



RESEAU HOPITAL SANS TABAC

**REFERENTIEL POUR L'ELABORATION D'UN PLAN
STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME**

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

**RESEAU HOPITAL SANS TABAC
102 RUE DIDOT 75014 PARIS
TEL 01 40 44 50 26 - FAX 01 40 44 50 46
www.hopitalsanstabac.org - Email : rhst@hopitalsanstaba**

**Jean-Patrick Deberdt, Directeur des programmes
Yva Doually, Responsable Département formation**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
TABAC ET PSYCHIATRIE PERMANENCE ET ACTUALITE	4
REFERENTIEL POUR UN HOPITAL SPECIALISE SANS TABAC	6
Qu'est ce qu'un établissement de santé spécialisé sans tabac ?	6
Qu'est-ce qu'une stratégie d'hôpital sans tabac ?	6
LES FONDEMENTS DE LA STRATEGIE HOPITAL SANS TABAC	7
1. La communication	7
2. La prévention	7
3. La formation	7
4. La prise en charge des fumeurs	8
METHODOLOGIE DE MISE EN PLACE D'UNE STRATEGIE D'HOPITAL SANS TABAC	9
I. PHASE PREPARATOIRE	9
Création du Comité Local de Prévention du Tabagisme (CLPT)	9
Définition et planification d'une stratégie	9
Déterminants des choix stratégiques	10
II. PHASE DE MISE EN ŒUVRE	10
1^{ère} étape : Lancement de la stratégie d'Hôpital Sans Tabac	10
2^{ème} étape : Compléments (6 mois à 1 an après le lancement)	11
III. PHASE DE CONSOLIDATION ET POURSUITE DE LA DEMARCHE	11
CONDUITE DU PROJET	12
1. Le Référent et le Comité Local de Prévention du Tabagisme	12
2. La zone fumeur	13
3. La prise en charge des soignants	13
4. Le Réseau Hôpital Sans Tabac	14
SCHEMAS 1 PLANIFICATION D'UNE STRATEGIE	15
SCHEMAS 2 RELANCE ET CONSOLIDATION	16
PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME (8 FICHES)	17
ANNEXES	
1. Composition du groupe de travail et de validation	
2. Méthodologie	
3. Documents de travail: analyse des points de la charte, exemple de travail d'un comité	
4. Exemple de protocole d'aide à l'abstinence temporaire au tabac	

INTRODUCTION

Jusqu'au 1^{er} février 2007, la loi de 1991 dite "loi Evin" imposait aux établissements de santé comme à tout lieu collectif une interdiction de fumer. Le décret no 2006-1386 du 15 novembre 2006 renforce et étend les dispositions préexistantes notamment par l'interdiction des zones fumeurs au sein des établissements de santé et l'instauration d'un corps de contrôle habilité à verbaliser les contrevenants.

Le décret du 15 novembre 2006 complété des circulaires du 8 et du 12 décembre 2006, respectivement consacrées aux établissements de santé et aux établissements sociaux et médico-sociaux constituent le socle d'une nouvelle réglementation plus complète qui appelle une mise en conformité du secteur de la santé. Outre l'obligation d'apposer une signalétique déterminée par arrêté ministériel, les chefs d'établissement voient leur responsabilité engagée quant à la bonne application de la réglementation.

Le présent référentiel, second d'une collection qui en rassemble trois autres respectivement consacrés à l'hôpital général, la maternité et les écoles de santé sans tabac, prend une dimension particulière aujourd'hui. Il s'agit plus que jamais de permettre aux établissements de santé et à leurs équipes soignantes d'instituer, de façon aussi simple qu'efficace et durable, le concept d'hôpital sans tabac. Ce document qui a montré l'intérêt de formaliser la démarche d'hôpital sans tabac et de proposer une aide méthodologique aux établissements s'inscrit dans le prolongement de l'auto évaluation nationale des politiques tabac des établissements de santé, conduite pour la première fois en mai et juin 2004.

Si l'approche retenue pour l'hôpital général reste globalement pertinente pour les établissements de santé mentale, certaines caractéristiques dans l'environnement des soins et des patients, nécessitaient des compléments spécifiques.

Ainsi, ce référentiel pour l'hôpital psychiatrique se veut le support de la mise en place d'une stratégie de prévention et de prise en charge du tabagisme. Il vise à répondre aux attentes des Directions hospitalières comme des professionnels, confrontés au tabagisme en général et aux besoins des patients hospitalisés. Dans ce sens, les propositions formulées par le Groupe de Travail réuni par le Réseau Hôpital Sans Tabac revêtent une finalité essentiellement indicative. Celles-ci tiennent compte de l'expérience acquise par ses membres, déjà engagés dans la prise en charge du tabagisme et restent soucieuses du respect des patients et des soignants.

Après un tour d'horizon de la problématique du tabac dans le domaine de la santé mentale, le Groupe de travail s'est plus particulièrement attaché à définir le concept d'établissement ou de service de psychiatrie sans tabac. Ses modalités pratiques insistent sur l'importance de l'action auprès des personnels en parallèle des initiatives concernant les patients.

Le Groupe de travail institué par le Réseau Hôpital Sans Tabac a rassemblé des représentants des diverses catégories de personnels exerçant en milieu psychiatrique : Directeurs d'établissements, psychiatres, addictologues, tabacologues, médecins du travail, infirmières en tabacologie, cadres et cadres supérieurs de santé. La liste de ses membres ainsi que la méthodologie de travail retenue et sa validation figurent en annexe de ce référentiel.

PREMIERE PARTIE

TABAC ET PSYCHIATRIE PERMANENCE ET ACTUALITE

L'approche du tabac en milieu psychiatrique se place au carrefour de trois exigences : les contraintes structurelles de l'hôpital, la dimension culturelle du tabac en psychiatrie, les impératifs médicaux et d'organisation des soins.

En termes de structures, la configuration souvent pavillonnaire des établissements oblige à démultiplier les initiatives en faveur de la réduction du tabagisme et rechercher autant d'appuis localement. La circulation de l'information notamment, reste variable suivant les pavillons et touche différemment les diverses catégories de personnel. La pratique de soins dans des structures délocalisées ou ambulatoires, ajoutent à la difficulté de conduire une politique tabac cohérente et régulière. Ainsi, la suppression des zones fumeurs, parfois délicate à réaliser en hôpital général, prend, dans un environnement psychiatrique, une dimension nouvelle. Non seulement la consommation de tabac y est en général plus élevée et plus largement partagée mais, la configuration des lieux et la situation des patients imposent des précautions particulières (sécurité incendie, accompagnement des malades). D'autres structures tels les CMP, CMPE appartements thérapeutiques, hôpital de jour, CATTP... ajoutent à la diversité des situations et obligent à de nouvelles adaptations.

An niveau culturel, les rapports entre l'hôpital spécialisé et le tabac plongent leurs racines dans l'histoire des établissements et la particularité d'hospitalisations de longues durées, parfois chroniques. Ceci explique la dimension relationnelle du tabac longtemps utilisé dans le cadre d'activités manuelles (fabrication de cigarettes) ou en tant que monnaie d'échange ou encore moyen de rétribution de menus services confiés aux malades.

Mais surtout, le tabac occupe une place incontournable au regard de l'ennui qui marque les longues journées d'hospitalisation. Parallèlement, la position des soignants souffre d'un sentiment d'impuissance face à la dépendance tabagique des patients. Ceci explique pour partie le défaut d'intérêt souvent observé envers le tabagisme à l'hôpital. Enfin, il faut reconnaître que le tabac reste un vecteur relationnel important dans l'environnement thérapeutique. Ce lien étroit entre le tabac et la santé mentale explique sa revente dans les établissements psychiatriques jusqu'à un passé récent.

Si la législation a évolué, les habitudes de consommation persistent et posent problème aux personnels, confrontés à une demande de tabac de la part des malades.

En ce qui concerne les impératifs médicaux et soignants, la question dominante est celle du tabagisme dans le cadre des chambres d'isolement et de l'hospitalisation sous contrainte. Il s'agit là en quelques sortes d'un "domicile contraint" qui, à l'instar de la détention, déroge à la stricte application de la réglementation. Tout n'est pas réglé pour autant. La convergence de l'état du malade et de sa dépendance aux soignants pour tous les actes de la vie courante crée une situation particulièrement difficile à appréhender. S'il est compréhensible que le tabac passe au second plan dans l'approche du malade à ce stade, la **Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en oeuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé** précise : "*Par ailleurs, à titre exceptionnel, et au regard des pathologies prises en charge, l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients sur la mise en oeuvre d'un sevrage tabagique rapide*

présente des difficultés médicales majeures." En d'autres termes, une marge de manœuvre est clairement laissée à l'appréciation des équipes soignantes afin de moduler l'application de la réglementation en fonction des malades et de leur état. Il leur appartient d'en faire bon usage.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel que les établissements de santé mentale qui s'engagent dans une démarche d'hôpital sans tabac mettent l'accent sur la formation de leur personnel et privilégie l'intégration d'un médecin ou d'une infirmière tabacologues, de préférence eux-mêmes issus de la psychiatrie. Seule une prévention et une prise en charge du tabagisme parfaitement adaptée à l'environnement des établissements spécialisés est à même de favoriser l'adaptation à la nouvelle réglementation entrée en vigueur le 1^{er} février 2007. Prévention et prise en charge doivent apporter un bénéfice commun qui ne porte en aucun cas préjudice aux patients du fait de leur état de santé.

Longtemps restés à distance de l'actualité en tabacologie, les établissements de santé mentale sont aujourd'hui rejoints par le mouvement de « dénormalisation » du tabac. Inaugurée par la loi de 1991 (loi Evin) et renforcée par le décret du 15 novembre 2006 ainsi que par le Plan Cancer et les initiatives des pouvoirs publics sur le prix du tabac. Cette « dénormalisation » fait écho aux préoccupations du monde de la santé. Dans ce contexte, la prise en compte de nouvelles priorités : accréditation, risque incendie, auto évaluation des politiques tabac, engagement des Directions, exemplarité des personnels, législation spécifique, ne peut que renforcer la motivation des établissements à devenir des hôpitaux sans tabac.

A l'heure où la mobilisation en faveur de l'aide au sevrage tabagique intègre la gestion des ressources humaines et la démarche qualité des établissements, le monde de la psychiatrie ne peut plus rester en retrait d'une évolution majeure en santé publique.

DEUXIEME PARTIE

REFERENTIEL POUR UN HOPITAL SPECIALISE SANS TABAC

Qu'est ce qu'un établissement de santé spécialisé sans tabac?

