

COLLOQUE

ORGANISÉ PAR LE RESPADD

AVEC LE SOUTIEN DE LA DIRECTION
GÉNÉRALE DE LA SANTÉ ET DE
LA DIRECTION GÉNÉRALE DE
L'OFFRE DE SOINS

**24 OCTOBRE
2017**
PARIS

**Vers des lieux de
santé sans tabac :
L'EXPÉRIENCE
DE L'HÔPITAL**

**AMPHITHÉÂTRE
LAROQUE
MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

14 AVENUE DUGUESNE - 75007 PARIS

Informations
et inscriptions :
www.respadd.org

respadd
RESEAU NATIONAL
DES EXPERTS EN
SANTÉ PUBLIQUE



Sommaire

INTRODUCTION	3
• Anne-Claire Amprou, directrice générale adjointe de la santé.....	3
• Anne Borgne, présidente du RESPADD.....	4
DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE : DES OUTILS POUR TOUS	4
Présidence de séance : Loïc Josserand, Président de l'Alliance contre le tabac ...	4
• “D’Hôpital sans tabac” vers “Lieu de santé sans tabac” : une stratégie au plus près des professionnels	5
• Anne Borgne.....	5
• Devenir “Hôpital sans tabac”	7
• Chittra Kichenaradja.....	7
L’ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS : DU DÉFI À LA RÉUSSITE	8
Discutant : Bertrand Dautzenberg, vice-président du RESPADD	8
• Intervenir en cancérologie : des besoins du terrain aux facteurs de réussite	8
• Anne Stoebner.....	8
• Intervenir en péri-opératoire : une action coût-efficace	10
• Dan Benhamou.....	10
• Une maternité qui s’organise pour accompagner les femmes enceintes qui fument	11
• Marie Malécot.....	11
TOUS UNIS POUR DEVENIR : “LIEU DE SANTÉ SANS TABAC”	13
Président de séance : François Bourdillon, directeur général de Santé Publique France	13
• Global network for tobacco free healthcare services : une dynamique internationale	13
• Rudi Gasser.....	13
• Une mobilisation collective	14
• FHF, FEHAP, FHP, Unicancer, conférences des directeurs généraux et des présidents de CME des CHU, des centres hospitaliers et des centres hospitaliers spécialisés.....	14
CONCLUSION	17
Benoît Vallet	17
<i>Directeur général de la Santé</i>	17
Sylvie Escalon	17
<i>Sous-direction de la régulation de l’offre de soins</i>	17

INTRODUCTION

● Anne-Claire Amprou, directrice générale adjointe de la santé

Anne-Claire Amprou rappelle qu'en France, le tabac tue chaque jour 200 personnes et qu'il est responsable, chaque année, de 73 000 décès prématurés. Le tabagisme est la première cause de mortalité prématurée évitable, la première cause de cancers et la deuxième cause de maladies cardiovasculaires. Non seulement le tabac brise des centaines de vies chaque jour, mais il pèse également lourdement sur le système de solidarité. Les dépenses consacrées aux soins des « maladies du tabac » s'élèvent, en France, à 26 milliards d'euros chaque année.

Tous les soignants connaissent la gravité du tabagisme, tout comme ils savent que la moitié des fumeurs mourront des conséquences du tabac. Pourtant, étonnamment, des soignants continuent de fumer, parfois même au sein de leur établissement de santé, et ce, alors que tous les établissements sont soumis à une interdiction de fumer. Depuis trop longtemps, de mauvais comportements sont ancrés et devenus des habitudes. Ceux-ci concernent aussi bien les personnels soignants que les personnels administratifs. Aujourd'hui, il est ainsi plus que jamais nécessaire de rompre avec ce climat de tolérance, de changer le regard parfois trop complaisant porté sur la cigarette et faire en sorte que fumer cesse d'être une norme sociale acceptable.

Les lieux de santé ont à cet égard un devoir d'exemplarité. Mais, comment renforcer la lutte contre le tabagisme si l'entrée des lieux de santé est occupée par des fumeurs ? Comment convaincre les patients des dangers du tabac lorsque des soignants sont vus avec une cigarette aux doigts ? Les professionnels de santé sont, aux yeux des citoyens, bien davantage que de simples praticiens. Deux fumeurs sur trois veulent en finir avec la cigarette et fondent souvent leurs espoirs sur ces professionnels de la santé qui doivent aujourd'hui « joindre le geste à la parole médicale ».

C'est ainsi que la stratégie « lieux de santé sans tabac » doit aider chaque soignant, individuellement, à incarner les efforts, de prévention et de prise en charge du tabagisme. S'engager pour un hôpital sans tabac, c'est s'engager pour un meilleur accompagnement des fumeurs qui souhaitent s'arrêter. Il est ainsi nécessaire non seulement de s'abstenir de fumer, surtout aux abords immédiats des lieux de santé, mais également de mener une politique active de prévention et de prise en charge du tabagisme pour tous.

Anne-Claire Amprou rappelle que les actions engagées pour aider les patients à arrêter de fumer doivent s'inscrire dans une logique de parcours pour permettre une prise en charge systématique. Le passage dans un établissement de santé constitue un moment privilégié de repérage des fumeurs. Différentes expériences montrent que les patients acceptent assez facilement l'aide qui leur est proposée pour réduire, voir pour arrêter, leur consommation de tabac.

L'interdiction de fumer dans les lieux de santé s'inscrit dans une stratégie plus étendue de lutte contre le tabagisme dont l'objectif, rappelé récemment par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, est de réduire de 500 000 le nombre de fumeurs par an pour parvenir sous la barre des 23 % de fumeurs d'ici la fin du quinquennat.

● **Anne Borgne, présidente du RESPADD**

Anne Borgne rappelle, en préambule, que faire reculer le tabagisme est un enjeu de santé publique majeur. Ce combat nécessite l'implication de tous les acteurs : les patients, bien évidemment, mais aussi les professionnels et les autorités de santé. Le tabac est un produit dont la toxicité existe dès la première prise. Son potentiel addictogène est le plus élevé parmi les drogues. Il est donc crucial que tous les professionnels de santé s'impliquent et intègrent dans leurs pratiques de soin une prévention et une prise en charge du tabagisme.

Le dépistage du tabagisme est l'affaire de tous. Il doit être systématique et répété. À défaut, le professionnel devrait pouvoir cibler les situations ou les groupes les plus à risque (les femmes enceintes ou sous contraceptifs oraux, les jeunes, les patients présentant des maladies chroniques, les patients psychiatriques et les patients cancéreux).

