour un tout autre motif nous avons l'occasion de rencontrer récemment notre nouvelle directrice générale et j'ai sollicité auprès d'elle un entretien, ce qu'elle a accepté. Elle m'a averti qu'il ne faudrait pas lui demander des budgets importants, ce à quoi j'ai répondu qu'il ne s'agissait pas de cela, que nous avons réalisé des économies sur notre budget pendant la période Covid, que nous allions lui soumettre des propositions claires sur la façon de l'utiliser, mais que nous lui demandions en revanche un engagement institutionnel et le soutien qu'elle pourrait nous apporter.

Pour vous donner un exemple, nous souhaiterions installer des affiches dans les chambres. Nous aimons beaucoup les affiches « 100% des patients qui ont fréquenté cette chambre ont pu bénéficier... ». De notre point de vue, c'est très efficace et nous souhaitons associer cette affiche à une autre affiche avec nos coordonnées et les coordonnées de l'équipe ELSA. Pour ce faire, la DG doit donner son accord. En effet, le service communication ne peut pas s'engager seul sur ce type de projet. Il nous faut le soutien de la DG.

Pour vous donner un deuxième exemple, actuellement des bâtiments sont en train de sortir de terre, notamment le centre de médecine ambulatoire et le centre de chirurgie ambulatoire. Ce sont de très beaux bâtiments, tout neufs. Nous avons fait déposer, comme nous l'avons indiqué la plupart des cendriers au CHRU. Or, devant ces bâtiments tout neufs, nous avons eu l'étonnement de constater qu'il y avait des cendriers qui venaient d'être installés.

L'ingénieur de la DTA m'a donc demandé ce qu'il devait faire. Je lui ai répondu de continuer le chantier tel qu'il est prévu. Je lui ai répondu que nous allions attendre le soutien de la DGA et que nous n'allions pas agir seuls de notre côté.

Toujours est-il que nous devrions évaluer notre communication, car nous n'avons pas eu le temps d'évaluer les choses qui ont été mises en place. Il faudrait évaluer la pertinence et l'efficacité de cette communication. Nous estimons que cela fonctionne plutôt bien, c'est visible et les retours qui nous parviennent sont positifs. Néanmoins, ce qui paraît tout à fait évident, il n'a pas été compris que le concept d'hôpital sans tabac signifie sans tabac dedans et dehors. Pour les usagers, il est évident qu'il est interdit désormais de fumer dans un hôpital, mais nous, nous souhaitons aller plus loin que cela.

Je vous invite à prendre connaissance des deux exemples exposés sur cette diapositive qui nous paraissent parlant. À l'IGR, il est bien précisé que l'interdiction vaut pour l'intérieur et l'extérieur. À Caen, le panneau affiché incite à ne pas allumer une cigarette. Ces panneaux sont encore plus explicites.

Nous voulons renforcer la communication à destination des patients, essayer de le mettre sur tous les courriers de confirmation de rendez-vous et sur les SMS. Nous sommes actuellement en train de nous renseigner. Par ailleurs, j'insiste également sur le fait de renforcer la communication à destination des professionnels. En effet, la principale difficulté à laquelle nous sommes confrontés est le tabagisme en blouse blanche. C'est cela qui bloque, de façon très claire et c'est donc sur ce point que nous devons travailler. J'ai rapporté quelques possibilités sur lesquelles nous travaillons actuellement, mais je pense qu'il reste des efforts importants à fournir.

La directrice qualité de l'établissement qui fait partie du COPIL nous avait proposé à un moment de faire un focus group sur cette question, d'essayer en réunissant des professionnels de clarifier les choses. C'est peut-être une piste à envisager.

Je voulais simplement indiquer comment nous avons l'intention de réaliser les nouveaux totems et de mettre en place une communication qui sera peut-être plus claire sur le dedans/dehors. Nous avons décidé d'un nouveau slogan, mais cela restera totalement cohérent par rapport au reste de la communication qui est menée à Brest.

En conclusion, les éléments qui nous semblent importants pour communiquer efficacement sont :

- Obtenir le soutien de la direction des établissements concernés : de cette façon, vous vous ferez ouvrir toutes les portes et vous pourrez communiquer le plus efficacement possible,
- La création d'un COPIL intégrant toutes les structures concernées par le projet et/ou susceptibles de diffuser l'information,
- Une présentation du projet avec les mêmes arguments quels que soient les supports et dans les mêmes termes, quel que soit le public concerné,
- Une charte graphique déclinée sur tous les supports pour renforcer la visibilité,
- Toutes les actions menées sont autant d'occasions de communiquer.

