

# Institut du Cancer de Montpellier : une expérience d'articulation des acteurs de soins autour du tabac

**Dr Anne Stoebner-Delbarre**, Médecin addictologue à l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM) Val d'Aurelle, Vice-Présidente du Respadd



D'un point de vue réglementaire en addictologie, « *le lieu optimal de traitement pour l'usager sera le cadre le moins contraignant et qui assure en même temps les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité compte tenu de son état* »<sup>1</sup>.

Dans ce cadre, l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM) a mené une

réflexion afin de contribuer à une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des addictions, et notamment la dépendance au tabac.

Les patients ayant un cancer sont exposés à une diminution d'efficacité de leurs traitements et à une augmentation de leurs effets secondaires en cas de poursuite de leur consommation de tabac. Ils souhaitent pour la plupart apporter des modifications dans leurs habitudes et sont favorables à des démarches de réduction de consommation ou de sevrage. La prise en charge du

tabac intégré à leur parcours de soins est donc importante, qu'il s'agisse d'information ou d'accompagnement à l'arrêt temporaire ou définitif. Cependant de nombreux obstacles existent habituellement à une telle prise en charge en routine. Les principaux freins résident dans le déficit conjugué de connaissances de la part des soignants et des soignés, mais aussi dans la difficulté de l'articulation des acteurs de soins et la multiplicité des interlocuteurs pour les prescriptions (chirurgien, oncologue...). A l'ICM, ces difficultés entravaient l'efficacité de la prise en charge. Pour remédier à cela et répondre aux demandes des fumeurs tout en restant au plus près de la pratique quotidienne, des stratégies ont été mises en œuvre progressivement.

## Phase exploratoire

Un premier travail exploratoire a été réalisé en 2006 sous forme d'enquêtes par questionnaires et d'entretiens individuels avec des patients et des soignants. Il a permis de :

- faire un état des lieux de l'organisation des soins avant / pendant / après le traitement du cancer afin d'identifier les différents parcours personnalisés de soins et les temps disponibles pour la tabacologie,
- mettre en débat les différentes pratiques concernant les modalités de prise en charge de la réduction et de l'aide à l'arrêt du tabac au sein de l'ICM,
- dégager des principes éthiques d'intervention,
- faire des préconisations concernant les systèmes d'articulation entre les acteurs en tenant compte des trajectoires des patients.

<sup>1</sup> Circulaire N°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

## Mise en œuvre de la prise en charge partagée en tabacologie et intégrée aux soins en cancérologie

À partir de 2007, l'offre en tabacologie à l'ICM a été structurée et organisée de façon à optimiser l'offre existante. Les recommandations issues de la phase exploratoire ont été appliquées. Elles sont basées sur cinq principes :

- le libre choix du patient,
- l'offre en tabacologie systématique et conforme aux recommandations de bonnes pratiques,
- la participation de tous les soignants au sein de l'établissement avec des rôles définis pour chacun,
- une articulation avec la ville,
- un système d'ingénierie pour faciliter le travail et les échanges des soignants entre eux et avec la ville.

### Modalités de mise en œuvre

Nous présentons ici les principaux éléments d'ingénierie qui facilitent au quotidien l'articulation des acteurs entre eux et avec le patient et permettent ainsi de rendre le parcours de soins plus fluide.

#### • *Présentation de l'aide à l'arrêt comme une aide au confort au cours de l'hospitalisation*

L'aide et l'accompagnement en tabacologie sont proposés systématiquement comme une méthode de confort permettant d'éviter le manque au cours de l'hospitalisation. Tous les infirmiers effectuent le repérage du statut tabac et recensent les demandes de prise en charge. Ces éléments font partie du dossier de soins infirmier informatisé.

Cette mesure a conduit aux changements des représentations des soignants. Elle leur a permis d'envisager le sevrage tabac non comme une obligation mais comme un choix et une liberté mise à disposition des patients. Elle a permis aussi d'améliorer le repérage et favorisé le lien avec l'équipe de tabacologie.

#### • *Mise à disposition de substituts nicotiques*

Les substituts nicotiques sont mis à la disposition des patients dans tous les services. Cette mesure

permet aux patients de tester l'efficacité du traitement avant de l'acheter et de bénéficier du traitement sans avance de frais. Un budget spécifique supplémentaire est alloué pour acheter les traitements nécessaires aux sevrages des personnes en très grande précarité à leur sortie de l'hôpital. Cette mesure a permis de professionnaliser l'approche tabacologique et contribue à nuancer la croyance « *il n'y a que la volonté qui compte* » de certains soignants ou patients. Elle favorise aussi le lien avec l'équipe de tabacologie.