Un "hôpital sans tabac" n'est pas un hôpital sans fumeurs. C'est un établissement de santé au sein duquel on s'abstient de fumer (respect de la législation sur le tabagisme dans les lieux publics) et où l'on met en œuvre une politique active de prévention au côté de la prise en charge du tabagisme des patients et des personnels (mission de santé publique).

Cette définition synthétise la problématique du tabac à l'hôpital. Le tabagisme existe ici comme ailleurs et pose un problème de santé publique que les établissements de soins, de par leur spécificité, ne peuvent ignorer. La question est de savoir comment aborder ce tabagisme et surtout que proposer aux fumeurs car le tabac est d'abord une dépendance.

Cette approche tient compte de la place du tabac dans la relation thérapeutique avec le malade et doit être appréciée au regard du projet thérapeutique individualisé tant au plan médical que soignant. La recherche de la réduction du risque tabagique ou l'opportunité d'un projet de sevrage au détour de l'hospitalisation ne doivent pas prendre le pas ou interférer avec la stratégie de soins mise en œuvre pour le malade. Sa santé mentale prime sur les autres impératifs de santé et la prise en charge du tabagisme a pour devoir de respecter cet ordre des priorités.

Il est par conséquent indispensable d'inscrire la stratégie d'hôpital sans tabac dans un cadre pluriel qui, tout en recherchant l'optimum d'hôpital sans tabac, tient compte de ce que le malade fumeur peut accepter ou supporter et de l'indispensable protection des non fumeurs. Plus que partout ailleurs la prévention et la prise en charge du tabagisme, procèdent, en milieu psychiatrique, de la recherche d'un équilibre qui respecte les uns et protège les autres.

Qu'est-ce qu'une stratégie d'hôpital sans tabac ?

C'est l'ensemble des initiatives de nature administrative ou médicale, prises par un établissement de santé dans le cadre d'un projet débattu et planifié, pour tendre vers la disparition du tabagisme du personnel et favoriser la motivation et l'aide au sevrage des patients. L'impact de cette stratégie est évalué par enquête interne ainsi que par le score obtenu sur le questionnaire européen des hôpitaux sans tabac.

La stratégie d'hôpital sans tabac en santé mentale reste tributaire des aspects structurels, culturels et médicaux de ce domaine de la santé. Par contre, elle ne peut ignorer l'évolution récente de la place du tabac dans la société et l'hôpital.

LES FONDEMENTS DE LA STRATEGIE HOPITAL SANS TABAC

La stratégie d'hôpital sans tabac ne se limite pas à la simple apposition de pictogrammes "Interdiction de fumer" mais articule quatre types d'actions.

1. La communication

Objectif : Elle vise à informer du respect de la loi Evin et mettre en évidence les initiatives de l'établissement dans l'abord du fumeur et sa prise en charge. Elle s'intègre dans un plan de communication global, permanent et régulièrement renouvelé afin de maintenir son impact.

Cibles : La communication s'adresse aussi bien aux patients et à leur famille qu'aux personnels de toutes catégories, y compris les médecins. Elle s'adresse également aux instances (Conseil d'administration, CME, CHSCT, CSS...) ainsi qu'aux écoles des professions de santé (IFSI, IFCS...).

Vecteurs : Tous les vecteurs sont utilisés, pictogrammes, affiches, livret d'accueil des malades, livret d'accueil du personnel, papier à en-tête, message d'attente téléphonique, journal Interne, site Intranet, Internet...

2. La prévention

Elle forme un ensemble indissociable avec la communication qu'elle soutient, complète et crédibilise par l'information dispensée sur les dangers du tabac. Elle informe patients, visiteurs et personnels sur les opportunités d'entreprendre un sevrage tabagique dans le cadre d'une consultation de tabacologie. La prévention s'intègre dans l'activité quotidienne du personnel de l'hôpital qui, s'il est formé, prend en charge le sevrage tabagique et s'il ne l'est pas, oriente selon l'intensité de la dépendance tabagique vers le pharmacien, le médecin de ville ou une consultation spécialisée.

Cibles : Elles se complètent avec celles de la communication

Vecteurs : affiches, brochures, dépliants, livret d'accueil des malades, site Internet...

3. La formation

La stratégie d'hôpital sans tabac ne se conçoit pas sans formation des personnels sinon elle n'aurait aucune assise. L'objectif est double :

- Permettre à l'établissement de jouer son rôle dans l'orientation et (ou) la prise en charge des fumeurs.
- Disposer de relais au sein des services pour la mise en œuvre de la politique tabac définie par le Comité local de prévention du tabagisme.

Au sein des établissements spécialisés, la relation privilégiée établie par les soignants, les habitudes de consommation de tabac ainsi que le besoin de formation dans une approche

nouvelle du tabagisme conduisent à privilégier la formation en tabacologie comme vecteur du changement.

Au-delà de la nécessité d'une forte sensibilisation de l'ensemble des personnels, et compte tenu des éléments précédents, chaque établissement doit disposer d'au moins une infirmière spécialisée en tabacologie, relais du médecin tabacologue, afin de maintenir la permanence de la prise en charge des malades et assurer la prévention et la formation des personnels. Dans cette perspective, il apparaît essentiel d'inclure la formation au DIU de tabacologie dans le plan de formation des personnels.

En complément, la sensibilisation à la problématique du tabac en santé mentale doit également être assurée à travers des formations accessibles à tous sur l'abord du patient fumeur en psychiatrie.

Pour répondre au problème posé par la dispersion des structures, la présence de plusieurs "référénts prévention tabac", formés à l'abord du fumeur et aux principes du sevrage tabagique doit être envisagée.

4. La prise en charge des fumeurs

L'action envers le patient fumeur est diverse. Elle peut reposer sur une prise en charge proprement dite, de préférence au sein de l'établissement par le médecin tabacologue ou l'infirmier en tabacologie et en collaboration étroite avec le psychiatre. A défaut, elle peut prendre la forme d'une orientation vers une consultation spécialisée en l'attente de disposer d'une équipe formée dans ce sens.

Si le sevrage reste l'objectif à atteindre, la prise en compte de l'état du malade et de sa dépendance peut conduire à privilégier la réduction du tabagisme avec un accompagnement.

Dans cette perspective, la mise à disposition des substituts nicotiques est essentielle dans la stratégie d'abord du patient fumeur en établissement spécialisé. Celle-ci s'inscrira dans le cadre de protocoles de sevrage validés qui permettront à l'ensemble des soignants d'intervenir plus efficacement. (exemple de protocole en annexe).

Sur ce point, la réflexion intégrera l'intérêt respectif des diverses formes de substituts nicotiques orales ou transdermiques.

En ce qui concerne les malades hospitalisés sous contrainte ou en unité de malades difficiles (UMD), la question de l'usage des substituts nicotiques doit être posée d'emblée pour limiter le syndrome de manque induit par l'isolement. La réduction de consommation reste un objectif qui sera envisagé au regard de l'ensemble des moyens disponibles.

Pour le personnel et en l'absence de tabacologue, le médecin du travail est l'interlocuteur privilégié, la visite d'embauche ou de suivi médical sera l'occasion d'engager le dialogue sur le tabac. Il va de soi que l'usage des substituts nicotiques s'inscrit dans la stratégie de sevrage du tabagisme du personnel et repose pour partie sur la facilitation de leur délivrance dans le cadre de la médecine du travail (gratuité sur prescription).

La mesure du monoxyde de carbone expiré est utile non seulement au suivi du sevrage mais aussi à la prise de conscience de l'intensité du tabagisme chez le fumeur. Il fait partie des éléments de motivation à l'arrêt et doit être répétée dans le temps.

Enfin, il faut rappeler le **décret no 2004-68 du 16 janvier 2004 qui exclue les établissements de santé de la qualité de revendeur de tabac** et notamment ceux qui sont habilités à recevoir des personnes hospitalisées sous contrainte.

En ce qui concerne les personnels, ceux-ci ne peuvent à l'évidence se substituer aux revendeurs pour répondre aux attentes des malades. En conséquence, les modalités d'accès au tabac pour les patients ne peuvent résulter que d'initiative de la famille ou des visiteurs. Pour les malades isolés ou sans visite, une réflexion de la Direction en concertation avec les instances (CME, CHSCT), les représentants du personnel et, tout particulièrement les associations d'aide aux patients doit déterminer des modalités d'accès au tabac, compatibles avec la loi et le règlement intérieur de l'établissement.

METHODOLOGIE DE MISE EN PLACE D'UNE STRATEGIE D'HOPITAL SANS TABAC

Elle s'organise en 3 phases :

1. **Phase préparatoire** avec la création du Comité Local de Prévention du Tabagisme
2. **Phase de mise en oeuvre** avec un important volet communication
3. **Phase de consolidation** après une première évaluation

1) PHASE PREPARATOIRE

Du travail réalisé à cette étape dépend largement la réussite du projet

A) Création du Comité Local de Prévention du Tabagisme (CLPT)

Rôle : C'est l'organe qui définit et conduit la politique tabac de l'établissement. Au sein du Comité se trouvent la ou les personnes qui seront en charge du projet sur le terrain (le référent tabac).

Le Comité publie un rapport annuel sur sa politique et ses actions qui est présenté aux instances et diffusé auprès du personnel ainsi qu'aux personnes nouvellement recrutées.

Composition : Elle est laissée à l'initiative des Directions et rassemble généralement entre 5 et 15 membres suivant la taille de l'établissement. Il est présidé par le Directeur ou, le plus souvent, un cadre qui le représente. Les personnels, médecins ou infirmières spécialisés en tabacologie en font automatiquement partie ainsi qu'un représentant du personnel et un représentant des instances (CHSCT ...) Le Comité doit être suffisamment réduit pour être efficace et suffisamment large pour permettre l'expression des diverses sensibilités. La présence de membres fumeurs peut contribuer à l'équilibrer.

Il est également souhaitable d'intégrer un représentant des usagers et des familles au sein du CLPT.

B) Définition et planification d'une stratégie

- 1. L'état des lieux** La stratégie d'hôpital sans tabac s'appuie sur un état des lieux du tabagisme dans l'établissement qui constitue son point de départ. Diverses modalités d'enquêtes sont possibles, deux sont régulièrement retenues : le questionnaire européen qui a présidé à l'auto évaluation dont le score reflète l'état d'avancement de l'établissement vers un "hôpital sans tabac" et l'enquête "Baromètre tabac personnel hospitalier" qui évalue la prévalence du tabagisme au sein des diverses catégories professionnelles. Ces éléments seront complétés par la synthèse des informations et opinions recueillies par le Comité Local de Prévention du Tabagisme, en particulier la prise en compte du risque incendie au regard de la prévalence du tabagisme des malades.
- 2. La Charte Hôpital Sans Tabac** Elle constitue la référence en 10 points qui représentent autant l'engagement de l'établissement qu'un guide dans la démarche vers un hôpital sans tabac. La Charte est également un outil de communication à diffuser largement sous forme d'affichage ou de documents internes.

