



**Université
de Rennes**

**Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et
actions en santé publique**

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **Septembre 2023**

**Faire évoluer une structure de santé vers un Lieu de
Santé Sans Tabac : le cas d'un centre hospitalier
Français**

Marie Le Baron



**Université
de Rennes**

Remerciements

Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers toutes les personnes qui ont joué un rôle clé dans l'élaboration de ce mémoire. La réalisation de ce travail est le fruit du soutien, de l'expertise et de l'encouragement que j'ai reçu.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers mon directeur de mémoire, Éric Breton, sans qui cette contribution n'aurait pu voir le jour. Votre soutien, vos conseils pertinents et votre disponibilité ont été d'une importance capitale, et je suis fière d'avoir pu bénéficier de votre encadrement.

De plus, c'est avec une grande reconnaissance que je tiens à remercier Pr. Karine Gallopel-Morvan, d'avoir accepté de faire partie du jury de ce mémoire. Votre expertise et votre temps consacré sont hautement appréciés, et je vous remercie chaleureusement pour votre précieuse participation.

Je souhaite également remercier le centre hospitalier de Laval, et plus particulièrement Morgane Siquin, Nicolas Brichet ainsi que toute l'équipe du Département Santé Publique, pour m'avoir accueillie et pour m'avoir accordé votre confiance. Cela a été une expérience très enrichissante et épanouissante pour moi. Mes remerciements s'étendent aux professionnels du centre hospitalier de Laval ayant participé à l'étude, dont l'implication active a grandement enrichi ce travail.

Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance envers l'ensemble du corps professoral du master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique de l'EHESP, pour leur accompagnement tout au long de l'année, et leurs riches enseignements.

Merci également à mes proches, amis et famille, dont le soutien m'a insufflé la détermination nécessaire pour mener à bien ce mémoire. Votre confiance en moi a constitué ma principale source de motivation.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Exposition de la problématique et des objectifs du mémoire.....	3
2 Etat des connaissances : le tabagisme en milieu hospitalier.....	5
2.1 Le rôle des centres hospitaliers dans la prévention	5
2.2 Barrières et leviers identifiés dans la mise en place d’actions de lutte contre le tabagisme.....	7
2.2.1 Le potentiel manque d’adhésion du personnel.....	7
2.2.2 Les externalités négatives que peuvent engendrer les campagnes anti-tabac.....	9
2.2.3 Les obstacles à l’initiation de la prise en charge tabacologique par les professionnels de santé.....	10
2.3 Cadre réglementaire en matière de tabac : les objectifs à différentes échelles.....	14
2.4 Le dispositif Lieu de Santé Sans Tabac.....	16
2.4.1 La méthodologie promue par le RESPADD pour mettre en place la politique Lieu de Santé Sans Tabac.....	16
2.4.2 La prise en charge des fumeurs	18
2.5 Des bénéfices avérés, pour les centres hospitaliers, de devenir des Lieux de Santé Sans Tabac.....	20
3 Contexte de l’étude.....	23
4 Méthodologie	25
5 Résultats	27
5.1 Le contexte de lancement du projet Lieu de Santé Sans Tabac au sein du centre hospitalier de Laval	27
5.2 Les étapes de réalisation du diagnostic.....	28
5.2.1 Méthodologie de diffusion des questionnaires.....	28
5.2.2 Méthodologie de réalisation des focus group.....	32
5.2.3 Méthodologie de réalisation du benchmark	33
5.3 Les cibles du programme d’action.....	34

5.3.1	Repenser l'aménagement extérieur de l'hôpital pour améliorer le bien-être de ses occupants	34
5.3.2	Changer les pratiques professionnelles	41
5.3.3	Un fil conducteur indispensable : la campagne de communication	47
5.4	Les enjeux subsidiaires de la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac	51
5.4.1	Le traitement du vapotage dans un Lieu de Santé Sans Tabac	51
5.4.2	L'acceptabilité de la politique Lieu de Santé Sans Tabac auprès des fumeurs	52
5.5	L'engagement de la direction comme clé de voute dans la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac.....	53
6	Discussion	55
6.1	Exploration critique des outils du RESPADD	55
6.2	Les apports de l'étude à la problématique initiale.....	56
	Conclusion	63
	Bibliographie	65
	Liste des annexes	I
	Annexe n°1 : Les dangers du tabagisme.....	I
	Annexe n°2 : Le gradient social du tabagisme.....	I
	Annexe n°3 : Le tabagisme passif	II
	Annexe n°4 : La conciliation entre liberté individuelle et intérêt collectif dans la lutte contre le tabagisme	III
	Annexe n°5 : Frise chronologique de quelques grandes dates dans la lutte contre le tabagismeIV	
	Annexe n°6 : La charte Lieu de Santé Sans Tabac du RESPADD	V
	Annexe n°7 : L'audit Lieu de Santé Sans Tabac	VI
	Annexe n°8 : Enquête « tabagisme en blouse blanche » du RESPADD.....	VII
	Annexe n°9 : Les trois phases d'un suivi tabacologique.....	VIII
	Annexe n°10 : Frise des actions menées au centre hospitalier de Laval dans le cadre du déploiement de la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac.....	IX
	Annexe n°11 : Résultats de l'enquête « tabagisme en blouse blanche » du centre hospitalier de Laval	X
	Annexe n°12 : Méthodologie employée pour les focus group	XXII

Annexe n°13 : Profil des participants aux group.....	XXIV
Annexe n°14 : Tableau récapitulatif des entretiens réalisés	XXV
Annexe n°15 : Cartographie des espaces actuels	XXVII
Annexe n°16 : Cartographie des nouvelles zones fumeurs au centre hospitalier de Laval	XXVII
Annexe n°17 : Exemples de signalétiques Lieu de Santé Sans Tabac	XXVIII

Liste des sigles utilisés

ARS = Agence Régionale de Santé

CH = Centre Hospitalier

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CCLAT = Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac

COPIL = Comité de Pilotage

CSAPA = Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

EHESP = Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ELSA = Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

FTA = Fumée de Tabac Ambiante

GHT = Groupement Hospitalier de Territoire

HCSP = Haut Conseil de la Santé Publique

LSST = Lieu de Santé Sans Tabac

MILDECA = Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Conduites Addictives

OFDT = Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

RESPADD = Réseau de Prévention des Addictions

SRAE addictologie = Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en addictologie

TNS = Traitement Nicotinique de Substitution

UE = Union Européenne

Introduction

Bien que les missions premières des soignants et des centres hospitaliers relèvent du domaine curatif, nous savons aujourd'hui que ces derniers ont tout de même un rôle important à jouer dans la prévention et la promotion de la santé. Cette fonction pourrait plus particulièrement être mise à profit dans la lutte contre l'épidémie de tabagisme, dont les méfaits sont depuis plusieurs années bien identifiés et incontestables (cf. annexe n°1). En 2020, la prévalence du tabagisme atteignait 22,3 % de la population mondiale, et engendre encore aujourd'hui plus de 8 millions de morts chaque année (OMS, 2022). A ce titre, le *Global Network for Tobacco Free Healthcare Services*, une association à but non lucratif déployée au niveau mondial, encourage les structures hospitalières à s'engager davantage dans la promotion de la santé. Cette dernière met notamment en avant une stratégie de lutte contre le tabagisme s'appuyant sur une approche par milieu de vie, qui est, ici, celle des services de santé sans tabac.

Une stratégie par milieu de vie implique d'agir sur les aspects environnementaux (environnements matériel, économique, social, etc.), et non seulement sur les caractéristiques individuelles, pour favoriser le changement de comportement. Cela permet d'agir de façon globale et de toucher le plus grand nombre. L'idée qui en découle est de constituer un environnement qui favorise le comportement de santé visé, à savoir ici, l'arrêt du tabagisme (Pommier, 2017). L'hôpital constituant en quelque sorte une micro-société, il s'agit donc d'un environnement de vie qui occupe une place capitale dans la vie des personnes qui le fréquente régulièrement voire quotidiennement. C'est pourquoi ce genre d'actions permet d'envoyer un signal fort : celui d'un établissement soucieux de la santé de ses nombreux visiteurs et travailleurs.

La stratégie des services de santé sans tabac se base principalement sur les principes phares énoncés dans la convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac (CCLAT), dont la France est signataire (OMS, 2003). Ces derniers concernent notamment la volonté de diminuer la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée de tabac, la sensibilisation du plus grand nombre sur ses dangers, ou encore la formation des professionnels de santé à la tabacologie. L'antenne française du *Global Network for Tobacco Free Healthcare Services* est gérée par le Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD). Celle-ci est chargée d'accompagner les structures sanitaires et médico-sociales du territoire souhaitant s'engager dans une politique de lutte active contre le tabagisme via le dispositif Lieu de Santé Sans Tabac (LSST). En France, cette stratégie est soutenue financièrement par le fonds de lutte contre les addictions et est devenue, en 2018, une priorité du programme national de lutte contre le tabagisme.

Marie Le Baron - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

Un Lieu de Santé Sans Tabac est défini par le RESPADD comme étant un établissement de santé où l'interdiction de fumer est étendue à l'enceinte extérieure de la structure, en dehors des zones fumeurs spécifiquement prévues à cet effet. Ce à quoi s'ajoute une politique globale de prévention du tabagisme dans l'établissement en offrant un accès facilité à des programmes de sevrage et en renforçant le rôle du personnel de santé dans l'aide à l'arrêt du tabac. Il s'agit aussi d'un dispositif qui reconnaît la difficulté cet arrêt, le tout dans une démarche bienveillante (RESPADD, 2017). Le but de cette stratégie est donc de tendre, sur le long terme, vers la disparition totale du tabagisme au sein de ces établissements de santé via la dénormalisation progressive de cette pratique. Pour y parvenir, l'objectif est de mettre à disposition des individus, fumeurs comme non-fumeurs, une diversité de ressources à leur disposition leur permettant de développer leur littératie en santé¹, et, *in fine*, d'améliorer leur état de santé. Afin de les accompagner dans la mise en œuvre de cette stratégie sans tabac, le RESPADD met à disposition des établissements sanitaires et médico-sociaux, une multitude d'outils et de guides pratiques sur le sujet.

¹ La littératie en santé désigne : « *la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé* » (Santé Publique France, 2019a).

1 Exposition de la problématique et des objectifs du mémoire

Cependant, malgré l'existence de ces divers aides méthodologiques fournis par le RESPADD, nous n'avons encore aujourd'hui que peu d'expériences documentées sur la mise en œuvre pratique de cette stratégie sans tabac au sein des centres hospitaliers Français (Clegg et al., 2021; Fouillet et al., 2007; Mackereth et al., 2016; Štěpánková et al., 2020). Un retour d'expérience de terrain documenté s'avèrerait être complémentaire aux informations et outils plus théoriques fournis par le RESPADD.

Partant de ce constat, la visée générale de ce mémoire est de rapporter l'expérience du déploiement de cette politique au sein de l'hôpital de Laval, et d'en tirer des enseignements afin de contribuer à améliorer la capacité des centres hospitaliers à évoluer en environnements sans tabac. Ainsi, l'objet de ce travail vise à répondre à la problématique suivante : Comment préparer la mise en œuvre du dispositif Lieu de Santé Sans Tabac pour tenter de faciliter son déploiement ? L'exemple du centre hospitalier de Laval.

Pour pouvoir atteindre cette finalité, nous nous sommes fixé plusieurs objectifs spécifiques :

- Dégager des apprentissages de la littérature française et internationale sur le sujet en termes de bonnes pratiques.
- Expérimenter l'approche méthodologique promue par le RESPADD en l'appliquant au cas du centre hospitalier de Laval, tout en documentant le déroulé progressif des différentes étapes de programmation.
- Identifier les principaux leviers à mobiliser, ainsi que les freins susceptibles d'apparaître lors du processus de mise en œuvre de la stratégie LSST.

Cette contribution pourra éventuellement aider les autres structures souhaitant s'engager dans cette démarche afin que cela se passe dans les meilleures conditions possibles.

Dans ce qui suit, nous allons tout d'abord aborder l'état des connaissances sur le rôle que peut jouer un hôpital dans la prévention, et les processus qui peuvent conduire vers un centre hospitalier sans tabac. Puis, nous décrivons la méthodologie appliquée, ce qui nous permettra d'enchaîner sur les résultats obtenus, et la discussion.

2 Etat des connaissances : le tabagisme en milieu hospitalier

La stratégie LSST étant une politique globale de lutte contre le tabac, elle touche énormément de problématiques différentes. Ici, nous allons traiter des éléments centraux, soit les aspects réglementaires, les processus en causes ainsi que les bénéfices de ce dispositif, tandis que d'autres seront davantage approfondis en annexe.

2.1 Le rôle des centres hospitaliers dans la prévention

La France connaît une espérance de vie relativement élevée, mais une mortalité évitable importante, ce qui est révélateur d'un faible investissement en prévention et en promotion de la santé. C'est pourquoi la Stratégie Nationale de Santé encourage toutes les structures de santé à « prendre le virage de la prévention » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023). Les centres hospitaliers étant, par nature, dédiés aux soins curatifs, ils ont jusqu'à présent été peu associés aux stratégies de promotion de la santé et de prévention. L'hôpital a également un devoir tacite d'exemplarité, il serait donc cohérent qu'il s'investisse aussi dans ce secteur pour promouvoir une prise en charge globale de l'état de santé de ses occupants (Martínez et al., 2020).

Ces établissements, qui accueillent plus de 12 millions de personnes chaque année, dont des individus vulnérables difficilement accessibles par les programmes de prévention classiques, pourraient pourtant jouer un rôle stratégique dans ce domaine (Alla & Cambon, 2018). L'hôpital étant une structure où se croise une pluralité de publics, peut permettre d'avoir plus facilement accès à des populations marginalisées. Sachant que le tabagisme est traversé par un important gradient social², cela constitue un enjeu fort de santé publique (cf. annexe n°2). Les soignants ne sont pas exemptés du tabagisme et de son gradient social. En effet, nous remarquons que le taux de tabagisme chez les soignants est « inversement proportionnel [à leur] niveau de formation » (Fouillet et al., 2007). De plus, il est désormais établi que les politiques anti-tabac ont eu des

² Le gradient social désigne le phénomène selon lequel l'incidence de nombreux problèmes de santé augmente progressivement à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale. C'est-à-dire que les personnes issues d'un milieu socio-économique défavorisé seront plus touchées par des soucis de santé que les personnes provenant d'un milieu favorisé (Breton, 2015).

résultats plus fructueux auprès des segments de la population les plus favorisés, au détriment des populations les plus précaires. Ces écarts observés de consommation entre les classes sociales s'expliquent, non pas par une appétence inégalitaire à entrer dans le tabagisme, mais bien par des difficultés plus importantes à arrêter de fumer et à accéder aux services et aux dispositifs d'aide au sevrage. Les personnes précaires disposant de ressources limitées, aussi bien pour enclencher une démarche d'arrêt, que pour réussir le sevrage tabacologique en lui-même (Saetta et al., 2020).

Pour lutter contre les inégalités sociales de santé, on pourrait penser de prime abord qu'il est préférable de se focaliser sur les populations les plus à risque. Or, il a été démontré que l'approche de l'universalisme proportionné se révélait opportune et efficace pour lutter contre ce phénomène. Cette dernière vise à mettre en œuvre des actions qui sont bénéfiques pour l'ensemble de la population, et pas uniquement aux plus vulnérables, tout en octroyant des moyens plus importants pour ceux en ayant le plus besoin (Breton, 2015; Constance & Peretti-Watel, 2010). La politique LSST s'inscrit bel et bien dans cette stratégie d'universalisme proportionné en étant à destination de tous. Les hôpitaux constituent aussi des milieux de vie importants pour les nombreux professionnels qu'ils emploient, de profils et de catégories socio-économiques variés. Nous savons effectivement que les consommations à risque sont associées en partie à « des environnements familiaux ou sociaux insuffisamment protecteurs » (MILDECA, 2023). En développant des milieux de vie favorables à la santé, nous permettons aux individus de pouvoir plus facilement modifier leurs comportements, tout en améliorant directement leur état de santé avec des environnements protecteurs. Nous savons aujourd'hui que l'environnement joue une place prédominante dans l'apparition de certains comportements de santé (Pommier & Guével, 2017).

De plus, les centres hospitaliers disposent de ressources humaines et matérielles significatives qui pourraient être mises à disposition dans des initiatives de prévention et de promotion de la santé. Les hôpitaux pourraient alors développer la prévention clinique qu'elle soit primaire, secondaire, tertiaire ou même quaternaire, tout en développant des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Afin d'atteindre ces objectifs, il est impératif de renforcer le rôle et la place de la prévention dans le fonctionnement même de l'hôpital. Dans le contexte de lutte contre le tabagisme, les services d'addictologie jouent un rôle essentiel dans le domaine. Cependant, la tabacologie étant une spécialité relativement récente, elle n'est pas encore parvenue à s'imposer pleinement car elle n'était que peu considérée pendant longtemps par les pouvoirs publics. Et ce, malgré l'existence d'une littérature scientifique relativement riche sur les effets néfastes du tabac et sur les stratégies à mettre en place pour y faire face efficacement. Ainsi, pendant des années, peu de moyens ont

été investis pour mettre en place les stratégies adaptées à la lutte contre le tabagisme, qui n'était alors pas considérée comme prioritaire (Reynaud et al., 2000). Nous constatons encore aujourd'hui que les actions en addictologie restent trop peu soutenues et structurées. En effet, elles dépendent encore davantage des initiatives individuelles des soignants que d'un réel projet d'établissement. Le service de tabacologie détient ainsi une place stratégique au sein de l'hôpital pour promouvoir cette spécialité et accompagner les autres professionnels à s'en emparer. C'est pourquoi il serait bénéfique pour la qualité des soins que leur rôle et leur visibilité soit renforcés (Heno, 2011). Ainsi, avec ce virage préventif, les hôpitaux passeraient d'une logique de prise en charge individuelle, temporaire et cloisonnée, à un paradigme de responsabilité collective dont le but est de garantir un bon état de santé global des populations en partenariat avec les autres structures du territoire (Alla & Cambon, 2018).

2.2 Barrières et leviers identifiés dans la mise en place d'actions de lutte contre le tabagisme

2.2.1 Le potentiel manque d'adhésion du personnel

Avec le déploiement de cette politique de lutte active contre le tabagisme, il faut s'attendre à faire face à diverses résistances. Certaines personnes fumeuses, pour qui ce comportement symbolise leur appartenance à un groupe, peuvent voir en la stratégie LSST une « menace pour [leur] identité individuelle » (Menecier et al., 2022). Ce qui peut les conduire à rejeter instinctivement ce dispositif.

Un autre facteur pouvant être à l'origine de désaccord, peut être lié à la satisfaction de désobéir à l'ordre établi, notamment lorsque les individus sont en désaccord avec la hiérarchie de manière générale. En effet, spécifiquement dans le secteur hospitalier, où un profond mal-être peut être ressenti par les soignants, du fait des conditions de travail difficiles et du sentiment du manque de considération, peut engendrer une forme de « provocation transgressive » envers l'institution (Menecier et al., 2022). Cette transgression serait ainsi plus une réponse au contexte structurel de tension hospitalière que nous connaissons aujourd'hui, qu'au projet en lui-même. Ainsi, ces contestations peuvent être plus basées sur la forme que sur le fond. Certains soignants pouvant être favorables à la politique LSST, mais contre la manière dont elle a été instaurée. De plus, ces derniers peuvent également voir le projet LSST comme une atteinte supplémentaire à leur

autonomie, ou craindre que ce genre de dispositif ne fasse qu'augmenter leur charge de travail en raison de l'application de nouveaux protocoles. C'est pourquoi, il est important d'anticiper cette hausse d'activité pour pouvoir mieux la supporter, et rassurer à ce sujet.

Une étude réalisée aux Pays-Bas au sein de plusieurs entreprises, met en avant les freins et les leviers permettant de faciliter la participation des travailleurs à des programmes de sevrage tabagique (Fishwick et al., 2013). Il en ressort que les éléments qui font obstacles à cette mobilisation sont tout d'abord associés à une communication trop impersonnelle et générique. C'est le cas notamment lorsque l'on utilise les mails ou que l'on passe par l'intranet de l'établissement. La solution serait d'adopter un mode de communication plus proactif et personnalisé. Cela peut être possible en abordant le sujet directement avec les responsables afin que le sujet soit discuté dans un cadre de proximité et de confiance. Un autre élément rendant la campagne peu performante réside dans le fait d'aborder le sujet en employant un ton moralisateur, ce qui ne fait que rebuter les personnes concernées. C'est pourquoi, il peut être opportun de rappeler que les personnes ont la possibilité de s'engager dans une démarche de sevrage quand elles s'y sentent prêtes. En revanche, pour garantir l'efficacité du programme de prévention du tabagisme en contexte professionnel, il est important que les personnes qui assurent l'intervention, ne fassent pas partie de la hiérarchie et, dans l'idéal, que ce soient des figures de confiance pour les employés. Néanmoins, la direction doit tout de même se faire sentir présente pour ce programme en apportant son soutien à l'action pour que cela soit plus efficace auprès des salariés (Fishwick et al., 2013).

Un autre élément qui peut inciter les individus à participer, consiste à mettre en avant des situations de collègues qui ont essayé et pour qui cela a fonctionné. Cela peut alors créer une dynamique de groupe encourageante. De plus, le fait d'expliquer à tous les employés le but du programme et les avantages qu'il peut offrir à tout le personnel favorise également la participation, tout comme la récurrence du programme pour stimuler les équipes et ne pas perdre l'élan de motivation (Poole et al., 2019). Rappelons néanmoins que les programmes de sevrage tabagique en milieu professionnel ne fonctionnent que si les personnes sont elles-mêmes motivées à arrêter de fumer. Quand bien même l'action peut être jugée acceptable et importante, elle ne prendra pas si les individus n'ont pas, au préalable, le désir de changer de comportement. Le programme peut néanmoins œuvrer à susciter cette motivation, tout en aidant au mieux les fumeurs désireux d'arrêter. Mais il est important d'adapter la campagne en fonction de ces différentes cibles (Fishwick et al., 2013). Il faut donc garder en tête qu'une même action ne pourra pas toucher tous les profils de fumeurs (Gallopel-Morvan et al., 2019; Prochaska et al., 1992).

Ainsi, avant de pouvoir mettre en place les actions envisagées, il est essentiel de sensibiliser et d'informer à la fois les usagers et les professionnels du centre hospitalier sur les dangers du tabagisme, actif comme passif³, et les avantages d'un environnement de vie sans tabac (cf. annexe n°3). Cet aspect est essentiel, car nous savons qu'il s'agit encore aujourd'hui d'une thématique encore trop peu connue et sujette à plusieurs idées reçues. A titre d'exemple, en 2021, 54,8 % des Français estimaient que « *faire du sport permet de se nettoyer les poumons du tabac* » (Santé Publique France, 2023). Une autre idée reçue répandue concerne le fait de croire que le facteur de risque le plus important dans le développement d'un cancer du poumon est la quantité de cigarettes fumées plutôt que l'ancienneté de la consommation, alors que c'est en réalité l'inverse (Santé Publique France, 2023). On observe une certaine méconnaissance générale vis-à-vis du tabac, et ces quelques exemples mettent en lumière le besoin de poursuivre régulièrement la sensibilisation en direction du grand public afin de réfuter certaines croyances erronées sur le sujet. Cette sensibilisation peut s'organiser de différentes manières via l'organisation de journées de sensibilisation, de conférences, d'animations ludiques (quizz sur le tabac, ateliers diététiques, sportifs, détente...) lors d'évènements spéciaux comme la journée mondiale sans tabac ou encore le Mois sans tabac. Cette sensibilisation permet ainsi de convaincre les individus de l'utilité du programme.

Notons tout de même que ce genre de mesures anti-tabac peuvent mettre du temps à s'installer, car l'évolution des attitudes et des normes peut nécessiter une maturation de quelques mois, voire années (Králíková & Pánková, 2020).

2.2.2 Les externalités négatives que peuvent engendrer les campagnes anti-tabac

Il est important de ne pas omettre les effets pervers qui sont susceptibles d'apparaître avec le déploiement de ce genre de campagne de prévention. En effet, le but des actions de lutte contre le tabagisme est de rendre la substance moins désirable et moins socialement acceptée. L'ensemble de ces mesures sont légitimées par le fait qu'elles agissent dans l'intérêt collectif (cf. annexe n°4). Néanmoins, ces actions peuvent parfois être à l'origine d'une image dépréciée des personnes fumeuses car « la dévalorisation d'un comportement (dénormalisation) peut s'accompagner de la dévalorisation des personnes qui adoptent ce comportement (stigmatisation) » (Saetta et al., 2020). La même étude démontre, qu'en France, les fumeurs étaient perçus négativement en société, et

³ Le tabagisme passif désigne le fait de respirer involontairement la fumée issue de la combustion d'une cigarette.

qu'ils étaient parfois associés à une forme d'irresponsabilité, aussi bien dans la sphère professionnelle que personnelle.

Cette stigmatisation des fumeurs peut paraître injuste, plus particulièrement pour les fumeurs qui essaient d'arrêter mais n'y parviennent tout simplement pas. Le tabagisme constitue ainsi pour eux davantage un comportement dont ils souhaiteraient se détacher que d'un réel choix assumé. Notons que 25 % des fumeurs quotidiens ont déjà essayé d'arrêter sans succès (Saetta et al., 2020). Les fumeurs peuvent aussi souffrir d'auto-stigmatisation en ressentant de la culpabilité ou de l'embaras vis-à-vis de leur propre consommation. L'objectif n'est pas de créer de la honte, de l'ostracisation ou encore une baisse de l'estime de soi auprès des fumeurs, car ces derniers auront besoin de se sentir en confiance et encouragés pour réussir leur sevrage. C'est pourquoi il est important de garder en tête que la finalité de ces actions est moins de faire la guerre aux fumeurs que la guerre au tabac.

Bien que les individus soient globalement favorables à ce que l'on sépare dans l'espace public les fumeurs des non-fumeurs, nous constatons que les opinions divergent quant à la manière de le faire. Certains sont favorables à mettre en œuvre le minimum de restrictions pour les fumeurs, tandis que d'autres sont pour des mesures beaucoup plus drastiques allant jusqu'à l'interdiction stricte (Serafin et al., 2014). Ces opinions divergentes témoignent d'un rapport au tabac qui diffère énormément selon les personnes allant de l'indifférence, à l'empathie en passant par le dégoût. Cette question relève aussi celle de l'occupation de l'espace commun et de la façon dont les personnes ont envie de le partager.

Ainsi, pour améliorer les chances d'obtenir un consensus, il serait judicieux de considérer à la fois la liberté individuelle et la responsabilité collective de contrôler et de limiter le tabagisme dans un établissement de soins de santé (Serafin et al., 2014), tout en restant vigilant à ne pas tomber dans la stigmatisation et la culpabilisation excessive des fumeurs.

2.2.3 Les obstacles à l'initiation de la prise en charge tabacologique par les professionnels de santé

Malgré l'efficacité démontrée de la prise en charge tabacologique par un professionnel, il est rare que les praticiens considèrent, dans leurs pratiques quotidiennes, le statut tabagique de leurs patients. A quelques exceptions près, au sein des services d'anesthésie ou des maternités par exemple, ou lorsque le patient souffre de comorbidités particulières ou de pathologies directement

imputées au tabagisme (Reynaud et al., 2000; Tran Luy et al., 2020). En dehors de ces cas de figure spécifiques, rares sont les praticiens qui interrogent spontanément leur file active sur leur statut tabagique. Et lorsque ce dernier est connu, les professionnels de santé ne cherchent pas forcément à l'évaluer et à creuser le sujet (Reynaud et al., 2000). La circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé énonce pourtant clairement le devoir de prise en charge du tabagisme, aussi bien pour les patients que les professionnels, par la structure, qui doit pouvoir leur proposer un accompagnement adapté. De plus, la circulaire souligne le devoir qu'ont les professionnels vis-à-vis de leurs patients dans l'accompagnement au sevrage tabagique, car cela fait pleinement partie du parcours de soin du patient. Mais, dans les faits, cette obligation déontologique n'est pas toujours respectée, et il y a encore des progrès à accomplir en ce sens. Le baromètre mesurant les perceptions des Français par rapport au cancer révèle, qu'en 2021, seuls 22.5 % des fumeurs ont abordé la question du tabac avec un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois (Santé Publique France, 2023). Et lorsque le sujet est abordé, cela ne l'est en général qu'auprès d'un certain type de patients fumeurs, à savoir majoritairement des hommes, ayant déjà des problèmes de santé apparus liés au tabagisme, et étant vus régulièrement par le praticien (Cogordan et al., 2020). Cela exclue donc une bonne partie des fumeurs.

