

## Journée du 13 avril 2005

### *SESSION N° 1 :*

#### *Alcool et tabac : la prévention au quotidien*

### **La prévention en entreprise**

#### *Le développement d'actions de promotion de la santé en entreprise*

##### **C. Lefur**

L'Institut de santé au travail du Nord de la France est une association loi 1901, constituée d'une équipe pluridisciplinaire en santé travail. Le travail en pathologies et toxicologies professionnelles et environnementales se fait en étroite collaboration avec des équipes hospitalo-universitaires.

La mission globale de l'association est d'assurer une assistance auprès des réseaux de professionnels de santé au travail du Nord de la France, avec :

- une partie ingénierie en développement d'actions de prévention en entreprise, et
- une partie centre régional d'analyse conseil.

Les partenaires financiers sont :

- les équipes santé travail du Nord de la France ;
- le CHRU avec l'université de Lille II ;
- les partenaires politiques régionales de santé ;
- de nombreux autres partenaires institutionnels.

En 2000, lors des Conférences régionales de santé, les politiques régionales de santé ont souhaité une plus grande implication du champ santé travail dans les problématiques de santé publique. L'institut a renforcé sa mission de coordination auprès des acteurs santé travail selon trois axes :

- l'animation de réseaux ;
- la mobilisation des acteurs santé travail ;
- l'accompagnement des acteurs santé travail et la valorisation de leurs actions.

S'agissant de l'alcool et du tabac, un état des lieux des actions menées en milieu de travail a été dressé par l'Institut entre 1998 et 2002 ; cet état des lieux a montré que les équipes santé travail s'étaient investies dans des actions de prévention, des actions de prévention santé publique aussi ; mais que le temps manquait et qu'il devenait nécessaire de les aider dans plusieurs domaines.

Entre autres, en leur facilitant le recours aux outils de communication pour améliorer la diffusion des messages de prévention. A cet effet, une action a été mise en place avec

l'INPES, dans le plan de prévention des Cancers, avec l'objectif de favoriser la diffusion des messages de prévention en entreprise, afin de contribuer à la prévention des cancers liés à un ou plusieurs facteurs comme le tabac, l'alcool, l'alimentation et les expositions professionnelles.

Cette action s'est déclinée sur 3 ans, avec un recensement des supports existants (150 outils). Un comité de sélection a été mis en place pour sélectionner les outils les plus pertinents. Un comité d'experts a été constitué sur la thématique de l'alcool, un autre sur le tabac. Le travail de sélection est en cours ; 60 supports ont été analysés. La troisième année est consacrée à la diffusion de cette mallette avec la mise en place d'un référent de santé au travail au sein des services.

Le but de cette action est de développer le champ d'intervention des médecins du travail. Nombreux sont ceux qui ne faisaient pas que regarder les yeux, prendre la tension ou mesurer le poids des patients. Beaucoup d'entre eux avaient déjà réorienté leurs pratiques de médecine du travail. En revanche, leur image auprès des salariés n'a pas toujours évolué. Ces supports, en plus de fournir une information de santé publique ou sur la prévention des risques, pouvaient susciter un dialogue entre le médecin du travail et les salariés sur les problématiques le concernant.

La professionnalisation des conduites d'actions de prévention collective auprès des acteurs santé travail étant un point important à développer. Cela en mobilisant et en accompagnant autour des 6 priorités de santé publique définies en région :

- maladies cardiovasculaires ;
- cancer ;
- conduites de consommations à risques ;
- santé des jeunes ;
- environnement ;
- le PRAPS.

S'agissant de l'alcool, les demandes en entreprises peuvent émaner des acteurs de l'entreprise ou des équipes santé travail. Lorsqu'elles émanent des équipes santé travail, celles-ci contactent directement l'institut ou l'ANPA. L'Institut et l'ANPA se rencontrent régulièrement pour faire un tour d'horizon des demandes. Une fois ces constatations faites, une démarche éducative est mise en place, et est légitimée par la direction et les partenaires sociaux. L'objectif de toute action alcool est de changer la norme alcool, enlever les tabous, prévenir les situations à risques, gérer les situations à problèmes.

Cela en informant, communiquant et formant, et à travers l'élaboration d'un protocole de conduites à tenir pour viser un changement de comportements.

Une **action Alcool** en entreprise menée par l'ANPA se déroule ainsi :

- première étape : définition des nouvelles règles du jeu internes à l'entreprise, en adéquation avec la législation ;
- deuxième étape : formation de l'encadrement, avec idéalement la formation des salariés ;
- troisième étape : déroulement de l'action.
- quatrième étape : évaluation.

A chaque étape de l'action correspond une communication importante (interne et externe).

S'agissant du **tabac**, ce projet est cofinancé par l'INPES dans le cadre du plan de mobilisation nationale de lutte contre le cancer, et est porté par ECLAT.

Les objectifs poursuivis sont :

- d'augmenter de 10 % chaque année les entreprises participant à un programme de prévention ;
- de renforcer les dynamiques déjà existantes pour aider à accompagner les acteurs dans la conduite d'actions de prévention du tabagisme en entreprise ;
- d'apporter un soutien et un accompagnement aux équipes santé travail ;
- d'apporter des formations pour l'accompagnement du fumeur vers l'arrêt, pour la mise en

place de projets d'éducation pour la santé, et pour l'utilisation d'outils tabac ;  
- de prévoir de nombreux échanges de pratiques dans les bassins d'emplois.

Ce projet se décline sur 3 années. Le travail important à effectuer consiste à mobiliser les entreprises et services de santé au travail, avec en arrière-plan :

- la réforme relative aux acteurs santé travail ;
- le tabac ne constitue pas nécessairement une priorité pour les entreprises.

En 2004, 414 entreprises et 14 services de santé au travail ont été mobilisés.

