



L'hospitalisation volontaire sans tabac à l'Hôpital Suburbain du Bouscat

Une expérimentation passerelle vers LSST Gold ?

Nathalie Lajzerowicz, médecin addictologue et tabacologue
Hôpital Suburbain du Bouscat, Université de Bordeaux DMG
CA de la Société Francophone de Tabacologie, CA du RESPADD

Labellisation argent en 2024: aller plus loin ?



Certification nationale



Pourquoi aborder systématiquement le sujet ?

Car toutes les pathologies sont concernées,
créées, aggravées ou chronicisées
par le tabac

Cf Haute Autorité de Santé

Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours Méthode Recommandations pour la pratique clinique ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE Mise à jour Octobre 2014

**Quelque soit le motif de consultation d'un patient fumeur,
la prise en charge devrait impliquer le tabagisme**

Implication du tabac dans l'efficacité des soins

Interaction pharmacodynamique (Effets antagonistes)

Anti-coagulants (Warfarine Héparine) : augmentation de la viscosité sanguine

Antalgiques, morphiniques (abaissement seuil douleur)

Ttt CV: Augm sécrétion des catécholamines (HTA)
Réduction de la diurèse (HTA)

Immuno-suppresseurs: anti TNF: Effets pro-inflammatoires du tabac

IPP (augm sécrétion gastrique)

Psychotropes: benzos (augmentation stress via amygdale cérébrale)

ATD (modification des structures de l'humeur)

Anti-diabétiques Insulines (moindre absorption sous-cutanée)

Antibiotiques (perturbation immunitaire/ processus épigénétiques), radiothérapie (complications cutanées)

Interaction pharmacocinétique (induction enzymatique et élimination)

Anti-coagulants (Héparine: demi-vie 2x plus courte)

Antiplaquettaires: Clopidogrel: conversion accrue en métabolite actif ++ (saignements)

Ttt CV : Bêta-bloquants, Flécaïnide (clairance accrue de 50%)
Furosemide

COP: Estradiol et métabolites: augm risque IDM, et thrombo-embolique

Chimiothérapies: clairance métabolique accrue (moindre efficacité)

Psychotropes:
ATD tricycliques et IRS: fluoxétine et IRSNA:
Duloxétine - Benzodiazépines –
Neuroleptiques++ (clozapine, Olanzapine)

Lajzerowicz N. Peiffer G., Boussageon R. **Interactions médicamenteuses : les effets du tabagisme.** *La Revue du Praticien*. Vol. 75 Sept 2025

Les enjeux de l'hospitalisation sans tabac

Coût exorbitant du tabagisme pour les finances publiques (2019)

Dépenses de santé liées au tabac : 16,4 Mds

Coût social (perte qualité de vie et années de vie perdues) : 156 Mds (1).

➔ 2019: Le tabac a rapporté 16 Mds

Taxes sur le tabac: 13,1 Mds

➔ + non -versement de 2,8 Mds de retraites (mort prématurée d'1 consommateur /2

Définition de l'addiction : « Perte de la liberté de s'abstenir de consommer » (2) Parmi toutes les substances addictives, la plus fortement ancrée est le tabac (3).

6 consommateurs quotidiens sur 10 souhaitent arrêter de fumer,

Seuls 25% d'entre eux l'ont tenté au cours des 12 derniers mois (4).



1-Rapport KOPP juillet 2023. *Le coût social des drogues : estimation en France en 2019*. Université Paris 1

2-Auriacombe M., Serre F., Fatséas M. Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions. In : *Traité d'addictologie*. Lavoisier, 2016 : 78-83.