Une multitude de freins existent et expliquent le fait que les professionnels n'abordent pas systématiquement cette question avec leurs patients. Tout d'abord, il ressort du discours des professionnels que le manque de temps en consultation est un élément bloquant important (Cogordan et al., 2017). Certains praticiens déplorent aussi le manque de rémunération spécifique pour ces actes (Cogordan et al., 2017). De plus, le fait que les praticiens consomment eux-mêmes du tabac peut influencer leurs propres perceptions des risques qui y sont liés (MILDECA, 2019). Le manque de connaissances sur le sujet ou la non-appartenance à des réseaux d'addictologie constituent aussi des obstacles non négligeables pour les praticiens, qui peuvent alors se sentir peu légitimes à aborder le sujet (Cogordan et al., 2020).

Un autre facteur bloquant réside dans la persistance de l'idée selon laquelle le tabagisme ne constituerait qu'une mauvaise habitude à changer et que son arrêt ne reposerait que sur la simple volonté du fumeur. Il s'agit de stéréotypes préjudiciables, encore répandus parmi les soignants, qui sont importants de déconstruire afin de ne pas sous-estimer la difficulté d'arrêter de fumer. Nous savons aujourd'hui que 62 % des médecins généralistes de ville n'ont pas bénéficié de formation en addictologie (MILDECA, 2019). Ce manque de formation en tabacologie peut entraîner

des mauvaises prises en charge via des dosages de traitements nicotiques de substitution (TNS⁴) inappropriés, ou encore la transmission d'informations erronées (Reynaud et al., 2000). A titre d'exemple, une infirmière rencontrée confiait qu'elle avait connu une patiente dont le médecin traitant avait refusé de lui prescrire des TNS, car il pensait que cela était contre-indiqué lorsque l'on souffrait de problèmes cardiaques. En réalité, il faut savoir qu'il n'existe aucune contre-indication à l'utilisation de TNS (SRAE addictologie Pays de la Loire, 2023). Le manque de formation des professionnels participe ainsi à la propagation d'informations fallacieuses et d'idées reçues sur le sujet et peut même aller jusqu'à entraver les tentatives de sevrage des patients fumeurs.

Il est également récurrent de voir des soignants renoncer à proposer une aide au sevrage tabagique lorsqu'ils constatent que leur patient n'est pas motivé à le faire, en pensant que cela est vain et ne serait pas utile tant que la demande de sevrage ne proviendra pas du patient lui-même (Heno, 2011). Un autre élément qui peut expliquer ce phénomène est la crainte qu'une tentative de sevrage tabacologique ne fasse qu'augmenter les problèmes de santé mentale du fumeur, ou détériore la relation que le professionnel entretient avec le patient (Cogordan et al., 2020; Pilnick & Coleman, 2006). Certains professionnels n'osent également pas proposer de sevrage aux patients souffrant de pathologies lourdes, car ils peuvent spontanément penser qu'il est trop difficile d'arrêter de fumer et de combattre un cancer en même temps, et peuvent alors considérer le tabagisme comme un réconfort pour l'utilisateur (RESPADD & ARS Bretagne, 2021).

Au-delà du fait que certains soignants ne proposent pas systématiquement un sevrage tabacologique à leurs patients, il arrive aussi que les fumeurs refusent eux-mêmes de parler de leur consommation à un professionnel de santé. En effet, beaucoup d'entre eux craignent devoir faire face à un discours anti-tabac culpabilisateur, ou n'osent tout simplement pas aborder le sujet de peur que le praticien ne soit pas compétent pour traiter cette problématique. De plus, la plupart des usagers n'ont pas connaissance des services d'aide à l'arrêt existants, ce qui explique ce non-recours important aux soins (Gallopel-Morvan et al., 2021; Heno, 2011). D'où l'importance que le praticien engage la conversation sur le sujet et puisse éventuellement réorienter le patient.

⁴ Les traitements nicotiques de substitution sont des dispositifs médicaux, contenant de la nicotine, utilisés dans le sevrage tabagique pour remplacer les cigarettes. Ils permettent de ne plus fumer tout en atténuant la sensation de manque provoquée par l'arrêt. Il existe différents types de TNS repartis en deux catégories : les TNS de première intention (patchs, comprimés, gommes, inhalateur etc.), et les TNS de deuxième intention (traitement médicamenteux à base de varénicline ou de bupropion par exemple), utilisés lorsque les TNS de première intention n'ont pas été suffisants (RESPADD, 2020).

Ce non-recours au soin peut aussi être accentué par le fait que le tabagisme soit avant tout considéré comme un comportement lambda avant de constituer un problème de santé. Par conséquent, son arrêt n'est pas toujours perçu comme relevant du domaine médical (Le Houezec & Morel, 2019; Menecier et al., 2022). Ce qui peut expliquer le fait qu'entre 50 et 80 % des fumeurs essaient d'arrêter seuls, sans consulter un professionnel de santé pour les aider (Le Houezec & Morel, 2019). Nous pouvons supposer que les fumeurs ont parfois tendance à minimiser l'emprise de l'addiction sur ce comportement. En revanche, il faut tout de même être vigilant à ne pas trop médicaliser la prise en charge tabacologique et ainsi, à ne pas omettre sa dimension psycho-sociale. C'est pourquoi prescrire seulement des TNS ne suffira pas toujours, cela doit aussi parfois s'accompagner d'un soutien émotionnel et d'une aide au changement comportemental. La seule prise en charge somatique ne pouvant conduire constamment à un sevrage durable (Heno, 2011). Certains fumeurs peuvent aussi ne pas consulter du fait que les traitements nicotiques de substitution leur paraissent assez rebutants. Ces derniers octroyant tout de suite une dimension thérapeutique à ce comportement, qui initialement, pouvait être considéré comme simplement personnel et anodin pour le fumeur. On constate néanmoins que la vente de TNS en pharmacie en France a connu une hausse de 4.7 % en 2022 par rapport à 2021. La même année, on observait également une hausse de 4.9 % de bénéficiaires d'au moins un TNS (OFDT, 2023b). Cet élément révèle donc d'un intérêt croissant des fumeurs pour l'utilisation de TNS qui sont peut-être de plus en plus normalisés et admis comme étant efficaces.

En somme, la formation continue en tabacologie est essentielle pour permettre aux professionnels de santé d'adopter une attitude proactive et d'initier eux-mêmes la discussion sur le tabagisme. En l'absence de sensibilisation, il est fréquent que les professionnels de santé ne se limitent qu'à répondre aux interrogations des patients, plutôt que de prendre eux-mêmes l'initiative de discuter du sujet. Outre la formation des professionnels en exercice, il est également important de former les étudiants en santé dès leur formation initiale. Pour aider les professionnels à se familiariser avec la démarche en tabacologie, le RESPADD a publié le guide « prendre en charge les fumeurs dans les lieux de santé » ou encore le livret « premiers gestes en tabacologie » résumant les principales informations à avoir pour prendre en charge un patient fumeur. Ces livrets peuvent aussi constituer des « pense-bête » en cas d'oubli de certaines procédures.

2.3 Cadre réglementaire en matière de tabac : les objectifs à différentes échelles

En 2005, la France, ainsi que plus de 180 autres pays (soit plus de 90 % de la population mondiale), ratifient la Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac de l'OMS, premier traité international de santé publique en matière de tabagisme (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2021). Le but de ce traité est d'agir aussi bien sur la diminution de l'offre de tabac que sur la diminution de sa demande. Les pays signataires s'engagent alors à mettre en œuvre des politiques de lutte contre le tabagisme en aidant les fumeurs à arrêter, en désincitant les jeunes à commencer, et en protégeant les non-fumeurs du tabagisme passif dans les lieux publics (OMS, 2003).

L'Union Européenne (UE) a aussi exprimé sa position sur la question du tabac en publiant un rapport en 2013 résumant des recommandations du Conseil sur les environnements sans tabac (Commission Européenne, 2023b). Ce dernier reconnaît les méfaits de la fumée de tabac ambiante (FTA), ainsi que le lien entre l'exposition à cette fumée secondaire et la probabilité accrue de commencer à fumer. Afin de lutter contre ce phénomène, l'UE recommande de développer des politiques intersectorielles de lutte contre le tabagisme et notamment, des mesures permettant de limiter l'exposition à la FTA sur les lieux clos à usage collectif (Conseil de l'Union Européenne, 2009). Il existe également, à l'échelon européen : *the European Network for Smoking and Tobacco Prevention*, qui est une organisation à but non lucratif. Son principal objectif étant de réduire d'ici à 2040 la prévalence du tabagisme en Europe à moins de 5 % (contre environ 30 % aujourd'hui) tout en œuvrant pour gommer les inégalités sociales de santé (ENSP, 2023).

À l'échelle nationale, la première loi relative au tabac est la loi Veil de 1976, qui lutte contre les méfaits du tabagisme en interdisant notamment de fumer dans certains lieux publics comme les hôpitaux et les écoles (Gachelin, NC). Puis en 1991, la loi Évin renforce ces mesures en interdisant de fumer dans les locaux à usage collectif. Le décret Bertrand de 2006 étend, quant à lui, l'interdiction de fumer à d'autres lieux publics dont les établissements de santé, les lieux publics fermés ainsi que les espaces de travail clos (Santé Publique France, 2019b). Ces textes législatifs ont ensuite été complétés par différentes mesures et objectifs en la matière, qui ont fait l'objet d'un déploiement progressif par l'intermédiaire de différents plans nationaux (cf. annexe n°5). Nous pouvons spécialement citer les plans cancer (2003-2007 ; 2009-2013 ; 2014-2019), auxquels s'adjoint le Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) 2018-2022 (OFDT, 2021). Nous allons, à ce titre, nous attarder ici sur trois d'entre eux et expliciter leurs objectifs et leurs recommandations.

Tout d'abord, la stratégie nationale de réduction du tabagisme 2014-2019 a pour objectif de diminuer le taux de fumeurs quotidiens chez les moins de 17 ans à 16 % d'ici à 2027, et de faire en sorte que les enfants nés après 2014 constituent la première génération d'adultes non-fumeurs d'ici 2032 (ce qui correspond à moins de 5 % de fumeurs parmi cette population) (RESPADD, 2019b). Par ailleurs, le plan décennal de lutte contre les cancers 2021-2030 affiche une volonté, en matière de prévention, d'arriver progressivement à une « société sans tabac ». Le plan précise aussi que les méfaits du tabac restent encore trop méconnus du grand public tant bien sur le plan de la santé, que sur le plan environnemental⁵ et économique⁶. Ainsi, la stratégie prône la visée future d'une « société qui [...] n'accepte plus de donner une place au tabac » (Institut National du Cancer, 2023). Enfin, la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 précise que, pour diminuer la prévalence de tabagisme, « l'usage du tabac doit être débanalisé et une proposition de sevrage être faite systématiquement ». C'est pourquoi cette stratégie se fixe pour objectif d'augmenter significativement la part de prise en charge des conduites addictives au sein de la file active des établissements de santé. En effet, nous savons aujourd'hui que seules un peu moins de 20 % des personnes étant confrontées à un comportement addictif avec substance bénéficient d'un traitement (MILDECA, 2023).

Une des solutions unanimement proposées par ces différents programmes est de développer massivement les lieux sans tabac sur le territoire. Il s'agit en effet d'une solution qui apparaît comme étant la plus complète pour pouvoir répondre aux enjeux précédemment cités. Bien que, cette dernière ne suffira pas en elle-même et qu'elle devra bien sûr être complétée par d'autres politiques publiques de nature différente, notamment en termes de taxation.

Concernant notre territoire d'action, à savoir la ville de Laval, il est important de noter que la région des Pays de la Loire, dont elle fait partie, présente une prévalence du tabagisme qui est inférieure à la moyenne nationale (22,4 % en 2021 contre 31,9 % de moyenne nationale) (Association Addiction France Pays de la Loire, 2022). Cependant, la région œuvre tout de même pour lutter contre cette épidémie au même titre que les autres territoires Français. En effet, la lutte contre les addictions est l'une des cinq priorités du Plan Régional de Santé 2018-2022 des Pays de la Loire (ARS Pays de la Loire, 2022). Ce dernier vise, à ce titre, à soutenir « la création

⁵ L'industrie du tabac est responsable de l'émission de 84 mégatonnes de dioxyde de carbone chaque année et participe à la destruction de 3.5 millions d'hectares de terres agricoles (MILDECA, 2023).

⁶ Nous estimons à 156 milliards d'euros le coût social du tabagisme en France en 2019 (OFDT, 2023a). De plus, nous estimons qu'à l'échelle individuelle, l'arrêt du tabac équivaut à un gain moyen de pouvoir d'achat de 2 500 euros par an (MILDECA, 2023).

d'environnements favorables à la réduction du tabagisme via [...] la signature des chartes Hôpital Sans Tabac » dans l'objectif d'accroître le repérage précoce et l'orientation vers les professionnels ressources.

2.4 Le dispositif Lieu de Santé Sans Tabac

Comme nous l'avons explicité, le RESPADD met à disposition des structures hospitalières désireuses de s'engager dans la stratégie LSST, un guide regroupant les informations essentielles à avoir sur le sujet ainsi que divers conseils et recommandations de bonnes pratiques. Cela permet ainsi d'accompagner au mieux les structures, en décrivant de façon très complète les différents aspects de la politique sans tabac. Cette dernière étant multidimensionnelle et pas toujours simple à aborder à premier abord.

Ce guide est composé de quatre grandes parties :

1. La stratégie pour un hôpital sans tabac
2. La réglementation
3. L'organisation du parcours de soin du fumeur
4. La formation des personnels

Nous allons ici détailler plus en profondeur ces différents pans de la stratégie.

2.4.1 La méthodologie promue par le RESPADD pour mettre en place la politique Lieu de Santé Sans Tabac

La politique LSST vise à changer les pratiques, aussi bien des professionnels que des usagers fumeurs, ce qui nécessite d'instaurer une nouvelle réglementation. Le RESPADD recommande alors d'intégrer ces nouvelles mesures dans le règlement intérieur de l'établissement afin de les faire connaître et de garantir leur bon respect. Il est en effet crucial que les agents de l'établissement en soient bien informés afin qu'ils puissent relayer ces informations aux visiteurs.

Bien que la stratégie LSST soit souvent associée à la responsabilité des soignants, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une politique globale qui nécessite l'engagement de l'ensemble des professionnels du centre hospitalier. En effet, chacun a un rôle à jouer dans la mise en place de cette politique. Dans un premier temps, il est crucial que les organes de gouvernance du centre

Marie Le Baron - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

hospitalier soutiennent et portent la stratégie LSST au niveau institutionnel. Ce sont ces derniers qui ont le pouvoir de changer la réglementation en vigueur, et qui ont pour responsabilité d'agir en faveur d'un environnement protecteur et sécurisé pour les patients et les professionnels de l'établissement. A ce titre, l'établissement peut signer la Charte Lieu de Santé Sans Tabac marquant son engagement dans la démarche (cf. annexe n°6). En plus de la direction, le projet concerne également l'ensemble des autres professions présentes à l'hôpital. Cela inclut la direction des ressources humaines pour les questions de conditions de travail et de formation du personnel, ainsi que les directions de la communication, du budget, des travaux, des affaires médicales et de la qualité des soins pour la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie. Par ailleurs, les personnels de sécurité, d'accueil, de propreté et d'entretien des espaces verts ont aussi leur rôle à jouer dans la mise en place de la stratégie LSST et dans son bon respect. Ainsi, nous voyons que cette stratégie ne peut vivre sans l'investissement de tous les corps de métier qui composent la structure. Néanmoins, cette approche requiert une vision à long terme, car elle implique la modification des comportements, des protocoles de prise en charge et, plus globalement, des normes sociales.

Dans son guide, le RESPADD promeut une méthodologie de projet, dont le but est d'être itérative, pour permettre l'amélioration continue de la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac au fil du temps. Celle-ci débute par la réalisation d'un diagnostic permettant de faire un constat de ce qui existe et est déjà mis en place au moment de l'étude. Cet état des lieux peut se faire avec des outils mis en place par le RESPADD comme l'audit Hôpital Sans Tabac et/ou l'enquête par questionnaire « tabagisme en blouse blanche » par exemple. L'audit est un outil d'auto-évaluation dont le score reflète l'état d'avancement de l'établissement vers un Hôpital Sans Tabac. Cet audit permet, selon le score, d'octroyer une certification bronze, argent ou or (cf. Annexe n°7). L'enquête tabagisme en blouse blanche quant à elle, existe en deux formats : un à destination des professionnels, et un à destination des usagers et visiteurs. Cette enquête permet d'évaluer le rapport qu'ont les professionnels de l'établissement et les patients au tabac et à sa prise en charge (cf. annexe n°8). Précisons qu'il est possible de compléter ce diagnostic en collectant des données spécifiques à l'établissement, avec l'aide de ses propres moyens et outils. La seconde étape consiste à cibler des axes d'interventions prioritaires et à établir leur planification. La démarche LSST étant un processus graduel, il est impossible d'atteindre tous les objectifs de la charte en une année. Par conséquent, il est préférable de sélectionner quelques points à améliorer dans un calendrier réaliste afin de progresser pas à pas. L'étape suivante est de mettre en œuvre concrètement ces actions prioritaires. Rappelons qu'il est important de communiquer sur toutes ces actions au fur et à mesure de leur avancement. Enfin, il s'agit d'évaluer ces dernières, afin de savoir si elles ont été efficaces et s'il convient de les rectifier ou non. Au fur et à mesure de l'avancement dans le projet

LSST, cette méthodologie peut revenir à sa première étape de diagnostic pour pouvoir la compléter ou l'améliorer. Pour se faire, le RESPADD recommande d'établir un Comité de Pilotage (COFIL) et de désigner un responsable de projet LSST, qui y est exclusivement dédié, afin de coordonner l'avancement du dispositif.

2.4.2 La prise en charge des fumeurs

La stratégie LSST ne se cantonne pas uniquement à l'extension des périmètres non-fumeurs, mais vise également à transformer profondément l'organisation des soins au sein de l'établissement. L'objectif est que tout patient qui vienne à l'hôpital, même pour un motif complètement indépendant de sa consommation de tabac, soit interrogé systématiquement sur son statut tabagique, afin d'en adapter la prise en charge. Ce dernier devrait ainsi être retranscrit dans le dossier médical partagé afin que les autres professionnels de santé qui vont suivre le patient puissent en être informés et poursuivre l'accompagnement en ce sens.

En 2021, six fumeurs quotidiens sur dix souhaitent arrêter leur consommation de tabac (OFDT, 2023c). La même année, 30 % des fumeurs quotidiens ont fait une tentative d'arrêt pendant au moins une semaine (Pasquereau et al., 2022). Il apparaît donc aujourd'hui que la majorité des fumeurs souhaitent arrêter de fumer, mais sans toujours parvenir à leurs fins. Par ailleurs, des tentatives d'arrêt infructueuses peuvent régulièrement entraîner une perte de confiance en soi, voire une perte de motivation pour le fumeur, qui peut avoir l'impression que cela est trop difficile, ce qui peut aussi le décourager à aller consulter un professionnel pour se faire aider. Mais il est désormais établi que les probabilités de se libérer de la dépendance au tabac sont accrues de 70 % lorsque les fumeurs sont pris en charge par des professionnels par opposition à une démarche en solitaire (Stead et al., 2013). En effet, bien que le sevrage soit un processus solitaire et personnel, les fumeurs souhaitant arrêter sont tout de même sensibles au soutien relationnel et à l'accompagnement afin de mieux vivre et surmonter cette étape (Santé Publique France, 2022a). De plus, parmi les fumeurs qui utilisent des TNS, nous remarquons que ceux-là sont souvent mal utilisés : en sous-dose ou pendant une durée insuffisante (Le Houezec & Morel, 2019). Il apparaît donc nécessaire de favoriser leur accès aux services d'accompagnement au sevrage afin que celui-ci se passe dans les meilleures conditions et soit plus efficace. D'autant plus que beaucoup de fumeurs craignent que le sevrage entraîne une prise de poids, du stress ou encore la perte de liens sociaux. Un accompagnement par des professionnels de santé permettrait ainsi d'éviter ces effets

non désirés de façon sereine et de compléter ce suivi médical par des programmes sportifs ou de bien-être (Gallopel-Morvan et al., 2021).

Lorsque la prise en charge tabacologique est assurée par un professionnel, celle-ci se décline en trois phases : la préparation au sevrage, la thérapie de sevrage, et enfin la prévention de la rechute (Errard-Lalande, 2005) (cf. annexe n°9). Il s'agit donc d'un suivi long terme assuré par les tabacologues, qui s'avère parfois nécessaire quand nous savons que les rechutes peuvent être courantes (Reynaud et al., 2000, p. 3). L'idée n'est pas que tous les professionnels deviennent experts en la matière, mais qu'ils en acquièrent les connaissances fondamentales afin d'y participer partiellement, en collaboration avec les tabacologues (Reynaud et al., 2000). En effet, bien que ce soit le professionnel addictologue qui assure la majorité du suivi, les autres professionnels de santé qui gravitent autour du patient ont aussi leur rôle à jouer dans son parcours de soin afin d'assurer cette continuité (Heno, 2011). Pour d'aider les professionnels à suivre cette démarche, la Haute Autorité de Santé ainsi que le RESPADD recommandent d'utiliser la méthode des « 5 A » qui permet de réaliser un accompagnement complet (HAS, 2014; RESPADD, 2020). Celle-ci se décline comme suit :

- *Ask* : interroger le statut tabagique du patient
- *Advise* : conseiller l'arrêt du tabac
- *Assess* : évaluer la motivation du patient à arrêter le tabac
- *Assist* : assister le patient dans le sevrage en lui proposant des solutions
- *Arrange* : s'assurer du suivi tabacologique

Ces cinq étapes sont à suivre chronologiquement et lors de toute consultation avec un patient. Le but est que cela devienne une procédure de routine et, qu'en cas de réponse positive à la première question, cela permette au professionnel de savoir quoi faire et de pouvoir orienter au mieux le patient. Ensuite, la prise en charge peut être approfondie par un tabacologue, qui peut notamment réaliser des tests de dépendance à la nicotine (Laqueille & Lucet, 2017). Après avoir réalisé ce diagnostic, l'enjeu est d'établir une stratégie thérapeutique entre le patient et le professionnel (Heno, 2011). Plus la prise en charge sera adaptée à la situation singulière de l'utilisateur, de ses besoins et de ses envies, plus celle-ci sera efficace (Gallopel-Morvan et al., 2021). Lors de ces séances, il s'agit aussi de constater comment le patient vit le sevrage, s'il ressent le manque ou non, s'il a recommencé à fumer ou non, ou encore, comment il gère les situations festives ou stressantes⁷. Ici, le patient est bien acteur de sa prise en charge, qu'il coconstruit avec le

⁷ Observations réalisées lors de consultations tabacologiques avec une infirmière de l'ELSA au CH de Laval.

professionnel qui le suit. En effet, le rapport au tabac pouvant varier d'un fumeur à l'autre, il est important que la stratégie de sevrage lui soit adaptée.

Il est également essentiel d'assurer un suivi postopératoire, en continuant l'accompagnement par l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ou en établissant un lien avec le médecin généraliste ou avec d'autres services d'addictologie pour qu'ils puissent prendre le relais, et ainsi, assurer la continuité du parcours de soin. En effet, la prise en charge des fumeurs doit permettre la coordination et la fluidité du suivi avec les autres professionnels de santé en dehors de l'hôpital, afin que cette prise en charge se poursuive après la sortie de l'hôpital. Pour mener à bien ce plan d'action, l'hôpital peut aussi s'appuyer sur des soutiens externes tels que des associations ou des réseaux d'addictologie au niveau départemental ou régional. Le but est ainsi d'instaurer une logique territoriale de promotion de la santé et de prévention. C'est pourquoi le partenariat ville-hôpital est un aspect essentiel pour une collaboration cohérente et harmonieuse sur le maillage territorial.

Précisons que le personnel doit pouvoir bénéficier des mêmes aides pour arrêter ou diminuer leur consommation de tabac, au même titre que les usagers. En 2018, des études estimaient qu'entre 15 et 31 % des soignants hospitaliers étaient fumeurs dont 75 % avaient déjà essayé d'arrêter de fumer, et deux tiers dont c'était le projet (Nagahapitiye et al., 2018). Cela nous montre que les soignants sont tout aussi concernés par le problème du tabagisme que les patients, et ne sont pas exempts d'avoir les mêmes besoins en accompagnement qu'eux. Le service de santé au travail peut alors se révéler être un intermédiaire intéressant pour aborder la question avec les professionnels. De cette façon, un praticien qui a lui-même bénéficié de ces aides pourra aussi mieux conseiller ses propres patients et les motiver à passer le pas.

2.5 Des bénéficiaires avérés, pour les centres hospitaliers, de devenir des Lieux de Santé Sans Tabac

Les avantages pour un centre hospitalier de devenir un Lieu de Santé Sans Tabac sont multiples. Ce projet permet tout d'abord de répondre à des préoccupations évidentes en matière de santé publique, et permet d'être en cohérence avec l'image attendue d'un lieu de soin. Il apparaît d'autant plus pertinent de mettre en œuvre une politique active de lutte contre le tabagisme en milieu hospitalier étant donné qu'il s'agit d'un lieu où la concentration de fumeurs y est en moyenne plus importante en comparaison avec la population générale. Cette

surreprésentation s'explique par l'agrégation de patients fumeurs qui y sont suivis pour l'apparition de problèmes de santé liés à leur consommation (Menecier et al., 2022). L'hôpital accueille aussi des femmes enceintes, ainsi que des personnes ayant des comorbidités importantes, qui constituent des populations à risque et auprès de qui il est capital d'accentuer la prévention du tabagisme. Rappelons que la France présente un taux de tabagisme chez les femmes enceintes parmi les plus élevés d'Europe (Dochez & Diguisto, 2020). Le but est que chaque passage à l'hôpital soit l'opportunité d'arrêter ou de diminuer sa consommation de tabac, ou du moins de s'informer sur le sujet.

Un autre facteur qui encourage le déploiement du dispositif LSST au sein d'un centre hospitalier, concerne son aspect économique et l'optimisation de la performance. En effet, il est avéré que le tabagisme des professionnels engendre une baisse de la productivité et une hausse de l'absentéisme (Le Denmat & Dewitte, 2019). Les fumeurs ont ainsi statistiquement plus d'arrêts maladie que les non-fumeurs (entre trois à sept jours supplémentaires par an) (Králíková & Pánková, 2020). De plus, le tabagisme des professionnels peut être à l'origine de tensions parmi les équipes, notamment du fait des pauses cigarettes qui sont prises par les fumeurs, qui peuvent ainsi mettre en difficulté les collègues non-fumeurs qui se retrouvent à devoir gérer le service en sous-effectif (Menecier et al., 2022). Par ailleurs, la baisse du tabagisme permet également d'améliorer l'efficacité des soins pour les patients. En effet, en plus d'être bénéfique pour le bien-être de l'utilisateur, cela permet avant tout d'améliorer l'efficacité des traitements, la tolérance vis-à-vis de ces derniers, ainsi que de diminuer le risque de récurrence et d'apparition d'une nouvelle maladie. Et ce, même si l'on est atteint d'une pathologie grave et à un stade avancé (Menecier et al., 2022). D'autre part, le fait d'arrêter de fumer six à huit semaines avant une intervention chirurgicale permet de diminuer drastiquement le risque de complications post-opératoires. En effet, les fumeurs sont beaucoup plus exposés que les non-fumeurs à ces complications, avec un risque trois fois plus accru de nécessiter un passage en réanimation et avec une durée moyenne de séjour plus longue. Ce sevrage permet ainsi une meilleure cicatrisation des tissus organiques (Dautzenberg et al., 2005; Peiffer et al., 2013).

Le développement de cette stratégie permet donc, sur le long terme, d'améliorer la prise en charge des patients et de leur état de santé, tout comme celui des professionnels, ainsi que les performances de l'établissement. C'est pourquoi l'arrêt du tabac est une mesure très rentable pour l'hôpital. Enfin, notons que l'arrêt du tabagisme est toujours bénéfique pour les individus, aussi bien en termes d'espérance de vie que de qualité de vie, et qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer puisqu'on y trouve des bénéfices à tout âge.

