

Guide

Hôpital
sans tabac



GUIDE HÔPITAL SANS TABAC

.....
Directeur de publication : Nicolas Bonnet

Coordination : Nicolas Bonnet, Emilie Beauvillier, David Michels

Secrétariat de rédaction : Maria Baraud
.....

Ont contribué à sa rédaction :

Sylviane Aix-Martinez (ARS Corse), Samir Atroun (délégué régional du RESPADD en Ile-de-France, centre hospitalier des 4 villes – Sèvres/Saint-Cloud), Joana Azevedo Correia (ARS Ile-de-France), Gérard Audureau (Droits des Non-Fumeurs), Claude Bamberger (AIDUCE), Emilie Beauvillier (RESPADD), Dan Benhamou (AP-HP – Le Kremlin-Bicêtre), Cynthia Benkhoucha (Fédération Addiction), Nicolas Bonnet (RESPADD), Anne Borgne (RESPADD, CSAPA Victor Segalen – Clichy), Véronique Boute-Makota (déléguée régionale du RESPADD en Auvergne – Rhône-Alpes, centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand), Jean-Yves Breurec (délégué régional du RESPADD en Normandie, centre hospitalier de l'Estran – Pontorson), Clémence Cagnat-Lardeau (Alliance contre le tabac), Maria-Alejandra Cardenas (DGS), Sylvie Chazalon (DGS), Sophie Darcy (AFIT), Bertrand Dautzenberg (AP-HP Pitié Salpêtrière), Catherine de Bournonville (déléguée régionale du RESPADD en Bretagne, centre hospitalier universitaire de Rennes), Laurent Decoux (groupe hospitalier Nord-Essonne), Michel Delcroix (Alliance contre le tabac), Véronique Deiss (AIDUCE), Alain Dervaux (centre hospitalier universitaire d'Amiens), Jacques Deschamps (CISS), Yana Dimitrova (Ligue contre le cancer), Véronique Drouglazet (ARS Ile-de-France), Fabienne Dubuisson (DGOS), Anne-Laure Flety (centre hospitalier du Val de Saône-Pierre Vitter – Gray), Sabine Georgieu (centre hospitalier de la Côte Basque – Bayonne), Gilles Grangé (CNGOF), Benoît Grevy (AFIT), Isabelle Hamm (AFIT), Françoise Herveau (centre hospitalier départemental Vendée), Charlotte Kanski (Ligue contre le cancer), Bernard Kirschen (ARS Ile-de-France), Johanne Lair (DGOS), Estelle Lavie (HAS), Gilles Lecoq (MILDECA), Serge Le Faurestier (La Vape du cœur), Nadia Le Jan (centre hospitalier d'Orsay), Dominique Legrand (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Stephen Lequet (Droits des Non-Fumeurs), Juliette Levêque (déléguée régionale du RESPADD en Martinique, centre hospitalier universitaire de Martinique), Lionel Louis (AFIT), Géraldine Merret (Mutualité française), David Michels (RESPADD), Serge Mounsande (délégué régional du RESPADD en Nouvelle Aquitaine, centre hospitalier de Niort), Stéphane Papatheodorou (La Vape du cœur), Aurélie Pecquereaux (centre l'Espoir – Hellemmes), Claire Pelosi (déléguée régionale du RESPADD en Ile-de-France, AP-HP – René Muret), Thomas Pignier (Institut mutualiste Montsouris), Anne Pipon-Diakaté (AFIT), Emmanuel Ricard (Ligue contre le cancer), Sami Scerra (délégué régional du RESPADD à la Réunion, SAOME), Olivier Smadja (Santé publique France), Marie-Ange Testelin (ECLAT-GRAA), Samir Toubal (Mutualité française), Florence Tual (ARS Bretagne), Isabelle Ulysse (centre hospitalier de Dreux), Michel Vicaire (FFAAIR).

L'élaboration de ce guide a reçu le soutien financier de la Direction générale de la santé et de la Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social.

