



**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social  
Public**

Promotion 2006 - 2007

Date du Jury : **Décembre 2007**

---

**La mise en œuvre de l'interdiction de  
fumer dans une démarche globale de  
prévention des risques au Centre  
Hospitalier de Vitré.**

---

**Julie MAZZIA**

---

# Remerciements

---

**Je tiens à remercier particulièrement :**

**Tout le personnel du Centre hospitalier de Vitré** pour leur participation à mon enquête,

**L'équipe de liaison en addictologie** et plus particulièrement Mme Le Guen pour son aide,

**L'ensemble de l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Vitré**, pour l'aide que chacun a pu m'apporter au quotidien,

**Monsieur Alain Groheux**, Directeur du Centre Hospitalier, pour l'accueil qu'il m'a réservé pendant ces huit mois de stage et pour la confiance qu'il m'a témoignée,

**Madame Marie-Odile Morigault**, Directrice Adjointe en charge des Ressources Humaines, pour ses conseils et son accompagnement tout au long de mes travaux,

**Mademoiselle Sarah Masson**, Directrice Adjointe en charge du secteur personnes âgées, pour sa grande disponibilité et pour les conseils qu'elle m'a apportés en tant que maître de stage,

**L'ensemble des responsables et professionnels** ayant participé aux groupes de travail, pour leur aide et leur investissement,

**Corentin**, pour ses conseils avisés et son soutien permanent.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Les modalités d'application de l'interdiction de fumer au Centre Hospitalier de Vitré.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. L'application de la réglementation au Centre Hospitalier de Vitré.....</b>	<b>7</b>
1.1.1. Le contexte réglementaire .....	7
1.1.2. Le cadre de l'étude.....	11
<b>1.2. Les principaux leviers du changement.....</b>	<b>14</b>
1.2.1. Un dispositif de contrôle renforcé .....	15
1.2.2. Les mesures d'accompagnement.....	17
<b>2. Les difficultés de mise en œuvre de l'interdiction de fumer .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Les moyens de recensement des difficultés : la méthodologie choisie.....</b>	<b>21</b>
2.1.1. L'évaluation des risques professionnels.....	21
2.1.2. Une démarche d'investigation complémentaire .....	24
<b>2.2. Des difficultés relatives à l'interdiction à l'émergence de « nouveaux » risques.....</b>	<b>26</b>
2.2.1. Les difficultés exprimées par les professionnels .....	26
2.2.2. L'intégration du tabagisme comme risque professionnel.....	28
<b>3. La démarche préventive initiée au Centre Hospitalier de Vitré .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1. Les enjeux d'une démarche globale de prévention.....</b>	<b>33</b>
3.1.1. Les nuisances du tabac au travail .....	33
3.1.2. Prévenir les risques pour atténuer les engagements de responsabilité .....	35
<b>3.2. Vers une prévention active du tabagisme.....</b>	<b>39</b>
3.2.1. Identification des besoins : les premières réponses .....	39
3.2.2. Des défis et objectifs pour les années à venir .....	43
<b>3.3. Des préconisations nécessaires pour la pérennisation de la démarche préventive.....</b>	<b>45</b>
3.3.1. Informer et sensibiliser sans stigmatiser .....	45
3.3.2. Concilier libertés individuelles et collectives .....	47
<b>4. Conclusion .....</b>	<b>51</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

BIT : Bureau International du Travail

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie

CCLAT : Convention Cadre de la Lutte Anti-Tabac

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

DIM : Département d'Information médicale

HDJ : Hôpital de jour

HSCP : Haut Comité de Santé Publique

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MRE : Maison de retraite de la rue d'Ernée

MRF : Maison de retraite de la rue de Fougères

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UE : Unité Enfants

UPD : Unité pour Personnes Désorientées

USC : Unité de Surveillance Continue

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

SHAM : Société Hospitalière des Assurances Mutuelles

USSR : Unité de Soins de Suites et de Réadaptation

## INTRODUCTION

« Guérir est bien, prévenir est mieux »<sup>1</sup>.

Le tabac est la première cause de mortalité évitable<sup>2</sup> et la principale cause de décès prématuré<sup>3</sup>.

En 1976, la loi Veil illustre le début de la mise en oeuvre de la politique publique concernant le tabagisme. Il a fallu plusieurs décennies pour que les pouvoirs publics prennent conscience des effets nocifs du tabac sur la santé des fumeurs et agissent en ce sens. En 1991, un dispositif législatif de lutte contre le tabagisme, plus connu sous l'appellation de la loi Évin, marque une étape décisive dans le durcissement de la législation concernant la consommation du tabac en France. Celle-ci édicte l'interdiction de la publicité en faveur du tabac et l'interdiction de fumer dans les espaces non réservés à cet effet. La France est l'un des premiers pays à se doter d'une telle législation. Cependant, quinze ans plus tard, force est de constater que le tabagisme reste la première cause de cancer : un quart des décès par cancer est imputable pour tout ou partie au tabac, soit 35 000 morts<sup>4</sup>. Les dernières études ont montré que le tabac tue 66000 fumeurs en France par an, mais également 5000 non fumeurs.<sup>5</sup> En effet, méconnus pendant longtemps, les effets nocifs du tabagisme passif sur la santé des non-fumeurs ont été scientifiquement démontrés ces dernières années : « *Le tabagisme actif ou passif est un facteur de risque pour de nombreuses pathologies cardiovasculaires, respiratoires et plusieurs cancers [...]. Il peut aussi réduire la fertilité (masculine et féminine) et nuire à la grossesse. On estime à près de 75% les cas liés directement ou indirectement au tabagisme : cancer du poumon, de la bouche, du larynx, de l'appareil digestif, de la peau, de la vessie, du rein.... En effet, la fumée de tabac contient plus de 60 substances cancérigènes* »<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> MAUTRAIT C., BRANELLEC A., 2001, *Peut-on prévenir le tabagisme ?* Editions Arnaud Franel, p 88.

<sup>2</sup> CONGE E., Mars 2007, « Le tabac à l'hôpital : quelles sont les conséquences pour un établissement de santé, son personnel et ses usagers, des mesures anti-tabac concernant les lieux publics ? », *Bulletin juridique de la santé publique*, n° 101, p 9.

<sup>3</sup> PHAN CHAN THE E., HELIS P., DUSSART L., Mars avril 2006, « Le tabagisme », *Performances*, n°27, p 5. Les décès sont dits « prématurés » s'ils surviennent avant 65 ans, soit le seuil retenu dans les comparaisons internationales en raison de sa pertinence en termes de prévention.

<sup>4</sup> DAUTZENBERG B., 2007, « Travailler sans tabac : le guide », *Éditions Margaux Orange*, p 16.

<sup>5</sup> [www.tabac.gouv.fr](http://www.tabac.gouv.fr)

<sup>6</sup> [http://www.inrs.fr/htm/lutter\\_contre\\_le\\_tabagisme\\_en\\_entreprise.html](http://www.inrs.fr/htm/lutter_contre_le_tabagisme_en_entreprise.html)

Ainsi, après une longue période d'inertie et de non mise en œuvre de la loi Évin<sup>7</sup>, les pouvoirs publics se préoccupent, dans le cadre du Plan cancer 2003-2007, de la mise en place d'une stratégie complète de lutte contre le tabagisme, en fixant des objectifs tels que rendre de plus en plus difficile l'accès au tabac (Mesure 4) et faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs publics (Mesure 5)<sup>8</sup>. Le tabagisme actif et le tabagisme passif sont aujourd'hui considérés comme un problème réel de santé publique, des objectifs de lutte contre le tabagisme ont d'ailleurs été inscrits dans la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ceux-ci s'inscrivent également dans le cadre de priorités nationales fixées dans le plan de lutte contre les drogues illicites, le plan tabac et alcool 2004-2008, le plan santé au travail 2005-2009, le plan national santé environnement 2004-2010.

C'est pour toutes ces raisons que le décret anti-tabac du 15 novembre 2006<sup>9</sup>, dit décret Bertrand, est venu compléter le dispositif législatif existant et impose des mesures fortes contre le tabac, applicables depuis le 1<sup>er</sup> février 2007.

Pour les établissements de santé, et conformément à la circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé, cela signifie une interdiction totale de fumer avec suppression des zones fumeurs.

Pour les établissements sociaux et médico-sociaux et conformément à la circulaire du 12 décembre 2006 précisant les conditions d'applications relatives à la lutte contre le tabagisme dans ces établissements, des aménagements sont prévus pour les résidents fumeurs.

Les établissements doivent donc prendre les mesures nécessaires pour mettre en œuvre ces nouvelles dispositions. De plus, les directeurs d'établissement doivent faire le nécessaire pour assurer un objectif de santé et de sécurité au travail de leurs salariés. En effet, l'employeur est tenu d'assurer la protection de la santé de ses salariés sous peine de sanctions civiles et pénales : « *Le défaut de protection, par l'employeur, des non-fumeurs salariés est désormais juridiquement sanctionné, depuis l'arrêt du 29 juin 2005*

---

<sup>7</sup> MARQUIS F., EPAILLARD J-P., 2007, « Dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, la mise en œuvre du décret sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics à compter du 1<sup>er</sup> février 2007 », *MIP de santé publique*, Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, p 1.

<sup>8</sup> [www.sante.gouv.fr/](http://www.sante.gouv.fr/)

<sup>9</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, Journal Officiel, n° 265 du 16 novembre 2006. [Visité le 05.03.07], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0609703D>

*de la Cour de cassation qui impose à l'employeur une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de ses salariés vis-à-vis du tabagisme passif»<sup>10</sup>.*

Ces évolutions législatives montrent l'enjeu pour un directeur d'appliquer la loi sous peine de sanctions administratives et pénales.

C'est en partant du principe qu'en encourageant au mieux l'arrêt du tabagisme actif des uns que l'on pourra réduire l'exposition des autres au tabagisme passif, qu'il est possible d'affirmer que la prévention du tabagisme concerne aussi bien les fumeurs que les non-fumeurs et nécessite donc de s'inscrire dans une stratégie de lutte globale.

C'est dans ce contexte qu'il m'a semblé intéressant d'appréhender les modalités de mise en œuvre de la nouvelle réglementation, et les difficultés de son application au Centre Hospitalier de Vitré, établissement composé de plusieurs sites<sup>11</sup>.

En outre, la mise en œuvre de l'interdiction de fumer est un sujet au cœur des missions principales qui m'ont été confiées :

- la mise en œuvre de l'interdiction de fumer
- l'actualisation du document unique

Le document unique d'évaluation des risques professionnels est, depuis le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001<sup>12</sup>, l'outil de la transposition par écrit de l'évaluation des risques professionnels, imposée à tout employeur par le Code du travail<sup>13</sup>. Il permet de lister les risques pouvant nuire à la santé et à la sécurité de tout salarié. Il permet également de préconiser des actions visant à réduire, voire supprimer ces risques. Ce document doit faire l'objet de réévaluations régulières (au moins une fois par an). L'intérêt du document unique est de définir un programme d'actions de prévention découlant directement des analyses et/ou entretiens qui ont été effectués; l'objectif étant de réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles, et de préserver la santé et la sécurité des salariés. De façon parallèle, l'enjeu de la prévention du tabagisme renvoie

---

<sup>10</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. EMPLOI, TRAVAIL ET INSERTION PROFESSIONNELLE DES JEUNES, Circulaire du 24 novembre 2006 concernant la lutte contre le tabagisme, Journal Officiel, n° 281 du 5 décembre 2006, [visité le 05.03.2007], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=METT0612370C>

<sup>11</sup> La présentation de l'établissement sera abordée dans la première partie de l'étude.

<sup>12</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret no 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), Journal Officiel, n° 258 du 7 novembre 2001, [visité le 21.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MEST0111432D>

<sup>13</sup> Article R.230/L.230-2

également à un objectif de santé publique : protéger la santé des non-fumeurs et réduire la consommation de tabac des fumeurs.

C'est également un objectif de santé et de sécurité au travail : éviter un incendie ou une explosion, améliorer la qualité de l'air, réduire les conflits à ce sujet.

L'application de la loi sur l'interdiction de fumer influe sur l'évaluation des risques professionnels puisqu'elle modifie les conditions de travail des uns et des autres, et qu'elle entraîne, nous le verrons ultérieurement, de nouvelles pratiques. Ainsi, la nouvelle réglementation interdisant l'usage du tabac au sein des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux a entraîné de nouvelles problématiques, notamment en termes de risques professionnels. Celle-ci a engendré des contraintes supplémentaires pesant sur les fumeurs, professionnels ou patients, et engendrent des pratiques à risques plus marquées qu'auparavant.

Les enjeux liés au tabagisme sont complexes en milieu professionnel : problèmes de sécurité incendie, problèmes dans les établissements où sont manipulés des cancérogènes ou des substances toxiques, problème de coexistence des fumeurs et des non-fumeurs, problèmes de libertés individuelles et collectives, problèmes d'exemplarité, problèmes de respect des réglementations. Par conséquent, le tabagisme, qu'il soit actif ou passif, doit être considéré comme un problème aux conséquences multiples. *« Les non-fumeurs en contact avec la fumée sont exposés à des risques du même ordre que ceux liés à d'autres polluants interdits sur le lieu de travail. Au total, les maladies liées au tabac « coûtent très cher à l'entreprise », en absentéisme, en dégradation des locaux et le tabagisme est responsable d'environ la moitié des incendies sur les lieux de travail »*<sup>14</sup>. En effet, Bertrand Dautzenberg, professeur de pneumologie, parle d'un problème qui concerne *« la direction générale, les ressources humaines, la sécurité, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, mais aussi les représentants du personnel, la qualité, le réglementaire, le juridique, la communication externe, les relations clients et la direction financière »*<sup>15</sup>.

Par ailleurs, il s'agit d'une thématique « nouvelle » puisque le cadre législatif posé par la loi Évin a été largement renforcé. Des enjeux nouveaux, tels que la complexification de la prise en charge de patients en état de manque par exemple, sont apparus pour les professionnels de santé comme pour les chefs d'établissements qui supportent de lourdes responsabilités. J'ai donc été chargée, durant mon stage de professionnalisation, d'initier la mise en œuvre de cette nouvelle réglementation et d'informer les professionnels de sa mise en place. En parallèle, j'ai également été chargée d'assurer le pilotage du groupe de

---

<sup>14</sup> [http://www.inrs.fr/htm/lutter\\_contre\\_le\\_tabagisme\\_en\\_entreprise.html](http://www.inrs.fr/htm/lutter_contre_le_tabagisme_en_entreprise.html)

<sup>15</sup> DAUTZENBERG B., 2007, « Travailler sans tabac : le guide », *Editions Margaux Orange*, 2007, p 1.



travail sur l'évaluation des risques professionnels afin d'actualiser le document unique. Ces deux missions ont été pour moi très enrichissantes puisqu'elles m'ont permis d'aborder des problématiques transversales et d'appréhender toutes les dimensions d'une institution.

Depuis 2005, l'obligation de sécurité de résultat incombant à la charge de l'employeur, celle-ci pourra être évaluée et prévenue, notamment à l'occasion de l'actualisation du document unique et à partir d'entretiens réalisés auprès de professionnels. Ces entretiens seront réalisés dans le cadre d'un groupe de travail constitué à cet effet. En amont, un questionnaire sera diffusé à l'ensemble des professionnels. Ces deux méthodes complémentaires permettront de recenser certaines difficultés apparues et d'obtenir une première évaluation de l'application du décret Bertrand.

Ainsi, l'application de la loi sur l'interdiction de fumer au Centre Hospitalier de Vitré sera prise en compte dans le cadre de la démarche globale d'évaluation des risques professionnels.

Dès lors quelles sont les modalités d'application relatives de l'interdiction de fumer ? Quels en sont les leviers et les difficultés ? Comment la mettre en œuvre ? Comment la pérenniser dans le cadre d'une démarche globale de prévention des risques ?

Après avoir étudié les moyens mis en œuvre pour l'application du décret Bertrand et les problématiques spécifiques du Centre Hospitalier de Vitré (I), il conviendra d'analyser les difficultés relevées et les méthodes pour les recenser (II), pour enfin décrire la démarche préventive globale adoptée (III).

# 1. Les modalités d'application de l'interdiction de fumer au Centre Hospitalier de Vitré

En quelques décennies, la lutte contre le tabagisme est devenue une priorité de santé publique. Les dernières données scientifiques sur la nocivité du tabac et les avancées législatives ont conduit au décret Bertrand, applicable dans tous les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

## 1.1. L'application de la réglementation au Centre Hospitalier de Vitré

Il est intéressant d'étudier le contexte réglementaire et les raisons de ce durcissement pour enfin appréhender les nouvelles dispositions applicables au Centre Hospitalier de Vitré.

### 1.1.1. Le contexte réglementaire

Des évolutions juridiques, scientifiques et sociétales ont conduit les pouvoirs publics à légiférer une nouvelle fois sur le tabac. Pour mieux cerner les raisons du durcissement de la législation, il convient de revenir sur la politique de lutte contre le tabagisme initiée depuis 1976.

#### A) Un bref historique

##### a) *Les prémices du dispositif actuel*

La loi Veil est la première loi française de lutte contre le tabagisme : elle interdit la publicité sur certains supports audiovisuels (TV, cinéma, radio...), met en place également l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (ex : bâtiment publics, hôpitaux, écoles...) et instaure l'apposition d'un message sanitaire « abus dangereux » sur les emballages et annonces publicitaires. Auparavant, les rares textes existants révélaient des préoccupations d'hygiène dans des lieux fermés (salles réservées aux activités sportives, dans les établissements publics).

Puis la loi Évin, du 10 janvier 1991 s'inscrit comme le pivot du dispositif légal de lutte contre le tabagisme et contre l'alcoolisme : elle vise à améliorer l'information et la protection du consommateur par l'obligation de faire figurer la teneur moyenne en nicotine et le message sanitaire « nuit gravement à la santé » sur les produits du tabac et par la création d'une manifestation « Jour sans tabac », fixée au 31 mai. Elle permet également aux pouvoirs publics d'augmenter les taxes qui représentent alors 70% du prix des cigarettes.

La loi Évin renforce le caractère restrictif en terme de santé publique amorcé par la loi Veil en 1976, notamment en interdisant de fumer dans les lieux publics où cela n'est pas explicitement autorisé. De plus, une nouvelle dimension vient s'ajouter à l'arsenal législatif mis en place, puisque la loi met l'accent sur la prévention et l'information du public. En effet, elle tend à réduire l'offre et l'incitation au tabagisme par l'interdiction de toute propagande (tous les médias sont concernés). Il est également interdit de distribuer gratuitement du tabac ou des produits dérivés du tabac.

D'autres lois instituées entre la loi Veil et la loi Évin complètent ce dispositif. C'est le cas de la loi du 31 juillet 2003 qui vise à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes en interdisant la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Elle interdit également la vente de paquets de moins de dix-neuf cigarettes, ceux-ci étant très prisés chez les adolescents.

Les lois Veil et Évin ont donc permis des avancées notoires dans la lutte contre le tabagisme, mais celles-ci se révèlent aujourd'hui insuffisantes au regard de la connaissance des risques entraînés par le tabac.

A la suite de recommandations émises par le Haut Comité de Santé Publique (HSCP), un plan gouvernemental est présenté en mai 1999. Les principaux objectifs sont la baisse de la consommation de 5% par an pour l'ensemble de la population, de 30% en trois ans chez les jeunes et de 50 % en trois ans chez les femmes enceintes.<sup>16</sup>

#### *b) Les raisons du durcissement de l'interdiction de fumer*

Comme l'ont remarqués les membres de la mission d'information sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, si la loi Évin et son décret d'application sont globalement bien respectés dans les transports, ils sont souvent mal appliqués dans les lieux de travail<sup>17</sup>. Une enquête<sup>18</sup> réalisée selon la méthode TNS/Sofres en 2004 auprès de 1008 personnes représentatives de la population française, âgées de 15 ans et plus, montre qu'en fonction des lieux de travail, 32 à 70% des personnes interrogées considèrent que la loi Évin est assez mal ou très mal appliquée. De plus, il convient de noter que même si ces dispositions étaient bien appliquées, elles ne satisferaient pas aux exigences actuelles de protection de la santé : existence parfois virtuelle de séparations entre zones fumeurs et non fumeurs, caractère peu dissuasif des sanctions....