3 Contexte de l'étude

Les données issues de ce mémoire ont été collectées lors de mon apprentissage au sein du service coordination du Département Santé Publique, qui fait partie du pôle Territoire et Coopération du centre hospitalier de Laval, en Mayenne. Le CH de Laval est un établissement public qui compte plus de 2 400 salariés (soignants et administratifs confondus) et dispose de plus de 1 129 lits et places dont 519 dans le secteur médico-social. Il fait également partie du Groupement Hospitalier de Territoire des Hôpitaux de la Mayenne et du Haut-Anjou. C'est l'établissement de recours en Mayenne pour de nombreuses spécialités telles que la réanimation, la cardiologie, la neurologie, la pneumologie, les soins de suite, la pédiatrie ou encore la pédopsychiatrie.

L'aile addictologie du Département Santé Publique comprend plus spécifiquement le Centre de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et l'équipe de Liaison et de Soins en Addictologie. L'ELSA, à la différence du CSAPA, réalise des consultations en interne au sein du centre hospitalier, à destination des patients hospitalisés et des personnels de l'établissement. Le CSAPA quant à lui, s'occupe exclusivement des consultations externes à l'hôpital.

En 2022, les équipes du Département Santé Publique ont validé l'appel à projet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et ont obtenu un financement sur trois années pour mettre en place le projet Lieu de Santé Sans Tabac à l'hôpital de Laval. La Mayenne étant le seul département de la région Pays de La Loire à ne disposer d'aucun Lieu de Santé Sans Tabac public, le CH de Laval serait ainsi le premier. Afin d'orchestrer sa mise en œuvre, les équipes de coordination ont décidé d'engager un.e étudiant.e en santé publique en alternance afin que ce.tte dernier.ère s'occupe exclusivement, pendant plusieurs mois, des premières étapes de mise en œuvre du dispositif. C'est pourquoi j'ai été sélectionnée en tant qu'apprentie en deuxième année de master.

4 Méthodologie

Dans cette partie, nous allons détailler la méthodologie que nous avons utilisée pour atteindre nos objectifs énoncés en introduction. Nous allons ainsi présenter les outils, techniques et ressources que nous avons mobilisés pour mener à bien le dispositif LSST. Nous allons aussi présenter la démarche que nous avons utilisée pour tirer des enseignements de cette expérience et pour prendre la distance nécessaire afin de contribuer, à notre échelle, à l'amélioration des stratégies de mise en œuvre du projet Lieu de Santé Sans Tabac.

Le volet intervention de cette recherche s'appuie, dans un premier lieu, sur l'application de la méthodologie promue par le guide « Hôpital Sans Tabac » du RESPADD. La démarche de mise en œuvre de la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac au centre hospitalier de Laval s'inspire grandement de ce guide, mais précisons néanmoins que nous ne l'avons pas suivi de manière totalement stricte et que nous avons dû adapter certaines des recommandations à notre situation. Notons que le guide du RESPADD ne décrit pas des étapes linéaires à suivre dans un ordre précis. Il y présente davantage des grands thèmes pour lesquels la stratégie LSST nécessite d'agir. Ainsi, l'agencement des actions mises en œuvre par le centre hospitalier de Laval est purement arbitraire. Il est donc possible d'organiser la politique LSST selon un ordre différent, en fonction des besoins et des priorités de chaque établissement. La stratégie préconisée par le RESPADD englobe également des instruments permettant de réaliser un diagnostic, tels que des questionnaires « tabagisme en blouse blanche » conçus afin de solliciter les personnels hospitaliers sur le sujet. Pour compléter ce diagnostic, nous avons décidé d'y incorporer des éléments en dehors du guide du RESPADD, notamment un benchmark ainsi que des entretiens internes (individuels et en groupe) que nous avons jugés pertinents à inclure en complément.

Concernant la méthodologie d'analyse de ce mémoire, celle-ci s'appuie tout d'abord sur une recherche bibliographique sur le sujet. Pour réaliser cette revue littérature, les recherches ont majoritairement été menées sur les bases de données de Cairn, PubMed, Science Direct ainsi que sur celle de l'EHESP. Les principaux mots clés utilisés étaient les suivants : « *Smoke free Hospital* » / « hôpital sans tabac », « Lieu de Santé Sans Tabac », « environnements sans tabac » / « *smoke free environnement* », « *passive smoking* » / « tabagisme passif », « prévention ET hôpital », « addiction ET hôpital » ou encore « tabac ET hôpital ». Cet état des lieux a permis de recenser les connaissances scientifiques actuelles sur les conditions de mise en œuvre d'un programme sans tabac en milieu hospitalier. Cet état des connaissances est mis en parallèle avec des données de terrain recueillies, spécifiques au cas de l'établissement étudié. Ces dernières ont été colligées dans

Marie Le Baron - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

un journal de terrain compilant les informations, les étapes clés, les écueils ainsi que les facteurs facilitant identifiés. Plus précisément, chaque semaine, nous avons consigné dans ce journal les avancées du projet ainsi que les observations pertinentes, afin de conserver une trace écrite de tous les événements marquants. Le but de cette approche était de détecter tout écart par rapport aux recommandations du RESPADD et d'en comprendre les raisons. Ce procédé a permis de documenter de manière détaillée l'évolution des différents stades de déploiement du dispositif, depuis la planification jusqu'à la mise en œuvre. En somme, ce journal de terrain constituait une base solide pour tirer des enseignements et formuler des recommandations pour l'avenir. La tenue de ce journal de terrain s'est reposée sur de l'observation directe participante, qui a eu lieu de façon continue durant toute la durée de l'étude, ainsi que sur des entretiens informels menés auprès de divers professionnels de la structure. Tous ces éléments nous ont permis d'identifier les différents défis, barrières et leviers de la mise en œuvre de la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac.

5 Résultats

5.1 Le contexte de lancement du projet Lieu de Santé Sans Tabac au sein du centre hospitalier de Laval

En octobre 2022, a eu lieu le premier Comité de Pilotage (COFIL) organisé par le Département Santé Publique. Le but était de présenter le projet à différents services de l'hôpital ainsi que les premiers éléments de diagnostic recueillis. Lors de cette présentation, étaient présents le directeur des affaires médicales, qui est aussi le secrétaire général du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), la direction des ressources opérationnelles, un médecin addictologue, la direction des finances, ainsi que la chargée de projet et la cadre coordonnatrice du Département Santé Publique. Le Directeur d'Hôpital n'ayant pu être présent, il se faisait représenter par le directeur des affaires médicales. Le COFIL a démarré en décrivant la stratégie LSST, ainsi que les six grands objectifs du projet, issus des recommandations du RESPADD, que sont : le déploiement d'un engagement institutionnel, la modification de la réglementation et l'aménagement des locaux, la formation des professionnels, l'amélioration de la prise en charge des patients et des professionnels fumeurs, et enfin, la sensibilisation du grand public. Pour la suite des décisions à prendre concernant cette politique sans tabac, la directrice des affaires générales et des affaires juridiques a été désignée référente du projet LSST et s'assurait de son suivi régulier.

Lors de ce COFIL, les participants ont approuvé l'idée qu'il était peu acceptable de fumer à proximité d'un établissement de santé, et plus particulièrement, pour les soignants vêtus de leur blouse blanche, en raison de considérations d'image et d'hygiène. Ensuite, les animateurs ont pu présenter des premiers éléments de diagnostic relatifs à la place du tabac au sein de l'hôpital, avec quelques photos à l'appui. Ces derniers portaient sur le constat du non-respect des zones non-fumeurs actuelles, mais également sur la non-propreté des lieux induite par la présence de mégots de cigarettes au sol. Ce phénomène est dû en partie au fait que certaines personnes âgées ou sans abri ouvrent les cendriers pour essayer de récupérer les mégots afin de les réutiliser. Ce problème de propreté était aussi lié au manque de visibilité des cendriers, et de leur trop faible contenance.

Une autre problématique a également été soulevée, concernant le manque de familiarité des professionnels vis-à-vis du service d'addictologie. En effet, beaucoup semblaient ne pas avoir connaissance de ce service et de ses missions, ou seulement partiellement. Cela a donc été identifié comme un objectif sous-jacent à atteindre dans le cadre de la stratégie LSST. L'intention, à cette

période, était de se focaliser sur les professionnels de santé et de démocratiser l'idée du projet LSST auprès d'eux pour le faire connaître. Le directeur des affaires médicales a partagé sa réflexion sur le fait qu'il ne faut pas que la première image de la politique LSST soit représentée par des panneaux « interdiction de fumer » car cela renverrait une vision trop négative et contraignante du projet. Les diverses parties prenantes ont alors convenu sur l'importance de diffuser une vision positive du dispositif, plus particulièrement lors de son lancement, qui représente une phase cruciale et assez déterminante pour sa réussite. A l'issue de ce COPIL, le directeur des affaires médicales nous a suggéré de réaliser un benchmark afin de constater des stratégies d'actions mises en place dans d'autres centres hospitaliers de taille similaire déjà engagés dans la politique LSST. De plus, nous avons pour objectif de rencontrer différents services de l'hôpital afin de leur présenter le dispositif, de commencer à réaliser des devis pour le matériel extérieur, et enfin, de travailler à la diffusion de l'enquête « tabagisme en blouse blanche » auprès des professionnels, enquête que nous présenterons ultérieurement.

Nous allons désormais parler des différentes sous-thématiques de la politique Lieu de Santé Sans Tabac et des prises de décision qui en ont découlé. Précisons tout de même que nous n'avons pas abordé ces thèmes indépendamment les uns des autres et de manière linéaire, mais que tous ces éléments se sont entremêlés et ont évolué dans la même temporalité. Les parties qui suivent ne sont donc pas représentatives de l'ordre chronologique dans lequel le centre hospitalier de Laval les a traitées.

5.2 Les étapes de réalisation du diagnostic

5.2.1 Méthodologie de diffusion des questionnaires

Comme nous avons pu le mentionner, le RESPADD met à disposition des établissements de santé souhaitant s'engager dans la politique LSST, deux questionnaires : un à destination des usagers et des visiteurs, et un à destination des professionnels de la structure. Nous avons ici décidé de commencer par diffuser les questionnaires auprès du personnel afin de recueillir leurs représentations sur le tabac, d'évaluer leur propension à accompagner le sevrage tabagique des patients, et d'estimer la prévalence du tabagisme au sein des équipes du centre hospitalier. Il nous paraissait important de commencer la mise en place du projet LSST par la réalisation d'un état des lieux au sein de l'établissement, et donc, par cette enquête. En effet, le diagnostic est nécessaire

afin de mettre en œuvre une politique qui soit adaptée aux attentes de chacun et plus axée sur les spécificités propres de la structure. Notons que le centre hospitalier de Laval prévoit de diffuser le questionnaire destiné aux patients et visiteurs ultérieurement, mais étant donné que cela se réalisera après la fin de notre période d'étude, nous allons plutôt nous baser ici sur la synthèse globale faite par le RESPADD sur plus de 2 700 questionnaires diffusés auprès des usagers au sein de 26 établissements Français différents. Cela nous permettra ainsi d'avoir des données sur les représentations générales des usagers et des visiteurs sur la question.

Pour prévoir l'organisation de passation de ces questionnaires, nous nous sommes principalement appuyés sur les recommandations du RESPADD (RESPADD, s. d). Celui-ci qui précise notamment que les questionnaires peuvent être diffusés aussi bien par voie électronique qu'en version papier. La version dématérialisée permettant aux répondants de pouvoir envoyer directement par mail leurs réponses au RESPADD. Toutefois, pour pouvoir remplir le questionnaire par mail, il faut nécessairement utiliser un logiciel de lecture de PDF spécifique afin que cela fonctionne (Adobe Reader ou Adobe Acrobat). Ce qui n'était pas le cas de l'ensemble des postes informatiques de l'établissement. Nous avons donc décidé de diffuser cette enquête de façon mixte, en utilisant les deux versions possibles. En effet, bien que la version dématérialisée soit plus pratique d'un point de vue logistique, elle ne permet pas de couvrir l'ensemble des personnels du centre hospitalier du fait que tous les professionnels n'aient pas une adresse mail attribuée (il n'y a parfois qu'une seule adresse mail générique pour tout un service). Et ce sont généralement les médecins qui ont leur propre adresse, ce qui ne nous aurait pas permis d'accéder aux autres catégories de professionnels. C'est pourquoi la diffusion mixte nous paraissait la plus opportune afin d'essayer de pouvoir espérer toucher une large partie des professionnels du centre hospitalier.

Concernant l'organisation logistique de la diffusion des questionnaires, nous pensions initialement mettre à disposition, au sein de chaque service, des urnes avec des questionnaires papier afin que les agents puissent les remplir librement et les déposer directement dans l'urne. Cependant, cette proposition n'a pas été adoptée en raison de sa complexité à mettre en pratique, notamment par manque de temps de notre part pour anticiper la fourniture de matériel nécessaire. Nous avons également eu l'idée, comme cela est mentionné dans la note explicative du RESPADD, de se rendre dans les services de l'hôpital muni d'une tablette afin de remplir le questionnaire manuellement avec les répondants. Mais cela n'a également pas été retenu dans le cas du CH de Laval, pour les mêmes raisons qu'évoquées précédemment.

Certaines structures avec qui nous avons échangé dans le cadre du benchmark, relataient avoir joint un questionnaire à chaque fiche de paie pour s'assurer que chaque agent en ait un à

disposition. Néanmoins, un établissement mettait en exergue le fait que beaucoup de personnes ne prêtaient pas attention au questionnaire présent dans le courrier, et le jetaient instantanément. De plus, cette méthode nécessite d'organiser et d'anticiper le mode de collecte des questionnaires, afin que cela soit le plus pratique possible pour les agents et qu'ils n'aient pas trop de démarches à entreprendre pour les renvoyer. Une structure a, quant à elle, mis en place une tombola pour les questionnaires, avec plusieurs lots à gagner à la clé, afin d'inciter un maximum de personnes à y participer.

Nous avons finalement opté pour une autre voie de transmission de l'enquête, en passant par l'intermédiaire des cadres de santé. Notre idée était de donner à tous les cadres supérieurs des enveloppes contenant des questionnaires papier, afin qu'ils les distribuent aux cadres de leurs services, qui les transmettront eux-mêmes à leurs équipes. Pour la collecte des réponses, il s'agissait ainsi de faire chemin inverse. Sur l'enveloppe, nous avons précisé que nous laissions aussi la possibilité aux agents de nous contacter, afin que nous venions récupérer les enveloppes directement dans leurs services. Nous voulions rester souples quant au mode de collecte, et proposer plusieurs options afin de pouvoir les arranger autant que possible. Sur le dos de chaque enveloppe, nous avons également affiché un QR Code qui dirigeait vers le questionnaire en ligne afin que les agents puissent y répondre aussi par ce biais, sur leur téléphone. Concernant les questionnaires dématérialisés, nous les avons simplement envoyés par mail à l'ensemble des médecins et de certains services administratifs.

Initialement, nous pensions diffuser les questionnaires au mois de décembre ou de janvier après avoir présenté notre méthodologie aux cadres supérieurs lors d'une de leur réunion en fin d'année (cf. annexe n°10). Néanmoins, lors de cette présentation, nous avons décidé de reporter la diffusion de l'enquête. En effet, nous projetions de préalablement diffuser une note de service interne informant l'ensemble du personnel que le CH de Laval s'engageait dans la démarche Lieu de Santé Sans Tabac. Notre logique sous-jacente était de s'assurer que les agents reçoivent le questionnaire en ayant une bonne compréhension de son objectif. Sans cette précision contextuelle, il pourrait y avoir confusion parmi le personnel, ce qui pourrait entraîner des difficultés à comprendre les intentions de l'étude. Ainsi, la date de diffusion de l'enquête « tabagisme en blouse blanche » a été repoussée après la publication de cette note de service.

Lors de la rédaction de celle-ci, nous tenions à faire attention aux éléments de langage employés, afin de ne pas utiliser des termes trop forts, tels que la formule : « *la disparition du tabagisme* » qui était initialement utilisée pour décrire la finalité de la démarche LSST. En effet, nous ne voulions pas que cette première note de service puisse faire peur aux professionnels en

affichant ce genre d'objectifs drastiques. Nous avons ainsi davantage insisté sur la volonté de mieux prendre en charge les fumeurs et d'aider ceux désireux d'arrêter. Au final, la note de service a été envoyée à tous les agents du centre hospitalier le mardi 31 janvier. A la suite de quoi, nous avons pu entamer la diffusion des questionnaires pour une durée de sept semaines. L'objectif initial était de recueillir au moins 200 réponses, ce qui représente environ 10 % des effectifs totaux de l'établissement. Le RESPADD quant à lui, nous fixait un palier minimal de 60 réponses pour pouvoir avoir un minimum de données à analyser.

Une première relance a eu lieu début mars, soit deux semaines avant la date de clôture de l'enquête, en compagnie d'une infirmière de l'ELSA. Durant cette relance, il était question de se rendre en personne dans différents services de l'hôpital à la rencontre des cadres, ou des agents eux-mêmes, afin d'y recueillir des questionnaires complétés, ou de relancer les professionnels ne l'ayant pas encore rempli. Faire cette relance en compagnie d'un professionnel qui a de l'ancienneté dans la structure s'est avéré être facilitateur. Le fait que l'infirmière connaisse très bien les lieux ainsi que les personnes, permettait aux professionnels de mieux accueillir les sollicitations. Même si les agents ne la connaissaient pas, cela était tout de même mieux accepté étant donné que l'initiative provenaient d'une collègue, d'un pair et donc implicitement d'une personne de confiance. Nous avons ainsi pu nous rendre aisément dans les salles de pauses et dans les bureaux infirmiers du fait de cette proximité. Lorsque nous arrivions dans les services, nous nous présentions et nous leur exposions succinctement le projet LSST, en faisant le lien avec la note de service précédemment diffusée. Certains décidaient de remplir le questionnaire devant nous pour nous le rendre instantanément. Cette approche s'est révélée être très incitative, car dès qu'une personne commençait à le remplir, les autres étaient davantage enclins à suivre son exemple. Certains encourageaient même leurs collègues à les imiter.

Un objectif sous-jacent de cette enquête était de susciter la conversation entre collègues sur la place du tabac au sein de l'hôpital, de s'en questionner, et éventuellement, de susciter le débat. En effet, plus les professionnels vont s'interroger sur le dispositif, plus cela va leur permettre de s'en emparer. Cela a aussi été l'occasion de donner plus de visibilité au service de l'ELSA et de mieux faire connaître ses missions. En discutant avec des agents, nous avons pu remarquer le vif intérêt que certains portaient vis-à-vis du projet et des résultats de l'étude. Certains nous demandaient également quelles étaient les prochaines étapes, et s'ils seront à nouveau sollicités. En complément de cette relance, nous avons aussi envoyé un rappel par mail aux cadres, une semaine avant la date limite, afin de leur rappeler de nous envoyer les derniers formulaires complétés.

Enfin, nous avons réalisé une dernière demi-journée de relance la veille de la date butoir, qui s'est déroulée de la même manière que la première fois, mais cette fois, uniquement dans les services pour lesquels nous n'avions pas encore eu de retours. A l'issue de sept semaines de diffusion, nous avons ainsi obtenu 355 réponses, dont la grande majorité a été collectée en version papier. Nous avons ainsi eu un taux de réponse qui dépassait nos attentes. Nous avons ensuite envoyé par courrier l'ensemble des questionnaires au RESPADD pour analyse. En effet, ce dernier se portait garant de l'analyse des résultats et se chargeait de nous retourner une synthèse de ceux-ci dans un délai d'environ six semaines. Nous avons ainsi obtenu les résultats synthétisés de l'enquête le 2 mai 2023, dans un document de quelques pages présentant les données sous forme de graphiques (cf. annexe n°11).

5.2.2 Méthodologie de réalisation des focus group

Le choix de faire des focus group a été initié afin de compléter les données quantitatives obtenues avec les questionnaires « tabagisme en blouse blanche » par des entretiens. Le choix du format des entretiens de groupe est justifié par la volonté de provoquer le débat et la réflexion collective sur le sujet entre des professionnels de l'établissement partageant une caractéristique commune : celle de leur propre rapport au tabac. En effet, nous avons partagé les participants dans les groupes selon leur statut tabagique : un composé de fumeurs et un l'autre de non-fumeurs. Cette méthode permet de confronter les opinions, tout en restant dans un cadre de confiance pour les participants qui sont réunis entre pairs. Le fait de les regrouper par leur statut tabagique permet d'éviter une certaine stigmatisation d'un groupe par rapport à l'autre, et ainsi, de libérer la parole. De plus, les focus group nous permettent aussi d'agir sur les représentations des professionnels sur le sujet.

Afin de recruter les participants pour ces entretiens de groupe, nous avons distribué des tracts dans les services de l'hôpital résumant toutes les informations relatives à ces sessions. Les professionnels rencontrés en ont parlé à leurs collègues et ont déposé les flyers dans les salles de pauses communes. Ensuite, nous sommes à nouveau intervenus par l'intermédiaire des cadres, afin qu'ils identifient au sein de leurs équipes des personnes susceptibles de prendre part à l'initiative. Nous précisons également que les cadres pouvaient eux aussi participer, le but étant que toutes les hiérarchies y soient confondues pour avoir une meilleure représentativité. Cependant, nous nous sommes rendu compte que nous avions des difficultés à atteindre les fumeurs, et que notre nombre d'inscrits était limité. Nous avons donc décidé de nous rendre directement dans les zones

fumeurs pour les solliciter, ce qui nous a permis de compléter le groupe avec quelques participants supplémentaires. Nous avons ici choisi de placer les participants ex-fumeurs au sein du groupe « non-fumeurs » étant donné qu'il s'agissait de leur statut tabagique actuel. Néanmoins, nous pensons *a posteriori*, qu'il aurait peut-être été bénéfique, afin de contre balancer certaines opinions, de disperser les ex-fumeurs dans les deux groupes, et non pas seulement dans le groupe des non-fumeurs. Cela aurait peut-être permis d'enrichir la conversation et d'éviter de rester trop dans cet entre-soi, pour contrebalancer certaines opinions stéréotypées.

Les focus group ont été réalisés respectivement le mardi 6 juin 2023 et le jeudi 8 juin 2023 de midi à 14h dans une salle de réunion de l'hôpital (cf. annexe n°12). Le créneau du midi a été préféré à des temps en soirée car il a été jugé être le plus opportun dans l'emploi du temps des professionnels, afin que leur participation ne soit pas trop contraignante. Nous avons également commandé des plateaux repas pour permettre aux professionnels de pouvoir se libérer plus facilement sur leur pause déjeuner. Cela a aussi permis de les remercier implicitement de participer à l'étude sur leur temps libre. Au final, nous avons eu trois désistements lors des focus group, vraisemblablement en raison de la journée de grève qui survenait le même jour. A l'issue des groupes de discussion, des questionnaires quantitatifs ont été administrés aux participants pour enrichir la collecte de données. Nous avons essayé au maximum de faire en sorte que les participants ne se connaissent pas. Ce que nous avons réussi à atteindre, bien que la tranche d'âge des 40-49 ans soit sur-représentée dans notre échantillon, et que nous ayons une sous-représentation du personnel soignant, notamment des médecins (cf. annexe n°13).

5.2.3 Méthodologie de réalisation du benchmark

Concernant le benchmark que nous avons réalisé, le but était de rencontrer différents centres hospitaliers étant déjà engagés dans la démarche Lieu de Santé Sans Tabac depuis plusieurs années. Cela nous a permis d'analyser les stratégies de mise en œuvre adoptées par ces établissements, et de bénéficier de retours d'expérience de terrain, de recommandations avisées ainsi que de points de vigilance à avoir. Afin de trouver des structures étant déjà engagées dans la stratégie LSST et ayant un minimum de recul sur celle-ci, nous avons décidé de les rechercher sur le site du RESPADD. Ce dernier recense, sur une carte interactive, l'ensemble des établissements Français ayant obtenu une certification à l'audit LSST. Cela nous permettait alors de contacter uniquement des établissements pour qui la stratégie fonctionnait relativement bien. Ensuite, nous avons sélectionné des structures situées aux alentours de Laval et/ou qui étaient de taille similaire

au centre hospitalier de Laval en termes de nombre de lits et de salariés. Nous avons exclu de la recherche tout établissement qui n'était pas un centre hospitalier. Nous avons néanmoins choisi de rencontrer des centres hospitaliers universitaires (CHU), bien que de taille supérieure, mais dont l'expérience se rapproche tout de même de la nôtre. Nous avons ainsi pu rencontrer pas moins de six structures (cf. annexe n°14). A cela s'est ajouté un entretien semi-directif auprès du directeur général du RESPADD permettant d'avoir un retour plus global sur la stratégie à l'échelle nationale.

5.3 Les cibles du programme d'action

5.3.1 Repenser l'aménagement extérieur de l'hôpital pour améliorer le bien-être de ses occupants

A) Le rapport au tabac au sein du centre hospitalier

Les consultations menées auprès des professionnels de l'établissement semblent indiquer leur accord avec les mesures relatives à un nouvel aménagement extérieur, en restreignant les zones où il est autorisé de fumer. Pour ce faire, il convient d'aménager les locaux en fonction. Cela passe par l'installation de zones fumeurs à des endroits stratégiques sur le site extérieur en veillant à ce qu'elles soient éloignées des bâtiments, des fenêtres, des lieux de passages et des portes, afin d'éviter le tabagisme passif. Une professionnelle rencontrée estime à ce titre, qu'aujourd'hui, on ne respecte pas les non-fumeurs, et que ce sont les fumeurs qui ont le monopole sur l'occupation de l'espace. Elle décrit le fait de devoir respirer « de force » la fumée de tabac comme étant quelque chose de désagréable, voire d'insupportable. Un autre professionnel non-fumeur ajoute : « *On a l'impression qu'on étouffe* », et que même en étant à l'air libre en extérieur, cela reste gênant (focus group non-fumeur). A ce titre, l'enquête « tabagisme en blouse blanche » diffusée révèle que 87 % des professionnels répondants estiment que l'interdiction de fumer à l'intérieur comme à l'extérieur du centre hospitalier est une bonne chose.

Cet inconfort est également ressenti par les fumeurs eux-mêmes : « *on est en minorité, on gêne les gens* » (focus group fumeurs). Ces derniers se sentent alors responsables par rapport au tabagisme passif, et ont conscience de la dangerosité du phénomène. Un participant du focus group fumeur a, à ce titre, reconnu que les fumeurs n'avaient pas à « *infliger aux autres un cancer* ». Ils

déclarent être assez attentifs à ne pas incommoder les autres lorsqu'ils fument : « *quand on veut fumer, et bien, si c'est le moment du repas on va aller s'éloigner parce qu'on se dit qu'ils n'ont pas à avoir nos vapeurs de tabac quoi. [...] On n'a plus cette impunité qu'on pouvait avoir à un moment* ». Un des fumeurs a également révélé ne pas se sentir à sa place quand il fume à proximité d'autres personnes : « *quand il y a les gens [...] qui font leur pause déjeuner, qui mangent un sandwich, ça me pose problème d'aller me mettre à côté d'eux pour fumer* ». Ainsi, ces fumeurs qui ont appris à questionner l'acceptabilité sociale de leur consommation, sont davantage enclins à accepter les changements induits par la politique Lieu de Santé Sans Tabac. Les consommateurs rencontrés soutiennent d'autant plus la création de zones spécifiques car ils déclarent actuellement manquer d'espaces pour fumer : « *moi j'ai l'impression qu'on a le droit de fumer nulle part en fait. On gêne tout le temps* » (focus group fumeurs). En effet, il y a beaucoup d'espaces sur le site de l'établissement où il est indiqué qu'il est interdit de fumer, mais sans forcément que des alternatives soient proposées. Ils reconnaissent eux-mêmes fumer dans les endroits où l'interdiction y est explicitement signalée, faute de bénéficier d'un lieu officiellement dédié à cela. Ce constat est partagé par les non-fumeurs qui regrettent alors la concentration des fumeurs à l'entrée de l'hôpital. Cependant, des fumeurs ont justifié ce comportement du fait de l'organisation même du site, où des cendriers et des bancs sont installés à proximité des entrées, ce qui les incite à s'y installer. Cette disposition actuelle est jugée par l'une d'elles comme n'étant pas cohérente, car ces mobiliers sont installés en face des entrées, donc dans des lieux problématiques : « *devant les bureaux aussi, là où je vais beaucoup, le cendrier est à deux mètres des fenêtres ! Si vous le mettez à cinq mètres moi je vais aller fumer à cinq mètres* ». A ce titre, le directeur du RESPADD a précisé que dans le cadre de la politique LSST, il ne faut fournir des cendriers que dans les zones fumeurs et retirer tous les autres présents sur le site, afin d'encourager les personnes à s'y rendre.