Le point n°10 ne doit pas s'entendre comme le développement d'attitudes coercitives mais pose plus raisonnablement la question de la protection des non fumeurs et de l'exemplarité de comportement qui doit être celle des soignants. C'est essentiellement envers ces derniers que ce point, par ailleurs élaboré au niveau européen et indépendamment de références psychiatriques, a été rédigé. Il fait autant référence à la loi sur le tabagisme dans les lieux publics qu'aux recommandations de l'Académie de Médecine dans son rapport de mars 2004.

- 3. Les choix stratégiques** Ils dépendent de quatre facteurs et progressent toujours selon la séquence:

Communication - Sensibilisation → Mise en œuvre → Formation → Evaluation

En effet, la démarche d'hôpital sans tabac a peu de chance de s'imposer si elle n'est pas connue des patients et des hospitaliers qui doivent se l'approprier. **La sensibilisation des personnels s'inscrit par contre comme une priorité.** Pour des raisons pratiques, la mise en œuvre de la démarche en elle-même ne doit pas attendre la formation qui se programme d'une année sur l'autre mais doit être engagée dans les meilleurs délais. Enfin, l'évaluation est indispensable pour témoigner des résultats, alimenter les travaux du CLPT et orienter les décisions.

C) Déterminants des choix stratégiques

- **Score initial de l'auto évaluation** : Celle-ci est réalisée chaque année sur le site Internet du Réseau Hôpital Sans Tabac, à partir du questionnaire européen des hôpitaux sans tabac. Un score faible traduit la situation d'un établissement peu avancé dans la prévention du tabagisme qui s'attachera à mettre en place en priorité les éléments de base de sa stratégie (Comité et communication) avant d'envisager une baisse significative du tabagisme.

Un score élevé conduira à cibler avec précision les points susceptibles d'être améliorés et veiller particulièrement à ce que les acquis ne soient pas remis en cause.

- **Charte Hôpital Sans Tabac** : Tous les points de la Charte ne peuvent être appliqués simultanément. La démarche d'hôpital sans tabac est progressive. L'établissement retiendra prioritairement les points apparus "faibles" ou clairement non appliqués dans l'auto évaluation puis, chaque année, 2 à 3 points feront l'objet d'un effort particulier jusqu'à ce que les 10 points soient appliqués.
- **Moyens disponibles** : Ils varient beaucoup d'un établissement à l'autre, notamment par la présence ou non d'une consultation de tabacologie. Quelle que soit la situation, l'hôpital sans tabac ne peut faire l'impasse sur son équipe référente. Celle-ci ne doit pas rester isolée mais bénéficier de l'appui de sa Direction et du concours d'autres services (mise à disposition d'outils de communication, accès Internet, messagerie électronique...) On mentionnera tout particulièrement l'équipement et l'usage d'appareils analyseurs de CO dont la pratique doit devenir usuelle en milieu hospitalier.
- **Niveau de formation tabac du personnel** : Il est encore très insuffisant voire inexistant dans la plupart des établissements. Le plan de formation est un élément clé de la stratégie d'hôpital sans tabac.

II) PHASE DE MISE EN OEUVRE

La mise en œuvre d'une stratégie d'hôpital sans tabac s'étend en général sur deux ou trois années avec un temps fort qui est son lancement puis, à distance, une seconde période de renforcement avant la troisième phase de consolidation des acquis qui doivent être clairement perceptibles à ce moment.

1^{ère} étape : Lancement de la stratégie d'Hôpital Sans Tabac

1. Information des instances : présentation du projet élaboré par le CLPT
2. Démarrage de la campagne de communication et de sensibilisation
3. Mise en œuvre des actions

Il est essentiel qu'un message clair " *A partir du..... l'hôpital devient sans tabac*" soit diffusé par la Direction et que le nom et les coordonnées du référent tabac soient portés à la connaissance de tous.

Parallèlement se met en place, avec le tabacologue ou le médecin du travail, un protocole pour l'aide à l'arrêt du tabac des personnels fumeurs et, avec la Direction des ressources humaines, un protocole d'information des nouveaux arrivants.

2^{ème} étape : Compléments (6 mois à 1 an après le lancement)

1. Bilan de la phase de démarrage
2. Travail spécifique sur certains points de la Charte Hôpital Sans Tabac retenus par le CLPT.
3. Eventuellement, première activation du plan de formation

A ce stade, il importe d'avoir une idée précise de la façon dont l'entrée dans la démarche d'hôpital sans tabac s'est effectuée afin d'être sûr que cette étape est acquise ou bien s'il faut la poursuivre voire la reprendre. L'effort portera ensuite sur les "points faibles" de l'établissement relativement à la Charte Hôpital sans Tabac

III) PHASE DE CONSOLIDATION ET POURSUITE DE LA DEMARCHE (courant de la 2^{ème} année et 3^{ème} année)

1. Evaluation des deux premières phases dont une nouvelle auto évaluation
2. Mise en oeuvre ou poursuite du plan de formation
3. Continuité du travail sur les points de la charte
4. Renouvellement de la communication et réactivation de la démarche Hôpital Sans Tabac
5. Participation à des évènements ou actions "Journée Mondiale Sans Tabac", "Baromètre Tabac Personnel Hospitalier", "Ce mois-ci j'arrête" (aide au sevrage tabagique du personnel hospitalier).

L'évaluation doit permettre de faire le point sur la situation de l'établissement depuis le lancement de sa stratégie et lui apporter un nouveau score en auto évaluation. Elle sera largement diffusée dans le cadre du rapport annuel du CLPT.

A ce stade, un an après le lancement de la démarche d'hôpital sans tabac :

- Celle-ci doit être entrée dans les habitudes de l'établissement
- Sa traduction est une baisse significative et clairement perceptible du tabagisme
- La poursuite des efforts et notamment la formation et la prise en charge du tabagisme des soignants, renforcera la décroissance du tabagisme en général mais de façon plus progressive.

Compte tenu du décalage nécessaire à l'intégration du tabac dans le plan de formation de l'établissement, c'est plus particulièrement dans cette troisième phase que se mettent en place les formations. Il est important de prévoir une formation qui permet de disposer de personnes relais au sein des services. Au-delà de leur action auprès des patients et visiteurs, cela permettra d'ancrer la démarche engagée et d'éviter le retour progressif à la situation initiale.

La réactivation de la démarche hôpital sans tabac passe par une nouvelle action de communication complétée par le travail sur des points de la Charte Hôpital Sans Tabac. Dans la mesure du possible, il faut renouveler ou réorganiser l'affichage et les actions de prévention. L'organisation ou la participation à des actions permet une mobilisation visible autour des thèmes proposés et renforce les initiatives précédentes.

Au terme du processus de mise en place puis de montée en charge, la stratégie d'hôpital sans tabac sera actualisée par simple ajustement annuel en ciblant les points sur lesquels faire porter l'effort.

CONDUITE DU PROJET

1) Le Référent et le Comité Local de Prévention du Tabagisme

La facilité d'implantation de la démarche d'hôpital sans tabac repose essentiellement sur trois piliers : le travail effectué en phase préparatoire, l'activité régulière du référent, la formation de personnes relais au sein des services.

En termes de charge de travail, l'essentiel se fait dans la phase préparatoire. Un projet soigneusement préparé se déroulera mécaniquement dans ses différentes phases et ne demandera que des interventions ponctuelles impliquant une disponibilité raisonnable (Chargé de communication, Responsable formation, Référent tabac...).

Le choix de la personne ou de l'équipe référente tabac est essentiel dans le sens où une stratégie d'hôpital sans tabac n'est pas une attitude personnelle ou militante mais **l'expression d'une démarche qualité globale** de la part de l'établissement s'inscrivant dans une perspective de santé publique. Le référent doit bénéficier du soutien de sa Direction, être bien intégré dans l'établissement et faire preuve de diplomatie comme de patience.

En appui du travail du référent tabac, l'établissement doit s'investir dans le projet à ses divers échelons et sur le long terme. Les échecs s'observent fréquemment dans les cas suivants :

- L'interdiction de fumer est effective dans la réglementation mais personne ne gère officiellement son application
- Une signalétique et des affiches de prévention sont apparues un peu partout mais sans projet ni communication, chacun pense qu'elles s'adressent... aux autres.
- Une démarche d'hôpital sans tabac a été lancée mais sans suivi ni formation. Passé l'effet d'annonce des premiers mois, le tabagisme est revenu.

Exemples de composition du Comité Local de Prévention du Tabagisme en établissement spécialisé

Petit établissement 7 personnes

Directeur ou cadre
Médecin et (ou) infirmière Tabacologue
Médecin du travail
Représentant du corps médical
Représentant du personnel soignant
Représentant du CHSCT
Représentant des familles et des usagers

Grand établissement 17 personnes

Directeur ou cadre
Médecin et (ou) infirmière Tabacologue
Médecin du Travail
Infirmière de consultation d'addictologie
Représentant du corps médical
Pharmacien
Représentant de l'IFSI si existe
Représentant du personnel soignant
Représentant du personnel administratif
Représentant du personnel technique
Représentant du CHSCT
Responsable de la communication
Responsable de la formation
Responsable de la qualité
Responsable sécurité incendie
Représentant des familles et des usagers

2) La zone fumeur

Le décret du 15 novembre 2006 supprime toute zone fumeur dans les établissements de santé quels qu'ils soient. Il convient donc de supprimer fermer ou réorganiser à d'autres fins les locaux anciennement fumeurs qui pourraient exister.

L'aménagement des locaux dans le respect de la réglementation est un point essentiel pour la stratégie d'hôpital sans tabac. Le directeur en est pénalement responsable.

3) La prise en charge des soignants

Si la prise en charge ou l'orientation des malades fumeurs entre dans la mission de soins de l'hôpital. Il n'en est pas de même pour le personnel.

Lors de la mise en place d'une stratégie d'hôpital sans tabac, les fumeurs réagissent de trois façons différentes. Certains arrêtent de fumer, d'autres, les plus nombreux, essaient de s'abstenir de fumer sur le lieu de travail, d'autres encore continuent à fumer. L'attitude de chacun dépend largement de sa relation au tabac et des conditions de travail.

Au-delà du fait de s'abstenir de fumer, l'objectif de la stratégie d'hôpital sans tabac doit toujours être le sevrage. L'hôpital constitue un exemple dans l'éducation et la promotion de la santé pour le public. Il ne peut laisser son personnel fumer. Dans cette perspective un "hôpital sans tabac" a pour vocation de prendre des initiatives afin de favoriser le sevrage tabagique de son personnel.