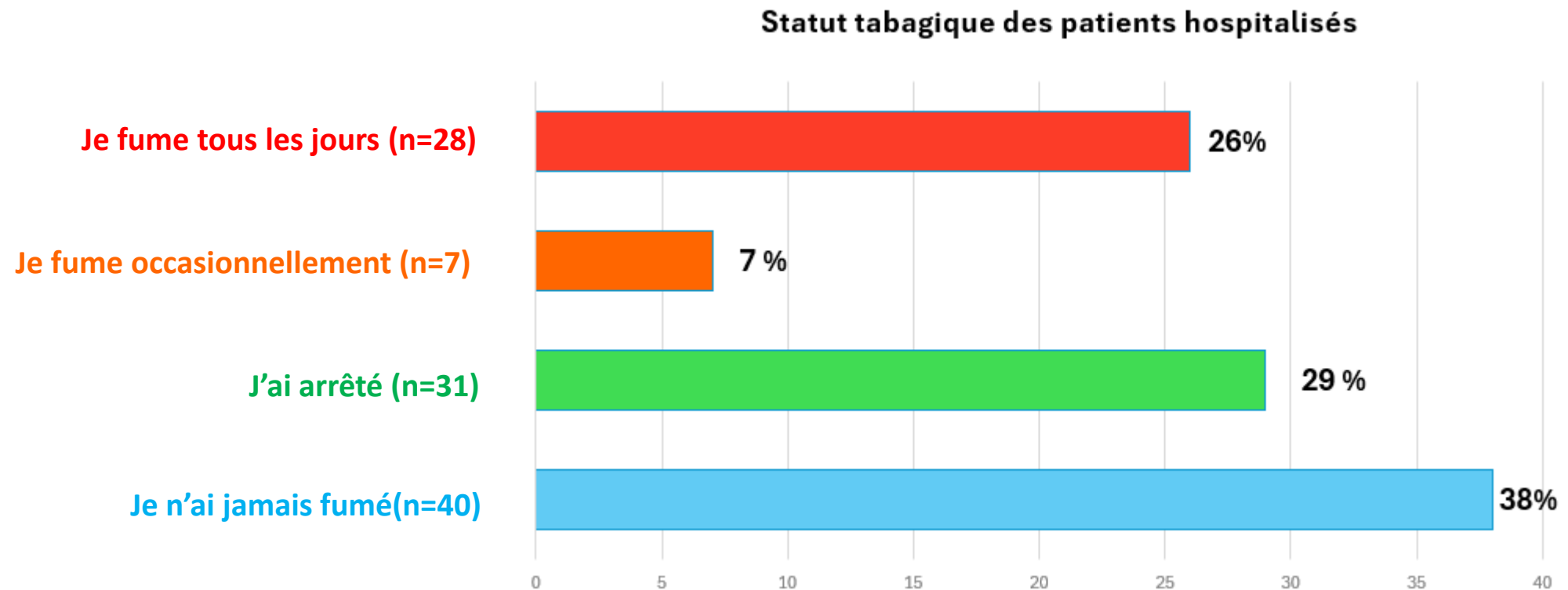
3-Moore RA, Aubin HJ. Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addictions? *Int J Environ Res Public Health* 2012 ; 9 (1) : 192-211.

4-Baromètre 2021 de Santé Publique France. *BEH*, mai 2023

Les enjeux de l'hospitalisation sans tabac

Enquête tabagisme à l'Hôpital du Bouscat (n= 106 patients):

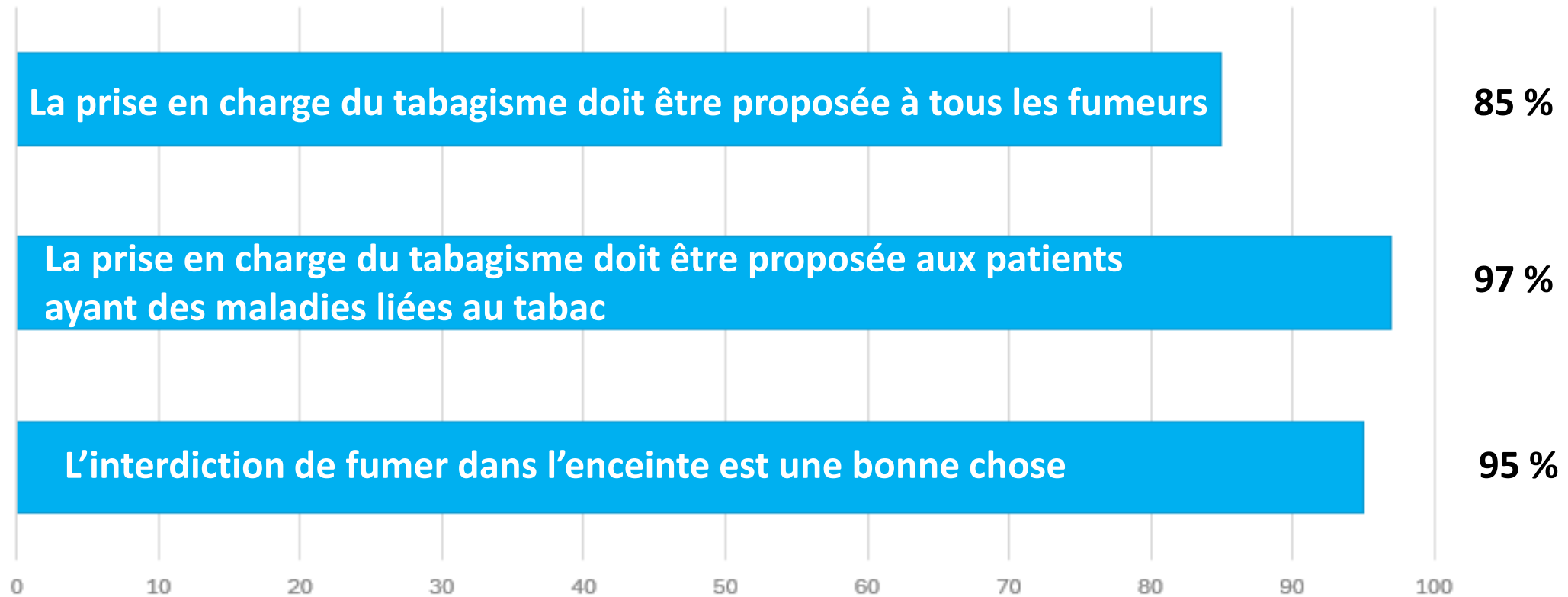
Parmi les patients et visiteurs interrogés, 33% se déclarent fumeurs (quotidiens ou occasionnels)



