



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2003 –

TABAC ET HÔPITAL

– Groupe n°14–

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 7 élèves en formation initiale

Animatrice

– ***Zoé HERITAGE***

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes que nous avons sollicité, et qui ont contribué à éclairer notre réflexion.

Mme ORANNAU, Coordinatrice, Réseau européen des hôpitaux sans tabac, Paris.

M. CHIEZE ; Président du réseau hôpital sans tabac, AP-HP.

Pr DAUTZENBERG, Président de l'Office Français de prévention du tabagisme.

Dr BUTTET, chargé de mission, INPES, Vanves.

Dr ADLER, Médecin tabacologue, Hôpital Antoine Béclère de Clamart

Mme HEGOBURU, directrice de la stratégie et de la qualité, Hôpital Antoine Béclère de Clamart.

Mme PLANTEC, responsable du bureau des relations avec les usagers, Hôpital Antoine Béclère de Clamart.

Mme DA SILVA, coordinatrice de l'unité de prévention, Centre hospitalier de Dreux.

Dr BERNARD, médecin tabacologue, Centre hospitalier de Dreux.

Mme ENGLISH, psychothérapeute, Centre hospitalier de Dreux.

Mme DECELLE, infirmière, Centre hospitalier de Dreux.

Dr WIRTH, médecin tabacologue, C.H.U de Nancy.

Mme SPINOSA, animateur Hôpital sans tabac, C.H.U de Nancy.

Dr BUITTET, chargé de mission à INPES, C.H.U de Nancy.

Mme BONFILS, Vice présidente du Réseau Hôpital sans tabac, chargée de la prévention, Mutuelle Nationale des Hospitaliers, Nîmes.

Dr LEMAITRE, médecin tabacologue chef de l'unité de coordination en tabacologie, C.H.U. de Caen.

M. RAYROLLES, Directeur Général du C.H.U. de Caen.

M. PREVOTEAU, directeur de la communication, C.H.U. d'Amiens.

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité et Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLPT	Comité Local de Prévention du Tabagisme
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CODES	Comité Départemental d'Education pour la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRES	Comité Régional d'Education pour la Santé
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DGS	Direction Générale de la Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MILT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie
MIP	Module Inter-Professionnel
OFT	Office Français de prévention du Tabagisme
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Sommaire

METHODOLOGIE	3
INTRODUCTION	5
1 L'anti-tabagisme contraint à l'hôpital	9
1.1 L'hôpital : un lieu exemplaire	9
1.1.1 Législation générale antitabac	9
1.1.2 L'hôpital, un lieu public soumis à l'interdiction générale de fumer	10
1.1.3 Réglementation en matière d'aménagement des locaux	11
1.2 La réglementation à l'épreuve du terrain	12
1.2.1 L'accréditation : vers l'hôpital sans tabac	12
1.2.2 Réglementation et pratique du terrain : deux réalités parfois différentes	12
2 - La prévention dans l'hôpital sans tabac	15
2-1 Engagement de l'institution hospitalière dans la lutte contre le tabac	15
2-1-1 Des structures au service de l'hôpital : les réseaux	15
2-1-1-1 <i>Le réseau hôpital sans tabac</i>	15
2-1-1-2 <i>La portée pratique de l'adhésion aux réseaux limitée par un manque de moyens humains et financiers</i>	17
2-1-2 Les structures internes à l'hôpital impliquées dans la lutte contre le tabac.	17
2-1-2-1 <i>Le comité de prévention</i>	18
2-1-2-2 <i>Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et Conditions de Travail</i>	18
2-1-2-3 <i>La médecine du travail</i>	19
2-2 L'hôpital, promoteur de santé	19
2-2-1 Politique de formation des acteurs de santé ou aide du fumeur à l'arrêt du tabac	20
2-2-1-1 <i>Formation initiale des médecins et des infirmières sur le tabagisme</i>	20
2-2-1-2 <i>Formation continue du personnel soignant de l'hôpital</i>	21
2-2-2 Stratégie de prévention, sensibilisation, de communication et d'information des personnes aux dangers du tabac	22
2-2-2-1 <i>Rôle de prévention de l'hôpital</i>	22
2-2-2-2 <i>Manifestation de sensibilisation et campagne d'information</i>	23
2-3 La prise en charge du fumeur à l'hôpital	23
2-3-1 Un cadre privilégié pour l'aide à l'arrêt du tabac	24
2-3-2 L'essor et le succès des consultations hospitalières de tabacologie	24
2-3-3 Le réseau Ville/Hôpital: vers une prise en charge globale du fumeur	26

Conclusion	27
Bibliographie	29
Liste des annexes	I
<i>Animé par : Héritage, Zoë, Consultante</i>	4

METHODOLOGIE

À l'occasion du Module Interprofessionnel (MIP) qui nous a conduit pendant trois semaines à explorer un problème de santé publique majeur autour de la lutte contre le tabagisme, nous nous sommes attachés à définir la position de l'hôpital dans cette démarche et à mesurer l'évolution de ce positionnement. Pour mener sa réflexion, notre groupe composé de 4 élèves directeur d'Hôpital et de 3 élèves directeur de structures sanitaires, sociales et médico-sociales a défini la méthode de travail suivante.

La première semaine a été consacrée à une recherche documentaire et bibliographique, puis à l'élaboration des grandes lignes de réflexion qui allaient servir à la conduite des entretiens ultérieurs et à notre argumentation. Dans un premier temps la recherche bibliographique nous a permis de structurer notre démarche et d'élaborer un projet de plan ainsi que des guides d'entretiens pour nos futures rencontres. Après avoir tous acquis une connaissance générale du sujet, nous avons pu répartir entre nous les travaux de recherche plus approfondis en fonction des objectifs de chaque membre du groupe.

La principale question qui se posait à nous consistait à définir en quoi le tabagisme constituait un véritable problème de santé publique, en particulier à partir de données épidémiologiques. Elle devait également contribuer à mettre en évidence l'évolution historique et sociologique de l'anti-tabagisme dans laquelle l'hôpital devait prendre sa place. Enfin, il s'agissait de rappeler le cadre juridique dans lequel l'hôpital situe son action.

Dans le but de garantir la cohérence des entretiens, nous avons réalisé deux grilles d'entretien, l'une destinée aux acteurs hospitaliers impliqués dans la lutte contre le tabagisme, l'autre aux représentants des organismes nationaux extérieurs à l'hôpital.

La deuxième semaine du MIP a été entièrement consacrée aux entretiens et aux recherches individuelles. Afin d'évaluer la place et l'implication de l'hôpital dans la politique de lutte contre le tabagisme, nous avons rencontré à la fois des acteurs hospitaliers et des représentants d'organismes nationaux. Des organismes tels que la ligue contre le cancer et la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies auraient pu, en raison de leurs actions en ce domaine, nous fournir de plus amples informations. Cependant, nous avons délibérément préféré orienter notre choix vers des acteurs principalement impliqués dans la lutte contre le tabagisme au sein de l'hôpital et vers certains acteurs extérieurs.

Dix entretiens ont été réalisés et ont permis de faire l'état des lieux sur la réflexion et les actions menées dans les différents hôpitaux, en matière de sensibilisation et de lutte contre le tabac. Nous avons regretté que le temps et les moyens mis à notre

disposition ne nous permettent pas d'étendre notre recherche à des établissements peu ou pas actifs dans ce domaine. Ceci nous aurait permis de comprendre les raisons de la non-implication de certains hôpitaux dans cette politique.

A l'issue des entretiens réalisés le plus souvent individuellement, chacun a rédigé un compte rendu et l'a transmis à l'ensemble des membres du groupe.

La rédaction du présent document a été finalisée au cours de la troisième semaine. Chaque membre du groupe étant chargé de rédiger une partie correspondant au plan établi, nous avons mis en commun nos travaux.

INTRODUCTION

« L'hôpital n'est pas un lieu ordinaire... Il est un lieu d'accueil pour les malades, un lieu de travail et enfin un lieu de visite[...] Ce lieu où les professionnels luttent chaque jour pour faire reculer la maladie doit être exemplaire»¹

Selon l'étude du baromètre soignant 2002, 30,8% du personnel hospitalier serait fumeur, contre seulement 7% au Royaume-Uni. Si ce chiffre est actuellement en régression (32% en 1993), il n'en reste pas moins inquiétant, car l'hôpital n'est pas un lieu ordinaire et ce pour de multiples raisons. Il constitue la clé de voûte de notre système de santé. Lieu de soins mais aussi d'excellence, de recherche et d'enseignement, il est l'un des acteurs essentiels de toute politique de santé. L'implication volontariste de l'hôpital est récente, et ces dernières années ont donné à voir une évolution de cet engagement qui reste difficile. Elle est sans doute à rapprocher du cheminement des sociétés occidentales. Elles ont commencé par voir dans la consommation de tabac une somme d'avantages, tant sur la santé des individus, sur le climat social, que sur l'état des finances publiques, avant d'en dénoncer les méfaits, puis de mettre en place des politiques répressives pour faire cesser ce qui aujourd'hui est considéré comme une épidémie mondiale.²

Si le tabac est considéré comme « le plus grand tueur de notre temps »³, il n'en a pas toujours été ainsi et la difficulté de la lutte à mener au niveau international ne peut être séparée de la longue histoire des relations ambiguës de l'homme et de la fumée. Les archéologues ont trouvé des traces abondantes de la fascination quasi-religieuse qu'elle a exercé sur l'Homme bien avant que le tabac n'envahisse le monde. Il a depuis longtemps fumé des plantes pour leurs vertus curatives ou pour le simple plaisir.

1 fumeur régulier sur 2 meurt d'une pathologie liée au tabac. Aujourd'hui, la France a une consommation moyenne, mais qui ne baisse que très peu. Elle s'est largement féminisée et touche des populations de plus en plus jeunes. Les États ont très vite compris l'avantage qu'ils pourraient tirer de ce phénomène. En France, en créant des taxes puis en instaurant un monopole⁴, l'État s'est assuré des revenus confortables.

¹ Circulaire DGS/DH n°330 du 8 juin 1999.

² Épidémie décrite par le Docteur Karen SLAMA, www.arcs.asso.fr/Content/SLAMA.htm

³ www.formation.tabacologie.globalink.org

⁴ L'état a vendu ses dernière actions de la SEITA à ALTADIS en 2000 mettant fin ainsi à une situation pour le moins ambiguë.

Comme le notent les auteurs du Thema⁵ consacré au tabagisme en mars 2002 : « Aucune drogue, à part l'alcool, n'a bénéficié d'un consensus social aussi fort depuis des décennies...Aucune autre drogue ne s'est appuyée sur un système industriel et commercial aussi puissant »⁶.

Il fallut pourtant attendre les années 1950 pour que les premières données scientifiques apportent la preuve de la responsabilité du tabac dans de nombreuses pathologies. Les études épidémiologiques qui se succèdent depuis plusieurs décennies ont permis de trouver un consensus international autour de cette question. Les chiffres sont sans appel. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) évalue à près de 5 millions le nombre de décès annuellement imputables au tabac et prévoit le doublement de ce chiffre d'ici 2025. En France, on recense plus de 68 000 décès⁷ directement liés au tabagisme dont 24 000 sont la conséquence d'un cancer broncho-pulmonaire primitif. Si les cancers pulmonaires occupent le 1^{er} rang des pathologies tabagiques, tant en raison du nombre de cas révélés que de la gravité de la maladie⁸, d'autres pathologies sont directement ou indirectement liées au tabac⁹.

Les statistiques ne portant que sur les causes de décès, il est encore difficile d'évaluer véritablement tous les effets néfastes du tabac et l'incidence du tabagisme sur la santé de la population. Cependant, toutes les observations médicales montrent son implication dans des pathologies qui affectent toutes les fonctions¹⁰. Par ailleurs, depuis longtemps, il est établi qu'il est à l'origine de complications durant la grossesse¹¹. Il porte directement atteinte à la croissance du fœtus et fait courir des risques importants aux nouveaux-nés. Aux risques encourus par les fumeurs eux-mêmes, il convient encore d'ajouter ceux qui proviennent de l'exposition à la fumée des autres¹². Longtemps ignoré, le tabagisme passif est maintenant reconnu comme une cause de mortalité chez les non-fumeurs. Le tabagisme est reconnu comme véritable problème de santé publique¹³.