Concernant le fait de fumer en tenue de travail, cela pose aussi des questions d'hygiène : « *quand je vois le personnel, des médecins qui fument en tenue et qui vont consulter après, je me dis que ce n'est pas du respect* » (focus group non-fumeurs). Cela impacte aussi de manière dégradante l'image de la structure hospitalière : « *voir un soignant avec une blouse blanche et une cigarette, bah je trouve que c'est choquant aussi. Je pense que ça interpelle toute personne, tout visiteur, tout patient* ». Cela vient aussi nous questionner sur la prétendue exemplarité qu'on attribue usuellement aux soignants. Les résultats de la synthèse nationale des questionnaires « *tabagisme en blouse blanche* » à destination des visiteurs et des usagers, révèle que le fait de voir un professionnel en blouse fumer affecte la vision des patients sur la qualité des soins perçus, l'hygiène à l'hôpital, les méfaits du tabac sur la santé ainsi que sur le professionnalisme des agents

(RESPADD, s. d.). Ainsi, 64 % du personnel hospitalier Lavallois répondant déclare être favorable à l'interdiction de fumer pour les professionnels en tenue de travail.

B) La cartographie des nouvelles zones fumeurs

Afin de conceptualiser ces nouvelles zones fumeurs, le RESPADD, avec qui nous étions en contact, nous a envoyé une note explicative concernant les abris fumeurs, avec diverses recommandations de bonne pratique. Le RESPADD conseille que ces zones soient en retrait des voies de passage, accessibles aux personnes à mobilité réduites, signalées et équipées de cendriers et ouvertes sur au moins trois côtés pour permettre une bonne circulation de l'air. Le RESPADD précise aussi que ces abris doivent pouvoir être amovibles, car le but final reste de diminuer progressivement le nombre de zones fumeurs. Les abris doivent également bien évidemment tenir compte des consignes de sécurité, notamment pour éviter tout départ de feu. Néanmoins, lorsque nous avons réalisé un benchmark auprès d'autres structures LSST, nous avons réalisé qu'aucune d'entre elles ne respectaient l'ensemble de ces recommandations. Cela peut notamment être dû aux configurations de chaque site, qui ne permettent pas toujours de créer des zones fumeurs peu visibles par exemple. Un professionnel de sécurité de l'hôpital rencontré estime à ce titre que toutes ces recommandations sont difficilement atteignables de façon exhaustive, et que cela constitue plus un idéal à atteindre : *« si on arrivait à faire fumer les personnes dans des zones fumeurs spécifiques, ce serait déjà énorme »*. De plus, bien que le RESPADD recommande de créer des zones fumeurs différenciées entre le personnel et les usagers, la plupart des structures rencontrées déclare ne pas l'avoir fait en estimant que *« c'est quasiment impossible »*. En revanche dans notre cas, parmi nos six propositions de zones fumeurs, certaines ne sont pas connues du grand public et seraient alors, de fait, exclusivement dédiées aux professionnels.

Afin de débiter la réflexion sur les nouvelles zones fumeurs à créer, nous avons décidé de créer deux cartographies du site de l'hôpital : une présentant les zones où les personnes fument usuellement, et une avec nos propositions de nouveaux espaces fumeurs. Pour les concevoir, nous avons commencé par faire plusieurs tours sur le site du centre hospitalier en compagnie d'un agent des services techniques. Il en ressort que les principales zones fumeurs actuelles sont situées devant les portes et entrées principales, ainsi qu'au niveau du patio, qui est un espace à ciel ouvert situé à l'intérieur des bâtiments (*cf.* annexe n°15). Cette cartographie nous a permis de convenir de six zones qui pourraient devenir des zones fumeurs, toujours en accord avec les services techniques et validées par le service de sécurité (*cf.* annexe n°16). Nous avons ainsi essayé de trouver des

endroits qui seraient à équidistance des bâtiments, tout en y étant assez éloignées. En effet, nous ne voulions pas que ces espaces soient trop reculées pour les professionnels, car cela aurait probablement été trop contraignant pour eux, et *in fine*, cela se serait avéré être contre-productif car ils auraient continué à fumer près des portes. D'autant plus que les soignants ont un emploi du temps serré à respecter, et qu'ils n'ont souvent que peu de temps pour leurs pauses. Certains fumeurs présents au focus group nous ont dit être favorables à ces zones tant qu'elles ne sont pas à « dix minutes de marche ». D'autres en revanche, se sentent prêts à effectuer ces changements sans problème si cela leur était imposé. Nous observons ainsi une certaine divergence parmi les fumeurs.

Lors du deuxième COPIL, qui a été organisé six mois après le premier, ces nouvelles zones proposées ont globalement été validées sauf une, en raison de travaux qui y sont prévus et qui rendent ce lieu inutilisable. Nous avons aussi eu des discussions sur deux autres propositions. La première concerne un abri fumeur qui était déjà existant, mais qui est situé à proximité d'une porte réservée au personnel. Nous avons finalement décidé de conserver cet abri pour le moment, tout en gardant l'idée de le déplacer ultérieurement. Enfin, une autre zone qui posait question était le patio, situé à l'intérieur des bâtiments. Nous nous demandions tout d'abord si cela était possible de le conserver en tant qu'espace fumeur d'un point de vue législatif. En effet, bien que cet espace soit extérieur, il fait tout de même partie de l'enceinte de l'établissement. Nous avons ainsi consulté le RESPADD à ce sujet, avec des photos et des plans à l'appui, qui a pu nous certifier que cela était conforme. Nous avons donc également décidé de le conserver comme espace fumeurs, d'autant plus qu'il s'agit d'une zone pratique pour les patients et les professionnels fumeurs car située à proximité des ascenseurs⁸. Cependant, nous avons convenu que cette zone nécessiterait d'être aménagée pour pouvoir être accessible aux personnes à mobilité réduite.

Dans le cas de l'hôpital de Laval, il a été décidé que le périmètre d'application des nouvelles réglementations LSST ne s'appliqueraient, dans un premier temps, qu'au site principal du centre hospitalier. L'extension du programme au sein des autres sites externes de la structure, comme l'EHPAD par exemple, se fera dans un second temps en termes d'aménagement extérieur. Cependant, même si ces sites externes ne seront pas dotés d'abris fumeurs spécifiques, nous avons tout de même prévu de les inclure dans la campagne de communication afin qu'ils en soient tout de même informés et sensibilisés.

⁸ Les ascenseurs constituent des zones stratégiques dans cette situation, car le centre hospitalier de Laval est doté d'une haute tour de 12 étages.

Le RESPADD, dans ses recommandations, est neutre concernant l'instauration de mesures coercitives en cas de non-respect des changements induits par la politique LSST, et laisse la liberté aux établissements de choisir d'en instaurer ou non. Dans notre cas, les membres du COPIL se sont mis d'accord pour ne pas sanctionner les fumeurs qui ne respectent pas les nouvelles zones fumeurs. Ils considéraient que l'application d'une sanction serait non seulement inutile, mais risquerait également d'irriter davantage le personnel, déjà soumis à une forte pression. Par ailleurs, ce système de contrôle pose aussi certaines questions éthiques, notamment pour savoir à qui cette responsabilité tient de faire respecter ces règles. D'autres établissements sans tabac nous ont néanmoins partagé l'idée de faire appel à des jeunes en service civique afin qu'ils soient des ambassadeurs LSST au sein de l'hôpital lors des premières semaines de mise en application des zones fumeurs. Ainsi, ils pourraient expliquer le dispositif aux personnels et aux visiteurs, tout en leur demandant cordialement de se rendre dans les zones prévues à cet effet en cas de non-respect. Par ailleurs, nous avons constaté, avec les questionnaires diffusés au sein de l'établissement, que 55 % des répondants déclarent ne pas faire de remarque s'ils voient une personne fumer dans une zone où cela est proscrit. Cela signifie donc que les professionnels n'osent pas toujours le faire et/ou ne se sentent pas à l'aise pour le faire. Il nous apparaît donc plus cohérent, en accord avec ces résultats, que ce soit des ambassadeurs LSST qui se charge de faire respecter les nouvelles réglementations et non les agents eux-mêmes afin d'éviter toute situation qui pourrait les mettre dans une posture délicate.

C) Le choix du mobilier extérieur

Concernant le choix du matériel extérieur à utiliser, le constat est fait que les cendriers actuellement présents au CH ne sont pas assez visibles et identifiables, principalement en raison de leur petite taille et de leur couleur discrète. De plus, comme nous l'avons évoqué, ces cendriers sont régulièrement cassés et leurs contenus sont déversés au sol. Par conséquent, il n'est pas rare de voir un amas de mégots de cigarettes en dessous de ces cendriers. De nombreuses personnes de l'hôpital nous ont confié trouver cela choquant et dégradant pour l'image de l'établissement. Pour y remédier, les participants ont indiqué qu'il serait préférable d'avoir des cendriers entièrement clos et plus solides. De plus, nous avons constaté que certains cendriers étaient aussi utilisés comme des poubelles et inversement. Les mégots de cigarette sont alors parfois mélangés aux papiers et divers autres déchets, ce qui constitue un risque incendie important. Une des structures rencontrées lors du benchmark nous a, à ce sujet, expliqué qu'ils avaient dû racheter des

poubelles après avoir réalisé les aménagements extérieurs pour le projet LSST, en raison de cette confusion entre les deux mobiliers. Il est donc impératif de bien pouvoir dissocier l'usage du matériel extérieur sans ambiguïté.

Lors du second COPIL, nous avons eu l'occasion de présenter les divers modèles de cendriers que nous avons sélectionnés. Initialement, nous envisagions d'installer des « cendriers sondage⁹ » pour plusieurs raisons. Tout d'abord, nous avons constaté, lors du benchmark, que certains établissements avaient opté pour ce type de cendriers en y intégrant des questions portées sur le tabagisme, comme des informations sur la quantité d'eau polluée par un mégot de cigarette par exemple. De plus, l'aspect ludique de ces cendriers a été apprécié, car il incite les utilisateurs à jeter correctement leurs mégots de cigarettes. Cependant, nous avons réalisé, lors des focus group, que ce dispositif n'était pas toujours perçu de la même manière par les fumeurs. Certains participants fumeurs nous ont confié ne pas vouloir de ce type de cendriers car ils jugent ce concept infantilisant. De plus, ils estiment qu'il ne faut pas rendre « ludique » le tabagisme, car cela est loin d'être un jeu pour eux : « *moi j'ai juste envie d'un cendrier quoi. Point barre, je n'ai pas envie de jouer* ». Ils estiment également que le fait de poser des questions sur des thèmes « légers » via ces cendriers sondage (comme par exemple quelle équipe de football on supporte), est quelque chose qui « *minimise la dangerosité* [du tabagisme] ». Cela peut aussi être perçu comme rentrant en contradiction avec l'image de santé publique qu'incarne le centre hospitalier, ce qui peut donner une dimension cynique au dispositif. Et même si ces cendriers ne présentaient que des questions en rapport avec le tabac, cela aurait pu être culpabilisant pour les fumeurs. Ces derniers expriment, de cette manière, leur préférence pour un équipement simple plutôt que des cendriers « gadgets » jugés superflus. Le directeur du RESPADD, rencontré en entretien, soutient ce propos en recommandant que nous devrions « *arrêter d'acheter des cendriers qui coûtent très chers avec le budget LSST* », arguant que cela représente une perte de temps et d'argent pour quelque chose qui est finalement secondaire dans la stratégie. Cela nous a conduit à reconsidérer l'achat des cendriers sondage, en prenant en compte cette perspective. Cela a été conforté par le fait que les fabricants nous ont indiqué que les cendriers sondage étaient moins solides que des cendriers classiques.

Lors du COPIL, nous avons également présenté une autre proposition concernant le choix des cendriers, à savoir, des services de recyclage des mégots. De nombreuses structures rencontrées déclaraient faire appel à ce genre de sociétés spécialisées. Le principe de ces dernières,

⁹ Les « cendriers sondage » sont des cendriers composés de deux compartiments, où les fumeurs peuvent exprimer leur choix ou répondre à une question en jetant leur mégot dans l'une des deux fentes.

est de fournir des cendriers et de venir récolter leur contenant plusieurs fois dans l'année afin de recycler les mégots. Nous étions initialement intéressés par ce service, mais après avoir consulté le directeur de RESPADD, nous avons reconsidéré cette option. En effet, ce dernier nous a mis en garde contre ce genre de dispositifs, car il estime que cela « *renormalise énormément le tabagisme* ». Il nous préconise également de rester vigilant vis-à-vis de ce genre de sociétés, dont il est possible qu'elles soient associées à l'industrie du tabac¹⁰. En effet, cela pourrait être une stratégie de *greenwashing* utilisée par celle-ci afin de polir son image et générer une autre source de revenus. Il serait ainsi préjudiciable de financer directement ou indirectement les cigarettiers par ce biais. De plus, ce type de programme peut également donner bonne conscience aux fumeurs en renvoyant le message qu'il n'est pas très grave de fumer car cela participe à la réalisation de bonnes actions pour la planète en compensation. Cet argument étant bien évidemment fallacieux car, comme le précise le directeur du RESPADD : « *le recyclage des mégots c'est une goutte d'eau par rapport à ce qu'aura pollué le tabagisme lors de la production du tabac en amont* ». Ainsi, nous avons également décidé d'écarter cette option dans les achats de matériel extérieur. D'autant plus que ces forfaits de recyclage des mégots se révèlent être assez coûteux.

Concernant le choix du type d'abri fumeur, le débat a été ouvert concernant le niveau de confort que devait offrir ces zones. Le RESPADD, dans sa note explicative concernant ces espaces, préconise de ne pas y installer d'assises, afin que cela reste un lieu de pause cigarette rapide, que cela n'incite pas à fumer, et que leur usage ne soit pas détourné en lieu de pause, de déjeuner ou de rassemblement. Néanmoins, comme certains ont pu le rapporter lors du deuxième COPIL et des focus group, ces espaces doivent tout de même être *a minima* attrayants afin que les fumeurs fassent l'effort de s'y rendre. Nous sommes alors tombés tous d'accord pour dire qu'il fallait que ces zones soient couvertes pour protéger contre les intempéries, mais sans y installer d'assises.

Pour assurer la pérennité du projet, nous envisageons d'utiliser ces zones fumeurs pour sensibiliser les consommateurs de manière continue, avec des messages de prévention ainsi que les coordonnées du service d'addictologie. Ces zones nous permettraient ainsi d'atteindre plus facilement les fumeurs dans un endroit où nous sommes sûrs de pouvoir les atteindre. De plus, afin d'éviter une utilisation passive des abris sans une compréhension des raisons de leur création, nous prévoyons d'y ajouter des affiches à proximité, explicitant les raisons de l'existence de ces zones.

¹⁰ Une des sociétés de recyclage de mégots consultée étant associée à « Alcome », un organisme de gestion des déchets en lien avec l'industrie du tabac (CNCT, 2022).

5.3.2 Changer les pratiques professionnelles

A) La remise en question de la pause cigarette

Comme nous l'a évoqué un service de l'hôpital que nous avons rencontré, les pauses cigarettes au sein des équipes peuvent aussi poser des problèmes d'organisation interne. Cela peut, en effet, mettre en difficulté des professionnels qui se retrouvent alors à gérer en sous-effectif le service. Il est bien évidemment normal de prendre des pauses, mais si celles-ci sont trop récurrentes à cause du besoin de fumer plusieurs fois par jours, cela peut devenir problématique : « *5 minutes à chaque fois multiplié par 20, ça commence à faire beaucoup* » (focus group non-fumeurs). Une des fumeuses rencontrées relatait être aujourd'hui la seule à fumer dans son service, et que ses pauses cigarettes n'étaient pas très bien perçues par ses collègues, qui lui reprochent son absence pendant que le service est sous tension.

Cette pause cigarette a aussi été questionnée par les agents du CH eux-mêmes, fumeurs comme non-fumeurs, qui ont reconnu que cela pouvait être gênant et injuste pour les professionnels non-fumeurs. Une ancienne fumeuse présente au focus group, nous a expliqué avoir moins de pauses en tant que non-fumeuse, ou du moins, moins de pauses véritablement délimitées. En effet, elle explique que, lorsque l'on est non-fumeur, on passe généralement sa pause au sein du service et non à l'extérieur. Ces pauses peuvent alors être interrompues par des sollicitations des patients ou des collègues. Une autre participante fumeuse ajoutait que « *si je ne fumais pas... Comment je justifierai d'aller dehors, est-ce que je me verrai aller juste regarder mon téléphone alors que j'en n'ai pas forcément envie ? J'ai juste envie que mon cerveau s'aère.* » [...] « *Si je ne vais pas fumer, à quel moment je fais ma pause et qu'est-ce que j'y fais ?* ». La cigarette peut ainsi constituer, pour certains, un moyen de justifier de prendre ses pauses, car sans la cigarette, il est parfois difficile de réussir à les imposer.

Cela vient donc mettre en lumière le besoin des soignants de bénéficier de temps bien marqués, en dehors du service, pour pouvoir se détendre et récupérer aussi bien physiquement que mentalement. Par ailleurs, cette pause cigarette constitue aussi un moment de convivialité et de sociabilité pour les fumeurs, qu'il est important de conserver dans une autre activité. C'est pourquoi il pourrait être envisagé d'organiser des séances d'activités collectives pour les professionnels, ou de créer des salles de détente partagées.

B) Modifier les protocoles de prise en charge des patients fumeurs

Comme nous avons pu déjà l'expliciter, l'enjeu gravitant autour du dispositif Lieu de Santé Sans Tabac, consiste à modifier les pratiques professionnelles dans l'optique d'améliorer la prise en charge des patients fumeurs. Cette dimension est d'autant plus importante quand nous savons que 34 % des patients sont fumeurs avec une consommation moyenne de 13,8 cigarettes par jour¹¹. Et 59 % déclarent fumer leur première cigarette moins de trente minutes après le lever, ce qui signifie que, pour ces personnes, l'addiction à la nicotine est élevée et que l'arrêt de la consommation peut s'avérer très difficile. D'où l'importance pour ces personnes d'être accompagnées lors de leur passage à l'hôpital (RESPADD, s. d.). Cette prise en charge passe en première instance par la délivrance de traitements nicotiques de substitution aux patients fumeurs hospitalisés. Comme nous l'a précisé le directeur du RESPADD : « *il faut que les TNS soient accessibles pour tous et à tout moment, il faut en mettre à disposition dans chaque service et il faut les avoir tout le temps pour les professionnels comme pour les patients* ». A cet égard, les services d'addictologie du CH de Laval ont eu comme idée de réaliser des « fiches mémo » résumant les informations de base pour la prescription de TNS, qui seront à distribuer au sein de chaque service. A l'instar des propos du directeur du RESPADD qui déclare que : « *le manque de nicotine c'est une souffrance, et ne pas donner de TNS, c'est un manquement à la déontologie médicale* ». Le rôle des soignants est alors d'être présents auprès des fumeurs, de les écouter, et d'agir pour éviter le plus possible qu'ils en pâtissent. De plus, il est important de noter que la prise en charge tabacologique revêt un intérêt non seulement pour le patient, mais aussi pour les équipes soignantes. Le fait de ressentir le manque de nicotine peut amener à une certaine irritabilité, une agitation, voire à une agressivité de la part des patients qui en souffrent. L'utilisation de TNS permet donc également de soulager les professionnels. Tout comme le résume une infirmière de l'ELSA, pour qui l'intervention en addictologie « *ce n'est pas que pour proposer et aider les gens à arrêter ou à diminuer de fumer, c'est aussi pour faire en sorte que l'hospitalisation se passe au mieux pour tout le monde* ».

Bien que la proposition de prise de TNS n'induisse pas toujours une acceptation de la part des usagers, les soignants devraient tout de même être en devoir de la proposer systématiquement au même titre qu'un suivi tabacologique par les services d'addictologie de l'hôpital. *In fine*, la décision revient toujours au patient, mais ce dernier doit pour cela, être pleinement informé des

¹¹ Ces données sont issues de la synthèse nationale du RESPADD des questionnaires « tabagisme en blouse blanche » diffusés auprès des usagers et visiteurs.

possibilités qui s’offrent à lui. Il est donc également important de respecter la réponse de l’usager, et de comprendre qu’il s’agit d’une décision personnelle. Le but est ici davantage d’accompagner que d’interdire ou d’imposer : « *c’est à la personne de respecter ou non la contre-indication. On en voit certains qui font des infarctus et qui n’ont pas envie d’arrêter de fumer. Et bien tant pis, on ne peut pas faire à leur place* » (focus group non-fumeur).

La question se posait alors de rendre obligatoire ou non le renseignement du statut tabagique du patient à chaque passage à l’hôpital. Lors des entretiens réalisés en interne, nous nous sommes rendu compte que cette question était déjà posée systématiquement dans les services de cardiologie, de radiologie et de pneumologie. Les non-fumeurs, vus lors du focus group, étaient tous d’accord pour étendre cette pratique en rendant obligatoire cette information dans le dossier patient. Les fumeurs quant à eux, trouvent logique de le demander en cas d’hospitalisation, mais cela était plus controversé en cas de simple visite de routine auprès d’un soignant de l’hôpital. Une des participantes trouvait même cela intrusif, et faisait un parallèle avec le fait de demander l’orientation sexuelle d’une personne ou sa religion. Elle ne jugeait pas cette information pertinente, dans la mesure où il s’agirait d’une consultation auprès d’un spécialiste qui n’a, au premier abord, aucun rapport avec le tabac, comme un ophtalmologue par exemple. L’argument qui en ressort est que l’obligation n’est justifiée que si l’information peut avoir un intérêt dans le cadre de la prise en charge et des soins. Or, il s’agit plus ici de se saisir d’une fenêtre d’opportunité pour aborder le sujet avec un professionnel, plutôt que de se concentrer uniquement sur l’exercice cloisonné du soin en question. De plus, cette information peut toujours s’avérer utile quand nous savons que le tabagisme a une incidence sur un grand nombre de pathologies et de problèmes de santé, parfois insoupçonnés. A la suite de la diffusion des questionnaires « tabagisme en blouse blanche » parmi les professionnels de l’établissement, nous observons que 92 % des répondants déclarent que la prise en charge du tabagisme devrait être proposée à l’ensemble des fumeurs, et ils sont 85 % parmi les usagers et visiteurs à soutenir cette idée¹². Cependant, une participante a rappelé que cette idée était idéalisée et difficile à appliquer dans les faits, car les praticiens, déjà en sous nombre, n’auraient pas le temps d’évoquer ce sujet et de faire de la prévention pendant leurs consultations déjà chargées.

¹² Données issues de la synthèse nationale des résultats au questionnaire « tabagisme en blouse blanche » à destination des usagers et visiteurs (RESPADD, s. d.).

C) La mise en place d'un plan de formation des professionnels à la tabacologie

Suite à l'enquête par questionnaire, il ressort que 61 % des professionnels du CH de Laval se sentent concernés par la prise en charge des fumeurs, mais ils ne sont que 38 % à déclarer y participer dans leur pratique. Nous observons aussi que 80 % des répondants considèrent que leur formation sur le tabagisme est insuffisante, et 61 % aimeraient y être mieux formés. Il s'agit donc d'un climat favorable à l'instauration d'un plan de formation global des praticiens de la structure.

Actuellement, au CH de Laval, les professionnelles de l'ELSA réalisent des formations en addictologie à destination du personnel de l'établissement une fois par an, d'une durée de trois jours. En complément, l'ELSA propose aussi des formations flash de 30 minutes sur les traitements nicotiques de substitution. Enfin, les addictologues réalisent aussi des interventions de prévention sur le sujet en cardiologie et participent également à la formation d'étudiants en santé au sein des instituts de formation des infirmiers et des aides-soignants. Avec le déploiement du dispositif Lieu de Santé Sans Tabac, l'objectif serait d'accentuer davantage ces formations, et éventuellement, d'en élargir la gamme de prestation. La formation permettra aux praticiens de mieux comprendre les mécanismes de fonctionnement de l'addiction, et de savoir accompagner des patients fumeurs désireux d'arrêter. Le contenu des formations de base devrait tout d'abord concerner le repérage précoce et l'intervention brève, qui est une technique consistant à évaluer le statut tabagique des patients, et à y apporter une réponse minimale et rapide en attendant l'intervention des services spécialisés en addictologie. Cela permettra ainsi aux services de l'hôpital d'être autonomes, de manière à ce qu'un patient arrivé le vendredi soir, puisse bénéficier de substituts nicotiques sans devoir attendre jusqu'au lundi matin, le retour de l'ELSA, fermée les week-ends.

Dans un second temps, il s'agira aussi d'amplifier la formation du personnel soignant à la prescription de TNS, dont le droit de prescription a récemment été étendu aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux sage-femmes ainsi qu'aux chirurgiens-dentistes. A ce titre, 75 % des professionnels répondants au questionnaire pensent que la prise en charge tabacologique devrait être réalisée par l'ensemble des personnels de soins, et non seulement par les médecins. Ce qui rejoint l'avis de la majorité des usagers et visiteurs (76 %) ¹³. Néanmoins, se pose actuellement la question de la possibilité, pour les soignants, de prescrire des TNS à leurs patients. Bien que ce droit concerne aujourd'hui une pluralité de professions aux yeux de la législation, dans

¹³ Données issues de la synthèse nationale des résultats au questionnaire « tabagisme en blouse blanche » à destination des usagers et visiteurs (RESPADD, s. d.).

les faits, cela n'est pas toujours réalisable pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'utilisation de certains logiciels informatiques de réalisation d'ordonnances ne permettent pas d'ouvrir la prescription à des soignants autres que des médecins. Comme c'est le cas pour le CH de Laval, mais aussi pour de nombreux autres centres hospitaliers. Cela pose problème, car il apparaît alors incohérent de développer les formations à la prescription de TNS sans que les paramédicaux puissent ensuite l'appliquer. Il faut donc pouvoir modifier ces paramètres ou changer de logiciel, bien que cela puisse être complexe pour un établissement de cette envergure. D'autre part, la non-prescription de TNS par les paramédicaux s'explique aussi par le fait que ces derniers ignorent souvent qu'ils sont aptes à le faire, et quand bien même ils le savent, ne le font pas forcément faute, selon eux, de légitimité et/ou de capacité à le faire.

Cela fait écho à ce que le directeur du RESPADD nous avait confié, en disant qu'aux prémices de la mise en place de la stratégie LSST, un frein récurrent concernait la réticence des professionnels à cette discipline, nouvelle pour eux. Ces derniers pensent alors souvent qu'ils ne pourront pas s'en investir par manque de temps et/ou par manque d'expertise. Nous avons effectivement fait face à la réserve de certains professionnels au CH de Laval la concernant. Certains estiment qu'au lieu de former tous les soignants à cette spécialité, il serait plutôt préférable d'agrandir les équipes d'addictologie, en supposant qu'il s'agit d' « *un métier à part* ». Ces soignants trouvent que faire de la prévention en tabacologie ne relève pas de leur rôle. Selon le directeur du RESPADD, c'est une raison de plus pour les encourager à se former car « *les bases en tabacologie ça s'apprend simplement. Pour les personnes formées interrogées, qui avant n'avaient aucune notion, pour eux ça a été une révélation* ». De son expérience, beaucoup de personnes formées s'engagent ensuite massivement dans cette spécialité. Pour cela, il suffit de susciter leur intérêt en amont, par la dimension très coût-efficace de ce genre de prévention dans leurs pratiques.

En revanche, il ressort de certains retours d'expérience reçus que la concrétisation de ce plan de formation global peut parfois se heurter à des obstacles. Ceci est attribuable au contexte de tension hospitalière qui rend difficile la libération des membres des équipes pour une demi-journée. Par ailleurs, certaines personnes interrogées ont souligné l'importance, selon elles, de ne pas rendre ces formations obligatoires dans un premier temps, car « *quand on est volontaire, on est plus porteur de l'information. L'obligation, la sanction, tout ça c'est...* [soupir]. *Il y a assez de conflits au sein de l'hôpital en ce moment pour ne pas en rajouter* » (focus group non-fumeurs). Mais le risque, est que ces formations ne soient investies que par les personnes déjà intéressées et que, par conséquent, la bonne prise en charge des patients fumeurs soit fonction du degré de sensibilité du soignant sur le sujet. Pour pallier ces difficultés, certains porteurs de projet LSST rencontrés ont insisté sur l'importance de convaincre les cadres de santé de la nécessité de former

les agents à la tabacologie, afin qu'ils puissent impulser cette dynamique et permettre de plus facilement libérer du personnel. Une autre structure a, quant à elle, préféré d'abord prioriser la formation au sein de certains services jugés prioritaires en termes de prise en charge tabacologique, tels que la maternité afin d'y former l'intégralité des effectifs. Un autre centre hospitalier nous a relaté leur stratégie de privilégier, dans un premier temps, la formation des médecins aux autres corps de métier, afin de « *les rendre acteurs dans la lutte contre le tabac* ».