---

<sup>16</sup> SLEDZIEWSKI E., 2002, « Pour une politique de santé publique », *Module Interprofessionnel de Santé Publique*, ENSP, p 11.

<sup>17</sup> Rapport fait au nom de la mission d'information sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 octobre 2006. Bibliothèque des rapports publics. [Visité le 07.04.07], disponible sur internet :

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3353.asp>

<sup>18</sup> DAUTZENBERG B., 2007, « Travailler sans tabac : le guide », *Editions Margaux Orange*, p 66.

En outre, l'application de la loi Évin a été critiquée par certains auteurs qui tiennent pour responsable les décideurs politiques de la non-application de cette loi : « *Disposer d'une loi et éviter un conflit avec la fraction minoritaire de la population qui ne la respecte pas en renonçant à organiser concrètement son application sur le terrain est une forme sournoise de démagogie. Le pseudo-décideur donne aux uns l'impression d'agir, tout en laissant les autres transgresser la règle. Il y a dans cette situation une part de malfaçon associée à une part de malveillance* »<sup>19</sup>.

La circulaire du 29 novembre 2006 relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif évoque des moyens de sanctions comparables à ceux déployés dans le cadre de la politique de sécurité routière : « *Les expériences réussies, notamment en matière de sécurité routière, montrent qu'il convient de lier étroitement des actions de prévention et de sensibilisation avec des opérations de contrôle, lesquelles doivent concilier elles-mêmes pédagogie et sanctions des infractions* »<sup>20</sup>.

Ainsi, même si la loi Évin a permis des avancées notoires dans la lutte contre le tabagisme en plaçant les non-fumeurs au centre de son dispositif, celle-ci se révèle aujourd'hui insuffisante compte tenu des limites de son application et de son contenu et au regard de l'évolution des contextes internationaux, scientifiques et jurisprudentiels :

En effet, l'article 8 de la convention-cadre de la lutte anti-tabac (CCLAT) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ratifiée par la France le 19 octobre 2004 et la recommandation du Conseil européen du 2 décembre 2002 relative à la prévention du tabagisme insistent sur la nécessité de protection contre l'exposition à la fumée de tabac.

Les connaissances scientifiques, notamment sur les conséquences du tabagisme passif ont progressé. Toutes les données scientifiques montrent qu'il est impossible de définir un taux d'exposition sans risque à la fumée de tabac, ou un seuil d'exposition acceptable<sup>21</sup> ;

- « *Selon le bureau international du travail (BIT), la fumée de tabac est la plus importante source de pollution de l'air intérieur en milieu de travail. Il classe d'ailleurs l'exposition involontaire à la fumée de tabac comme cancérigène majeur sur les lieux de travail,*

---

<sup>19</sup> PERETTI-WATEL P., janvier 2007 «La lutte contre le tabagisme », *Problèmes politiques et sociaux*, n°932, p 23.

<sup>20</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire du 29 novembre 2006 relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, Journal Officiel, n° 281 du 5 décembre 2006, [visité le 06.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANC0624809C>

<sup>21</sup> DAUTZENBERG B., 2007, « Travailler sans tabac : le guide », *Editions Margaux Orange*, p. 68.

*position également adoptée en 2002 par le Centre international de recherche sur le cancer»<sup>22</sup>.*

L'ensemble de ces raisons a amené le gouvernement à renforcer l'interdiction de fumer. Le décret du 15 novembre 2006 a donc vocation à marquer une nouvelle étape, notamment dans la prévention du tabagisme en France. Comme Xavier Bertrand l'a rappelé dans son discours du 27 septembre 2006, « *la situation a changé, tant sur le plan scientifique que juridique et social* »<sup>23</sup>.

## B) Les changements introduits par le nouveau décret

Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 dit « décret Bertrand » abroge et remplace le décret n° 92-478 du 29 mai 1992. Il rappelle et précise l'étendue du principe, déjà acté précédemment, d'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, et par conséquent applicables aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

### a) *Les dispositions applicables aux établissements de santé*

Depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, l'interdiction de fumer dans les lieux publics autres que bars-tabac, restaurants et discothèques est totale. Néanmoins les établissements qui le souhaitent peuvent se doter d'emplacements strictement réservés aux fumeurs (article R.3511- 2 du Code de la Santé Publique). La création de ces fumeurs ne pourra avoir lieu dans les établissements de santé.

La circulaire du 8 décembre 2006 fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé, et prévoit une interdiction totale de fumer avec la suppression des zones fumeurs.

La suppression de ces emplacements doit être accompagnée d'actions d'information auprès des personnels, également eux-mêmes relais de l'information auprès des patients. L'interdiction totale de fumer est applicable aux chambres des patients dans la mesure où celles-ci sont assimilables à des lieux affectés à des usages collectifs, comme en court et moyen séjour.

Toutefois, les chambres des personnes accueillies dans les structures de long séjour ne sont pas concernées, puisqu'elles sont assimilables à des espaces privés.

---

<sup>22</sup> CLAVEL FAUQUENOT M.F., RIGAUD F., janvier 2007, « L'entreprise et les addictions : tabac, alcool, drogue », in *Liaisons Sociales*, n°14800, p 84.

<sup>23</sup> BERTRAND X., Discours « Mission d'information sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics ». Mercredi 27 septembre 2006. Sur [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33\\_060927xb.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_060927xb.htm)

*b) Les dispositions applicables aux établissements sociaux et médico-sociaux*

Pour les établissements sociaux et médico-sociaux et conformément à la circulaire du 12 décembre 2006<sup>24</sup>, des aménagements sont prévus pour les résidents. L'interdiction de fumer pour les résidents ne s'étend pas à leur chambre. Néanmoins, l'autorisation de fumer dans les chambres pourra être encadrée par des recommandations inscrites dans le règlement de fonctionnement de l'établissement, auquel viendra s'ajouter une interdiction formelle de fumer dans les lits.

Dans le cas d'une chambre à plusieurs lits, si l'un des occupants s'oppose à la consommation de tabac, aucune autorisation ne pourra être accordée pour les autres occupants. Cette même circulaire rappelle la possibilité de la mise à disposition d'un emplacement fumeur. Selon des conditions énoncées dans le décret du 15 novembre 2006 à l'article 1er (art. R. 3511-2 du code de la santé publique). De même, il est précisé que la personne ou l'organisme responsable de l'établissement n'est nullement dans l'obligation de procéder à l'aménagement ou à la conservation d'un emplacement mis à la disposition des fumeurs.

Ces nouvelles dispositions peuvent imposer la conduite de changements et une réorganisation interne au sein de l'établissement.

### **1.1.2. Le cadre de l'étude**

Il est intéressant d'appréhender les modalités d'application de l'interdiction de fumer au sein d'un établissement tel que le Centre Hospitalier de Vitré qui remplit la double fonction d'hôpital et de maison de retraite, mêlant ainsi un double régime juridique.

#### **A) Présentation de l'établissement**

*a) Les spécificités du Centre Hospitalier de Vitré*

L'établissement comprend trois sites distincts et quatre sont répertoriés sur la commune de Vitré, dans le département de l'Ille-et-Vilaine :

- Le site de l'« hôpital » comprend : des services de court-séjour, médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) qui sont implantés sur le site de la route de

---

<sup>24</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6°, 7°, 8° et 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, Journal Officiel, n° 16 du 19 janvier 2007, [visité le 06.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANA0625146C>

Rennes, en périphérie de ville, dans un bâtiment mis en service en 1985. Sont installés 142 lits dans ce bâtiment.

- Le site dénommé « Maison de Santé » regroupe un service de soins de suite et de réadaptation (USSR) et de long séjour (USLD): implantés sur le site dénommé « Maison de santé » en centre ville et représentant une capacité respective de 53 et 162 lits installés.
- La Maison de retraite de la rue d'« Ernée », située sur le site de la Maison de santé et en cours de restructuration avec une capacité de 75 lits.
- La Maison de retraite de la rue de « Fougères » située à quelques kilomètres de l'hôpital et de la Maison de santé avec une capacité de 40 lits. Elle est appelée à fermer à l'issue de la restructuration de la maison de retraite de la rue d'Ernée.

*b) La mise en œuvre matérielle de la réglementation au Centre Hospitalier de Vitré*

La concrétisation de ces mesures s'est traduite notamment par la suppression des emplacements fumeurs existants, à savoir : trois locaux fumeurs sur l'hôpital, un sur la Maison de retraite rue de Fougères. En amont, une nouvelle signalétique a été installée. Sur la Maison de retraite rue d'Ernée, en restructuration, un local fumeur a été prévu à la fin de l'année 2006 mais ce local n'étant pas aux nouvelles normes de ventilation et de fermeture décrites dans la circulaire du 8 décembre 2006, il ne sera pas utilisé.

De plus, même s'il n'y a actuellement aucun résident fumeur en Maison de retraite, la direction ne souhaite pas autoriser le tabac dans les chambres des résidents de la Maison de retraite. Cette disposition a été rajoutée au règlement de fonctionnement de la Maison de retraite pour des raisons de sécurité que nous pourrions évoquer ultérieurement (voir § 2.2.2).

En revanche, sur la Maison de santé, composée de trois étages d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et un étage d'Unité de Soins de Suites et de Réadaptation (USSR), deux personnes fument. En ce qui concerne l'USLD, la loi autorise l'usage du tabac dans les chambres en dehors du lit. Or, l'établissement est composé en majorité de chambres à deux lits, et la loi interdisant l'autorisation de fumer à un patient qui partage sa chambre avec un patient non fumeur, cela signifie que les deux patients d'USLD doivent sortir à l'extérieur pour aller fumer.

Un des deux résidents étant allongé en permanence, il ne sort que rarement et doit être accompagné par un membre du personnel. L'autre patient est en fauteuil roulant et sort beaucoup plus fréquemment à raison de deux ou trois fois par jour. Cependant, ce changement n'a pas été facile pour ce patient puisqu'il fumait au rez-de-jardin de l'établissement. Plusieurs rappels de la direction sur les sanctions qu'il encourait ont été

nécessaires pour qu'il fume à l'extérieur. Mais la direction s'interroge sur la suite et notamment sur l'application de la loi en période hivernale.

Ces événements posent la question de la difficulté de faire appliquer cette loi auprès de personnes non seulement fragilisées physiquement, mais également pas toujours aptes à comprendre les enjeux liés à la protection des non-fumeurs. Nous reviendrons plus largement sur ces difficultés en deuxième partie.

Par ailleurs, la mise en œuvre de l'interdiction de fumer, traduite notamment par la suppression des zones fumeurs, s'est accompagnée d'une procédure d'information auprès des professionnels.

## B) Le développement d'une dynamique de communication

### a) *L'information des professionnels*

Peu de temps après l'entrée en vigueur de la loi, deux réunions d'information et de sensibilisation sur la consommation de tabac ont été réalisées auprès des professionnels par l'équipe de liaison en addictologie.

Par ailleurs, deux notes de service ont pu être rédigées par l'Elève directeur, en collaboration avec l'équipe de direction:

- une à destination des cadres (Annexe 1)
- une à destination des professionnels (Annexe 2)

Pour que cette note soit largement diffusée et lue, elle a été envoyée dans le même courrier que celui comportant la feuille de paie. Cette note rappelait au personnel la nouvelle réglementation, et les sanctions encourues en cas d'infraction à la loi. Les cadres ont intégré cette note au livre de bord du service, consultable à tout moment par les professionnels. Avant la réalisation de ces deux notes de service, la stratégie de communication mise en œuvre sur le Centre Hospitalier de Vitré a consisté à informer les cadres, véritables relais d'information auprès des professionnels et également acteurs des changements établis sur l'établissement. C'est pourquoi une réunion d'information et de concertation au sujet des emplacements fumeurs extérieurs a eu lieu avec les cadres de l'établissement, la Directrice des soins et l'infirmière en addictologie.

### b) *Une dynamique de concertation*

L'enjeu de cette réunion d'information réalisée par l'Elève directeur était de présenter puis d'expliquer les enjeux de l'application de la réglementation, et de débattre de la mise à disposition de nouveaux emplacements fumeurs à l'extérieur de l'établissement. Un débat a donc eu lieu et une zone fumeur extérieure pour chaque site a été choisie. Concernant l'hôpital, une visite de l'établissement a eu lieu avec les cadres et la Directrice des soins pour déterminer l'emplacement fumeurs.



Toutefois, lors de la réunion, les cadres ont regretté la configuration des locaux de l'hôpital, considérant qu'elle ne permettait pas d'aboutir à une solution satisfaisante pour tous. En effet, de nombreuses difficultés ont été évoquées : lieu à proximité d'ascenseurs, lieu de passage pour certaines personnes (...). Mais il a été également admis qu'il n'existait pas d'endroit idéal : c'est pourquoi un espace a finalement été choisi tout en étant conscient du fait qu'il n'était pas parfait.

Pour comprendre les principales difficultés qui peuvent se poser, il convient d'analyser les particularités des emplacements fumeurs désignés ou potentiels.

Sur le site de l'hôpital:

- Au bout du passage couvert : espace trop isolé pour les agents de nuit, et particulièrement lugubre. Ils n'iront pas jusqu'au bout mais resteront près de la porte située au niveau de la chambre funéraire, c'est-à-dire près du dépôt mortuaire.
- Près des urgences : un espace se trouve à la sortie du sas des ambulances. Les agents viennent déjà y fumer. Le problème est qu'il est nécessaire de sonner pour rentrer. Néanmoins, il n'est pas nécessaire de passer par le service des urgences pour s'y rendre.
- Près du hall de livraison : cet espace apparaît comme un endroit plus sécurisant. Mais c'est un endroit qui est à proximité des cuisines. De plus, se pose le problème de la fermeture des portes la nuit.

A la suite de cette visite, aucun endroit ne semble vraiment adapté. L'objectif étant de définir un seul endroit pour tous les agents, de nuit comme de jour, l'endroit retenu est finalement un passage semi couvert, semi extérieur. Comme le bout du passage couvert<sup>25</sup> n'est pas éclairé la nuit et très lugubre, c'est le milieu du passage qui a été retenu malgré sa proximité avec les locaux intérieurs de l'établissement.

Sur le site de la Maison de santé, un seul endroit a été retenu, il se situe près de l'entrée de l'établissement et correspond à l'abri du local à vélo. La nuit, cet endroit peut s'avérer isolé et lugubre.

## **1.2. Les principaux leviers du changement**

La réussite de la mise en place de changements est conditionnée par leur compréhension. C'est pourquoi, une stratégie de communication et d'information a été développée. En parallèle, des outils réglementaires et des mesures d'accompagnement ont également contribué et vont participer à cette évolution.

---

<sup>25</sup> Le bout de ce passage couvert donne sur un emplacement complètement extérieur.

### 1.2.1. Un dispositif de contrôle renforcé

Comme le décrit la circulaire du 8 décembre 2006, le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, répond à trois objectifs principaux :

- poser le principe d'une interdiction totale de fumer dans les lieux à usage collectif, notamment dans les établissements de santé ;
- définir les lieux et les conditions strictes de mise à disposition d'emplacements dédiés aux fumeurs ;
- et enfin renforcer le dispositif de sanctions.

#### A) Les sanctions encourues par le directeur

La circulaire du 24 novembre 2006 précise que l'employeur « *peut (voire doit) user de son pouvoir disciplinaire afin de faire respecter ses instructions, inhérentes en l'espèce à une obligation légale et réglementaire* »<sup>26</sup>. Les sanctions disciplinaires prises devront être proportionnelles à la gravité de la faute commise. De plus, le fait d'avoir sciemment favorisé la violation de l'interdiction de fumer, ou de n'avoir pas mis en place les normes applicables aux emplacements réservés aux fumeurs ou la signalétique afférente, sera sanctionné par une contravention de 4ème classe d'un montant de 750 euros, forfaitisée à 135 euros<sup>27</sup>. En effet, une des obligations du directeur est de veiller à ce qu'une signalisation apparente signale l'interdiction de fumer<sup>28</sup>. Cette obligation conditionne également l'application de l'interdiction puisqu'elle doit rappeler également les sanctions encourues.

La circulaire du 27 novembre 2006 relative aux conditions d'application dans les services de l'État et dans les établissements publics précise qu'en « *qualité de garant de la sécurité des personnes placées sous son autorité, le chef de service est responsable du respect des mesures et règles mises en place pour assurer le respect de l'interdiction de fumer édictée par les articles R.3511-1 à R.3511-8 et R.3512-1 du Code de la santé publique* ».

La circulaire du 24 novembre 2006, concernant la lutte contre le tabagisme dans les entreprises, précise, quant à elle, que l'employeur est soumis à une obligation de

---

<sup>26</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. EMPLOI, TRAVAIL ET INSERTION PROFESSIONNELLE DES JEUNES, Circulaire du 24 novembre 2006 concernant la lutte contre le tabagisme, Journal Officiel, n° 281 du 5 décembre 2006, [visité le 05.03.2007], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=METT0612370C>

<sup>27</sup> Article R.3512-2 du Code de la santé publique.

<sup>28</sup> Article R.3511-6 du Code de la santé publique.

sécurité de résultat vis-à-vis de ses salariés en ce qui concerne leur protection contre le tabagisme passif. De ce fait, il a la responsabilité de mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans son établissement et de la faire respecter.

#### B) Les sanctions encourues par les agents

C'est pour toutes ces raisons qu'au mois de janvier, quelques temps avant l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, la direction du Centre Hospitalier de Vitré a décidé de rédiger une note d'information à destination de l'ensemble des professionnels afin de les informer des implications concrètes de la nouvelle loi. Les notes diffusées illustrent le choix du Centre Hospitalier de Vitré de mettre l'accent sur une démarche préventive plutôt que répressive. Il est précisé que tout agent contrevenant sera exposé à une sanction disciplinaire sans en préciser la nature. En effet, les sanctions seront prises au cas par cas et en fonction de la gravité de la faute commise. Néanmoins, la sanction disciplinaire n'interviendra qu'après plusieurs rappels à l'ordre. Ces principes s'appliqueront en dehors des possibilités de contrôles et de sanctions délivrées par les agents de contrôles mandatés par l'État, lesquels sont susceptibles de contrôler le respect de la réglementation de façon inopinée au sein d'un établissement.

L'agent qui contrevient à l'interdiction de fumer dans un lieu à usage collectif mentionné à l'article R 3511-1, en dehors de l'emplacement réservé aux fumeurs, s'expose à la sanction pénale de contravention de troisième classe prévue par l'article R 3512-1 du Code de la santé publique. Il s'expose par ailleurs à une sanction disciplinaire. En effet, *« tout manquement quelconque à l'une des obligations découlant des dispositions des articles R. 3511-1 à R. 3511-8 et R. 3512-2 du Code de la santé publique et au décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène, à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, est susceptible d'être qualifié de faute disciplinaire conformément à l'article 29 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 relative aux droits et obligations des fonctionnaires, et entraîner l'infliction par l'autorité disciplinaire de l'une des sanctions disciplinaires prévues par l'article 66 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant statut de la fonction publique de l'État »*<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, Circulaire du 27 novembre 2006 relative aux conditions d'application dans les services de l'Etat et des établissements publics qui en relèvent de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, prévue par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, Journal Officiel, n° 281 du 5 décembre 2006. [Visité le 05.03.07], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=FPPA0600039C>

## 1.2.2. Les mesures d'accompagnement

Parallèlement à l'interdiction de fumer, et afin d'aider les fumeurs qui souhaitent arrêter le tabac dans ce contexte, plusieurs dispositions ont été prises pour les accompagner dans cette démarche. Elles ont été impulsées par des acteurs internes, responsables de la prise en charge de l'interdiction de fumer.

### A) Les acteurs de la mise en œuvre : la nouvelle équipe de liaison en addictologie

Nous présenterons ici l'équipe de liaison et de soins en "addictologie", et les actions qu'elle a pu mettre en place, constituant une première réponse aux difficultés rencontrées. Nous pourrions aborder les procédures existantes et les actions de repérage également mises en place.