Le RESPADD a décidé, en 2016, d'actualiser sa stratégie. Son conseil d'administration en a dessiné les grandes lignes et le projet « Lieu de santé sans tabac » est devenu l'action prioritaire de l'association. L'actualisation de la Charte et la réflexion sur une modernisation de la stratégie de renforcement de la politique sans tabac des établissements de santé ont conduit à la mise en place d'un groupe de travail élargi. L'extension de la stratégie « Hôpital sans tabac » à l'ensemble des lieux de santé s'est imposée comme une évidence. Ce colloque accompagne le lancement de cette nouvelle stratégie ambitieuse.

Pour conclure, Anne Borgne rappelle que le RESPADD est le réseau de santé le plus important d'Europe. Animé par des valeurs de prévention, de réduction des risques et de soutien inconditionnel aux professionnels de santé et aux patients, nul doute qu'il prépare aujourd'hui, et demain, avec ses partenaires et l'ensemble des participants ici présents, la nouvelle génération « sans tabac ».

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE : DES OUTILS POUR TOUS

Présidence de séance : Loïc Josserand, Président de l'Alliance contre le tabac

Loïc Josserand saisit l'opportunité qui lui est offerte pour présenter l'Alliance contre le tabac. L'association, créée en 1991 par Maurice Tubiana, fédère aujourd'hui l'ensemble des initiatives des associations engagées dans la lutte contre le tabac. Les premières rencontres de l'Alliance se tiendront le 11 décembre au CNAM.

L'Alliance s'engage, dans les années futures, vers deux directions. La première, assez éloignée des préoccupations de ce colloque, consiste à combattre l'ingérence et la manipulation de l'industrie du tabac. La seconde direction est davantage orientée vers les professionnels de santé. Loïc Josserand est convaincu que la consommation de tabac de la population est en partie dépendante de celle de l'ensemble des professionnels de santé et pas uniquement des professionnels de l'hôpital.

Loïc Josserand regrette que bien souvent encore, la prévention contre le tabac ait une mauvaise image dans la société, et ce, alors que les personnes qui s'engagent dans la voie de la prévention défendent la vie et la liberté.

© “D’Hôpital sans tabac” vers “Lieu de santé sans tabac” : une stratégie au plus près des professionnels

 **Anne Borgne**
Présidente du RESPADD


Anne Borgne présente un bref historique du RESPADD. Le réseau Hôpital sans tabac (RHST) a été fondé en 1996 par l'APHP et la Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de santé. Il est devenu, en 2008, le RESPADD qui regroupe aujourd'hui 700 établissements de santé sanitaires et médico-sociaux. Le réseau assure des missions de formation des professionnels. Il organise des colloques, anime des groupes de travail et diffuse des recommandations et bonnes pratiques aux établissements adhérents.

En 2016, à la faveur du Plan national de réduction du tabagisme (PNRT) et dans la suite du « Moi(s) sans tabac », il a été décidé de relancer la politique Hôpital sans tabac (HST) et de l'élargir au-delà des murs de l'hôpital. Un groupe de travail a été constitué, réunissant plus d'une centaine de personnes, pour appuyer le RESPADD dans l'élaboration et le déploiement de sa nouvelle stratégie « Lieu de santé sans tabac ».

Deux nouveaux guides stratégiques ont été publiés. Le premier a été conçu comme un document d'appui pour organiser la mise en place d'un établissement sans tabac. Il est rappelé, dans le guide, que la mise en place d'une telle politique doit bénéficier, pour commencer, de l'engagement de la direction générale. Un travail de concertation doit ensuite être mené avec toutes les commissions de l'établissement. Il est conseillé de mettre en place un comité de pilotage et de nommer un chef de projet HST. Le guide détaille ensuite le processus de déclinaison de la politique HST (dans le projet d'établissement, le règlement intérieur, le plan de formation) ainsi que les différentes étapes de sa mise en œuvre dans le parcours du patient (avant, pendant et après l'hospitalisation). Le dernier volet porte sur la communication interne et externe (affichage, organisation de manifestations, information des nouveaux personnels). Le second guide s'adresse plus particulièrement aux professionnels de santé. Ce document recense toutes les actions qui doivent être menées pour accompagner un fumeur pendant son séjour dans un établissement de santé. Des situations spécifiques sont abordées comme la période péri-opératoire, la grossesse, les personnes atteintes d'un cancer, les patients atteints de pathologies mentales et les seniors.

Le RESPADD s'engage à accompagner les lieux de santé dans leur stratégie « sans tabac » en s'appuyant sur deux outils de terrain : un audit HST et une enquête « Tabagisme en blouse blanche ».

Anne Borgne présente les principaux résultats de l'audit HST réalisé en 2016. Un ensemble de questions constituent autant d'indicateurs du respect de 8 normes définies dans le cadre d'un consensus européen comme essentielles et représentatives d'un établissement de santé sans tabac. Un questionnaire a été envoyé aux directeurs de plus de 500 établissements. Celui-ci avait trois objectifs : mesurer l'état d'avancement des actions mises en place dans chaque établissement ; situer celui-ci dans la politique anti-tabac ; et dégager des axes d'amélioration. 155 établissements ont répondu à l'enquête, en indiquant le respect – ou non – des huit normes (bonnes pratiques) d'une politique Hôpital sans tabac (HST).

-  **Norme 1 : Gouvernance et engagement.** Cette norme signifie que l'établissement de santé a toute autorité pour la mise en place systématique d'une politique anti-tabac. L'enquête révèle que 78 % des établissements se sont clairement engagés à ne pas collaborer avec l'industrie du tabac. Seul un établissement sur 5 désigne toutefois un cadre référent chef de projet et dédie des moyens spécifiques à la politique HST.

- **Norme 2 : Communication.** Cette norme veut que l'établissement dispose d'une stratégie de communication globale pour sensibiliser et appliquer la politique anti-tabac et pour promouvoir les services de tabacologie/addictologie. Si 50 % des répondants disposent de supports spécifiques pour toucher des publics cibles, l'information des usagers n'est pas systématique dans plus de 50 % des établissements. La communication comme vecteur d'adhésion constitue donc un axe d'amélioration important.
- **Norme 3 : Formations initiale et continue.** Les résultats sont plutôt décevants. En effet, seuls 19 % des établissements ont formé le personnel aux premiers conseils et mesures d'accompagnement de la dépendance, et 23 % ont formé les cadres aux techniques de motivation à l'arrêt du tabac.
- **Norme 4 : Identification, diagnostic et soutien au sevrage tabagique.** La prise en charge des fumeurs et utilisateurs de vaporisateurs personnels est peu proposée (de 22 à 30 %). En revanche, la délivrance de traitements pharmacologiques est assurée dans 84 % des établissements, et la moitié des établissements disposent d'une consultation de tabacologie/addictologie.
- **Norme 5 : Environnement sans tabac.** L'imposition d'un environnement non-fumeur à l'intérieur des bâtiments est l'une des réussites massives, car appliquée par plus de 97 % des établissements. Les résultats sont beaucoup moins probants pour les espaces extérieurs et les transports.
- **Norme 6 : Lieu de travail sain.** 80 % des répondants disent être engagés dans une démarche de prévention au travail et de promotion de la santé. Toutefois, 51 % des établissements n'ont pas identifié les personnels fumeurs et ne disposent pas d'un circuit de soin spécifique.
- **Norme 7 : Engagement dans la communauté.** Cette norme exige des établissements qu'ils contribuent à lutter contre le tabagisme et s'engagent dans la lutte anti-tabac locale, conformément aux exigences de la CCLAT de l'OMS. L'enquête montre que cette politique doit être renforcée puisque seulement 26 % des établissements répondants y participent.
- **Norme 8 : Surveillance et évaluation.** Les résultats sont plutôt mauvais puisqu'environ 75 % des établissements répondants indiquent ne pas disposer d'une procédure de contrôle, interne ou externe, leur permettant de surveiller et d'évaluer la mise en œuvre d'une stratégie HST.