D) La prise en charge des professionnels fumeurs

Le dispositif Lieu de Santé Sans Tabac comprend également une meilleure prise en charge du tabagisme au sein même du personnel hospitalier. Cela implique principalement de mieux faire connaître les services d'addictologie, et de faire relayer l'idée que ces services ne sont pas réservés exclusivement aux patients. En effet, nous avons constaté que bon nombre de professionnels ont du mal à envisager d'aller consulter pour leur consommation personnelle : « *parce qu'on sait faire pour les patients les visiteurs tout ça, mais on ne pense pas que nous, on pourrait y aller alors qu'on est juste à côté* » (focus group fumeurs). Cela n'est pas facilité par le fait que l'ELSA ne soit pas clairement identifiée par tous les services de l'hôpital, notamment chez les nouveaux arrivants, ce qui est amplifié par un important *turn over* au sein du personnel hospitalier. D'après les résultats de l'enquête « tabagisme en blouse blanche », 24 % des professionnels Lavallois ne s'estiment pas en mesure d'orienter un patient vers une consultation de tabacologie. Outre le manque de visibilité de ces services, ce non-recours des professionnels réside aussi dans le refus de confondre vie personnelle et vie professionnelle en se confiant sur sa consommation de tabac auprès d'un.e collègue. Cependant, les professionnels ont tout de même mis en avant leur satisfaction quant à la facilité d'accès aux tabacologues, en raison de leur proximité au sein du centre hospitalier : « *prendre un rendez-vous c'est facile pour nous. Plus que pour quelqu'un de l'extérieur qui vient faire la démarche* » (focus group fumeurs). L'idée serait alors de se saisir de cette opportunité pour encourager d'autant plus la consultation pour les professionnels.

D'autre part, certains professionnels fumeurs consultés trouvent que le terme même d'addictologie constitue un frein, car la plupart des fumeurs ne se considèrent pas comme étant addicts ou malades. Ils expriment le fait de ne pas se reconnaître dans ce terme et trouvent ce mot trop stigmatisant. Cela est amplifié par le fait que certains minimisent la dangerosité du tabac par rapport à l'alcool ou aux autres drogues dures : « *s'il y a une salle d'attente, on va être peut-être avec quelqu'un qui a une dépendance qui malheureusement a marqué son physique [...] Et c'est là*

où en plus on va se dire « mais attends, je ne ressemble pas à ça moi. Je ne suis pas à ma place, je ne fous pas ma vie en l'air moi » » (focus group fumeurs). Fumer étant une pratique très normalisée, et qui n'est pas encore associée à quelque chose d'inacceptable ou de grave, comme c'est le cas aujourd'hui pour les autres substances psychoactives. Selon les fumeurs interrogés, l'addictologie a initialement été créée pour « les gens en marge de la société », et ne se reconnaissent pas dans cette terminologie. Alors que lorsque nous leur demandions leur avis sur le terme « tabacologie », celui-ci ne les dérange pas, car ils le jugent plus adapté et moins dévalorisant.

Il a également été révélé qu'actuellement, la première discussion sur le tabac auprès des professionnels se faisait lors de la visite de médecine du travail, où cette question est posée systématiquement. D'où l'enjeu de former également les soignants en médecine du travail afin qu'ils puissent constituer une porte d'entrée vers une prise en charge, et que débute le repérage des fumeurs parmi les agents. D'autres établissements ont mis divers dispositifs à destination des professionnels afin d'améliorer la prise en charge tabacologique les concernant, ceux-ci étant souvent oubliés de ce genre de programme d'action. Un établissement a, par exemple, mis en œuvre un système d'« hôpital de soirée » où sont organisées des séances de groupe pour les agents fumeurs. Cela étant aussi complété par des séances individuelles. Un autre centre hospitalier a, quant à lui, proposé une permanence tabacologique au service de santé au travail une fois par mois. Ces séances peuvent être appréciées pour les professionnels ne souhaitant pas assister à des consultations en même temps que les patients.

5.3.3 Un fil conducteur indispensable : la campagne de communication

Pour garantir l'efficacité de la mise en place des différentes actions citées précédemment, il est indispensable de bien en informer les agents, afin de les préparer au changement. Au centre de la stratégie LSST, se trouve la campagne de communication, pivot incontournable qui en assure la pérennité, à condition qu'elle soit transversale et continue.

Dans les premières phases de notre réflexion concernant le plan de communication à entreprendre, nous avons commencé par explorer les pratiques en vigueur au sein d'autres Lieux de Santé Sans Tabac. À cet effet, une variété de ressources en ligne est disponible, notamment des webinaires mettant en avant des retours d'expérience. De plus, il est possible de solliciter le RESPADD pour qu'il partage quelques illustrations de campagnes de communication. Ce dernier met aussi à disposition, sur son site, des autocollants et affiches LSST disponibles sur commande.

Lors de notre deuxième COPIL, nous avons pu présenter quelques propositions de campagnes de communication à partir de plusieurs exemples sélectionnés (cf. annexe n°17). Cela concernait principalement des éléments de signalétique au sol, permettant de bien identifier les zones fumeurs extérieures, et de guider les fumeurs vers ces dernières. Nous avons donc soutenu l'idée d'appliquer des pochoirs au sol, et éventuellement des flèches directionnelles. Certains établissements optent aussi pour des panneaux d'affichage ainsi que des plans du site indiquant l'emplacement précis des zones. Il est important bien faire mentionner ces nouvelles zones car nous ne pourrions pas reprocher aux fumeurs de ne pas bien les respecter si elles ne sont pas bien signalées. Comme le recommande le directeur du RESPADD, il faut que la campagne de communication soit massive, voire « envahissante » : « *C'est-à-dire qu'en fait, quand vous êtes dans un LSST, vous ne pouvez plus vous posez la question de savoir si vous êtes en zones fumeurs ou non-fumeurs, si vous êtes dans un LSST ou pas, ça doit être partout* ». Nous avons ainsi mis en avant des exemples de signalétique au sol qui insistent bien sur l'interdiction de fumer devant les entrées afin que cela ne passe plus inaperçu. Une suggestion émanant de services du CH consultés consistait à adopter l'expression « zone sans fumée » plutôt que l'appellation « espace non-fumeur ». Cette recommandation visait à introduire un message positif et moins contraignant pour les usagers. L'ambition est aussi d'éviter une multiplication de panneaux traditionnels indiquant l'interdiction de fumer. Selon une structure rencontrée lors du benchmark, il est aussi important d'avoir des éléments de langage propres à la démarche LSST, véhiculant un discours bienveillant qui présente la stratégie LSST comme un moyen d'améliorer la qualité de vie au travail, et non pas comme une agrégation de contraintes.

Ainsi, nous nous sommes accordés sur le fait de privilégier une campagne de communication positive et non culpabilisante, car notre objectif n'est pas de blâmer les fumeurs, mais au contraire, de mieux les accompagner et les soutenir davantage. En effet, lors des focus group, plusieurs fumeurs ont exprimés leur besoin d'être considérés : « *il ne faut pas qu'on devienne des cibles non plus* ». C'est pourquoi il faut rester vigilant, lors de l'élaboration du plan de communication, à ces éléments afin d'éviter toute stigmatisation et culpabilisation des fumeurs. De plus, une telle approche pourrait en réalité provoquer le résultat opposé : « *Moi je vois pour mon cas personnel, ça fait l'effet inverse pour me faire arrêter. Moi si on me fait la morale là-dessus, mais ça empire les choses quoi. J'ai encore plus envie de fumer* » (focus group fumeurs). En effet, des messages trop agressifs peuvent parfois induire des mécanismes de rejet, de défense, de déni, d'évitement ou encore, de renforcement du sentiment d'appartenance au groupe fumeurs et donc, du maintien du comportement visé (Badea et al., 2011; Blondé & Girandola, 2016). Mais il faut tout de même que ces messages soient assez forts pour ne pas trop atténuer le sens du message de

fond. Ainsi, il a été démontré que ce sont les messages modérés qui s'avèrent être les plus efficaces (Gallopel-Morvan & Lesage, 2003). Il faut alors interpeler sans choquer, tout comme il faut dénormaliser sans stigmatiser. Mais cet équilibre entre le trop faible et le trop fort peut-être difficile à établir dans les faits.

Lors de ce comité de pilotage, nous avons aussi présenté la stratégie de communication adoptée par le centre anticancer Gustave Roussy, qui est l'un des deux seuls établissements Français à avoir obtenu la certification or à l'audit LSST. Celle-ci consiste en un décompte progressif des jours les séparant de la date officielle d'entrée de la structure dans la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac. Date à partir de laquelle les nouvelles règles s'appliqueront. Pour se faire, l'institut Gustave Roussy a diffusé ce décompte plusieurs semaines en amont, via la presse interne, afin que tous les agents en soient informés de manière continue. Cela permettait d'y mettre en avant des données sur les dangers du tabagisme, mais également des éléments expliquant les changements concrets qui seront opérés après cette date buttoir. Nous avons donc trouvé cette idée d'avertir prospectivement les professionnels des changements, très intéressante, et nous souhaitons la reprendre. Nous avons ainsi entamé une réflexion sur la manière d'organiser ce décompte, mais également, sur la manière de le conclure. En effet, il est important que ce décompte se clôture sur une action forte afin de bien marquer le lancement du dispositif. Les membres du COPIL souhaitaient donc y prévoir la signature de la charte Lieu de Santé Sans Tabac, en présence de la presse locale, des différentes directions de l'hôpital et de partenaires extérieurs tels que la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en addictologie ou le RESPADD. Cependant, certains membres du COPIL souhaitaient aller au-delà de l'acte symbolique en y ajoutant un geste concret. C'est ainsi qu'est née l'idée, d'inaugurer les nouvelles zones fumeurs à cette occasion. Pour assurer le succès de l'événement, nous avons émis la proposition de faire se terminer ce décompte lors du mois de janvier ou de septembre, car ce sont les moments de l'année où les infirmières tabacologues constatent une forte motivation chez les fumeurs pour arrêter. Néanmoins, nous pensions qu'il n'était peut-être pas adapté de réaliser l'inauguration des zones fumeurs en hiver, en raison des intempéries et du froid qui peuvent les rendre peu attrayantes. Enfin, par souci de clarté, nous avons également décidé d'éviter de clore le décompte en novembre, afin d'éviter toute confusion possible avec le Mois Sans Tabac. Au bout du compte, nous avons décidé de mettre cette réflexion en suspens, le temps d'avancer concrètement en petits groupes de travail restreints sur l'aspect de l'aménagement extérieur du CH et du plan de communication.

A l'occasion de la journée mondiale sans tabac, le 31 mai, il a été convenu de faire notre premier post sur les réseaux sociaux de l'hôpital (Twitter, LinkedIn, Facebook) concernant la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac. Le but de cette publication était d'annoncer publiquement que

le centre hospitalier s'engageait dans la stratégie LSST de façon synthétique, et de partager le contact de l'ELSA. Nous n'avions pas souhaité donner plus d'information dans un premier temps, mais nous pensions que cela pourrait être complété ultérieurement lors d'autres grands évènements sur le sujet. Nous avons convenu que le partage de messages de prévention sur le tabagisme devait avoir lieu tout au long de l'année. En complément de cet élément, l'hôpital de Laval s'étant récemment doté de télévisions dans le hall d'accueil, nous avons saisi cette opportunité pour pouvoir y diffuser une vidéo brève réalisée par Santé Publique France abordant le thème de « la vie sans tabac » (Santé Publique France, 2022b).

Dans un second temps, nous avons décidé de présenter plus en détails la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac aux agents, via le journal trimestriel interne de l'hôpital : l'Inf'hop. Nous avons décidé d'y présenter les principaux résultats qui sont ressortis de l'enquête « tabagisme en blouse blanche » dans le numéro de septembre 2023. L'Inf'hop étant distribuée à tous les agents en complément de la fiche de paie, nous savons qu'il s'agit d'une voie de communication à large portée. Lors de l'entretien avec le directeur du RESPADD, ce dernier nous avait également conseillé de communiquer sur les résultats de l'enquête, en rendant cela esthétique et attractif et en favorisant l'information visuelle plutôt que rédactionnelle. Ce dernier nous a aussi rappeler l'importance d'insister sur les résultats encourageants qui ressortent de l'étude, afin de montrer l'intérêt du programme LSST et la motivation des personnels à s'y engager. Cet article sera aussi l'occasion de parler de la politique sans tabac plus en détails, et de rassurer sur celle-ci. En effet, nous avons réalisé que la formule « Lieu de Santé Sans Tabac » pouvait susciter la crainte chez les fumeurs car cela pouvait sous-entendre une interdiction stricte de fumer. Le but est ici d'informer qu'il s'agira d'un projet d'aide à l'arrêt des fumeurs volontaires, tout en protégeant les non-fumeurs.

Aujourd'hui, certaines structures préalablement engagées dans la stratégie LSST qui constatent que les zones fumeurs ne sont pas bien respectées, associent cela au manque de communication sur le sujet en amont. C'est pourquoi cela n'est pas un élément à négliger dans la mise en place du dispositif. Cette campagne de communication doit ainsi être constante et régulièrement renouvelée afin de ne pas perdre son souffle.

5.4 Les enjeux subsidiaires de la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac

5.4.1 Le traitement du vapotage dans un Lieu de Santé Sans Tabac

La question se pose de l'usage du vaporisateur personnel dans un Lieu de Santé Sans Tabac. Le RESPADD précise qu'étant donné que le vapotage peut constituer un moyen pour certains de diminuer leur consommation de tabac, la réglementation peut être plus souple le concernant. Il n'est donc pas nécessaire, selon le RESPADD, d'interdire son usage à l'extérieur, ou du moins, de seulement l'interdire à proximité des entrées et des fenêtres pour éviter les nuisances olfactives. En effet, avec le vaporisateur personnel, il n'y a pas de tabagisme passif car sa fumée ne dégage pas tous les composants toxiques présents dans la cigarette classique (RESPADD, 2019a). Mais ce débat sur le vapotage est encore vif, puisque certains estiment que le vapotage peut représenter un risque et qu'il ne faut pas promouvoir cette pratique afin de ne pas la normaliser et la considérer comme complètement neutre. Tandis que d'autres avancent l'argument que cela peut constituer une aide à l'arrêt du tabac, en baissant progressivement le taux de nicotine dans le vaporisateur personnel (Hartmann-Boyce et al., 2022 cité dans OFDT, 2023c). Certains peuvent ainsi le voir comme un outil de réduction des risques en considérant que, pour des raisons de santé, il vaille mieux vapoter que fumer du tabac (Public Health England, 2015). Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a statué sur le sujet en déclarant que nous n'avons pas encore le recul suffisant pour jauger des dangers éventuels sur la santé de l'utilisation d'un vaporisateur personnel, ainsi que sur l'efficacité de ce dispositif comme substitut nicotinique dans le cadre d'un sevrage tabagique. Le HCSP recommande donc aux professionnels de santé de ne pas orienter leurs patients fumeurs vers cette pratique (HCSP, 2021). Lors du benchmark, il y avait quasiment autant d'établissements qui traitaient le vapotage au même titre que le tabac, que d'établissements le tolérant. Cependant, lors des focus group, un ex-fumeur nous a rapporté être tout autant dérangé par les odeurs induites par le vapotage que par le tabac, et estime que l'on devrait traiter de la même façon les vapoteurs des fumeurs. La question du traitement de la vape a été abordée en COPIL, et les équipes d'addictologie estiment qu'envoyer les vapoteurs dans les zones fumeurs serait un non-sens. Nous avons donc décidé d'organiser ultérieurement une séance de réflexion sur le sujet, puis de transmettre des arguments et des propositions sur le traitement du vapotage à la direction afin que cette dernière puisse statuer sur le sujet en ayant tous les éléments de part et d'autre.

5.4.2 L'acceptabilité de la politique Lieu de Santé Sans Tabac auprès des fumeurs

Comme nous avons pu le voir, les professionnels peuvent se positionner à l'encontre de ce genre de programme pour différentes raisons. Le directeur du RESPADD estime qu'au vu de la synthèse nationale des enquêtes « tabagisme en blouse blanche », nous constatons que les professionnels fument, en moyenne, moins à l'hôpital qu'à l'extérieur. Il considère donc que cela sera tout à fait réalisable et envisageable pour eux de réduire encore davantage leur consommation sur leur lieu de travail, ou de se déplacer à quelques mètres pour accéder à une zone fumeur. Lors des focus group, les participants fumeurs avouent moins fumer à l'hôpital car cela est coûteux en temps et en énergie pour eux. D'autant plus que les soignants ont souvent des journées bien remplies, ce qui fait qu'ils y pensent moins qu'en temps normal. Par ailleurs, certains fumeurs occasionnels avouent que le contexte hospitalier ne constitue pas un contexte pour fumer selon eux : « *sur une journée de travail, jamais ça nous manque* » (focus group fumeurs). Cela est tout de même à nuancer pour certains fumeurs qui peuvent ressentir rapidement le manque de nicotine, et qui ressentent, par conséquent, le besoin de fumer sur leur lieu de travail. De plus, l'enquête par questionnaires nous révèle aussi qu'au sein de l'établissement, 23 % des répondants sont fumeurs (dont 10 % sont des fumeurs quotidiens). Les non-fumeurs sont ainsi en grande majorité, ce qui peut nous faire supposer que le dispositif LSST sera globalement bien perçu.

Si l'adhésion du personnel peut parfois être difficile à obtenir, il ressort au contraire de certaines études, que celui des usagers est plus systématique. Ces derniers acceptent en général mieux les changements liés à une politique de lutte contre le tabagisme et les nouvelles règles qui y sont associées du fait qu'ils estiment que s'abstenir de fumer dans un lieu de soins est cohérent avec les missions de ce dernier (Fouillet et al., 2007). En effet, comme nous l'a précisé le directeur du RESPADD, il est aujourd'hui admis que nous ne fumons plus dans les lieux publics. Les fumeurs sont déjà habitués à s'abstenir de fumer pendant plusieurs heures dans des situations quotidiennes, comme lorsque nous allons au cinéma ou lors d'un trajet en train, par exemple. Il ajoute que nous avons normalisé le fait de ne plus fumer dans certains lieux, et qu'il « *faut que ce soit pareil dans les hôpitaux* ». Nous pouvons également émettre l'hypothèse que, pour les patients, le fait de venir dans un établissement de santé sans tabac peut-être rassurant dans le sens où cela peut constituer la garantie d'un environnement sain, et d'un établissement soucieux de la santé de ses visiteurs. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que cela est plus aisé pour eux du fait qu'ils n'y séjournent en général que pendant une courte durée, ce qui est donc moins contraignant que pour les professionnels qui y travaillent quotidiennement.

5.5 L'engagement de la direction comme clé de voute dans la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac

La stratégie Lieu de Santé Sans Tabac étant un projet global à l'échelle de l'établissement, cela ne peut se concevoir sans un élément socle : celui d'un soutien fort de la direction. Le directeur du RESPADD insiste fortement sur ce point en disant que : « *la chaudière même de LSST c'est la gouvernance. Une gouvernance forte, administrative et médicale : président de CME¹⁴ et directeur d'hôpital. Ces deux personnes, il faut qu'elles soient convaincues* ». En effet, la solide adhésion de ces deux acteurs clés permettra de faire accepter le projet aux deux sphères qui régissent l'hôpital à savoir l'administration et les services de soin. Cela permettra ainsi de légitimer les actions menées en ce sens. Une addictologue rencontrée nous a confié qu'il fallait bien plus d'un simple accord et d'une « *neutralité bienveillante* », mais que le projet nécessitait une réelle implication de la part des dirigeants. En ajoutant qu'on ne peut créer une cohérence d'ensemble sans cet engagement institutionnel.

L'engagement de la direction est, par ailleurs, indispensable pour pouvoir mettre en place certains changements réglementaires tels que la modification des protocoles de prise en charge, la formation ou l'élargissement des interdictions de fumer, car elle seule en détient la compétence. De plus, le directeur du RESPADD précise que cet engagement facilite la résolution de certains blocages. En estimant que si la direction soutient en profondeur le projet, aucun obstacle n'est vraiment rédhibitoire. Cet engagement peut ainsi permettre de déployer des moyens supplémentaires pour le développement du projet LSST au sein de l'établissement.

En plus des grandes directions à convaincre, il convient aussi de faire en sorte que les cadres de santé approuvent également le projet. Ce que souligne une structure rencontrée lors du benchmark : « *il faut se les mettre dans la poche car, sans eux, on ne touche pas les professionnels* ». Elle estime ainsi que les professionnels de l'hôpital ne seront convaincus que si leurs cadres le sont aussi. Si le projet LSST est, et est perçu, par tous comme étant soutenu par les instances de direction, et non pas seulement par le service d'addictologie, cela incitera davantage les professionnels et les visiteurs à le respecter. Cela permet ainsi de décroiser la thématique du tabac et de la rendre plus présente et accessible.

¹⁴ Commission Médicale d'Établissement, qui est généralement présidée par un médecin.

6 Discussion

Ce travail avait pour visée de retracer le processus de mise en place de la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac au sein d'un centre hospitalier Français. Cette expérience documentée retrace les obstacles rencontrés, les leviers identifiés, ainsi que les orientations prises au cours de ce processus. Mais précisons que ce travail n'a pas prétention à être un modèle de conduite à suivre. L'idée ici, est plutôt de présenter une des manières possibles d'aborder le sujet. Le centre hospitalier de Laval a, par exemple, décidé de débiter par la mise en place des aménagements extérieurs, là où d'autres ont préféré prioriser sur un autre aspect du dispositif, comme la formation par exemple. Chaque stratégie d'application du guide du RESPADD étant différente, et, sachant que ce mémoire s'appuie sur l'expérience singulière d'un centre hospitalier, les enseignements qui en sont tirés ne prétendent pas à la représentativité. Par ailleurs, ce travail ayant été réalisé sur une période d'un an, nous ne parlons alors ici que des premières étapes de mise en œuvre, et non du déroulé complet de la création d'un Lieu de Santé Sans Tabac.

6.1 Exploration critique des outils du RESPADD

Afin de mettre en place la stratégie, le guide du RESPADD a été d'une grande aide en nous permettant de nous orienter dans les principaux objectifs de la politique sans tabac. Cet outil, très complet, aborde les différents champs d'action à investir, tout en laissant une certaine marge de manœuvre aux établissements, pour leur permettre de l'appliquer de façon flexible. Nous nous sommes ainsi peu à peu réapproprié cette stratégie en essayant au maximum de l'adapter à notre propre contexte. Ces corrections peuvent se révéler nécessaires dans certains cas, où l'implémentation se heurte à certaines contraintes empiriques. L'ensemble de ces recommandations constituent davantage un idéal à atteindre, que d'un réel mode d'emploi à suivre scrupuleusement, même si le dispositif peut continuer d'être amélioré au fil du temps afin d'essayer de l'atteindre. Nous avons constaté, avec le benchmark réalisé, que ce guide et ses objectifs semblaient mieux convenir à des structures d'envergure, comme des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) par exemple. En effet, ces derniers sont dotés de plus de moyens financiers, humains et matériels pour piloter ce type de programme, et suivre de façon plus assidue les instructions. Les actions entreprises étant multidimensionnelles, et effleurant des thématiques très vastes, il convient de devoir jongler entre divers enjeux. A titre d'exemple, la création de nouvelles

zones fumeurs doit tenir compte des spécificités du site, tout en essayant de ne pas empiéter sur d'autres intérêts, tels que la préservation des espaces verts par exemple, tout aussi importante pour le bien-être des individus.

Ce travail nous a également permis de réaliser un retour documenté de l'utilisation des outils mis à disposition par le RESPADD, pour lesquels nous identifions des possibilités d'amélioration. Tout d'abord, nous trouvons que le titre même de l'enquête « tabagisme en blouse blanche » n'était pas le plus approprié. En effet, cela peut être peu attrayant pour les soignants fumeurs, qui peuvent se sentir stigmatisés par cette dénomination. De plus, ce nom sous-entend que le questionnaire ne serait qu'à destination des professionnels de santé, et non des personnels administratifs, et autres services supports (restauration, entretien, nettoyage *etc.*), du fait que l'on associe communément la blouse blanche aux soignants. En conséquence, le nom de cette enquête ne traduit pas vraiment l'approche globale qui est promue par la politique LSST, en restreignant implicitement cela aux soignants. C'est pourquoi, nous avons décidé, dans notre cas, de ne pas l'appeler ainsi et de plutôt l'adresser aux professionnels du CH de Laval. Notre invitation à remplir le questionnaire précisait que cela s'inscrivait dans le cadre du déploiement de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac. Pour ce qui est du contenu du questionnaire, nous avons identifié une question qui pouvait parfois porter à confusion pour les répondants. Il s'agit de celle où l'on demande l'avis des agents sur l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement de santé, en intérieur comme en extérieur (*cf.* annexe n°8). Nous trouvons qu'il serait peut-être plus pertinent de distinguer l'interdiction extérieure de l'interdiction intérieure, afin de mieux mesurer la propension de personnes favorables à l'expansion des restrictions relatives au tabagisme. En effet, sur les questionnaires collectés, certains comportaient des annotations où les répondants distinguaient les deux contextes, car ils pouvaient avoir une opinion divergente entre les deux propositions. Malgré ces quelques éléments, la pluralité d'outils mis à disposition par le RESPADD s'est avérée très utile pour guider les différentes actions amorcées.

6.2 Les apports de l'étude à la problématique initiale

Cette expérience nous a permis de dresser un premier portrait des principaux leviers et freins dans la mise en place de la stratégie Lieu de Santé Sans tabac. Néanmoins, précisons que l'expérience du centre hospitalier de Laval n'est pas exempte de lacunes. Nous avons été confrontés à certaines difficultés méthodologiques et empiriques que nous allons ici présenter. Tout d'abord, cela concerne les difficultés à atteindre les professionnels pour les consulter et les mobiliser. Cela

a été le cas lors de la diffusion de l'enquête par questionnaires, ainsi que lors de l'organisation d'entretiens de groupe. Beaucoup de personnels ne se sentaient pas forcément concernés par la thématique et s'en investissaient donc peu. Mais nous savons aujourd'hui que ce constat est partagé par beaucoup d'établissements engagés dans la politique LSST. En effet, il ressort d'une étude nationale du RESPADD que l'action la plus difficile à mettre en œuvre concerne la formation des professionnels (Hochet, 2022). Nous pouvons alors supposer que cela est lié aux difficultés de mobilisation de ces derniers. Par ailleurs, cet engagement n'a pas été favorisé par le fait, pour le centre hospitalier de Laval, d'être passé par l'intermédiaire des cadres de santé pour accéder aux agents eux-mêmes. En effet, la réussite des actions de consultation dépendait alors du degré d'investissement des cadres et de leur sensibilité pour le sujet. Nous avons constaté que les services dans lesquels nous avons obtenu le plus de questionnaires remplis étaient ceux parmi lesquels le cadre de santé avait fait le plus de relances en interne, et pour qui, la thématique était importante à aborder. Alors que d'autres responsables, qui sont eux-mêmes fumeurs ou moins investis pour la question du tabac, n'ont que partiellement distribué les enveloppes ou ont oublié de collecter les réponses. Par ailleurs, certaines personnes nous ont dit ne pas l'avoir remplie en tant que non-fumeuses, car elles ne se sont pas senties concernées et visées par l'enquête. Il aurait ainsi peut-être été préférable, pour éviter ce genre de perceptions, de davantage informer les cadres en amont, afin qu'ils saisissent bien les objectifs des questionnaires et de la stratégie LSST, pour pouvoir par la suite, bien les exposer auprès des agents.

Par ailleurs, le fait que les questionnaires aient été distribués par les cadres de santé, peut également être source d'une moindre participation des agents. Lors de nos relances en personne, un infirmier rencontré nous avouait ne pas avoir complété le questionnaire afin de ne pas rendre ce service à son supérieur, avec qui il était en mauvais terme. Mais lorsque ce dernier a appris que l'enquête était à l'initiative de l'ELSA et non de son responsable lui-même, il a tout de suite accepté. Donc, le fait de passer par des intermédiaires, qui plus est, des supérieurs hiérarchiques, peut être source d'une moindre implication. D'autant plus que tous les professionnels du CH n'ont pas de cadres, et qu'il faut donc veiller à ne pas les omettre.