Les enjeux de l'hospitalisation sans tabac

La prise en charge du tabagisme en établissement de santé:

Opinions des patients hospitalisés



Ecouter les résistances et y répondre

Réduire le tabac engendrerait du stress pour les fumeurs !



Comme c'est le cas pour les sevrages en alcool, un arsenal thérapeutique existe pour gérer les symptômes de sevrage : substituts nicotiniques cutanés et oraux, vape, anxiolytiques, laxatifs...

L'interdiction de consommer de l'alcool dans le service, sous peine d'exclusion, est liée au fait que cette conso serait dommageable pour les autres patients, et contraire au principe de non-nuisance pour autrui



Pour le tabac, on peut formuler que cette consommation est aussi contraire au principe de non-nuisance à autrui, au-delà du tabagisme passif : cf nombreux cas de reprise du tabac par des patients ex-fumeurs, au contact des fumeurs rencontrés à l'hôpital.

Les professionnels ne veulent pas devenir des agents coercitifs faisant respecter l'interdiction de fumer



Il ne s'agit pas de coercition, mais comme actuellement avec les zones dédiées aux fumeurs, rappeler les règles avec bienveillance.

Se pose la question de l'accompagnement régulier par les soignants hors de l'enceinte, ce qui induirait une perte de temps de travail



La direction déplore déjà la perte de temps générée plusieurs fois par jour par le tabagisme des soignants fumeurs, donnant une charge supplémentaire aux autres professionnels, et une inégalité d'accès aux pauses.

Ecouter les résistances et y répondre (suite)

L'interdiction totale de fumer dans l'enceinte, contraindrait tous les fumeurs au sevrage.



Un hôpital sans tabac n'est pas un hôpital sans fumeurs. La réduction du tabagisme, ou l'abstinence temporaire n'est pas un sevrage ! L'addiction au tabac est un usage contraint.

Se pose la question de la place de la contrainte dans la philosophie du soin, qui repose sur l'engagement volontaire des patients dans la restauration libre et éclairée de leur capacité à agir, dans le respect de leur ambivalence



Les patients fumeurs ont justement perdu non seulement la liberté de s'abstenir de fumer (comme tte conso addictive). Expérimenter une réduction du tabagisme sous substitution, en étant accompagnés par l'équipe, comme nous le faisons déjà depuis 2 ans pour les volontaires, montre son impact très favorable. Cela renforce leur sentiment de capacité à changer, y compris après leur séjour.

Le sevrage tabac ainsi incité serait une forme de violence illégitime



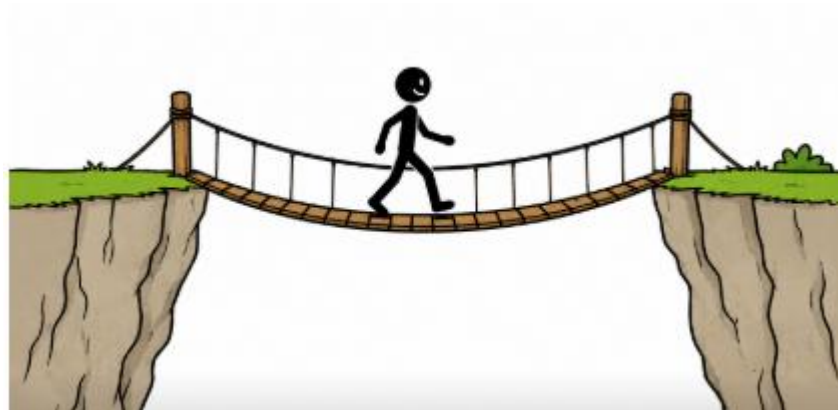
Ne rien faire pour inciter les patients fumeurs à cesser le tabac est une violence pour leur santé psychique et physique face à leur souffrance de fumer et aux dégâts pour leur santé : anxiodépression, problèmes financiers, inefficacité des soins, réhospitalisations, rechute dans l'addiction alcool.