#### a) *Composition et fonctionnement de l'équipe*

L'équipe de liaison en addictologie est composée d'un médecin, d'une secrétaire, d'une infirmière, d'une psychologue, de la diététicienne et d'une assistante sociale. L'organisation et le fonctionnement de ce service ont changé au début de l'année 2007 avec les départs de la psychologue et de l'infirmière en addictologie. Un poste de pneumologue à 20% en tabacologie existe également mais n'est plus pourvu depuis 2 ans. Dans ce contexte, une nouvelle psychologue et une nouvelle infirmière ont été recrutées au début du mois de janvier.

Par ailleurs, une étroite collaboration avec cette nouvelle équipe, à raison de plusieurs entretiens formels et informels, m'a permis de réaliser un questionnaire sur la mise en œuvre de l'interdiction de fumer (Cf 2.1.2).

De plus, cette équipe mène de nombreuses actions de repérage en addictologie permettant une prise en charge globale des addictologies.

#### b) *Les actions de repérage*

Dans un premier temps et lorsque des patients arrivent aux urgences, un premier repérage des patients à risque, c'est-à-dire des patients en état de manque par rapport à la cigarette ou à l'alcool, est effectué par les urgentistes. Dans un second temps, l'infirmière en addictologie rencontre ces patients aux urgences. En cas d'hospitalisation, un suivi est assuré par l'infirmière dans les services : dans ce cas elle oriente les patients vers le Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie (CCAA) ou vers des structures extérieures adaptées en lien avec les médecins.

Elle exerce des actions essentiellement sur les addictions liées à l'alcool et au tabac. Au sein du CCAA, où sont reçus des patients pour des consultations d'aide au sevrage

tabagique par exemple, de nombreuses affiches sur le tabac ainsi que des livrets d'information sont présents. Ces documents sont également à disposition dans les autres services de l'hôpital. En parallèle, des réunions d'information sur le tabac ont lieu notamment en maternité pour les sages-femmes (accompagnement des femmes enceintes et préparation à l'accouchement). Concernant l'alcool et le tabac, des documents sont diffusés aux patientes lors de leur entrée en maternité.

Sur le site de la maison de santé, l'infirmière en addictologie peut intervenir sur demande des équipes. De plus, lors des animations et en coordination avec les équipes, l'animatrice est vigilante aux consommations d'alcool, et les résidents à risque sont identifiés.

Dans la démarche globale d'information lancée par l'établissement, l'équipe de liaison en addictologie a joué un rôle puisqu'elle a organisé des réunions d'information et de sensibilisation sur les différents sites du Centre Hospitalier de Vitré. Ces réunions ont été organisées sur une base de participation volontaire des professionnels. Quatre réunions au total ont été organisées<sup>30</sup>. Ces réunions ont permis d'aborder différents thèmes tels que : le tabac et sa composition, les méfaits du tabac, la dépendance et le tabac, pourquoi vouloir arrêter ? Les adresses utiles pour se faire accompagner dans l'arrêt du tabac, un test de fargerström pour évaluer son niveau de dépendance étaient également à disposition des agents.

Ces actions s'inscrivent dans une dynamique générale d'aide à l'arrêt du tabac.

## B) L'essor des dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac

### a) *Les consultations hospitalières en tabacologie*

Les consultations de tabacologie ont pour principales fonctions d'être des lieux d'accueil et de prise en charge des personnes dépendantes au tabac, de développer une politique de prévention du tabagisme et de constituer des centres de référence pour l'ensemble des soignants. Selon une étude de 2004<sup>31</sup>, on estime à 14 millions le nombre de fumeurs en France. On estime par ailleurs que 2 millions de fumeurs font une tentative d'arrêt chaque année. Sur ces 2 millions, 2 à 3% des fumeurs seraient pris en charge dans le cadre de leur tentative d'arrêt lors de consultations en tabacologie.

Ainsi, pour répondre à cette demande croissante, le gouvernement a prévu pour 2007 de doubler le nombre de consultations sur le territoire.

---

<sup>30</sup> A l'hôpital, jeudi 22 mars 2007 : salle polyvalente- de 14h15 à 15h45.

A la maison de santé, mardi 27 mars 2007 : salle de l'internat- de 14h15 à 15h 45.

<sup>31</sup> PERETTI-WATEL P., janvier 2007 «La lutte contre le tabagisme », *Problèmes politiques et sociaux*, n°932, p 42.

Conformément à la circulaire du 29 novembre 2006, il est donc prévu de passer de 500 à 1 000 consultations en articulation avec le plan de lutte contre les addictions.

Cette hausse des demandes de consultation a commencé à se faire ressentir sur le Centre Hospitalier de Vitré. L'équipe de liaison en addictologie a donc organisé son service de façon à satisfaire à cette augmentation. Ainsi, des horaires ont été prolongés jusque tard le soir pour assurer les demandes de prise en charge des personnes actives, et qui désirent venir après leur travail, comme le décrit l'infirmière en addictologie du Centre Hospitalier de Vitré :

*« J'ai pris mon poste en janvier, en février il y eu l'application de la loi. On a commencé à ouvrir la consultation mi-mars. On a eu une demande de consultation importante qui s'est installée depuis. On a une consultation jusqu'à 19 h 30 le lundi soir et cette consultation est vraiment représentative des gens actifs qui, avec l'application de la loi du 1<sup>er</sup> février, ont du arrêter de fumer sur leurs lieux de travail. Du coup, ils se sont interrogés sur la dépendance physique et ont entamé une démarche de soins environ un mois après l'application de la loi. Donc je pense que ça a quand même accentué la prise de conscience, ce qui est positif, même s'il faudrait évaluer ça à distance de l'application de la loi. Je pense que la loi est très positive puisque quand j'en discute avec des collègues lors d'échanges sur les consultations en tabacologie, il y a eu plus de demandes, et ça a amené les gens à s'interroger sur leur dépendance physique et à consulter »<sup>32</sup>.*

Même si cela semble un peu tôt pour l'affirmer, il apparaît que certaines conséquences sont d'ores et déjà visibles, comme par exemple, le fait de réfléchir sur sa propre dépendance et d'entamer une démarche de soins.

#### *b) Une aide financière*

Les traitements nicotiques de substitution et les médicaments d'aide au sevrage étant jugés relativement efficaces, une prise en charge du premier mois de traitement pour tous les fumeurs arrêtant de fumer est possible sous la forme d'un forfait de 50 euros et sous réserve d'une prescription médicale (la prise en charge est faite sur le Fonds national de prévention du régime général de la Sécurité sociale). Cette prise en charge est possible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, sous réserve d'être validée par un médecin assurant le suivi médical.

Concernant le Centre Hospitalier de Vitré et la démarche d'engagement dans le soin, le choix de l'établissement a été de ne pas s'inscrire dans une prise en charge totale des traitements de substitution auprès des professionnels pour deux raisons :

---

<sup>32</sup> Entretien avec l'infirmière en addictologie du Centre Hospitalier de Vitré, le 4 juillet 2007.

D'une part, la participation financière de l'intéressée est considérée comme un engagement dans la démarche d'arrêt du tabac : « *Participer à la prise en charge du traitement est un engagement du personnel dans le soin* »<sup>33</sup>.

D'autre part, aucun financement supplémentaire n'a été attribué à l'établissement pour financer ce type d'action.

---

<sup>33</sup> Entretien avec l'infirmière en addictologie du Centre Hospitalier de Vitré, le 4 juillet 2007.

## **2. Les difficultés de mise en œuvre de l'interdiction de fumer**

Après avoir étudié le cadre réglementaire qui s'impose au Centre Hospitalier de Vitré et les modalités qui ont pu être déployées pour y répondre, il convient de tenter d'appréhender une première évaluation de l'application de la loi. Celle-ci permettra de déterminer les orientations futures à prendre pour s'inscrire dans la lutte contre le tabagisme dans le cadre de la démarche globale de prévention des risques.

### **2.1. Les moyens de recensement des difficultés : la méthodologie choisie**

Les difficultés liées à l'interdiction du tabac dans l'établissement ont pu être recensées d'une part, à l'occasion de l'évaluation des risques professionnels, et d'autre part, par la diffusion d'un questionnaire portant sur la nouvelle réglementation concernant l'interdiction de fumer. A cette occasion, les professionnels ont pu exprimer leurs opinions et sentiments sur leur environnement de travail et sur les conséquences de l'interdiction de fumer.

#### **2.1.1. L'évaluation des risques professionnels**

L'évaluation a priori des risques professionnels constitue l'étape initiale d'une politique de santé et de sécurité au travail dont la responsabilité incombe au directeur.

##### **A) Les conditions préalables à la démarche globale d'évaluation des risques**

La démarche globale de gestion des risques au sein de l'établissement a été initiée en 2004 avec la mise en place du document unique conformément au décret du 5 novembre 2001. Depuis, une actualisation régulière de ce document est réalisée. En 2007 a eu lieu la troisième réactualisation du document unique, que j'ai pu piloter sous l'égide de la Directrice des Ressources Humaines.

Lors de la mise en place du document unique en 2004, l'établissement avait fait appel à la Société Hospitalière des Assurances Mutuelles (SHAM) pour définir avec le groupe de travail de 2004, des outils opérationnels (Liste familles de dangers, grilles d'entretien, grilles de cotation des risques). Ces outils ont servi de nouveau pour le groupe de travail réuni en 2007. Un nouveau groupe de travail s'est donc réuni pour déterminer la liste des unités de travail à interroger, répartir et réaliser les entretiens dans les unités de travail, puis hiérarchiser les risques pour déterminer un plan d'actions.



a) *Composition du groupe de travail dans les différentes unités de travail*

Pour mener à bien la démarche globale d'évaluation des risques encourus par l'ensemble des professionnels, il était nécessaire de constituer un groupe de travail représentatif de l'ensemble des professions de l'établissement : un groupe de travail s'est donc constitué, composé de personnels représentatifs et d'un pilote (l'Elève directeur sous la responsabilité de la Directrice des Ressources Humaines). Différentes catégories de professionnels étaient donc représentées : aide-soignant, infirmière, cadre de santé, adjoint des services techniques, kinésithérapeute, adjoint administratif, psychologue, agent de cuisine.

b) *La détermination des unités de travail à interroger*

Pour évaluer les risques professionnels encourus par le personnel du Centre Hospitalier de Vitré, le groupe de travail a identifié et défini une liste d'unités de travail avant de réaliser les entretiens. Conformément à la circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002, le groupe s'est basé sur la définition suivante d'une unité de travail :

« La notion d' « unité de travail » doit être comprise au sens large, afin de recouvrir des situations diverses d'organisation du travail. Son champ peut s'étendre d'un poste de travail unique, à plusieurs postes de travail ou encore à des situations de travail présentant les mêmes caractéristiques. De même, d'un point de vue géographique, l'unité de travail peut couvrir différents secteurs d'activités (manutention, chantiers, transport, etc...) »<sup>34</sup>.

Au total 25 entretiens ont été réalisés concernant 37 unités de travail<sup>35</sup> différentes. Certains entretiens ont concerné des professionnels relevant d'unités de travail différentes mais possédant des caractéristiques communes (localisation, intérêts communs, service commun...). Par exemple, les diététiciennes ont été interrogées avec les soignants du service d'USLD auquel elles appartiennent. Ces entretiens ont permis aux professionnels de s'exprimer sur les risques qu'ils encourent au quotidien.

---

<sup>34</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Circulaire DRT n° 6 du 18 avril 2002 pris pour l'application du décret n° 2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail, [visité le 24.03.07], disponible sur internet :

[http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp\\_media/Circulaire%206DRT18042002.pdf](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/Circulaire%206DRT18042002.pdf)

<sup>35</sup> Annexe 3.

## B) L'identification des risques professionnels

### a) *Un travail nourri d'entretiens auprès des professionnels*

Pour obtenir une représentation de l'ensemble des services et sites, 25 entretiens (dont 2 de nuit) ont été réalisés. Pour chaque service, 2 à 4 personnes ont pu être rencontrées, soit près de 80 personnes au total. Les entretiens ont été réalisés par des binômes (méthode utilisée par le groupe de travail en 2004 et 2005). Environ 5 binômes se sont constitués ; chaque binôme réalisant environ 5 entretiens qui se sont déroulés sur une période de deux mois, de mars à avril.

Afin de ne pas influencer les réponses, les entretiens ont été répartis de telle sorte que les binômes menant l'entretien n'interrogent pas systématiquement des professionnels du service dans lequel ils travaillent. Cette proposition avait également pour but d'élargir la connaissance des uns et des autres sur des services ou des professions inconnus.

### b) *La définition d'un plan d'actions*

L'objectif des entretiens était de pouvoir recenser l'ensemble des risques encourus par les professionnels du Centre Hospitalier de Vitré et de hiérarchiser ces risques pour chaque entretien réalisé. Pour cette troisième réactualisation, les risques recensés avec les dangers correspondants aux risques sont :

- Efforts de soulèvement de patients ou de charges : douleurs lombaires, musculaires (...);
- Mobilier mal placé: chutes, blessures ;
- Agression physique et/ ou verbale : coups, souffrance psychologique, sentiment d'insécurité ;
- Contamination manu/ aéroportée : infections ;
- Charge/ rythme de travail : stress, fatigue, conflits, pression psychologique.
- Dysfonctionnement et/ou conflits dans les équipes : stress, pression psychologique, fatigue.

Par rapport aux années précédentes, il semble que le risque de violence et de stress soit plus présent, alors que le risque infectieux est désormais maîtrisé. Une fois ces risques identifiés, il sera plus facile de les prendre en compte dans une démarche globale de prévention (Cf 3.1.1 A) b)).

A partir de cette synthèse des grilles d'entretien, un plan d'actions a été proposé par les membres du groupe de travail. Quatre axes principaux d'actions ont été ainsi identifiés et pour chacun d'eux, des thèmes spécifiques correspondants. Des actions concrètes à mettre en place correspondent à chacun de ces axes.

Ce plan d'actions<sup>36</sup> figure dans un tableau qui classe les actions par ordre de priorité et permet de prendre en compte les spécificités de chaque service. Il identifie également le « service concerné », le « délai de réalisation », l'« indicateur de suivi » et le « responsable » qui assure la mise en place de l'action.

### 2.1.2. Une démarche d'investigation complémentaire

En parallèle de la démarche globale d'évaluation des risques professionnels précédemment décrite, une enquête quantitative sur l'usage du tabac par les professionnels a été lancée afin de préciser les difficultés et enjeux relatifs à l'interdiction de fumer. Cette méthode complémentaire a eu comme autre intérêt de permettre aux professionnels de s'exprimer de façon spécifique sur l'application de l'interdiction de fumer.

#### A) La méthodologie

##### a) *La réalisation et la diffusion du questionnaire*

Chargée de la mise en œuvre de l'interdiction de fumer, il m'a semblé intéressant de mettre en place, en amont du travail d'information des professionnels, un questionnaire d'évaluation de l'application de la loi. Les objectifs et les thèmes abordés dans le questionnaire ont pu être définis avec les membres de l'équipe de liaison en addictologie lors de plusieurs entretiens et après accord de l'équipe de direction. Ainsi, le questionnaire avait pour principaux objectifs :

- D'identifier la proportion de fumeurs au sein de l'établissement afin d'évaluer les besoins d'accompagnement et de prise en charge.
- De mesurer les effets de la nouvelle réglementation concernant l'interdiction de fumer : perception, enjeux et difficultés d'application.

Compte tenu du temps imparti et de la complexité de définir un échantillon représentatif parmi l'ensemble des professionnels des différents services, un échantillon « exhaustif » a été retenu. Le questionnaire a donc été diffusé auprès de l'ensemble des professionnels, soit auprès de 650 agents.

De plus, cette enquête a été diffusée par voie postale, ce qui « *donne la possibilité de toucher au moindre coût un échantillon très dispersé géographiquement* »<sup>37</sup>. En effet, les professionnels de santé travaillent en continu de jour comme de nuit; il est donc important d'utiliser un tel mode de diffusion. Enfin, aucun coût supplémentaire n'a été induit par cet

---

<sup>36</sup> Annexe 4

<sup>37</sup> BERTHIER N., 2006, *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Méthode et exercices corrigés, 3<sup>e</sup> édition, Paris : Armand Colin, p. 286.

envoi postal puisque les questionnaires ont été glissés dans la même enveloppe que celle de la feuille de paie, attirant d'autant plus l'attention. Un encadré expliquant la démarche et les objectifs de l'enquête accompagnait le questionnaire et permettait de motiver les personnes visées et d' « avoir une fonction d'accroche pour éviter que le questionnaire ne finisse dans la corbeille à papier »<sup>38</sup>.

#### b) La composition du questionnaire

Le questionnaire est principalement composé de questions « précodées » car « compte tenu du grand nombre de personnes généralement interrogées et du traitement quantitatif des informations qui devra suivre, les réponses à la plupart des questions sont normalement précodées de telle sorte que les répondants doivent obligatoirement choisir leurs réponses parmi celles qui leur sont formellement proposées »<sup>39</sup>.

Toutefois, deux questions « ouvertes » figurent parmi un total de 26. Ce questionnaire<sup>40</sup> s'adresse à l'ensemble des personnels de l'établissement, non-fumeurs (questions 1 à 14) et fumeurs (l'ensemble des questions de 1 à 26).

Le questionnaire se découpe autour de quatre thèmes principaux :

- Situation professionnelle
- Relation tabac et loi
- Dépendance
- Le besoin d'aide

La dépendance et le besoin d'aide ont été intégrés pour servir notamment d'indicateurs. En effet, les résultats de cette enquête ont été diffusés à l'équipe de liaison en addictologie visant à améliorer la démarche qualité dans le cadre de la prise en charge des addictions.

#### B) Une large proportion de répondants non-fumeurs

Seuls 25% des professionnels interrogés ont répondu. Ces 25% sont répartis de la façon suivante : 65% de non-fumeurs, 17% d'ex-fumeurs, 10 % de fumeurs quotidiens et 8% de fumeurs occasionnels.

Vu le taux de réponse au questionnaire (soit un total de 82% de non-fumeurs), il convient de nuancer la représentativité des résultats et de les mettre en perspective par rapport aux données nationales. D'après une étude Baromètre Santé 2000, le pourcentage de fumeurs réguliers (au moins une cigarette par jour) serait de 29,5% (33% d'hommes et

---

<sup>38</sup> Idem, p 286.

<sup>39</sup> QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Dunod, p. 191.

<sup>40</sup> Annexe 5.

26% de femmes) chez les adultes de 18 à 75 ans. Ce pourcentage augmente pour les moins de 35 ans et décroît ensuite régulièrement avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes.

La différence nationale entre hommes et femmes ne peut pas être comparée avec la population interrogée sur le Centre Hospitalier de Vitré puisque le personnel soignant est principalement féminin, on retrouve alors un pourcentage de 84% de femmes ayant répondu contre 16% d'hommes.

En d'autres termes, les réponses et points de vue apportés dans ce questionnaire sont principalement représentatifs des non-fumeurs, même si la proportion de fumeurs répondants doit être prise en compte, comme nous le verrons ultérieurement (Cf. 3.2.1. A a)).

L'enquête quantitative menée a permis de recueillir l'avis d'une partie du personnel en ce qui concerne la perception de l'application de la loi et de ses conséquences. Certains résultats sont, nous le verrons en troisième partie, des indicateurs pertinents pour orienter la communication et l'information sur le tabac.

Les résultats de ces deux méthodes, c'est-à-dire l'évaluation des risques professionnels et le questionnaire, vont pouvoir être croisés et analysés pour faire ressortir de nouvelles problématiques, au travers des difficultés évoquées par les professionnels.

## **2.2. Des difficultés relatives à l'interdiction à l'émergence de « nouveaux » risques**

Les deux démarches employées ont permis de mettre en exergue de « nouveaux » risques, ou plutôt de souligner certains risques, compte tenu du contexte actuel. En effet, les difficultés qui ont pu être relevées lors des entretiens ou lors du dépouillement du questionnaire font état de nouveaux enjeux qu'il conviendra d'intégrer dans une dynamique globale de prévention.