C'est pourquoi, nous avons constaté que les relances en personne, où nous nous rendions directement dans les services à la rencontre des professionnels, s'avérait être la méthode la plus efficace pour les mobiliser. En effet, nous n'avons eu que très peu de retours de questionnaires par courrier interne et par mail. Cette tendance s'explique probablement par les contraintes temporelles auxquelles sont exposés les professionnels de l'hôpital. De cette manière, il semblait arrangeant pour eux que nous venions récupérer les réponses nous-mêmes, quand bien même l'option de nous contacter pour que nous venions les collecter était proposée, personne n'a

entrepris cette démarche. Il semblerait donc que, pour maximiser le taux de participation, il faille simplifier le plus possible la procédure de collecte, de sorte que les professionnels n'aient que très peu, voire aucune démarche à réaliser en dehors de la complétion du questionnaire. La récolte des réponses doit ainsi être à l'initiative des porteurs du projet LSST, et non des répondants. Par ailleurs, l'interaction directe permet aussi de rendre le projet plus concret pour les répondants, et de pouvoir en discuter en face à face de manière décomplexée. Il est donc important, pour la réussite de la politique, de ne pas rester trop distancié du terrain.

D'autre part, la principale limite de cette étude est qu'elle s'appuie sur un journal de terrain, lequel dépend entièrement d'une certaine perception des événements et réalisations au cours d'un moment donné. Afin d'objectiver ces observations, cette expérience a toujours été mise en perspective en puisant dans d'autres sources d'information, lesquelles convergeaient régulièrement avec nos observations. Ce qui nous a permis d'apporter des clés de lecture et d'analyse de la situation.

Néanmoins, malgré ces éléments méthodologiques qui auraient pu être corrigés, nous avons observé une certaine implication des participants, qui se sentaient concernés et étaient enthousiastes à l'idée d'être consultés. Même les fumeurs ont manifesté leur bonne foi vis-à-vis de ce dispositif, en en comprenant les raisons, et en allant jusqu'à proposer de leur plein gré des idées de zones fumeurs. Nous avons ainsi compris l'importance capitale de consulter des fumeurs pour que les mesures soient mieux acceptées et légitimées. En effet, un des fumeurs rencontrés nous a exprimé sa crainte que ce projet soit entièrement piloté par des non-fumeurs, et que cela conduise inévitablement vers des mesures non adaptées pour eux. C'est pourquoi nous avons pris l'initiative de réaliser des entretiens, car il nous semblait important de compléter les données quantitatives et d'en discuter en personne avec les professionnels, car ce sont eux, les premiers concernés par ces mesures. Bien que nous regrettions le manque de représentativité et de diversité de profils lors des focus group du fait du nombre limité de participants. D'autant plus que les participants présents étaient des volontaires, ce qui peut aussi introduire un biais d'échantillonnage. Enfin, il aurait aussi été enrichissant pour ce travail de rencontrer des usagers, d'avoir leur avis et de le mettre en parallèle avec celui des professionnels rencontrés.

Abordons désormais le sujet du pilotage du dispositif LSST. A ce jour, et lors de la durée de l'expérience, le CH de Laval avait organisé deux comités de pilotage. Cependant, au vu des avancés rapides du projet, il aurait été plus pertinent d'en réaliser à des intervalles de temps plus réduits, et d'associer davantage les parties prenantes aux diverses réflexions qui ont pu apparaître tout au long du processus. Nous avons constaté que nous avons un nombre considérable d'éléments à

examiner lors d'un COPIL, mais que ce format ne permettait pas une réflexion approfondie de chacun d'eux, en raison de la durée limitée de la réunion. De plus, le fait de rapprocher ces séances dans le temps permet aux individus de continuer à prendre part au projet de manière constante, ce qui peut favoriser leur engagement. Bien évidemment, il aurait été complexe de réunir régulièrement les directions de l'hôpital à ces COPIL. C'est pourquoi une alternative serait d'établir plus fréquemment des groupes de travail restreints. Ces derniers permettraient d'avancer en petit comité sur divers aspects de la stratégie, en impliquant uniquement les services concernés. Par la suite, il pourrait être envisagé de présenter les avancées effectuées en COPIL général en présence des directions. Ces dernières ne seraient alors sollicitées que pour les questions d'ordre réglementaires et nécessitant leur aval.

Par ailleurs, une autre difficulté relative à la gouvernance, et qui nous a été souligné lors du benchmark, concerne le budget qui est octroyé pour l'application de la stratégie LSST par les ARS. Ce budget ne comprend pas d'enveloppe spécifique pour le plan de formation qui est à organiser. En effet, l'enveloppe est principalement dédiée aux aménagements extérieurs ainsi qu'au plan de communication. Cela ne permet donc pas toujours de couvrir l'ensemble des actions à effectuer. De plus, les changements induits par le projet LSST, comme nous avons pu le dire, sont à considérer sur une échelle de temps relativement longue. Néanmoins, son budget n'est établi que pour trois années, ce qui peut compromettre sa durabilité.

Nous tirons tout de même comme enseignements principaux que, l'engagement de la direction à l'égard de la stratégie, ainsi qu'une campagne de communication d'envergure, représentent des conditions *sine qua none* pour mener à bien le projet. Le premier est essentiel afin de lever les divers freins et pour pouvoir réellement engager le changement des pratiques, et le second permet de faire durer dans le temps le projet et de le faire respecter. La conjonction de ces deux éléments assure une base solide et prometteuse en vue du succès du projet : « *si vous avez la gouvernance et la communication, vous avez tout gagné, mais vraiment tout gagné* » (entretien avec le directeur du RESPADD). J'ajouterais à cela, qu'il est important que la politique LSST ne soit pas portée et incarnée par une seule personne, afin qu'elle fasse progressivement partie de l'identité de l'établissement, et que tout le monde s'en saisisse. Bien que les premières étapes doivent être menées par un groupe noyau avec un référent, le but est que cela s'étende petit à petit aux autres sphères de la structure. Pour cela, il est recommandable de désigner plusieurs référents au projet, si possible, issus de secteurs distincts. Concluons en disant que la meilleure façon de promouvoir le projet LSST et qu'il soit respecté sur le long terme, c'est qu'il soit porté par les agents de la structure eux-mêmes car « *ce sont eux les meilleurs influenceurs* » (entretien issu du benchmark).

Néanmoins un des obstacles majeurs à la création de Lieux de Santé Sans Tabac concerne le fait, qu'aujourd'hui en France, le domaine du curatif reste encore majoritaire et prioritaire au préventif. Mais cette primauté du curatif sur le préventif s'explique par le fonctionnement même du financement des centres hospitaliers. En effet, le budget qui leur est alloué se base sur les actes réalisés. Néanmoins, cette tarification à l'activité ne reconnaît pas les actions de prévention comme des activités au sens premier du terme. Ces initiatives ne sont donc pas reconnues et valorisées dans le fonctionnement du système de soin actuel. Il apparaît donc essentiel de repenser ce modèle de financement, afin que la prévention puisse y avoir toute sa place et permettre ainsi, de développer des actions de santé publique conséquentes.

Ce phénomène est accentué par un contexte de tension hospitalière chronique qui n'est que peu favorable à la mise en place de ce genre de dispositif. Nous avons effectivement constaté, au travers de cette expérience, que les directions étaient confrontées à différents enjeux qui limitent leur implication dans ce genre de projet. Certains nous ont relaté la difficulté à mobiliser les dirigeants sur des sujets jugés non urgents depuis un moment. Nous nous heurtons ici aux réalités de terrain, aux éléments structurels du système de santé qui peuvent entraver les objectifs finaux du projet. Le contexte hospitalier étant actuellement confronté à une situation tendue marquée par une pénurie médicale globale, engendrant des sous-effectifs et des conditions de travail difficiles. Cette réalité crée des priorités et des urgences concurrentes qui semblent prendre le pas sur la mise en œuvre du dispositif Lieu de Santé Sans Tabac. De ce fait, les professionnels, en effectifs réduits, se retrouvent alors confrontés à une charge de travail importante, restreignant ainsi le temps qu'ils peuvent consacrer à leur formation et à l'amélioration de la prévention lors de leurs consultations. Certains peuvent aussi, à prime abord, être dans l'incompréhension en pensant que l'allocation de ressources humaines et matérielles dans le projet LSST est non adaptée dans ce contexte. De plus, certains salariés peuvent considérer le tabac comme un plaisir personnel, un moyen de se détendre dans ce cadre stressant. Ce qui pourrait les amener à percevoir l'introduction du dispositif LSST comme une contrainte et une restriction de plus, dans un contexte de travail déjà difficile.

D'autre part, nous pouvons supposer que certains professionnels de l'établissement peuvent aussi se positionner à l'encontre de la stratégie LSST, du fait qu'elle vienne bousculer leurs manières de travailler. En effet, avec l'instauration de nouveaux protocoles de prise en charge des fumeurs et de la formation en tabacologie, nous venons modifier les pratiques de soin actuelles. L'approche Lieu de Santé Sans Tabac promouvant une collaboration pluriprofessionnelle et une co-construction du parcours de santé avec le patient, vient remettre en cause certaines représentations du soin encore présentes. Certains soignants continuent d'adopter une posture de

« sachant » par rapport à l'usager, et d'autres pensent que la prescription doit être exclusivement réservée aux médecins. Nous pouvons alors rencontrer une résistance de la part de certains praticiens, vis-à-vis de la délégation de tâches aux paramédicaux (en lien avec la prescription de TNS étendue aux autres professionnels de santé). La politique LSST induit donc aussi de « *changer la manière dont les médecins voient le travail des paramédicaux et [de] pouvoir réinvestir les soins différemment* » (propos issus de l'entretien avec le directeur du RESPADD). Il s'agit donc de tout un système de normes et de représentations qui est à changer. Ainsi, nous prenons conscience que le dispositif LSST va bien au-delà de ce que l'on peut imaginer à première vue. Celui-ci induit de s'interroger, au-delà du rapport au tabac, sur les pratiques professionnelles, les relations de pouvoir qui opèrent en milieu hospitalier entre différentes professions, et sur la vision que nous pouvons avoir de la santé elle-même.

Néanmoins, de nombreux professionnels rencontrés ont exprimé leur approbation vis-à-vis de ce projet et ont reconnu son utilité. Cette stratégie requiert également une approche empathique tout en soulignant les avantages universels d'un tel dispositif. Il est important de garder en tête que la politique LSST ne doit pas se faire de manière cloisonnée, mais en coopération avec divers acteurs du territoire, acteurs qui peuvent se révéler ressources. Dans une perspective d'amélioration de l'efficacité de ce projet, ainsi que d'autres initiatives de promotion de la santé et de prévention, il serait judicieux d'exploiter les ressources déjà disponibles. C'est pourquoi l'intégration de davantage de techniques issues du marketing social à ces initiatives, permettrait non seulement de maximiser l'utilisation des moyens existants, mais aussi d'accroître la sensibilisation du public, de favoriser le changement de comportement et de mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation pour garantir une adaptation constante aux besoins du public cible. Cette approche stratégique aurait un impact favorable sur la santé et le bien-être de la population tout en optimisant l'impact de ces programmes de santé publique. Précisons néanmoins que l'hôpital, à lui seul, ne pourra pas endiguer l'épidémie, mais ce dernier joue tout de même un rôle non négligeable et très efficace en combinaison avec d'autres types de stratégie anti-tabac. En effet, nous savons que pour pouvoir répondre de manière exhaustive à ce problème multifactoriel, il est important d'intervenir à la fois en sensibilisant sur les dangers du tabac, en restreignant son usage, mais aussi en améliorant l'accès aux services d'aide au sevrage. Cela nécessite donc de mêler diverses approches et stratégies, en ayant une considération globale et un positionnement fort des pouvoirs publics (Gallopel-Morvan et al., 2021; Reynaud et al., 2000; Stevan, 2021).

Conclusion

Au cœur de l'initiative Lieu de Santé Sans Tabac, se trouve la quête d'un environnement de travail et de vie protecteur et plus sain pour tous au sein des établissements de santé. Cependant, il est primordial de souligner que la mise en œuvre de ce dispositif nécessite des moyens humains, financiers et matériels pérennes, ainsi que le soutien des instances politiques favorables à une vision plus holistique de la santé. C'est pourquoi cela nécessite un engagement à long terme, au vu de la nécessité de modifier des habitudes établies dans le temps. Cela incombe également d'entreprendre des actions de plaidoyer, car une adhésion majoritaire est indispensable pour garantir son efficacité. L'inclusion des parties concernées dès le début du processus, et la négociation avec elles, sont essentielles pour le succès de ces nouvelles approches qui s'intègrent dans une vision plus large de la santé et s'alignent avec l'idée d'un parcours centré sur le patient.

Il apparaît clairement que le déploiement des Lieux de Santé Sans Tabac marque une étape prometteuse dans la lutte contre le fléau du tabagisme. Cependant, ce mouvement n'en est qu'à ses prémices, et son potentiel est loin d'être pleinement exploité. Nous avons encore beaucoup à apprendre sur le processus de transformation des établissements de santé en structures activement engagées dans la lutte contre le tabagisme. Cette expérience de terrain nous a tout de même donné l'occasion d'appréhender la complexité de ce processus, avec la richesse des paramètres qui doivent être pris en compte, ainsi que les divers enjeux qui en découlent. Il est évident que d'autres apports et études sur le sujet seront indispensables pour approfondir notre compréhension de cette évolution et pour parvenir à une représentation globale et précise de l'application de ce dispositif.

Bibliographie

- Alla, F., & Cambon, L. (2018). L'Hôpital, acteur de la promotion de la santé et de la prévention ? *Santé Publique*, 30(1), 5-6. <https://doi.org/10.3917/spub.181.0005>
- ARS Pays de la Loire. (2022). *Fonds de lutte contre les addictions*. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fonds-de-lutte-contre-les-addictions-3>
- Association Addiction France Pays de la Loire. (2022). *Pilotage régional—Mois Sans Tabac Pays de la Loire*. <https://www.mois-sans-tabac-paysdelaloire.fr/page-11>
- Badea, C., Cassidy, C., Boza, M., & Ramos, M. R. (2011). En guerre contre les fumeurs : Quel effet sur leur identification au groupe d'appartenance ? *Revue internationale de psychologie sociale*, 24(1), 63-81.
- Bartsch, P. (2020). Chapitre 9. Le tabagisme passif est-il moins grave que le tabagisme actif ? Dans *Le tabac en questions* (p. 91-93). Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.seuti.2020.02.0091>
- Blondé, J., & Girandola, F. (2016). Faire « appel à la peur » pour persuader ? Revue de la littérature et perspectives de recherche. *L'Année psychologique*, 116(1), 67-103. <https://doi.org/10.3917/anpsy.161.0067>
- Breton, É. (2015). 19. La réduction des inégalités sociales de santé passe par des actions en faveur des plus vulnérables. Dans *30 idées reçues en santé mondiale* (p. 97-102). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.ridde.2015.01.0097>
- Bruyère, O., Leva, C., & Reginster, J.-Y. (2020). Chapitre 29. Les interdictions de fumer dans les lieux publics sont-elles vraiment utiles ? Dans *Le tabac en questions* (p. 211-214). Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.seuti.2020.02.0211>

- Clegg, H., Howle, F., Groom, K., Moore, R., Hryhorskyj, L., Grundy, S., Tempowski, A., Turnpenny, B., Law, H., Sundar, R., Butt, A.-T., Abdelaziz, M., Agrawal, S., Coyne, J., Crossfield, A., & Evison, M. (2021). Understanding the enablers and barriers to implementing smoke-free NHS sites across acute care trusts in Greater Manchester : Results of a hospital staff survey. *Future Healthcare Journal*, 8(3), e676-e682. <https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0243>
- CNCT. (2022). *L'éco-organisme ALCOME, outil de greenwashing de l'industrie du tabac en France*. <https://cnct.fr/communiqués/eco-organisme-alcome-outil-greenwashing-industrie-tabac-france/>
- Cogordan, C., Andler, R., Nguyen-thanh, V., & Arwidson, P. (2017). *French general practitioners obstacles to SBI: a qualitative study*. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/french-general-practitioners-obstacles-to-sbi-a-qualitative-study>
- Cogordan, C., Quatremère, G., Andler, R., Guignard, R., Richard, J. B., & Nguyen-Thanh, V. (2020). Dialogue entre médecin généraliste et patient : Les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(6), 319-326. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.10.005>
- Commission Européenne. (2023a). *Aperçu*. https://health.ec.europa.eu/tobacco/overview_en
- Commission Européenne. (2023b). *Environnements sans fumée*. https://health.ec.europa.eu/tobacco/smoke-free-environments_en
- Conseil de l'Union Européenne. (2009). *Recommandations du Conseil relatives aux environnements sans tabac*. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32009H1205\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32009H1205(01)&from=EN)
- Constance, J., & Peretti-Watel, P. (2010). La cigarette du pauvre. *Ethnologie française*, 40(3), 535-542. <https://doi.org/10.3917/ethn.103.0535>

- Dautzenberg, B., Riquet, M., & Trosini-Desert, V. (2005). Le contrôle du tabagisme péri-opératoire : Un défi pour les pneumologues. *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(6, Part 1), 1085-1089. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(05\)85763-8](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(05)85763-8)
- Dochez, V., & Diguisto, C. (2020). Épidémiologie et facteurs de risque de la consommation de tabac au cours de la grossesse (hors coaddictions)—Rapport d’experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 48(7), 546-550. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.03.024>
- ENSP. (2023). *Mission and Vision—European Network*. <https://ensp.network/mission-and-vision/>
- Errard-Lalande, G. (2005). L’accompagnement au sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(6, Part 2), 15-26. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(05\)85767-5](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(05)85767-5)
- Fishwick, D., Carroll, C., McGregor, M., Drury, M., Webster, J., Bradshaw, L., Rick, J., & Leaviss, J. (2013). Smoking cessation in the workplace. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 63(8), 526-536. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt107>
- Fouillet, M., Massé, G., & Pucheault, M. (2007). Un service de soins psychiatriques sans tabac : L’expérience du centre Henri Rousselle au centre hospitalier Sainte-Anne. *L’information psychiatrique*, 83(2), 129-136. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8302.0129>
- Gachelin, G. (NC). *PREMIÈRE LOI FRANÇAISE RELATIVE À LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME* - *Encyclopædia Universalis*. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/premiere-loi-francaise-relative-a-la-lutte-contre-le-tabagisme/>
- Gallopel-Morvan, K., Alla, F., Bonnay-Hamon, A., Brousse, P., Gonneau, A., & Castera, P. (2021). Arrêt du tabac : Une personnalisation nécessaire des programmes de sevrage. *Santé Publique*, 33(4), 505-515. <https://doi.org/10.3917/spub.214.0505>
- Gallopel-Morvan, K., & Lesage, C. (2003). Prise en compte du phénomène de dissonance cognitive pour accroître l’efficacité des campagnes anti-tabac sur une cible de jeunes

Français. *Politiques et Management Public*, 21(4), 89-116.
<https://doi.org/10.3406/pomap.2003.2823>

- Gallopel-Morvan, K., Nguyen Thanh, V., Arwidson, P., & Hastings, G. (2019). Segmenter et cibler. Dans *Marketing social* (p. 65-78). Presses de l'EHESP.
<https://www.cairn.info/marketing-social--9782810907472-p-65.htm>
- Hartmann-Boyce, J., Lindson, N., Butler, A., McRobbie, H., Bullen, C., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N., Turner, T., Fanshawe, T., & Hajek, P. (2022). *Electronic cigarettes for smoking cessation*.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010216.pub7/full>
- HAS. (2014). *Arrêt de la consommation de tabac : Du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
- HCSP. (2021). Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique. In *Rapport de l'HCSP*. Haut Conseil de la Santé Publique.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138>
- Heno, G. (2011). Le développement de la tabacologie : Un progrès fondamental pour la qualité des soins. *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 99-106.
<https://doi.org/10.3917/rsi.106.0099>
- Hill, C. (2019). *Les effets sur la santé du tabagisme passif*. Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/les-effets-sur-la-sante-du-tabagisme-passif.-numero-thematique.-journee-mondiale-sans-tabac-31-mai-2011>
- Hochet, M. (2022). *Lettre n°45 – Mai 2023 – RESPADD*. RESPADD.
<https://www.respadd.org/blog/2023/05/05/lettre-n45-mai-2023/>

- INCa. (2023). *Tabac—Réduire les risques de cancer*. <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Tabac>
- Institut National du Cancer. (2023). *La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030—Stratégie de lutte contre les cancers en France*. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
- Králíková, E., & Pánková, A. (2020). Barriers to introduction of smoke-free workplaces in Central Europe : Example of the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*, 28 Suppl, S22-S25. <https://doi.org/10.21101/cejph.a6160>
- Laqueille, X., & Lucet, C. (2017). 5. Principes généraux des prises en charge en addictologie. In *Pratiques cliniques en addictologie* (p. 35-43). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.laque.2017.01.0035>
- Le Denmat, V., & Dewitte, J.-D. (2019). Tabac et travail. *Revue des Maladies Respiratoires*, 36(10), 1117-1128. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2019.01.010>
- Le Houezec, J., & Morel, A. (2019). Chapitre 13. Tabac et addiction. In *Addictologie: Vol. 3e éd.* (p. 159-178). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0159>
- Mackereth, P., Finchett, C., & Holt, M. (2016). Smoke-free hospital site conversations : How nurses can initiate change. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 25(21), 1176-1180. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.21.1176>
- Martínez, C., Castellano, Y., Fu, M., Riccobene, A., Feliu, A., Tigova, O., Ballbè, M., Anton, L., Fernández, P., Cabrera-Jaime, S., Puig-Llobet, M., Moreno, C., Falcó-Pegueroles, A., Galimany, J., Estrada, J. M., Guldish, J., Fernández, E., & ETHIF Research Group. (2020). Patient perceptions of tobacco control after smoke-free hospital grounds legislation : Multi-center cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103485. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103485>

- Menecier, P., Charvet, M., Lucas, E., & Fernandez, L. (2022). Fumer à l'hôpital en 2022. Une liberté, un risque ou une provocation ? *Psychotropes*, 28(3-4), 103-120. <https://doi.org/10.3917/psyt.283.0103>
- MILDECA. (2019). *E-Santé : Des pistes prometteuses pour les addictions* | MILDECA. <https://www.drogues.gouv.fr/e-sante-des-pistes-prometteuses-pour-les-addictions>
- MILDECA. (2023). *Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027*. Gouvernement.fr. <https://www.gouvernement.fr/communiqu/strategie-interministerielle-de-mobilisation-contre-les-conduites-addictives-2023-2027>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2021). *Lutte contre le tabac : Principaux textes et orientations stratégiques*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabac-principaux-textes-et-orientations-strategiques>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). *La stratégie nationale de santé 2018-2022*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
- Ministère du Travail. (2023). *L'interdiction de fumer et de vapoter dans les lieux de travail*. Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/statut-des-travailleurs-et-dispositions-particulieres/article/l-interdiction-de-fumer-et-de-vapoter-dans-les-lieux-de-travail>
- Nagahapitiye, M. C., Rozec, P., Rosec-Page, A. H., Tanguy-Laine, K., Dewitte, J. D., & Pougnet, R. (2018). [Smoking among hospital staff and the impact of the November, No Smoking Month campaign on this population]. *Revue De Pneumologie Clinique*, 74(6), 369-374. <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2018.06.002>
- OFDT. (2021). *Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme—Tendances 145—Mai 2021—OFDT*. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/tendances/trente-ans-de-politiques-publiques-de-reduction-du-tabagisme-tendances-145-mai-2021/>

- OFDT. (2022). *Drogues et addictions, chiffres clés—Édition 2022—OFDT*. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/drogues-et-addictions-chiffres-cles/drogues-et-addictions-chiffres-cles-9eme-edition-2022/>
- OFDT. (2023a). *Le coût social des drogues : Estimation en France en 2019—OFDT*. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/methode/le-cout-social-des-drogues-estimation-en-france-en-2019/>
- OFDT. (2023b). *Tabac et cigarette électronique—Synthèse des connaissances—OFDT*. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/>
- OFDT. (2023c). *Tabagisme et arrêt du tabac en 2022—OFDT*. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/bilans/tabagisme-et-arret-du-tabac-en-2022/>
- OMS. (2003). *Convention Cadre de lutte anti tabac de l'OMS*. <https://fctc.who.int/fr/who-fctc/overview>
- OMS. (2022). *Tabac*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Pasquereau, A., Soullier, N., Andler, R., Guignard, R., Gautier, A., Richard, J. B., Beck, F., & Nguyen Thanh, V. (2022). Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 26. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/2022_26_1.html
- Peiffer, G., Underner, M., Perriot, J., Paillot, N., & Renolleau, F. (2013). Le sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 5(5), e5-e15. [https://doi.org/10.1016/S1877-1203\(13\)70495-6](https://doi.org/10.1016/S1877-1203(13)70495-6)
- Pilnick, A., & Coleman, T. (2006). Death, depression and 'defensive expansion' : Closing down smoking as an issue for discussion in GP consultations. *Social Science & Medicine*, 62(10), 2500-2512. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.031>

- Pommier, J. (2017). Stratégies axées sur les milieux de vie. Dans *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (p. 143-176). Presses de l'EHESP. <https://www.presses.ehesp.fr/produit/promotion-de-sante/>
- Pommier, J., & Guével, M.-R. (2017). Stratégies axées sur les milieux de vie. Dans *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (2ème édition, p. 165-201). Presses de l'EHESP.
- Poole, N. L., Nagelhout, G. E., Magnée, T., Haan-Bouma, L. C. I. de, Barendregt, C., Schayck, O. C. P. van, & Brand, F. A. van den. (2019). A qualitative study assessing how reach and participation can be improved in workplace smoking cessation programs. *Tobacco Prevention & Cessation*, 9(March), 1-10. <https://doi.org/10.18332/tpc/161589>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). Dans search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Public Health England. (2015). *E-cigarettes around 95% less harmful than tobacco estimates landmark review*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/news/e-cigarettes-around-95-less-harmful-than-tobacco-estimates-landmark-review>
- RESPADD. (s. d.). *Enquête Tabagisme en blouse blanche – RESPADD*. Consulté 19 août 2023, à l'adresse <https://www.respadd.org/hopital-sans-tabac-lieu-de-sante-sans-tabac/enquete-tabagisme-en-blouse-blanche/>
- RESPADD. (2017). *Hôpital et Lieu de santé sans Tabac – RESPADD*. <https://www.respadd.org/blog/2018/04/24/hopital-lieu-sante-sans-tabac/>
- RESPADD. (2019a). *Publications et Outils – RESPADD*. <https://www.respadd.org/hopital-sans-tabac-lieu-de-sante-sans-tabac/publications-et-outils/>
- RESPADD. (2019b). *Stratégie et Objectifs – RESPADD*. <https://www.respadd.org/hopital-sans-tabac-lieu-de-sante-sans-tabac/strategie-et-objectifs/>

- RESPADD. (2020). *Premiers gestes en tabacologie* – RESPADD. <https://www.respadd.org/blog/2018/04/24/premier-geste-en-tabacologie/>
- RESPADD, & ARS Bretagne (Réalisateurs). (2021). *Colloque Lieu de santé sans tabac – Bretagne – Vidéo Respadd*. <https://video.respadd.org/les-colloques-lsst/colloque-lieu-de-sante-sans-tabac-bretagne/>
- Reynaud, M., Parquet, P.-J., & Lagrue, G. (2000). Chapitre 3. Le dispositif de prévention et de soins aux fumeurs. In *Pratiques addictives* (p. 213-221). Odile Jacob. <https://www.cairn.info/pratiques-addictives--9782738107817-p-213.htm>
- Saetta, S., Kivits, J., Frohlich, K., & Minary, L. (2020). Stigmatisation et santé publique : Le côté obscur des interventions anti-tabac. *Santé Publique*, 32(5-6), 473-478. <https://doi.org/10.3917/spub.205.0473>
- Santé Publique France. (2019a). *La littératie en santé : Un concept critique pour la santé publique*. <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>
- Santé Publique France. (2019b). *Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ?* <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>
- Santé Publique France. (2020). *Exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail et au domicile entre 2014 et 2018 : Résultats du baromètre de Santé publique France*. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/exposition-a-la-fumee-de-tabac-sur-le-lieu-de-travail-et-au-domicile-entre-2014-et-2018-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france>
- Santé Publique France. (2021). *Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : Résultats du Baromètre de Santé publique France*. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-en-2020-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france>

- Santé Publique France. (2022a). *Attitudes des fumeurs en période de crise sanitaire liée à la Covid-19 : Synthèse d'études qualitatives et quantitatives*. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/attitudes-des-fumeurs-en-periode-de-crise-sanitaire-liee-a-la-covid-19-synthese-d-etudes-qualitatives-et-quantitatives>
- Santé Publique France. (2022b). *#viesanstabac : Santé publique France rediffuse et renforce sa campagne « Bienvenue dans une vie sans tabac »*. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/viesanstabac-sante-publique-france-rediffuse-et-renforce-sa-campagne-bienvenue-dans-une-vie-sans-tabac>
- Santé Publique France. (2023). *Baromètre Cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer*. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer>
- Scientific Committee on Tobacco and Health. (1998). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/report-of-the-scientific-committee-on-tobacco-and-health>
- Serafin, A., Franklin, S., Mehta, R., Crosby, S., Lee, D., Edlin, B., & Bewick, B. M. (2014). NHS patients, staff, and visitor viewpoints of smoking within a hospitals' ground : A qualitative analysis. *BMC Public Health*, 14, 1015. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1015>
- SRAE addictologie Pays de la Loire. (2023). Guide pratique pour la sensibilisation « Prescription de TNS ». *SRAE Addictologie*. <https://srae-addicto-pdl.fr/referentiels/guide-pratique-pour-la-sensibilisation-prescription-de-tns/>
- Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>
- Štěpánková, L., Kostecká, L., Stejskalová, V., Kalvachová, M., & Králíková, E. (2020). Hospital as a smoke-free workplace. *Central European Journal of Public Health*, 28 Suppl, S26-S30. <https://doi.org/10.21101/cejph.a6172>

- Stevan, C. (2021). *Podcast—Un monde sans tabac est-il possible ?* rts.ch. <https://www.rts.ch/info/sciences-tech/12169962-podcast-un-monde-sans-tabac-est-il-possible.html>
- Tran Luy, M., Le Faou, A.-L., Airagnes, G., & Limosin, F. (2020). Repérage systématique et prise en charge du tabagisme à l'hôpital général. *Revue des Maladies Respiratoires*, 37(8), 644-651. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2020.06.015>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Les dangers du tabagisme

En France, le nombre de décès liés à la consommation de tabac s'élevait à 75 000 en 2015 et nous estimons à 32 % la part des fumeurs en France en 2021 parmi les 18-75 ans. Notons que ce taux est en augmentation de deux points par rapport à 2019 (OFDT, 2022). Le tabagisme quotidien concernait quant à lui pas moins de 25 % des Français en 2021 (OFDT, 2023). De plus, la France reste un pays ayant une prévalence élevée comparativement à ses voisins, en étant, en 2019, à la cinquième place des pays européens les plus consommateurs (OFDT, 2022). Cette importante proportion de fumeurs au sein de la population n'est pas sans conséquences, car nous savons aujourd'hui qu'un fumeur régulier sur deux décèdera de sa consommation, perdant ainsi en moyenne 14 années de vie (Commission Européenne, 2023a; OMS, 2022). De plus, nous savons qu'un fumeur sur quatre décèdera avant 60 ans (Heno, 2011). Le tabac étant impliqué dans le développement de 17 cancers différents (INCa, 2023). Par ailleurs, soulignons le fait qu'un cancer sur trois en France est dû au tabagisme (Pasquereau et al., 2022). Enfin, il est important de rappeler que même une faible consommation de tabac représente des risques pour la santé.