© Edition Respadd, 2017, www.respadd.org

► Pour commander ce guide ou poser une question :
contact@respadd.org

Couverture et mise en page : Bernard Artal Graphisme

Achévé d'imprimer en septembre 2017 – Imprimerie Peau, Berd'huis

Dépôt légal : septembre 2017 – Exemple gratuit, ne peut être vendu

ISBN 978-2-9550677-4-1

1

STRATÉGIE
POUR UN HÔPITAL SANS TABAC

2

LA RÉGLEMENTATION

3

L'ORGANISATION DU PARCOURS
DE SOINS DU FUMEUR

4

LA FORMATION
DES PERSONNELS

5

ANNEXES

Sommaire

Avant-propos

Pourquoi un Hôpital sans tabac ? 3

1/ STRATÉGIE POUR UN HÔPITAL SANS TABAC 4

Ce qu'il faut savoir

- Qu'est-ce qu'un Hôpital sans tabac ? ... 4
- Qu'est-ce qu'une stratégie Hôpital sans tabac ? 4
- Assise opérationnelle de la stratégie Hôpital sans tabac..... 9

ENCADRÉ N° 1

Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé..... 10

Ce qu'il faut faire

- Méthodologie..... 11

2/ LA RÉGLEMENTATION 12

Ce qu'il faut savoir

- Cas général..... 12
- Chambres..... 12
- Lieux extérieurs 12

ENCADRÉ N° 2

Conséquences sociales et événements indésirables liés au tabac en établissement de santé..... 13

Ce qu'il faut faire

- Cas général..... 14
- Chambres..... 14
- Lieux extérieurs..... 15

ENCADRÉ N° 3

L'utilisation du vaporisateur personnel et des produits de la vape dans l'établissement 16

3/ L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS DU FUMEUR 18

Ce qu'il faut savoir

- Stratégie Hôpital sans tabac et organisation des soins..... 18
- Une organisation qui traduit une logique de parcours..... 18

Ce qu'il faut faire

- Intégrer la stratégie Hôpital sans tabac dans tous les projets relatifs à la prise en charge..... 19
- Former tous les personnels soignants au conseil d'aide à l'arrêt et à la prescription de substituts nicotiniques..... 19
- Organiser efficacement la prise en charge au niveau de chaque service.... 19
- Assurer une liaison de qualité en amont et en aval..... 20
- Informer les patients..... 21
- Ne pas oublier les personnels..... 21

4/ LA FORMATION DES PERSONNELS 22

Ce qu'il faut savoir

- La formation continue : une obligation pour les personnels des hôpitaux et les professionnels de santé..... 22
- La lutte contre le tabagisme : une priorité du DPC des professionnels de santé et de la formation continue..... 22
- La formation : un outil indispensable pour la stratégie Hôpital sans tabac..... 22

Ce qu'il faut faire

- S'appuyer sur le cadre de la formation continue..... 23
- Mettre en place des formations internes..... 23
- Intervenir auprès des étudiants en formation et dans les instituts de formation..... 23

5/ ANNEXES 24

- Rôle et composition du comité de pilotage..... 24
- Prévention et sensibilisation en direction du public et des personnels..... 25
- Textes de loi..... 26
- Fiches de formation 28
- Procédure ultra simplifiée – RESPADD.. 31
- Quelques exemples de visuels..... 32
- Charte Hôpital sans tabac – RESPADD... 33

POURQUOI UN HÔPITAL SANS TABAC ?

Que signifie être Hôpital sans tabac ? Quelle stratégie employer afin de garantir la mise en place d'un Hôpital sans tabac ? Quels en sont les bénéfices attendus tant pour les patients, les visiteurs, que les équipes hospitalières ?

Bien-être des patients, rapport coût-efficacité, amélioration de la qualité des soins, diminution des nuisances, etc. les exemples sont nombreux qui justifient l'importance pour les établissements de santé de renforcer leur politique de prévention et de prise en charge du tabagisme et de devenir Hôpital sans tabac.

Le renouveau de cette politique s'inscrit dans le « virage préventif » préconisé dans les recommandations du Haut Conseil de la santé publique. Une mortalité évitable encore trop élevée, des inégalités persistantes selon les territoires et les groupes sociaux, le HCSP recommande que soient renforcée la prévention autour de deux facteurs de risque qui sont bien familiers au RESPADD : l'alcool et le tabac.

C'est également l'hôpital « promoteur de santé » qui est mis ici à l'honneur : l'hôpital doit devenir un acteur majeur de cette stratégie de prévention en favorisant les comportements vertueux et en endossant pleinement son rôle d'exemplarité en promotion de la santé aux bénéfices des patients, des professionnels et des visiteurs. Le but d'une structure de santé promotrice de santé est d'améliorer la qualité des soins, les conditions de vie et de travail au sein de l'établissement ainsi que la participation des professionnels et des usagers aux décisions qui concernent leur santé. C'est également une structure de santé qui étend ses responsabilités au-delà des frontières étroites des épisodes cliniques aigus et coopère avec la communauté pour promouvoir une approche globale de la santé à travers les politiques et les actions de promotion de la santé développées en direction des usagers, des professionnels et de la communauté. Ces enjeux sont ceux de la mise en place de la stratégie Hôpital sans tabac.