Mener une enquête de prévalence est une occasion de communiquer et faire une formation est aussi une façon de communiquer. Toutes ces actions sont des occasions de communication. Je vous remercie pour votre attention et j'espère ne pas avoir trop débordé.

Mme Kim ROBIN : Merci beaucoup pour cette présentation, merci pour les visuels. J'espère que cela permet d'éclairer une des questions qui a été adressée via le *chat*. Il me semble qu'il y en a eu d'autres, ainsi que des remarques.

Mme Marie BELLIARD : Une question a été directement traitée par Mme TUAL, de l'ARS. Je la partage avec vous tous. Des remarques ont également porté sur l'ampleur du projet que vous avez présenté au niveau du CHU de Brest. Il fallait également contextualiser votre projet dans la mesure où celui-ci avait été financé dans le cadre de l'appel à projets régional de fonds addiction en 2018. La question était de savoir comment actuellement financer un tel projet pour une structure telle que le CHU ou une structure qui voudrait se lancer dans la démarche LSST. Mme Florence TUAL a, à juste titre, souligné que l'ARS continue de soutenir les établissements qui s'engagent dans cette démarche LSST sur la base d'un projet. Ainsi, vous pouvez vous rapprocher de la délégation départementale ou de Mme Florence TUAL pour plus d'informations.

Questions/Réponses

Q : La mise en place répondait visiblement à un AAP ARS en 2018. Actuellement, comment financer un tel projet pour une structure qui voudrait se lancer dans la démarche LSST?

Mme Nadine MAPTUE, SSR Addictologie, Fondation

R : L'ARS continue de soutenir les établissements qui s'engagent dans cette démarche, sur la base d'un projet ; vous pouvez vous rapprocher de la délégation Départementale ou moi-même sur ce point.

Dr Florence TUAL, ARS Bretagne

Mme Marie BELLIARD : Nous n'avons pas reçu davantage de questions, mais plutôt des remarques sur ce point. La première émane de l'association « Je ne fume plus ».

Importance du choix du message dans la communication : Les patients brestois ont apprécié les visuels et le message passé, on a retrouvé beaucoup de photos de ces visuels prises au sein de l'hôpital par les patients sur les réseaux sociaux, ce qui a donné un écho hors les murs à la démarche.

Mme Françoise GAUDEL, association Je ne fume plus

Mme Marie BELLIARD : La deuxième remarque porte sur la présentation sur le Campus sans tabac.

L'implication des étudiants est doublement intéressante et prometteuse.

Dr Florence TUAL, ARS Bretagne

Mme Kim ROBIN : Cette présentation nous a permis de voir de manière très opérationnelle la manière dont une stratégie de communication peut se déployer au sein d'un établissement à la fois dans sa dimension grand public, mais aussi les actions de communication conçues à l'attention des professionnels. Depuis le début des présentations des différents échanges que nous avons depuis le début de ce webinaire, nous voyons bien que la question de la mobilisation des professionnels est assez transversale à tous les sujets abordés. Nous allons retrouver la question de la mobilisation des professionnels encore plus centrale dans la dernière présentation qui vous est proposée pour ce webinaire et qui va être assurée par M. Julien DEPAUW du CMP Rennes Beaulieu, qui est accompagné de sa collègue Anaïs PEROU, infirmière de soutien psychologique et référente-tabac au sein du CMP Rennes Beaulieu.

Je vais donc vous passer la parole de sorte que vous puissiez dérouler votre présentation qui est dédiée à la question de la formation et du repérage systématique du statut tabagique des patients au sein de votre clinique.

Présentation du plan d'action du CMP Rennes-Beaulieu, par M. Julien DEPAUW, cadre de santé, et Mme Anaïs ANGER, infirmière (diaporama n°6)

M. Julien DEPAUW : Je commence par une page de réclame. Depuis mi-mai nous ne nous appelons plus le centre médical et pédagogique de Rennes Beaulieu. Nous sommes devenus la clinique FSEF Rennes Beaulieu. Nous appartenons toujours à la même fondation Santé des étudiants de France, mais nous avons fait un lifting marketing pour avoir une dénomination commune avec l'ensemble des établissements de la fondation. Nous ne serons plus confondus avec un centre médico-psychologique, mais nous serons enfin identifiés comme un établissement de santé.