Annexe n°2 : Le gradient social du tabagisme

L'exposition au tabagisme passif, comme au tabagisme actif, est traversée par un fort gradient social. En effet, le tabac, comme beaucoup d'autres thématiques de santé, touche de façon plus significative les catégories socio-économiques les plus précaires, et inversement : les populations les plus favorisées y sont plus protégées. Assurément, la prévalence du tabagisme est beaucoup plus marquée chez les personnes sans emploi (44 % des personnes au chômage contre 27 % des actifs), les personnes ayant un bas revenu (33 % des personnes appartenant au tercile le plus bas de revenu contre 18 % des personnes appartenant au tercile de revenu le plus élevé) et les personnes non diplômées (36 % des non diplômés contre 17,3 % des personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat) (Santé Publique France, 2021). Ainsi, cela se répercute sur l'exposition au tabagisme passif, qui est, de fait, plus important chez les personnes en situation de précarité. En 2017, nous observons que les ouvriers sont quatre fois plus touchés par le tabagisme passif sur leur

lieu de travail que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Ainsi, il est incontestable que les méfaits du tabac sur la santé soient multiples, aussi bien pour les fumeurs que pour les non-fumeurs (Le Denmat & Dewitte, 2019).

Annexe n°3 : Le tabagisme passif

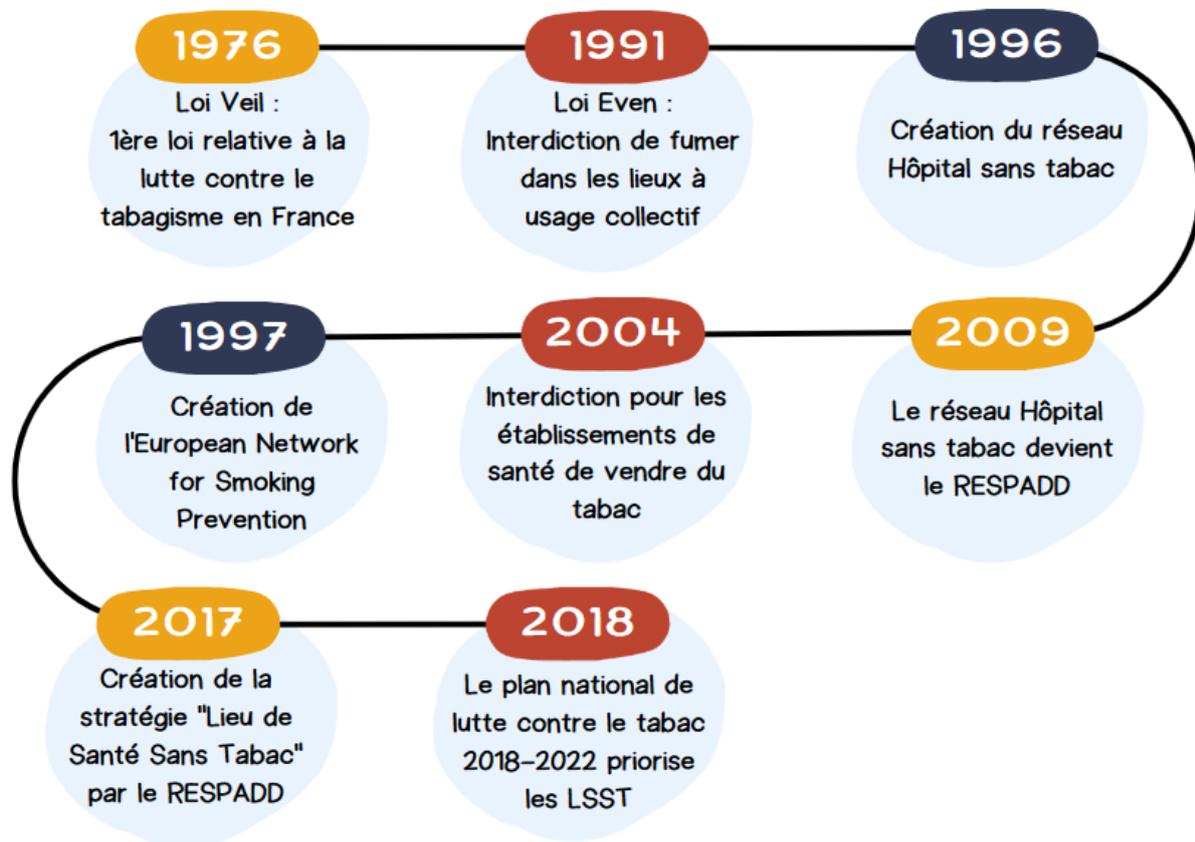
Bien que le tabagisme passif soit moins dangereux pour la santé que le tabagisme actif, il a tout de même des effets nocifs démontrés sur la santé. Il faut savoir que la fumée passive (issue de la combustion), contient considérablement plus de substances nocives que la fumée primaire inhalée par le fumeur (Bartsch, 2020, p. 9). L'OMS estime qu'environ 1,2 millions de personnes dans le monde décèdent à cause du tabagisme passif chaque année. En France, on estime que ce phénomène est à l'origine de plus de 5 000 décès par an (Ministère du Travail, 2023). Il a été démontré que l'exposition au tabagisme passif augmente les risques d'apparition du cancer du poumon de 20 à 30 % (Scientific Committee on Tobacco and Health, 1998). Ce phénomène est particulièrement délétère pour les populations à risque tels que les enfants ou les femmes enceintes en augmentant les risques de développement d'asthme de 32 % et en doublant les risques de mort subite du nourrisson (Hill, 2019). Ainsi, bien que les effets nocifs sur la santé du tabagisme passif soient moins importants que le tabagisme actif, il peut néanmoins être à l'origine de l'apparition de nouvelles pathologies, ou de l'aggravation de soucis de santé préexistants. Le tabagisme est donc une thématique de santé qui concerne également les non-fumeurs.

Le tabagisme passif peut apparaître dans une multitude de situations : tant bien au domicile, que sur le lieu de travail ou encore dans les espaces extérieurs. En 2017, 15,7 % des actifs déclaraient avoir été exposés à la fumée de tabac de leurs collègues à l'intérieur des locaux au cours du mois, et cela concerne 13 % des travailleurs du secteur de la santé humaine et de l'action sociale (Santé Publique France, 2020). En 2022, la Commission Européenne ne dénombrait pas moins de 7 300 décès dus à l'exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail. Quand bien même l'interdiction de fumer à l'intérieur des locaux sur les lieux de travail est en vigueur depuis 2007. Nous n'avons pas de données concernant l'exposition au tabagisme passif en extérieur sur les lieux de travail, mais nous pouvons supposer que cette dernière pourrait être conséquente. L'étendue des zones où il est interdit de fumer, même en extérieur, vise ainsi à diminuer le tabagisme passif, et à améliorer la qualité de l'air (Bruyère et al., 2020, p. 29).

Annexe n°4 : La conciliation entre liberté individuelle et intérêt collectif dans la lutte contre le tabagisme

La stratégie LSST, dans sa dimension restrictive dans l'étendue de l'interdiction de fumer à l'extérieur n'est pas sans poser certaines questions éthiques. En effet, un argument courant qui se positionne à l'encontre de la politique LSST est celui qui consiste à défendre le « droit à fumer » (Menecier et al., 2022). Ce dernier développe que les fumeurs ont le droit de fumer et qu'on ne peut pas leur en interdire l'usage puisque ce comportement relève de leur choix et de leur responsabilité personnelle. Le but n'est pas non plus de forcer tous les fumeurs à arrêter, cela devient même difficile à concevoir pour le cas de patients en phase terminale par exemple, dont le tabac constitue encore un de leurs derniers plaisirs. Il convient alors de préciser que l'idée de LSST est de conserver la liberté des individus dans un contexte réglementé. En effet, on n'interdit pas aux fumeurs de fumer, mais on leur interdit de fumer à certains endroits. Et l'argument du droit à fumer n'est pas forcément entendable dans un établissement qui lutte contre les maladies liées au tabagisme, car ici, c'est davantage l'intérêt collectif qui prime. Dans un établissement de santé, il est évident que la santé des patients, des visiteurs et du personnel passe avant la liberté individuelle à fumer. D'autant plus que l'hôpital accueille, par définition, un public vulnérable et fragile sur le plan de la santé, dont certains sont atteints de pathologies graves pour lesquelles il est important d'éviter tout facteur de risque supplémentaire pouvant aggraver leur maladie. Il s'agit donc ici d'un comportement qui dépasse l'individualité car ce dernier a des conséquences néfastes sur les autres. Par ailleurs, la notion même de droit peut aussi être attribuée aux non-fumeurs qui peuvent revendiquer le droit de respirer un air sans tabac (Menecier et al., 2022). De surcroît, nous pouvons aussi utiliser l'argument de l'aide au sevrage tabagique pour justifier de l'installation de zones fumeurs en périphérie. En effet, il peut être difficile pour des personnes ayant débuté un sevrage tabagique de voir des fumeurs à proximité et de sentir l'odeur du tabac, ce qui peut être source d'incitation.

Annexe n°5 : Frise chronologique de quelques grandes dates dans la lutte contre le tabagisme





CHARTRE

Hôpital sans tabac

- 1 Mobiliser les décideurs. Sensibiliser tous les personnels. Informer les usagers.**
- 2 Mettre en place un comité de prévention du tabagisme. Définir une stratégie et coordonner les actions.**
- 3 Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du fumeur.**
- 4 Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée et le suivi du fumeur dépendant.**
- 5 Faire accepter et respecter la réglementation en vigueur.**
- 6 Installer, maintenir et actualiser la signalétique obligatoire et non obligatoire.**
- 7 Protéger et promouvoir la santé au travail de tous les personnels hospitaliers.**
- 8 Multiplier les initiatives pour devenir des Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé.**
- 9 Assurer la continuité des actions et se doter des moyens d'évaluation.**
- 10 Convaincre d'abord, contraindre si besoin. Etre persévérant !**

Annexe n°7 : L'audit Lieu de Santé Sans Tabac

L'audit LSST un outil international créé par le *global network for tobacco free healthcare services*. Il a pour objectif de dresser un état des lieux de la politique LSST au sein de l'établissement, de dégager des axes d'amélioration et de mesurer l'évolution du projet. Celui-ci est composé de 47 questions réparties en 8 normes : gouvernance et engagement, communication, formations initiales et continues, identification diagnostic et soutien au sevrage tabagique, environnement sans tabac, lieu de travail sain, engagement dans la communauté et surveillance et évaluation. Pour avoir la certification bronze, il faut un score supérieur ou égal à 27 points, supérieur ou égal à 108 points pour le niveau argent, et un score supérieur ou égal à 126 points pour avoir le dernier niveau de certification : or. A ce jour, il n'y a que deux établissements Français ayant obtenu la certification or.

Annexe n°8 : Enquête « tabagisme en blouse blanche » du RESPADD

Lieu de santé
sans tabac

Enquête sur le

TABAGISME EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom de l'établissement

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PERSONNELS HOSPITALIERS

► **La prise en charge du tabagisme des patients fumeurs en établissement de santé doit être proposée :**

- aux patients ayant des maladies liées au tabac d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas d'accord
- aux fumeurs motivés à l'arrêt d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas d'accord
- à l'ensemble des fumeurs d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas d'accord

► **À votre avis, qui doit assurer cette prise en charge ?**

- Des médecins addictologues/tabacologues d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas d'accord
- L'ensemble des médecins d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas d'accord
- L'ensemble des personnels de soins d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas d'accord

► **Dans l'exercice de votre profession**

- Vous sentez-vous concerné par la prise en charge des patients fumeurs ? oui non
- Participez-vous à la prise en charge des patients fumeurs ? oui non
- Êtes-vous en mesure d'orienter un patient vers une consultation d'addictologie/tabacologie ? oui non
- Considérez-vous que votre formation sur le tabagisme et la prise en charge des patients fumeurs est suffisante ? oui non
- Souhaiteriez-vous être mieux formé sur la prise en charge des patients fumeurs ? oui non

► **Test de connaissances**

	Vrai	Faux	NSP
Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant une intervention chirurgicale divise par 3 le risque de complication opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel que soit l'âge, il y a toujours des bénéfices à arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un fumeur qui réduit de moitié sa consommation de cigarette avec des substituts nicotiques diminue de nombreux risques liés au tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis le 1 ^{er} janvier 2019, les substituts nicotiques sont pris en charge à 65 % par l'Assurance maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un mois sans fumer, c'est 5 fois plus de chances d'arrêter définitivement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vapotage est 95 % moins dangereux que le tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise de poids est systématique lors de l'arrêt de la consommation de tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Votre avis sur l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement de santé (intérieur et extérieur)**

- C'est une bonne chose d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas d'accord
- Elle est bien respectée d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas d'accord
- On devrait interdire aux personnels hospitaliers de fumer en blouse blanche d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas d'accord

► **Si vous voyez une personne fumer dans une zone interdite, faites-vous une remarque ?**

oui non

► **Pour mieux vous connaître**

- Votre âge < 20 20-29 30-39 40-49 50-59 60 ans et +
- Vous êtes un homme une femme
- Votre métier médecin IDE autre soignant (préciser) non soignant (préciser)

► **Concernant le tabac**

Je n'ai jamais fumé J'ai arrêté Je fume occasionnellement Je fume tous les jours

► **Si vous fumez**

Combin de cigarettes/jour ? < 10 11 à 20 21 à 30 > 30
 Délai entre le lever et la 1^{re} cigarette < 5 mn 6 à 30 mn 31 à 60 mn > 60 mn
 À l'hôpital, je fume plutôt plus pareil plutôt moins

RESPADD
RÉSEAU DE
PRÉVENTION
DES ADDICTIONS

RESPADD
Réseau de prévention des addictions
contact@respadd.org - www.respadd.org

Nous vous remercions pour votre participation

Envoyer

LSPS
LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

International Network of
Health Promoting Hospitals
& Health Services

Annexe n°9 : Les trois phases d'un suivi tabacologique

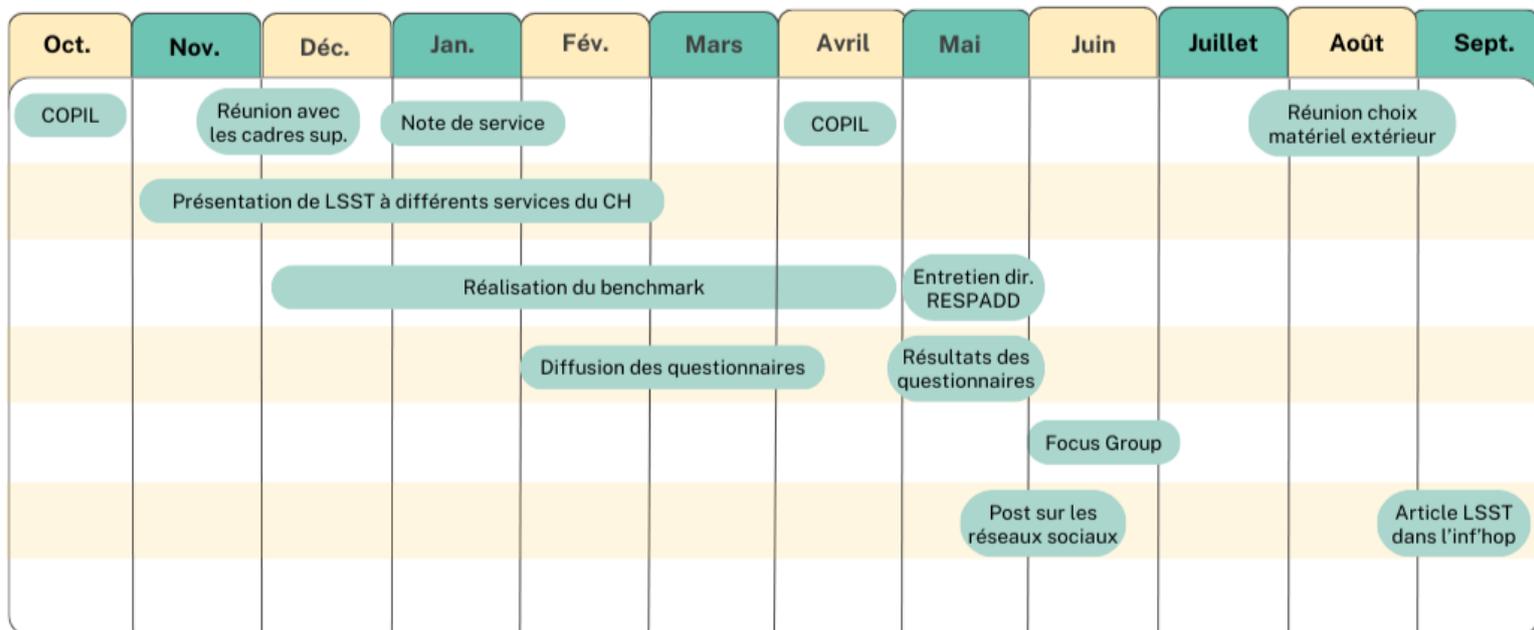
Un sevrage tabacologique est un processus d'accompagnement qui se réalise sur le long terme. Nous pouvons distinguer trois phases composant celui-ci, que nous allons détailler ci-dessous (Errard-Lalande, 2005).

- La phase de « préparation du sevrage » : durant laquelle le praticien établit un état des lieux sur le rapport qu'entretien le patient avec la substance. On interroge alors les raisons qui poussent la personne à fumer, ce que cela lui apporte, dans quelle situation elle fume, on lui demande également si elle a déjà essayé d'arrêter, si elle a d'autres conduites addictives, si elle a des problèmes de santé *etc.* Il peut s'agir aussi d'interroger le contexte de vie de la personne aussi bien social, professionnel que familial afin de mieux comprendre son parcours de vie et ses éventuelles difficultés personnelles.

- Le phase « thérapeutique du sevrage » : durant laquelle le patient est motivé à débiter un sevrage, et où il s'agit de choisir quel type de moyens il va utiliser pour y arriver. Le soignant lui propose alors les différentes méthodes thérapeutiques cliniquement reconnues pour leur efficacité tels que les TNS, certains médicaments ou encore les thérapies cognitivo-comportementales. Au final, il revient toujours au patient de choisir de la solution de sevrage qui lui conviendra le mieux, avec les conseils du praticien.

- La phase de « prévention des reprises et le maintien dans l'abstinence » : caractérisée par un soutien moral, un suivi long terme et via la collaboration des divers professionnels de santé rencontrés. Cet accompagnement par un professionnel est d'autant plus important que certains patients peuvent subir des symptômes de manque plutôt désagréables tels que l'irritabilité, la colère, l'anxiété, l'augmentation de l'appétit pouvant entraîner une prise de poids, des troubles de l'humeur, des troubles du sommeil *etc.* Ces effets peuvent durer jusqu'à plusieurs mois pour certains, c'est pourquoi le sevrage peut être très difficile à surmonter seul.

Annexe n°10 : Frise des actions menées au centre hospitalier de Laval dans le cadre du déploiement de la stratégie Lieu de Santé Sans Tabac



Annexe n°11 : Résultats de l'enquête « tabagisme en blouse blanche » du centre hospitalier de Laval



Enquête tabagisme en blouse blanche

Questionnaires destinés aux personnels du Centre Hospitalier de Laval

Enquête réalisée du 03 février au 24 mars 2023

Mise à plat des résultats effectuée par le RESPADD



Table des matières

I.	Introduction.....	3
II.	Méthodologie	3
III.	Résultats	4
1.	Le profil des répondants.....	4
➤	Sexe et âge.....	4
➤	Professions	5
2.	La consommation de tabac chez les répondants	5
3.	La prise en charge du tabac en établissement de santé	7
4.	L'interdiction de fumer en établissement de santé	9
5.	Connaissances sur le tabac.....	10
	Annexe.....	11

Liste des figures

Figure 1 : Répartition selon le sexe	4
Figure 2 : Répartition selon l'âge.....	4
Figure 3 : Répartition des réponses selon la profession	5
Figure 4 : Statut tabagique chez les personnels de l'établissement	5
Figure 5 : Nombre de cigarettes fumées par jour	6
Figure 6 : Délai entre le lever et la première cigarette	6
Figure 7 : Consommation tabagique à l'hôpital	6
Figure 8 : Avis sur la prise en charge des fumeurs	7
Figure 9 : Avis sur la prise en charge des fumeurs selon la profession	7
Figure 10 : Positionnement du personnel vis-à-vis de la prise en charge des patients fumeurs.....	8
Figure 11 : Avis sur l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement	9
Figure 12 : Pourcentage du personnel faisant une remarque à un fumeur dans une zone interdite	9

I. Introduction

Pour accompagner les établissements de santé dans le déploiement de leur stratégie Lieu de santé sans tabac, le RESPADD propose aux établissements l'enquête "Tabagisme en blouse blanche" dont les objectifs sont de démontrer l'impact du tabagisme des professionnels sur la qualité des soins perçus par les patients et les visiteurs, ainsi que sur leur implication dans la prévention et la prise en charge du tabagisme.

Cette enquête permet en outre de sensibiliser les agents hospitaliers sur les modalités de prise en charge du tabagisme, et de renforcer la politique de prévention et de prise en charge du tabagisme.

Elle comporte deux questionnaires distincts pouvant être utilisés indépendamment l'un de l'autre :

- Un questionnaire à destination de l'ensemble des **personnels de l'établissement** (professionnels de santé, personnels techniques et administratifs, etc.) qui permet d'évaluer :
 - La prévalence du tabagisme dans l'établissement,
 - Le positionnement du personnel concernant la politique LSST.
- Un questionnaire à destination des **patients/visiteurs** qui permet d'objectiver :
 - L'impact du tabagisme sur la qualité des soins perçue par les patients et les visiteurs,
 - Le positionnement sur la politique LSST de l'établissement.

II. Méthodologie

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'enquête menée auprès du **personnel** du Centre Hospitalier de Laval du 03 février au 24 mars 2023.

L'enquête a été diffusée sous format papier.

Lors de cette enquête, 355 questionnaires « personnels » ont été recueillis.

La mise à plat des résultats de l'enquête a été réalisée en 5 parties :

1. Le profil des répondants à l'enquête,
2. La consommation de tabac,
3. La prise en charge du tabagisme en établissement de santé,
4. L'interdiction de fumer en établissement de santé,
5. Les connaissances sur le tabac.

Les traitements ont été réalisés sur Microsoft Excel. Pour cette analyse, les non-réponses ont été exclues des résultats.

III. Résultats

1. Le profil des répondants

➤ Sexe et âge

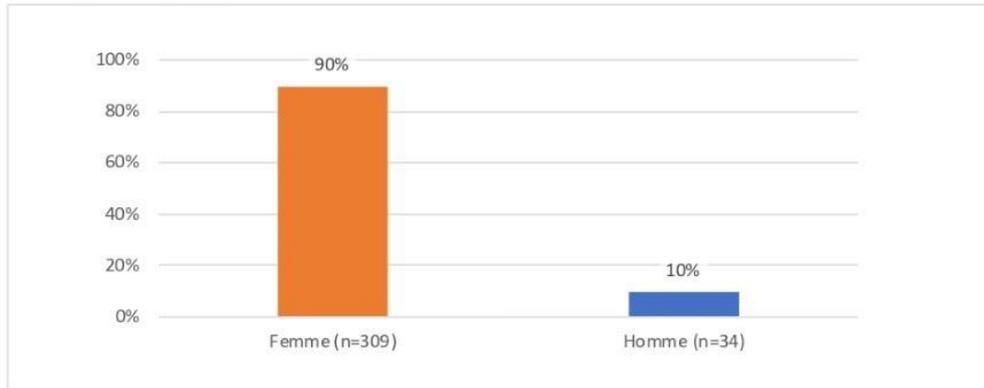


Figure 1 : Répartition selon le sexe

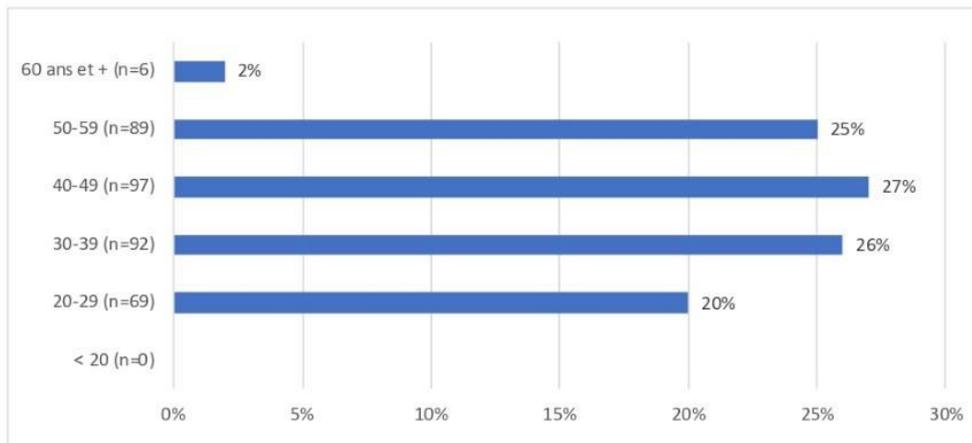


Figure 2 : Répartition selon l'âge

➤ Professions

Les personnels soignants ont majoritairement répondu à ce questionnaire (73%).

La catégorie « autre soignant » comprend les aides-soignant(e)s, les élèves infirmier(e)s, les cadres de santé, les manipulateurs en radiologie, les masseurs kinésithérapeutes ou encore les pharmaciens de l'établissement. La catégorie des « non soignants » rassemble de nombreuses personnes travaillant dans le champ de l'administration (agents administratifs, secrétaires ...).