### **2.2.1. Les difficultés exprimées par les professionnels**

#### **A) Les difficultés de prise en charge des patients/résidents**

Certains professionnels ont pu en répondant au questionnaire évoquer les difficultés de prises en charge des patients et de ce fait décrire les risques auxquels ils sont exposés. Ainsi, les difficultés sont concentrées sur certains services tels que : chirurgie, médecine A et B, Hôpital de jour, Urgences. Les professionnels de ces services déplorent principalement le comportement de certains patients fumeurs qui peuvent se montrer agressifs, voire violents lorsqu'ils ne fument pas. De plus, ce sont des services dont l'activité ne permet pas toujours d'accompagner à l'extérieur les patients en incapacité

physique/psychologique et ne pouvant pas se déplacer seul. Certains professionnels craignent le risque de fugues de patients fragiles psychologiquement, dépressifs, ou en période de sevrage alcoolique par exemple. Le fait de ne pas pouvoir accompagner les patients à l'extérieur pour fumer peut entraîner une source de pression psychologique, voire une forme de culpabilité pour les professionnels interrogés. Ces conséquences sont susceptibles d'entraîner une forme de stress professionnel pouvant être à l'origine de blessures, voire d'accident du travail, même si la cause de ces accidents est difficilement identifiable comme étant lié au stress.

#### B) Des difficultés spécifiques à certains services

Par ailleurs, les difficultés liées à la prise en charge des patients en état de manque sont particulièrement marquées à certains moments de la journée et notamment la nuit où les effectifs sont plus réduits. En effet, certains professionnels se retrouvent seuls dans leur service, et ne peuvent dans ce cas aller aider un autre collègue en difficulté. De plus, à partir de 21 h sur le site de l'hôpital il est toujours possible de sortir de l'établissement mais pas d'y entrer car les portes de l'entrée principale sont fermées. Ainsi, les patients partis fumer restent bloqués à l'extérieur. Certains professionnels ont déjà été confrontés à ce type de situation.

De même, au moment de l'évaluation des risques professionnels, certains professionnels ont fait état de la montée des violences auxquelles ils ont déjà été confrontés ou craignent d'être prochainement confrontés. Ainsi, le sentiment de solitude et de désarmement face à ce risque grandit chez certains professionnels. En fonction des caractéristiques du service ou du poste, certains agents sont plus enclins que d'autres à être exposés aux risques de violences. L'isolement dans le service, les horaires atypiques, ou encore l'activité du service sont déterminants dans l'exposition aux violences.

Ce constat existait avant la loi du 1<sup>er</sup> février. Toutefois, ces entretiens menés directement auprès des professionnels ont révélé l'angoisse chez certains d'entre eux d'être de plus en plus sujets aux violences physiques et/ou verbales, comme conséquences de l'interdiction de fumer.

Les entretiens dans les différentes unités de travail ont donc permis d'identifier les unités de travail particulièrement concernées par ces risques, soit :

- les urgences,
- la médecine A et la médecine B

## 2.2.2. L'intégration du tabagisme comme risque professionnel

### A) Le tabagisme en milieu de travail

#### a) Définition du tabagisme passif et enjeux associés

« La fumée respirée directement par le fumeur (courant principal) a une composition différente de celle qui s'échappe latéralement de la cigarette (courant secondaire), ou de celle rejetée par le fumeur (courant tertiaire). La fumée du courant secondaire contient d'avantage de toxiques (monoxyde de carbone, oxydes d'azote, etc.) et cancérogènes (goudron, benzène, etc.) que celle du courant principal. Ce qui est dangereux avec le tabagisme passif, c'est le cumul des durées d'exposition, sur une journée et surtout tout au long de la vie»<sup>41</sup>.

Le tabagisme passif se définit par l'inhalation involontaire de la fumée du tabac dégagée par un ou plusieurs fumeurs. Par ailleurs, contrairement aux décès dus aux accidents de la route, il apparaît difficile de déterminer le nombre de décès attribuable au tabagisme passif. Certaines études montrent toutefois un lien entre la durée d'exposition et le risque de développer certaines pathologies. En effet, « les effets cardiovasculaires négatifs du tabagisme passif ont pu être démontrés après une exposition de seulement deux heures à la fumée de tabac. Le pouls et les pressions artérielles maximales et minimales, mais également la teneur en HbCO du sang du non fumeur augmentent après deux heures d'exposition à la fumée de tabac »<sup>42</sup>.

Le tabagisme passif peut avoir des répercussions nocives sur la santé mais il entraîne principalement, dans le cas du Centre Hospitalier de Vitré, un sentiment de gêne des non-fumeurs.

#### b) Les gênes engendrées par le tabagisme passif

Compte tenu de l'interdiction de fumer, les professionnels du Centre Hospitalier de Vitré ne peuvent être exposés longtemps à la fumée du tabac; à l'inverse de professions telles que les employés de bar qui sont exposés plusieurs heures consécutives et qui peuvent par conséquent développer des maladies. Toutefois, ils peuvent être exposés de façon ponctuelle au tabagisme passif, lorsqu'ils passent à proximité de l'emplacement « extérieur » réservé aux professionnels fumeurs ou lorsque les patients fument près du hall d'accueil, la fumée rentrant dans les bureaux du personnel lorsque les fenêtres sont ouvertes. A priori, les professionnels sont davantage en proie à une gêne plutôt qu'à un risque avéré de développer certaines maladies même s'il est

---

<sup>41</sup> [www.tabac-stop.net/tabac\\_travail\\_entreprise](http://www.tabac-stop.net/tabac_travail_entreprise)

<sup>42</sup> DAUTZENBERG B., 2007, « Travailler sans tabac : le guide », Editions Margaux Orange, p 26.

important de rappeler que selon des études scientifiques, il est impossible de définir un taux d'exposition sans risque à la fumée de tabac, ou un seuil d'exposition acceptable<sup>43</sup>. Une étude<sup>44</sup> a permis de décrire le pourcentage et le type de plaintes liées au tabagisme passif chez 10 000 employés de bureau. Pour la majorité des non-fumeurs, la fumée de tabac est une gêne qui irrite les yeux (65%) et le nez (45%). La toux (30%) et les infections respiratoires (25%) constituent également une gêne.

### c) *Tabagisme et exposition professionnelle*

Il est possible que l'inhalation de fumée de cigarette, si brève soit-elle, puisse entraîner, en interaction avec d'autres facteurs extérieurs, l'aggravation de certaines pathologies telles que les maladies respiratoires.

Comme le décrit le professeur Dautzenberg, le poumon est le plus touché des organes exposés aux polluants professionnels et c'est également l'organe le plus affecté par la fumée de tabac. De plus, les polluants professionnels et les constituants de la fumée de tabac interagissent, et augmentent chez le travailleur exposé le risque de certaines maladies respiratoires (bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive, bronchopneumopathie...). « *On parle d'interaction additive lorsque le risque global lié à la fumée de tabac et à l'autre polluant correspond à la somme des risques encourus isolément, et d'interaction multiplicative lorsque le risque global correspond au produit des risques encourus séparément* »<sup>45</sup>.

La fumée du tabac peut dans ce cas avoir plusieurs effets :

- rendre plus dangereuses des substances chimiques existantes dans le milieu professionnel ;
- accentuer l'exposition aux produits toxiques existants dans le milieu professionnel ;
- s'ajouter aux effets biologiques de certaines substances chimiques auxquels les employés sont exposés;
- agir en synergie avec les substances chimiques existantes.

Au regard de ces éléments, certains services du Centre Hospitalier de Vitré sont plus concernés que d'autres aux interactions entre tabagisme et expositions professionnelles. Parmi ces services, on peut retenir les services techniques, le service de la médecine B où étaient préparés jusqu'à présent les produits de chimiothérapie et les équipes de ménage. Il est important de noter que la préparation des cytotoxiques (c'est-à-dire les produits servant à la chimiothérapie) est depuis le mois de juillet 2007 externalisé auprès du Centre Eugène Marquis, qui assure désormais la préparation de ces produits. Les

---

<sup>43</sup> DAUTZENBERG B., 2007, « Travailler sans tabac : le guide », *Editions Margaux Orange*, p 68.

<sup>44</sup> Idem, p 27.

<sup>45</sup> Idem, p 44.



professionnels du Centre Hospitalier Vitré n'assurent plus leur préparation même s'ils les manipulent toujours, par exemple lorsqu'ils prennent en charge les patients.

D'autre part, la synthèse des entretiens réalisés dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels a permis de faire ressortir un risque qui n'est pas nouveau dans l'établissement mais dont la probabilité qu'il survienne, compte tenu du contexte actuel, est plus grande : le risque incendie.

## B) Tabagisme et sécurité incendie

### a) *L'application de la loi : première garantie contre le risque*

En France, le tabagisme est la première cause d'incendie dans les hôpitaux, l'une des premières causes d'incendie dans les maisons de retraite, et est également responsable de la moitié des incendies sur les lieux de travail. Selon les chiffres de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), la cigarette serait à l'origine de 38% des incendies au sein de ses établissements en 1997<sup>46</sup>. Il est admis que la précaution la plus efficace pour limiter la survenue d'incendies est le respect strict de la législation relative à l'interdiction de fumer<sup>47</sup>.

C'est pourquoi, il semble important d'appréhender le degré d'application de la loi pour prendre la mesure du niveau de risque encouru.

Selon un article paru en mai 2007<sup>48</sup>, deux tiers des établissements de santé se heurtaient déjà à des difficultés dans l'application de la loi Évin : « 55% des directions des Centres Hospitaliers Universitaires, 43% des Centre Hospitaliers et 29% des Hôpitaux Locaux déclaraient que l'application était « plutôt difficile » voire « très difficile »<sup>49</sup>. Ces informations laissent à penser que ces difficultés pourraient persister malgré le renforcement de la législation en 2007.

Une enquête Baromètre Santé 2005<sup>50</sup> a également révélé que près d'un fumeur sur cinq avoue ne pas respecter les zones non-fumeurs dans les bars, contre un sur six pour les

---

<sup>46</sup> Assemblée nationale. Rapport fait au nom de la mission d'information sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 octobre 2006. Bibliothèque des rapports publics. La Documentation française, consultable sur <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3353.asp>.

<sup>47</sup> DUPONT M., LAJARGE E., janvier février 2000, « Sécurité incendie », *Revue Hospitalière de France*, n°1, p 13.

<sup>48</sup> Sur [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr), le 29/05/07, La loi Évin dans les hôpitaux publics.

<sup>49</sup> Idem.

<sup>50</sup> PERETTI-WATEL P., janvier 2007 « La lutte contre le tabagisme », *Problèmes politiques et sociaux*, n°932, p 26. (Ces résultats sont tirés du Baromètre santé 2005, enquête téléphonique

lieux publics couverts, et un sur dix sur le lieu d'étude ou de travail, ainsi que dans les restaurants. Relativement à 2000, ces résultats enregistrent un léger recul de la transgression des zones non-fumeurs sur le lieu de travail ou d'études (14% en 2000, 11,1% en 2005).

Pourtant dans notre étude, 87% des répondants du questionnaire pensent que la loi est appliquée au sein de leur établissement. Des études ont cependant montré une tendance générale des répondants à une sous-déclaration. Ces résultats sous-estimeraient donc la propension réelle des fumeurs à passer outre la signalétique non-fumeur.<sup>51</sup> Bien que cette étude ait été réalisée avant la nouvelle réglementation de 2007, elle peut néanmoins laisser présager une tendance générale à la « sous-déclaration » de la part des professionnels du Centre Hospitalier de Vitré et par conséquent à une perception sous-évaluée de l'application de la loi.

En parallèle, plusieurs enquêtes d'opinion ont montré que la majorité de la population française était favorable au renforcement de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Ces enquêtes concordent également avec les résultats de l'enquête par questionnaire menée auprès des professionnels du Centre Hospitalier de Vitré : 81% des répondants ont déclaré être satisfaits (54%), voire plutôt satisfaits (27%) de la suppression des locaux fumeurs au sein de leur établissement.

Ces données nous amènent donc à penser que le décret Bertrand est relativement bien appliqué au Centre Hospitalier de Vitré. Cependant, ces résultats sont à nuancer puisque la proportion de patients ou résidents respectant l'interdiction n'a pas été évaluée par l'enquête. Pour exemple, un feu de poubelle sans gravité déclaré dans les toilettes de l'accueil en mai dernier au Centre Hospitalier de Vitré, laisse à penser que certains patients, voire professionnels peuvent transgresser la loi et que le risque restant existant, un certain niveau de vigilance doit être maintenu.

#### *b) Le risque incendie, un risque perçu comme élevé par les professionnels*

Certains professionnels ont fait part de leurs inquiétudes lors des entretiens réalisés concernant la probabilité d'occurrence du risque incendie. En effet, compte tenu de la suppression des locaux fumeurs au sein de l'établissement, certains professionnels se retrouvent confrontés à ce risque sous deux formes :

- Une perception du risque « a priori » : les professionnels craignent que certaines personnes aillent contre la loi et fument dans des zones non autorisées. D'autres

---

nationale et représentative réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé auprès de plus de 30 000 personnes âgées de 12 à 75 ans).

<sup>51</sup> PERETTI-WATEL P., janvier 2007 «La lutte contre le tabagisme », *Problèmes politiques et sociaux*, n°932, p 26.

éprouvent un sentiment de stress, d'anxiété et redoutent d'être face à des patients agressifs prêts à tout pour fumer.

- Ce risque se traduit également sous forme de risque «a posteriori » : en d'autres termes, ce sont des professionnels qui se sont déjà retrouvés dans des situations où des patients en état de manque fument de façon clandestine dans leur chambre.

Le risque incendie est pris en compte depuis de nombreuses années par la direction de l'établissement du Centre Hospitalier de Vitry :

- la détection incendie est installée partout (chambres, lieux de stockage), à l'exception du site de la Maison de Retraite rue de Fougères appelé à fermer à la fin de l'année 2007 ;
- En ce qui concerne les matériels (rideaux, matelas...), ne sont achetés que des produits « non feu ».

De plus, la prévention de ce risque a été intégrée en amont, au moyen de sessions d'information et de formation : des formations incendie sont programmées chaque année, en général deux sessions par an, où sont formées 30 à 40 personnes à chaque fois.

Compte tenu de l'obligation de sécurité qui incombe à l'employeur, et notamment par rapport aux risques liés au tabagisme passif, il semble que le meilleur moyen pour un directeur d'établissement de se prémunir contre toute forme de risque est de s'inscrire dans une démarche globale de prévention des risques.

### 3. La démarche préventive initiée au Centre Hospitalier de Vitré

Une fois les difficultés identifiées, des ajustements ont pu d'ores et déjà être réalisés et certaines préconisations peuvent être faites. Toutefois, la mise en œuvre de l'interdiction de fumer étant récente, l'évaluation de son application n'a pu être que partielle et il faudra un temps plus long d'observation pour réussir à prendre toute la mesure des changements engagés. Les mesures préventives engagées pour assurer la mise en œuvre de l'interdiction de fumer, complétées par des dispositions réglementaires devront pour être efficaces répondre à certaines conditions : cibler des populations spécifiques, mobiliser l'ensemble des acteurs de l'établissement et se tenir à des moments de la vie opportuns à l'arrêt du tabac.

#### 3.1. Les enjeux d'une démarche globale de prévention

En plus d'être obligatoire dans le cadre du document unique, la démarche globale de prévention se justifie compte tenu des causes et des conséquences multiples du tabac sur le travail et des responsabilités croissantes qui incombent au directeur en la matière.

##### 3.1.1. Les nuisances du tabac au travail

A) Le coût du tabac sous-évalué en milieu de travail

###### a) *Le tabac et les arrêts de travail*

Certaines études ont montré que les fumeurs ont plus d'arrêt de travail que les non-fumeurs. Toutefois, ces études révèlent également que l'année de l'arrêt du tabac, le nombre d'arrêts de travail et/ou la durée de ces arrêts sont supérieurs à ce qu'ils étaient du temps du tabagisme. Mais ceci est lié en grande partie au fait que la survenue d'une maladie est souvent la cause qui déclenche la décision d'arrêter de fumer. De plus, passée la première année, le risque d'arrêt de travail chez les fumeurs est en baisse ; bien que pouvant rester supérieur dans certains cas à celui des non-fumeurs<sup>52</sup>.

En effet, « *Le tabac coûte cher aux entreprises : différentes études évaluent de 23% à 50% la part de responsabilité du tabagisme (actif et passif) dans l'absentéisme pour problèmes de santé. Ces arrêts de travail diminuent la productivité et peuvent nécessiter des remplacements* »<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> DAUTZENBERG B., 2007, « Travailler sans tabac : le guide », Editions Margaux Orange, p 54.

<sup>53</sup> [http://www.inrs.fr/html/lutter\\_contre\\_le\\_tabagisme\\_en\\_entreprise.html](http://www.inrs.fr/html/lutter_contre_le_tabagisme_en_entreprise.html)

Des études ont essayé de quantifier le coût financier des nuisances du tabagisme. Réalisées dans les pays anglo-saxons, ces études révèlent, en fonction du pays, qu'un employé fumeur coûterait entre 1500 et 4000 euros de plus par an qu'un employé non-fumeur, du fait notamment de son absentéisme, de sa perte de productivité, des dégradations matérielles liées au tabac et de l'aménagement des locaux<sup>54</sup>.

b) *Le tabac et la dégradation du matériel*

D'un point de vue matériel, des dégradations matérielles peuvent survenir : les sols peuvent être plus rapidement salis, voire détériorés par les cendres et les mégots de cigarettes, les murs noircir plus rapidement, le mobilier (en particulier les banquettes et fauteuils) plus rapidement dégradé. Enfin, les équipements informatiques sont plus fréquemment en panne dans les locaux où l'on fume, et les filtres et systèmes de ventilation sont plus rapidement encrassés<sup>55</sup>.

B) Le devoir d'exemplarité ?

Les circulaires des 8 juin 1999 et 3 avril 2000 relatives à la lutte contre le tabagisme insistaient déjà sur le devoir d'exemplarité incombant aux établissements de santé en prévoyant des actions de sensibilisation, d'information et de prévention.

La prévention est un moyen efficace de garantir au mieux l'application de la loi et de se prémunir des conséquences de personnes allant à l'encontre de la réglementation. Cette démarche préventive doit être réalisée en direction des patients/résidents puis des professionnels. Toutefois, on peut supposer que la portée de la démarche préventive est conditionnée par l'exemplarité des professionnels : « *la crédibilité de la prise en charge des fumeurs dépendants par l'hôpital est conditionnée à l'arrêt du tabac chez les professionnels de santé* »<sup>56</sup>.

En d'autres termes, il est fort à penser que l'exemplarité des professionnels participe à la crédibilité générale de l'hôpital et à la mission générale qui lui incombe dans la lutte et la prévention du tabagisme.

En outre, le tabac peut nuire à l'image d'un lieu de travail. Par exemple, l'odeur de tabac froid peut être perçue négativement en pénétrant dans les locaux, tout comme la présence de mégots à proximité du hall d'accueil de l'établissement. En effet, une majorité (72%) des professionnels du Centre Hospitalier de Vitré ayant répondu au

---

<sup>54</sup> DAUTZENBERG B., 2007, « Travailler sans tabac : le guide », *Editions Margaux Orange*, p 50.

<sup>55</sup> Idem.

<sup>56</sup> CONGE E., Mars 2007, « Le tabac à l'hôpital : quelles sont les conséquences pour un établissement de santé, son personnel et ses usagers, des mesures anti-tabac concernant les lieux publics ? », *Bulletin juridique de la santé publique*, n° 101, p 9.

questionnaire trouve que l'exemplarité des professionnels est primordiale. Cependant, rappelons que ce pourcentage est représentatif des professionnels non-fumeurs.