Un important travail également d'information, de sensibilisation et des séances de pratiques autour du projet en région ; salariés et collégiens sont également sensibilisés. Le but poursuivi est de faire entrer ces questions par plusieurs portes au sein d'une famille.

L'accompagnement des acteurs en demande, avec la mobilisation des acteurs de l'entreprise, se fait au travers :

- de rencontres avec les différents acteurs ;
- de la définition du contexte ;
- de la définition des actions à mettre en place ;
- de la recherche de partenariats ;
- de l'acquisition de compétences ;
- du suivi de l'action dans sa durée ; et
- de l'évaluation des actions.

En 2004, 6 entreprises se sont investies dans une action tabac ; celles-ci sont longues à mettre en place. Cela dépend de l'importance du tabou et des pratiques de la direction de l'entreprise.

La valorisation des actions menées en entreprise constitue un volet important de ce projet. Sur le site [istnf.fr](http://istnf.fr) figurent :

- le répertoire des actions recensées en 2002 ;
- des dossiers thématiques avec le rappel de la législation, des jurisprudences, les différents liens et supports ;
- la présentation PowerPoint des différentes actions ;
- le suivi des actions ;
- un guide méthodologique pratique ;
- les fiches de postes, de métiers, les dépliants et les brochures.

Les journées professionnelles tenues en région constituent un autre moyen de valoriser les actions.

## ***Questions dans la salle***

*S'agissant de la mise à disposition des mallettes pédagogiques et des documentations, quelles sont les missions du référent ?*

Les référents ce sera pour l'année prochaine, puisque le travail en est encore à la sélection des outils. Les référents sont des personnes présentes dans les services santé au travail. En général, il en existe déjà un qui s'occupe de l'aspect gestion de la documentation. Si tel n'est pas le cas, des vocations vont être suscitées avec pour but de tenir à jour les approvisionnements et de connaître les différents supports et critères de sélection.

*Les mutuelles ou mutuelles d'entreprises figurent-elles parmi les acteurs mobilisés pour ces actions ?*

Très peu de mutuelles d'entreprises. Dans la fonction publique elles s'investissent beaucoup plus. S'agissant des entreprises du secteur privé, lorsqu'elles sont associées au projet, c'est

pour un soutien financier. Elles sont beaucoup plus présentes dans la lutte contre le tabac que contre l'alcoolisme, notamment pour la prise en charge des patchs, ou pour la création de plaquettes ou d'affiches. Mais cette implication se fait souvent tard.

*Quel regard l'association porte sur cette notion de régionalisation d'organisation ? L'identité régionale constitue-t-elle un levier, et a-t-elle des limites ?*

L'association n'a pas été créée en 2000. Elle date de plus de 100 ans, mais était très orientée vers la médecine du travail et les risques professionnels. Son champ d'action s'est vu élargi à la suite de la demande des conférences régionales de 2000.

On a l'habitude de dire que dans le Nord on est précurseur. Ce côté régionalisation a servi à développer des partenariats très forts en région. La dynamique est bien en place, et il est important de continuer à l'enrichir.

*L'attachement à une région fait avancer les choses. Mais cet échelon régional est-il le bon échelon pour faire cela ?*

Oui. Comme dans tout système, certains aspects seraient à revoir ou à simplifier. Mais pour le moment oui. Les priorités de santé ne sont pas les mêmes dans le Nord-Pas-de-Calais ou en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les gens ne meurent pas de la même chose. Il est important que chaque problème soit traité régionalement, en fonction des priorités.

L'identité régionale forte et ancienne en Nord-Pas-de-Calais se traduit par l'émergence d'organismes régionaux. La Maison régionale de promotion de la santé coordonne tous les acteurs avec une implication à la fois des instances de l'État et des élus locaux ; tel n'est pas le cas de toutes les Régions de France.

Effectivement, l'exception du Nord-Pas-de-Calais existe. Ce travail en partenariat existant reste à développer ou à renforcer. S'agissant du cancer, il existe une histoire importante de la région Nord-Pas-de-Calais, laquelle s'est mobilisée très tôt, bien avant le plan Cancer, sur cette question de prévention des cancers et des actions en faveur des malades. Si ce programme a pu se mettre en place, c'est parce qu'existait une habitude de collaboration et de lien étroit entre les différents niveaux d'intervenants.

*De quels secteurs d'activités proviennent les 6 entreprises accompagnées dans la prévention du tabagisme ?*

Le plomb et les batteries, l'électronique, la dentellerie, la fonction publique, la grande distribution. Cette information est disponible sur le site [istnf.fr](http://istnf.fr).

*Combien de personnes ISTNF travaillent sur ce projet ?*

Un mi-temps. L'accompagnement d'une entreprise requérant entre 10 et 25 demi-journées de travail.

*Comment les salariés sont-ils informés d'une action de prévention du tabac ou de l'alcool au sein de leur entreprise ? Par le niveau hiérarchique ou par les délégués du personnel ?*

Une fois la mise en place d'une action décidée, cela dépend des entreprises. C'est souvent par voie d'affichage, et par courrier avec les bulletins de salaire. Le courrier émane souvent du service de santé au travail. Cela dépend aussi des contextes, chaque entreprise ayant son vécu, son histoire, et ses relations entre salariés, direction et CHSCT. La voie neutre restant le médecin ou le service de médecine du travail.

*Y a-t-il eu des demandes relatives à une approche plus globale des addictions ? Si tel est le cas, quelles actions ont été mises en oeuvre ?*

De plus en plus fréquemment, au sein des entreprises dont la population salariée rajeunit du fait des départs en retraite, on voit émerger le problème de la consommation de cannabis sur le lieu de travail. Ces entreprises souhaiteraient aborder conjointement les questions du tabac et du cannabis.

Les médecins du travail ne sont pas toujours à l'aise avec le cannabis, notamment s'agissant des aptitudes et inaptitudes sur un poste de travail, et aux attributions de responsabilités. Et s'il est difficile de savoir si les gens boivent, il l'est encore plus de savoir s'ils consomment du cannabis.