La mise à disposition des substituts nicotiques pour le personnel comme les patients fait partie intégrante aujourd'hui d'une politique d'aide au sevrage tabagique, elle est complétée par la mesure du monoxyde de carbone expiré ce qui suppose l'acquisition par l'établissement d'un analyseur de CO. La conjonction du respect de la réglementation et le sevrage généralisé, dont les personnels nouvellement recrutés se verront proposer le bénéfice, devrait favoriser l'objectif d'hôpital sans tabac.

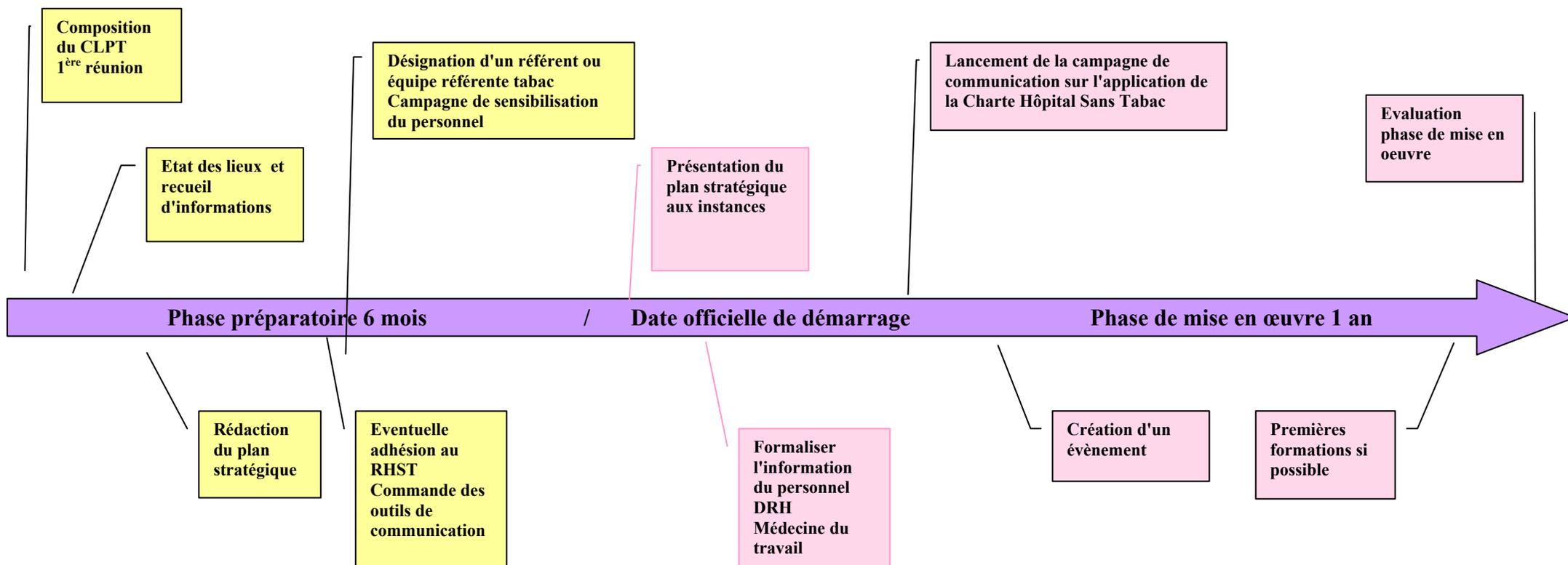
4) Le Réseau Hôpital Sans Tabac

Son objectif est d'abaisser la prévalence du tabagisme dans les établissements de santé. Dans cette perspective il fédère, en 2004, près de 500 établissements, publics ou privés, de toutes tailles et fournit un ensemble de services à ses adhérents : assistance stratégique pour la mise en place de leur politique tabac, assistance pour leur communication, prêt d'analyseurs de CO pour des journées à thème, formation des hospitaliers... Il réalise chaque année des missions et enquêtes pour prévenir le tabagisme ou favoriser sa prise en charge.

Le Réseau Hôpital Sans Tabac dispose d'un site Internet www.hopitalsanstabac.org qui est son outil de travail principal et permet de conduire des enquêtes en ligne. Il informe sur l'actualité des actions du Réseau et permet d'accéder à ses services.

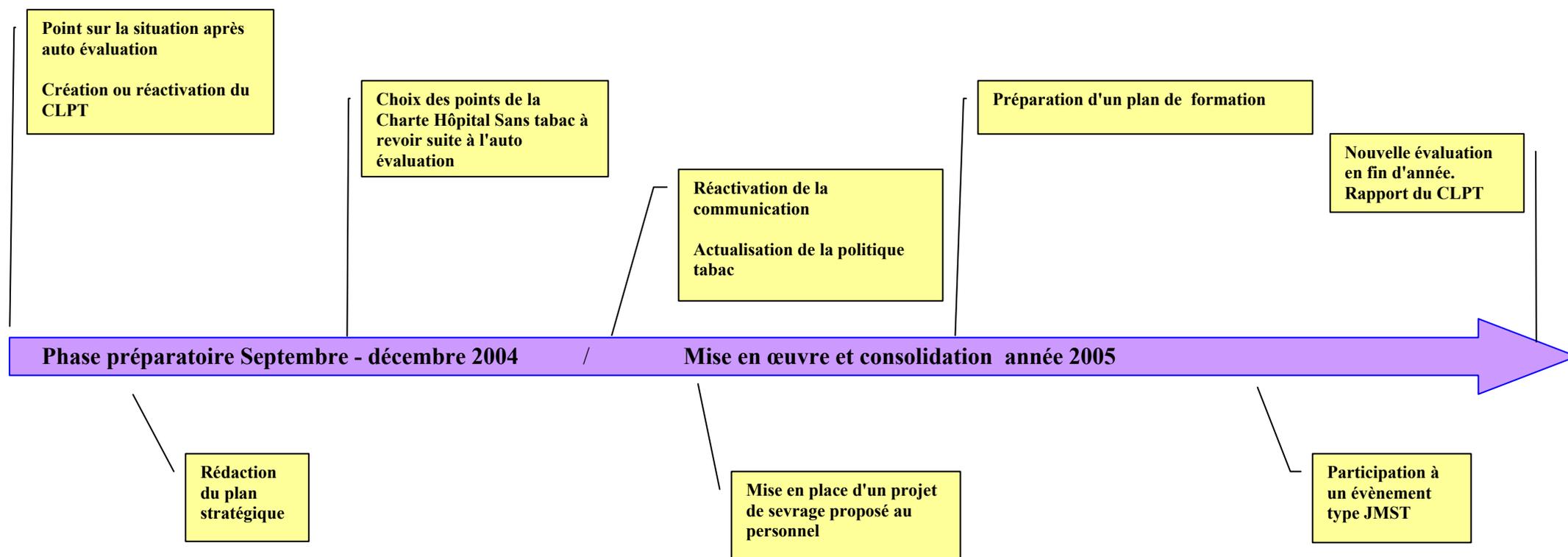
SCHEMA N° 1 PHASE PREPARATOIRE ET DE LANCEMENT DE LA STRATEGIE HOPITAL SANS TABAC

Cas no 1 - Hypothèse : l'établissement doit définir entièrement sa stratégie sans antériorité de lutte contre le tabagisme. Les durées sont données à titre indicatif. Ce schéma est commun aux référentiels "Hôpital Général" et "Hôpital spécialisé"



SCHEMA N° 2 RELANCE ET CONSOLIDATION

Cas no 2 : l'établissement avait pris des initiatives dans la lutte contre le tabagisme sans élaborer de stratégie particulière. Les durées sont données à titre indicatif. Ce schéma est commun aux référentiels "Hôpital Général" et "Hôpital spécialisé"



PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME

UTILISATION DES FICHES PLAN STRATEGIQUE

Le modèle de plan stratégique de réduction du tabagisme proposé se présente sous la forme de **8 fiches thématiques** couvrant l'ensemble de la démarche d'Hôpital Sans Tabac.

Après avoir déterminé la stratégie de l'établissement et à l'aide du référentiel joint, il suffira de sélectionner les fiches se rapportant aux choix retenus pour constituer le plan stratégique de l'année à venir. Il leur sera ensuite attribué un numéro de priorité et on cochera les actions à mettre en œuvre.

Toutes les fiches ne sont pas forcément à retenir la même année sauf si l'établissement décide d'engager des actions dans chacun des 8 domaines répertoriés. Enfin, chaque fiche comporte une rubrique "actions complémentaires" où l'établissement inscrira des initiatives qui lui sont propres.

Exemple n° 1

Un petit établissement qui n'avait pas de politique tabac formalisée doit élaborer une stratégie complète. Celle-ci ne peut se mettre en place en une fois. Il procédera donc par étapes en sélectionnant les fiches qui correspondent aux différentes phases de son plan stratégique.

Son plan pour 2005 sera constitué de :

- **Fiche engagement** priorité n° 1 (cocher le détail des décisions). Date de mise en œuvre septembre 2005, Durée 4 mois.
- **Fiche communication** priorité n° 2 (cocher le détail des décisions). Date de mise en œuvre janvier 2006, Durée 10 mois.
- **Fiche Evaluation**, priorité n° 3 (évaluation de la phase de mise en œuvre). Date de mise en œuvre novembre 2006, Durée 1 mois.

Exemple n° 2

Un grand établissement qui a engagé de longue date une politique tabac qui donne de bons résultats, se limitera à son actualisation en fonction de sa situation présente.

Son plan pour l'année suivante pourrait rassembler :

- **Fiche formation** priorité n° 1 (ex une formation supplémentaire "Abord du fumeur à l'hôpital" pour 30 agents en intrahospitalier et 1 DU de tabacologie pour son équipe référente tabac). Date de mise en œuvre: respectivement mars 2006 et année 2006, Durée 1 an.
- **Fiche communication** priorité n° 2 (ex : mention de l'Hôpital Sans Tabac sur les messages d'attentes téléphoniques). Date de mise en œuvre octobre 2006, Durée permanente.
- **Fiche Prévention**, priorité n° 3 (organisation d'une conférence débat sur le tabagisme ouverte au public à l'occasion de la Journée Mondiale Sans Tabac). Date de mise en œuvre 31 mai 2006, Durée 1 journée.

PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME

ANNEE

Etablissement Public Privé
CHU CH CHS Clinique privée Autres
Adhérent au Réseau Hôpital Sans Tabac Oui Non
Nom
Adresse
.....
Nombre de lits
CP Ville
Tel Fax
Email Direction

Référent « tabac »
Nom Prénom
Fonction
Service
Tel Fax
Email

Score Auto évaluation actuel

Antériorité d'une stratégie de réduction du tabagisme Oui Non
Période couverte par le plan stratégique

PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME

ANNEE

FICHE : ENGAGEMENT

PRIORITE N°.....