### **3.1.2. Prévenir les risques pour atténuer les engagements de responsabilité**

Rappelons ici que la consommation de tabac peut entraîner des répercussions importantes en termes d'absentéisme, d'accident du travail ou de productivité. Cette question est d'une importance grandissante compte tenu des obligations de sécurité qui pèsent sur le directeur d'établissement. En effet, les évolutions juridiques ont créé une insécurité juridique pour les directeurs d'établissement et à ce titre font de la prévention un outil essentiel pour se prémunir.

#### A) La responsabilité du directeur

##### a) *Les risques des évolutions juridiques*

L'arrêt du 16 mars 2004 de la cour d'appel de Rennes a reconnu que le droit de retrait du salarié, qui s'exerce habituellement dans une situation présentant un danger grave et imminent, pouvait s'exercer lors d'exposition au tabagisme passif. Ainsi, en raison de la nocivité de la fumée de tabac, l'employeur ne peut contraindre son salarié (dans ce cas précis, un barman) à travailler dans une atmosphère polluée par la fumée de tabac, et il ne peut être reproché au salarié d'avoir refusé de travailler dans ces conditions (Article L. 231-8-1 du Code du travail). Mais c'est surtout l'arrêt du 29 juin 2005 de la chambre sociale de la Cour de cassation qui a profondément modifié le régime juridique de l'interdiction de fumer. Par cet arrêt, la Cour de cassation met à la charge de l'employeur une obligation de moyen mais également de résultat en ce qui concerne la protection des salariés contre les risques du tabagisme sur le lieu de travail.

En d'autres termes, si l'employeur qui respectait les textes auparavant (signalétique, espaces fumeurs, ventilation) était considéré comme non fautif, cela ne suffit plus aujourd'hui. Cela signifie que les dispositions qui permettent d'aménager des lieux où l'on peut fumer doivent être appliquées de telle façon qu'il n'y ait aucune émanation de tabac pour indisposer le salarié à l'extérieur de ces endroits. La possibilité d'aménager des locaux fumeurs ne s'applique pas aux établissements de santé. C'est pourquoi le Centre Hospitalier de Vitré a déterminé un endroit extérieur pour les professionnels fumeurs. Cet endroit étant à proximité des locaux intérieurs de l'établissement, il ne permet cependant pas de se prémunir totalement des problèmes. En effet, « *tout salarié exposé à la fumée de tabac dans un établissement peut, à tout moment, prendre acte de la rupture de son contrat de travail du seul fait que son droit à la santé n'est pas assuré, ce qui équivaut à*

*un licenciement sans cause réelle et sérieuse* »<sup>57</sup>. Sur cette base, le salarié peut engager la responsabilité de son employeur ce qui entraîne la reconnaissance des droits prévus par les articles L. 122-6 à L.122-9 du Code du travail (indemnité de licenciement et de préavis) et les articles L.122-14-4 et L. 122-14-5 du Code du travail (indemnité octroyée au salarié et remboursement par l'employeur des indemnités de chômage payées au salarié).

En revanche, même si ces dernières dispositions s'appliqueront surtout pour des professions exposées de façon prolongée au tabac (barman, employé de discothèque, etc...), ces risques imposent à tout chef d'établissement de prendre des mesures et notamment de s'inscrire dans une démarche globale préventive. C'est pourquoi, et comme nous l'avons vu précédemment, certains risques ont pu être évalués et retranscrits dans le document unique. Dans cette démarche, il doit également faire usage de son pouvoir d'organisation de l'établissement, corrélé à son pouvoir disciplinaire.

*b) Une conception plus préventive que répressive*

« *Au regard de la jurisprudence, l'inaction de l'employeur et le non-usage de ses prérogatives disciplinaires en matière de lutte contre les pratiques addictives (tabagisme, alcool, etc.) semblent constituer une violation de son obligation de sécurité* »<sup>58</sup>. Toutefois, « *son action ne peut cependant être exclusivement répressive, ce qui aboutirait à une conception uniquement disciplinaire de la santé-sécurité au travail* »<sup>59</sup>.

Ainsi, pour que le directeur satisfasse à ses deux exigences complémentaires, il semble que la meilleure façon de se prémunir est de s'engager dans une démarche préventive conformément à la volonté des autorités de tutelles.

En effet, peu de temps après l'entrée en vigueur de la loi au 1<sup>er</sup> février, une lettre a été adressée par le Préfet de la Région Bretagne à l'ensemble des directeurs des établissements de santé publics et privés leur expliquant l'importance de considérer le tabagisme passif comme « un risque sanitaire collectif ». De façon plus précise, l'accent est mis sur l'importance de l'engagement des directeurs « *dans la mise en place et l'animation d'un dispositif permanent de prévention et de vigilance à l'égard du tabagisme fondé sur une approche risque* »<sup>60</sup>.

---

<sup>57</sup> DAUTZENBERG B., 2007, « Travailler sans tabac : le guide », *Editions Margaux Orange*, p 70.

<sup>58</sup> Idem, p 70.

<sup>59</sup> CLAVEL FAUQUENOT M.F., RIGAUD F., janvier 2007, « L'entreprise et les addictions : tabac, alcool, drogue », *in Liaisons Sociales*, n°14800, p 87.

<sup>60</sup> Lettre adressée le 28 février 2007 par le Préfet de La Région Bretagne à l'ensemble des Directeurs des établissements de santé publics et privés, Annexe 6.

C'est pourquoi, la direction du Centre Hospitalier de Vitré s'est engagée dans une démarche d'évaluation des risques professionnels afin d'élaborer un plan d'actions définissant les mesures de prévention appropriées aux risques identifiés (Cf Annexe 4).

Le plan d'actions défini prend en compte les risques spécifiques qui ont été évoqués pour les différentes unités de travail interrogées. En plus de tenir compte des attentes des professionnels exposés aux risques du tabagisme actif ou passif, ce plan d'actions a pour objectif général d'améliorer les conditions de travail. En effet, il tient compte de la synthèse des grilles d'entretiens qui a révélé en particulier des risques de violences et de conflits.

Des actions de communication, de formation et d'organisation sont préconisées, contribuant ainsi à la démarche globale de prévention des risques.

Afin de prévenir certains risques et d'en maîtriser d'autres, quatre axes d'actions se déclinent pour atteindre un objectif général de santé et de bien-être au travail :

- Sécuriser le professionnel dans la prise en charge du patient/résident ;
- Améliorer l'organisation pour une meilleure intégration du professionnel dans l'établissement ;
- Améliorer les conditions matérielles pour une meilleure intégration dans l'établissement ;
- Améliorer les conditions d'utilisation de certains produits toxiques.

Le plan d'actions ainsi décrit s'inscrit dans une démarche globale de prévention des risques et prévoit en même temps des actions spécifiques pour maîtriser certains risques comme le risque incendie.

Conformément aux consignes des autorités de tutelles, son action devra également s'inscrire dans une démarche de prévention en liaison avec le médecin du travail et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Il s'agit ensuite pour le directeur d'utiliser les outils réglementaires à sa disposition, tel que le règlement intérieur, pour prévenir de façon complète les risques éventuels.

#### B) Le règlement intérieur, outil de prévention pour le directeur

Dans un article paru peu de temps avant l'entrée en vigueur de la loi au 1<sup>er</sup> février, Pierre-Yves Fourré, avocat au barreau de Paris déclarait : « Il est important de saisir les instances et modifier au plus vite le règlement intérieur. C'est un document opposable aux tiers qui permet de montrer que la direction a fait le nécessaire »<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> MARASCHIN, J., Interdiction de fumer et responsabilité des directeurs, 24 janvier 2007 sur [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)



Selon l'article L. 122-34, le règlement intérieur est un document écrit par lequel l'employeur fixe exclusivement :

Les mesures d'application de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise ou l'établissement ;

Les conditions dans lesquelles les salariés peuvent être appelés à participer, à la demande de l'employeur, au rétablissement de conditions de travail protectrices de la sécurité et de la santé des salariés dès lors qu'elles apparaîtraient compromises ;

Les règles générales et permanentes relatives à la discipline, et notamment la nature et l'échelle des sanctions que peut prendre l'employeur. Il énonce également les dispositions relatives aux droits de la défense des salariés, tels qu'ils résultent de l'article L. 122-41 ou, le cas échéant, de la convention collective applicable.

Le Centre Hospitalier de Vitré a pour projet de rédiger un règlement intérieur puisqu'il n'existe pas encore au sein de l'établissement. Ce fut d'ailleurs l'une de mes missions lors du stage long. Néanmoins, compte tenu du temps imparti aux autres missions principales, une trame de plan a seulement pu être élaborée. Mais la rédaction d'un règlement intérieur figure dans les objectifs opérationnels de l'établissement.

Par ailleurs, des notes d'informations écrites transmises aux professionnels font figures de règles édictées conformément à l'arrêt du Conseil d'Etat du 18 mars 1998 qui relève que « si les mesures pouvant, en vertu de l'article L 122-34 du code du travail, figurer dans le règlement intérieur sont en principe celles qui sont spécifiques à l'hygiène et la sécurité des lieux de travail (...), aucune disposition non plus qu'aucun principe général ne fait obstacle à ce que soient édictées par la voie du règlement intérieur ou par une note de service ou tout autre document de la nature de ceux mentionnés à l'article L 122-39 (...), des mesures faisant application des textes qui, tout en poursuivant comme c'est le cas de la loi du 9 juillet 1976 modifiée, un objectif qui dépasse le cadre de l'entreprise, n'en visent pas moins les lieux de travail et répondent à un impératif d'hygiène »<sup>62</sup>.

Ainsi, l'arrêt a reconnu comme légale la possibilité de faire mentionner dans le règlement intérieur des entreprises l'interdiction de fumer et les sanctions encourues. Suite à cet arrêt, la circulaire DRT 92/93 jugée illégale a été remplacée par la circulaire DRT 99/8 du 18 juin 1999. En effet, la circulaire DRT 92/93 s'efforçait de ne pas confronter les préoccupations de santé publique à celles des relations professionnelles et prévoyait de ne pas faire figurer dans le règlement intérieur les mesures qui ne concernent pas l'application stricte de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité : l'interdiction de fumer dans les endroits interdits étant trop générale, elle n'est pas directement liée aux risques encourus en matière d'hygiène et de sécurité<sup>63</sup>.

---

<sup>62</sup> <http://www.travailler-sans-tabac.com>

<sup>63</sup> CHAUMETTE P., Décembre 1998, « Le règlement intérieur et le tabac », *Droit Social*, n°12, p 1013.

## 3.2. Vers une prévention active du tabagisme

Après avoir posé les enjeux d'une inscription du Centre Hospitalier de Vitré dans une démarche préventive, il convient de s'intéresser aux moyens par lesquels cette prévention peut être rendue efficace et comment l'orienter de telle sorte.

### 3.2.1. Identification des besoins : les premières réponses

Appréhender, en partie, certaines caractéristiques des fumeurs et leur mode de consommation permettent de mettre en place les premières modalités de réponses.

#### A) Identification du besoin d'aide et d'accompagnement

##### a) *Lien entre consommation de tabac et facteurs psychosociaux*

Nous avons vu précédemment que des services étaient plus enclins que d'autres à être exposés à certains risques, du fait notamment de la configuration des locaux et de l'organisation du service, ce qui peut servir d'indicateur à l'analyse des besoins.... Mais d'autres éléments peuvent être pris en compte pour compléter cette analyse.

De nombreuses études ont établi qu'il existait un lien entre le niveau de consommation du tabac et des facteurs psychosociaux : « *les données récentes montrent qu'il existe des disparités sociales importantes dans l'usage du tabac, aussi bien chez les hommes que chez les femmes ; en 2000, 31% des hommes appartenant aux cadres et professions intellectuelles supérieures étaient fumeurs réguliers, au lieu de 45% des ouvriers ; chez les femmes, 23% des cadres et professions intellectuelles supérieures, au lieu de 29% des employées ; les hommes et les femmes au chômage étaient également nombreux à fumer* »<sup>64</sup>.

On peut envisager que les résultats<sup>65</sup> de l'enquête par questionnaire, viennent corrélés les résultats de ces études. Nous avons pu identifier quels étaient les services dans lesquels les fumeurs avaient le plus répondu :

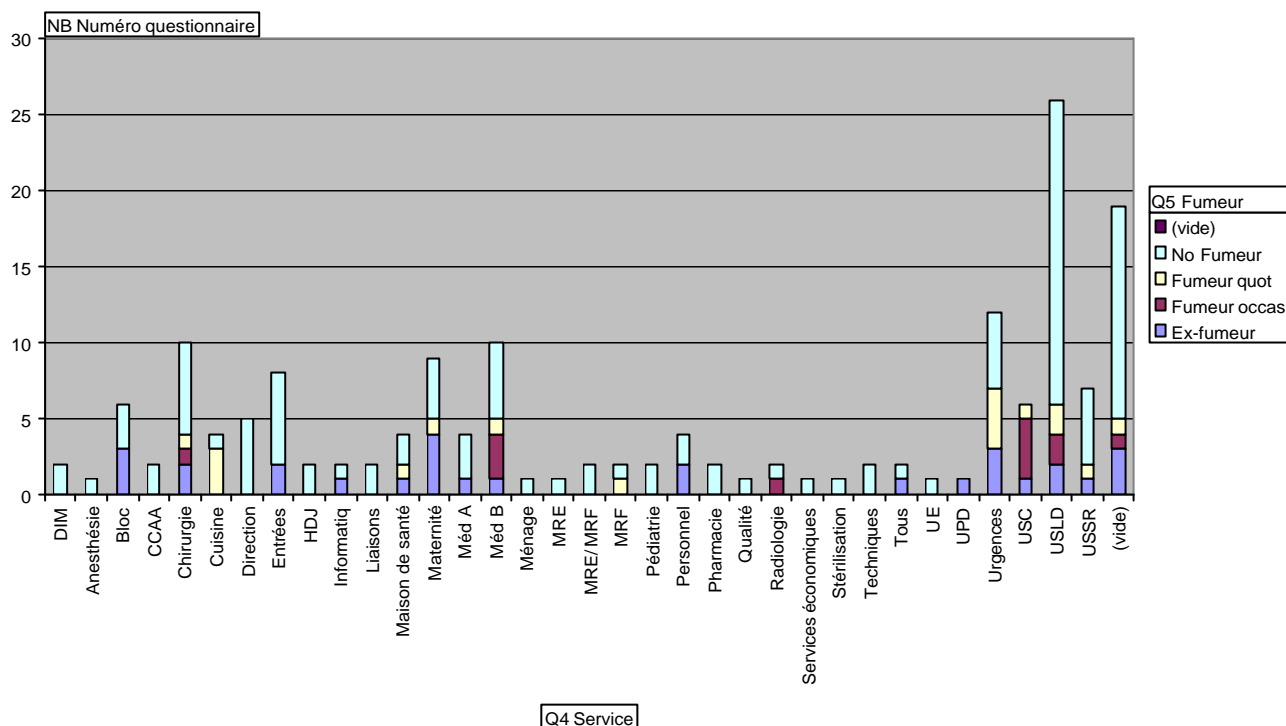
- Cuisines
- Urgences,
- Médecine B
- Unité de Surveillance Continue (USC),
- USLD

---

<sup>64</sup> Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.), 2004, *Tabac : Comprendre la dépendance pour agir*, Expertise collective, Paris : INSERM, p 5.

<sup>65</sup> Annexe 5.

Le tableau ci-dessous traduit la répartition, en fonction des services, des fumeurs et des non-fumeurs ayant répondu au questionnaire :



A partir de là, il est possible d'établir un lien entre conditions de travail, catégorie socioprofessionnelle et usage du tabac. Les services auxquels appartiennent les répondants fumeurs sont des services, soit particulièrement stressants, comme par exemple les urgences, soit dans lesquels se regroupent des professionnels de catégories socioprofessionnelle similaires et dites exposées au tabac, comme le service des cuisines.

C'est pourquoi, les actions de prévention du tabagisme vont de paire avec un objectif général d'amélioration des conditions de travail, poursuivi dans la démarche d'évaluation des risques professionnels et au moyen du plan d'actions établi.

De plus, ces résultats nous permettront par la suite d'envisager une réorientation de la communication, et une sensibilisation adaptée aux différents services (Cf 3.3.1).

Par ailleurs, en dehors d'indicateurs tels que la catégorie socioprofessionnelle ou le service d'activité, il semble intéressant de prendre en considération les changements de consommation intervenus et d'appréhender les idées préconçues qui ont pu se développer.

#### b) Les changements de consommations intervenus

Concernant la proportion de fumeurs ayant répondu, 73% d'entre eux semblent ne pas avoir de difficulté à respecter l'interdiction et 45% considèrent ne pas avoir besoin d'aide

pour arrêter de fumer, (38% estiment avoir besoin d'une aide et 17% ne se sont pas prononcés). Au regard de ces résultats, on pourrait penser que l'interdiction de fumer n'a pas eu de conséquences majeures sur la consommation des fumeurs. Toutefois, l'infirmière en addictologie a remarqué un changement dans les habitudes de consommation de certains patients vus en consultation et des fumeurs en général :

*« [...] Les gens ont quand même peut-être changé leur façon de fumer car quand j'entends certains collègues me parler de leurs consultations et les témoignages des patients, les consommations sont différentes, ce sont moins des consommations automatiques notamment parce que les gens sont obligés de se déplacer pour fumer.*

*Par exemple dans les entreprises comme des bureaux d'études ou le secteur industriel, les gens avaient facilement l'habitude de fumer sur leur lieu de travail. Du coup les consommations étaient plus automatiques alors que maintenant les gens sortent et donc fument moins. En contrepartie, comme ils ont quand même un taux de nicotine à trente cigarettes par exemple, ils se rattrapent le soir pour fumer : ils fument le soir ce qu'ils n'ont pas fumé la journée. Ça c'est à revoir et à expliquer en consultation aux patients.*

*Effectivement, on voit des gens arriver en consultation en disant : « c'est bien, j'ai diminué à 5 ». Mais quand on les fait souffler dans le testeur de monoxyde ils ont un chiffre à 20 cigarettes, ce qui est la toxicité d'un paquet de cigarettes. C'est-à-dire qu'en fait ils en fument 5 alors qu'ils en fumaient peut-être 15. Mais ils tirent énormément sur les 5 donc c'est aussi sensibiliser les gens sur la façon dont ils fument puisque la dépendance est assez insidieuse. Ce sont des gens qui fument moins et qui ont l'impression que c'est moins toxique : alors ils tirent plus sur la cigarette ne se rendant pas compte que la toxicité devient plus nocive. L'idée c'est d'inciter les gens qui sont dans la réduction de consommation à utiliser des substituts oraux pour maîtriser justement la dépendance à la nicotine et diminuer progressivement leur consommation »<sup>66</sup>.*

Une sensibilisation lors des consultations aux différents modes de consommation et aux représentations qui y sont liées pourrait donc s'avérer pertinente dans le futur.

## B) Des mesures préventives spécifiques

### a) La mise en place d'une procédure adaptée centralisée aux urgences

L'identification des risques professionnels a permis à l'établissement de mettre en place des réponses précises pour les unités de travail concernées d'une part par le risque incendie et d'autre part par le risque de se retrouver face à des patients agressifs, voire violents en état de manque.

---

<sup>66</sup> Entretien avec Mme Le Guen, le 4 juillet 2007.

Une procédure<sup>67</sup> de prise en charge des patients en état de manque a donc été coproduite par l'infirmière en addictologie et la Directrice des Soins (pour pallier aux périodes d'absence de l'infirmière en addictologie). Cette procédure permet de mettre en place un traitement rapide de substitution nicotinique pour les fumeurs. Pour éviter que les traitements se périment, un stock sera disposé aux urgences, à la disposition de l'ensemble des services.

Certains résultats du questionnaire sur l'interdiction de fumer et de l'évaluation des risques professionnels peuvent être mis en relation puisque des actions ont été mises en place pour l'un mais viennent directement influencer l'autre.

*b) L'inadaptabilité des « emplacements fumeurs » participe à la démarche préventive*

Dans un paragraphe précédent, nous avons évoqué la démarche participative entreprise pour associer l'ensemble des responsables d'encadrement dans le choix de l'emplacement fumeurs. Il en était ressorti que la configuration architecturale de l'établissement n'avait pas permis d'aboutir à une solution idéale et que cette situation entraînerait des difficultés prévisibles.