L'approche actuelle est d'inciter les infirmières et les médecins du travail à en parler et d'instaurer un dialogue avec les salariés, mais individuellement.

*Qu'en est-il du dépistage ?*

Hormis de façon anonyme, il n'est pas possible de le faire. Cela a été fait auprès des chauffeurs routiers. Un peu plus de 50 % consommant des substances psychoactives. Mais cela ne peut être fait que de façon anonyme ou consentie par le salarié. L'obligation du dépistage n'est possible qu'en cas d'accident.

*Cette question amène une question d'ordre méthodologique. La démarche doit-elle préciser les produits, ou plutôt se situer dans un cadre plus généraliste de santé au travail ?*

La preuve ne sert pas à grand-chose pour avancer dans la prévention. Ce que les gens reconnaissent consommer étant plus important. Effectivement, cette approche se situe dans le cadre d'une approche de la santé au travail en général. L'aspect important consiste à parler de la problématique vécue par le salarié, et d'essayer d'améliorer sa santé.

## ***Projet Aides alcool en Région Rhône-Alpes***

### **J.-F. Valette**

Ce programme est mené sur une proposition démarrée 8 ans auparavant, dans le cadre des PRS (Programmes régionaux de santé). Les deux associations d'alcoologie (Aide alcool et Contact Isère) ont proposé aux financeurs régionaux une démarche d'intervention dans le monde du travail autour de **quatre axes** :

- En 2000, le lancement de la première enquête lourde en France portant sur la question de l'alcool au travail. Le rapport d'enquête disponible depuis 2 ans confirme beaucoup d'éléments mis en relief par la pratique et il ouvre des perspectives. La principale est : le hiatus méthodologique important entre la perception des psychotropes par l'entreprise et par la population. En addictologie, on sait que ce n'est ni noir ni blanc.

- Un guide méthodologique a été élaboré, fruit d'un travail collectif, afin de récapituler 20 ans de pratiques d'un certain nombre d'intervenants dans le champ de l'alcoologie.

- La mise en oeuvre de formation interentreprises, avec la question de savoir comment arriver à dépasser les tabous, comment mettre en place des stratégies actives et respectueuses des résistances légitimes, l'idée sous-jacente étant d'inviter des acteurs essentiels lors de sessions sur des thèmes spécifiques.

- La question alcool-psychotropes au travail s'avère compliquée, ces deux risques n'étant pas séparés l'un de l'autre. S'agissant plus spécifiquement de l'alcool, il remplit quatre fonctions bien différentes :

- il transforme le système nerveux central,
- c'est une drogue,

- c'est un toxique,
- c'est un produit symbolique extrêmement puissant.

***En conclusion,***

Il n'existe pas de plan d'actions a priori possible sur la question alcool-psychotropes au travail mais simplement des principes, des repères, des postulats à proposer à un collectif de toute façon singulier.

Le partenariat reste un difficile combat, d'autant plus dans ces périodes d'incertitude, de difficultés de financements, et de changements. En termes de santé publique, les appels d'offres sont une perversion : ils sont le meilleur moyen de mettre tout le monde en guerre. Cependant, dans l'appel d'offres de l'INPES relatif au cancer lié au tabac en entreprise, l'association a répondu sur une démarche globale non spécifique, et plutôt centrée sur la question de l'alcool et des psychotropes. L'INPES a répondu positivement à ce questionnement global sur la question du cancer. L'enjeu étant la santé au travail.

Cette démarche s'intéresse d'emblée à l'ensemble des questions relevant du rapport aux psychotropes au travail autour des enjeux de santé :

- toxicité de l'alcool ;
- sécurité ;
- psychotropie de l'alcool ;
- qualité du travail ;
- rapport global à ce que peut attendre une entreprise concernant le travail des salariés ;
- insertion ;
- conditions de travail.

***Trois problématiques*** se font jour au sein de l'entreprise :

- le management : l'entreprise est démunie. Le Code du travail reste flou, contradictoire, illisible, incongru et à réformer. Le management n'a pas de politique. On attend les cas très longtemps, et en général, pour couper des têtes, avec beaucoup de culpabilité et grande difficulté à le faire. La notion de solitude, avec un manque de cohérence managériale et dans la ligne hiérarchique. Certaines personnes font des choses fantastiques, mais sont seules à le faire ;
- la notion d'aide : avec un aspect magique, et une surmédicalisation des problématiques comportementales. Avec un hiatus dans l'aide autour de la problématique de l'addiction dans l'entreprise, et beaucoup de méconnaissance de l'ensemble des dispositifs existants pouvant accompagner les médecins du travail ;
- la culture alcoolophile et alcoolophobe et le déni des facteurs de risques : la très grande difficulté des entreprises à être facteur de prévention de l'usage de ces produits.

Les ***principes du plan*** sont les suivants :

- un management qualitatif ;
- la mise en oeuvre d'un réseau d'aide interne et externe ;
- la création d'une culture collective de l'accompagnement des gens en difficulté le plus vite possible ;
- une politique volontariste de prévention des risques et facteurs de risques.

Cela passe par une qualité managériale, un respect des règles, et une gestion aidante des transgressions. Il faut créer un climat de communication fort sur ces questions, mais non incantatoire. L'enjeu consiste à arriver à parler du rapport aux substances psychoactives de façon adulte. Il faut entretenir les connaissances, créer un climat favorable et travailler sur les choses en profondeur.

Pour cela, il faut réunir les principaux acteurs autour de la table, de manière à instaurer un vrai débat, à dépasser les logiques individuelles et à trouver la voie d'un langage commun du collectif de travail. A partir de là, on doit dégager un consensus minimal : éthique, stratégique, et méthodologique. Enfin, on doit mettre en place un projet sur la qualité managériale, un climat préventif, et un réseau d'aide.