Anne Borgne estime que cet outil pourrait être utilisé pour réaliser le diagnostic de départ et permettre ensuite aux établissements d'identifier, annuellement, les axes sur lesquels ils ont progressé et ceux qui restent à améliorer. Elle propose également de suggérer aux autorités de santé d'inscrire parmi les critères de certification un certain nombre de normes à remplir pour accéder au statut d'établissement sans tabac.

● Questions de la salle

Laurent Chambaud, directeur de l'EHESP, évoque les inégalités de santé, un sujet qui lui semble aujourd'hui primordial dans le cadre de la lutte contre le tabagisme. Une attention particulière doit être portée, au-delà des hôpitaux, sur les structures qui accueillent les personnes vulnérables, notamment les établissements sociaux accueillant les mineurs.

Anne Borgne souligne que la stratégie dépasse largement le cadre de l'hôpital et vise tous les lieux de santé.

Une intervenante, médecin dans un établissement privé, rappelle que les populations les plus fragiles sont les moins accessibles à la prévention en général, que ce soit pour ce qui concerne le tabac, la nutrition ou la sédentarité.

Un psychiatre addictologue au sein de l'hôpital Lariboisière, revient sur la question de la formation des personnels soignants. En effet, les formations en tabacologie sont très rarement, pour ne pas dire jamais, proposées. Beaucoup d'établissements estiment que la question du tabac doit être prise en charge par les ELSA, or, une ELSA n'est pas en capacité de prendre en charge 20 % des patients.

Anne Borgne confirme que les résultats de l'enquête sont très décevants en matière de formation. Les ELSA n'ont pas vocation à prendre en charge tous les fumeurs et doivent se consacrer, en priorité, aux situations les plus compliquées. Tous les fumeurs doivent être pris en charge par tous les professionnels de santé et ceci dès leur entrée dans l'établissement.

Marion Adler, tabacologue à l'hôpital Antoine Bécclère à Clamart, indique que son établissement avait proposé l'année dernière, à l'occasion du « Moi(s) sans tabac », une formation en tabacologie à destination de l'ensemble du personnel. Deux personnes s'y sont inscrites.

Ivan Berlin, médecin tabacologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, fait observer que seulement 155 établissements sur 500 ont répondu au questionnaire. Il en déduit que 75 % des établissements ne s'intéressent donc pas au tabac qui ne fait ainsi visiblement pas partie de leurs priorités.

 **Devenir “Hôpital sans tabac”**
 **Chittra Kichenaradja**
Centre hospitalier de Gray

Chittra Kichenaradja, directrice du Centre hospitalier (CH) de Gray, une ville de 6 000 habitants située dans le département rural de la Haute Saône dirige ainsi la seule offre sanitaire sur un bassin de population de 40 000 habitants. Le territoire est pourtant fortement précarisé et cumule beaucoup d'indicateurs de fragilité (pauvreté, chômage de longue durée, familles monoparentales, retard scolaire, vétusté des logements) ce qui n'est pas anodin lorsqu'on travaille sur les politiques de santé publique.

Comment devenir un « Hôpital sans tabac » ? Chittra Kichenaradja n'a pas la prétention d'apporter aujourd'hui des solutions toutes faites. Le CH de Gray constitue toutefois un exemple que d'autres établissements pourraient suivre

La première consultation tabacologique a vu le jour au sein du CH de Gray en 2002. La direction de l'hôpital a fait le choix, à l'époque, de mettre à disposition gratuitement les aides pharmacologiques au sevrage pour le personnel hospitalier et pour les patients hospitalisés. L'interdiction de fumer dans les locaux est venue compléter cette action en 2004. Les fumeurs ont donc, tout naturellement, investi les espaces extérieurs (entrée principale, entrée des ambulances et des urgences) donnant l'image d'un lieu de soins dégradé.

Les grands axes d'une expérimentation d'un hôpital et son enceinte sans tabac ont été posés le 1^{er} trimestre 2016. L'action a débuté le 31 mai 2016, lors de la Journée mondiale sans tabac. Le projet a été présenté dans toutes les instances (CHSCT, CTE, CME, Conseil de surveillance, comité éthique) où il a reçu un avis favorable.

Un « copil tabac » pluridisciplinaire a été mis en place dès mars 2016. Il a été conçu comme un lieu de discussion et de décision, animé par un chef de projet administratif. Les réunions ont été fréquentes au début, puis elles ont eu lieu toutes les 6 à 8 semaines.

La décision a été prise d'expérimenter l'hôpital sans tabac tous les derniers jeudis de chaque mois (un repère dans le temps, récurrent, facile à mémoriser). L'interdiction de fumer était annoncée par affiche et sur l'Intranet. Un stand, animé par l'infirmière tabacologue, les membres du CSAPA, était installé dans le hall. De multiples panneaux étaient affichés à l'extérieur le long des allées principales et tous les cendriers étaient remplacés par des pots de fleurs (une démarche qui peut paraître anecdotique, mais qui a beaucoup fait parler au sein de l'établissement). Des traitements de substitution nicotinique étaient mis à disposition du personnel.

Parallèlement, une expérimentation sur le vapotage a été déployée sur proposition du médecin tabacologue du CSAPA. Une salle par étage a été dédiée au vapotage. La possibilité a été donnée aux patients de vapoter en chambre individuelle (avec l'accord du médecin de service). Le vapotage était autorisé à toute personne à l'extérieur du bâtiment et dans l'enceinte de l'établissement.

Le projet a fait l'objet d'une forte médiatisation en interne comme en externe. Des rencontres thématiques ouvertes au public (vapotage, sport et tabac, grossesse et tabac) étaient régulièrement organisées. Une information régulière était faite dans le journal interne de l'établissement et sur le site Intranet. Des questionnaires étaient diffusés auprès des personnels. Plusieurs articles ont été publiés dans la presse locale et régionale. Une information a été adressée par courrier à tous les prestataires et fournisseurs.