En effet, le questionnaire a été l'occasion de recenser ces difficultés : 75 % des professionnels interrogés pensent que ces emplacements sont « moyennement adaptés » (49%), voire « pas du tout adaptés » (26%).

Sur le site de l'hôpital, l'emplacement réservé est à proximité de locaux tels que le bureau des archives ou le hall d'entrée et constitue en lui-même un lieu de passage pour les professionnels, notamment pour se rendre aux locaux à déchets. Ainsi, certains professionnels regrettent de devoir inhaler de la fumée de cigarettes à chaque fois qu'ils sont à proximité de cet emplacement.

De façon paradoxale, cet emplacement fumeur, qui apparaît inadapté au regard des résultats de l'évaluation des risques professionnels et des résultats du questionnaire, semble néanmoins concourir dans un sens à la démarche préventive. Il semble participer à engager la réflexion des fumeurs sur leur propre dépendance. *« Pour les fumeurs en général, casser effectivement la notion d'association entre cigarette et moment agréable, de plaisir, permet de s'interroger sur pourquoi on consomme, de réaliser qu'il y a une dépendance physique et du coup peut-être de s'engager dans une démarche d'arrêt de consommation. C'est vrai que descendre dans un endroit froid, dans le courant d'air, pas forcément agréable, ça peut effectivement inciter à l'arrêt des consommations et c'est tout à fait pertinent à mon sens de pouvoir casser ça. Car justement dans la problématique dépendance la notion de plaisir est très forte : quand la personne commence à avoir une*

---

<sup>67</sup> Cette procédure est en cours de validation par la Direction du Centre Hospitalier de Vitry.

*autocritique de son plaisir, à ce moment-là elle s'engage plus dans une démarche d'arrêt ; quand elle commence à avoir une dénégation des représentations positives du tabac »<sup>68</sup>.*

Effectivement, le tabac répond à une démarche d'accès au plaisir<sup>69</sup>, souvent invoquée comme première raison de consommation chez les fumeurs.

Ainsi, encourager activement la réduction, ou mieux l'arrêt, du tabagisme actif des uns est un moyen efficace pour diminuer l'exposition des autres au tabagisme passif. L'inappropriation de l'emplacement contribue donc de façon involontaire à la démarche préventive globale engagée.

Sur le site de la maison de santé, les professionnels fumeurs déplorent un emplacement exposé à la vue de tous et parlent d'un sentiment de stigmatisation. Pour rappel, l'emplacement désigné se trouve près de l'entrée de l'établissement et à proximité de l'abri à vélo. Comme nous le verrons ultérieurement ce sentiment de stigmatisation n'engage pas forcément vers une démarche d'arrêt mais pourrait au contraire renforcer la personne dans sa consommation.

### **3.2.2. Des défis et objectifs pour les années à venir**

#### A) La contractualisation des objectifs

Le décret du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) organise la contractualisation dite externe de chaque hôpital public avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation<sup>70</sup>, dite ARH. Le contrat doit notamment déterminer les engagements stratégiques de l'établissement et fixer ses objectifs quantifiés d'activité.

---

<sup>68</sup> Entretien avec Mme Le Guen, le 4 juillet 2007.

<sup>69</sup> TASSIN J-P., DORAY B., FUHRER R., et al., 2000, *Variabilités individuelles des sensibilités à la dépendance*, Editions INSERM, 115 p.

<sup>70</sup> Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont des groupements d'intérêt public associant l'Etat et l'assurance maladie. Elles ont été créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 et sont devenues opérationnelles au cours du premier trimestre 1997. Les ARH sont chargées de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le Gouvernement, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de déterminer leurs ressources. Elles s'appuient sur les travaux des conférences régionales de santé qui définissent annuellement les priorités régionales de santé et sur les avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire (CROS). Elles élaborent, en partenariat avec tous les professionnels de santé, les schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS) qui tracent, tous les cinq ans, le cadre de l'évolution de l'offre de soins hospitalière en adéquation avec l'ensemble du système de santé. Sur [www.sante.gouv.fr/ministere/arh.htm](http://www.sante.gouv.fr/ministere/arh.htm)

Dans le cadre du CPOM et plus particulièrement dans le cadre des missions d'intérêt général, les diverses missions à venir de l'équipe hospitalière en addictologie se décline en plusieurs objectifs opérationnels :

- Recenser au sein de l'établissement (MCO-USSR) les patients présentant une conduite addictive.
- Recenser les patients consommateurs par service (maternité, médecine) pour individualiser la prise en charge et adapter les supports de communication.
- Rencontrer, écouter, informer et orienter en fonction de la demande et du projet de soins.
- Promouvoir l'engagement de l'hôpital de Vitré dans une opération hôpital sans tabac.
- Développer l'utilisation des outils de repérage : test de mesure du CO2 en milieu hospitalier pour inciter aux soins.
- Valider un protocole de prise en charge du patient fumeur et de prescription de substituts pour répondre au manque du patient.
- Sensibiliser et former le personnel hospitalier. Intégrer dans le cadre de la formation continue une session « tabac et dépendances ».

En outre, dans le cadre du développement des consultations d'addictologie : l'établissement souhaite favoriser le développement des consultations d'addictologie et de sevrage tabacologique en direction de populations spécifiques prises en charge.

#### B) Le défi de la prise en charge « péri opératoire »

Chaque année huit millions de patients subissent une anesthésie en vue d'une intervention chirurgicale en France, dont près de deux millions concernent des fumeurs<sup>71</sup>. Les données récentes sur les effets du tabagisme péri opératoire ont permis d'établir que le tabagisme est responsable d'un doublement du risque d'être transféré en unité de réanimation, d'un doublement ou d'un triplement du risque infectieux, d'un triplement du risque d'accident coronaire. De plus, cette hausse des complications péri opératoires augmente la durée globale moyenne d'hospitalisation des fumeurs pour une chirurgie lourde d'une durée de deux à trois jours<sup>72</sup> par rapport à celle des patients non-fumeurs. C'est pour toutes ces raisons que l'établissement prévoit dès 2007 de proposer aux patients chirurgicaux, c'est-à-dire qui vont être opérés, dans le cadre de la consultation

---

<sup>71</sup> CONFERENCE D'EXPERTS, 2006, « Tabagisme péri opératoire », *Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation* 25.

<sup>72</sup> DAUTZENBERG B., DUREUI B., TROSINI-DESERT V. Et al., 2006, «Le défi de la prise en charge péri opératoire », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°21-22, p 143 .

d'anesthésie par exemple, un accompagnement d'aide au sevrage, notamment tabacologique, en assurant une permanence et un accueil tous les jours de la semaine. Afin de garantir la mise en œuvre de l'interdiction de fumer, l'établissement a pour objectif de promouvoir l'aide au sevrage. Cela se traduit par une volonté de mettre en place un plan de formation des personnels et à sensibiliser les fumeurs.

Toujours dans le cadre du CPOM, un des objectifs pour 2008 -2009 est de développer les relations de partenariats au sein du Pays de Vitré (lycées, entreprises, animatrice territoriale de santé) afin de multiplier les actions de coordination au moyen notamment des séances de sensibilisation et d'information. Dans cet objectif, l'équipe de liaison a commencé à développer des partenariats puisqu'elle a réalisé une réunion d'information sur le tabac ouverte à toute la population de Vitré. En plus des objectifs que semble s'être fixés l'établissement, des recommandations peuvent être réalisées notamment dans la manière de conduire l'information et la sensibilisation et dans le développement de partenariats nécessaires à une continuité de la prise en charge dans la démarche de soins.

### **3.3. Des préconisations nécessaires pour la pérennisation de la démarche préventive**

Pérenniser la démarche préventive implique de cibler l'information et de sensibiliser tout en évitant la stigmatisation et tout en veillant au respect des libertés des uns et des autres, sous peine de voir annihiler les effets positifs engendrés.

#### **3.3.1. Informer et sensibiliser sans stigmatiser**

##### A) Cibler l'information

Les résultats de l'enquête par questionnaire réalisée au Centre Hospitalier de Vitré ont pu être interprétés par certains professionnels du CCAA comme la traduction du « *boycott des fumeurs qui se sentaient opprimés* »<sup>73</sup>. En effet, compte tenu du faible taux de participation des personnels fumeurs au questionnaire et du nombre relativement peu important de personnes présentes aux réunions d'information réalisées par le CCAA, nous pouvons supposer qu'un sentiment de stigmatisation a pu s'exprimer chez les professionnels fumeurs, traduit par le refus de s'exprimer sur le sujet de l'interdiction de fumer. Un sentiment de discrimination a également été évoqué dans le questionnaire : « *On ressent une discrimination vis-à-vis des fumeurs, qu'en est-il de l'alcool, la drogue*

---

<sup>73</sup> Entretien avec Mme Le Guen, le 4 juillet 2007.



au travail ? »<sup>74</sup>. C'est pour toutes ces raisons que l'information devra être dispensée en évitant au maximum le sentiment de stigmatisation des fumeurs.

De plus, au regard des résultats (Cf 3.2.1) du questionnaire, il est nécessaire d'orienter les actions d'information et de sensibilisation en fonction des caractéristiques des fumeurs et notamment par rapport à leur catégorie socioprofessionnelle et par rapport au service dans lequel ils travaillent.

Enfin, la prévention des risques et notamment ceux liés au tabac passe par l'information et la sensibilisation des patients, résidents et familles. Pour cela, le point de départ est de sensibiliser d'abord les professionnels :

*« Par rapport aux démarches de qualité, je pense que ce qui est aussi important c'est de continuer à sensibiliser le personnel. Une personne qui est sensibilisée à l'impact du tabac va être plus sensible effectivement pour signaler un patient ou proposer une consultation en addictologie. Donc lorsqu'un patient sera identifié comme fumeur et qu'il sera pris en charge par un soignant sensibilisé aux conséquences du tabagisme sur la santé, ce dernier aura plus facilement le réflexe de proposer une consultation en addictologie au patient pour faire le point sur sa consommation. Je pense que la diffusion de l'information concernant les risques pour la santé et les bénéfices liés à l'arrêt du tabac, notamment auprès de l'équipe soignante, permettrait de dépister un maximum de personnes »<sup>75</sup>.*

Pour être efficaces, les actions d'information devront être ciblées et réalisées de façon informelle.

## B) Privilégier des sessions informelles d'information

Au regard des sessions d'information déjà réalisées, il semblerait que des sessions informelles d'information en allant directement vers les professionnels auraient plus d'impact. En effet, deux réunions ont déjà été réalisées et pour chacune d'elles moins de 10 personnes étaient présentes.

Il semble également que le temps ait son importance. Plus de temps devra être laissé aux fumeurs pour s'approprier toutes les nouvelles mesures déployées, ce qui leur permettrait de prendre peut-être plus de recul par rapport à cette loi, et contribuerait sûrement à atténuer le sentiment de stigmatisation. Car la forte mobilisation autour des fumeurs peut avoir l'effet inverse de celui désiré et contribuer à renforcer certains fumeurs dans leur position : *« Je pense effectivement que l'interdiction de fumer peut avoir un effet très positif ou pas : soit la personne trouve que cela devient compliqué de fumer et se dit pourquoi pas essayer d'arrêter? Soit au contraire, elle se dit que le choix lui appartient*

---

<sup>74</sup> Réponse d'un professionnel dans le cadre du questionnaire anonyme.

<sup>75</sup> Entretien avec Mme Le Guen, le 4 juillet 2007.

*après tout et que si elle a envie de fumer pourquoi on l'en empêche ? Du coup elle souhaitera continuer, voire continuer de plus belle»<sup>76</sup>.*

Des efforts dans la manière de dispenser l'information pourront être éventuellement apportés : *« Par rapport au personnel, je pense que c'est assez difficile car consulter sur son lieu de travail c'est pas évident. Moi quand j'ai des échanges avec le personnel c'est assez informel, ce n'est pas forcément en consultation. [...] Je pense qu'il faut effectivement faire passer de l'information de façon mesurée pour ne pas trop stigmatiser parce que du coup cela peut entraîner un renforcement négatif des consommations et ça n'engage pas forcément vers un soin. Je pense que c'est à mesurer à distance de l'application de la loi du 1<sup>er</sup> février. L'année prochaine j'irais peut-être par unité de soins faire un petit topo court mais dans les offices, auprès du personnel paramédical sur les risques liés au tabac, de façon un peu informelle pour que le message passe mieux»<sup>77</sup>.*

Autrement dit, l'établissement devra inscrire son action dans des sessions d'information ciblées que ce soit en terme d'organisation, en développant le côté informel, ou que ce soit en terme de population, en accentuant peut être l'information en fonction des services. De plus, une évaluation de la mise en place de la loi et de la prévention du risque concernant l'usage du tabac devra être réalisée ultérieurement pour mieux mesurer le degré d'appropriation.

La démarche globale de prévention devra être mise en place avec mesure, pour veiller au respect des libertés individuelles et collectives.

### **3.3.2. Concilier libertés individuelles et collectives**

La notion de liberté individuelle est au cœur du préambule de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme<sup>78</sup>. Elle signifie « l'absence de soumission à une contrainte physique ou psychique, la faculté d'accomplir tel ou tel acte qui n'est ni interdit ni obligatoire ».

#### **A) Des pratiques sécuritaires**

En revanche, compte tenu des impératifs de sécurité, la direction du Centre Hospitalier de Vitry a posé certaines limites. En effet, la chambre des résidents constitue un espace privé jusqu'au moment où leur chambre est occupé par un autre résident. Ainsi, on pourrait penser que les résidents peuvent jouir de libertés individuelles au sein de

---

<sup>76</sup> Entretien avec Mme Le Guen, le 4 juillet 2007.

<sup>77</sup> Idem.

<sup>78</sup> En date du 10 décembre 1948.

l'espace qui leur est réservé, à savoir leur chambre, tout en sachant qu'ils doivent respecter la liberté des autres au sein des espaces collectifs.

Il convient de protéger cet espace privé des dégradations éventuelles causées par la cigarette, sans compter les dommages qui peuvent être causés à l'ensemble de l'établissement.

La direction met en avant la difficulté de la loi par rapport à cela : elle autorise la consommation de cigarette dans la chambre en dehors du lit, donc permet d'un côté le respect des libertés individuelles, mais d'un autre côté elle remet en cause la liberté des autres de vivre dans un environnement sécurisé quand on sait le nombre d'accidents et départ de feux qui ont lieu en maison de retraite en raison de la consommation de cigarettes (Cf § 2.2.2. B)). C'est pour toutes ces raisons que la Direction n'a pas souhaité autoriser la cigarette au sein des chambres.

Par ailleurs, la possibilité de la mise en œuvre de certaines libertés en maison de retraite interroge au regard des moyens mis à disposition, et plus particulièrement la nuit lorsque les effectifs sont moindres. En effet, deux professionnels pour 30 résidents sont présents de nuit sur la Maison de retraite de la rue d'Ernée. L'année prochaine, lorsque les travaux de restructuration seront terminés, 3 professionnels sont prévus pour 89 résidents, soit un pour trente. Ainsi, l'application du principe de respect de la liberté de fumer dans les chambres supposerait une attention incessante de la part des professionnels et impliquerait davantage de personnels pour veiller à la sécurité de tous. Cela n'étant pas possible compte tenu du nombre de personnels présents, le choix de la direction a été celui de la sécurité individuelle et collective en interdisant de fumer dans les chambres. Pour le moment, la question de la liberté de fumer ne se pose pas puisqu'il n'y a aucun résident fumeur au sein des deux Maisons de retraite. En effet, les résidents fumeurs sont en long séjour et en chambres doubles où il est donc obligatoire de sortir à l'extérieur de l'établissement.

## B) Respecter les libertés

Le respect de la liberté individuelle et collective est une dimension importante qui doit être prise en compte à l'hôpital et en maison de retraite. Elle apparaît dans plusieurs documents : la Charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>79</sup>, la Charte des

---

<sup>79</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, Journal.Officiel, n° 234 du 9 octobre 2003, [visité le 6.06.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANA0322604A>

droits et libertés de la personne âgée dépendante<sup>80</sup>. De plus, une des missions des professionnels est de protéger les libertés individuelles sans y porter atteinte, mais avec la volonté d'assurer le bien-être individuel et collectif.

Le respect des libertés individuelles est particulièrement important en Maison de retraite puisque l'établissement est pour les résidents un lieu de vie et se substitue à la maison dans laquelle ils ont toujours vécu pour la plupart.

Pour l'avenir et en cas d'éventuels résidents fumeurs, il est nécessaire de trouver des forces et des appuis notamment au sein du personnel, en imaginant par exemple un système de personnes référentes. En effet, la loi interdit d'interdire de fumer dans les chambres, l'établissement devra donc s'adapter à cette situation. Pour cela, l'établissement devra mettre en place des actions de formation du personnel et organiser des sessions d'information et de sensibilisation, auprès de l'ensemble des acteurs, familles, résidents et professionnels. Pour prévenir au mieux les risques, la prise en charge devra être le plus possible pluridisciplinaire.

---

<sup>80</sup> DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, [visité le 21.06.07], disponible sur internet : [http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/droits\\_libertes/cdl\\_pa.pdf](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/droits_libertes/cdl_pa.pdf)

## 4. Conclusion

Comme nous avons pu le démontrer le tabagisme est un problème de santé publique, pluridisciplinaire mais aussi de sécurité, et doit être à ce titre géré comme un risque lié au travail et intégré dans la démarche globale de prévention des risques. Si la loi est, à terme, parfaitement appliquée, l'inscription de l'exposition au tabagisme passif dans le document unique devrait, avec la nouvelle réglementation, tomber en obsolescence, puisque plus aucun professionnel ne devrait être exposé à la fumée du tabac sur son lieu de travail. Néanmoins, certaines difficultés ayant été relevées et compte tenu des obligations qui pèsent sur le directeur, il convient d'inscrire pour le moment l'exposition au tabagisme dans une démarche préventive afin d'encadrer ce risque de façon optimale. La combinaison de ces obligations a conduit la direction du Centre Hospitalier de Vitry à s'engager dans une démarche globale de prévention du tabagisme.

Dans cette étude, nous avons vu comment un hôpital de proximité, à la fois structure sanitaire, sociale et médico-sociale met en œuvre cette nouvelle réglementation et les conséquences multiples auxquelles il doit faire face : réorganisation, information des professionnels, prises en charge de populations spécifiques sur différents sites géographiques.

Par ailleurs, le développement de nouvelles actions en terme de formation et de sensibilisation orchestrées par l'établissement implique des moyens supplémentaires à mettre en œuvre, lesquels pourront être déployés mais cela non sans poser la question des conséquences sur l'offre de soins. Il semble que le temps permettra d'évaluer et d'ajuster les actions qui viennent de se mettre en place.

En attendant et dans une vision plus prospective, certaines questions restent soulevées entre les impératifs de sécurité que le directeur doit mettre en œuvre et les principes de respect des libertés individuelles et collectives des patients/ résidents et des professionnels qu'il convient de préserver. Concilier sécurité et liberté semble une situation idéale mais la réalité permet-elle vraiment de l'appliquer sans dommages et risques encourus ?

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES ET RAPPORTS

BERTHIER N., 2006, *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Méthode et exercices corrigés, 3<sup>e</sup> édition, Paris : Armand Colin, 347 p.

BLANCHET A., GHIGLIONE R., MASSONNAT J. et al., 1998, *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Dunod, Paris, 197 p.

DAUTZENBERG B., 2007, « Travailler sans tabac : le guide », *Editions Margaux Orange*, 147 p.

DAUTZENBERG B., 2001, *Le tabagisme passif*, Paris : La Documentation française, 200 p.

DE SINGLY F., 1992, *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, Paris : Nathan Université (coll.128), 128 p.

JAVEAU C., 1992, *L'enquête par questionnaire*, Editions de l'Université de Bruxelles, 158 p.