Ce principe repose sur la conduite d'une politique cohérente et efficace. Il n'existe pas d'actions possibles de manière isolée et parcellaire. Idéalement le projet de prévention doit

s'appuyer

- sur un groupe de volontaires mandatés par le CHSCT,
- sur un protocole de management élaboré par les cadres, et
- sur un protocole d'aide et d'accompagnement animé par le médico-social.

***En conclusion :***

- il existe un paradoxe entre le fait de construire des actions communes, régionales, partenariales et le climat actuel ;
- la logique de flux tendus des entreprises amène celles-ci à disposer de moins en moins de temps pour mettre en place des actions collectives ;
- les acteurs de santé publique sont de plus en plus motivés ;
- les nouvelles technologies permettent de croiser l'information, la communication et l'aide dans l'accompagnement ;
- la prise de conscience accrue des enjeux organisationnels et éthiques dans le monde du travail.

## ***Questions dans la salle***

*Quel est le retour des entreprises par rapport à ces enjeux ?*

La qualité d'une démarche réside dans la prudence et la pérennité. Engager une démarche Alcool-psychotropes au travail, c'est s'engager dans de la complexité et dans des évolutions nécessairement lentes.

Certaines entreprises prennent conscience de la nécessité de s'inscrire dans la durée. La marchandisation de la prévention et de la santé publique dans le monde du travail se fait cependant inquiétante. Les collectifs de travail se voient de plus en plus tentés par l'externalisation de la gestion des problèmes de l'usage des produits. Beaucoup d'entreprises se sont rendu compte que cela coûtait cher, n'était pas efficace et faisait naître beaucoup de problèmes à long terme.

Le monde du travail est complètement éclaté entre les administrations, les entreprises multinationales et les PME françaises. Les univers sont très différents, et il n'existe pas de réponse unique.

*Les entreprises attendent une réponse à un problème précis. Dans ce cadre, comment justifier d'une approche globale ? Est-il facile de les faire adhérer à ce genre de valeurs ?*

Ce n'est pas facile. Les acteurs de santé publique ne doivent pas se situer dans la réponse pleine et entière du problème de l'entreprise ; ils doivent accompagner et aider, en défendant des valeurs et des principes, pour que l'entreprise puisse trouver par elle-même des réponses lui convenant.

Cela ne correspond pas à un plan, mais plutôt à une stratégie d'acteurs. Les principes étant d'arriver à ce que les gens se réunissent pour se rendre compte qu'il s'agit de leur affaire et pas de celle de spécialistes. En revanche, les structures d'alcoologie et d'éducation pour la santé sont des outils, des ressources, des interlocuteurs, pour pointer du doigt les problèmes, cela en respectant l'autonomie de l'entreprise dans sa démarche.

Ce qui semble important à rappeler, c'est que si l'on démarre trop sur un axe de travail en délaissant les deux autres, on risque de déséquilibrer le système. L'étape préalable à toute action d'information, ou de sensibilisation est d'arriver à réunir autour de la table tous ces acteurs, pour les aider à définir une politique. Il faut d'abord se poser la question du sens de cette action. Ce débat va permettre de poser l'attention entre l'idéal de santé publique et l'invention de quelque chose relevant de la santé au travail.

Il n'existe pas de recette miracle ; que de la stratégie d'accompagnement. Cela suppose beaucoup de vigilance, d'écrits, de prudence, de temps. La santé publique a une place et une éthique à défendre dans le monde du travail. Elle ne doit pas être abandonnée au secteur privé. L'enjeu essentiel de la qualité et du confort du travail pour les acteurs de santé publique dans la relation au monde du travail, c'est le fait qu'ils soient préservés de la seule loi marchande.

## ***Les spécificités de la lutte contre le tabagisme en entreprise***

### **Mme Busset**

Au départ de l'action se trouve le collectif de partenaires "Creuse sans tabac". Le sevrage tabagique en entreprise répond à des objectifs et à une méthode très particuliers. Ce sevrage tabagique n'est pas une chasse aux fumeurs, mais plutôt une recherche de consensus entre fumeurs et non-fumeurs.

L'objectif principal est de diminuer

- de 20 % le nombre de fumeurs dans les entreprises concernées par l'action, et aussi
- de 40 % la quantité de tabac consommée dans ces conditions.

Les objectifs secondaires sont :

- faire appliquer la loi Évin ;
- lutter contre le tabac et non contre les fumeurs ;
- promouvoir et pratiquer une cohabitation respectueuse entre fumeurs et non-fumeurs ;
- protéger les non-fumeurs contre les effets néfastes de la fumée sur l'organisme et contre les nuisances de la fumée passive ;
- préserver les conditions de travail sans créer de discrimination envers les fumeurs ;
- se préoccuper avec les fumeurs de savoir où ils peuvent fumer ;
- créer un environnement favorable qui puisse aider un certain nombre de fumeurs à diminuer leur consommation puis à cesser de fumer ;
- assurer une prise en charge globale pour la santé au travail ;
- aider à l'arrêt les salariés qui le souhaitent, soit par des consultations individuelles, soit par la mise en place de groupes de sevrage tabagique au sein de l'entreprise.

Il existe des ***arguments pour la prévention du tabagisme*** en entreprise. Ces arguments sont :

- relatif à la santé : l'entreprise est un espace de vie, c'est un thème consensuel, le tabac supprime les niveaux hiérarchiques, questionnement sur l'hygiène de vie personnelle ;
- d'ordre juridique : loi Évin, mesure numéro 5 du plan Cancer ;
- d'ordre sécuritaire avec les risques d'incendie et d'explosion ;
- d'ordre financier : le tabagisme coûte cher à l'entreprise ;
- d'ordre managérial : possibilité d'analyser des besoins et questions du personnel, effet tache d'huile, mobilise autour d'un sujet unique tous les maillons de l'entreprise.