L'objectif de ce guide est de proposer une aide méthodologique à l'ensemble des professionnels concernés, afin que tous ensemble, ils puissent mettre en œuvre cette stratégie. L'enjeu est d'obtenir le plus rapidement possible une couverture nationale d'établissements sans tabac.

Anne Borgne
Présidente du RESPADD

STRATÉGIE POUR UN HÔPITAL SANS TABAC

Ce qu'il faut savoir

Qu'est-ce qu'un Hôpital sans tabac ?

Un Hôpital sans tabac est un établissement de santé ayant une stratégie de progression dans l'aide aux fumeurs et dans la disparition du tabagisme et au sein duquel on s'abstient de fumer au-delà du simple respect de la législation en vigueur. On y met en œuvre une politique active qui inscrit la prévention et la prise en charge du tabagisme dans le parcours des patients et qui prévoit des mesures spécifiques pour les personnels.

Qu'est-ce qu'une stratégie Hôpital sans tabac ?

C'est l'ensemble des initiatives politiques, administratives ou médicales, prises par un établissement de santé dans le cadre d'un projet débattu et planifié, pour tendre vers la disparition du tabagisme au sein de l'établissement. Elle s'inscrit dans la démarche qualité globale de l'établissement. Cette démarche est coût-efficace pour l'établissement.

→ Une stratégie qui s'inscrit dans une médecine de parcours, centrée sur le patient

Votee en 2016, la loi de modernisation de notre système de santé promeut un dépassement de l'approche par secteur (ville, médicosocial, sanitaire) au profit du développement d'une véritable médecine de parcours qui doit permettre une prise en charge globale, structurée, continue et au plus près des patients.

C'est dans cette nouvelle perspective que doit s'inscrire la stratégie Hôpital sans tabac.

Au-delà des aspects touchant à l'application de la réglementation et à l'aménagement des espaces, cela implique de décliner une stratégie de parcours de soins sous-tendue par une évaluation du statut tabagique et une proposition de prise en charge de tout usager, travaillant ou admis à l'hôpital, (cf. chapitre 3) et d'ancrer celle-ci dans une dynamique partenariale et territoriale. L'objectif de réduction du tabagisme est a priori inclus dans les parcours populationnels du projet régional de santé porté par l'Agence régionale de santé du territoire.

→ Une stratégie portée par les instances de gouvernance de l'hôpital et inscrite dans le projet d'établissement

Visant l'amélioration de la qualité du service rendu, la stratégie Hôpital sans tabac doit être initiée et portée par les instances de gouvernance de l'hôpital :

Le Conseil de surveillance : le conseil de surveillance des établissements publics de santé est composé de membres répartis en trois collèges : les représentants des collectivités



territoriales, les représentants du personnel, les personnes qualifiées et les représentants d'usagers ;

La Direction générale : il est de la responsabilité de la direction de faire respecter la loi et la réglementation et dans son intérêt d'améliorer les conditions de travail et d'accueil dans son établissement ;

La Commission médicale d'établissement (CME) : instance de représentation du personnel médical et pharmaceutique de l'établissement, elle participe aux décisions concernant les principaux projets de l'établissement et joue un rôle d'évaluation ;

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) : garant de la sécurité et des conditions de travail des salariés, il est un acteur majeur de la prévention des conduites addictives et de la protection de la santé des personnels. La formation de ses membres est donc une priorité dans la mise en place d'une politique globale et cohérente de prévention des conduites addictives, dont le tabagisme. C'est aussi un lieu préférentiel pour organiser des réunions sur la stratégie Hôpital sans tabac afin que chacun puisse s'exprimer sur les problèmes posés par l'application pratique de la législation, des projets d'établissement dépassant le strict respect de la loi et l'organisation d'un cadre de travail sain pour tous ;

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) : elle contribue à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches, veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

Si l'établissement a mis en place un comité ou une commission d'éthique, cette instance pourra être associée aux réflexions portant sur la stratégie Hôpital sans tabac.

Le **projet d'établissement** pourra être un levier important pour la stratégie Hôpital sans tabac. Inscrit dans le code de la Santé publique, « *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion et du système d'information. Il comprend un projet social* » [Art. L6143-2].