MAUTRAIT C., BRANELLEC A., 2001, *Peut-on prévenir le tabagisme ?*, Editions Arnaud Franel, 87 p.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Dunod, 287 p.

TASSIN J-P., DORAY B., FUHRER R., et al., 2000, *Variabilités individuelles des sensibilités à la dépendance*, Editions INSERM, 115 p.

## REVUES :

BECK F., LEGLEYE S., 2004, « Le tabagisme en France », *Regards sur l'actualité*, n° 298. pp. 77-87.

BOYER C., Août/ Septembre 2000, « Ma vie ce n'est pas le tabac », *Gestions Hospitalières*, pp. 518-520.

BRUCKER G., 2006, « Journée mondiale sans tabac », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°21-22, pp 141-151.

BRUCKER G., LAGRUE G., 1998, «La lutte contre le tabagisme à l'hôpital », *Revue Officielle de la Société Française d'Hygiène Hospitalière*, Volume IV, n°4, 292 p.

CHAUMETTE P., Décembre 1998, «Le règlement intérieur et le tabac », *Droit Social*, n°12, 1057 p.

CLAVEL FAUQUENOT M.F., RIGAUD F., janvier 2007, « L'entreprise et les addictions : tabac, alcool, drogue », *in Liaisons Sociales*, n°14800, p 87.

CONGE E., Mars 2007, «Le tabac à l'hôpital : quelles sont les conséquences pour un établissement de santé, son personnel et ses usagers, des mesures anti-tabac concernant les lieux publics ? », *Bulletin juridique de la santé publique*, n° 101.

DAUTZENBERG B., DUREUI B., TROSINI-DESERT V. Et al., 2006, « Le défi de la prise en charge péri opératoire », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°21-22, p 141-151.

DUPONT M., LAJARGE E., janvier février 2000, « Sécurité incendie », *Revue Hospitalière de France*, n°1, 80 p.

GAYET C., « Tabagisme passif et tabagisme actif : obligation de sécurité de résultat pour l'employeur et pour le salarié ». *Documents pour le médecin du travail*, 4e trimestre 2005, pp. 549-550 (fichier pdf), <http://www.inrs.fr>

MARASCHIN J., 24 janvier 2007, « Interdiction de fumer et responsabilité des directeurs », <http://www.hospimedia.fr>

MARESCA B., LE QUEAU P., BADEYAN G. et al. 2000, «Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Évin », *Etudes et Résultats*, n°78, 6 p.

PERETTI-WATEL P., janvier 2007 « La lutte contre le tabagisme », *Problèmes politiques et sociaux*, n°932, 110 p.

PHAN CHAN THE E., HELIS P., DUSSART L., Mars avril 2006, «Le tabagisme », *Performances*, n°27, 48 p.

#### **COLLECTIFS ET ANONYMES :**

CONFERENCE D'EXPERTS, 2006, « Tabagisme périopératoire », *Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation* 25, 4 p.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.), 2004, *Tabac : Comprendre la dépendance pour agir*, Expertise collective, Paris : INSERM, 473 p.

#### **MEMOIRES, MODULES INTERPROFESSIONNELS:**

GESREL P.B., 2004, *Comment favoriser l'appropriation du changement par les professionnels*, Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social Public, 90 p.

ROUVILLOIS S., 2006, *Initier une politique globale de gestion des risques en EHPAD. L'exemple de la résidence de l'Yze de Corps Nuds (35)*, Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social Public, 60 p.

HERITAGE Z., 2003, *Tabac et Hôpital*, Module Interprofessionnel de Santé Publique, ENSP, 32 p.

MARQUIS F., EPAILLARD J-P., 2007, *Dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, la mise en œuvre du décret sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics à compter du 1<sup>er</sup> février 2007*, Module Interprofessionnel de santé publique, Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 47 p.

SLEDZIEWSKI E., 2002, *Pour une politique de santé publique*, Module Interprofessionnel de Santé Publique, ENSP, 33 p.

#### **SITES INTERNET :**

ATC BASSET, *Arrêtez de fumer*, [26.06.07], disponible sur internet : [www.tabac-stop.net/tabac\\_travail\\_entreprise](http://www.tabac-stop.net/tabac_travail_entreprise)



DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, [visité le 21.06.07], disponible sur internet :

[http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/droits\\_libertes/cdl\\_pa.pdf](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/droits_libertes/cdl_pa.pdf)

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE POUR LA PREVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES [25.05.07], disponible sur internet : [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE, *Lutter contre le tabagisme en entreprise*, visité le [27.07.07] disponible sur internet :

[http://www.inrs.fr/htm/lutter\\_contre\\_le\\_tabagisme\\_en\\_entreprise.html](http://www.inrs.fr/htm/lutter_contre_le_tabagisme_en_entreprise.html)

L'AGENCE D'INFORMATION DU SECTEUR HOSPITALIER, *Hospimedia*, [26.05.07], disponible sur internet : [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)

CENTRE DE RESSOURCES DES ENTREPRISES : TABAC, CANNABIS, ALCOOL, [visité le 06.05.07], disponible sur internet :

<http://www.travailler-sans-tabac.com>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, *Espace santé*, [visité le 30.05.07], disponible sur internet :

[www.sante.gouv.fr/](http://www.sante.gouv.fr/)

#### **TEXTES LEGISLATIFS :**

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT . EMPLOI, TRAVAIL ET INSERTION PROFESSIONNELLE DES JEUNES, Circulaire du 24 novembre 2006 concernant la lutte contre le tabagisme, Journal Officiel, n° 281 du 5 décembre 2006, [visité le 05.03.2007], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=METT0612370C>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret no 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), Journal Officiel, n° 258 du 7 novembre 2001, [visité le 21.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MEST0111432D>

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, Circulaire du 27 novembre 2006 relative aux conditions d'application dans les services de l'Etat et des établissements publics qui en relèvent de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, prévue par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, Journal Officiel, n° 281 du 5 décembre 2006. [Visité le 05.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=FPPA0600039C>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, Journal Officiel, n° 265 du 16 novembre 2006. [Visité le 05.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0609703D>

Loi no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, Journal Officiel, n° 10 du 12 janvier 1991, [Visité le 25.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SPSX9000097L>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire du 29 novembre 2006 relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, Journal Officiel, n° 281 du 5 décembre 2006, [visité le 06.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANC0624809C>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé, Journal Officiel, n° 16 du 19 janvier 2007, [visité le 06.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0625025C>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6°, 7°, 8° et 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, Journal Officiel, n° 16 du 19 janvier 2007, [visité le 06.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANA0625146C>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret no 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le

code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), Journal Officiel, n° 258 du 7 novembre 2001, [visité le 07.03.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MEST0111432D>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Circulaire DRT n° 6 du 18 avril 2002 pris pour l'application du décret n° 2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail, [visité le 24.03.07], disponible sur internet :

[http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp\\_media/Circulaire%206DRT18042002.pdf](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/Circulaire%206DRT18042002.pdf)

Rapport fait au nom de la mission d'information sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 octobre 2006. Bibliothèque des rapports publics. [Visité le 07.04.07], disponible sur internet :

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3353.asp>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, Journal.Officiel, n° 234 du 9 octobre 2003, [visité le 6.06.07], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANA0322604A>

BERTRAND X., Discours « Mission d'information sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics ». Mercredi 27 septembre 2006. [Visité le 17.04.07], disponible sur internet :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33\\_060927xb.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_060927xb.htm)

## Liste des annexes

Annexe 1 : Note de services adressée aux cadres

Annexe 2 : Note de services adressée aux professionnels

Annexe 3 : Liste des unités de travail interrogées

Annexe 4 : Le plan d'actions du document unique

Annexe 5 : Questionnaire

Annexe 6 : Lettre adressée par le Préfet de Région Bretagne

## Annexe 1 : Note de services adressée aux cadres



### NOTE DE SERVICE n°2007- 2

Référence : Direction/SM/AB/NOTE/NS07-2

Du : 25/01/07

Emetteur : Direction

Destinataire(s) : Tous les cadres

Incidences sur les notes antérieures : Néant

Objet : Modalités d'application de l'interdiction de fumer concernant les patients et les professionnels à compter du 01/02/2007

**Référence(s) réglementaire(s) :**

- Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif
- Circulaire du 8 décembre relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.
- Circulaire du 12 décembre 2006 précisant les conditions d'applications relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le 1<sup>er</sup> février 2007, la nouvelle réglementation sur le tabagisme dans les lieux collectifs instituée par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 entrera en vigueur. Pour les établissements de santé, cela signifie une interdiction totale de fumer avec suppression des zones fumeurs. Pour les établissements sociaux et médico-sociaux, des aménagements sont prévus.

**1) Procédure de mise en place de l'interdiction de fumer concernant les patients :**

- **Interdiction générale de fumer dans l'Hôpital (services de la route de Rennes) et la Maison de Santé (services SSR et USLD) :**
  - L'interdiction de fumer à l'intérieur de l'hôpital s'applique pour tous les patients.
  - Tous les locaux fumeurs sont supprimés.
  - A titre dérogatoire et à condition qu'ils soient accompagnés d'un tiers, les patients en fin de vie seront autorisés à fumer dans leur chambre.
- **Interdiction partielle de fumer dans les deux Maisons de retraite :**

Compte tenu du risques incendie, le règlement de fonctionnement interdit formellement de fumer dans les chambres. Néanmoins, les résidents ont la possibilité de fumer dans des locaux réservés à cet effet ou à l'extérieur de l'établissement :

  - **Maison de retraite rue d'Ernée :** Les résidents sont invités à utiliser le local fumeur prévu à cet effet.
  - **Maison de retraite rue de Fougères :** Les résidents sont invités à utiliser la pièce aménagée en fumeur au premier étage.

**2) Procédure de mise en place de l'interdiction de fumer concernant les personnels :**

- Le principe d'interdiction totale de fumer s'applique à l'ensemble du personnel **quel que soit le lieu d'exercice** (Services de la Route de Rennes, Maison de Santé et Maisons de Retraite).
- Les professionnels sont **autorisés à sortir fumer à l'extérieur** de l'établissement uniquement pendant le **temps de pause réglementaire et dans les espaces définis** à cet effet :
  - Hôpital de la route de Rennes :  
**Sous le passage couvert**
  - Maison de Santé :  
**Sous l'abri du local à vélos**
  - Maison de Retraite Rue d'Ernée :  
**Sur la terrasse du réfectoire au niveau du 1<sup>er</sup> étage de l'Unité pour Personnes Désorientées**
  - Maison de Retraite Rue de Fougères :  
**Entrée côté jardin**

Il appartient au cadre de signaler à la Direction toute difficulté d'application ou toute infraction constatée relative à l'interdiction de fumer.

Le Directeur  
  
A. GROHEUX





## Annexe 2 : Note de services adressée aux professionnels



### NOTE DE SERVICE n°2007- 3

**Référence** : Direction/SM/AB/NOTE/NS07-3  
**Du** : 25/01/07  
**Emetteur** : Direction  
**Destinataire(s)** : Tous les professionnels  
**Incidences sur les notes antérieures** : Néant

**Objet** : Modalités d'application de l'interdiction de fumer concernant les professionnels à compter du 01/02/2007.

**Référence(s) réglementaire(s) :**

- Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif
- Circulaire du 8 décembre relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.
- Circulaire du 12 décembre 2006 précisant les conditions d'applications relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le 1<sup>er</sup> février 2007, la nouvelle réglementation sur le tabagisme dans les lieux collectifs instituée par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 entrera en vigueur. Pour les établissements de santé, cela signifie une interdiction totale de fumer avec suppression des zones fumeurs. Pour les établissements sociaux et médico-sociaux, des aménagements sont prévus pour les résidents.

- Ce principe d'interdiction totale de fumer s'applique à l'ensemble du personnel quelque soit le lieu d'exercice (Services de la Route de Rennes, Maison de Santé et Maisons de Retraite).
- Les professionnels sont autorisés à sortir fumer à l'extérieur de l'établissement :
  - uniquement pendant le temps de pause réglementaire
  - et uniquement dans les espaces définis à cet effet :
    - Hôpital de la route de Rennes :  
**Sous le passage couvert**
    - Maison de Santé :  
**Sous l'abri du local à vélos**
    - Maison de Retraite Rue d'Emée :  
**Sur la terrasse du réfectoire au niveau du 1<sup>er</sup> étage de l'Unité pour Personnes Désorientées**
    - Maison de Retraite Rue de Fougères :  
**Entrée côté jardin**

Les nouvelles dispositions réglementaires introduites dans le code de la santé publique prévoient que toute transgression à cette interdiction sera considérée comme un délit répréhensible. Le respect de cette interdiction s'impose à tous à compter du 1<sup>er</sup> février 2007 et tout agent contrevenant sera passible :

- de la contravention de troisième classe réglementairement prévue (amende forfaitaire de 68 euros).
- d'une sanction disciplinaire.

Le Directeur  
  
BROCHEUX



### **Annexe 3: Liste des unités de travail interrogées dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels**

- 1) Administration
- 2) Blanchisserie
- 3) Bloc opératoire
- 4) CCAA/ Psychologue
- 5) Chirurgie
- 6) Consultations externes, secrétaires médicales
- 7) Cuisine
- 8) Equipe ménage hôpital/ Maison de santé
- 9) Equipe de nuit Maison de santé
- 10) Equipe de nuit hôpital
- 11) Hôpital de jour
- 12) Kinésithérapeutes/ Diététiciennes
- 13) Maison de retraite de la rue de Fougères/ Animatrices
- 14) Maison de retraite de la rue d'Ernée
- 15) Maternité
- 16) Médecine A
- 17) Médecine B, Endoscopie, Chimiothérapie
- 18) Pharmacie/ Hygiène
- 19) Radiologie
- 20) Services techniques, informatiques, biomédicaux
- 21) Stérilisation
- 22) Unité de Surveillance Continue
- 23) Unité de Soin de Suite et de Réadaptation
- 24) Urgences
- 25) Unité de Soins de Longue Durée/ Coiffeuse

## Annexe 4 : Le plan d'actions du document unique

Axes d'action	Thèmes servant de base pour définir des actions concrètes	Indicateurs de suivi globaux A suivre annuellement		Actions concrètes correspondant	Délai de réalisation	Indicateur de suivi spécifiques aux actions	Service concerné	Responsable
		Nombre d'accident de travail sans arrêt en 2006	Nombre d'accident de travail avec arrêt en 2006					
Le professionnel et le patient/résident : "Sécuriser" le professionnel dans la prise en charge du patient/résident	1) Lombalgies, douleurs musculaires	3	2	Formations à reconduire: - "Manutention, gestes et postures" - "Manutention des malades" (Formateur interne, masseur-kiné)	Annuellement Dès 2007	Nombre de participants Plan de formation	Services de soin Profession avec ports de charges	DRH Bureau du personnel
				Etudier la possibilité d'acquiescer des lève malades, selon besoins Poursuivre l'évaluation concernant les lits électriques supplémentaires à hauteur variable, après étude des besoins Poursuivre l'évaluation concernant les lits électriques à hauteur variable	Voir plan équipement	Nombre de lève malades acquis, selon besoins Nombre de lits à hauteur variable, selon besoins	Secteur de L'Hil (LS3)	DSE/ DSF Voir le plan d'équipement
				Intégrer une information sur la manutention lors de la journée d'accueil pour les contractuels d'été	Annuellement Dès 2007	Evaluation des questionnaires de satisfaction Programme de la journée d'information	Tous les services	Masseur-kiné
				Acquisition de roll-boards	Voir plan équipement	Nombre de roll-boards	A définir, par exemple: Ambulancier Morgue Imagerie	DSE/DSF
	2) Agressivité physique et/ ou verbale			Reconduire, voire développer certaines formations: "Prise en charge des patients angoissés la nuit" "Droit et information du patient" "Gestion du stress" "Accompagnement fin de vie"	Annuellement Dès 2007	Nombre de participants Plan de formation	Tous les services	DRH Bureau du personnel
				Réfléchir à la mise en place d'un système de protection des agents: 1) Etudier la possibilité d'une protection des travailleurs isolés à la Maison de Santé et les Maisons de retraite de la rue d'Ernée et de la rue de Fougères 2) Permettre le fonctionnement des médaillons acquis à l'hôpital	Voir plan équipement	1) Nombre de médaillons en fonctionnement 2) Nombre de protections acquises	Agents de nuit isolés en priorité (Maisons de Retraite, USC notamment)	DSE/DSF
				Etudier la mise en place d'une procédure en lien avec le service d'addictologie du CCAA (Patches centralisés aux urgences)	2007	Nombre de patients pris en charge	Tous les services	DSE/DSF
	3) Face à la mort / douleur			Formation "gestion et droits des patients" en place depuis 2005, à reconduire.	Annuellement	Plan de formation et nombre de participants	Tous les services Services de soin	DRH/ BDP
				Reconduire la formation "Accompagnement fin de vie" Réaliser l'évaluation de la formation Reconduire la formation "Gestion du stress"	Annuellement Dès 2007	Nombre de participants Plan de formation	En priorité: SSR, LS, Médecine	DRH Bureau du personnel
				Développer les temps d'échange notamment avec la psychologue Proposer une réflexion aux cadres concernant les réunions de service puis les conseils de pôle	Pluriannuel	Nombre de rencontres	Tous les services	Psychologue Cadre du service/ DSoins Directions
				Développer la réflexion concernant les soins palliatifs (ex: la mise en place d'une équipe mobile de soins palliatifs) Développement de partenariat sur l'accompagnement fin de vie avec des associations telles que l'AFSP, JALMAV Etudier la possibilité de rencontres avec ces associations	Voir CPOM	Existence de l'équipe, du partenariat	Voir CPOM	Direction
	4) Hygiène, contamination	(Objets coupants, piquants) 26		Permettre l'identification de la personne de confiance dans le dossier de soins.	2007/ 2008	Fiches de recueil	Tous	A définir
				Veiller à maintenir en l'état et évaluer l'application des protocoles d'hygiène dans les services de soins	Objectif pluriannuel	Evaluation de l'application des protocoles (Objectifs du CLIN, grilles dans les services)	Tous les services de soins	Equipe Opérationnelle d'Hygiène Cadres, médecins CLIN
				Réaliser une information auprès des équipes ménages, brancardiers, services techniques et des liaisons sur l'hygiène et sur les infections nosocomiales/ Voir si reconduction nécessaire	2007 (Juin et octobre)	Nombre de participants Programme	Equipe ménage, brancardiers, services techniques, liaisons	Equipe Opérationnelle d'Hygiène DRH/ BDP
				Evaluer la procédure de maîtrise des déchets	Fin 2007	Procédure	Tous les services	A définir
				Etudier la possibilité de réaliser une étude sur les piqûres	A définir	Nombre de piqûres Indicateurs des grilles des AES (CCLIN)	Services de soins	Equipe Opérationnelle d'Hygiène Médecine du travail