Ce sont les entreprises qui ont sollicité le maillon départemental. Le travail avec la première entreprise a commencé en 2000. A cette période, le Centre d'aide au sevrage tabagique et ses partenaires en étaient à leurs balbutiements, après un an et demi de fonctionnement.

Le premier exemple est celui d'une entreprise qui fabrique des panneaux isothermes en polyuréthane. Elle utilisait un agent gonflant nocif à l'environnement, donc interdit par des lois européennes. En 2000, elle devait changer de processus de fabrication et utiliser un gaz à risque explosif sous certaines concentrations. Les comportements dans l'entreprise devaient aussi être changés.

A cette époque, les salariés fumaient à leur poste de travail. La mise en place de ce nouveau process a amené à instaurer l'interdiction de fumer sur le site. Le médecin du travail,

en accord avec la direction d'entreprise, a pris contact pour mettre en place une démarche de prévention du tabagisme. Un comité de pilotage a été créé. Des réunions de travail ont lieu à compter de septembre 2000.

Un plan d'actions a été élaboré et validé qui comportait :

- l'information de l'ensemble des salariés sur le projet, avec une lettre jointe à la feuille de paie ;
- le lancement d'une enquête anonyme auprès de tous les salariés, afin de recenser les habitudes tabagiques et les gênes que cela pouvait occasionner ;
- l'organisation de modules de sensibilisation avec le retour de l'enquête, une information sur les aérocontaminants de l'entreprise, information sur les bénéfices à l'arrêt du tabac, problématique du changement de fabrication, aide au sevrage ;
- la mise en place d'une campagne d'affichage itinérante dans les divers ateliers ;
- la mise en place d'une offre de sevrage, prenant en compte le sevrage tabagique individuel ou collectif. Ces ateliers de sevrage étant pris en charge par l'entreprise ;
- l'application de l'interdiction de fumer avec la création d'une salle fumeurs située au centre de l'entreprise.

Le suivi de cette action a été réalisé par le médecin du travail, ainsi que par l'infirmière de l'entreprise. Le comité de pilotage a commencé en septembre 2000, avec un premier groupe de sensibilisation en janvier 2001 ; puis la mise en place de la salle en juin 2001.

Entre-temps, trois groupes de sevrage tabagique ont été constitués, regroupant une population de 27 personnes.

Avec

- 55 % d'arrêt du tabac à 6 mois, et
- 41 % à 12 mois.

En 2001, on recensait 224 non-fumeurs, et 122 fumeurs.

En 2004 on passait à 272 non-fumeurs et 74 fumeurs. Avec également une réduction de la consommation de tabac.

Les clefs de la réussite ont été :

- le soutien total de la direction. Non seulement il s'agissait d'une action de prévention du tabagisme dans l'entreprise, mais aussi d'un changement de process ;
- les compétences de l'équipe ;
- l'octroi de temps ;
- la non-diabolisation des fumeurs ;
- la proposition d'une aide au sevrage ;
- le respect de la liberté de chacun.

De nouvelles règles ont été mises en place dans le règlement intérieur. Un suivi et une évaluation ont été réalisés avec l'aide de la médecine du travail. Le projet s'est vu pérenniser. La dynamique du groupe de sevrage se poursuit d'elle-même parce que les personnes concernées continuent à se côtoyer au sein de l'entreprise. La dynamique impulsée par le médecin du travail fait partie de la réussite du projet.

Le deuxième exemple est celui d'une entreprise, où la problématique était totalement différente. Cette entreprise de 400 salariés sous-traite des pièces automobiles. Cela signifie l'utilisation de grosses presses, du bruit, de la poussière et des fumées d'huile. Elle est gérée par des fonds de pension anglais, avec une demande de rentabilité forte. Il n'y avait pas de changement de process ; mais le directeur voulait absolument prendre en charge l'hygiène de vie au travail. Dans cette entreprise, le contre-pouvoir des syndicats est très fort.

Lors de la mise en place de cette action, un travail d'ensemble a également été réalisé sur l'hygiène des locaux, sur les poussières, et les aspirations de fumée. La même méthodologie a été utilisée : groupe de travail, sensibilisation, affichage, offre de sevrage tabagique de groupe. La sensibilisation a été prise sur le temps de travail, et les groupes de sevrage moitié temps de travail et moitié temps personnel. Le directeur était persuadé d'une implication personnelle dans le sevrage.

L'évaluation à un an montre que les résultats sont légèrement inférieurs à ceux obtenus par la première entreprise. Cela peut être justifié par les conditions de travail. 38 % de réussite à un an représentent entre 45 et 50 personnes, après une interdiction de fumée au poste de travail au 1er juin 2004.

*En conclusion*, la méthodologie passe par :

- l'information, sous forme de courrier distribué en même temps que la fiche de paie ;
- la mise en place du groupe de pilotage ;
- un état des lieux (questionnaire anonyme et visite de l'entreprise) ;
- la sensibilisation ;
- une offre de sevrage ;
- l'adaptation des locaux (signalétique et évaluation).

Ces expériences sont duplicables. Depuis, d'autres sevrages en entreprise ont été réalisés. Cette expérience qui, à l'origine, était un projet départemental, est devenue un projet régional. Ce projet demande du temps et chaque entreprise avance à sa vitesse ; cela peut demander plusieurs années.

## *Questions dans la salle*

*Quelle est la méthodologie de l'enquête ? Les gens répondent-ils uniquement s'ils le souhaitent ?*

Le taux de réponse n'atteint pas les 100 % ; il ne l'atteindra jamais. Cela varie en fonction de l'implication de la direction, du médecin du travail et de l'encadrement. Selon la motivation générale de l'entreprise, le taux de réponse atteint environ 70 %. Tous les questionnaires sont retravaillés et analysés par la CPAM.

*Quel est le nombre de personnes nécessaires pour faire ce travail ?*

Une personne du CODES 23, une personne de la CPAM, trois personnes du centre de sevrage tabagique. Ces personnes se complètent, le but étant de répondre aux demandes des entreprises. Le travail se fait en partenariat et en complémentarité.