EVALUATION PREVUE EN

	Date de mise en oeuvre	Durée
<p>Etablissement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégration de la politique tabac dans le projet d'établissement <input type="checkbox"/> • Création du Comité Local de Prévention du tabagisme <input type="checkbox"/> • Désignation d'un référent <input type="checkbox"/> • Détermination des moyens alloués au Comité <input type="checkbox"/> • Adhésion au Réseau Hôpital Sans Tabac <input type="checkbox"/> • Validation par les instances (CA, CME, CHSCT, CTE...) <input type="checkbox"/> 	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
<p>Comité Local de Prévention du Tabagisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat des lieux, auto évaluation, informations locales <input type="checkbox"/> • Rédaction du Plan stratégique de réduction du tabagisme <input type="checkbox"/> • Mise en œuvre progressive de la Charte Hôpital Sans Tabac <input type="checkbox"/> • Publication d'un rapport annuel <input type="checkbox"/> 	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
<p>Ressources humaines et stratégie de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information du personnel à l'embauche <input type="checkbox"/> • Information dans le livret d'accueil du personnel <input type="checkbox"/> • Information des étudiants des professions de santé <input type="checkbox"/> • Formalisation de la prise en charge du tabagisme en médecine du travail <input type="checkbox"/> 	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>

PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME

ANNEE

FICHE : PRISE EN CHARGE DU TABAGISME

PRIORITE N°.....

EVALUATION PREVUE EN

	Date de mise en oeuvre	Durée
Prise en charge du tabagisme des patients <ul style="list-style-type: none">• Par une consultation spécialisée <input type="checkbox"/>• Par un service avec personnel qualifié <input type="checkbox"/>• Orientation des patients vers une consultation spécialisée <input type="checkbox"/>• Mise à disposition des substituts nicotiniques en pharmacie <input type="checkbox"/>• Utilisation du dossier informatisé de tabacologie <input type="checkbox"/>• Equipement en appareils analyseurs de CO <input type="checkbox"/>• Pratique courante de la mesure de CO expiré <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prise en charge du tabagisme du personnel <ul style="list-style-type: none">• Horaires d'accès à la consultation de tabacologie <input type="checkbox"/>• Accord avec tabacologue d'un établissement voisin <input type="checkbox"/>• Mise à disposition gratuite de substituts nicotiniques <input type="checkbox"/>• Prise en charge en médecine du travail <input type="checkbox"/>• Mesures de CO en médecine du travail <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Actions complémentaires <ul style="list-style-type: none">• <input type="checkbox"/>• <input type="checkbox"/>• <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME

ANNEE

FICHE : EVALUATION ET SUIVI

PRIORITE N°.....

EVALUATION PREVUE EN

	Date de mise en oeuvre	Durée
Evaluation		
Evaluation de la stratégie d'Hôpital Sans Tabac		
• Questionnaire d'auto évaluation <input type="checkbox"/>		
• Evaluation de l'application de la Charte Hôpital Sans Tabac <input type="checkbox"/>		
• Evaluations d'étapes <input type="checkbox"/>		
• Satisfaction de critères internes <input type="checkbox"/>		
Evaluation de la prévalence du tabagisme à l'hôpital		
• Baromètre tabac personnel hospitalier <input type="checkbox"/>		
• Enquête auprès des étudiants des professions de santé <input type="checkbox"/>		
Suivi		
• Intégration de la stratégie dans la démarche qualité <input type="checkbox"/>		
• Mise en conformité pour l'accréditation <input type="checkbox"/>		
• Respect de la loi sur le tabagisme dans les lieux publics <input type="checkbox"/>		
• Valorisation de la démarche non fumeur <input type="checkbox"/>		
Actions complémentaires		
• <input type="checkbox"/>		
• <input type="checkbox"/>		
• <input type="checkbox"/>		

PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME

ANNEE

FICHE : FORMATION

PRIORITE N°.....

EVALUATION PREVUE EN

	Date de mise en oeuvre	Durée
<p>• Intégration de la prévention du tabagisme dans le plan de formation <input type="checkbox"/></p> <p>• Formation des membres du Comité Local de Prévention <input type="checkbox"/></p> <p>• Formation du personnel médical <input type="checkbox"/></p> <p>• Formation des personnels soignants <input type="checkbox"/></p> <p>• Formation des étudiants des professions de santé <input type="checkbox"/></p> <p>• Formation des personnels administratifs et techniques <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p>Nature des formations</p> <p>Formations spécifiques « tabac »</p> <p>• Formation interne organisée par l'établissement <input type="checkbox"/></p> <p>• Formations du Réseau Hôpital Sans Tabac <input type="checkbox"/></p> <p>• DU de tabacologie <input type="checkbox"/></p> <p>• Autres formations <input type="checkbox"/></p> <p>• Participation à des congrès <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p>Actions complémentaires</p> <p>• <input type="checkbox"/></p> <p>• <input type="checkbox"/></p> <p>• <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME

ANNEE

FICHE : COMMUNICATION

PRIORITE N°.....

EVALUATION PREVUE EN

	Date de mise en oeuvre	Durée
<ul style="list-style-type: none"> • Implication de la direction de la communication <input type="checkbox"/> • Elaboration d'une stratégie de communication : <ul style="list-style-type: none"> - Interne (journal interne, Intranet...) <input type="checkbox"/> - Externe (presse locale...) <input type="checkbox"/> 	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Outils de communication		
<ul style="list-style-type: none"> • Affichage signalétique <input type="checkbox"/> • Livrets d'accueil <input type="checkbox"/> • Papier à en-tête de l'établissement <input type="checkbox"/> • Message d'attente téléphonique <input type="checkbox"/> • Journal interne <input type="checkbox"/> • Sites Intranet et Internet <input type="checkbox"/> • Journaux locaux <input type="checkbox"/> 	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Actions complémentaires		
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> 	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME

ANNEE

FICHE : PREVENTION

PRIORITE N°.....

EVALUATION PREVUE EN

	Date de mise en oeuvre	Durée
Pour les patients <ul style="list-style-type: none">• Mise à disposition de brochures <input type="checkbox"/>• Affichage <input type="checkbox"/>• Création d'outils de prévention ciblés <input type="checkbox"/>• Intégration du tabagisme dans le Pôle d'Education et Prévention <input type="checkbox"/>• Campagnes d'information grand public <input type="checkbox"/>• Participation à la Journée Mondiale Sans Tabac <input type="checkbox"/>• Autres manifestations de prévention (écoles,...) <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pour le personnel et les étudiants <ul style="list-style-type: none">• Campagnes de mesures de CO expiré <input type="checkbox"/>• Réunions d'information, conférences-débat <input type="checkbox"/>• Journées thématiques tabac <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Actions complémentaires <ul style="list-style-type: none">• <input type="checkbox"/>• <input type="checkbox"/>• <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME

ANNEE

FICHE : MESURES SPECIFIQUES A LA PSYCHIATRIE
PRIORITE N°.....
EVALUATION PREVUE EN

Cadre général

- Engagement de la Direction et du service
- Organisation de la prévention
- Modalités d'accès au tabac dans l'établissement
- Formalisation de la prise en charge
- Politique de réduction de la consommation de tabac avec substitution
- Mise en place d'une consultation de tabacologie
- Présence d'une infirmière spécialisée en tabacologie

Date mise en oeuvre

Durée

Mise en place

- Formation du personnel
- Intégration du statut tabagique dans le dossier médical
- Entretien recueil de données et mesure de la dépendance tabagique
- Prise en compte de la dépendance tabagique en isolement
- Elaboration d'un protocole d'aide à l'abstinence tabagique
- Généralisation des substituts nicotiques en cas d'arrêt forcé (chambre d'isolement)
- Orientation vers la consultation de tabacologie

Date mise en oeuvre

Durée

Actions complémentaires

-
-

Date de mise en oeuvre

Durée

PLAN STRATEGIQUE DE REDUCTION DU TABAGISME

ANNEE

FICHE : AMENAGEMENT DES LOCAUX
PRIORITE N°.....

EVALUATION PREVUE EN

.....

Cadre général

- Suppression des espaces fumeurs
- Protection des lieux de circulation
- Préservation des entrées et zones d'accès de l'établissement

Date de mise en

Duré

Aménagement

- Suppression des cendriers
- Prévention du risque d'incendie

Date de mise en

Duré

Actions complémentaires

-
-
-

Date de mise en

Duré

ANNEXES

1- COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL ET DE VALIDATION

2- METHODOLOGIE

3- DOCUMENTS DE TRAVAIL:

- ANALYSE DES POINTS DE LA CHARTE
- EXEMPLE DE TRAVAIL D'UN COMITE SUR L'APPLICATION DE LA CHARTE HOPITAL SANS TABAC : FONDATION BON SAUVEUR BEGARD (22)

4- EXEMPLE DE PROTOCOLE D'AIDE A L'ABSTINENCE TEMPORAIRE AU TABAC : CHU BORDEAUX (33)

ANNEXE 1

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL TABAC ET PSYCHIATRIE

Catherine	Aimé	Médecin du Travail	EPS Ville-Evrard	93332	NEUILLY SUR MARNE
Dominique	Brondel	Cadre supérieur de santé Hygiéniste	EPS Maison Blanche	93330	NEUILLY SUR MARNE
Denis	Brunet	Cadre de santé	EPSDM	51022	CHALONS EN CHAMPAGNE
Rachelle	Cretin	Cadre Sup.de Santé,coordinateur Prévention du tabagisme	CHS de Sevrey	71530	CHALON SUR SAONE
Jean Patrick	Deberdt	Directeur des programmes	RHST	75014	PARIS
Marie-José	Delsahut	Cadre Supérieur de Santé	Centre Jean Wier	92150	SURESNES
Joël	Doriant	Infirmier Coordinateur Addictologie	CHS de Cadillac	33410	CADILLAC SUR GARONNE
Yva	Doually	Directrice Département Formation	RHST	75014	PARIS
Didier	Doutriaux	Psychiatre Praticien Hospitalier	CH de Sambre Avesnois	59607	MAUBEUGE
Claude	Froment	Cadre Supérieur de Santé	GPS Perray Vaucluse	91360	EPINAY SUR ORGE
Philippe	Guichenez	Pneumologue Cardiologue Tabacologue	CH de Béziers	34500	BEZIERS
Olivier	Jacquiez	Médecin chef de département	CHD La Candélie	47916	AGEN
Jacqueline	Jourdaïne	Cadre de santé	Clinique Psychiatrique	76520	YMARE
Yves	Lathière	Directeur Adjoint	EPS Erasme	92161	ANTONY
Pascal	Lebeurier	Infirmier	CHS Bon Sauveur	50008	SAINT LO
Joëlle	Mairet	Infirmière Tabacologie et Alcoologie	CCA	39100	DOLE
Jean Paul	Paillardon	Responsable Qualité	Fondation Bon sauveur	22140	BEGARD
Fabienne	Torresani	Médecin de Santé au Travail	CHS Montperrin	13617	AIX EN PROVENCE
Validation					
Amine	Benyamina	Psychiatre Addictologue	Hôpital Paul Brousse	94804	VILLEJUIF
Stéphany	Pelissolo	Psychologue Tabacologue	Hôpital Albert Chenevier	94700	CRETEIL

ANNEXE 2

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU REFERENTIEL

En amont des travaux, un dossier documentaire complet est adressé à chaque participant par le RHST. Il comprend :

- Le cadre législatif de la lutte contre le tabagisme à l'hôpital
- Les documents officiels et les référentiels relatifs à la mise en place d'un « Hôpital Sans Tabac »
- Une série d'articles et de publications sur les liens entre maladies psychiatriques et tabac
- Une série d'articles sur la maîtrise du tabagisme en psychiatrie.