En France, les chiffres alarmants étaient connus depuis plusieurs années. Cependant, il a fallu attendre 1976 pour que la Loi VEIL amorce la lutte contre le tabagisme, réglementant la publicité pour le tabac et fixant déjà des interdictions de fumer

⁵ Emission d'Arte de mars 2002

⁶ Revue Toxibase n°5 Mars 2002 page 1

⁷ Ce chiffre représente 12% des décès

⁸ Le taux de survie à cinq ans est très faible et la durée moyenne de vie après le diagnostic d'un cancer du poumon est de 8 mois.

⁹ Cf. annexes 2 et 3.

¹⁰ Cf. nnexe 3.

¹¹ Cf. annexe 1.

¹² Cf. Annexe 4.

¹³ 2003 est une étape cruciale de la lutte contre le tabagisme à l'échelon international, puis que les 196 membres de l'OMS ont rédigé un traité qu'il reste aux états à ratifié pour formaliser leur engagement..

dans les lieux publics. Cette loi, peu contraignante, n'a eu que des effets limités, et ses failles ont très vite été exploitées pour la rendre inopérante. La loi EVIN du 10 Janvier 1991, instaurera l'interdiction de toute publicité pour le tabac. Elle rappelle que la dangerosité du tabac doit être mentionnée sur les emballages et fixe le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux et moyens de transport à usages collectifs en dehors des lieux spécifiquement réservés aux fumeurs. Un décret du 29 mai 1992 viendra préciser les conditions de mise en application de ces dernières dispositions qui s'appliquent bien sûr à l'hôpital.

L'hôpital ne peut que se trouver doublement associé à cette politique, car il n'est plus uniquement un lieu de soin mais peut être un acteur majeur de la prévention. L'hôpital est un lieu public où se croisent des personnels, des malades, des visiteurs. Il met en application la loi EVIN en proscrivant l'usage du tabac dans ses locaux et instaure ainsi un anti-tabagisme contraint(I). Pour autant, sa mission ne saurait se limiter à restaurer la santé des victimes du tabagisme. Dès lors, en tant qu'acteur de santé publique, il peut devenir un véritable promoteur de santé pour tout son bassin de vie (II).

1 L'ANTI-TABAGISME CONTRAINT A L'HOPITAL

Différentes dispositions réglementaires ont peu à peu installé un anti-tabagisme contraint à l'hôpital. L'étude de sa mise en œuvre sur le terrain montre les limites de la législation existante.

1.1 L'hôpital : un lieu exemplaire

La législation française relative à la lutte contre le tabagisme est générale et touche l'ensemble des secteurs de la société. Il n'existe donc pas de réglementation propre aux établissements de santé. Cependant, ces normes peuvent et doivent être transposées dans l'hôpital qui, de par sa mission spécifique, doit être un lieu exemplaire en matière de protection et de promotion de la santé.

1.1.1 Législation générale antitabac

La première loi édictée en France le 9 juillet 1976 à l'initiative de Mme Veil, relative à la lutte contre le tabagisme, porte diverses restrictions à l'usage de la publicité en faveur des produits du tabac et organise des interdictions de fumer dans certains locaux. Bien qu'instaurant un cadre satisfaisant à la lutte contre le tabagisme, son efficacité reste limitée du fait de son faible respect. Souvent comme il nous a été rapporté, l'interdiction de fumer était ignorée voire méprisée, l'hôpital refusant le rôle du gendarme.

Aussi, quinze ans après sa rédaction, une nouvelle loi s'avère nécessaire. En 1987, le rapport des professeurs Hirsch, Tubiana, Grémy, Got et Dubois, commandé par le ministre de la santé, C. Evin, formule des propositions à l'origine du projet gouvernemental d'intervention en santé publique. La loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme annule, complète et renforce les dispositions de la loi VEIL. Elle développe, dans son titre I relatif à la lutte contre le tabagisme, cinq grands axes. Le premier est relatif à l'interdiction générale de toute publicité directe ou indirecte en faveur des produits du tabac. Le deuxième concerne l'interdiction de fumer dans les lieux publics, sauf zones expressément réservées aux fumeurs. Le troisième vise l'ouverture des droits de la partie civile aux associations de lutte contre le tabagisme. Le quatrième consacre l'édition d'avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes. Enfin, le cinquième instaure la mise en place d'une ébauche de politique des prix.

L'interdiction de fumer dans les lieux publics constitue un point d'intérêt manifeste pour notre étude. L'hôpital ne fait pas l'objet d'une législation particulière mais entre dans le droit commun avec la contrainte supplémentaire qu'en tant que lieu de soins il se doit d'être un lieu exemplaire pour les personnes qui s'y rendent.

1.1.2 L'hôpital, un lieu public soumis à l'interdiction générale de fumer

L'article 16 de la loi n°76-616 du 9 juillet 1976 fait mention le premier de l'interdiction de fumer « dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé ». Cette disposition est précisée par le décret n°77-1042 du 12 septembre 1977¹⁴ qui décline l'ensemble des lieux où cette interdiction est applicable, ainsi que la sanction à son infraction. Pour la première fois, l'hôpital est nommé explicitement et l'interdiction de fumer dans ses locaux y est définitivement inscrite.

Si la loi EVIN de 1991 renforce les dispositions de la loi VEIL, l'hôpital n'est plus considéré comme un lieu particulier mais bien comme entrant dans le droit commun et y prenant sa place d'acteur de santé publique. L'article 16 de la loi du 10 janvier 1991 remplace et renforce le précédent article 16. Désormais, « il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transport collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs ».

Cette interdiction générale n'est pas un simple renforcement de la loi VEIL, comme l'expose J-H STAHL : « [l'avancée législative] correspond en réalité à un renversement de logique : si, dans le système issu de la loi VEIL de 1976, la liberté de fumer demeurait la règle à laquelle il était apporté des limitations, il n'en va plus ainsi dans le dispositif mis en place par la loi EVIN. L'interdiction de fumer dans les lieux publics devient la règle, la latitude de fumer l'exception »¹⁵.

Dans ce cadre, l'hôpital devient un « lieu affecté à un usage collectif » comme un autre et n'est plus concerné par la loi que parce qu'il constitue un « lieu fermé et couvert accueillant du public » et un « lieu de travail ». L'article 4-I donne les exemples fondamentaux des lieux qui doivent être protégés : « il est interdit de fumer dans les locaux clos et couverts, affectés à l'ensemble des salariés, tels que les locaux d'accueil et

¹⁴ Décret n°77-1042 du 12 septembre 1977 relatif aux interdictions de fumer dans certains lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.

¹⁵ J-H STAHL. *La loi anti-tabac. Loi n°91-32 du 10 janvier 1991. Décret n°92-478 du 29 mai 1992.* Paris : Dalloz, 1993, p.49.

de réception, les locaux affectés à la restauration collective, les salles de réunion et de formation, les salles de repos, les locaux réservés aux loisirs, à la culture et au sport, les locaux sanitaires et médico-sanitaires ».

L'hôpital doit donc faire respecter ces contraintes réglementaires dans chacun de ces types de locaux. Pour ce faire, la législation spécifie des normes en matière d'aménagement des locaux.

1.1.3 Réglementation en matière d'aménagement des locaux

Le décret du 29 mai 1992 pose, dans son article premier, la règle générale de l'interdiction de fumer et, dans son article deux, sa dérogation : « l'interdiction de fumer ne s'applique pas dans les emplacements qui, sauf impossibilité, sont mis à disposition des fumeurs (...) ». Un aménagement spécifique doit donc être réalisé par la personne sous l'autorité de laquelle sont placés les lieux en question, c'est-à-dire pour l'hôpital son directeur. Des normes particulières sont énoncées par l'article trois concernant les conditions de débit minimal de ventilation et le volume minimal du local par occupant lorsque celui-ci est ventilé par des ouvrants extérieurs.

L'objectif principal retenu est bien la protection des non-fumeurs. Le directeur ne peut interdire de fumer d'une façon générale et absolue que pour des raisons tenant à l'impossibilité de mettre en place des emplacements fumeurs.

Le choix de l'emplacement des espaces fumeurs est une décision du directeur. Toutefois, celle-ci doit faire l'objet d'une consultation du Comité d'Hygiène et de Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT) ou du Comité Technique d'Établissement (CTE) ou des délégués du personnel ainsi que du médecin du travail. Enfin, une signalisation apparente doit « rappeler le principe de l'interdiction de fumer dans les lieux [principaux], et indiquer les emplacements mis à la disposition des fumeurs »¹⁶.

Au-delà du cadre législatif et réglementaire qui fait peser de façon uniforme les mêmes contraintes sur tous les établissements hospitaliers publics, chaque structure, avec ses spécificités propres, dispose d'une marge de manoeuvre suffisante pour proscrire le tabac dans son enceinte.

¹⁶ Article 6 décret n°92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le Code de la santé publique.

1.2 La réglementation à l'épreuve du terrain

1.2.1 L'accréditation : vers l'hôpital sans tabac

La procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

Le tabac a été inscrit en trois points dans le guide publié par l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé (ANAES) en février 1999. Les deux premiers points concernent la sécurité des patients. Le troisième est relatif à la sécurité incendie¹⁷. L'inscription du tabac dans les grilles d'accréditation permet d'inciter les hôpitaux à initier une politique volontariste consacrant l'interdiction de fumer. Celle-ci est formalisée de manière plus spécifique que dans le cadre de la loi EVIN.

L'accréditation participe d'une démarche visant à engager l'action et stimuler la réflexion – réflexion nourrie entre autre par les recommandations des experts-visiteurs de l'ANAES¹⁸ – et de ce fait dépasse le simple cadre réglementaire. Les groupes de travail composés d'un échantillon représentatif du personnel volontaire de l'hôpital, du cardiologue à l'aide-soignant en passant par les représentants des syndicats et les personnels administratifs, réfléchissent afin de trouver des solutions adaptées à chaque établissement.

1.2.2 Réglementation et pratique du terrain : deux réalités parfois différentes

On pourrait juger paradoxal la stricte interdiction de fumer à l'hôpital et la présence de locaux fumeurs. Cette situation existe car les établissements de santé ont deux actions à mener de front : la protection de la santé des non-fumeurs dans le cadre d'une action contre le tabagisme passif en rendant l'établissement non fumeur et le respect des besoins des fumeurs en mettant à leur disposition des locaux adaptés. Il est certain qu'il faut tenir compte des besoins des agents et des patients puisqu'une loi ne suffit pas à supprimer la dépendance nicotinique.

¹⁷ Cf. annexe pour les critères d'évaluation.

¹⁸ Cf. annexes 5 et 6.

Des réponses très différentes à ce paradoxe sont apportées en fonction des spécificités locales des hôpitaux. Par exemple, à Caen, un espace consacré aux fumeurs a récemment été créé, respectant les normes imposées par la législation et notamment en matière de ventilation. Certains hôpitaux ne disposent pas de locaux fumeurs, par choix comme c'est le cas au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens ou par contraintes financières (coût des travaux d'aménagement trop onéreux) ou matérielles (insuffisance de locaux), telles qu'au Centre Hospitalier (CH) de Dreux, l'hôpital de Clamart ou le CHU de Nancy.

Les établissements ont essayé de moderniser la signalétique existante (panneaux rouges issus de la loi EVIN). En effet pour attirer l'attention des fumeurs, il est apparu nécessaire de la rendre plus incitative et percutante. Certains s'inspirent de ce qui est fait en restauration pour l'appliquer à l'ensemble de leur structure : éléphant bleu pour la zone fumeur et éléphant vert pour celle non fumeur. Dans d'autres établissements, certaines signalétiques sont spécifiques aux services de maternité ou pneumologie, projet initié à Caen.