*Comment sont distribués les questionnaires ? Et le retour ?*

Par le biais de la fiche de paie. L'encadrement remet le questionnaire au responsable d'entreprise choisie lors du comité de pilotage. Cela peut être la personne des Ressources humaines, un directeur. Les questionnaires sont transmis par la suite à la CPAM.

*Et le retour de ces questionnaires ?*

Le représentant de la CPAM en fait le retour lors des réunions de sensibilisation, le délai de réalisation de ce questionnaire étant d'une dizaine de jours, avec une marge d'une semaine supplémentaire pour que l'encadrement ou la direction effectuent des relances générales.

*Beaucoup d'entreprises, en plus de l'aide à l'application de la loi Évin et des groupes de parole, s'intéressent à la possibilité d'avoir des substituts nicotiques et de pouvoir les fournir à leurs salariés. Hormis la participation des mutuelles, quelles sont les autres possibilités de prise en charge de ces substituts ?*

En 2000-2001, au début du programme, les gens devaient acheter leurs substituts nicotiques. L'entreprise prenait sur le temps de travail les sensibilisations et les groupes de sevrage, et ne souhaitait pas aller plus loin. Au fur et à mesure de l'évolution du programme, l'offre de sevrage est formulée de façon à induire la prise en charge des substituts nicotiques par les entreprises elles-mêmes. Ceci est ensuite soumis à l'approbation du CHSCT ou des délégués du personnel. Certaines entreprises proposent la prise en charge à 70 % ; d'autres vont s'adresser aux laboratoires. Mais cette décision incombe aux entreprises.

*Un certain nombre d'hôpitaux sont désireux de passer du curatif au préventif. Quelle a été la part du passage de service de pneumologie à ce centre de sevrage ? Y a-t-il eu une action déterminante du pneumologue dans ce domaine ? Quels sont les liens avec l'hôpital ?*

Le Centre d'aide au sevrage tabagique fait partie intégrante du centre de \*Sainte Fère. C'est une unité transversale. L'idée était apparue en 1993 ; pour des raisons médicales, les médecins ne voulaient pas que la mise en place d'unités de sevrage tabagique inclue des soignants non médicaux.

Dans les années 1993-1994, un médecin chef très motivé est arrivé ; des formations ont été mises en place. Le groupe de travail institutionnel s'est mis en place à partir de 1997. Le Centre d'aide au sevrage tabagique s'est mis en place par la suite.

En revanche, à l'époque l'ARH n'a donné aucun moyen de fonctionnement. Elle ne l'a fait qu'à partir de 2001-2002, quand est parue la circulaire du 3 avril 2000. Etant le seul Centre d'aide au sevrage tabagique de la Creuse, il a été possible de bénéficier de crédits pérennes jusqu'en 2005. Jusqu'en 2001-2002, les moyens restaient constants et les personnes pratiquant le sevrage tabagique le faisaient sur leur temps de travail. Le personnel n'était pas dédié.

En 2002 des conventions ont été signées, afin de sensibiliser le personnel des hôpitaux dans le cadre du fonctionnement de la circulaire du 3 avril 2000. Des crédits ont donc été alloués pour l'obtention d'un demi-poste de médecin, d'un demi-poste de cadre, d'un demi-poste de secrétaire, et d'un demi-poste d'infirmière. Ces quatre demi-postes font fonctionner aussi bien le sevrage tabagique en entreprise, que les actions dans les différents hôpitaux ou les actions de consultations internes ou externes d'aide au sevrage tabagique.

*Le financement pérenne est-il assuré ?*

On a eu très peur, à cause de la \*MIGAC. Une rencontre entre l'ARH et la direction du CAST a eu lieu la semaine dernière et les crédits alloués devaient passer de 190 000 euros à 35 000 euros. Malgré les conventions, il fallait que les autres établissements du département sollicitent des financements. Finalement en 2005, les crédits ont été reconduits. La grande inconnue étant pour 2006.

Il existe une confusion ou un flou dans les objectifs, et par ricochet dans les financements. La présentation était excellente, mais la manière de l'intituler induit cette confusion. La confusion est celle de l'écart existant entre

- la démarche de prévention en entreprise et
- la démarche spécifique de l'entreprise.

Cela prolonge les questions relatives à la sphère publique — ou sociale en tout cas — et à la démarche privée. L'objectif de réduction ou de suppression du tabagisme en entreprise est consensuel et pourtant l'objectif principal est de diminuer le nombre de fumeurs.

Le sevrage représente une démarche curative préventive de problèmes secondaires. La démarche de prévention en entreprise devrait relever du FNPEIS ; la question de la démarche de soins du centre de sevrage tabagique ne peut pas être financée sur le même mode. Faute de clarifier ces objectifs généraux, les problèmes de financement et leurs conséquences ne seront pas résolus.

Lors des deux expériences menées en entreprise entre 2001 et 2003, le budget de l'ARH n'a pas joué. Ces entreprises privées ont financé elles-mêmes ces actions. Des conventions ont été passées entre les différents partenaires, chaque intervention étant facturée à l'entreprise.

Le financement MIGAC intervient pour les actions de prévention en relation avec la circulaire du 3 avril 2000, c'est-à-dire dans les trois hôpitaux avec lesquels des conventions ont été passées. C'est donc complètement différent.

Aujourd'hui lorsqu'une intervention est programmée dans une entreprise privée dans ce cadre, des financements INPES ont été reçus. Ce sont eux qui permettent l'intervention. Il y a dissociation des financements INPES et MIGAC.

## ***Comment travailler en hôpital ?***

### **B. Decelle - F. da Silva**

L'hôpital est considéré comme une entreprise. Dans beaucoup d'endroits cette entreprise est le premier employeur — c'est le cas de Dreux — avec 1 500 employés.

