

Innovation et ELSA

Pertinence d'une offre de soins du trouble de l'usage du tabac destinée aux agents de CH ?

Addiction(s) et Territoires en Nouvelle-Aquitaine (ATNoA)
Recherche & Pratique
2ème colloque régional
Limoge, 16 novembre 2023

Jacques Dubernet

Pole inter établissement d'Addictologie
CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux



université
de BORDEAUX

Contexte du projet

▶ Une préoccupation du SPST

- depuis 2011, rôle de prévention et de conseil par rapport aux consommations de substances dans l'entreprise (article L4622-2 du code du travail)

▶ Une préoccupation de la direction d'établissement

- obligation de protection des salariés non-fumeurs/tabagisme passif (Convention-cadre de lutte anti-tabac de l'OMS 2004 - jurisprudence du 29 juin 2005)
- interdiction totale de fumer dans les établissements de santé, au 1^{er} février 2007
- risque d'incendie (le mégot de cigarette est la 3^{ème} cause de départs de feux sur les lieux de travail)

▶ Une préoccupation des professionnels du Pôle Addictologie

- gestion de la consommation des usagers dans une approche globale de l'addiction
- respect entre usagers
- gestion de sa propre consommation

Politiques de prévention tabac au centre hospitalier Charles Perrens

- ▶ 2002 : intégration du « Réseau Hôpital sans tabac »
- ▶ 2011 : création d'une « Commission Tabac »
- ▶ 2012 : mise en place, sous l'impulsion du Médecin du Travail, de consultations d'aide au sevrage tabagique pour les agents
- ▶ 2016 : réflexion étendue aux autres addictions pour devenir la « Commission Addiction »
- ▶ 2020 : extension des cs dédiés aux professionnels du CHU de Bx

Prise en charge individuelle des agents

- ▶ Services proposés aux agents
 - ▶ Consultation sur le lieu de travail
 - ▶ Possible pendant les heures de travail de l'agent
 - ▶ Délais de rendez vous d'un mois
 - ▶ Anonymisation systématique du dossier
 - ▶ Prise en charge par un médecin addictologue sénior
 - ▶ Prise en charge des substituts nicotiques

Prise en charge individuelle des agents

- ▶ Population concernée
 - ▶ 2123 agents en 2022 au CHCP
 - ▶ Prévalence TU tbc entre 29 % (dossiers SPST/ 1240 agents) et 35% (enquête/ 419 agents)
 - ▶ 615 à 743 agents concerné par un TU tabac
 - ▶ Prévalence selon le Baromètre Tabac Personnel hospitalier (BEH - 2004): 24%
 - ▶ 510 agents

Prise en charge individuelle des agents

- ▶ Population concernée
 - ▶ Alcool : prévalence d'usage de 60% (n=246)
 - ▶ Usage problématique : 39 agents (15,8%)
 - ▶ Cannabis : prévalence d'usage 57% (n=232)
 - ▶ Usage problématique : 23 agents (10%)
 - ▶ Psychotropes : prévalence de l'usage 28% (n=114)
 - ▶ Usage problématique chez 4 agents (3%)

Prévalence = avoir fait usage dans sa vie

Usage problématique = 2 réponses + au Deta-Cage décliné pour chaque substances

Prise en charge individuelle des agents

- ▶ Population entrée en soin
 - ▶ Nombre de salariés venus en consultation depuis octobre 2012
 - ▶ 259 au 01/ 11/ 23
 - ▶ 176 F (68%)
 - ▶ TU tabac :100%
 - ▶ Rétention en soin
 - ▶ 69%(179) ont eu plus de 5 cs
 - ▶ Suivi en cours
 - ▶ en moyenne chaque année 56 suivis (ET:7)
 - ▶ 8 à 10%entrée en soin
 - ▶ 4,2 % ans l'Etude Santé travail Aquitaine*

**DIRECCTE Aquitaine. Etude Santé Travail Addiction*

Prise en charge individuelle des agents

- ▶ 91 ont accepté de faire partie de la cohorte addictaqui*
 - ▶ Âge moyen : 40,9 ans (ET=9,7)
 - ▶ Secteur professionnel
 - *Personnel administratif* : 19,7%
 - *Personnel médical et paramédical* : 71,8%
 - *Personnel des services techniques* : 8,5%

Prise en charge individuelle des agents

- ▶ Parmi les 91 fumeurs inclus
 - ▶ 15 cigarettes consommées par jour en moyenne (ET=7,7)
 - ▶ Ancienneté de la consommation : 21,7 ans en moyenne (ET=8,6)
 - ▶ **65,9% n'avaient jamais eu de prise en charge** (n= 60)
- Profil de sévérité : score moyen ASI= 6,3 « ***problème considérable, traitement nécessaire*** »
- Évaluation subjective : 64,8% (n=59) rapportaient être « *considérablement* » voire « *extrêmement préoccupés* » par leur usage de tabac

Prise en charge individuelle des agents

- ▶ Parmi les 91 fumeurs inclus
 - ▶ Addictions associées
 - ▶ THC : n=5 (5,5%)
 - ▶ OH : n=3 (3,4%)
 - ▶ Principales pathologies psychiatriques associées
 - ▶ Agoraphobie : n=6 (6,6%)
 - ▶ Trouble anxiété généralisée : n=5 (5,6%)
 - ▶ Episode dépressif caractérisé : n=3 (3,4%)

Conclusion

- ▶ Bonne acceptabilité du projet
 - ▶ File active conséquente
 - ▶ Bonne rétention en soin
 - ▶ Augmente la proportion d'entrée dans le soin/pop générale
- ▶ Emulation collective
 - ▶ Entre aide, conseils, encouragements
 - ▶ Incitation à venir consulter: « il ne demande pas d'arrêter »
- ▶ L'affichage « tabac » (porte d'entrée socialement plus acceptable)
 - ▶ Permet la PEC des addictions : alcool, THC, alimentation, opiacés....
 - ▶mais aussi des comorbidités psychiatrique (TA et TH) et somatique (SAOS)

Conclusion

- ▶ Effet sur la gestion des RH
 - ▶ vécu positif des agents/direction d'une action en leur faveur
- ▶ Lutte contre la stigmatisation des patients souffrant d'addiction
 - ▶ Intérêt du portage par l'ELSA
 - ▶ Relais dans les service de la culture addicto
 - ▶ Meilleur accueil et prise en charge des patients souffrant d'addiction
 - ▶ Approche « soignante » de la rechute

MERCI DE VOTRE ATTENTION