Cette nouvelle conception de la signalétique, qui se refuse à être normative, cherche avant tout à ne pas stigmatiser le fumeur, mais à le sensibiliser sur la question du tabac et ses risques pour la santé. Certains se posent la question quant à privilégier la structuration d'une salle pour tous les fumeurs ou bien de différencier les patients fumeurs, du personnel fumeur. A Nancy, le choix a été fait de séparer les deux populations, dans la mesure où l'on estime que le personnel doit montrer l'exemple pour mener à bien sa mission éducative. Pour cela, il ne doit pas être vu en train de fumer.

Il ressort des entretiens que nous avons mené que l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement dépend de la volonté des décideurs et de l'implication des acteurs de terrain tels que l'unité de prévention et d'éducation de Dreux, les tabacologues du CHU de Caen et de l'hôpital de Clamart. On peut également citer les chefs de services et le personnel soignant qui peuvent s'investir pour faire en sorte qu'un service de médecine interne devienne complètement non fumeur. Dans la même ligne d'action, la suppression systématique de tous les cendriers à l'intérieur des locaux favoriserait l'éradication de la cigarette.

L'absence de tout local destiné aux fumeurs est susceptible d'engendrer un tabagisme sauvage, comme il a été relevé dans nombre d'établissements. Les salles de pause, les escaliers sont des lieux où les fumeurs se retrouvent à l'insu des responsables.

Certaines Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) encouragent les aménagements des locaux, et dotent à ce titre les hôpitaux d'une enveloppe budgétaire anti-tabac. Il est parfois relevé que certains établissements n'utilisent pas les crédits à cette fin, ce qui peut être regrettable et mettre en doute la réelle volonté de mener une politique de santé publique. D'autres, malheureusement, s'inscrivent dans cette politique seulement pour bénéficier d'un label et par là-même d'un financement de l'Agence.

L'hôpital, qui doit donc répondre à ces obligations réglementaires communes à toutes les structures recevant du public ou étant un lieu de travail, est invité à aller plus loin, à prévenir autant qu'à guérir. B. Kouchner rappelle dans la circulaire DGS/DH/SP 3 n°99-330 du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé : « Au delà de la stricte application des textes législatifs et réglementaires, je vous demande de faire en sorte que votre établissement soit directement impliqué dans la lutte contre le tabagisme. (...) Il est indispensable de mener des actions de sensibilisation, de prévention et d'information à destination des soignants, des malades et des visiteurs. Elles sont reprises dans les référentiels d'accréditation et préfigurent à ce titre l'hôpital de demain ».

2 - La prévention dans l'hôpital sans tabac

Si chaque hôpital se doit de faire respecter les différentes réglementations existantes en matière de lutte contre le tabagisme, certains vont au-delà et mènent une véritable politique de santé publique en terme de prévention et de prise en charge du fumeur. Cet engagement dans la lutte contre le tabac passe ainsi par l'adhésion à des réseaux et une mobilisation forte en interne, une politique de sensibilisation et d'incitation au sevrage tabagique et une prise en charge active du fumeur à l'hôpital.

2-1 Engagement de l'institution hospitalière dans la lutte contre le tabac

2-1-1 Des structures au service de l'hôpital : les réseaux

2-1-1-1 Le réseau hôpital sans tabac

a) Le réseau français

Certains hôpitaux désireux d'aller plus en avant dans la lutte contre le tabagisme adhèrent à des réseaux et notamment au réseau Hôpital Sans Tabac.

Créé en 1996 à l'initiative de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris et de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et de Personnels de Santé, il a pour objectifs la maîtrise du tabagisme à l'hôpital, le respect de la législation (loi EVIN) et l'encouragement des liaisons Ville-Hôpital.

L'adhésion au réseau est à l'initiative du Directeur d'établissement et implique le versement d'une cotisation annuelle proportionnelle au nombre de lits.

Cette démarche signe la volonté de l'hôpital de s'inscrire dans une stratégie de lutte contre le tabac, de s'engager dans des actions de promotion de la santé et d'aide à l'arrêt de la consommation de tabac et de s'associer à ceux qui en ont fait une priorité de santé publique.

En adhérant au réseau, l'établissement s'engage ainsi à respecter La Charte Hôpital Sans Tabac¹⁹, à mettre en place un Comité Local de Prévention du Tabagisme (CLPT) et à désigner un correspondant membre du CLPT qui sera l'interlocuteur du Réseau pour l'établissement.

¹⁹ Cf. annexe 9.

En contrepartie, le réseau Hôpital Sans Tabac soutient l'action de l'établissement à plusieurs niveaux dont l'assistance technique qui assure sa mise en conformité législative et la préparation de l'accréditation. Il met à disposition une signalétique «Hôpital Sans Tabac». Il contribue à la formation des personnels soignants et administratifs à la prévention du tabagisme. Il permet également à l'hôpital de participer à des manifestations nationales, internationales et scientifiques en relation avec le tabagisme : participation aux enquêtes épidémiologiques (Baromètre soignant annuel), participation à la journée mondiale sans tabac de l'OMS.

La campagne lancée en juin 2003 «Ce mois ci, j'arrête de fumer» a été confiée au réseau Hôpital Sans Tabac. Elle avait pour objectif d'inciter les personnels fumeurs des hôpitaux à l'arrêt du tabac. Au total, 150 établissements adhérents au réseau ont été concernés. En participant à cette opération, les hôpitaux impliqués ont permis aux personnels fumeurs volontaires de mesurer leur intoxication tabagique et de bénéficier gratuitement des substituts nicotiques via les pharmacies hospitalières, les médecins du travail et les tabacologues.

Le Ministère de la santé a annoncé la conduite dès septembre 2003 par le réseau Hôpital Sans Tabac d'une enquête « baromètres soignants sans tabac », visant à suivre l'évolution, l'attitude et le comportement du personnel hospitalier vis à vis du tabac. Ce dispositif d'observation sera complété par l'évaluation en octobre de la charte Hôpital Sans Tabac. Cette dernière permettra de s'assurer que les dix points de la charte sont appliqués.

En effet certains points ne sont pas encore respectés par tous les hôpitaux, tels que la mise en place d'une signalétique, de zones fumeurs pour des raisons déjà évoquées et d'un comité de prévention. Enfin dans bon nombre d'hôpitaux l'évaluation de l'impact de leur politique reste encore à faire.

L'objectif du Réseau à moyen terme est l'adhésion de 50% des établissements de santé contre 10% actuellement. Cependant le réseau Hôpital Sans Tabac franchit aujourd'hui une étape de son développement avec la création de réseaux spécialisés tel le réseau Maternité Sans Tabac avec une régionalisation de ses activités. La poursuite de son action s'inscrit désormais dans une perspective européenne dont il est l'un des principaux acteurs.

b) Le réseau européen

Créé en 1998, le réseau européen Hôpital Sans Tabac se donne pour objectif d'élaborer une action commune en faveur de la promotion de la lutte contre le tabagisme

au sein des hôpitaux européens. Cette politique de benchmarking consiste à s'enquérir des meilleures méthodes de lutte utilisées au niveau européen. Celle-ci prend la forme d'un audit. Un questionnaire d'auto-évaluation a été envoyé à 3300 hôpitaux européens.

La Charte européenne Hôpitaux Sans Tabac représente à la fois l'engagement des hôpitaux et se traduit comme un code pour la mise en œuvre des recommandations pour un hôpital sans tabac.

Mais en soi, le réseau européen n'a aucune incidence pratique sur les hôpitaux ou leur fonctionnement. Il s'agit principalement d'une volonté affichée de mener une politique commune en faveur de la promotion de la santé.

2-1-1-2 La portée pratique de l'adhésion aux réseaux limitée par un manque de moyens humains et financiers

Les hôpitaux jouent un rôle essentiel dans la lutte contre le tabagisme et ses effets néfastes sur la santé. Cependant, une mise en œuvre réussie dépend tout autant de décisions claires dans la politique et le budget des établissements que d'une information et formation complète qui s'assurent de la participation de l'ensemble du personnel fumeur inclus. Elle nécessite la mise en place de procédures d'évaluation sur le long terme. Or le manque de moyens humains et financiers contredit parfois la volonté des différents protagonistes d'aller plus avant dans la lutte contre le tabagisme.

Adhérer à un réseau n'est pas l'assurance de bénéficier de moyens supplémentaires. Cela relève plutôt d'un engagement moral de l'établissement de faire respecter les réglementations et prendre des mesures en faveur de la lutte contre le tabac.

Cependant l'adhésion à ces réseaux reste nécessaire en raison des valeurs qu'elle véhicule et permet de mettre à dispositions des hôpitaux un grand nombre de ressources documentaires.

Finalement adhérer à des réseaux donne une bonne visibilité de ce que font les autres membres (idées, initiatives communes, mesures originales), permet l'échange d'informations et confère avant tout un label.

2-1-2 Les structures internes à l'hôpital impliquées dans la lutte contre le tabac.

L'information quant aux avancées faites en matière de politique contre le tabac peut être donnée aux différentes instances : courriers adressés aux membres de la

Commission Médicale d'Établissement (CME), information du CTE, diffusion d'un plan de formation, information du CHSCT.

2-1-2-1 Le comité de prévention

C'est une structure que les établissements s'engagent à créer dès lors qu'ils adhèrent au réseau Hôpital Sans Tabac. Celui-ci est alors chargé de mener des politiques de sensibilisation des patients et du personnel, organiser la formation du personnel et réfléchir à l'organisation de l'espace s'agissant de la localisation des locaux fumeurs.

Son action consiste essentiellement à sensibiliser les personnes.

2-1-2-2 Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et Conditions de Travail

Le CHSCT doit réaliser deux missions fondamentales. Il doit tout d'abord contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés et à l'amélioration des conditions de travail. Il doit ensuite veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires.

Le CHSCT est l'organe officiel où sont débattues les questions liées aux conditions de travail du personnel. Or le tabac est un réel problème de conditions de travail qui peut empoisonner l'atmosphère et les relations de travail. C'est à ce titre que le CHSCT est concerné et amené à intervenir.

Le plus souvent, le CHSCT va être sollicité par le comité de prévention afin qu'il donne son avis sur certaines mesures et serve de forum pour la présentation des travaux du comité. Il soutient la plupart des actions de l'unité de tabacologie.

Cependant, il peut aussi être associé plus étroitement à la politique de lutte contre le tabac. Au CHU de Nancy c'est le CHSCT qui a donné naissance à ce comité. Un point tabac peut être officiellement intégré au CHSCT. Il réfléchit alors aux possibilités d'aménagements existantes dans l'hôpital pour l'implantation des zones fumeurs, peut faire interdire par la direction (en vertu de l'obligation de l'employeur d'assurer la protection des non-fumeurs) le tabagisme à l'intérieur des locaux. Celui-ci intervient régulièrement s'agissant des formations incendie. En effet, il ne faut pas oublier que 40% des feux hospitaliers sont dus au tabac. Toutefois son pouvoir reste limité car il n'est pas l'instance de décision.

2-1-2-3 La médecine du travail

La prise en charge à quelque niveau que ce soit, des 15 millions de fumeurs, est l'affaire de tous les médecins, et en priorité de ceux des structures de tabacologie ou plus largement d'addictologie.

Le médecin du travail à l'hôpital est chargé notamment de l'amélioration des conditions de vie et de travail, de la prévention et l'éducation sanitaire dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle. La participation du médecin du travail à la lutte contre le tabac est dès lors évidente.

Il est donc dans les missions du médecin du travail d'inciter à l'application des consignes réglementaires quant à l'usage du tabac dans l'hôpital, d'informer sur les risques liés au tabac et de donner des conseils d'aide au sevrage tabagique et des adresses utiles (médecins traitants et spécialistes, centres de tabacologie, associations diverses et numéros verts utiles).