Le projet d'établissement s'appuie sur un plan stratégique et est composé généralement d'un projet médical, d'un projet de soins, d'un projet de prise en charge, d'un projet de gestion des risques et qualité, d'un projet social et professionnel, d'un projet financier, ainsi que d'un volet développement durable et d'un volet logistique. L'un des enjeux de la stratégie pourra ainsi être d'inscrire l'objectif Hôpital sans tabac dans chacun de ces volets.

→ Une stratégie qui s'appuie sur les professionnels de santé de l'établissement

Aucune stratégie Hôpital sans tabac ne saurait être mise en place sans le concours des personnels de l'établissement et en particulier de ceux qui assurent le soin et la prise en charge des patients :

Les médecins : ils doivent être en première ligne pour mettre en œuvre les recommandations les plus récentes, intégrer la prise en charge du tabagisme dans les protocoles de prise en charge des patients, prescrire les substituts nicotiques, évoquer les alternatives au tabac fumé (vaporisateur personnel) et diffuser les messages de prévention ;

Les sages-femmes : au contact journalier des femmes enceintes, accouchées et de leur entourage, elles ont un rôle essentiel dans la diffusion des messages de prévention et dans la mise en œuvre des recommandations les plus récentes sur les soins aux femmes enceintes qui fument. Elles ont la possibilité de prescrire des substituts nicotiques à la femme enceinte ou accouchée, mais aussi à son entourage ;

Les infirmières : en proximité régulière avec les patients et leurs proches, elles ont un rôle essentiel dans la diffusion des messages de prévention et dans la mise en œuvre des procédures et recommandations les plus récentes. Elles peuvent par ailleurs prescrire les substituts nicotiques et évoquer les alternatives existantes ;

Les aides-soignantes : au contact journalier des patients et de leurs proches, elles peuvent relayer les informations sur la stratégie Hôpital sans tabac, appuyer les messages de prévention et relayer auprès de l'équipe soignante les demandes des patients fumeurs ;

Au côté de ces professionnels, **la pharmacie hospitalière** est en première ligne pour mettre à disposition une offre diversifiée de substituts nicotiques et autres traitements de la dépendance tabagique et en assurer la dispensation notamment auprès des unités de soins ;

Les membres des **équipes de tabacologie et d'addictologie de l'hôpital** (équipe de liaison et de soins en addictologie - ELSA, consultations externes, service ou unité d'addictologie, établissements médicosociaux spécialisés - CSAPA ou CAARUD - gérés par l'hôpital) sont des personnels « ressources » précieux pour accompagner et former les personnels non-spécialistes à la prise en charge des fumeurs mais aussi pour conseiller la direction et les instances de gouvernance.

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT), chargée de donner son avis sur l'organisation des soins infirmiers et l'accompagnement des patients, ainsi que sur la formation du personnel infirmier et de rééducation, pourra jouer elle aussi un rôle important dans la stratégie Hôpital sans tabac.

Hôpital sans tabac est aussi une démarche qui vise à l'amélioration de la santé des personnels. Ainsi, le **service de santé au travail de l'établissement** devra être une des parties prenantes de la stratégie. Médecins et infirmières de la médecine du travail pourront sensibiliser les personnels fumeurs sur les conséquences du tabagisme, conseiller et orienter vers la consultation de tabacologie/addictologie dédiée au personnel, prescrire des substituts nicotiques et aborder les alternatives existantes. Ils auront un rôle important d'information lors de la visite médicale d'embauche de tout nouveau personnel.

→ Une stratégie qui concerne tous les autres acteurs de l'établissement

Au-delà des instances de gouvernance et des professionnels de santé, la stratégie Hôpital sans tabac impliquera nécessairement les autres acteurs de l'établissement :

La Direction des ressources humaines : cette direction doit être pleinement impliquée dans la mesure où la stratégie Hôpital sans tabac concerne tout autant les patients que les personnels, qu'elle comporte une dimension touchant aux conditions de travail et qu'elle concerne également la formation des personnels ;

Les Directions de la communication, du budget, des travaux, des affaires médicales, de la qualité des soins : chacune de ces directions aura à intervenir pour la mise en œuvre de la stratégie Hôpital sans tabac ;



Le Comité technique d'établissement : chargé de représenter le personnel non médical, il doit être consulté sur les questions stratégiques et celles concernant le personnel (conditions de travail, politique sociale, etc.) et pourra donc être un interlocuteur Hôpital sans tabac ;

Les personnels de sécurité et d'accueil (mais aussi de conciergerie, de propreté, d'entretien des espaces verts) : présents dans les espaces dans lesquels ils seront susceptibles de devoir rappeler la loi et les règles, il est important qu'ils soient informés et formés sur l'abord du fumeur et du vapoteur et sur les dispositions législatives et réglementaires ;

Les autres personnels (crèches, restauration, entretien, etc.) : en fonction des activités de l'hôpital, d'autres personnes peuvent jouer un rôle important dans la stratégie Hôpital sans tabac.