Chittra Kichenaradja a souhaité évaluer l'expérimentation et a donc décidé d'adresser un questionnaire au personnel. En juillet 2016, 32 questionnaires avaient été renseignés. Sur les 15 répondants fumeurs, 8 ont trouvé l'action positive. 5 l'ont trouvée positive et facile, car ils n'ont pas l'habitude de fumer sur leur lieu de travail et 3 ont eu recours au vapotage. Sur les 7 fumeurs qui ont trouvé l'action négative, 5 n'ont pas utilisé de substitut et 2 demandent l'arrêt de cette journée dédiée. Les fumeurs qui ont trouvé l'action positive, estiment que cette journée leur permet de prendre conscience de leur dépendance, et de diminuer le nombre de cigarettes fumées, voire d'arrêter de fumer. Sur les 18 non-fumeurs, 3 ont trouvé l'action négative, car l'affichage apparaissait trop agressif.

Au 31 mai 2016, 75 fumeurs (soit 25 % du personnel) avaient été recensés sur l'ensemble des services du centre hospitalier. Au 15 juin 2017, 30 fumeurs avaient engagé une démarche d'arrêt. Aujourd'hui les fumeurs ne représentent plus que 10 % du personnel de l'hôpital.

En conclusion, Chittra Kichenaradja tient à rappeler que la lutte ne doit pas être engagée contre les fumeurs, mais contre le tabac. La démarche a été menée dans un climat de grande bienveillance.

L'ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS : DU DÉFI À LA RÉUSSITE

Discutant : Bertrand Dautzenberg, vice-président du RESPADD

© **Intervenir en cancérologie : des besoins du terrain aux facteurs de réussite**

Anne Stuebner
Institut du Cancer de Montpellier

Anne Stoebner est médecin addictologue/tabacologue à l'institut du cancer de Montpellier. Son exposé portera sur deux points : les besoins de terrain en cancérologie et les facteurs de réussite.

Le premier point est celui de l'efficacité thérapeutique. Si les patients atteints d'un cancer poursuivent leur tabagisme, ils s'exposent à des complications liées à la chirurgie, la période péri-opératoire, mais aussi la radiothérapie ou la chimiothérapie. Continuer de fumer expose également à une diminution de taux de réponse, et même à une diminution de la survie de plusieurs années. Enfin, il a été démontré à travers de nombreuses études scientifiques que le tabagisme en cancérologie altère également la qualité de vie. L'INCa concluait en 2014 que le sevrage du tabac doit être considéré comme un des traitements du cancer.

Le deuxième point porte sur la santé publique. Pour rappel, le tabac est directement mis en cause dans au moins 17 types de cancer. Par ailleurs, le risque de second cancer est beaucoup plus élevé chez les patients qui n'ont pas arrêté de fumer. Ces deux besoins sont largement soulignés dans le Plan cancer.

Il ne faut pas, par ailleurs sous-estimer les besoins des patients eux-mêmes. En effet, l'arrêt du tabac est souhaité par une majorité de fumeurs ayant un cancer. Une enquête réalisée en radiothérapie auprès de plus de 1 400 patients a révélé que 68 % avaient un projet de sevrage. L'étude montre également que 47 % des patients souhaitent recevoir de l'aide et être accompagnés dans leur démarche. Pour illustrer ce propos, l'INCa a publié, en 2016, les travaux de recherches qualitatives et résultats d'entretiens auprès des patients. Anne Stoebner a sélectionné une phrase qui résume ce que disent les patients : « Quand il s'aperçoit qu'il a un patient qui fume ou qui picole, il devrait le mettre en garde et ne pas attendre que ce soit le patient qui vienne de lui-même pour demander de l'aide ». Ceci est d'autant plus vrai qu'au moment de l'annonce d'un cancer intervient souvent une sorte de « sidération émotionnelle », période pendant laquelle le patient a du mal à se mettre en action quel qu'en soit le domaine.

Anne Stoebner a établi une liste des facteurs de réussite des interventions en cancérologie.

Facteur de réussite 1 : Disposer d'une ELSA sur site. Créées en 1996, les ELSA ont vu leur cadre de fonctionnement et leurs missions définis par la circulaire DHOS/DGS du 8 septembre 2000. L'institut du cancer de Montpellier bénéficie d'un ELSA depuis 2012. Ces équipes font désormais partie des acteurs clés de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions.

Facteur de réussite 2 : Intégrer le protocole dans le parcours personnalisé de soins. La HAS préconise l'utilisation de la méthode dite des 5A : Ask (poser des questions), Advise (conseiller), Assess (évaluer), Assist (aider, soutenir) et Arrange (organiser). L'institut du cancer de Montpellier s'appuie davantage sur la méthode AAR qui consiste à interroger le patient sur son statut tabagique (Ask), conseiller l'arrêt (Advise) et le référer (Refer) lorsqu'il souhaite s'arrêter. Cette méthode a été couplée, de manière obligatoire, au dossier médical partagé. Ainsi, tous les patients qui rentrent dans l'institut reçoivent un conseil minimal.

Facteur de réussite 3 : la souplesse et l'adaptabilité. Les interventions doivent, du fait des spécificités de la cancérologie, être adaptables. Toutes les recommandations HAS ne peuvent pas être reprises. Ainsi, la question de la prise de poids ne se pose pas pour les patients atteints de cancer, bien au contraire. Les interventions doivent être, par ailleurs, adaptées en fonction du type de cancer et des conditions socio-économiques des patients.

Facteur de réussite 4 : déployer des outils pratiques permettant un gain de temps. L'ELSA de l'institut étant pauvre en effectif, une démarche a été engagée pour automatiser une grande partie des processus.

Facteur de réussite 5 : favoriser la formation par compagnonnage. Ce type de formation est non seulement très rapide, mais elle peut se faire au cas par cas. Elle est totalement ancrée dans la pratique et dans les préoccupations du moment des soignants. La formation par compagnonnage est, de surcroît, sur mesure et peut s'adapter aux freins, aux craintes et aux questions du soignant. Elle a permis, par ailleurs, à l'institut de former un tiers des soignants chaque année.

Facteur de réussite 6 : avoir une pratique en lien avec la recherche. Il existe de nombreuses études et recherches à travers le monde. Chacune permet d'enrichir la démarche de l'institut.

🕒 **Intervenir en péri-opératoire : une action coût-efficace**

👤 **Dan Benhamou**

Société française d'anesthésie réanimation

Dan Benhamou intervient au titre de représentant de la Société française d'anesthésie réanimation, mais également au titre de praticien de terrain et de chef de pôle dans un grand hôpital parisien.