Annoncer ces dispositions mènerait les patients fumeurs addicts à l'alcool ou drogues illicites à renoncer à l'hospitalisation



L'expérience des établissements gold, y compris SSR addicto, montre au contraire un engouement des patients à être hospitalisés dans la structure pour être aidés aux 2 sevrages concomitants.

Comment dépasser ces oppositions ?



Labellisation bronze:

Patients fumeurs dans toute l'enceinte
Personnels sur multiples zones non délimitées

Labellisation argent :

Intérieur= Sans tabac
Extérieur= zones de tolérance



Labellisation or:

Hôpital totalement sans tabac

Intérieur
ET
Extérieur

2026: Idée novatrice, permettant d'avancer



Labellisation bronze:

Patients fumeurs dans toute l'enceinte
Personnels sur multiples zones non délimitées

Labellisation argent (2024):

Intérieur= Sans tabac
Extérieur= zones de tolérance (depuis 2022)

Expérimentation Hôpital sans tabac pour les patients, période de 15 jours

- Séjours patients totalement sans tabac
- Mode volontariat
- Aide soutenue
- Professionnels non concernés, MAIS restriction des zones de tolérance

Labellisation or:

Hôpital totalement sans tabac

Intérieur
ET
Extérieur

Ce que cette expérimentation résout:

- Le vécu de l'abstinence comme une opportunité offerte dans un lieu de soins
- **Volontariat respecté**: si le patient refuse, il décale son hospitalisation de 15 jours, après cette période (1^{ère} quinzaine de novembre)
- **Pas d'inégalité d'accès aux soins**
- **Qualité des soins préservée** (notamment en pneumo, cancéro, cardio-vasculaire, diabétologie et même addictologie...)
- Pas d'accompagnement physique des patients hors de l'enceinte de l'hôpital
- Pas de sanction, mais traçabilité des « entorses » et analyse collective à posteriori de cette expérience: quels enseignements ? Renouvellement ?

En amont de l'expérimentation :

Communication interne:

Validation COPIL LSST mai 2026, Validation en CME juin 2026, et entretiens individuels avec les médecins hospitaliers

Sujet travaillé en Comité d'Ethique de l'établissement

Sujet en CSE et CODIR: Zone fumeur pour les soignants de nuit, et zone unique hors de la vue des patients pour les soignants de jour/ Contraintes liées aux admissions en urgence

Motiver le personnel de l'hôpital dans cette démarche en levant les résistances: conférence préalable, réitérée

Formation spécifique des équipes soignantes en amont de la période de 15 jours

- Abord du patient fumeur
- Prescriptions des TNS (IDE), prescriptions varénicline (médecins et Internes)

Communication externe:

Structures partenaires dont MSP, affichage écrans cet été, site internet HSB...

Briefing clair par les médecins, des patients reçus en consultation de préadmission, en amont de leur hospitalisation.

Consultation de pré-admission des patients en addictologie: information primordiale : messages médicaux homogènes

Pendant l'expérimentation :

Jour 1 (1^{er} Nov) : Mise en place de la signalétique, information systématique à l'accueil

Thérapeutiques de soutien à disposition des patients (et des professionnels) :

- Traitements Substitutifs Nicotiques (TSN) classiques (patchs, gommes), gérés par la pharmacie, varénicline
- Mise à disposition de kits de vapotage pour les patients et le personnel volontaires

Disponibilité accrue, sur cette période, du médecin tabacologue et infirmière tabacologue en soutien aux équipes et patients

Suivi quotidien : Entretiens avec les IDE, évaluation clinique (craving, EI éventuels des ttt, abstinence déclarée, CO-testeur).

Dernier jour : Questionnaire d'évaluation par les patients et Questionnaire d'évaluation par les professionnels.

Continuité des soins par le courrier de sortie vers le Médecin traitant (internes)

Après l'expérimentation :

Analyse des questionnaires d'évaluation patients et soignants

Analyse des écarts constatés

Analyse collective de la pertinence globale de l'expérimentation

Quelle place pour la certification HAS ?

« Critère impératif,
sur tout
l'établissement »

La prise en charge de la
douleur: un critère prioritaire
...et éliminatoire !