Nous allons rapidement vous présenter l'établissement. Nous n'avons pas la même taille que le CHRU de Brest. Nous sommes même beaucoup plus modestes que la clinique Saint Laurent en termes de taille, de nombre de lits et de moyens humains.

En effet, la clinique FSEF est un établissement de :

- 124 lits et places de soins de suite et de réadaptation,
- et de psychiatrie avec une petite unité de soins-études de psychiatrie de 10 lits
- 44 lits de MPR
- 12 lits qui ont vocation à doubler d'ici deux ans de SSR ado.

Nous sommes centrés sur la prise en charge de patients de 12 à 25 ans avec une spécificité : des patients qui sont à la fois patients et élèves puisque nous avons également un pôle scolarité qui appartient à l'éducation nationale. Cela permet aux patients de cet âge-là un parcours de soins et d'études. Ainsi, l'emploi du temps de ces patients élèves est très varié à l'échelle d'une journée.

Nous avons donc de forts enjeux pour cette population en termes de prévention et de prise en charge. Je laisse Mme Anaïs PEROU poursuivre la présentation.

Mme Anaïs PEROU : S'agissant des patients, nous avons effectivement beaucoup de mineurs et de jeunes adultes avec des troubles psychiques souvent associés et par là un grand nombre de pathologies qui peuvent représenter des comorbidités en obésité, AVC, des traumatismes crâniens, mais aussi des patients qui sont, suite à de grands traumatismes, paraplégiques ou tétraplégiques. Cela entraîne un grand nombre de risques également au niveau respiratoire, cutané. De nombreux patients présentent des escarres où la prise du tabac est essentielle pour arriver à la guérison.

M. Julien DEPAUW : La diapositive illustre la stratégie LSST de l'établissement depuis la direction jusqu'à la mise en œuvre opérationnelle. Cette stratégie LSST a été mise en place en 2019 avec une politique écrite, qui est soutenue par un COPIL comprenant le directeur, l'infirmière référente tabac, deux infirmiers de liaison addictologie, un médecin référent addictologie, qui est le pédopsychiatre de l'unité SSR ado, l'infirmière tabacologie de Saint Laurent, puisque nous avons un partenariat avec la polyclinique Saint Laurent qui nous délègue une infirmière tabacologue quelques heures par mois et pour les événements, et moi-même. L'infirmière de Saint Laurent a une mission d'expertise sur la prise en charge du tabac, une mission d'accompagnement auprès de Mme Anaïs PEROU et une mission un peu plus communication et formation auprès des équipes.

Une politique LSST a été définie, de même qu'un parcours de soins que nous avons construit dans le cadre de la politique LSST depuis l'accueil des patients, leur repérage, jusqu'à la sortie. L'objectif transversal sur cette politique LSST est de développer un environnement sans tabac.

À ce titre, je remercie la présentation de la polyclinique Saint Laurent qui est très inspirante par rapport au sujet. Pour l'aspect communication, je remercie tout particulièrement le CHRU de Brest qui dispose de plus de moyens que nous, mais qui fait preuve d'un engagement remarquable. Cela nous permet de visualiser les étapes d'amélioration en termes de communication et d'affichage qui nous restent encore à franchir.

En termes de communication, les axes essentiels sur lesquels nous nous basons pour notre communication sont le mois de santé sans tabac et la journée sans tabac. Ce sont des moments très importants de l'année.

Mme Anaïs PEROU : Deux actions sont vraiment importantes pour la communication tant au niveau des patients qu'au niveau des professionnels :

- Nous allons par exemple monter un stand pour la journée sans tabac cette semaine. Cela permet de toucher tout le monde au niveau de l'établissement,
- Le mois sans tabac.

Souvent pour l'organisation, nous essayons d'impliquer les patients dans ces événements par exemple pour la confection d'affiches ou bien dans la participation au moment de l'événement par la formation de questionnaires.

Dans le cadre du mois sans tabac, j'interviens aussi avec l'éducateur sportif de l'établissement pour essayer de proposer un accompagnement au sevrage tabagique avec des entretiens, mais également un projet d'accompagnement à l'activité physique en parallèle pour évaluer l'impact du tabac sur la santé et le bénéfice de l'activité sportive. L'infirmière de Saint Laurent spécialisée en tabacologie participe également à ces deux événements.