Idéalement, le médecin du travail devrait servir de relais au tabacologue. En effet, suite aux entretiens, il nous semble que son rôle serait d'accompagner le fumeur dans sa volonté d'arrêter la consommation du tabac. A ce titre, il peut prendre en charge les cas « les plus simples » et orienter les cas les plus lourds vers le tabacologue. Cependant, la réussite de cette démarche nécessite la formation des médecins du travail, qui reste encore insuffisante.

Mais au-delà les hôpitaux doivent entreprendre une démarche de promotion de la santé que l'établissement gère en interne.

2-2 L'hôpital, promoteur de santé

La promotion de la santé est fondée sur la Charte d'Ottawa²⁰ de 1986 qui élargit et réoriente les missions des services de soins vers la promotion de la santé. La santé du patient mais également du personnel hospitalier sont au cœur des préoccupations. Son amélioration et son maintien par des interventions en faveur de la santé sont des objectifs essentiels que tout hôpital doit atteindre. Ces objectifs permettent de mettre en œuvre des

²⁰ BUTTET P., DEVEAU A. *Les hôpitaux promoteurs de santé en France un réseau en développement*. La santé de l'Homme, n°360, juillet-août 2002, pp. 20-21.

politiques nationales et locales et dans ce contexte, l'aide à l'arrêt du tabac représente un enjeu majeur.

L'usage du tabac est responsable d'une forte mortalité en France. Cependant, cela ne persuade pas les fumeurs à arrêter de fumer. Il semble qu'un travail de formation, d'éducation doit être entrepris et que l'hôpital doit prendre une place active dans cette action. D'ailleurs, il l'affirme en adhérant au réseau des Hôpitaux Sans Tabac ou celui des Hôpitaux Promoteurs de Santé. Ce travail d'accompagnement s'étend même au-delà des enceintes de l'hôpital puisque des actions peuvent être menées dans la ville. Son rôle apparaît dès lors essentiel en matière de formation du personnel en matière d'aide. Il assure également la promotion de la santé en adoptant une stratégie de sensibilisation, de communication et d'information des personnes face aux dangers du tabac.

2-2-1 Politique de formation des acteurs de santé ou aide du fumeur à l'arrêt du tabac

2-2-1-1 Formation initiale des médecins et des infirmières sur le tabagisme

La prise en charge du tabagisme est l'affaire de tous les médecins : généralistes, spécialistes prenant en charge des maladies liées au tabac, autres spécialistes, tabacologues, gynécologues, pédiatres exerçant à l'hôpital ou à l'extérieur. La prise en charge est cependant plus complexe qu'elle peut paraître au premier abord. Elle requiert des étapes de diagnostic, de traitement et de suivi qui nécessitent une formation, dans laquelle l'hôpital, terrain d'enseignement, joue un rôle essentiel.

La formation des médecins sur le tabagisme doit porter sur le sevrage tabacologique mais aussi de façon plus globale sur la prévention et la prise en charge des fumeurs. Le CHU de Caen assure aux internes une formation spécifique d'enseignement sur le tabac. Au CH de Clamart, il est envisagé de former les externes.

Le programme officiel conduisant au diplôme d'État d'infirmier n'impose pas de durée d'enseignement obligatoire concernant la lutte contre le tabagisme, ni de méthodologie. Il s'agit de sensibiliser les étudiants à la dimension préventive et éducative des soins infirmiers, de les confronter à la démarche éducative et de permettre à ces futurs professionnels de santé de réfléchir à leur propre positionnement face au tabac. Dans ce cadre, le tabacologue de l'hôpital de Clamart donne des cours à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), de même que l'hôpital de Dreux, etc.

Au-delà des infirmières, tous les professionnels de santé doivent être formés. Leur formation peut se justifier avant celle des patients pour évoluer dans un hôpital sans tabac. Ce dernier a une mission éducative, il doit montrer l'exemple au travers de son personnel.

2-2-1-2 Formation continue du personnel soignant de l'hôpital

Si la formation initiale est capitale, elle est trop récente pour être générale. Dans ce cadre la formation continue s'avère indispensable.

Lorsqu'un hôpital est signataire de la Charte des Hôpitaux Sans Tabac, il s'engage notamment à mobiliser les décideurs et sensibiliser tous les personnels (point 1 de la Charte) et mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du fumeur (point 3).

Selon la circulaire n° 2000 - 182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé, « tout soignant doit être capable, à terme, de délivrer un conseil minimum, une information sur le tabac ». Il s'agit par conséquent pour l'hôpital de former son personnel, de lui donner les outils nécessaires pour aborder le patient fumeur.

Le centre hospitalier de Dreux s'inscrit dans cette démarche dans la mesure où son unité de prévention et d'éducation a demandé l'intégration au plan de formation 2004 du personnel soignant d'une formation « Prise en charge du patient fumeur », afin de sensibiliser le personnel à la compréhension du vécu du patient et pour orienter ceux qui le souhaitent vers le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac de l'hôpital.

Ce projet de développement de compétences des soignants vise à contribuer à une hospitalisation de qualité en évitant la souffrance liée au manque de nicotine dans le cas d'une forte dépendance. Il s'agit également de permettre aux patients fumeurs de profiter du temps d'hospitalisation pour faire le point sur leur relation au tabac, le cas échéant de décider d'entreprendre une démarche pour arrêter de fumer. En février 2003, 45 agents ont suivi cette formation. La direction de l'hôpital affiche la volonté de rendre systématique cette formation du personnel en l'inscrivant chaque année au plan de formation.

Le CHU de Caen organise une formation spécifique en tabacologie pour le personnel hospitalier, assurée par le médecin tabacologue responsable de l'unité de tabacologie, sous forme de modules.

Le CHU de Nancy adopte également une politique incitative à l'égard de son personnel en matière d'aide à l'arrêt du tabagisme, grâce à une politique de sensibilisation. Il souhaite aller plus loin dans cette démarche avec un projet de formation de deux jours pour les soignants. Cependant, la mise en place des 35 heures compromet la réalisation de ce projet et renvoie toujours à la question des moyens mis réellement au service des politiques de santé publique.

2-2-2 Stratégie de prévention, sensibilisation, de communication et d'information des personnes aux dangers du tabac

2-2-2-1 Rôle de prévention de l'hôpital

Lorsque l'hôpital adhère au réseau national des Hôpitaux Sans Tabac, il s'engage à informer les patients et les usagers (point 1) et à organiser des manifestations de sensibilisation, renouveler les campagnes d'information (point 8).

Il joue par conséquent un rôle essentiel dans la prévention qui est d'ailleurs inscrite dans le guide d'accréditation des hôpitaux publié par l'ANAES en février 1999. Cela implique des actions concrètes intra et extra-hospitalières dans le domaine de la lutte contre le tabagisme et notamment des actions de prévention.

Dans ce cadre, la prévention primaire ou la diminution de l'incidence du tabagisme vise à réduire le nombre de fumeurs. L'unité de prévention et d'éducation du centre hospitalier de Dreux intervient dans les collèges et lycées dans le cadre du partenariat avec l'Education Nationale pour la formation d'infirmières scolaires et d'enseignants primaires et du collège à une approche globale de la prévention du tabagisme. Des activités sont proposées aux jeunes pour leur permettre de chercher eux-mêmes l'information sur le tabac. Dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité du centre hospitalier, elle a également déposé un projet d'« Amélioration du dispositif de prévention du tabagisme auprès des femmes fumeuses ». Il s'agit dans les deux dispositifs de prévention précédents de prévenir les enfants et les futures mères des dangers du tabac pour que ces personnes ne commencent pas à fumer.

La prévention secondaire ou la diminution de la prévalence des personnes tabagiques vise à réduire le nombre de fumeurs actuels par l'aide à l'arrêt du tabac. Dans ce cadre, l'hôpital a un rôle de dépistage du nombre de fumeurs et de traitement précoce pour aider les personnes dans l'arrêt du tabac. Pour ce faire, le CHU de Caen, le centre hospitalier de Dreux font des réunions grand public pour sensibiliser personnel hospitalier et patients. Il s'agit d'aider le personnel à arrêter de fumer le plus vite possible et les patients fumeurs à supporter l'hospitalisation. Au CHU de Nancy, des plaquettes d'information sont distribuées aux patients hospitalisés. Les médecins du travail y jouent également un rôle essentiel dans la mesure où ils informent les agents des risques liés au tabagisme et des aides au sevrage dont ils peuvent bénéficier. Il s'agit également d'intervenir à l'extérieur de l'hôpital pour sensibiliser les salariés d'entreprise à l'arrêt du tabac. L'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT) intervient également dans ce cadre en y menant des campagnes de sensibilisation.

La prévention tertiaire vise à réduire les risques en milieu de soins. Pour les personnes hospitalisées pour une pathologie liée au tabagisme, il s'agit de tout mettre en œuvre pour stopper l'aggravation de cette maladie.

Pour gagner en efficacité, l'hôpital doit chercher des partenariats auprès des Comités Départementaux d'Education pour la Santé (CODES), les Comités Régionaux d'Education pour la Santé (CRES), les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

2-2-2-2 *Manifestation de sensibilisation et campagne d'information*

La communication au sens large apparaît essentielle pour faire véhiculer les messages de prévention. Il s'agit d'une action collective. C'est pourquoi, de nombreux hôpitaux organisent des manifestations de sensibilisations et des animations à l'occasion de la journée mondiale sans tabac qui se déroule chaque année tels que le centre hospitalier de Dreux, le CHU de Caen, d'Amiens, l'hôpital de Clamart. Le centre hospitalier de Dreux a également participé à l'opération nationale « 100 000 mesures de monoxyde de carbone », un des composants toxiques de la fumée du tabac. Le CHU de Caen organise les journées « Foulées sans tabac » autour de la ville. Il s'associe également aux hôpitaux périphériques pour lutter contre le tabagisme.

L'ensemble de ces actions individuelles (formation) ou collectives (prévention, sensibilisation, information) associent de nombreux professionnels de santé dans la lutte contre le tabagisme. Dans de nombreuses situations, elles ne suffisent pas. Par conséquent des dispositifs particuliers d'aide à l'arrêt du tabac doivent être mis en œuvre.

2-3 La prise en charge du fumeur à l'hôpital

La Charte d'Ottawa, pour la promotion de la santé, préconise le développement des aptitudes individuelles, permettant un meilleur contrôle de l'individu sur sa santé (développement de l'information et de l'éducation à la santé), et la réorientation des services de santé vers la promotion de la santé. Dans ce contexte, le sevrage tabagique représente un enjeu majeur. Toutefois, cette démarche est limitée par les facteurs suivants : sa non-reconnaissance au sein des hôpitaux (services de spécialité cloisonnés), leurs modalités de financement en fonction des actes techniques et enfin la scission financière entre l'hôpital et la médecine de ville.

2-3-1 Un cadre privilégié pour l'aide à l'arrêt du tabac

L'hôpital est un lieu-clé du sevrage tabagique. Non seulement l'arrêt est facilité dans un environnement où le fait de fumer est restreint ou prohibé, mais l'hospitalisation est également associée à un sentiment de vulnérabilité encourageant les patients à examiner leur santé et leur mode de vie de façon approfondie. Ensuite, l'organisation de l'hôpital fournit des occasions d'être conseillé par les personnels de santé. Enfin, les patients sont accessibles sans problème de temps et de transport.

La prise en charge du fumeur à l'hôpital est essentielle. Elle doit être adaptée au fumeur dépendant et incombe à l'ensemble du personnel soignant. Elle sera d'autant plus aisée que l'établissement hospitalier s'inscrit dans une démarche vers un « Hôpital Sans Tabac » et répond aux critères d'accréditation en lien avec le tabac.

Le personnel soignant doit être capable d'écouter le fumeur, d'évaluer sa dépendance au tabac, de connaître les substituts nicotiques et de proposer un suivi de l'arrêt et de la prévention des rechutes.