Dan Benhamou rappelle que le tabac est non seulement un générateur de maladies chroniques, mais que le tabagisme actif accroît presque toutes les complications chirurgicales. Bien souvent les patients, et certains praticiens, ne le savent pas ou n'en ont, au mieux, qu'une vague idée. Une étude de 2011 a montré que le fait de fumer peut entraîner des complications chirurgicales ou cardiaques et respiratoires. Les risques sont multipliés, dans la plupart des cas, par 2. À l'opposé, il a été prouvé scientifiquement que le fait d'arrêter de fumer avant une intervention chirurgicale permet de baisser considérablement les risques post opératoires.

Pour avoir un bénéfice complet, il est souvent suggéré d'arrêter 6 semaines avant l'acte chirurgical. Dan Benhamou confirme ce délai. Ainsi, si la durée d'arrêt est inférieure à 42 jours, la réduction des risques est moins forte. Elle n'est pas supprimée pour autant et même un arrêt de 24 heures a des effets bénéfiques : baisse du taux de CO, meilleure oxygénation artérielle et cellulaire, une moindre hyperactivité bronchique. Ainsi, l'arrêt préopératoire du tabac doit être proposé et recommandé au patient, quelle que soit la date d'intervention.

On peut noter, par ailleurs, qu'une intervention chirurgicale constitue une occasion favorable et privilégiée pour arrêter de fumer. Ainsi, certains événements peuvent motiver un changement spontané de comportement. Une étude a montré, à ce sujet, que le diagnostic d'une nouvelle maladie (cancer, AVC, maladie cardiaque ou respiratoire, diabète) augmente le taux d'arrêt par 3. Dans cette étude chirurgicale, la proportion de patients âgés de moins de 50 ans qui s'arrêtent de fumer en préopératoire était de 21 % en cas de chirurgie majeure et de 10 % en cas de chirurgie ambulatoire. La même étude montre que 8 % des sujets qui s'arrêtent de fumer le font à l'occasion d'un acte chirurgical.

Malgré tout cela, il subsiste encore des barrières à la mise en œuvre d'un sevrage tabagique préopératoire systématique. Les praticiens comme les patients, ne sont pas toujours conscients des bénéfices ; par ailleurs, les chirurgiens ou les anesthésistes considèrent, parfois à raison, ne pas avoir le temps d'aborder le statut tabagique de leur patient lors des consultations.

Fort de ce contexte, la Société française d'anesthésie réanimation a établi un arbre décisionnel d'un programme d'arrêt du tabac péri-opératoire à destination des professionnels. La première étape consiste à interroger le patient fumeur sur sa consommation de tabac et de mesurer sa motivation pour un éventuel sevrage. Si le patient est motivé, le chirurgien et/ou l'anesthésiste ne sont pas, dans la grande majorité des cas, en capacité d'organiser le processus. Il est donc légitime de le confier à une autre personne. Il peut s'agir soit d'un tabacologue, ou d'une infirmière formée. Quoi qu'il en soit, l'évaluation du statut tabagique est obligatoire pour tous les patients. Tous les personnels doivent être en capacité de réaliser cette évaluation et doivent donc être formés en conséquence.

Dan Benhamou insiste sur deux points qui lui semblent particulièrement importants. Il est favorable à la nomination, au sein des établissements de santé, d'un référent soignant. Les ELSA ne sont pas assez nombreuses pour prendre en charge tous les patients fumeurs. Si tous les soignants doivent avoir une compétence minimale en tabacologie, les référents sont capables de relayer et démultiplier le travail des ELSA. Enfin, Dan Benhamou estime que les actions menées par les établissements en matière d'arrêt du tabac doivent être inscrites dans les indicateurs de la certification hospitalière.

Pour conclure, Dan Benhamou évoque l'aspect coût/efficacité. La littérature est, sur ce point, très rare. Par ailleurs, les modèles de coût/efficacité varient fortement d'un pays à l'autre et il est ainsi peu pertinent de généraliser les résultats d'une étude. Toutefois, on sait que les complications postopératoires liées au tabac multiplient considérablement les coûts d'hospitalisation. Une journée d'hospitalisation en réanimation peut coûter jusqu'à 6000 euros. Le coût d'une prescription de substituts nicotiques sur 6 semaines est inférieur à 200 euros. Le coût/efficacité de l'arrêt du tabac est donc intuitivement positif.

● Questions de la salle

Un intervenant indique que dans certains établissements de santé privés, les chirurgiens refusent de réaliser une intervention sur un patient qui a refusé de se sevrer. En effet, les complications postopératoires sont prises en compte dans les critères d'évaluation des cliniques et celle-ci ont donc tout intérêt à les éviter. De surcroît, l'intervenant rappelle que de nombreux établissements sont opposés à la nomination de référents et préfèrent former tous les soignants.

Dan Benhamou confirme que certains chirurgiens n'hésitent pas à décaler les dates d'intervention sachant que le principal argument devrait être la santé du patient et non pas la classification de l'établissement. S'agissant des référents, Dan Benhamou ne comprend pas l'opposition de certains établissements. Dire qu'il est préférable que tous les soignants soient formés lui semble pour le moins illusoire, car rien n'est mis en place pour que ce soit le cas.

Ⓜ Une maternité qui s'organise pour accompagner les femmes enceintes qui fument

● Marie Malécot

Centre hospitalier Saint-Joseph Saint-Luc, Lyon

Marie Malécot se propose de présenter l'étude FISCP (Incitation financière à arrêter de fumer pendant la grossesse) mise en place dans 20 maternités en France. Cette démarche consiste à récompenser l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes. Cette récompense n'est pas monétaire, mais prend la forme d'un bon d'achat. L'objectif est de trouver des moyens alternatifs pour favoriser l'arrêt de la cigarette chez une population sur laquelle les substituts nicotiques ont très peu d'effet. L'enjeu est de taille car 17,1 % des femmes enceintes rapportaient en 2010 avoir fumé pendant le dernier trimestre de leur grossesse (contre

20,8 % en 2003). Cela correspond à 137 180 fœtus exposés *in utero* au tabagisme actif pendant le dernier trimestre.

L'exposé porte plus spécifiquement sur la maternité de l'hôpital Saint-Joseph Saint-Luc, le seul service de Lyon ayant accepté de participer à l'étude. La maternité pratique entre 1 200 et 2 100 accouchements par an. Les problèmes d'addiction sont pris en charge par une sage-femme tabacologue.