M. Julien DEPAUW : Vous l'aurez compris, les deux infirmières sont la clé de voûte de l'établissement sur la mise en œuvre de la politique LSST. Mme Anaïs PEROU est l'infirmière référente tabac qui porte la mise en œuvre du plan LSST et qui lui dédie deux jours par mois. Ce plan est financé par le fonds addiction 2019 et 2021 pour une durée de 4 ans. Elle prescrit aussi des substituts nicotiniques tant auprès des professionnels qu'auprès des patients à la sortie. Durant l'hospitalisation, ce n'est pas le choix qui a été fait, car mettre en œuvre une prescription infirmière dans une DPI était extrêmement compliqué parce que nos dossiers patients sont informatisés. Nous avons donc fait le choix de laisser la prescription de substituts au médecin durant l'hospitalisation.

Le leadership de l'infirmière est important dans la mesure où nous disposons d'un modèle, un pair auprès des professionnels. C'est de nature à favoriser l'engagement dans la démarche de dépistage et de sevrage des patients. Je laisse Mme Anaïs PEROU vous expliquer ce point.

Mme Anaïs PEROU : Parfois nous disposons des informations sur la consommation de tabac dès l'entrée des patients en venant du CHU pour ceux qui sont déjà pris en charge. Une fois les patients arrivés, une première information est relevée par l'interne, systématiquement, lors de l'entretien médical d'entrée. Le même jour est organisé l'entretien avec nous, les infirmiers de soutien psychologique qui permet de relever un éventuel statut tabagique et de l'existence de toute autre consommation, mais aussi de faire un point sur le souhait du patient d'amorcer un sevrage et qui présente un intérêt pour l'accompagnement que nous pouvons lui fournir ici. Ainsi, en général, nous organisons systématiquement un entretien avec tout patient fumeur.

Suite à cet entretien, des substituts sont presque systématiquement prescrits et un accompagnement durant l'hospitalisation est effectué avec à la sortie un relai avec le médecin traitant pour le retour du patient à domicile ou à une autre structure si un transfert est opéré.

M. Julien DEPAUW : S'agissant de l'engagement des professionnels, nous parlons aussi d'évaluation et de mise en œuvre des stratégies de sevrage. Il existe beaucoup d'émulation autour des réunions interprofessionnelles sur les temps de transmission, mais aussi les P3I, soit les réunions de synthèse interprofessionnelles qui suivent l'évolution du projet thérapeutique du patient. Ce sont souvent des occasions de croiser les données au sujet des patients entre le besoin du patient en termes de sevrage, l'efficacité des stratégies mises en place et le réajustement nécessaire éventuel.

Mme Anaïs PEROU : C'est aussi l'occasion de former les autres professionnels aussi pour expliquer les décisions de substitution ou de prises en charge avec des patients qui sont parfois juste en diminution et continuent à fumer à côté. Cela permet de leur donner des éléments de compréhension.

Ainsi en 2020, nous comptabilisons :

- 70 patients fumeurs dans l'année pour 180 patients accueillis – ce qui représente un ratio de fumeur important
- 100% de ces derniers ont reçu un conseil minimum, c'est systématique,
- 43 entretiens motivationnels pour d'autres patients qui refusent parfois d'évoquer leur consommation tabagique
- Sur ces 43 entretiens, nous sommes arrivés à 20 sevrages et 9 réductions de consommation - en résumé, nous avons 39% de patients fumeurs à l'entrée et à la sortie, ils ne sont plus que 28%
- 6 courriers de sortie puisque cela a débuté l'année dernière.

Concernant les professionnels, ils sont davantage touchés lors du mois sans tabac. Les événements organisés ont mené à l'arrêt du tabac pour sept personnes, la diminution pour deux personnes, mais aussi la reprise pour deux personnes. Cela s'appelle le mois sans tabac, mais ces événements se déroulent sur l'année. Je reçois encore des demandes. Cela permet une visibilité et les collègues viennent nous consulter lorsqu'ils se sentent prêts. Cela permet également à tous ces professionnels qui ont été suivis d'adopter une meilleure approche par rapport au patient, une meilleure compréhension, une meilleure prise en charge et la pris en compte de la nécessité des substituts, car beaucoup étaient réticents à cette idée, pendant ne pas en avoir besoin.

Petit à petit, ils ont été nombreux à essayer ces substituts et cela a plutôt bien fonctionné.