2-3-2 L'essor et le succès des consultations hospitalières de tabacologie

En dehors des missions d'enseignement, de recherche et de participation aux actions de lutte contre le tabagisme, le premier objectif des consultations d'aide à l'arrêt du tabac est d'assurer la prise en charge des formes graves de dépendance tabagique.

L'aide à l'arrêt du tabac est différente des soins médicaux traditionnels. En effet, la prise en charge des fumeurs comporte parfois trois phases, qui s'étendent sur plusieurs mois.

La première étape est une séance de groupe qui constitue l'alliance thérapeutique. Elle a pour but de renforcer la motivation des fumeurs, de les déculpabiliser vis-à-vis de leur comportement tabagique et de leur expliquer comment une aide efficace peut leur être apportée. La date choisie pour l'arrêt est fixée par le fumeur lui-même. Un dossier tabac est établi et une stratégie d'aide est mise en place. Pour faciliter le suivi, une permanence téléphonique en semaine permet aux consultants de trouver à tout moment aide, soutien et conseils. Un dialogue est alors instauré pour répondre à leurs questions et à leurs angoisses, des accidents de parcours étant possibles.

La deuxième étape correspond au suivi des premières semaines après l'arrêt du tabac. L'objectif du traitement de la dépendance est d'éviter ou d'atténuer l'intensité du syndrome de sevrage. Le traitement de substitution nicotinique permet un sevrage avec le minimum de troubles à condition que les doses et la durée du traitement soient adaptées à l'intensité des dépendances. Cette étape est réalisée au cours de consultations

individuelles. Ce suivi est essentiel pour pouvoir éventuellement modifier le traitement selon les réactions de chacun (signes de surdosage ou au contraire posologie insuffisante avec persistance du syndrome de manque, manifestations dépressives et toutes les perturbations possibles dues au sevrage... ou au traitement nicotinique).

La troisième étape, après la fin du traitement de substitution nicotinique, est la prévention de rechutes assurée par un suivi prolongé par consultations et une éventuelle aide téléphonique. Des psychothérapies peuvent être mises en place au cours de consultations individuelles, telles qu'à Dreux.

La mise en place d'une telle structure n'est évidemment possible que si les moyens indispensables existent. Le personnel d'un centre devrait comporter un ou plusieurs médecins formés à la tabacologie et à la nutrition, des psychologues compétents en thérapie comportementale et cognitive, une diététicienne, ainsi qu'un personnel soignant spécialement formé, capable d'assurer l'accueil, les premiers conseils et la permanence téléphonique.

Au Centre hospitalier de Dreux, on estime que les consultations (plus de 2 000 par an) permettent de multiplier par 2 ou par 3 les chances de réussite du sevrage, sachant que la durée moyenne d'une cure est de trois mois.

La substitution nicotinique est un des éléments essentiels de la prise en charge tabagique. Elle s'adresse aux fumeurs pharmacologiquement dépendants qui, privés brusquement d'un apport régulier de nicotine inhalée avec la fumée de cigarette, ressentent des symptômes de manque plus ou moins importants. Il existe plusieurs formes de substituts nicotiques : gommes, timbre transdermique, inhalateur, comprimés sublinguaux et spray nasal.

Le Professeur Dautzenberg, favorable au remboursement de ces substituts - dans le commerce, une boîte de patchs vaut 50 € - regrette que leur usage soit si peu diffusé au sein des hôpitaux et rappelle que l'on peut distribuer 5 000 patchs pour le prix d'une ampoule de chimiothérapie.

Le bilan triennal 2000-2002 de l'effort du Ministère de la santé en faveur de l'aide au sevrage tabagique dans les établissements hospitaliers montre des résultats extrêmement encourageants, dans un domaine qui constitue un enjeu de santé publique majeur. La prise en charge des fumeurs a été fortement améliorée, quantitativement (30 % de réussite au sevrage) et qualitativement. Il faut également noter une meilleure attention des professionnels de santé à la prise en charge des femmes enceintes dépendantes du tabac, ainsi qu'un raccourcissement notable du délai d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous. Ceci s'explique par l'augmentation des centres de consultation, même si 16 départements restent encore dépourvus de toute consultation

hospitalière de tabacologie. A défaut de moyens humains suffisants dans certains établissements, il faut tout de même noter que ce délai peut atteindre plusieurs mois.

Ainsi les bases d'une prise en charge convenable du tabagisme sont-elles effectives dans le cadre hospitalier.

Pour être efficace, la prévention du tabagisme doit être « globale ». Le cloisonnement du système de santé entre secteurs « curatif et préventif » avec des modalités de financement rigides par les organismes de Sécurité sociale ont contribué à marginaliser la mise en place d'actions de prévention efficaces. Ainsi, par facilité gestionnaire et administrative, la politique de prévention du tabagisme s'est pendant longtemps résumée aux campagnes de communication « grand public ». Pour importantes qu'elles soient, ces campagnes ne peuvent atteindre leurs cibles que si elles sont relayées par des actions de proximité, structurées, pertinentes et visibles.

2-3-3 Le réseau Ville/Hôpital : vers une prise en charge globale du fumeur

Compte tenu de l'indigence des dispositifs de santé publique concernant la prévention du tabagisme, et à l'exemple d'autres problèmes tels que l'infection VIH, les toxicomanies, la précarité sociale, la thématique du tabagisme conjuguant les activités de prévention et de soin, médicale et sociale, individuelle et collective, peut trouver un cadre d'action pertinent dans la dynamique d'un réseau Ville/Hôpital.

Un réseau Ville-Hôpital est une organisation locale ouverte centrée sur un site hospitalier. Actuellement régi par le décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002, il a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires.

Les réseaux répondent à un besoin de santé de la population dans une aire géographique définie.

Prenons l'exemple du réseau Ville/Hôpital « Tabac ou Santé? » de l'agglomération Drouaise. Il s'agit d'une structure informelle, coordonnée par l'Unité de prévention et d'éducation (U.P.E.) du Centre hospitalier de Dreux, qui met à la disposition du réseau ses moyens logistiques et ses ressources documentaires et en personnel. Le réseau bénéficie en outre d'un soutien de la Ligue contre le cancer.

Même si la pratique du réseau Ville/Hôpital est encore malheureusement assise sur le militantisme de ses participants, il s'agit pour l'heure d'un cadre efficace pour la promotion de la prévention du tabagisme.

CONCLUSION

La consommation de tabac ne peut être simplement considérée comme une déviance sociale ou une pathologie pouvant être traitée en tant que telle. Cette dernière est souvent révélatrice d'un malaise beaucoup plus profond chez ceux qui y ont recours. La consommation de tabac se trouve, en effet, en grande partie liée au stress, aux conditions de travail.

Plus qu'un simple problème sanitaire, le tabac est souvent, au même titre que la délinquance, la conséquence de problèmes de société quand il ne s'agit pas parfois de comportements sociaux valorisant la consommation de tabac. Ce dernier a d'ailleurs longtemps été considéré, au même titre que la consommation d'alcool, comme un facteur d'intégration sociale (cour de lycée, débits de boissons, restaurants, lieux de détente, etc.).

Les évolutions législatives et les pratiques professionnelles des dernières décennies ont tenu non seulement à bannir le tabac au sein de l'hôpital, mais aussi à impliquer ce dernier dans une politique plus globale de lutte contre le tabagisme. L'hôpital est ainsi devenu une institution incontournable pour la politique de santé publique.

Cependant, les acteurs qui valorisent et aident les hôpitaux dans leurs actions de lutte contre le tabac sont encore en nombre insuffisant. Si le réseau Hôpital Sans Tabac tend à jouer ce rôle, ses moyens humains et financiers sont encore trop restreints pour garantir un soutien effectif aux hôpitaux.

De même, les politiques successives menées par les établissements et impulsées par les pouvoirs publics, ont permis d'accroître le nombre de consultations tabacologiques qui rencontrent un réel succès. Mais, le manque de moyens, là encore, peut entraîner des délais d'attente trop longs pour l'obtention d'un rendez-vous. Souvent, le tabacologue est dépassé. Une véritable équipe d'infirmiers formés spécifiquement à la prise en charge tabacologique permettrait de suppléer le médecin. Toutefois, de telles initiatives restent rares.

L'accent doit être porté sur la formation et la prévention mais encore faut-il des moyens. Il nous a tout de même été indiqué que 10 traitements de chimiothérapie égalent en terme financier tous les patches de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. D'où la

nécessité de miser sur la prévention car à moyen et long terme, cela se révèle plus rentable que la prise en charge des conséquences du tabagisme.

Le problème du tabac se pose d'une manière plus âpre au sein d'autres structures notamment sanitaires, sociales et médico-sociales telles que les maisons de retraite, les foyers de l'enfance, etc. En effet, le tabac peut s'avérer être un dérivatif efficace quand il ne constitue pas parfois un élément de la thérapie. De même, comment traiter les établissements psychiatriques où il est avéré que le personnel et le patient fument ensemble dans l'établissement ? En conséquence, il n'existe pas en ce domaine une politique unique pouvant être appliquée indifféremment à tous les établissements.

Le tabac est en grande partie la conséquence de comportements et problèmes sociaux. Il convient alors de se demander si la politique sanitaire ne doit pas s'inscrire dans un cadre plus global incluant le social, mais surtout traitant les conduites addictives (drogues, alcool, jeux...) dans leur ensemble. Des organismes tels que l' OFT, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie (MILDT), le réseau "hôpital sans tabac, grâce aux informations offertes au grand public par le biais notamment de sites Internet peuvent servir de relais entre l'hôpital et les fumeurs, dont le manque d'information sur l'aide médicale constitue un frein puissant à l'arrêt du tabac.

Une véritable politique de santé publique se devrait sans doute d'être plus globale. Comme le souhaite l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), qui est un organisme mandaté par la Direction Générale de la Santé (DGS), l'approche de la promotion de la santé par la lutte contre le tabagisme doit permettre d'élargir la réflexion en faveur d'une promotion générale de la santé passant par la nutrition, la qualité de l'air, etc.

Le rôle primordial aujourd'hui dévolu à l'hôpital, établissement de « santé », en tant que principal coordonnateur des actions de prévention doit lui permettre de promouvoir auprès des acteurs de santé (médecine de ville, établissements sanitaires et sociaux, associations...) un réseau s'inscrivant dans ce contexte et s'adressant à l'ensemble de la population. Cependant, là encore, se pose le problème du financement de ces actions qui ne peut, à l'heure actuelle, incomber dans sa totalité à l'hôpital, au risque de grever son budget et son action en matière de soins.

Bibliographie

LEGISLATION ET REGLEMENTATION

- Décret du 22 mars 1942 sur la police, la sûreté et l'exploitation des voies ferrées d'intérêt générale et d'intérêt local.
- **Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.**
- Décret n°77-1042 du 12 septembre 1977 relatif aux interdictions de fumer dans certains lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.
- Décret n°77-1273 du 17 novembre 1977 portant application de la loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
- **Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.**
- Décret n°92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique.
- Circulaire DGS/DH/SP3 n°99-330 du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé.
- Circulaire DH/ EO2.DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.
- Rapport sur les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi EVIN, août 2000.
- Rapport du groupe de travail Tabagisme passif de la DGS présidé par B. Dautzenberg, mai 2001.

OUVRAGES

- BRÜCKER G., BORGNE A., BERTHON B-S., TESSIER S.. *Guide de l'hôpital sans tabac*. Editions CFES, décembre 1999, 125 p.
- LE CAM R. *Non-fumeurs agissez ! Bien connaître la loi Evin pour la faire respecter*. Paris : Guy Trédaniel éditeur, 2002, 247 p.

- NOURRISSON D. *Le tabac en son temps. De la séduction à la répulsion*. Rennes : Editions ENSP, 1999, 95 p.
- STAHL J.H. *La loi antitabac*. Paris : Dalloz, 1993, 93 p.