La mise en place d'une telle étude au sein d'un établissement soulève des résistances. Ainsi, Marie Malécot a répertorié tous les freins au recrutement des patientes pour l'étude. Le premier frein est organisationnel. Le recrutement des patientes doit se faire au cours du premier trimestre de grossesse (le diagnostic et la prise en charge doivent être extrêmement précoces). Or le premier contact que les femmes enceintes ont avec la maternité se fait au travers du service téléphonique lors de la prise de rendez-vous pour une première consultation. Il a donc été demandé aux secrétaires de la maternité d'interroger les femmes lors de l'entretien téléphonique sur leur statut tabagique. Elles ont refusé de le faire, arguant qu'elles étaient surchargées et qu'elles n'avaient pas le temps de poser ne saurait-ce que deux questions.

Le second frein est plus culturel et lié au positionnement des soignants. Certains professionnels estiment que la diminution du tabac suffit. D'autres affirment que l'arrêt total du tabac est dangereux pour les femmes enceintes, car il peut entraîner du stress. Enfin, certains soignants jugent les consultations tabac inutiles et pensent qu'il suffit de dire à une femme enceinte d'arrêter de fumer pour qu'elle le fasse. Enfin, plusieurs femmes ayant participé à l'étude l'on informé que leur médecin généraliste ou leur pharmacien, leur avaient interdit de porter des patchs de nicotine sous prétexte que leur effet était trop dangereux pour la grossesse.

Le troisième frein est éthique. Pour ceux qui seraient choqués par la démarche, Marie Malécot rappelle que l'incitation financière est déjà utilisée par le gouvernement lorsqu'il augmente le coût direct du paquet de cigarettes. Quoi qu'il en soit, la majorité des femmes qui ont participé à l'étude ont précisé qu'elles arrêtaient de fumer pour leur bébé et non pas pour les bons d'achat. Elles étaient surtout heureuses qu'on les aide à arrêter de fumer.

Malgré ces freins, l'étude a pu être réalisée avec 31 patientes. L'étude a bénéficié de plusieurs leviers très puissants, à commencer par une campagne de communication locale. Marie Malécot profite de l'occasion pour saluer le service communication de l'établissement. Les campagnes ont été menées à la fois dans la presse écrite locale et à la radio. La majorité des patientes de l'étude ont confirmé qu'elles avaient été informées à travers les médias. Marie Malécot salue également le rôle de la sage-femme tabacologue.

Questions de la salle

Une intervenante souhaite savoir qui finance les bons d'achats récompense.

Ivan Berlin répond qu'ils sont financés par l'INCa. Le budget s'élève à 420 000 euros pour l'ensemble de l'étude. Il rappelle que, selon les données disponibles, les incitations financières par bons d'achat sont le moyen le plus efficace pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer.

TOUS UNIS POUR DEVENIR : “LIEU DE SANTÉ SANS TABAC”

Président de séance : **François Bourdillon, directeur général de Santé Publique France**

© **Global network for tobacco free healthcare services : une dynamique internationale**

Rudi Gasser

Victorian network of smokefree healthcare services

Rudi Gasser se propose, en introduction, de présenter quelques données sur la consommation du tabac en Australie, un territoire immense, riche de plus de 24 millions d'habitants. Le pourcentage de fumeurs est, depuis plusieurs années, en baisse constante et s'établit aujourd'hui à moins de 15 %. On note toutefois quelques disparités dans le pays. En effet, si le taux de fumeurs est de 12 % dans l'état de Victoria, il peut monter au-dessus de 20 % dans les régions plus rurales. Les taux de tabagisme sont plus élevés dans les groupes socio-économiquement les plus défavorisés. Les populations indigènes et les migrants sont particulièrement affectés.

L'Australie est le premier pays au monde à avoir adopté le paquet de cigarettes sans marque ni logo en 2011. Parallèlement, les autorités australiennes ont lancé une politique de hausse progressive des taxes sur le tabac, portant le prix d'un paquet de cigarettes à 20 euros. S'agissant du vapotage, la vente de e-liquides contenant de la nicotine est prohibée. Cette décision continue aujourd'hui de faire débat, certains professionnels estimant que les cigarettes électroniques sont une alternative moins nocive à la cigarette et qu'elles peuvent être utilisées comme une aide pour cesser de fumer. Les opposants au vapotage font remarquer que les producteurs de cigarettes électroniques utilisent les mêmes arguments de vente que l'industrie du tabac.

Le réseau mondial des services de santé sans tabac a été créé en 2011. L'association regroupe aujourd'hui 33 membres dans 19 pays (la France est représentée, au sein du réseau, par le RESPADD). Le réseau s'appuie, pour développer ses actions, sur l'article 14 de la Convention cadre sur le contrôle du tabagisme, signée en 2003 par 192 pays membres de l'OMS. Cet article vise à concevoir et fournir des services de soins de qualité aux fumeurs.

Le réseau dispose, pour mener son action, de plusieurs outils. Huit normes de bonnes pratiques d'une politique Hôpital sans tabac (HST) ont été définies. Celles-ci ont été présentées par Anne Borgne ce matin même. Pour rappel, la norme 1, que Rudi Gasser classe parmi les plus importantes, appelle les organisations de santé à s'engager systématiquement dans la mise en œuvre d'une politique sans tabac. La norme 2 concerne plus spécifiquement la communication. Celle-ci doit être à la fois interne (s'adresser aux personnels soignants) et externe (en s'adressant plus spécifiquement aux consommateurs de tabac). La norme 3 vise à éduquer et former les professionnels de la santé sur la question du tabac. La norme 4 porte sur l'identification et le diagnostic et incite les établissements à identifier tous les fumeurs pour leur proposer des soins adaptés. La norme 5 vise l'imposition d'un environnement sans tabac dans les établissements de santé tandis que la norme 6 s'adresse plus spécifiquement aux soignants. La norme 7 dépasse le cadre de l'établissement et vise la communauté dans son ensemble. Elle incite les organismes de soins à utiliser tous les moyens mis à leur disposition pour sensibiliser la population. La

norme 8 invite les établissements à mettre en place des outils d'évaluation interne. Le réseau a, à cet effet, développé un outil d'auto-évaluation pour permettre aux établissements de se situer par rapport aux standards internationaux et d'évaluer leurs forces et leurs faiblesses en vue de définir un plan d'action judicieux.

Rudi Gasser conclut en rappelant que le parcours des fumeurs est parsemé d'embûches lorsqu'ils s'engagent dans une démarche de sevrage tabagique. Chaque pas en avant est suivi de deux pas en arrière et, bien souvent, lorsqu'un fumeur prend contact avec un professionnel de santé, il reçoit des conseils plutôt confus et rarement une aide concrète. Le message sur l'addiction au tabac transmis par les professionnels de santé lorsqu'ils sont confrontés à un fumeur doit être efficace, cohérent et systématique. C'est pour cette raison que Rudi Gasser insiste sur un principe qu'il nomme MECC (Make Every Contact Count) qui pourrait être traduit en français par « faire que tous les contacts comptent ». Si chaque spécialiste de la santé joue parfaitement son rôle et fournit les bons conseils, la société sera alors sur la bonne voie pour devenir monde sans tabac.