M. Julien DEPAUW : Ces mesures permettent également d'avoir un impact sur le développement des compétences des équipes. Ainsi, nous avons identifié trois axes de développement des compétences :

- Des compétences individuelles et l'expertise pour Mme Anaïs PEROU,
- Des compétences collectives pour l'ensemble des professionnels de santé : infirmiers, aide-soignant, éducateurs et médecins.
- Des compétences psychosociales pour les patients et professionnels qui pourraient être en sevrage.

Au niveau de la référente-tabac, il s'agit de formations spécifiques pas tant en tabacologie que pour les entretiens motivationnels. En effet, le plan de développement des compétences a connu un coup d'arrêt l'année dernière avec la crise sanitaire et nous éprouvons une certaine difficulté à rattraper notre retard sur l'année 2020. Nous espérons simplement pouvoir engager les formations sur cette année.

Mme Anaïs PEROU : Nous souhaitons également approfondir le sujet de l'éducation à la santé.

M. Julien DEPAUW : Il s'agit de deux formations clés, mais qui n'ont pas pu encore se dérouler ? En outre, nous participons depuis plusieurs années à des consultations en tabacologie à la polyclinique Saint Laurent.

Mme Anaïs PEROU : Cela représente deux journées par an de présence avec les deux infirmières tabacologues.

M. Julien DEPAUW : Nous rappelons également l'importance de l'engagement de l'infirmière Mme Anne-Marie VIGNAU qui vient sur site et qui coache Mme Anaïs PEROU sur l'aspect dépistage, prise en charge, adaptation des doses pour les substituts nicotiques.

Mme Anaïs PEROU : Elle participe également à la formation des professionnels avec moi.

M. Julien DEPAUW : Concernant les compétences individuelles, il est également à noter un point méthodologie avec moi sur le développement des outils, les tableaux de bord de suivi des patients, la constitution des enquêtes-tabacs auprès des professionnels et des patients. En résumé, nous voyons ensemble la constitution des tableaux de bord et des rapports d'activité.

S'agissant des compétences collectives pour les professionnels, des sessions de sensibilisation adressées à l'ensemble des professionnels ont eu lieu en 2019 à l'occasion du mois de santé sans tabac. Deux sessions ont été organisées auprès des équipes infirmières, aides-soignantes, une session auprès du plateau technique de rééducation, et une intervention du médecin référent de l'époque auprès des médecins en CME.

Concernant l'explicitation des pratiques de prises en charge en réunion interprofessionnelle, les formations en temps dédié sont une bonne chose, mais ce qui permet aux professionnels d'augmenter leurs compétences, c'est l'évocation de cas concrets, et la stratégie de sevrage proposée au patient. Tout cela se fait à ce moment-là et je dirais que c'est véritablement le moment clé pour pouvoir développer les compétences de tout le monde et engager l'ensemble des professionnels dans la dynamique d'accompagnement au sevrage des patients.

Un dialogue régulier avec les médecins a pour objet la prescription des substituts. En effet, les médecins restent les prescripteurs uniques des substituts en cours de séjour du patient. De nouveaux internes arrivent tous les six mois comme dans beaucoup d'établissements et ainsi, le dialogue est intense entre Mme Anaïs PEROU, l'infirmière tabacologue, et les médecins sur le type de substituts et les dosages. Sur ce sujet aussi, il existe une form'action envers les médecins sur l'adaptation des prescriptions entre infirmiers et médecins.

Enfin, le développement des compétences psychosociales tient au fait qu'il existe un partage d'expériences et de ressentis au sevrage. Ainsi, nous pouvons nous féliciter que onze professionnels sur une équipe de 35 à 40 personnes se soient sevrés. Cela permet de diffuser auprès des fumeurs et des non-fumeurs ou des ex-fumeurs toutes les difficultés liées au sevrage et au type de substituts. Cela a permis de casser un certain nombre de stéréotypes et nous avons reçu un grand nombre de retours positifs de la part de patients à ce sujet.

Toutes ces expériences permettent à Mme Anaïs PEROU de développer ses compétences individuelles par l'apprentissage et l'expérience. Nous avons réussi à créer un cercle vertueux autour du sevrage tabagique.

Concernant le plan de formation, et plus particulièrement sur la stratégie de formation, nous nous sommes beaucoup appuyés sur l'audit du RESPADD que nous avons effectué en 2019 au moment d'élaborer la politique de santé sans tabac. Il serait intéressant que nous fassions aujourd'hui un deuxième audit pour mesurer notre avancée, mais l'audit nous avait vraiment aidés pour comprendre le besoin en formation des professionnels.