Critère 1.2-08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

Le patient est seul capable d'indiquer l'intensité de sa douleur. Il est écouté par les équipes de soins afin que soit mis en place **le traitement médicamenteux approprié**. Dès que le patient ressent ou est susceptible de ressentir la douleur, celle-ci est évaluée avec lui jusqu'à **disparition complète et durable**. Ces réévaluations sont notées dans le dossier et permettent **d'adapter les modalités de prise en charge**

Éléments d'évaluation		Patient traceur	1. Le patient
Patient	Professionnels		
Le patient évalue sa douleur dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir et ce jusqu'au soulagement de la douleur et une amélioration de sa qualité de vie.	- Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation adaptées de la douleur. - L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier (quand une prescription « si besoin » est réalisée, le besoin – niveau de douleur – est précisé).	IQSS - Évaluation et prise en charge de la douleur MCO. - Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI - Sortie de SSPI avec un score de douleur faible. - Évaluation et prise en charge de la douleur SMR. - Évaluation et prise en charge de la douleur HAD. - Évaluation de la prise en charge de la douleur somatique PSY. - e-Satis +48h MCO (questions ad'hoc). - e-Satis MCOCA (questions ad'hoc). - e-Satis SMR (questions ad'hoc).	2. Les équipes de soins

Quelle place pour la certification HAS ?

Quid de la souffrance du patient fumeur hospitalisé ?

- **Souffrance du syndrome de sevrage** possiblement intense si prise en charge inadéquate,
- **Souffrance des malades** qui savent que leur tabagisme compromet malgré eux leur rémission,
- **Souffrance des patients anxio-dépressifs** qui prolongent -indépendamment de leur volonté- leur pathologie sous l'effet de leur tabagisme,
- **Souffrance des personnes précaires** qui sont obligés de continuer de fumer, au détriment de l'alimentation

Qualité des soins et posture éthique :

- **prise en charge proactive** de l'addiction au tabac
- **organisation adaptée:**
 - formations des équipes,
 - mise à disposition des moyens efficaces
 - continuité des soins à leur sortie.



Proposition de critères « prise en charge du tabagisme »

Critère 2.1-05. La prise en charge du tabagisme est systématiquement intégrée dans le parcours de soins

Description du critère

Le repérage systématique du tabagisme et l'accompagnement à l'arrêt du tabac sont des éléments essentiels de la qualité des soins. En effet, **non seulement le patient maintient son risque de morbi-mortalité lié à la pathologie pour laquelle il est hospitalisé, mais l'efficacité des thérapeutiques mises en œuvre pendant le séjour, est largement réduite.** Il est indispensable sur le plan éthique d'accompagner le patient vers une abstinence tabagique au moins temporaire pour lui permettre d'optimiser la prise en charge de sa pathologie somatique ou psychique

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient est interrogé sur sa consommation tabagique et reçoit des conseils personnalisés, en lien avec sa pathologie.
- Une aide au sevrage tabagique est systématiquement mise en place.
- Le patient est informé de l'existence de dispositifs d'aide et du lien qui sera fait avec la médecine de ville

Professionnels

- Les équipes connaissent les recommandations en matière de repérage et d'aide à l'arrêt du tabac.
- Les professionnels disposent d'outils pour gérer l'addiction au tabac (protocoles de repérage et prise en charge).
- Des formations régulières sur la prise en charge du tabagisme sont organisées.

Conclusion

Considérer l'hospitalisation comme une opportunité pour arrêter de fumer...

= Proposer, dans ce moment privilégié du séjour de soins d'un patient, d'expérimenter ce changement

Les patients hospitalisés appuient fortement le rôle des hôpitaux et des professionnels de la santé dans la lutte antitabac et s'attendent à recevoir un accompagnement adéquat pendant leur séjour à l'hôpital (1).

À soutenir par:

- ➡ le relevé systématique du statut tabagique
- ➡ la mise à disposition de traitements médicamenteux spécifiques.
- ➡ la formation obligatoire de tous les professionnels de santé pour l'abord et la prise en charge du patient fumeur : offre de soins adaptée et cohérente incluant l'arrêt du tabac.

Loi Kouchner de 2002 relative aux droits des malades, et Article L.1110-1 du code de la santé publique :
"le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne".

(1) Martínez C, Castellano Y, Fu M, et al. Patient perceptions of tobacco control after smoke-free hospital grounds legislation: Multi-center cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2020;102:103485

*Merci pour
votre attention !*



n.lajzerowicz@hopitaldubouscat.com