3 réunions de travail ont été organisées et animées par JP Deberdt, Directeur des programmes et Y. Doually, Directrice du Département Formation du RHST.

1ERE REUNION 18 OCTOBRE 2004 – DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE

- Tour de table des participants – Présentation du Réseau Hôpital Sans Tabac et objectifs du groupe de travail
- Le tabagisme en milieu psychiatrique: partage d'expériences et définition de la problématique.

2EME REUNION 15 NOVEMBRE 2004 – DEVENIR UN HOPITAL SANS TABAC

- Les établissements de soins en santé mentale dans le cadre de l'application de la Charte Hôpital Sans Tabac et de la Loi Evin. Analyse des différents points de la charte : facilités et difficultés d'application.
- Moyens à mettre en œuvre: recensement des différentes expériences dans ce domaine – Rôle du personnel soignant.
- Objectifs à atteindre

3EME REUNION 13 DECEMBRE 2004 – CONCLUSIONS ET ELABORATION DU REFERENTIEL

- Elaboration des recommandations
- Synthèse des débats et rédaction du référentiel

ANNEXE 3

ANALYSE DES POINTS DE LA CHARTE « HOPITAL SANS TABAC »

Document de travail 2^{ème} séance

Objectif: analyser les dix points de la charte en repérant les éléments facilitant ou freinant la démarche hôpital sans tabac

POINT N°1: Mobiliser les décideurs , Sensibiliser tous les personnels et informer les usagers

Facilitant	Difficile/freinant
Adhésion du directeur Participation du Directeur Engagement officiel Officialisation de l'engagement par les instances (CME...) Pression extérieure, Accréditation, Référentiel et score d'auto évaluation des politiques tabac: la prise en compte du tabagisme devient une priorité Risque incendie Engagement et implication des cadres Exemplarité du personnel Présence d'une infirmière en tabacologie (rôle des IDE primordial) Plaintes des non fumeurs Coût du tabac pour le patient	Culte du tabac en psychiatrie Force des représentations Absence de budget Pas d'officialisation (projet d'établissement...) Pas une priorité pour le psychiatre Maintenir le lien thérapeutique avec le patient Dilemme entre interdire de fumer et être le "bon objet" Ignorance de la possibilité de sevrage A priori du personnel " ne pas embêter le patient avec ça..." Manque de compétences Situation paradoxale du soignant fumeur Environnement propice à l'augmentation de la consommation (incitation du groupe de patients, conformité, intégration...) Ennui des patients

POINT N°2: Mettre en place un comité de prévention; Définir une stratégie et coordonner les actions

Facilitant	Difficile/freinant
Intégrer le comité dans une cellule qualité Favorise les échanges entre soignants (une réunion par mois d'une heure) Comité institutionnalisé Communication sur l'existence et la travail	Pas de membre spécialisé en psychiatrie Mise à distance du service de psychiatrie en Hôpital général Variabilité du rôle du comité Absence de définition du rôle du comité

<p>du comité (site intranet, journal interne...) Comité interdisciplinaire Moteur: l'équipe de tabacologie Motivation et implication des membres Travailler sur le long terme dans une stratégie définie Travailler à la concrétisation des actions particulièrement à la prise en charge des fumeurs</p>	<p>Multiplication des comités à l'hôpital Essoufflement du groupe Manque de visibilité du travail du comité Trop de focalisation sur la journée du 31 mai Pas assez de suivi des actions pérennes Manque d'évaluation des actions du comité</p>
--	--

POINT N° 3: Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du fumeur

Facilitant	Difficile/freinant
<p>Proximité personnel / patient Travail relationnel du soin en psychiatrie Relations quotidiennes Continuité des soins en extra hospitalier Médiation favorisée Groupes de réflexion possibles</p>	<p>Manque de sensibilisation des personnels à la question tabac Manque de connaissances / sevrage</p>

POINT N°4: Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée et le suivi du fumeur dépendant

Facilitant	Difficile/freinant
<p>Privilégier la REDUCTION DES RISQUES Gratuité des substituts pour le premier mois de sevrage pour le personnel Privilégier les substituts oraux (pastilles à sucer) Association des différentes formes du substituts Protocoles de sevrage Diversifier les réponses Proposer des substituts pour la réduction des risques et pour limiter le syndrome de manque Individualiser la prise en charge</p>	<p>Ignorance et à priori sur le suivi du fumeur Peu de recherche sur tabac et psychiatrie Manque de psychiatre tabacologue Résistance des psychiatres Résistance des pharmaciens Délais de RDV en consultation spécialisée en tabacologie ou addictologie Problème alcool + tabac Multiples addictions Structures éclatées et délocalisées Soins sous contrainte ou UMD, centre pénitentiaire, pas d'espace contractuel avec le patient , patient accompagné à l'extérieur pour fumer, pas d'aide , pas de substitution, Sevrage de fait.</p>

EXEMPLE d'Analyse de l'application de la Charte Hôpital Sans Tabac

FONDATION BON-SAUVEUR - 22140 – BEGARD

Service qualité / Commission prévention du tabagisme

Groupe national RHST « Tabac et Psychiatrie »
--

NB : Réflexion sur le quotidien de notre hôpital

1 – Mobiliser les décideurs. Sensibiliser tous les personnels. Informers les usagers.	
--	--

Difficile/freinant	Facile/facilitant
<p><u>Décideurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La prévention du tabagisme n'est pas évoquée dans le projet d'établissement, ni dans les projets de services. Stratégie floue de la politique de prévention du tabagisme de l'établissement - Peu d'intérêt de la part des cadres administratifs pour les actions menées. Peu d'implication des cadres et des surveillants <p>Personnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sollicitations multiples des décideurs et des personnels (nombreux groupes de travail autour de la qualité) - Difficulté à mobiliser le personnel (éclatement en petites structures pavillonnaires + 30 sites extérieurs) - Manque de temps - Demande RHST vécue comme une contrainte supplémentaire, venant de l'extérieur <p>Usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientèle de Bégard : population souvent défavorisée à prévalence tabagique marquée: 58% des patients et 47% des infirmiers. En 	<p><u>Décideurs/contexte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Directeur fumeur mais sensible à la prévention du tabagisme - La réglementation tabac fait l'objet de plusieurs articles dans le règlement intérieur de la Fondation - Adhésion au RHST - Affichage de la charte RHST - Processus d'accréditation - Prix du tabac <p>Personnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience du personnel et de la direction sur les dangers du tabac. 75 % considèrent que le tabagisme est un problème de santé publique. - Faible proportion de personnel fumeur (27%). Age moyen du personnel autour de 48 ans, favorisant une prise de distance sur la problématique tabac - La culture orale en psy fait que l'on communique beaucoup. Elle facilite les échanges sur les méfaits du tabac <p>Usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> - La clinique d'alcoologie débute des sevrages (alcool + tabac). Information structurée et systématique en pré-cure

<p>service fermé, très peu d'usagers non-fumeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problème culturel / culture du curatif : la prévention n'arrive pas au premier plan - Avis des psychiatres divergent sur l'arrêt du tabac : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Difficulté de faire entendre la loi par rapport à certaines pathologies. ✓ La pathologie psychiatrique est parfois un rempart (apragmatisme, impulsivité) ✓ Approche difficile pour certains patients aux capacités intellectuelles limitées. Le tabac est presque leur « raison de vivre », tout refus ou manque de tabac génère de la violence ✓ Crainte des réactions de certains patients si sevrage, crainte d'une décompensation dépressive. - Stéréotypie : le tabac à volonté donne une « position sociale élevée » visible par les autres usagers du service - Globalement, informations insuffisantes pour les usagers 	<p><u>Commission de prévention du tabagisme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un groupe motivé au sein de la Commission de Prévention du Tabagisme doté d'un programme d'actions structuré : <ul style="list-style-type: none"> - Bonne mobilisation - Bonne marche de progression - Journée du 31 mai sans tabac - Opération « ce mois-ci j'arrête » - Exemplarité (plan annuel de prévention validé en Comité de pilotage qualité) - Implication de plusieurs médecins généralistes dans la commission - La mise en place de correspondants tabac facilite les échanges, propositions, suggestions - L'existence de l'ASL (Association Santé Loisirs) qui s'associe à la réflexion tabac en assurant un soutien financier aux actions de sensibilisation en direction des patients et soignants accompagnateurs lors de la journée du 31 mai
--	---

2 – Mettre en place un comité de prévention du tabagisme. Définir une stratégie et coordonner les actions	
Difficile/freinant	Facile/facilitant
<p><u>Comité (commission)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les membres de la Commission ne sont pas assez formés - Le calendrier des actions à mettre en place est parfois serré et les délais sont parfois courts - Pas facile de réunir les personnes ressources utiles - Difficulté à trouver des volontaires relais qui puissent « s'échapper » de leur travail de soins <p><u>Stratégie/coordination</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'organisation réelle dans la prise de décision au niveau central - La stratégie a été définie mais l'application et la coordination des actions sur le terrain ne vont pas toujours de soi. - Pas de moyens réels. Absence de financements définis. 	<p><u>Commission</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La commission de prévention du tabagisme est en place depuis deux ans, fonctionne de façon très régulière et est bien connue à l'hôpital - Pilotage de la commission par un médecin alcoologue formé (pratique tabacologie en pré-cure + personne ressource formation) - Existence de personnes ressources ou sensibilisées au problème : médecins alcoologues, correspondants qualité/tabac - Bonne volonté et enthousiasme des membres de la commission - Composition de la commission : ses membres représentent toutes les catégories de personnel et tous les secteurs d'activité <p><u>Stratégie/coordination</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Au niveau de la commission, les stratégies sont bien définies et adoptées par l'ensemble de l'instance. Les actions sont travaillées et traitées avant d'être mises en place. La conformité avec la législation est recherchée - Les correspondants qualité et tabac relaient l'information, les actions de la commission sur le terrain et participent aux évaluations