Nous nous sommes également fortement inspirés du questionnaire du RESPADD et nous avons diffusé ce questionnaire auprès des patients et professionnels. Cela nous avait permis d'identifier les besoins en formation pour les professionnels et les besoins en connaissances pour les patients.

Enfin, de manière générale, les outils du RESPADD vont nous aider à écrire le processus d'accompagnement au sevrage et donc les besoins en formations qui s'imposent. Je pense que nous avons fait le tour.

Je vous remercie pour votre attention.

Mme Kim ROBIN : Merci beaucoup pour cette intervention et pour votre présentation. Il me semble qu'une question a été posée.

Questions/Réponses

Q : Le public que vous accueillez est assez spécifique, je trouve intéressant l'approche complémentaire via l'activité physique, quels autres leviers spécifiques avez-vous pu imaginer ? Est-ce que le leadership IDE est facilitant pour ce public jeune ?

Dr Florence TUAL, ARS Bretagne

M. Julien DEPAUW : Pour répondre à la première question, nous disposons d'une équipe dédiée sur le MPR qui est l'unité de prévention de soins de la souffrance psychique, UPSSP, qui est composée d'un psychiatre, de deux psychologues, et de cinq infirmiers de soutien psychologique. De ce fait, ces infirmiers sont dédiés aux soins relationnels.

Au-delà de l'accompagnement par l'infirmière référente sur des consultations sur des moments formels très précis, un accompagnement au quotidien est assuré sur le sevrage, le ressenti, les manques, et les besoins. Ainsi, un feedback est opéré entre Mme Anaïs PEROU, l'ensemble de l'équipe d'infirmiers de soutien psychologique et les infirmières, aides-soignantes du somatique. Cela nous permet d'avoir un maillage régulier autour des patients et des temps consacrés au sevrage.

Mme Anaïs PEROU : Notre position en tant qu'infirmiers de soutien psychologique nous aide parce que nous n'avons pas la même approche avec les patients et pas le même temps dédié. En effet, nous avons parfois des entretiens très longs avec les patients et nous les connaissons ainsi mieux. Nous les côtoyons aussi lors de repas thérapeutiques, parce que nous partageons des moments de collectivité avec eux, nous mangeons au self avec eux. Parfois, nous partageons également des activités avec le pôle socio-éducatif. Nous pouvons également être amenés à faire des sorties thérapeutiques ou encore les accompagner à des rendez-vous médicaux.

Nous entretenons donc des relations thérapeutiques assez fortes. Cela nous permet de développer un dialogue plus important. Lorsque j'ai organisé les journées de prévention après un congé parental et que je connaissais peu les patients, beaucoup moins de personnes sont venues me solliciter pour obtenir des informations qu'en temps normal.

Le dialogue est plus facile et ainsi, la proposition est plus facilement prise pour échanger autour du tabac.

M. Julien DEPAUW : Concernant la 2^e question, nous souhaiterions lancer un engagement pluridisciplinaire un peu plus intense. Le rééducateur APA est très aidant et participe vraiment activement au mois de santé sans tabac, il prend en charge quelque patients fumeurs auxquels il propose des activités physiques. C'est l'occasion de mesurer l'impact du tabac sur les capacités physiques des personnes. Ce n'est pas encore ancré tout au long de l'année, mais c'est un objectif que nous portons.

Le 2^e axe concernait les aspects diététiques. En effet, l'un des freins à l'arrêt du tabac est souvent la prise de poids. Aussi, nous voulions aussi nous engager sur le versant nutritionnel de manière plus élaborée. Sur ce plan, nous sommes en cours de construction d'un programme d'éducation à la santé porté par une infirmière référente diététique.

Ce programme s'adresserait également aux patients fumeurs pour les aider dans leur sevrage et lever ces freins par rapport à l'alimentation.

Mme Anaïs PEROU : Concernant la population spécifique, il est vrai que nous sollicitons l'éducateur sportif, mais nous avons aussi sollicité plusieurs fois l'association Handi'sport pour faire découvrir des sports adaptés aux personnes qui arrivent ici et qui doivent vivre avec un handicap qu'ils n'avaient pas auparavant pour qu'ils puissent reprendre une activité sportive à la sortie. Cela fait partie des points importants pour aider au sevrage.