En 1995, l'Unité de prévention et d'éducation dans le cadre du projet d'établissement de l'hôpital a été créée. Cette unité a été chargée de la coordination de l'UCT, mise en place en 1997. Aujourd'hui, au-delà de l'UPE, on parle plus largement du pôle Addictologie, prévention et éducation, ceci dans la logique Hôpital 2007.

En tant que membre adhérent du réseau "Hôpital sans tabac" depuis 1997, un Comité de prévention du tabagisme a été créé, la Charte des hôpitaux sans tabac impliquant la création d'un comité de travail sur la prévention du tabagisme à l'hôpital. Grâce à ce comité, et en lien avec une circulaire de 2004, un véritable plan stratégique 2005-2008 de prévention du tabagisme a pu être élaboré.

Ce plan comporte un calendrier de mise en oeuvre et des fiches actions. A la suite de l'auto-évaluation, **trois axes de progrès** ont été retenus :

- la formation du personnel ;
- la communication ;
- les actions en lien avec le thème Femmes et tabac au sein de la maternité.

La prévention du tabagisme à l'hôpital revêt une dimension particulière dans le sens où le rapport et les représentations au tabagisme du personnel de l'hôpital vont entrer directement en écho avec ce qu'il va pouvoir ou ne pas pouvoir faire avec les patients. Aujourd'hui, dans l'accréditation des hôpitaux, plusieurs références sont faites à la prise en charge du tabagisme.

L'hôpital de Dreux est à la fois membre des Hôpitaux sans tabac et du réseau des hôpitaux promoteurs de santé. A ce titre, il a des droits et des devoirs. La stratégie de prévention du tabagisme est mise en oeuvre en fonction des différentes cibles d'actions (patients et leur entourage, personnel hospitalier, institutions).

S'agissant des actions en lien avec la communauté de l'arrondissement (130 000 habitants), des actions sont mises en place dans les quartiers et dans les écoles. Une des actions phares depuis 3 ans est une formation à la prévention des dépendances en milieu scolaire auprès des infirmières scolaires et des enseignants ou CPE ou documentalistes. Cette action est centrée sur l'apprentissage de l'utilisation des outils de prévention du tabagisme et des autres dépendances en milieu scolaire, fondés sur le développement des compétences psychosociales.

S'agissant de l'aide à l'arrêt du tabac chez les patients, une consultation d'aide à l'arrêt a été mise en place qui essaie de modéliser ses interventions en suivant les pratiques de la démarche éducative (objectifs pédagogiques, compétences à acquérir).

L'infirmière de l'unité de tabacologie travaille à mi-temps. Le médecin a une journée et demie de temps prévue pour la tabacologie. La psychologue est présente une journée par semaine.

Les **actions de prévention** mises en place sont :

- la formation des soignants à la tabacologie ;
- l'information du personnel sur la consultation de tabacologie via le bulletin de salaire ;

- l'intervention dans différentes instances de l'hôpital : conseil d'administration, commission médicale d'établissement, CHSCT, commission des soins infirmiers ;
- intégration des logos "Hôpital sans tabac" et "Hôpital promoteur de santé" sur tous les documents de l'hôpital ;
- affichage de la charte "Hôpital sans tabac" dans les couloirs de l'hôpital ;
- parution régulières d'articles dans le journal interne de l'hôpital sur la prévention du tabagisme et les actions mises en place.

Les *autres actions* regroupent :

- la participation annuelle à la Journée mondiale sans tabac ;
- l'élaboration d'affiches spécifiques de communication au sein de l'établissement présentes dans tous les services de l'hôpital ;
- la remise régulière de brochures dans les services ;
- l'arrêt de la vente du tabac à la cafétéria de l'hôpital ;
- l'interdiction de fumer dans les locaux de l'établissement ;
- la mise en place d'une salle fumeurs au rez-de-chaussée de l'hôpital ;
- la suppression des cendriers dans les couloirs.

Ces actions sont en lien avec le guide méthodologique d'application de la charte "Hôpital sans tabac".

Les membres du personnel ont accès à la consultation tabacologique de façon gratuite. Ces consultations sont prises en charge sur le temps de travail. Les substituts nicotiques sont gratuits, autant en quantité qu'en durée.

S'agissant des fumeurs les plus dépendants ayant du mal à arrêter, l'abstinence temporaire est prônée et développée. Les fumeurs de l'hôpital ont la possibilité d'utiliser les substituts nicotiques de la pharmacie sur leur temps de travail. Tout cela se fait dans une optique d'arrêt du tabac à moyen et long termes ; l'arrêt définitif du tabac est privilégié.

L'hôpital participe aux actions nationales relayées par le réseau "Hôpital sans tabac". En 2002-2003 le baromètre personnel hospitalier a été effectué affichant un taux de réponse de 16 %. Cela concernait les soignants mais aussi le personnel administratif.

- La prévalence du tabagisme est estimée à 24 %.
- Plus de la moitié des fumeurs souhaitent arrêter de fumer.
- 68 % des répondants disent fumer sur leur temps de travail, avec tout ce que cela peut impliquer comme risques d'incendie. Ce levier peut venir appuyer les actions de prévention.

L'hôpital participe également à l'opération "Ce mois-ci j'arrête". Cette opération portée par le réseau "Hôpital sans tabac" permet aux hôpitaux ne disposant pas des substituts nicotiques gratuits de proposer à leur personnel un mois gratuit de substitution. Il s'agit plus d'une action de communication auprès des différentes instances et du personnel.

Les consultants de l'UCT ont tous un dossier individualisé informatisé sur le logiciel national CDTNET. Cette informatisation permet de réaliser une évaluation à 6 mois et à un an. Du 1er juillet au 30 juin 2004, 85 membres du personnel ont sollicité volontairement l'UCT. A 6 mois, 32 % des consultants disent avoir arrêté de fumer. Pour ceux qui n'avaient pas arrêté de fumer (55 %), la question se posait de savoir quelle était la durée moyenne de l'arrêt. L'impact sur les prochaines tentatives étant différent : plus de la moitié de ceux qui n'ont pas arrêté à 6 mois ont arrêté plus d'un mois.