PERIODIQUES

- ABDENNBI K., AEBERHARD P. Tabagisme : action. *THS La revue des addictions*, mars 2000, pp. 323-327.
- BORGNE A. Le traitement et la prise en charge du tabagisme. *THS*, décembre 2000, pp. 500-503.
- BORGNE A., VIGOUROUX M., QUINQIS M.G. et alii. L'engagement de l'hôpital dans la lutte contre le tabagisme. L'exemple du centre hospitalier de Montargis. *Techniques hospitalières "cancérologie"*, n°648, juillet-août 2000, pp.62-65.
- BOYER C. Ma vie, ce n'est pas le tabac. *Gestions hospitalières "Vivre à l'hôpital"*, août-septembre 2000, n°398, pp.518-520.
- BUTTET P., DEVAU A. Les hôpitaux promoteurs de santé en France. Un réseau en développement. *La santé de l'homme*, juillet-août 2002, n°360, pp.20-21.
- CHAUMETTE P. Le règlement intérieur et le tabac. *Droit social*, n°12, décembre 1998, pp. 1012-1018.
- DAUTZENBERG B., JOSSERAN L., BORGNE A. et al. Evolution de l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie durant le plan triennal tabac 1999-2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Institut de veille sanitaire, 28 mai 2002, n°22, pp.100-101.
- DEVAU A. Le réseau hôpital sans tabac. *Ville-hopital*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, mai 2000, n°21, p.5.
- DUMERY S. Sevrage tabacologique : 30 % de succès. *Impact Médecin Hebdo*, n°536, juin 2001, pp. 34-39.
- JEANFRANÇOIS M., FERNANDES E., DAUTZENBERG B. et alii. Evolution de l'activité des consultations hospitalières de tabacologie durant la période triennale 2000-2002. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Institut de veille sanitaire, 28 mai 2002, n°22, pp.98-99.
- JOSSERAN L. Evolution du dispositif de prise en charge du tabagisme dans les hôpitaux. *Revue Toxibase*, n°5, mars 2002, pp. 10-11.
- JOSSERAN L., BRUCKER G. Tabagisme : les médecins français fument autant que leurs patients. *La Revue du praticien – Médecine générale*, tome 16, n°566, 4 mars 2002, pp. 349-351.

- KRAJIC K., DIETSCHER M-C., PELIKAN J. Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital. *La santé de l'homme*, juillet-août 2002, n°360, pp.18-19.
- MELIHAN-CHEININ P., HIRSH A. Europe sociale et tabac, *Technologie et santé*, n° spécial "L'hôpital au temps de l'Europe", n°35, décembre 1998, pp.81-89.
- MOLINARD R., DAUTZENBERG B., YOUSSE D. et alii. Le tabagisme des élèves infirmières et sage-femmes de l'AP-HP. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Institut de veille sanitaire, 28 mai 2002, n°22, pp.96-98.
- POLOMENI P. Circulaire DH/EO2/DGS/2000182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie. *Ville-hospital*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, mai 2000, n°21, p.2-3.
- Presse parlementaire, *Le tabac, une plante aux multiples facettes*. Editions européennes de France, septembre 2003. 30 p.

SITES INTERNET

- www.anaes.fr
- www.ap-hop-paris.fr
- www.ch-longjumeau.fr
- www.drogues.gouv.fr
- www.ensh.aphp.fr
- www.formation.tabacologie.globalink.org
- www.hopitalsanstabac.org
- www.invs.sante.fr/beh
- www.legifrance.gouv.fr
- www.sante.gouv.fr
- www.tabac-net.aphp.

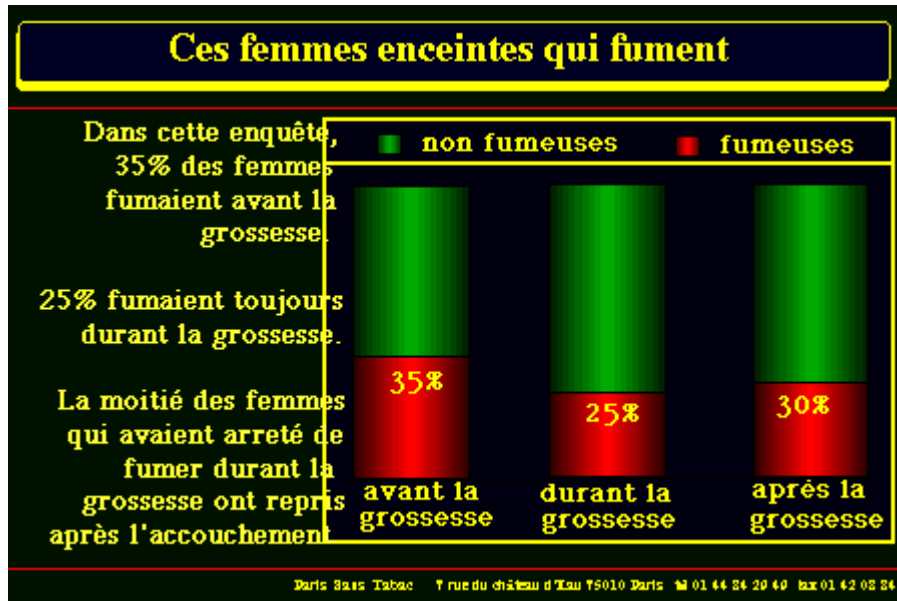
PERSONNES CONTACTEES

Mme ORANNAU M. CHIEZE	Vendredi 19 septembre 2003	Réseau européen des hôpitaux sans tabac, Paris.
Pr DAUTZENBURG,	Jeudi 18 septembre 2003	Office Français de prévention du tabagisme.
Dr BUTTET	Mercredi 17 septembre 2003	INPES
Dr ADLER Mme HGOBURU Mme PLANTEC.	Jeudi 18 septembre 2003	Hôpital Antoine Béclère de Clamart
Mme DA SILVA Dr BERNARD, Mme ENGLISH Mme DECELLE	Vendredi 19 septembre 2003	Centre hospitalier de Dreux.
Dr WIRTH Mme SPINOSA Dr BUITTET	Mardi 16 septembre 2003	C.H.U de Nancy
Mme BONFILS	Jeudi 18 septembre 2003	Mutuelle Nationale des Hospitaliers
Dr LEMAITRE M. RAYROLLES	Mercredi 17 septembre 2003	C.H.U. de Caen.
M. PREVOTEAU, directeur de la communication	Vendredi 19 septembre	C.H.U. d'Amiens

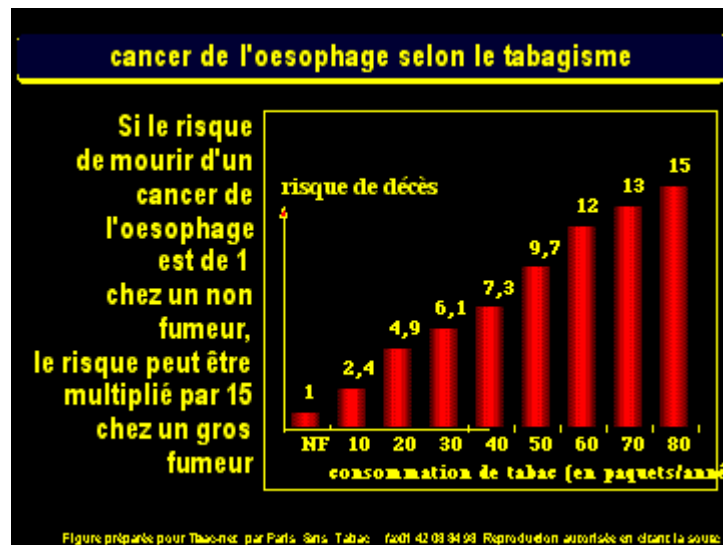
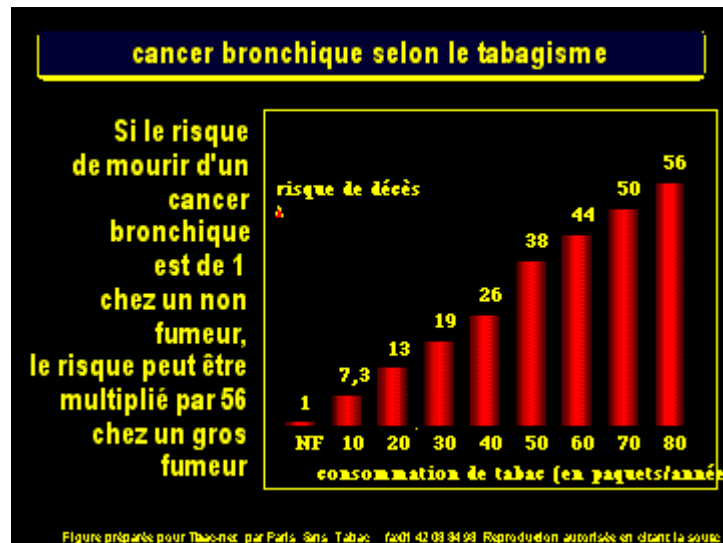
Liste des annexes

Annexe 1	Le tabagisme et les femmes enceintes
Annexe 2	Divers cancers liés au tabac
Annexe 3	Autres pathologies liées au tabac
Annexe 4	Le tabagisme passif chez les enfants
Annexe 5	Les critères d'évaluation de l'A.N.A.E.S.
Annexe 6	Synthèse des rapports des experts visiteurs
Annexe 7	Questionnaire pour les établissements de santé
Annexe 8	Questionnaire des acteurs externes
Annexe 9	Charte française du réseau "hôpital sans tabac"
Annexe 10	Charte européenne du réseau "hôpital sans tabac"

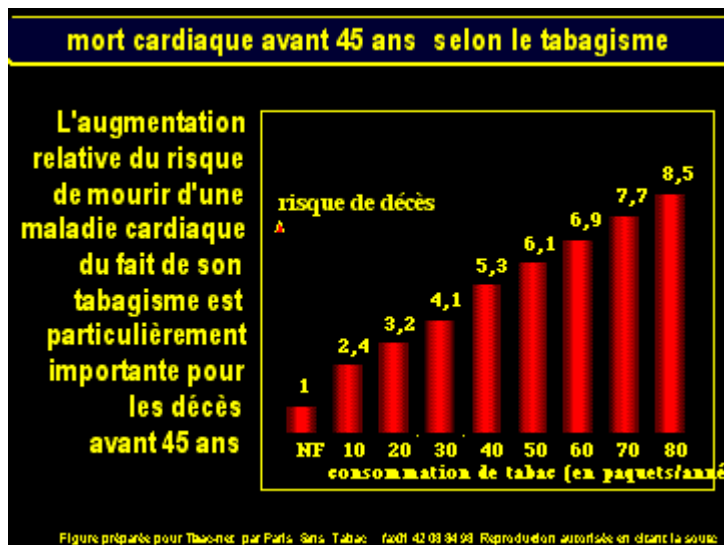
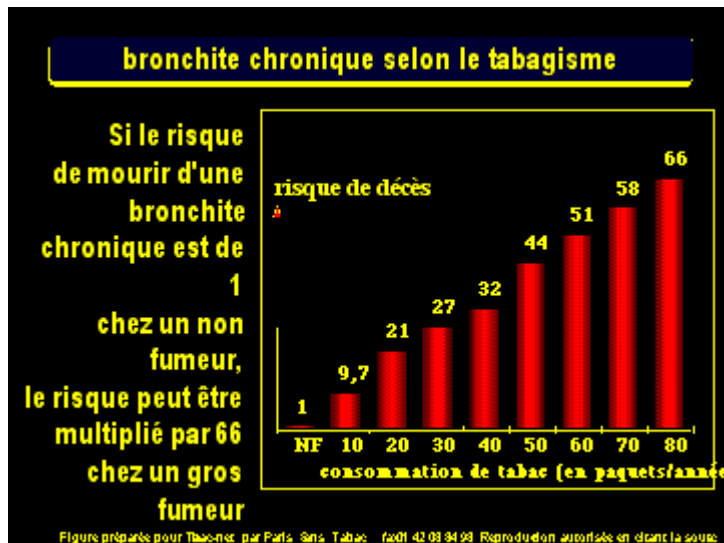
Annexe 1