Par ailleurs, nous développons également un autre axe avec la scolarité qui est en cours, mais qui n'est pas forcément facile parce qu'au sein de Beaulieu, nous avons une annexe du lycée Chateaubriand. Or, il s'agit de jeunes avec des troubles psychiques. Ainsi, ce n'est pas toujours simple de les mobiliser pour des projets. Aussi, nous étudions la possibilité d'intervenir avec le lycée sur le sujet du mois sans tabac en fin d'année.

M. Julien DEPAUW : Nous souhaitons mettre en place leur programme pédagogique. Nous disposons de deux infirmiers spécialisés en addictologie qui procèdent à des entretiens motivationnels et qui aident les patients à s'orienter vers des réseaux d'accompagnement, mais l'objectif est de lancer des actions de prévention-tabac et addiction auprès des élèves du pôle scolarité.

Mme Marie BELLIARD : Merci pour ces informations. Avant de conclure, une question est revenue. Je vous propose d'y répondre rapidement avec les autres intervenants.

Q : Bravo pour tout ce travail ! Quels ont été les freins les plus importants à votre démarche ? Les visuels peuvent-ils être réutilisés par d'autres acteurs?

Dr Florence TUAL, ARS Bretagne

Q : Dans chacun des retours d'expérience, est-il possible de connaître les principaux freins qu'ils ont identifiés et comment ils ont été contournés ?

Mme Françoise CHESNET / Clinique mutualiste

Mme Morgane QUEMENEUR : C'est surtout l'adhésion de la direction, car nous sommes auprès de nos patients et soignants. Pouvoir convaincre la direction est indispensable, car ces réunions prennent du temps. Il existe un réel intérêt de santé publique dans la prise en charge du sevrage du tabac. Je dirais donc qu'il convient de convaincre la direction de l'intérêt d'un projet aussi ambitieux.

Mme Céline LEMAÎTRE : Pour compléter les propos de Dr Morgane QUEMENEUR, il est important de prendre en compte la temporalité et ne pas essayer d'aller trop vite. Au début, il est vrai que notre projet a été présenté en CME. Il convient de ne pas être radical non plus, nous avons pris le temps de le construire et nous nous laissons encore des mois voire des années pour continuer de déployer ce projet. En effet, il faut aussi pouvoir emmener toute la communauté médicale qui, une fois que nous annonçons que nous sommes une clinique sans tabac, ne comprend pas pourquoi des fumeurs se trouvent devant les bâtiments. Il faut expliquer que c'est une démarche au long cours et que c'est un accompagnement.

Un des freins a été d'emmener toutes les spécialités médicales autour du projet avec notre démarche dans le temps, en étant bienveillant envers nos professionnels et nos patients. Je rappelle que nous disposons d'un service d'addictologie et donc, nous traitons toutes les addictions. Nous ne pouvons pas interdire à nos patients, du jour au lendemain, de fumer.

Enfin, je l'ai souligné, hormis ces aspects, ce projet a été très fédérateur.

Mme Marie BELLIARD : Nous remarquons l'importance de l'adhésion de la direction pour faire vivre le projet, mais aussi l'adhésion des professionnels et des usagers. La question de l'adhésion de la direction rejoint ce que Dr Véronique LE DENMAT évoquait toute à l'heure. C'est donc un des freins, mais en identifiez-vous d'autres ?

Dr Véronique Le DENMAT : Le manque de soutien de la DG a effectivement posé problème et l'objectif aujourd'hui est de rencontrer notre nouvelle DG afin de lui proposer un projet extrêmement clair avec le reliquat de budget et essayer d'obtenir son adhésion.

Mme Marie BELLIARD : Avez-vous identifié des freins spécifiques, M. Julien DEPAUW ?

M. Julien DEPAUW : En ce qui nous concerne, le soutien de la direction n'a pas été un frein, bien au contraire. Cela a été un levier pour lancer la démarche LSST. Dès le début, elle a été partie prenante et porteuse du projet. Nous sommes plutôt chanceux de ce point de vue.

En ce qui nous concerne, nous avons identifié deux freins :

- Les moyens humains – heureusement, le fonds d'addiction nous a permis de débloquer du temps de référence pour Mme Anaïs PEROU et d'*upgrader* tout de suite notre prise en charge et de lancer notre politique LSST ; nous sommes deux à véritablement porter le projet et nous souhaitons être plus nombreux,
- La temporalité ou du moins un deuil de l'immédiateté, car cela se construit sur plusieurs années ; Mme Anne-Marie VIGNAUD m'en avait parlé, il faut être patient et ne pas croire qu'il est possible de devenir un LSST en un an.