3 – Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du patient fumeur	
Difficile/freinant	Facile/facilitant
<p><u>Plan de formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de formation ni de priorité inscrite au plan de formation annuel institutionnel. - Crainte du personnel : former, oui, mais pas moraliser - Message de l'exemplarité difficile à passer : « ne pas fumer en blouse blanche ». - A l'échelle de l'hôpital, seuls deux médecins et deux infirmières sont formés, en alcoologie - Manque de lien entre les formations actions de type incendie, les rappels réguliers à la sécurité et le tabac. « Ce qui est abordé ce n'est pas un risque pour la santé, mais les conséquences d'une cigarette mal éteinte, d'un patient fumant dans son lit (en diminution), bref, la sécurité des biens et des personnes ». <p>Former à l'abord du fumeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restructuration continue de l'hôpital s'accompagnant de restrictions drastiques des effectifs (plus de remplacements maladie, maternité, formation ...), concomitamment à une augmentation de la charge en soins et à une DMS de + en + courte. - Abord du fumeur : information au tabac pas développée et pas systématique - Difficile pour un patient fumeur qui se situe dans une tentative d'arrêt du tabagisme d'être en contact avec les patients fumeurs. - Difficulté dans l'abord des patients fumeurs en psychiatrie, parfois même à poser un cadre de l'entretien sans tabac - Les soignants ne disposent pas d'outils permettant d'accompagner les patients lorsqu'ils souhaitent arrêter de prendre des toxiques (type shit, LSD...). Pas de solutions proposées aux usagers accueillis, déjà confrontés au sevrage alcool 	<p><u>Plan de formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 89% des professionnels de santé de l'hôpital estiment que les soignants devraient recevoir une formation spécifique. - Bonne pré connaissance des méfaits du tabac par les salariés - Demande d'une infirmière d'un DU de tabacologie (2005-2006 ?) - Existence d'un dispositif et d'une logistique interne pour mener à bien la formation (salles, matériels) <p>Former à l'abord du fumeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forte demande de formation à l'abord du fumeur mais crainte, chez les fumeurs notamment, d'un aspect répressif dans les contenus - Information systématique sur le tabac des patients en pré cure d'alcoologie, suivie par les infirmiers et aides-soignants - La commission pourrait avoir un rôle formateur auprès des équipes pluridisciplinaires. Celle-ci travaille d'ailleurs actuellement à l'élaboration d'un protocole d'information, sensibilisation et orientation des patients fumeurs en psychiatrie générale. Un test est prévu sur 2005. Elle a informé/sensibilisé les correspondants qualité/tabac - Mise à disposition en ligne des supports de formations RHST

4 – Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée et le suivi du fumeur dépendant.	
Difficile/freinant	Facile/facilitant
<p><u>Prise en charge</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de consultations tabacologie officielles au CH. (Quelques consultations ponctuelles en pré-cure d'alcoologie) - Demande de sevrage sans réponse . - Pas d'aide à l'arrêt du tabac proposée aux patients / soignants (patches, gommes à mâcher, entretiens, groupes de parole...). - Pas d'information dans le livret d'accueil des usagers (pas de mention des CCAA) - Les patients n'ont pas beaucoup d'argent et s'ils veulent des patchs pour arrêter de fumer, difficile car coût trop élevé - Pas de partie / feuille addictologie dans le dossier patient - Hospitalisation = parfois consommation accrue de tabac <p><u>Suivi du fumeur dépendant</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissance des consultations extérieures de tabacologie, des interlocuteurs (équipe de tabacologie ?) ou associations existantes (?). Pas de coordination de l'aide à la sortie. - Pas de sevrage progressif des patients amenés à passer du CH vers les structures médico-sociales de la Fondation (ou le tabac est rationné par diminution très significative de leurs moyens) - Absence de lieu sur la région type « A.A » pour le tabac 	<p><u>Prise en charge</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Information des moyens d'aide (effectuée uniquement en pré-cure d'alcoologie) - Prise de conscience de la nécessité de traiter le patient dans sa globalité (pathologie principale + tabac) - Une seule action menée fin 2003 début 2004 dans le cadre de l'opération « ce mois-ci j'arrête » pour le personnel soignant : 60 participants - Information du médecin de santé au travail lors de la visite médicale annuelle - Recrutement en 2004 d'une diététicienne <p><u>Suivi du fumeur dépendant</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place prochaine d'une consultation tabac au CCAA de Lannion avec ½ poste infirmier obtenu. (sans augmentation du temps médical)

5 – Etablir un plan d'aménagement des zones fumeurs à distance des lieux de soins et d'accueil.	
Difficile/freinant	Facile/facilitant
<ul style="list-style-type: none"> - Pas de plan institutionnel connu d'aménagement des locaux - La commissions Prévention du tabagisme pas consultée jusqu'à présent pour l'aménagement des locaux anciens ou récents - Les anciens bâtiments ne permettent pas ou peu cet aménagement - Certaines unités ne possèdent pas de fumeur - Pas d'équipements adaptés dans les fumeurs (extracteurs). Normes non respectées - Détecteurs de fumée pas efficaces - Pas de cendriers adaptés en extérieur - Pas de locaux fumeurs spécifiques pour le personnel - Difficulté en psychiatrie de concilier aménagement et surveillance continue des patients - Régulièrement des feuilles de signalement d'évènements indésirables témoignent d'inadaptations des aménagements prévus pour les fumeurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Le rapport à la loi est aidant - Souci de l'établissement de proposer des locaux fumeurs dans toutes les unités - Dans le cadre de restructuration d'unité, l'architecture est mieux pensée, des lieux communs fumeurs soignés/soignants y sont aménagés. - Sensibilisation par la commission de prévention du tabagisme et mise en place d'une signalisation des lieux fumeurs en 2003 (inexistante auparavant), qui est restée sur les murs - Début de réflexion sur les zones fumeurs au niveau de la commission prévention du tabagisme (projet d'élaboration d'un cahier des charges type) - Action convergente du CHSCT et de la médecine de santé au travail

6 – Adopter une signalétique appropriée : panneaux, affiches... Supprimer toute incitation au tabagisme : cendrier, vente du tabac...	
Difficile/freinant	Facile/facilitant
<p><u>Signalétique appropriée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de signalétique à l'entrée de l'hôpital et parfois en extérieur des unités - Malgré la signalétique importante, il y a un non-respect de la réglementation - Interprétation agressive de certaines affiches - Parfois cette signalétique disparaît de l'endroit où elle était installée - Certains lieux ne possèdent pas encore cette signalétique ou pas suffisamment - Signalétique parfois mal vécue : « Sectarisme allant vers l'exclusion » <p>Supprimer toute incitation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persistance de la vente des briquets, de feuilles OCB à la cafétéria - Non respect parfois de la hiérarchie et de ce fait incitation aux usagers et soignants à enfreindre les règles de fonctionnement par rapport au tabac - Dans les structures fermées qui accueillent des patients en HO ou HDT les soignants sont contraints d'aller acheter le tabac des patients - Rituel de la distribution du tabac par les soignants, source de conflits et manipulations - Le tabac est parfois considéré comme un moyen de communication voire comme une récompense - Pas de cendriers appropriés à l'extérieur des lieux de soins. Enormément de mégots par terre devant la porte des unités 	<p><u>Signalétique appropriée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Affichage en cours de réalisation de la charte HST, dans le hall du bâtiment administration - Signalétique importante, variée, évaluée et renouvelée - Supports/brochures d'information disponibles à destination des personnels, usagers et visiteurs - Certains lieux ayant ce type de signalétique sont vierges de tabac - Nettoyage régulier et rapproché des fumeurs <p>Supprimer toute incitation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de vente du tabac sur le CH - Pas de cendrier dans les pièces et chambres des unités de soins - Attitude éducative : appel aux patients eux-mêmes pour mener une réflexion sur le sujet, avec les soignants. Leur implication est aussi importante que celle du personnel, en responsabilisant et non en interdisant.

7 – Protéger et promouvoir la santé au travail de tous les personnels hospitaliers.	
Difficile/freinant	Facile/facilitant
<p>Protéger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soignants fumant, contre l’avis de leurs collègues dans des pièces non adéquates - Ambiguïté de certains soignants ayant cessé le tabac vis-à-vis de leurs collègues fumeurs (conflit entre fumeur se sentant exclu et non fumeur tout puissant) - Les soignants fumeurs sont parfois les premiers réfractaires aux propositions de lutte contre le tabac au travail <p>Promouvoir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de suite à l’opération « ce mois-ci j’arrête » - Pas d’aide à l’arrêt du tabac organisée au CH pour le personnel - Absence de consultation de tabacologie - Pas de substituts nicotiniques mis à disposition - Pas d’appareil à CO à la médecine de santé au travail 	<p>Protéger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience récente des fumeurs du désagrément que la fumée apporte / tabagisme passif - En général, plus de tabac en réunion - Intelligence des protagonistes valorisée pour se comprendre et mieux vivre ensemble - Possibilité de rédiger des FSEI (feuilles de signalement des événements indésirables) <p>Promouvoir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opération « ce mois-ci j’arrête » - Le médecin du travail est membre de la Commission de Prévention du Tabagisme - Evolution vers un « hôpital sans tabac »

8 – Multiplier les initiatives de promotion de la santé.