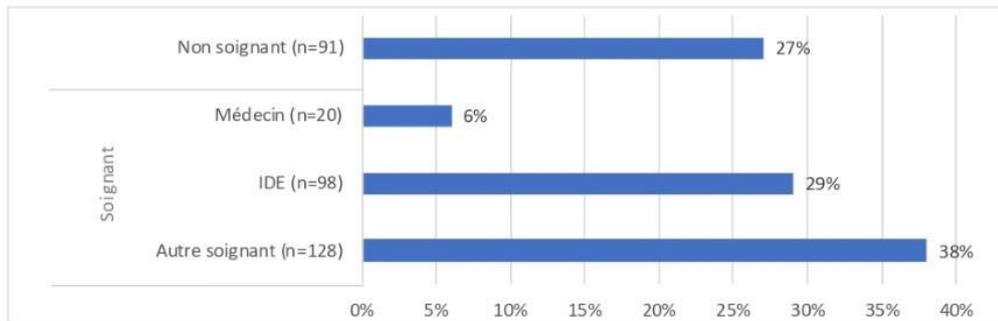


Figure 3 : Répartition des réponses selon la profession

2. La consommation de tabac chez les répondants

Selon les données du Baromètre santé 2020 de Santé Publique France, la prévalence du tabagisme quotidien s'élevait à 25%, soit 29% parmi les hommes et 22% parmi les femmes.

Lors de cette enquête, il a été relevé 16% de fumeurs (occasionnels ou quotidiens) au sein **personnel soignant** du Centre Hospitalier de Laval avec 8% de fumeurs quotidiens.

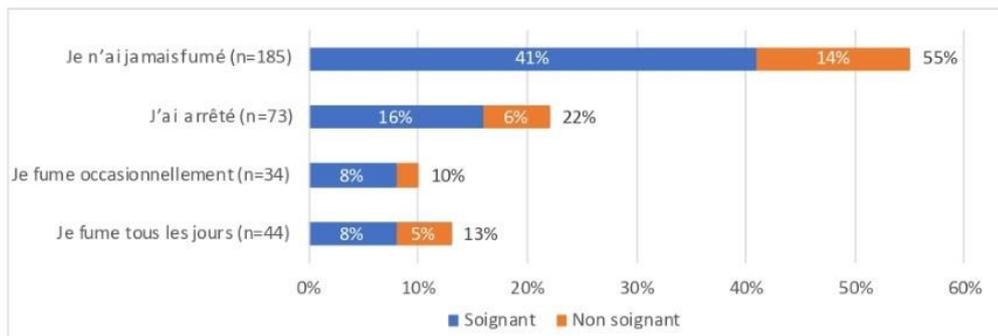


Figure 4 : Statut tabagique chez les personnels de l'établissement

Focus par profession : Parmi les soignants (médecins, IDE et autres soignants), 8% (n=26) déclarent être fumeurs quotidiens. Parmi les non soignants, 5% (n=18) déclarent être fumeurs quotidiens.

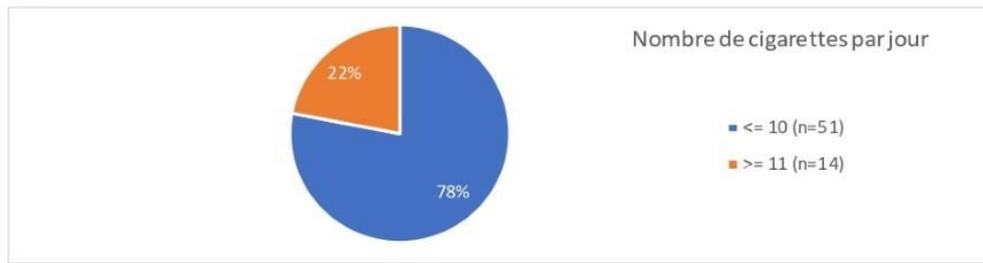


Figure 5 : Nombre de cigarettes fumées par jour

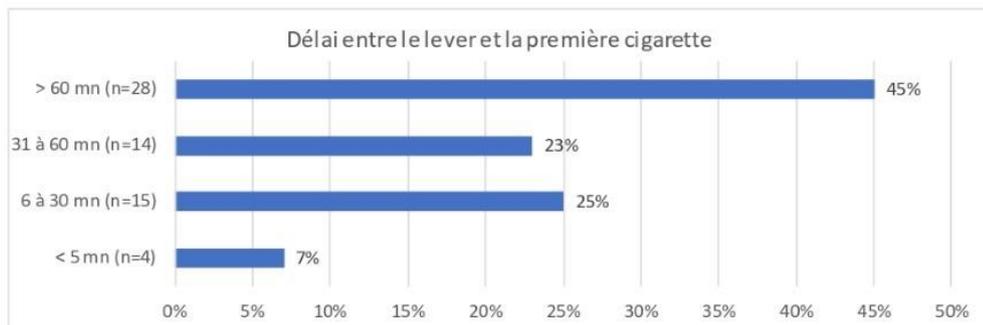


Figure 6 : Délai entre le lever et la première cigarette

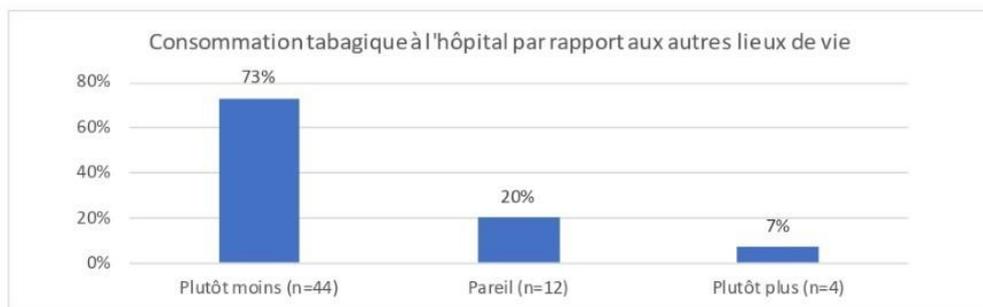


Figure 7 : Consommation tabagique à l'hôpital

3. La prise en charge du tabac en établissement de santé

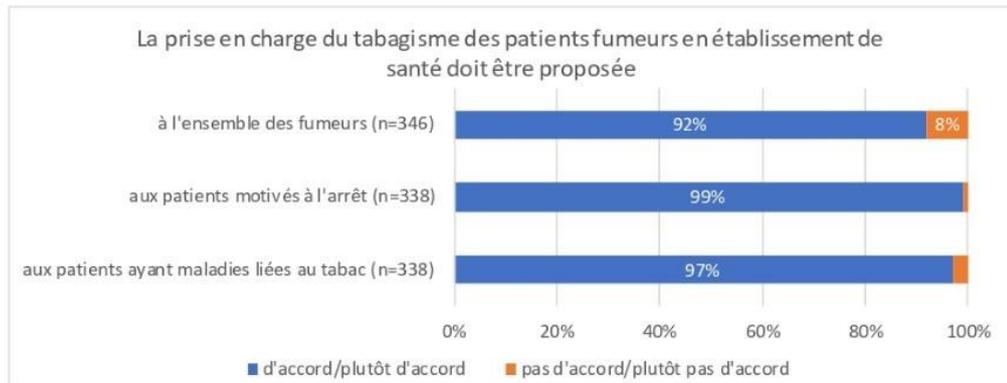


Figure 8 : Avis sur la prise en charge des fumeurs

92% des répondants déclarent que cette prise en charge doit être proposée à l'ensemble des fumeurs, 99% aux patients motivés à l'arrêt et 97% aux patients ayant des maladies liées au tabac.

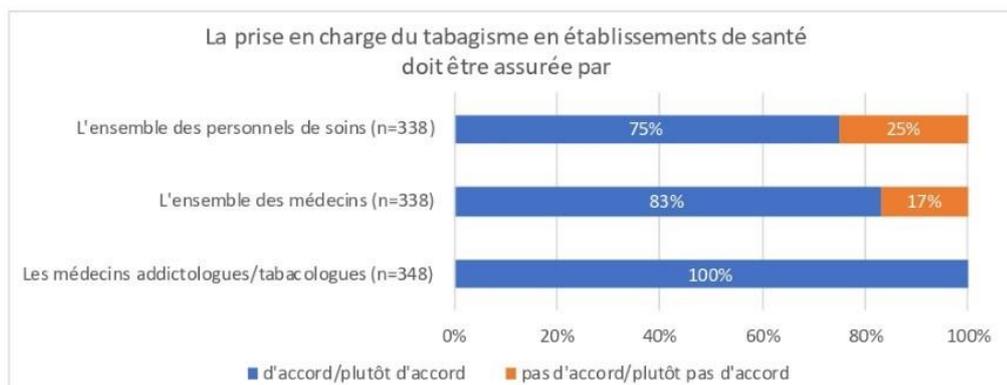


Figure 9 : Avis sur la prise en charge des fumeurs selon la profession

100% des répondants déclarent que la prise en charge du tabagisme doit être assurée par des médecins addictologues/tabacologues. 83% sont favorables à ce que cette prise en charge soit assurée par l'ensemble des médecins et 75% par l'ensemble des personnels de soins.

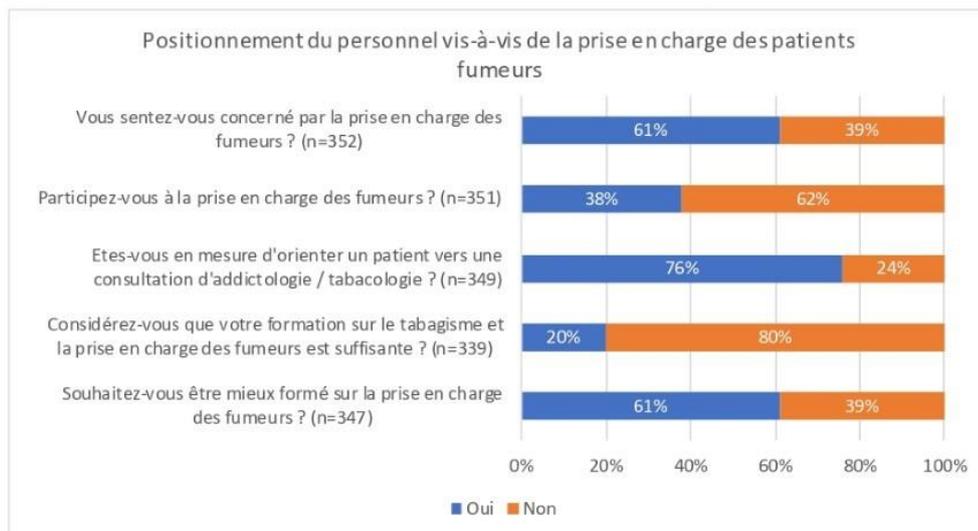


Figure 10 : Positionnement du personnel vis-à-vis de la prise en charge des patients fumeurs

61% des professionnels se sentent concernés par la prise en charge des fumeurs.

62% déclarent ne pas participer à la prise en charge des patients fumeurs.

76% des répondants sont en mesure d'orienter un patient vers une consultation de tabacologie/addictologie.

80% des répondants considèrent insuffisante leur formation sur le tabagisme et la prise en charge des patients fumeurs.

61% aimeraient être mieux formés sur la prise en charge des fumeurs.

4. L'interdiction de fumer en établissement de santé

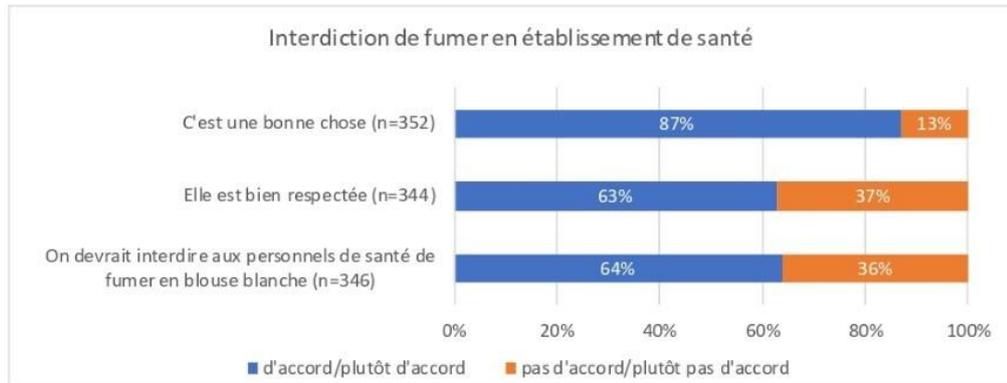


Figure 11 : Avis sur l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement

87% des répondants déclarent que l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement, intérieur et extérieur, est une bonne chose.
 63% du personnel déclare que cette interdiction est bien respectée.
 64% des répondants déclarent être favorables à l'interdiction de fumer pour le personnel en tenue de travail.

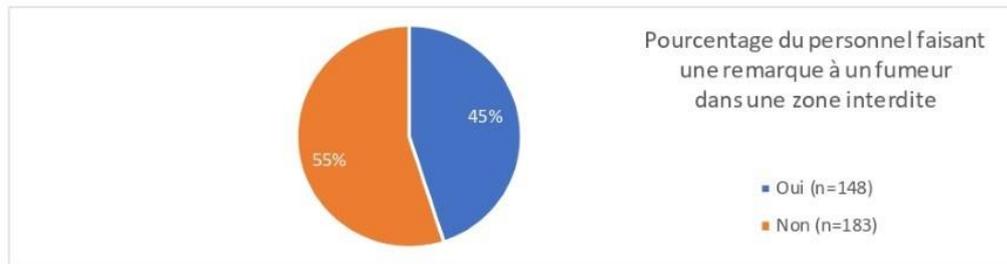


Figure 12 : Pourcentage du personnel faisant une remarque à un fumeur dans une zone interdite

55% des répondants déclarent ne pas faire de remarque s'ils voient une personne fumer dans une zone interdite.

5. Connaissances sur le tabac

Questions	VRAI	FAUX	NSP*
Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant une intervention chirurgicale divise par 3 le risque de complication opératoire (n=350)	63%	9%	28%
Quel que soit l'âge, il y a toujours des bénéfices à arrêter de fumer (n=354)	99%	1%	0%
Un fumeur qui réduit de moitié sa consommation de cigarette avec des substituts nicotiniques diminue de nombreux risques liés au tabagisme (n=354)	62%	20%	18%
Depuis le 1er janvier 2019, les substituts sont pris en charge à 65% par l'Assurance maladie (n=351)	45%	12%	43%
Un mois sans fumer, c'est 5 fois plus de chances d'arrêter définitivement (n=351)	62%	16%	22%
Le vapotage est 95% moins dangereux que le tabagisme (n=351)	16%	49%	35%
La prise de poids est systématique lors de l'arrêt de la consommation de tabac (n=353)	22%	68%	10%

*NSP : Ne sait pas

Les réponses détaillées se trouvent en annexe.

Mise à plat des résultats réalisé en avril 2023 par le RESPADD.

Annexe

Test de connaissances – Réponses détaillées :

Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant une intervention chirurgicale divise par 3 le risque de complication opératoire

Vrai - Le sevrage tabagique préopératoire permet de faire baisser les risques de complications périopératoires. Un arrêt du tabagisme 6 à 8 semaines avant une intervention et poursuivi durant la phase de cicatrisation est l'idéal : il entraîne la disparition du risque des complications opératoires liées au tabac. Cependant, un sevrage tabagique même plus court a aussi des effets bénéfiques et diminue certains risques mais pas tous. En effet, les délais de survenue des bénéfices de l'arrêt ne sont pas les mêmes selon le type de complications.

Quel que soit l'âge, il y a toujours des bénéfices à arrêter de fumer

Vrai - Le risque cardiovasculaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) disparaît presque totalement pour les fumeurs ayant arrêté très tôt, en particulier avant 30 ans. Pour les fumeurs qui arrêtent plus tardivement, il y a toujours un bénéfice majeur sur ce type de complication quel que soit l'âge de l'arrêt, y compris chez les sujets de plus de 70 ans. Arrêter le plus tôt possible est très important pour éviter le risque de cancer et de maladies cardiovasculaires. Arrêter de fumer permet une diminution des troubles anxieux et dépressifs et une amélioration de la qualité de vie. L'espérance de vie se normalise d'autant plus que l'arrêt aura été précoce.

L'arrêt du tabac, s'il est difficile, réserve souvent de bonnes surprises. Quelle que soit la quantité de tabac consommée et même si on a fumé très longtemps, il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Les premiers bénéfices de l'arrêt du tabac sont quasi immédiats.

Un fumeur qui réduit de moitié sa consommation de cigarette avec des substituts nicotiques diminue de nombreux risques liés au tabagisme

Vrai - La réduction de la consommation tabagique s'accompagne d'effets positifs sur plusieurs paramètres biologiques, tels que l'inflammation bronchique, les facteurs de risque d'affection cardiovasculaire et la vitesse de déclin de la fonction ventilatoire. Les fumeurs qui ont pu maintenir une réduction à long terme de leur consommation présentent des scores de qualité de vie supérieurs à ceux qui n'ont pas modifié leur consommation. La réduction du tabagisme permet d'encourager certains fumeurs à effectuer une tentative d'arrêt par la suite.

Depuis le 1er janvier 2019, les substituts sont pris en charge à 65% par l'Assurance maladie

Vrai - Depuis le 1er janvier 2019, les substituts nicotiques sont remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie. Le ticket modérateur peut être pris en charge par votre complémentaire santé.

Le remboursement de ces traitements a été simplifié car il n'est plus soumis à un plafonnement annuel (150 € par an auparavant), et les pharmacies peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais pour ces produits.

Un mois sans fumer, c'est 5 fois plus de chances d'arrêter définitivement

Vrai - Un mois sans tabac multiplie par 5 les chances d'arrêter de fumer définitivement, car après 30 jours d'abstinence, la dépendance est bien moins forte et les symptômes de manque (nervosité, irritabilité) sont moins présents. C'est également le slogan de la campagne nationale « Moi(s) sans tabac » qui a lieu depuis 2016 en novembre.

Le vapotage est 95% moins dangereux que le tabagisme

Vrai - Le vaporisateur personnel (cigarette électronique) est à la fois un outil d'aide à l'arrêt du tabac et en usage exclusif, un outil de réduction des risques du tabac. Il ne produit pas de monoxyde de carbone (CO) et ne contient pas la plupart des substances chimiques nocives présentes dans la

cigarette. Du fait de son statut de produit de consommation courante, il est disponible sans prescription médicale et peut être acheté par toute personne intéressée par le dispositif.

La prise de poids est systématique lors de l'arrêt de la consommation de tabac

Faux - La crainte de la prise de poids peut être un frein à l'arrêt. Il est important de souligner qu'elle n'est pas systématique ou très limitée par l'utilisation des traitements nicotiniques de substitution. Lors d'une abstinence continue, sans excès d'apport calorique, un ex-fumeur retrouve le poids correspondant à son poids normal défini par âge/sexe/patrimoine génétique.

Annexe n°12 : Méthodologie employée pour les focus group

Nous avons débuté les focus group en rappelant à l'oral les objectifs de cette réunion, tout en distribuant un formulaire de consentement de participation à l'étude. Nous avons ainsi pu recueillir l'accord des participants pour être cités dans ce mémoire de façon anonyme. Ensuite, nous nous sommes reposés sur la grille d'entretien présentée ci-dessous. Celle-ci nous a permis d'évoquer des grands thèmes aux participants plutôt que des questions précises les unes à la suite des autres. Le but était de laisser les individus parler librement, et dire ce que ces sujets leur inspiraient. Les sous questions pour chaque partie étaient tout de même utilisées afin de pouvoir relancer la discussion au cas où celle-ci ne prendrait pas naturellement.

<p>La stratégie Lieu de Santé Sans Tabac (introduction générale du sujet, premières impressions, représentations générales sur le sujet)</p>	<p>Qu'est-ce qu'évoque pour vous un Lieu de Santé Sans Tabac ?</p> <p>Selon vous, qu'est-ce qu'un Lieu de Santé Sans Tabac ?</p> <p>A votre avis, qu'est-ce que cela va impliquer comme changements ? A quoi vous attendez-vous ?</p> <p>Etiez-vous au courant que le CH de Laval s'engageait dans la démarche LSST ?</p> <p>Aviez-vous vu la note de service informant que nous allions devenir un LSST ?</p> <p>Si oui, quelles ont été vos premières impressions ?</p> <p>Quel type de mesures ne voudriez-vous pas LSST mette en place au CH Laval ? Quelles craintes, hésitations avez-vous concernant LSST ?</p> <p>Au contraire, qu'est-ce que vous souhaiteriez que le CH Laval change concernant le tabac ?</p>
<p>Le tabac à l'hôpital</p>	<p>Quel est votre avis par rapport au tabagisme en établissement de santé/ à l'hôpital ?</p> <p>Que pensez-vous des soignants qui fument en blouse blanche à l'hôpital ?</p>

	particulières ? De quoi auriez-vous eu besoin pour vous aider ?
Formation	<p>Que pensez-vous de former l'ensemble des soignants aux bases de la prise en charge en tabacologie ?</p> <p>Seriez-vous vous-même volontaire pour vous former sur le sujet ? Si non, pourquoi ?</p>
Conclusion	<p>Y-a-t-il des points sur lesquels vous voudriez revenir ?</p> <p>Voulez-vous rajouter quelque chose sur un sujet que nous n'avons pas abordé ?</p>

Annexe n°13 : Profil des participants aux group

- **Participants du Focus Group non-fumeurs :**

Sexe	Tranche d'âge	Profession	Statut tabagique
Femme	40-49	Aide-soignante	Ancienne fumeuse
Homme	50-59	Informaticien	Ancien fumeur
Femme	40-49	Infirmière	Ancienne fumeuse
Femme	50-59	Infirmière	Non-fumeuse
Femme	40-49	Adjoint administratif	Ancienne fumeuse
Homme	50-59	Technicien	Ancien fumeur
Femme	50-59	Cadre de santé	Non-fumeuse

- **Participants du Focus Group fumeurs :**

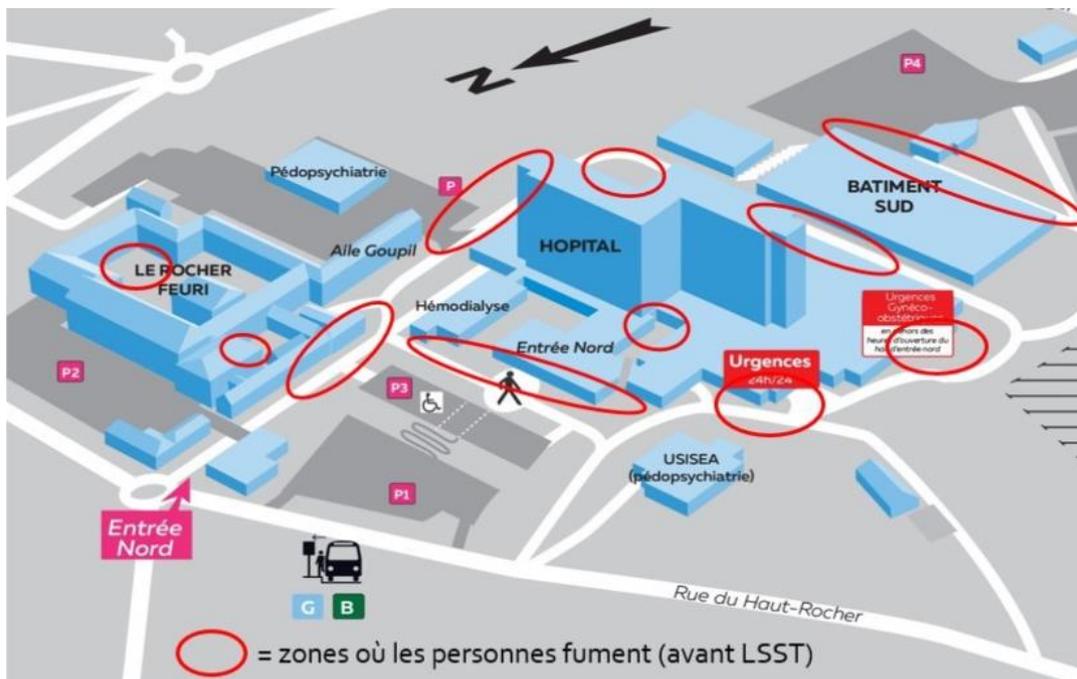
Sexe	Tranche d'âge	Profession	Statut tabagique
Homme	40-49	Agent des services techniques	Fumeur quotidien
Homme	40-49	Informaticien	Vapoteur et fumeur occasionnel
Femme	50-59	Neuropsychologue	Fumeuse quotidienne
Femme	30-39	Aide-soignante	Fumeuse quotidienne
Homme	40-49	Technicien	Fumeur quotidien

Annexe n°14 : Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

Nom du service/ de la structure rencontré.e	Modalité de l'entretien	Date de l'entretien	Objet de l'entretien
Service des espaces verts du centre hospitalier de Laval	Présentiel	30 novembre	Présentation du projet LSST en interne et première discussion sur la cartographie des espaces fumeurs
Service communication du centre hospitalier de Laval	Présentiel	23 novembre	Présentation du projet LSST en interne et première discussion sur le plan de communication
Service qualité du centre hospitalier de Laval	Présentiel	7 décembre	Présentation du projet LSST en interne. Premières discussions sur les protocoles de prise en charge des fumeurs et sur la formation des professionnels
Centre hospitalier engagé dans la démarche LSST n°1	Visio	20 décembre	Benchmark
Direction des soins du centre hospitalier de Laval	Présentiel	4 janvier	Présentation du projet LSST en interne. Premières discussions sur les protocoles de prise en charge des fumeurs et sur la formation des professionnels
Service relation usagers du centre hospitalier de Laval	Présentiel	12 janvier	Présentation du projet LSST en interne
Centre hospitalier engagé dans la démarche LSST n°2	Visio	13 janvier	Benchmark
Centre hospitalier engagé dans la démarche LSST n°3	Visio	2 février	Benchmark
Centre hospitalier engagé dans la démarche LSST n°4	Présentiel	28 février	Benchmark

Centre hospitalier engagé dans la démarche LSST n°5	Visio	8 mars	Benchmark
Service bionettoyage du centre hospitalier de Laval	Présentiel	9 mars	Présentation du projet LSST en interne
Service sécurité du centre hospitalier de Laval	Présentiel	29 mars	Présentation du projet LSST en interne et accord pour les zones fumeurs proposées
Représentante d'usagers du centre hospitalier de Laval	Présentiel	29 mars	Présentation du projet LSST en interne
Directeur du RESPADD	Visio	9 mai	Entretien au sujet de la stratégie LSST
Centre hospitalier engagé dans la démarche LSST n°6	Visio	10 mai	Benchmark
Focus group non-fumeurs – Centre hospitalier de Laval	Présentiel	6 juin	Entretien de groupe au sujet de la stratégie LSST (leurs avis, représentations, besoins)
Focus group fumeurs – Centre hospitalier de Laval	Présentiel	8 juin	Entretien de groupe au sujet de la stratégie LSST (leurs avis, représentations, besoins)

Annexe n°15 : Cartographie des espaces actuels



Annexe n°16 : Cartographie des nouvelles zones fumeurs au centre hospitalier de Laval



Annexe n°17 : Exemples de signalétiques Lieu de Santé Sans Tabac





LE BARON

Marie

20 septembre 2023

Master Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique
Promotion 2022-2023

Faire évoluer une structure de santé vers un Lieu de Santé Sans Tabac : le cas d'un centre hospitalier Français

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes – Ecole des Hautes en Santé Publique

Résumé :

Nous savons que les soignants et les centres hospitaliers ont un rôle important à jouer dans la lutte contre l'épidémie de tabagisme. Une stratégie prometteuse consiste à transformer les structures de soin en Lieux de Santé Sans Tabac. Or en France, il n'y a encore que peu d'analyses de l'application concrète de cette stratégie. Ce travail vise ainsi à combler cette lacune en se penchant sur le cas d'un centre hospitalier Français.

Il en ressort que la mise en œuvre de la stratégie "Lieu de Santé Sans Tabac" se heurte à des défis majeurs tels que la tension hospitalière chronique et la difficulté à intégrer la prévention dans les priorités d'action. Des adaptations au guide "Hôpital Sans Tabac" se sont avérées nécessaires en raison du contexte institutionnel et organisationnel. Néanmoins, pour pallier ces difficultés, il apparaît capital de se reposer sur une campagne de communication globale ainsi que sur un engagement fort de la direction pour le projet. Ces deux éléments se révèlent être des piliers de réussite pour la mise en place de la politique Lieu de Santé Sans Tabac.

Mots clés :

Lieu de Santé Sans Tabac – stratégie sans tabac - hôpital – prévention – promotion de la santé – lutte contre le tabagisme

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.