Conclusion et remerciements

Mme Marie BELLIARD : Merci à tous pour vos contributions sur ces questions.

Mme Kim ROBIN : Merci beaucoup. Nous espérons qu'au travers de ce webinaire, des différentes présentations et retours d'expérience, vous avez pu mieux comprendre l'intérêt de s'engager dans une démarche LSST et identifier les actions très opérationnelles que cette démarche peut recouvrir.

Les enseignements qui ressortent de ces échanges ont déjà été évoqués en conclusion. Dans les conditions de réussite, nous retrouvons les enjeux de gouvernance, d'implication de la direction et d'implication des professionnels. Cela relève de l'accompagnement au changement de pratiques, d'accompagnement au changement de regard qui va pouvoir s'appuyer sur des stratégies de communication, de mobilisation, de formation. De plus, comme M. Julien DEPAUW l'a indiqué à l'instant, c'est une démarche qui a vocation à s'inscrire dans le temps. Ainsi, il n'est pas toujours simple de devenir LSST.

Nous souhaitons remercier l'ensemble des intervenants pour leur participation, remercier l'ARS et le RESPADD pour l'organisation de ce webinaire.

Avant de clôturer, je vais redonner la parole à Mme Nathalie LE FORMAL pour le mot de la fin.

Mme Nathalie le FORMAL : Merci à tous. C'était fort intéressant. Je ne referai pas de synthèse, mais simplement identifier quelques fils à tirer dans tout ce qui a été partagé ce matin, et sur lesquels nous devons reprendre les réflexions si nous voulons avancer sur :

1. L'atteinte de nos objectifs régionaux en matière de déploiement des lieux de santé sans tabac
2. Renforcer la dénormalisation du tabac
3. Faire en sorte que notre action bénéficie à toutes les catégories sociales – c'est l'enjeu des ISS, nous en avons parlé.

Nous ne pouvons pas passer à côté du message sur l'engagement visible et le portage politique par les directions d'établissement. Pour l'ARS, c'est un sujet que nous allons reprendre et j'échangerai sur ce point avec le directeur général M. Stéphane MULLIEZ pour identifier les mesures que nous pouvons prendre pour favoriser cela.

Si les directions d'établissement ne portent pas haut et fort ce combat, il sera bien plus difficile de motiver les autres acteurs. Nous l'avons vu, c'est également un enjeu.

De plus, il s'agit de passer les lieux de santé sans tabac aux lieux sans tabac. Je crois que c'est Mme Marine LACOSTE qui a parlé des liens avec la ville. Comment pouvons-nous impliquer les professionnels de santé libéraux dans cette démarche LSST ? Comment les LSST s'inscrivent dans leur quartier ? J'identifie aussi un levier pour impliquer les collectivités locales. Nous pouvons peut-être réfléchir à des stratégies-relais de collectivités locales dans les communes d'implantation des établissements de santé. Il a également été évoqué au sujet de Carhaix, l'ancrage dans la ruralité. Ainsi, les LSST ont un rôle à jouer en milieu rural et ce sont des éléments qui vont pouvoir alimenter notre réflexion.

Enfin, nous devons également réfléchir à notre politique d'accompagnement. Bien entendu, les moyens du fonds de lutte contre les addictions permettent de soutenir les établissements. Au-delà de l'impulsion que nous donnons sur l'amorçage de ces financements, nous devons réfléchir à notre politique d'accompagnement, et essayer de modéliser le soutien que peut apporter l'ARS aux établissements et aux territoires qui s'engagent dans cette démarche.

J'en profite pour dire que nous allons continuer à déployer les LSST en 2021. Nous allons relancer un appel à mobilisation prochainement. Nous devons également convaincre ceux qui ne semblent pas encore convaincus de l'intérêt de cette démarche.

Aussi, n'hésitez pas à vous signaler auprès de la direction adjointe prévention promotion de la santé de l'ARS, et notamment auprès de Mme Florence TUAL qui est notre référente addiction et qui porte le sujet si vous avez des projets dans ce sens, mais aussi auprès des délégations départementales qui sont des points d'entrée.

Je remercie les organisateurs et tous ceux qui ont témoigné et dont nous avons perçu la force de conviction et l'engagement. Nous avons besoin de ces plaidoyers pour avancer sur ce type de sujet.

Merci à tous.