Les *facteurs facilitateurs* identifiés sont :

- l'adhésion à différents réseaux (Hôpital sans tabac, Hôpital promoteur de santé, Santé ou tabac en Eure-et-Loir) ;
- la politique volontariste de la direction ;
- une équipe structurée, motivée, et formée ;
- l'utilisation systématique des référentiels existants (AMM, accréditation, recommandations de bonnes pratiques de l'AFSSAPS, conférences de consensus) ;
- la modélisation ;
- l'intégration dans le pôle addictologie-prévention-éducation.

## *Questions dans la salle*

*Ce projet n'est-il pas réalisé en partenariat avec la médecine du travail ?*

L'hôpital n'emploie pas actuellement de médecin du travail ; ce sera le cas en novembre 2005. Cela dit, le médecin addictologue est l'ancien médecin du travail. Il était très sensibilisé auparavant, notamment aux problèmes d'alcool. Actuellement la médecine du travail fonctionne avec un médecin vacataire. Celui-ci ne peut pas s'investir dans des projets à long terme. La médecine du travail est systématiquement invitée aux Comités de prévention du tabagisme.

Lorsqu'une association fait de la prévention en entreprise, elle est très dépendante des fonds publics car l'attribution d'argent est souvent liée aux résultats. Or, ces résultats ne sont pas disponibles tout de suite. Le manque de financement pérenne constitue un frein à la mobilisation à long terme.

L'UCT de l'hôpital de Dreux connaît elle aussi des problèmes de financements. Les fonds octroyés par l'ARH ne suffisent pas à payer son personnel. C'est cette possibilité de travail de mise en pôle qui permet de mutualiser les ressources, faisant en sorte de ventiler certains budgets pour payer les différents intervenants.

Par ailleurs, le travail se fait aussi sur appel à projets. Le travail réalisé en milieu scolaire en partenariat avec l'inspection académique fonctionne avec des budgets MILDT. Le réseau départemental "Tabac ou santé en Eure-et-Loir" est chargé de la prévention du tabagisme en entreprise privée ou publique. Il le fait dans le cadre des financements de l'appel à projet cancer de l'INPES. Il s'agit d'un projet régional.

Une suggestion serait que l'INPES mette en chantier une étude. Elle consisterait à évaluer le temps pris par tous les acteurs dans la recherche de financements et son coût.

Ce temps ou celui consacré au renouvellement des demandes de financement représente 25 % de la charge de travail. Aujourd'hui encore, il faut justifier de l'intérêt de la prévention du tabagisme, alors que l'on sait combien coûte la prise en charge d'un patient cancéreux à l'hôpital. On perd beaucoup d'énergie à cela, alors que c'est prouvé dans la littérature.

En Rhône-Alpes, il a été décidé par la DRASS, en accord avec le Conseil régional et l'URCAM de mettre en place un diagnostic organisationnel participatif pour arriver à plus de lisibilité, de cohérence, d'efficacité, moins de conflits et moins de redondances. On parle beaucoup de la pénurie des financements ; mais l'on parle moins des champs de redondances. Il existe un vrai problème de cohérence d'organisation. Les politiques de santé publique et de prévention devraient être définies en région, afin d'éviter la démultiplication des niveaux de définition.

Depuis quelques mois en France, la loi d'août 2004 sur la santé publique clarifie ces niveaux d'organisation et apporte à nouveau *plusieurs précisions*.

- Première précision : les appels à projet de l'INPES passent exclusivement par le niveau régional. Aucun appel d'offres de l'INPES ne vient en contradiction avec les régions. C'est du supplément de crédits, et de possibilités d'échanges ;
- Deuxième précision : ces appels d'offres thématiques ont été laissés au moins 3 ans ;
- Troisième précision : ces appels à projets vont probablement être recentrés. Autant d'investissement sera mis en région, mais avec un recentrage sur les schémas régionaux d'éducation pour la santé, donc sur l'appui méthodologique ;
- Quatrième précision : ces appels à projets ont toujours visé, avec plus ou moins de succès, à ne pas mettre en concurrence les acteurs au niveau régional, mais au contraire à les pousser à se rassembler.

Dans beaucoup de régions les financeurs, les décideurs réalisent beaucoup d'efforts pour faciliter l'accès aux financements aux promoteurs de projets. En région Centre, dans le cadre du SREPS, un groupe de travail de coordination des acteurs a donné lieu à la publication d'un Guide du financement pour les promoteurs de projets, comportant des fiches thématiques. Le

SREPS contribue aussi à former un certain nombre d'acteurs de projets à la méthodologie de projets, en lien direct avec la façon dont il faut solliciter les financements.

On ressent actuellement que la prévention est en voie de sinistre. La loi de Santé publique a été promulguée ; les GRSP ne sont pas mis en place ; on est arrivé au milieu du gué ; l'avenir proche est incertain. Et ici ou là apparaissent des difficultés lors des appels à projets. Des financements s'évaporent ; il existe un réel problème national.

Les réseaux de la FNES et de l'ANPA vont se rencontrer prochainement au niveau régional, pour se rapprocher de manière complémentaire, et effectuer ensemble des démarches auprès du Ministère, et de l'INPES pour dire toute cette préoccupation et la nécessité de construire un véritable dispositif.

Pour ceux qui connaissent le rapport de l'IGAS sur la prévention publié pendant l'été 2003 — rapport extrêmement pertinent, qui montre toute la dispersion du dispositif — la loi du 9 août 2004 doit donner des outils pour assurer cette coordination. Pour l'instant, cette construction n'est pas effective. Tout reste suspendu à la mise en place des GRSP. La nécessité de mener une politique régionale de promotion de la santé doit être relayée.