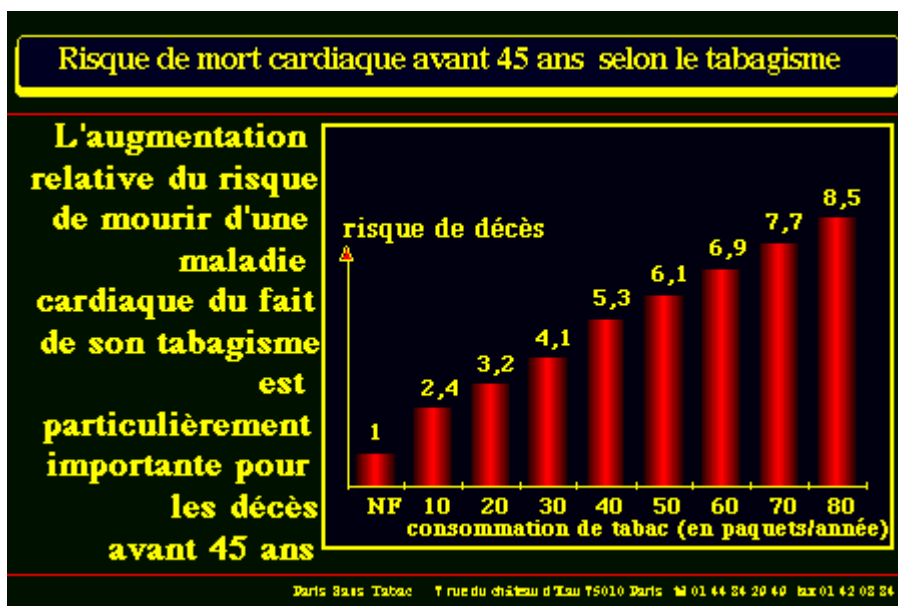
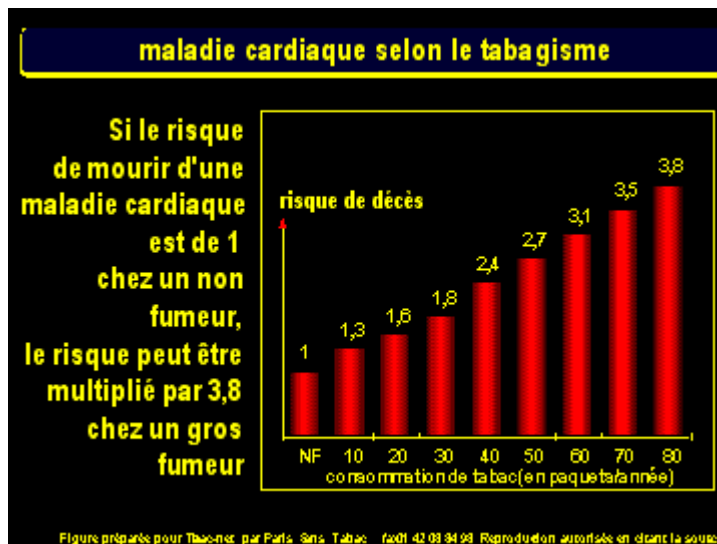


Annexe 2

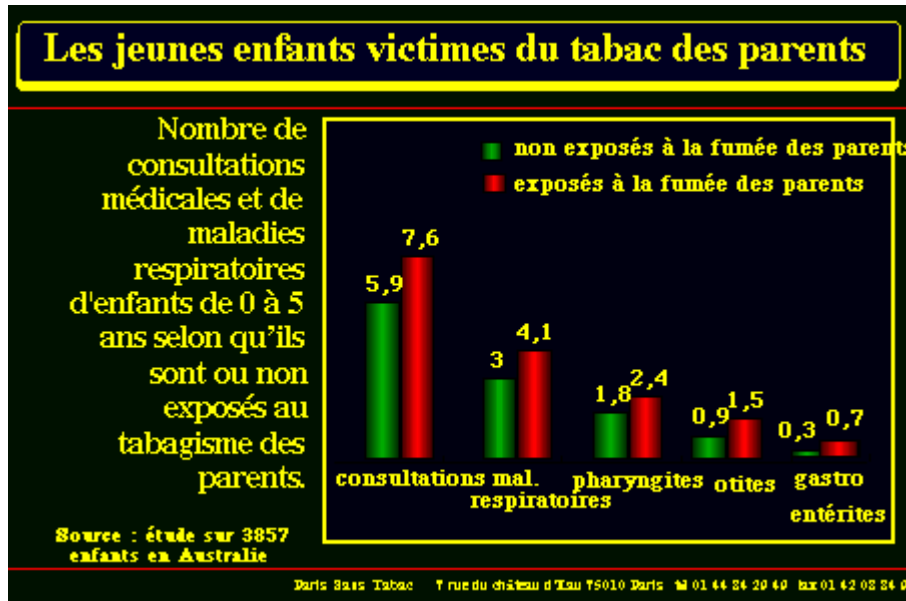


Annexe 3





Annexe 4



Annexe 5

Les critères d'évaluation de l'A.N.A.E.S. sont les suivants :

- l'établissement met en œuvre une politique de prévention du tabagisme :

Critère 1.1 un comité local de prévention du tabagisme est désigné pour animer la prévention tabagique. Il se réunit au moins deux fois par an.

Critère 1.2 Le règlement intérieur de l'établissement précise sa politique de lutte contre la fumée du tabac et le tabagisme dans l'établissement.

Critère 1.3 La mention du statut tabagique figure sur tous les dossiers médicaux papier pré-imprimés et les dossiers médicaux informatiques relevant les paramètres médicaux principaux des patients (pouls, Pa, etc...).

Critère 1.4 Il est mis en place un plan de formation des personnels à l'abord du fumeur.

Critère 1.5 Le personnel fumeur a un accès facilité aux méthodes de sevrage tabagique de l'établissement.

Critère 1.6 Le personnel sait qu'il est dans sa mission de faire respecter avec discernement la consigne de ne pas fumer (en dehors des zones éventuellement désignées comme zones fumeurs).

Critère 1.7 Il existe une signalétique claire pour les visiteurs, le personnel et les patients.

Critère 1.8 Il n'existe aucun cendrier dans les lieux ouverts au public à l'intérieur des bâtiments.

Critère 1.9 Il n'existe pas de point de vente de tabac dans l'enceinte de l'établissement.

Critère 1.10 Les produits d'aide au sevrage tabagique sont disponibles pour les malades hospitalisés.

Critère 1.11 Le personnel des différents services est formé à la mise à disposition des malades des substituts nicotiniques pour le sevrage ou la réduction des risques.

- Il existe une consultation de tabacologie dans l'établissement :

Critère 2.1 Un médecin est spécifiquement chargé de la consultation d'aide au sevrage tabagique des consultants (minimum deux vacations par semaine).

Critère 2.2 Il existe une infirmière d'accueil (disponible une heure tous les jours et disponibilité complète lors des consultations).

Critère 2.3 Il existe une possibilité de prise en charge diététique et psychologique.

Critère 2.4 Il existe un document d'information sur le tabac et le sevrage pour les patients, à disposition ou remis lors de la consultation.

Critère 2.5 Le délai de prise de rendez-vous est inférieur à 5 semaines.

Critère 2.6 Il existe une procédure d'accueil pour les nouveaux et les anciens consultants.

Critère 2.7 Les horaires de rendez-vous sont respectés.

Critère 2.8 Les délais d'attente à la consultation sont évalués.

Critère 2.9 La satisfaction des consultants est évaluée.

Critère 2.10 Au moins cinq consultations sont proposés au patient durant la période de sevrage.

Critère 2.11 Un accueil téléphonique est proposé aux patients les 15 premiers jours de sevrage en cas de problèmes.

Critère 2.12 Le taux de sevrage tabagique est évalué et des statistiques annuelles sont établies.

GFL-9 L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie.

-GL9.b Parmi les mesures de prévention contre le risque incendie, on citera les mesures visant à faire respecter l'interdiction de fumer.

Annexe 6

Les appréciations des rapports des experts-visiteurs se répartissent en trois niveaux :

- Les rapports indiquent des améliorations à apporter dans la lutte contre le tabagisme
 - Centre Hospitalier de Rouffach (10/00)²¹ : « **l'amélioration doit porter sur la lutte contre le tabagisme au bénéfice des patients et des professionnels** »
 - Fondation du bon sauveur d'Albi (11/00) : « **les améliorations doivent porter sur la lutte contre le tabagisme, notamment chez le personnel de santé.**
 - Hôpital local de Bort-les orgues (11/00) : « **les améliorations doivent porter sur l'étude et la mise en place d'un plan de prévention du tabagisme** »
 - CHU de NICE (12/00) : « **les améliorations doivent porter sur « la mise en place d'une politique de lutte contre le tabagisme** »
 - Centre Jacques Calve Berck s/mer (01/01) : « **les améliorations doivent porter sur le développement des actions de prévention notamment sur le tabac** »
 - Hôpital et institut de formation en soins infirmiers de la Croix-Rouge française de Bois-Guillaume (06/01) : « **l'amélioration doit porter sur : la mise en place d'une politique de prévention du tabagisme et l'amélioration de la ventilation de la cafétéria** »
 - CHU Nantes (09/02) : "**des actions de sensibilisations sont menées en terme de lutte contre le tabagisme, mais la plupart des pôles ne disposent pas d'espaces réservés aux fumeurs**".
 - Hôpital local de Belleville s/saône (03/03) : « **la prévention des risques d'incendie liés à la consommation du tabac dans les chambres devrait faire par ailleurs l'objet d'une réflexion** »
 - Hôpital cardio-vasculaire et pneumologie Louis Pradel Lyon (04/03) : « **l'établissement doit mettre en œuvre une politique de prévention efficace contre le tabagisme** »

Voire des recommandations :

²¹ Date de publication du rapport de l'ANAES.