#### • *Mise à disposition de professionnels spécialisés en addictologie*

Une mise à disposition d'addictologues est organisée pour répondre aux besoins en hospitalisation et en consultation. Les soignants de l'ICM ont été informés de l'existence de ces spécialistes au sein de l'établissement lors de la réunion de bienvenue pour les nouveaux arrivés, lors des staffs d'équipe et par mail, intranet et newsletter. Les patients, eux, sont informés des recours possibles à des addictologues à leur arrivée par les soignants eux-mêmes et via leur livret d'accueil.

Lors des hospitalisations, l'Équipe de liaison en addictologie (Elsa) se déplace suite à l'appel de soignants pour assurer une prise en charge globale des patients qui en ont fait la demande. L'Elsa s'assure également des relais ultérieurs par un travail de partenariat intra et extrahospitalier. L'équipe forme aussi par compagnonnage les équipes soignantes à une approche de l'addictologie. Ce type de formation est systématique à chaque intervention dans un service.

Lors des consultations, les infirmiers donnent une information et proposent un rendez-vous avec un tabacologue pour augmenter les chances de succès à l'arrêt du tabac. Un annuaire identifiant les coordonnées de l'ensemble des consultations de tabacologie de la région est mis à leur disposition pour leur permettre d'orienter les patients en quelques secondes.

Enfin, les consultations externes en tabacologie s'adressent, elles, spécifiquement aux personnes en grande difficulté avec le tabac et ne pouvant pas ou ne souhaitant pas être prises en charge ailleurs en raison de la complexité de leur état. L'organisation permet alors une prise en charge sur rendez-vous sans délai d'attente et assure des entretiens individuels de 30 minutes.

- **Articulation entre l'hôpital et la ville**

Afin d'améliorer la fluidité de prise en charge des patients en aval de l'hospitalisation, la sortie des patients est préparée. Les ordonnances sont rédigées par le tabacologue et remises au médecin référent de l'ICM avec une fiche de synthèse de liaison pour le médecin traitant. Dans tous les cas, les médecins généralistes constituent l'interlocuteur de première ligne privilégié lors des retours à domicile. Des formations et des temps de rencontre avec eux sont organisés chaque année.

### **Perspectives d'amélioration**

D'autres axes de travail doivent encore être développés pour améliorer la fluidité et la qualité du parcours de l'utilisateur.

Les articulations mises en place dans le dispositif actuel proviennent majoritairement des échanges et des relations entre les professionnels de santé et s'appuient initialement sur des relations interpersonnelles. Il paraît important de continuer à développer le processus de formalisation des collaborations entre l'hôpital et les structures médico-sociales et la médecine de ville afin de pérenniser les liens établis, de les valoriser et d'éviter que ceux-ci ne fluctuent au gré des changements de personnels et des évolutions d'organisation.

L'articulation avec les soins de suite et réadaptation non spécialisés en addictologie nécessite aussi d'être davantage formalisée et développée. Les patients ne pouvant rentrer à leur domicile au décours d'un traitement par chirurgie ou chimiothérapie sont amenés à intégrer des établissements dans lesquels

les traitements par substituts nicotiniques ne sont pas pris en charge, ce qui peut entraîner alors une rupture dans le processus thérapeutique initié à l'hôpital.

### **Conclusion**

Le renforcement des articulations des acteurs dans le dispositif de soins a constitué un axe essentiel d'amélioration de la prise en charge des patients dans leur parcours à l'ICM.

Quatre éléments ont été déterminants et ont servi de support pour favoriser ces articulations entre les acteurs : la présentation de l'aide à l'arrêt comme une aide de confort au cours d'une hospitalisation, la mise à disposition des substituts nicotiniques lors de l'hospitalisation et lors du retour à domicile pour les patients ayant des difficultés financières, la mise à disposition d'un annuaire des consultations et des structures prenant en charge les addictions dans la région Languedoc-Roussillon et la formation systématique par compagnonnage des soignants lors des prises en charge de patients par l'ELSA.

Les stratégies mises en œuvre à l'ICM ont ainsi permis aux acteurs d'intégrer et de partager la prise en charge tabacologique en routine et de se sentir plus à l'aise dans cette nouvelle démarche de soins en oncologie.

#### **Pour aller plus loin**

Department of health and human services public health service, *Treating Tobacco Use and Dependence*, 2008 Update

Haute Autorité de Santé, *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière*, 2007 : 122 p. Disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).