Axes d'action	Thèmes servant de base pour définir des actions concrètes	Indicateurs de suivi globaux A suivre annuellement		Actions concrètes correspondant	Délai de réalisation	Indicateur de suivi spécifiques aux actions	Service concerné	Responsable
		Nombre d'accident de travail sans arrêt en 2006	Nombre d'accident de travail avec arrêt en 2006					
Le professionnel et l'établissement: "Améliorer l'organisation pour une meilleure intégration du professionnel dans l'établissement"	1) Communication			Réinstitutionnaliser les réunions de service et mettre en place les conseils de pôle	Voir CPOM	Nombre de réunions Constitution des pôles (participants)	Tous les services	Directions Cadres Chefs de services et de pôles
				Rattacher les professions isolées à un projet de service avec un référent identifié pour chacune d'elles (kinés, diététiciennes, informaticiens, animatrices, coiffeuse..)	2008	Nombre de référents	Masseurs-kinés, coiffeuses, animatrices, diététiciennes, informaticiens, biomédicaux, psychologue, assistante sociale...	DRH Direction
				Développer les moyens internes de communication: Livret d'accueil Journal interne Intranet Journal de bord Notes d'information	Voir CPOM	Existence du livret Existence du journal Fréquence annuelle du journal	Tous les services	A définir
	2) Charge/rythme de travail			Identifier une filière gériatrique (augmentation de la charge de travail suite au vieillissement de la population)	Voir CPOM		Services de soins	Direction Médecins
	3) Dysfonctionnements organisationnels			Respecter les délais concernant l'élaboration et la communication des plannings	A définir	Respect du calendrier	Tous les services	DRH DSoins Responsables des services/ Cadres
				Permettre l'application de la note de service concernant l'astreinte médicale	2007	Application de la note	Tous les services	Direction(s) Communauté médicale DSoins Cadres
				Communiquer le bilan des FSI et sensibiliser les professionnels à l'utilité de cette action	2007	Nombre d'informations	Tous les services	Qualité
	4) Reconnaissance, respect			Améliorer la reconnaissance des professions isolées en permettant leur accès à l'information (notamment par le biais de leur référent)	2008	Nombre de référents identifiés	Les professions isolées	Direction DRH
				Améliorer la reconnaissance des professions mal connues: organiser des visites de sensibilisation aux différentes compétences pour favoriser les échanges, favoriser la "mixité" lors des formations	2008	Nombre de visiteurs Accès à l'information	A définir, par exemple: cuisines, blanchisserie, urgences...	Responsables des services
				Réactiver le groupe de travail alternance jour/ nuit Finaliser le travail	2007 2008	Nombre de réunions Comptes rendus	Services de soins	DRH
				Améliorer le respect des droits et devoirs: Information sur la charte du patient hospitalisée Retour sur les questionnaires de sorties Diffusion d'un livret d'accueil	Pluriannuel	A définir	Tous les services	Qualité DSoins Tous les professionnels
	5) Isolement physique/insécurité			Réduire l'isolement dans certains services: Etudier la possibilité d'améliorer l'entraide entre les services Etudier les possibilités de fermeture des portes/ accès de certains services	2008/2010	A définir	A définir Mais principalement: Standard, MR, Médecine B	Direction
				Améliorer l'éclairage sur les parkings de l'hôpital et sur le site de la Maison de Santé	Voir possibilité	A définir	Les personnes travaillant de nuit (tôt le matin et tard le soir),	Direction
				Rappeler les consignes institutionnelles en cas d'incidents	Pluriannuel	Connaissance des procédures	Tous les services	Direction Cadres

Axes d'action	Thèmes servant de base pour définir des actions concrètes	Indicateurs de suivi globaux A suivre annuellement		Actions concrètes correspondant	Délai de réalisation	Indicateur de suivi spécifiques aux actions	Service concerné	Responsable	
		Nombre d'accident de travail sans arrêt en 2006	Nombre d'accident de travail avec arrêt en 2006						
<b>Le professionnel et le matériel "moyens de travail": Améliorer les conditions matérielles du travail</b>	1) Soulèvement de matériels	3	7	Etudier la possibilité de revoir le système de commandes mensuelles: Commander 2 fois par mois afin de réajuster la commande de la première quinzaine.(moins de stock et de risques de chutes)	2008/2009	Nombre de commandes par mois	Tous les services	DSE/DSF Cadres	
	2) Mobilier mal placé			Etablir une liste du mobilier mal placé Enlever ce mobilier	2007 2007/2008	Réponse à la demande	Tous les services	A définir	
	3) Incendie				Développer la prise en charge des patients ayant des conduites addictives, liées au tabac	2007/2008	Procédures, nombres de patchs distribués	Principalement: Nuit, Médecine A et B, Urgences	Professionnels du CCAA dont IDE
					S'assurer que la formation incendie concerne toutes les catégories de professionnels, même les plus isolés	2007/2008 Selon possibilité du plan	Nombre de participants à la formation Plan de formation	Tous les services	Services techniques DRH BDP
					Resensibiliser le personnel au système d'alarme Explication aux équipes du tableau d'affichage et rappel des consignes en cas d'incendie à la Maison de Santé	2007 A renouveler	Nombre d'informations	Maison de Santé (notamment la nuit)	Services techniques
	4) Produits "entrants" (Produits d'entretien, toxiques..)				Mettre en place une procédure d'information en cas de changement de produits	2008/2009	Procédures	Tous les services	DSE/ DSF
					Etudier la possibilité d'avoir un relais hygiène la nuit par site	2008	Nombre de relais (IDE, AS)	Service de soins	Dsoins/ Equipe Opérationnelle d'Hygiène
	5) Sols mouillés	1	6	Veiller à l'utilisation des panneaux sols mouillés Réfléchir à l'achat de panneaux complémentaire	2007 2008	Nombre de panneaux achetés Nombre de chutes sur sols mouillés	Actuellement seulement pour les équipes ménages, voir pour les services de soins	Responsables des équipes ménage DSE / DSF Cadres	
6) Objets coupants/piquants	26		Sensibiliser le personnel, les résidents aux risques de coupures liés à la vaisselle cassée, en Maisons de retraite	2008/2009	Nombre d'informations	Maisons de retraite	A définir		
<b>Reconstitution et utilisation des cytotoxiques</b>	1) Respecter les bonnes pratiques dans ce domaine			Mise en conformité des pratiques dans l'établissement pour la centralisation et la reconstitution OU externalisation de l'approvisionnement	2007	Mise en conformité ou externalisation	Médecine B Pharmacie	Direction Chef de service de la pharmacie Chef de service de la médecine B	
				Dans l'attente d'une décision concernant une de ces deux actions: 1) Tester la faisabilité d'une externalisation avec le Centre Eugène Marquis en 2007 2) Réaliser l'étude de faisabilité de mise en conformité, avec l'achat d'un isolateur	2007	Ordre du jour CHSCT Conventions Etude coût, équipement, personnel	Médecine B Pharmacie	Direction Chef de service de la pharmacie Chef de service de la médecine B	
	2) Poursuivre la formation des personnels soignants sur l'utilisation des cytotoxiques				Former les agents en interne, et en externe à cette utilisation	Dès 2007/2008 Pluriannuel	Plan de formation Nombre de participants (selon besoins)	Médecine B	DRH Bureau du personnel
					Permettre aux agents de réaliser des stages d'observation et d'échange de pratique au CRLCC Eugène Marquis	Dès 2007/2008 Pluriannuel	Nombre de "stages" réalisés	IDE/ Médecine B	A définir

## Annexe 5 : Questionnaire

### QUESTIONNAIRE ANONYME A DESTINATION DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

*Madame, Monsieur,*

*Actuellement en stage au Centre Hospitalier de VITRE dans le cadre de ma formation d'Elève Directrice à l'École Nationale de la Santé Publique, je réalise un mémoire sur la mise en œuvre de l'interdiction de fumer au Centre Hospitalier de Vitré.*

*Dans le cadre de ces travaux de recherche, un questionnaire a été réalisé en étroite collaboration avec l'équipe du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA).*

*Ce questionnaire s'adresse à l'ensemble des personnels de l'établissement, non fumeurs (questions 1 à 14) et fumeurs (l'ensemble des questions).*

*Il a pour principaux objectifs:*

*-Identifier la proportion de fumeurs et de non fumeurs au sein de l'établissement afin d'évaluer les besoins d'accompagnement et de prise en charge.*

*-Mesurer les effets de la nouvelle réglementation concernant l'interdiction de fumer : perception, enjeux et difficultés d'application.*

*Par avance, je vous remercie de consacrer quelques instants à remplir ce questionnaire.*

Julie MAZZIA

*Elève Directrice (Stagiaire à la Maison de Santé)*

(Merci de bien vouloir remettre votre questionnaire sous enveloppe avant le **vendredi 20 avril** à l'intention de : Julie Mazzia - Elève Directrice, Maison de Santé.) Pourcentage par rapport à l'ensemble des répondants

## 1. Situation personnelle :

Q1 Sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin <b>84%</b> <input type="checkbox"/> Masculin <b>16%</b>
-----------	---

Q2 Age :	Age moyen <b>40 ans</b>
----------	-------------------------

Q3 Profession :	<input type="checkbox"/> Agent des Services Hospitaliers <b>6%</b> <input type="checkbox"/> Aide-soignant <b>30%</b> <input type="checkbox"/> Infirmier <b>19%</b> <input type="checkbox"/> Paramédical <b>6%</b> <input type="checkbox"/> Médecin <b>9%</b> <input type="checkbox"/> Sage-femme <b>2%</b> <input type="checkbox"/> Administratif <b>16%</b> <input type="checkbox"/> Technique <b>5%</b> <input type="checkbox"/> Etudiant <b>1%</b> <input type="checkbox"/> Autres <b>7%</b>
-----------------	--

Q4 Dans quel service travaillez-vous ?	
--	--

Q5 Etes-vous ?	<input type="checkbox"/> Non-fumeur <b>65%</b> <input type="checkbox"/> Ex-fumeur <b>17%</b> <input type="checkbox"/> Fumeur quotidien <b>10%</b> <input type="checkbox"/> Fumeur occasionnel <b>8%</b>
----------------	--

Q6 Travaillez-vous la nuit ?	<input type="checkbox"/> Jamais <b>65%</b> <input type="checkbox"/> Quelquefois <b>13%</b> <input type="checkbox"/> Régulièrement <b>23%</b>
------------------------------	--

## 2. Relation tabac et loi:

Q7 Pensez-vous que l'exemplarité du personnel hospitalier soit primordiale dans la prévention et la prise en charge du tabagisme ?	<input type="checkbox"/> Oui <b>72%</b>
	<input type="checkbox"/> Non <b>25%</b>
	<b>Vide 3%</b>

Q8 Pensez-vous avoir reçu suffisamment d'information sur la mise en œuvre de l'interdiction de fumer dans les lieux publics ?	<input type="checkbox"/> Oui <b>81%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>18%</b> <b>Vide 1%</b>
---	--

<p><b>Q9</b> Etes-vous satisfait de la suppression des locaux fumeurs au sein de votre établissement ?</p>	<input type="checkbox"/> Satisfait <b>54%</b> <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait <b>27%</b> <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait <b>17%</b> <b>Vide 2%</b>
--	--

<p><b>Q10</b> Que pensez-vous de l'interdiction de fumer par rapport au patient/ résident fumeur ?</p>	<input type="checkbox"/> Très favorable <b>42%</b> <input type="checkbox"/> Plutôt favorable <b>37%</b> <input type="checkbox"/> Pas du tout favorable <b>19%</b>
--	---

<p><b>Q11</b> Rencontrez-vous des difficultés dans cette prise en charge ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <b>31%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>24%</b> <input type="checkbox"/> Non concerné <b>30%</b> <b>Vide 3%</b>
<p><b>Si oui, lesquelles :</b>.....</p>	

<p><b>Q12</b> Pensez-vous que le patient ait suffisamment été informé de l'interdiction totale de fumer au sein de l'établissement ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <b>21%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>24%</b> <input type="checkbox"/> Sans avis <b>43%</b> <b>Vide 2%</b>
--	---

<p><b>Q13</b> Pensez-vous que la loi est appliquée au sein de votre établissement ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <b>87%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>9%</b> <b>Vide 4%</b>
---	---

<p><b>Q14</b> Que pensez-vous des emplacements extérieurs réservés aux personnels fumeurs ?</p>	<input type="checkbox"/> Adapté <b>16%</b> <input type="checkbox"/> Moyennement adapté <b>49%</b> <input type="checkbox"/> Pas du tout adapté <b>26%</b> <b>Vide 9%</b>
<p>Propositions :.....</p>	

**Pourcentage par rapport aux répondants « fumeurs »**

<b>Q15</b> Est-ce que vous fumez au cours de votre journée de travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <b>55%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>38%</b> <b>Vide 7%</b>
---	--

<b>Q16</b> Est-ce que l'interdiction de fumer a eu des effets sur votre consommation de cigarettes ?	<input type="checkbox"/> Oui <b>31%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>59%</b> <b>Vide 10%</b>
--	---

<b>Q17</b> Eprenez-vous des difficultés à respecter l'interdiction de fumer ?	<input type="checkbox"/> Oui <b>17%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>73%</b> <b>Vide 10%</b>
---	---

### 3. Dépendance

<b>Q18</b> A quel âge avez-vous commencé à fumer ?	<input type="checkbox"/> Avant 11 ans <input type="checkbox"/> 11 – 19 ans <b>52%</b> <input type="checkbox"/> 20 – 29 ans <b>28%</b> <input type="checkbox"/> 30 – 39 ans <input type="checkbox"/> Après 40 ans <b>3%</b> <b>Vide 17%</b>
--	---

<b>Q19</b> En moyenne, combien de cigarettes (ou pipes ou cigares) fumez-vous par jour ?	<b>8,45 Cigarettes</b>
--	------------------------

<b>Q20</b> Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	<input type="checkbox"/> Dans les 5 premières minutes <b>11%</b> <input type="checkbox"/> Entre 6 et 30 minutes <b>14%</b> <input type="checkbox"/> Entre 31 et 60 minutes <b>10%</b> <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes <b>48%</b>
--	---

<b>Q21</b> Avez-vous déjà réduit votre consommation de cigarettes ?	<input type="checkbox"/> Oui <b>62%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>17%</b> <b>Vide 21%</b>
---	---

<b>Q22</b> Lors de cette réduction de votre consommation, avez-vous ressenti une répercussion sur votre humeur ?	<input type="checkbox"/> Oui <b>17%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>48%</b> <b>Vide 35%</b>
--	---

Q23 Si oui, quels types de répercussion sont apparus ?	
Trouble du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 35% Vide 65%
Manque d'entrain	<input type="checkbox"/> Oui 4% <input type="checkbox"/> Non 31% Vide 65%
Baisse d'intérêt pour des choses que j'aime habituellement	<input type="checkbox"/> Oui 7% <input type="checkbox"/> Non 28% Vide 65%
Autres	<input type="checkbox"/> Oui 14% <input type="checkbox"/> Non 17% Vide 69%


#### 4. Le besoin d'aide :

		Oui	Non	Vide
Q24 Sur quels thèmes souhaiteriez-vous recevoir plus d'informations :	<input type="checkbox"/> La dépendance psychologique	<b>38%</b>	<b>11%</b>	<b>51%</b>
	<input type="checkbox"/> La dépendance physique	<b>31%</b>	<b>14%</b>	<b>55%</b>
	<input type="checkbox"/> La nutrition	<b>7%</b>	<b>28%</b>	<b>65%</b>
	<input type="checkbox"/> Les risques liés au tabac		<b>31%</b>	<b>69%</b>
	<input type="checkbox"/> Les bénéfices liés à l'arrêt du tabac	<b>14%</b>	<b>24%</b>	<b>62%</b>
	<input type="checkbox"/> Les moyens d'aide à l'arrêt du tabac	<b>38%</b>	<b>10%</b>	<b>52%</b>

Q25 Avez-vous le projet d'arrêter de fumer ?	<input type="checkbox"/> Oui <b>31%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>49%</b> Vide <b>20%</b> Si oui : <input type="checkbox"/> Dans le mois <input type="checkbox"/> Dans l'année <b>28%</b> <b>Vide 72%</b>
--	--

Q26 Si vous décidez d'arrêter de fumer, pensez-vous avoir besoin d'aide ?	<input type="checkbox"/> Oui <b>38%</b> <input type="checkbox"/> Non <b>45%</b> <b>Vide 17%</b>
---	---

## Annexe 6 : Lettre adressée par le Préfet de Région Bretagne

  
Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement  
Ministère de la santé et des solidarités

PRÉFECTURE D'ILLE ET VILAINE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE  
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES  
D'ILLE ET VILAINE


Affaire suivie par :  
Mme CHARDENOUX  
FC/EN  
Tél : 02.99.02.1816

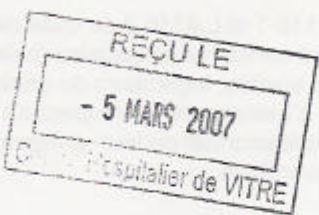
Rennes, le 28 FÉV 2007

Le Préfet de La Région de Bretagne  
Préfet d'Ille et Vilaine

à

Mesdames et messieurs les Directrices et  
Directeurs des établissements de santé  
publics et privés





Objet : Interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif.

Réf. : Code de la santé publique, articles L. 3511-7 et L. 3512-4, décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006.

Les modifications introduites dans le Code de la santé publique par les dispositions du décret susvisé du 15 novembre 2006 sont venues renforcer les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.

Une circulaire du ministre de la santé et des solidarités –DHOS– en date du 8 décembre 2006 (J.O. du 19 janvier 2007) en a précisé les conséquences s'agissant des établissements de santé. Elle vous a été adressée pour mise en œuvre.

➤ **Une nouvelle réglementation**

En effet, **vos établissements sont maintenant soumis à une interdiction totale de fumer en leur sein à partir du 1<sup>er</sup> février 2007.** Cela vous amène en conséquence à devoir modifier vos organisations internes pour respecter l'esprit et la lettre de cette nouvelle réglementation qui s'impose à vous.

Cette interdiction concerne tous les sites y compris les écoles de formation et l'ensemble des activités de court et de moyen séjour sous réserve toutefois des dispositions précisées par la circulaire du 8 décembre 2006 précitée s'agissant des chambres des personnes accueillies dans les structures de long séjour.

Vous devez, ainsi, en premier lieu, vous conformer aux prescriptions matérielles contenues désormais dans les articles R. 3511-2 et R. 3511-6 du code de la santé publique en ne mettant plus d'emplacements aménagés à disposition des fumeurs et en installant une signalisation accompagnée d'un message sanitaire afin de rappeler l'interdiction de fumer.

➤ **Les sanctions**

Je vous rappelle que le non respect de ces prescriptions vous expose à des sanctions pénales, soit une contravention de quatrième catégorie, en tant que responsables des lieux où s'applique l'interdiction de fumer (article R. 3512-2 du code de la santé publique).



Il pourra en être de même pour toute personne qui fumerait dans un établissement de santé à l'encontre de laquelle sera alors dressée une contravention de troisième catégorie (article R. 3512-1 du code de la santé publique).

Le ministre de la santé et des solidarités, en raison de l'importance des enjeux de santé publique auxquels vise à répondre ce nouveau dispositif a demandé dès le 29 novembre 2006 la mise en place de plans de contrôle départementaux notamment dans les établissements sanitaires et sociaux afin de s'assurer de l'effectivité de son application.

#### ➤ Contrôler

En conséquence, je vous informe que je diligenterai pour ma part, en pleine concertation avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne, des contrôles d'établissements de santé à ce titre.

Ce contrôle sera opéré sur la base des articles L.6116-1 et L.6116-2 du code de la santé publique par des agents des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (médecins inspecteurs de santé publique, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, ingénieurs de génie sanitaire, ingénieurs d'études sanitaires et techniciens sanitaires) qui s'assureront du respect de la réglementation et pourront, le cas échéant, quel que soit le motif professionnel de leur présence dans vos établissements, dresser des procès-verbaux et des contraventions.

#### ➤ Une approche « risque »

En effet, vous devez désormais considérer le tabagisme, notamment sous sa forme passive, comme un risque sanitaire collectif.

Il vous appartient donc de développer dans vos établissements respectifs une action institutionnelle visant à prévenir ce risque au même titre, par exemple, que celles que vous avez pu d'ores et déjà mettre en place s'agissant du risque infectieux. Cette action représente la garantie essentielle d'une protection durable.

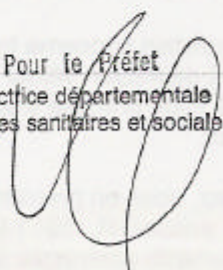
Je vous invite en conséquence à vous engager sans délai, avec l'ensemble de l'encadrement et des équipes et en collaboration avec les différentes instances consultatives internes, dans la mise en place et l'animation d'un dispositif permanent de prévention et de vigilance à l'égard du tabagisme, fondé sur une approche « risque ».

Je vous remercie d'informer les présidents ou présidentes de vos organismes gestionnaires respectifs de la teneur de la présente lettre et ne doute pas de l'attention que vous lui porterez ni de votre souci d'y répondre pleinement.

#### Copie à :

- M. le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne

Pour le Préfet  
La directrice départementale  
des affaires sanitaires et sociales

  
Michèle CHAUSSUMIER