● Questions de la salle

Marion Adler souhaite savoir si les traitements d'aide à l'arrêt du tabac sont remboursés en Australie.

Rudi Gasser répond que les substituts nicotiques sont fournis gratuitement aux patients par les établissements de santé.

Bertrand Dautzenberg indique que le gouvernement entend faire passer le prix du paquet de cigarettes de 7 à 10 euros en 2020. Cette hausse se fera progressivement, par palier. L'Australie a-t-elle adopté une politique similaire ? Les hausses de prix se sont-elles faites progressivement ou ont-elles été imposées brutalement.

Rudi Gasser juge la décision du gouvernement français tout à fait pertinente. Les hausses de prix doivent être imposées progressivement.

© Une mobilisation collective

● FHF, FEHAP, FHP, Unicancer, conférences des directeurs généraux et des présidents de CME des CHU, des centres hospitaliers et des centres hospitaliers spécialisés

François Bourdillon ouvre les échanges en donnant la parole aux représentants des fédérations.

Jean-Louis Touraine, vice-président de la Fédération hospitalière de France (FHF), convient que la France a accumulé un certain retard par rapport aux pays anglo-saxons, et notamment l'Australie. Pourtant, les objectifs de la lutte anti tabac ont été définis simultanément dans la plupart des pays développés. Comment expliquer le retard français ? Les mesures mises en place ont-elles été trop timorées ? L'esprit français est-il trop fantaisiste ? On peut trouver diverses explications, mais pour Jean-Louis Touraine la réflexion ne doit pas porter sur les erreurs du passé et, au contraire, préparer l'avenir. L'OMS a lancé l'initiative « Un monde sans tabac ». Pour répondre à cet objectif particulièrement ambitieux, il faut s'engager dans une démarche visant dans un premier temps à créer des établissements de santé et d'enseignement sans tabac. L'image que les professionnels de

santé véhiculent auprès des patients est cruciale. Les soignants ont en effet un devoir vis-à-vis de la collectivité et plus aucun ne doit être vu publiquement avec une cigarette à la main.

Michel Ballereau, pneumologue et délégué général de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), fait observer que l'expérience « Lieux de santé sans tabac » a été mise en place sur seulement 14 établissements en France. Si ce résultat est décevant, force est toutefois de constater que les établissements et les écoles commencent à s'emparer de la question du tabac. Il lui semble que les personnels sont de plus en plus motivés.

Antoine Perrin, directeur général de la FEHAP, se rappelle que lors de son premier stage d'externat dans un service de pneumologie, un des chefs pneumologue n'hésitait pas à rentrer dans la chambre des malades avec une cigarette à la main. Pendant longtemps, le tabac a été un sujet secondaire, même dans les services de cancérologie. Les professionnels se contentaient d'ordonner à leurs patients d'arrêter de fumer. Le sujet était rapidement expédié et la politique d'arrêt du tabac se limitait à cette incantation le plus souvent stérile. Antoine Perrin est convaincu que toutes les démarches engagées pour créer un lieu sans tabac doivent être, dans un premier temps, institutionnelles et bénéficier de l'adhésion complète et sans faille du directeur de l'établissement. Antoine Perrin insiste sur l'absolue nécessité de déplacer les coins fumeurs, aujourd'hui situés à l'entrée des établissements. Ce geste, symbolique est l'un des premiers à prendre. C'est d'ailleurs, une des premières décisions qu'il a prises lorsqu'il a été nommé à la direction de la FEHAP. La démarche doit être, par ailleurs, co-construite avec les représentants des salariés et des usagers. Bien évidemment, la méthodologie utilisée pour construire une politique HST varie d'un établissement à l'autre. Si elle est plutôt simple à implémenter dans un hôpital, elle est beaucoup plus difficile à mettre en œuvre dans les établissements sociaux, notamment les CHRS. La population est souvent dans une telle détresse que le tabac est parfois le seul antidépresseur dont disposent les patients.

François Bourdillon profite de l'occasion qui lui est offerte pour évoquer le statut tabagique des patients en psychiatrie. Il donne la parole aux représentants des hôpitaux psychiatriques aujourd'hui présents.

Christian Müller, président de la Conférence des présidents de CME de CHS, rappelle que le rapport entre l'addiction tabagique et la pathologie psychiatrique est majeur. Malheureusement, le tabagisme est sous-estimé et sous-traité par les soignants. Certains professionnels estiment même que l'arrêt du tabac chez les personnes présentant des troubles psychiatriques est une cause perdue. Christian Müller ne partage pas ce point de vue, bien au contraire. La surconsommation de tabac chez ces patients est considérable, notamment chez les personnes qui présentent des syndromes dépressifs graves ou qui souffrent de pathologies du registre schizophrénique. Engager ces personnes dans une démarche d'arrêt du tabac est particulièrement difficile. Elle n'en demeure pas moins essentielle tant les conséquences somatiques de ces surconsommations sont graves. En effet, la consommation de tabac est une des principales causes de décès des personnes présentant des troubles psychiatriques. Le sevrage des patients constitue une véritable épreuve ; la démarche nécessite un accompagnement spécialisé et prudent, car l'arrêt ou la réduction des consommations peut réactiver certaines pathologies psychiatriques, voire même entraîner l'apparition de nouveaux troubles cognitifs. Les psychiatres doivent donc être informés et formés. Pour conclure, Christian Müller insiste sur la notion de partenariat. Ce principe de co-construction des démarches déjà évoqué par Antoine Perrin est encore plus nécessaire dans le cas des institutions psychiatriques. Les programmes d'arrêt du tabac doivent être élaborés en partenariat avec les addictologues, les infirmiers, les assistantes sociales et les médecins généralistes.

Pascal Mariotti, directeur du centre hospitalier Le Vinatier et président de l'ADESM, craint que les marges de progression des établissements de santé mentale restent encore très

importantes. La question de l'arrêt du tabac des patients est trop rarement abordée. Toutefois, si la cigarette a été progressivement éloignée des lieux de santé et repoussée en périphérie des bâtiments de soins, Pascal Mariotti fait observer que les établissements psychiatriques se retrouvent aujourd'hui dans une posture paradoxale et ambiguë vis-à-vis du tabac. Il rappelle, à ce titre, que la cigarette a longtemps été un objet de partage entre les soignants et les patients. Par ailleurs, aujourd'hui encore, ce sont les établissements qui pourvoient en cigarettes les patients qui ne peuvent pas quitter les bâtiments, car ils sont en soin. Pascal Mariotti rejoint Christian Müller dans ses propos. Ainsi, il rappelle que les patients atteints de schizophrénie ont une espérance de vie inférieure de 20 ans à la population générale. La consommation de tabac n'est pas neutre et aggrave ce constat. La France en est encore au stade de la prise de conscience. L'institution psychiatrique est encore trop tolérante vis-à-vis du tabac.