- Centre Hospitalier Francis Robert d'ANCENIS (01/03) : « **recommandation : mettre en œuvre effectivement une politique de lutte contre le tabagisme** ».
- Centre hospitalier d'Ajaccio (07/03) : « **recommandations : Assurer la prévention des risques liés au tabagisme** »

➤ Les rapports peuvent être mitigés :

- Centre Hospitalier d'APT (09/01) : « **les améliorations doivent porter sur : l'encouragement à poursuivre des actions de prévention contre le tabac** »
- Hôpital Saint-Louis Paris (09/01) : « **les améliorations doivent porter sur : la poursuite et le renforcement de la politique de prévention du tabagisme** »
- CHU BREST (06/02) : « **plusieurs types d'actions sont mises en place pour soutenir la politique de prévention du tabagisme, mais, en raison du nombre « d'espaces fumeurs » les patients fument dans les coursives extérieures et dans les escaliers** »
- Centre Hospitalier du Docteur Récamier Belley (07/02) : « **les interdictions de fumer semblent respectées mais il n'existe pas de politique de prévention du tabagisme formalisée** »
- CHS Montperrin Aix en Provence (09/02) : « **la lutte contre le tabagisme est une priorité qui reste à concrétiser** »
- CHU NANTES (09/02) : « **des actions de sensibilisations sont menées en terme de lutte contre le tabagisme, mais la plupart des pôles ne disposent pas d'espaces réservés aux fumeurs** »
- Centre Hospitalier de Cahors (10/02) : « **l'établissement a mis en œuvre une politique de lutte contre le tabagisme qui doit être appliquée et suivie** »
- Clinique d'Aufrey Balma (11/02) : « **il conviendra de renforcer les actions de sensibilisation des patients aux risques liés au tabagisme** »
- Centre Hospitalier Victor Dupouy Argenteuil (02/03) : « **il conviendra d'améliorer la politique concernant la lutte antitabac, notamment au niveau de la définition des espaces fumeur** »

➤ Enfin des rapports mettent en valeur les actions des établissements :

- Centre Hospitalier d'Annonay (09/01) : « **des consultations anti-tabac sont organisés** »

- Centre Hospitalier Gériatrique de Cornil (09/01) : « **la lutte contre le tabac fait l'objet d'une fiche signalétique** »
- Hôpital Bichat Paris (09/01) : « **on peut noter des actions de sensibilisation nombreuses : journée sans tabac...** »
- Centre Hospitalier de Saint-Dizier (11/01) : « **les zones fumeurs et non-fumeurs sont clairement identifiables et respectées** »
- Clinique St-Louis d'Angers (04/02) : « **l'interdiction de fumer dans l'établissement est respectée** »
- Association Ty Yann Brest (04/02) : « **le personnel et les patients sont sensibilisés à la politique de santé en terme de prévention et d'éducation, vis à vis de l'alcool et du tabac** »
- CHS de l'Yonne Auxerre (09/02) : « **la politique de prévention du tabagisme existe et des consultations sont assurées** »
- Centre de réadaptation cardio-vasculaire Boisguilbert Ballon-Miré (09/02) : « **l'ensemble de l'établissement est zone non-fumeur. Cette consigne est respectée et soutenue par des propositions d'aide au sevrage** »
- Hôpital Saint-Antoine Paris (10/02) : « **l'établissement a institué un comité local de prévention du tabagisme, des consultations d'aide au sevrage tabagique pour les patients et le personnel de l'hôpital sont organisés** ».

Annexe 7 :

Questionnaire concernant les établissements de santé

THEME 1 : L'HOPITAL, UN LIEU EXEMPLAIRE.

1)

- L'interdiction de fumer dans les locaux collectifs de l'hôpital est-elle réellement effective et depuis quand ?
 - Est-ce inscrit dans le règlement intérieur ?
 - Des plaintes ont-elles été déposées par des personnes victimes du tabagisme passif ?

2)

- [Il est interdit de fumer donc signalétique pour l'interdire. Mais dans les faits] : **Existe-t-il une signalétique particulière indiquant l'emplacement des espaces fumeurs ? En quoi consiste cette signalétique ?**

3)

- **Existe-t-il des espaces spécifiques aménagés pour les fumeurs ?**
 - Sont-ils suffisamment ventilés ?
 - Quel est le mode de ventilation ?
 - Quelle est la surface de locaux pour fumeurs ? Localisation ? Peut-on voir ces locaux ?
 - Depuis quand avez-vous aménagé des zones pour fumeurs ?

THEME 2 : ACCREDITATION, DEMARCHE QUALITE.

1)

- **Les établissements ont-ils fait leur démarche d'accréditation ? Ont-ils rempli les items sur le tabac ?**

- Existe-t-il des consignes spécifiques en matière de lutte contre l'incendie par rapport aux fumées ?

- Y-a-t-il déjà eu des accidents dans l'établissement liés au tabac (incendie, intoxication...) ?

2)

- La lutte contre le tabagisme est-elle inscrite dans la démarche qualité ? Comment cela se traduit-il ?

- Si vous êtes engagés dans une démarche d'accréditation, vous devez avoir un comité local de prévention pour le réseau ?

- réunion deux fois par an imposée par l'accréditation
- se réunit-il ?

- **Existe-t-il un plan prévisionnel de mise en place des actions avec un échéancier ?**

THEME 3 : ENGAGEMENT DES DECIDEURS DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAC.

1)

- Depuis quand adhérez-vous au réseau français Hôpital sans tabac ?

- **Quel est l'impact pour vous de l'adhésion au réseau national de lutte contre le tabac ? Comment cela se traduit-il au quotidien ? Y-a-t-il des instances fédératrices pour harmoniser, élaborer des stratégies nationales (baromètre) ? A quel niveau (départemental, national) ?**

- Avez-vous réussi à respecter toutes les exigences de la charte du réseau national ?

- comité de prévention du tabagisme
- plan de formation du personnel (formation à l'abord du fumeur)
- actions d'aide au sevrage, organisation d'une prise en charge adaptée et suivi du fumeur dépendant
- plan d'aménagement des zones fumeurs à distance des lieux d'accueil et de soins
- signalétique appropriée
- suppression de toute incitation au tabagisme et cendriers
- organisation de manifestations de sensibilisation

- moyens d'évaluation

▪ **Existe-t-il des mesures que vous n'avez pas pu mettre en œuvre et si oui cela vous a-t-il pénalisé pour l'adhésion ? Quelles sont vos attentes envers le réseau, notamment en terme d'aide ?**

▪ L'adhésion au réseau se traduit-elle uniquement par une structuration de l'action ou bien y-a-t-il un partage d'expérience ?

2)

▪ **Connaissez-vous le réseau européen d'hôpital sans tabac ? En quoi cela vous concerne-t-il ? Est-ce que cela a une incidence sur la politique que vous menez en interne ?**

▪ Quel est l'impact pour vous de l'adhésion au réseau européen de lutte contre le tabac ? Comment cela se traduit-il au quotidien ?

▪ L'adhésion au réseau se traduit-elle uniquement par une structuration de l'action ou bien y-a-t-il un partage d'expérience ?

3)

▪ **Le CHSCT est-il impliqué dans la lutte contre le tabac ? A-t-il été saisi ? Comment réagit-il ? Comment cela se traduit-il ?**

▪ **Existe-t-il un comité de prévention ? quel est son champ d'action : limité au tabagisme ou plus général ?**

▪ Depuis combien de temps le comité de prévention du tabagisme existe-t-il ? Qui participe à ce comité ? Les usagers sont-ils représentés ?

▪ Quel est son rôle ? Quel est le poids de ces décisions ? Son avis est-il systématiquement recueilli sur les actions envisagées ?

THEME 4 : L'HOPITAL, PROMOTEUR DE SANTE.

1)

▪ Combien y-a-t-il de fumeurs ? (statistiques de l'établissement : / /) **Réalisez-vous une évaluation régulière du nombre de fumeurs (personnel / patients) afin**

d'avoir un indicateur de la réussite de la politique de prévention que vous menez ? (prévalence)

- Dans le plan de formation continue, les formations à l'arrêt du tabac sont-elles destinées à l'ensemble du personnel concerné ou bien uniquement au personnel de pneumologie ou des services spécialisés (maternité) ?

2)

- **Quelle est la politique de l'établissement vis-à-vis du personnel : neutralité, sensibilisation ou motivation à l'arrêt du tabac ?**

- Si sensibilisation, y-a-t-il une aide : l'établissement accompagne-t-il la démarche de sevrage des agents, et comment ?

- Quel est le rôle du médecin du travail dans la lutte contre le tabac ?

3)

- **Menez-vous des campagnes d'information et de prévention à destination des usagers ? Avec quels partenaires ?**

THEME 5 : PRISE EN CHARGE DU FUMEUR A L'HOPITAL (PERSONNEL ET PATIENTS).

1)

- **Y-a-t-il une incitation systématique auprès des fumeurs (personnels / patients) répertoriés (visite médicale à l'entrée) à participer à une réunion d'information pour arrêter de fumer ?**

- Parmi le personnel, quelles sont les conditions d'échec que les tabacologues ont relevé dans l'arrêt du tabac (stress) ? Quels sont les facteurs de succès ?

- Est-ce que les raisons de succès / échec sont les mêmes pour les patients ?

- Existe-t-il un suivi à long terme des consultations ? Le tabacologue contacte-t-il les personnes ? Le suivi est-il toujours individuel ou y-a-t-il des actions collectives (groupes de parole, témoignage, association) ?

2)

- **Y-a-t-il une consultation de tabacologie ? Par qui est-elle faite ? Où ?**

- Pour le personnel, cela fait-il partie du temps de travail ?
- Les substituts nicotiques sont-ils fournis gratuitement ?
- Au médecin : Pensez-vous qu'une consultation soit une condition de succès pour arrêter de fumer ? (substituts nicotiques)
- Comment les consultations de tabacologie sont-elles financées ?
- Quand on adhère au réseau ville-hôpital, qui paye les consultations ?
- Lorsqu'une personne entreprend une démarche pour arrêter de fumer, à combien de consultations a-t-elle droit ? Est-ce limité ou non ? Existe-t-il une durée moyenne de cure ? Combien de consultations en moyenne sont assurées chaque semaine ? Quels sont les horaires ?

3)

- Les hôpitaux ont-ils été sollicités par des petites structures pour les aider à développer une politique de sensibilisation du personnel ? Est-ce que des consultations sont organisées dans ces structures ? Comment cela est-il financé ?

Question subsidiaire :

- Pensez-vous que la période actuelle soit plutôt favorable ou non pour la conduite d'une politique de lutte contre le tabagisme ?

Annexe 8

QUESTIONNAIRE ACTEURS EXTERNES

Présentation de l'organisation (date de création et statut, financement, gestion, partenariat, personnel, objet)

A quel niveau se situe l'implication de l'organisation dans la lutte contre le tabagisme à l'hôpital ? (niveau local, national...)

Quels sont ses moyens d'intervention ? (campagne, plaquette...)

Quels sont les niveaux d'interventions (sensibilisation, prévention, sevrage) ?

Quels sont les résultats obtenus ? → application à chaque moyen d'action répertorié

Quels moyens de mesure ?

Qui mesure ?

Les résultats sont-ils ceux attendus ?

Qui définit la politique de l'organisation ?

L'hôpital y est-il associé ?

Par quels moyens ?

L'hôpital est-il un partenaire particulier dans la démarche de l'organisation ?

Y-a-t-il complémentarité, concurrence ?

Comment s'établit le partenariat ?

Y-a-t-il des interventions de l'organisation à l'hôpital ?

A la demande de l'hôpital ?

A la demande de l'organisation ?

Y-a-t-il des interventions de l'hôpital pour le compte de l'organisation ?

Sur proposition de l'hôpital ?

Sur proposition de l'organisation ?

Y-a-t-il une implication internationale de l'organisation ?

Implique-t-elle aussi l'hôpital ?

Avez-vous des projets à court, moyen et/ou long terme ?

Annexe 9



CHARTRE

HOPITAL SANS TABAC

- 1 Mobiliser les décideurs et sensibiliser tous les personnels. Informer les patients et les usagers.**
- 2 Mettre en place un comité de prévention du tabagisme. Définir la 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 Etablir un plan d'aménagement des zones fumeur à distance des lieux de soins et d'accueil.**
- 6 Adopter une signalétique appropriée : panneaux, affiches, etc ...**
- 7 Supprimer toute incitation au tabagisme : suppression des cendriers...**
- 8 Organiser des manifestations de sensibilisation. Renouveler les campagnes d'information.**
- 9 Assurer la continuité et se doter des moyens d'évaluation : assurance qualité.**
- 10 Convaincre d'abord, contraindre si besoin.**

Cette Charte a été adoptée* en Europe et existe en 7 langues.
* sous le nom de "Code européen du Réseau Hôpital Sans Tabac"

est membre du Réseau
Hôpital Sans Tabac

Annexe 10

Charte européenne Hôpital Sans Tabac

- 1. Mobiliser les décideurs et sensibiliser tous les personnels. Informer les patients et 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 du fumeur et prévoir son suivi.**
- 5. Etablir un plan d'aménagement des zones fumeur à distance des lieux de soins et d'accueil.**
- 6. Adopter une signalétique appropriée : panneaux, affiches,etc.**
- 7. Supprimer toute incitation au tabagisme (suppression des cendriers).**
- 8. Renouveler les campagnes d'information.**
- 9. Assurer la continuité et se doter des moyens d'évaluation.**
- 10. Convaincre d'abord, contraindre si nécessaire.**