Difficile/freinant	Facile/facilitant
<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation peu importante du personnel le 31 mai 2004, 2^{ème} édition de l'organisation de la journée mondiale sans tabac sur la Fondation. - Essoufflement du groupe organisation: manque de moyens, trop peu de personnes - les stagiaires, étudiants et visiteurs ne sont pas informés de la politique de prévention du tabagisme de la Fondation 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de la journée du 31 mai par la commission de prévention et les correspondants tabac - Participation encourageante des usagers et soignants à cette journée - Casette « infos tabac » diffusée sur toute la Fondation - Milieu médical / paramédical: connaissance des méfaits donc permet de l'expliquer avec des mots simples aux usagers - Collaboration avec le service communication qui édite la lettre et le journal de la Fondation, supports d'informations tabac régulières - Collaboration méthodologique, recherche et logistique avec le service qualité - Diffusion régulière dans toutes les unités , du journal RHST « Réseau Infos »

9 – Renouveler les campagnes d'informations. Assurer la continuité et se doter des moyens d'évaluation : assurance qualité, accréditation.	
Difficile/freinant	Facile/facilitant
<p><u>Information / assurer la continuité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de consultation de tabacologie - Charte encore souvent méconnue - Pas d'organisation de l'information auprès du fumeur (notamment le patient) - Travail de longue haleine en + de la charge de travail demandée, de + en + lourde - Manque de temps <p>Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'évaluation en terme d'aménagement des locaux, ne respectant pas toujours la législation en vigueur - Pas de statistiques DIM tabac 	<p><u>Information / assurer la continuité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Journée nationale sans tabac, assortie d'une évaluation des objectifs, de la participation et des supports informatifs distribués - Circulation de la cassette « infos tabac » dans tous les services et secteurs. Présentation par les correspondants qualité/tabac (émargement des salariés présents) - Diffusion d'ordre du jour et compte-rendu à chaque réunion - Diffusion du bilan annuel de la commission et des projets de l'année suivante. - Apport important des informations disponibles sur le site RHST - Manuel d'accréditation avec plusieurs références / prise en charge tabac <p>Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre du baromètre hôpital sans tabac et d'une enquête de prévalence et de dépendance des usagers hospitalisés - Cassette info-tabac : évaluation de la participation pour couvrir à terme l'ensemble des salariés - Le programme annuel de la commission est régulièrement évalué et réajusté

10 – Convaincre d’abord, contraindre si besoin.
Etre persévérant.

Difficile/freinant	Facile/facilitant
<p><u>Convaincre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exemplarité : faute de locaux spécifiques, les soignants fument parfois à l’extérieur, à la vue des patients . Les soignants ne montrent pas toujours l’exemple – En règle générale, respect des procédures en présence de la hiérarchique. Transgression quand absence - La valeur par l’exemple est parfois complexe - Interférence courses approvisionnement tabac des unités par les soignants/logique de soins - Pas assez d’outils pour convaincre, pour l’instant - L’idée qu’il faut laisser fumer les patients parce qu’« il leur reste ça seulement » <p><u>Contraindre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La seule contrainte qui soit efficace chez les usagers aux moyens financiers limités, est l’augmentation du prix des cigarettes ce qui amène à un ratio de cigarettes données par jour qui diminue » - « Les enjeux économiques sont trop importants et le fumeur est pris en otage par les fabricants et est pointé du doigt par les non fumeurs » - Certains non-fumeurs voudraient contraindre d’emblée <p><u>Etre persévérant</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rappels réguliers aux patients qu’il y a des lieux fumeurs et qu’il serait très bien qu’ils jettent les mégots dans les poubelles adéquates 	<p><u>Convaincre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Certaines actions de la commission ont déjà trouvé leur place et donnent des effets le plus souvent positifs - Peu ou pas de démobilisation - Meilleur respect des non-fumeurs (tabagisme passif) <p><u>Etre persévérant</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les choses se disent et se font doucement et sans heurts, par une prise de conscience avant tout - Les réunions de fonctionnement où certains cadres infirmiers, les correspondants qualité et tabac abordent régulièrement ce sujet sont aidantes - Elaboration programmée d’une charte de bonne conduite fumeurs non-fumeurs

ANNEXE 4

EXEMPLE DE PROTOCOLE D'AIDE A L'ABSTINENCE TEMPORAIRE AU TABAC EN COURS D'HOSPITALISATION

Elaboré par le CHU de Bordeaux, Docteur Hélène Fossoux, Unité de Tabacologie, Service des Maladies Respiratoires, Professeur Tayard.

Validé le 18 Mars 2004.

Publié avec l'aimable autorisation du Docteur Fossoux.

1. Population cible

Personnes hospitalisées présentant un syndrome de manque au tabac ou demandeuses de sevrage tabagique :

→ Arrêt forcé :

- **patients ayant une affection aiguë directement liée au tabagisme, pour lequel l'arrêt immédiat du tabac est impératif.**
- **Patients hospitalisés dans un lieu où il est interdit ou dangereux de fumer et ne pouvant se déplacer → chambre d'isolement MCI**

→ Femmes enceintes présentant des complications au cours de la grossesse dans un souci d'arrêt total ou de réduction des risques

→ Personnes avec une dépendance physique ou psycho-comportementale importante, présentant des troubles anxio-dépressifs à l'arrêt du tabac.

2. Objectifs

A court terme, selon les circonstances :

- Eviter l'aggravation d'une situation clinique provoquée en totalité ou partiellement par l'usage du tabac.
- Assurer un confort du sevrage en limitant les effets indésirables de l'arrêt du tabac.
- Favoriser l'adhésion aux soins et leur prolongation autant que nécessaire.
- Réduire les risques liés à l'usage du tabac en permettant une diminution de la quantité de tabac fumé.

A long terme :

- Encourager un arrêt total et définitif du tabac grâce à une prise en charge adaptée susceptible d'encourager la motivation du patient.
- Proposer un suivi dans le cadre d'un programme d'aide au sevrage tabagique établi sur plusieurs mois, en orientant le patient.

3. Caractéristiques du syndrome de sevrage

- pulsions à fumer : envies irrésistibles de fumer, idées obsédantes
- irritabilité, frustration, agressivité, nervosité, anxiété
- troubles de la concentration
- augmentation de l'appétit
- insomnie
- bradycardie

4. Moyens thérapeutiques

4.1. La substitution nicotinique : produits disponibles au CHU de Bordeaux

Produits	Dosages Disponibles	Indications spécifiques	Remarques
Patch sur 24 h Nicopatch ® ?	21 mg, 14 mg, 7 mg	Tout public	Diffusion sur 24 h pour confort du sevrage le matin (imprégnation de la nicotine la nuit)
Inhaleur Nicorette ® ?	2 mg	Tout public	En complément du patch, en particulier en cas de lésion de la cavité buccale
Gomme à mâcher Nicorette ® ?	2 mg, 4 mg	Tout public	En complément du patch pour une forte dépendance 8 à 12 par jour Possible difficulté d'utilisation

- Les substituts nicotiques doivent être prescrits dans les services sur ordonnances nominatives.
- Eduquer à la pose du patch : changement le matin toutes les 24 heures, ou l'enlever le soir selon prescription médicale (femmes enceintes), sur des parties du corps différentes chaque jour.
- Eduquer à la prise de gomme : ne pas mâcher comme un chewing-gum, croquer toutes les 3 à 5 minutes.

4.2. Médicaments psycho-actifs

- Brupopion (Zyban ®) : non indiqué lors d'une prise en charge à court terme. Non disponible à l'hôpital.
- Anxiolytiques, antidépresseurs.

5. Prise en charge

5.1. Entretien : recueil de données pour prise en charge à court terme

- Histoire du tabagisme : ancienneté, type d'utilisation, nombre d'arrêts précédents, etc.
- Recherche du degré de dépendance physique : test de Fageström (ci-joint).

5.2. Quelques principes de la substitution nicotinique

- Détermination de la posologie initiale : pas toujours évidente. Débuter par le plus grand patch possible (21 mg) si Fageström > 5 ou si consommation de plus de 20 cigarettes par jour (sauf femmes enceintes et cardiaques).
- Evaluation à 48 heures puis toutes les 24 heures
- En cas de signes de sous-dosage (prise persistante de cigarettes, nervosité et irritabilité accrues, envie obsédante de fumer tout au long de la journée) : association éventuelle de gommes orales complémentaires ou de plusieurs timbres).
- Réduction de la posologie en cas de signes de surdosage (nausées, vertiges, insomnie, palpitations, céphalées, bouche pâteuse (« comme si j'avais fumé toute la nuit »)).
- L'association patchs-cigarettes n'est pas conseillée mais n'engage pas le pronostic vital (signe plutôt un sous-dosage en nicotine et/ou l'envie du patient de continuer à fumer)
- Durée moyenne de la substitution hors situation d'urgence : 3 mois minimum à dose décroissante. Situation à évaluer au cas par cas.

6. Cas particulier : femmes enceintes (recommandations actuelles)

Principes

- Penser en termes de coût-bénéfice
 - En première intention : Nicotine per os auto-gérée sans restriction
 - Tabagisme persistant : proposer le patch
 - Ré-évaluer la doser si signes persistants de sevrage et donc risque de rechute
 - Bupropion (Zyban ®) contre-indiqué
- **Fageström 0-3 : dépendance légère**
Gommes ou microtabs chaque fois que la patiente ressent le besoin de fumer. Pas de restriction sur la quantité consommée (10 à 12 par jour)
 - **Fageström 3-5 : dépendance moyenne**
Patch Nicopatch ® de 14 mg appliqué le matin et retiré le soir au coucher. Evaluation à 48 h et ajuster si besoin le patch 21 mg.
 - **Fageström 5-7 : dépendance forte**
Patch Nicopatch ® de 21 mg appliqué le matin et retiré le soir au coucher.
Evaluation à 48 h et ajuster si besoin avec des gommes ou l'inhalateur.

Objectif de « réduction des risques » : réduire la consommation

Patiente qui ne désire pas s'arrêter totalement de fumer.

La substitution nicotinique est associée à un tabagisme le plus modeste possible. Gérer la diminution par des gommes ou l'inhalateur.

Tabac et allaitement

La nicotine passe dans le lait maternel.

Recommander aux femmes d'éviter de fumer au minimum 2 heures avant les tétés.

Utiliser la nicotine per os si nécessaire.

7. Cas particulier : pathologie cardiaque

Pathologie cardio-vasculaire en phase aiguë

- Pas de consensus à l'heure actuelle sur la prise en charge en phase aiguë.
- Première intention : substitution à J+7 par patch Nicopatch ®, 7 ou 14 mg, mais certains appliquent le patch dès J+4 voire J+2 en fonction de la situation clinique.
- Ou nicotine per os à la demande.
- Mesurer le risque de reprise du tabagisme.

Substitution selon le degré de dépendance en dehors de la phase aiguë

- Idem femmes enceintes, y compris réduction des risques.

8. Organisation des soins

- Ce protocole (susceptible d'amélioration) est mis à disposition de l'ensemble des médecins hospitaliers qui peuvent l'utiliser de manière autonome.
- L'équipe de l'unité de Tabacologie ne peut assurer le suivi de l'ensemble des patients susceptibles de bénéficier de ce protocole du fait de ses moyens limités.
- Nous contacter pour tous renseignements complémentaires et cas particuliers : postes
- Nous sommes à la disposition des équipes qui le désirent pour leur adresser de la documentation ou organiser des réunions.

Après une période d'abstinence temporaire, orienter les patients qui le souhaitent pour un **programme d'aide au sevrage tabagique** vers l'Unité de Tabacologie.