François Bourdillon se demande si les CHU connaissent les mêmes difficultés que les centres psychiatriques.

Thierry Godeau, président de la Conférence des présidents de CME de CH, estime que si tous les établissements ont adhéré volontairement au réseau HST, la mise en œuvre des démarches peut s'avérer plus compliquée que prévu. En effet, comme évoqué par les différents intervenants, si l'interdiction de consommation du tabac dans les bâtiments est respectée, la cigarette n'a pas été complètement exclue des établissements. Les patients, lorsqu'ils accèdent dans un hôpital, doivent bien souvent traverser le nuage de fumée qui s'est formé au niveau des entrées principales, celles-ci étant envahies par les fumeurs, qu'ils soient soignants ou patients. Au-delà, Thierry Godeau rappelle que lorsqu'ils reviennent de leur pause cigarette, les soignants fumeurs sentent le tabac ce qui pose également un problème vis-à-vis des patients. Les personnels doivent être traités comme les patients. Le tabac est une addiction et son arrêt est aussi difficile à gérer chez un malade que chez un professionnel de la santé. Toute démarche de sevrage tabagique nécessite donc un accompagnement dans le temps. Thierry Godeau insiste, par ailleurs, sur le besoin de formation des soignants et des étudiants en médecine tout en admettant que les personnels ne sont, en général, pas très demandeurs de ces formations. Les formations proposées ne sont peut-être pas adaptées ?

Ariane de Carheil, directrice adjointe en charge de la santé publique au CHU de Poitiers, rejoint les propos tenus précédemment. La question du tabagisme, qu'il soit actif ou passif, est toujours aussi prégnante dans les hôpitaux. Les taux de fumeurs restent trop élevés autant chez les patients que chez les soignants. Ariane de Carheil revient ensuite sur le concept de « chaque contact compte ». Elle pense que tous les professionnels de santé doivent être sensibilisés, formés et accompagnés vers l'arrêt du tabac. Les démarches doivent être développées en lien avec la qualité de vie au travail, et elle invite les établissements à faire preuve de créativité avec des démarches innovantes pour inciter à l'arrêt du tabac. Elle propose, par exemple, la nomination, au sein de l'établissement, d'ambassadeur de l'arrêt du tabac. Ce statut pourra être donné à des professionnels qui ont réussi à arrêter de fumer, grâce à une consultation en tabacologie, étant rappelé que si les professionnels de santé éprouvent autant de difficultés pour arrêter de fumer, c'est parce que leur profession engendre beaucoup de stress. Les formations proposées doivent prendre en compte cette spécificité.

Christine Lasset intervient en tant que représentante d'Unicancer. L'arrêt et la prévention du tabagisme a une résonance particulière dans tous les établissements qui pratiquent la cancérologie. Les services de cancérologie ont probablement un devoir d'exemplarité plus fort vis-à-vis de leurs patients et, au-delà, vis-à-vis de la population en général. Ceci d'autant plus que les préconisations du Plan cancer indiquent clairement que l'arrêt du tabac fait partie intégrale du traitement du cancer. Pour inciter les patients au sevrage tabagique, les établissements disposent aujourd'hui d'un levier important : les parcours de soins. Ceux-ci

sont structurés et fonctionnels dans tous les établissements qui prennent soin des patients atteints du cancer ; les parcours peuvent intégrer un volet sur la prise en charge tabacologique. Mais, au-delà de ce dispositif, Christine Lasset insiste sur l'implication et la sensibilisation des équipes soignantes. Enfin, l'intégration de la prise en charge en tabacologie dans les parcours de soins ne peut pas se concevoir dans un environnement où on ne s'abstiendrait pas de fumer. Baisser la prévalence du tabagisme chez les personnels de santé est un défi particulièrement urgent à relever dans les établissements. Les plans HST doivent être redynamisés avec un volet volontariste et ambitieux axé sur les personnels soignants.

François Bourdillon se demande, pour conclure ces échanges, s'il n'était pas possible d'engager, dans tous les établissements de santé en France, une démarche visant à interdire entièrement la consommation de tabac (à l'intérieur et à l'extérieur des bâtiments) pendant une période qui pourrait aller de 15 jours à 1 mois. Il est convaincu que ce type de démarche, hautement symbolique, permettrait de lever les réticences parfois fortes qui subsistent. Elle pourrait être organisée pendant le « Moi(s) sans tabac ».

CONCLUSION

Benoît Vallet

Directeur général de la Santé

Sylvie Escalon

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Benoît Vallet tient à remercier l'ensemble des intervenants pour leur engagement dans cette lutte contre le tabagisme.

Le RESPADD a fourni, aujourd'hui, un certain nombre de documents pour aider les établissements dans leur démarche. Le guide « Hôpital sans tabac » constitue, à ce titre, un *vade-mecum* particulièrement utile. Ce guide rappelle qu'un Hôpital sans tabac est un établissement dans lequel on met en œuvre une politique active qui inscrit la prévention et la prise en charge du tabagisme dans le parcours du patient, mais également dans les actions spécifiques de prévention qui sont faites avec et pour les personnels. La démarche se veut donc globale et inclusive.

Benoît Vallet invite les participants à signer la nouvelle charte d'engagement pour une démarche globale pour des lieux de santé sans tabac.

Sylvie Escalon assure les participants de l'engagement sans faille de la DGOS concernant la poursuite et le renforcement des actions engagées dans la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé qui se doivent d'être exemplaires (et qui le sont souvent). Elle salue le travail du RESPADD qui a construit avec les professionnels de santé les deux nouveaux guides présentés lors de ce colloque. Aucune stratégie Hôpital sans tabac ne saurait toutefois être mise en œuvre sans le concours des personnels d'établissement et en particulier de ceux qui assurent la prise en charge et le soin des patients. Le personnel fumeur doit en parallèle pouvoir bénéficier des mêmes aides et de la même prise en charge que les patients fumeurs.

La DGOS souhaite valoriser les ELSA qui jouent un rôle pivot pour le repérage et l'orientation des patients ainsi que pour l'articulation avec les autres acteurs sanitaires et sociaux. Un travail a été mené avec l'ensemble des acteurs pour proposer, dès 2018, un rapport d'activité standardisé qui contribuera à rendre visibles et à affirmer l'importance des ELSA au sein de la filière hospitalière.

Les participants à ce colloque partagent tous le même objectif : aider les patients à arrêter leur consommation de tabac. Ce défi doit être relevé pour qu'à terme puisse émerger la première génération de jeunes adultes non-fumeurs.