→ Une stratégie qui s'appuie sur les ressources partenariales du territoire

En plus des acteurs de l'établissement, la mise en œuvre de la stratégie Hôpital sans tabac pourra s'appuyer sur des partenariats avec les représentants locaux de différentes structures ou associations telles que :

Le RESPADD : le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (anciennement Réseau Hôpital sans tabac) est un des acteurs historiques de la mise en place de l'interdiction de fumer dans les établissements sanitaires. Fort de son histoire et de son expertise, il peut venir en appui aux établissements dans la relance de leur politique tabac ;

L'association ELSA France : l'association fédère les Équipes de liaison hospitalières qui ont un rôle tout à fait important dans la formation des personnels et le repérage des patients ;

Le Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière (COPA AH) : rassemble les personnes physiques ayant une activité addictologique dans une structure hospitalière publique ou privée ;

L'Association française des infirmières en tabacologie (AFIT) : qui pourra par exemple partager l'expérience de ce qui est réalisé dans d'autres établissements et participer à la formation des personnels de l'hôpital ;

L'Association nationale des sages-femmes tabacologues (ANSFT).

En fonction des projets décidés par le comité de pilotage de la stratégie (cf. infra), des partenariats pourront être également noués avec :

Les associations sportives de l'hôpital : ces clubs ou associations pourront être de précieux partenaires sur les événements type « parcours du souffle », marathon, etc.

Sur son territoire, l'hôpital pourra également se rapprocher :

Des réseaux locaux et/ou régionaux d'addictologie ou de tabacologie (réseaux de santé, CSAPA, CAARUD, etc.) ;

Des associations de patients ou d'usagers du système de santé, des associations de non-fumeurs et de vapoteurs.

DIRECTION GÉNÉRALE

1

CONCERTATION

Conseil de surveillance
Commission médicale d'établissement (CME)
Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ)
Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotехniques (CSIRMT)
Comité d'éthique
Comité technique d'établissement

2

PILOTAGE

Comité de pilotage
Chef de projet Hôpital sans tabac

3

DÉCLINAISON

Projet d'établissement dont : • projet médical avec CME
• projet de soin avec CSIRMT
Règlement intérieur : aménagement des locaux et des espaces extérieurs en conséquence
Plan de formation avec la Direction des ressources humaines : • formation continue
• formation interne (appui de l'équipe de liaison et de soins en addictologie)
Projet d'accompagnement des personnels fumeurs en lien avec la Direction des ressources humaines et le Service de santé au travail

4

MISE EN ŒUVRE : LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT

Avant l'hospitalisation de la personne

- Information du patient par son médecin avant l'hospitalisation des bénéfices de la prise en charge de son tabagisme par des traitements nicotiniques de substitution
- Information du patient lors de la première prise de contact avec l'hôpital de la démarche de prise en charge et d'accompagnement du tabagisme des patients hospitalisés (dépliant, informations sur les courriers de liaison, etc.)



Au cours de l'hospitalisation

- Information du patient fumeur dès son arrivée sur une prise en charge possible
- Disponibilité gratuite des TNS au cours de l'hospitalisation
- Évaluation de la prise en charge avant la sortie du patient



Après l'hospitalisation

- Courrier d'information au médecin traitant
- Prescription médicale de TNS
- Conseils sur les possibilités d'accompagnement à la sortie de l'hôpital

5

COMMUNICATION

Signalisation, affichage de la Charte Hôpital sans tabac, communiqués de presse, encarts dans les supports de communication internes, etc.

Assise opérationnelle de la stratégie Hôpital sans tabac

A fin d'être efficace et effective, la stratégie Hôpital sans tabac doit se doter d'une assise opérationnelle avec :

→ Un pilotage

- Un **comité de pilotage** (cf. annexe p. 24) ;
- Un **chef de projet Hôpital sans tabac** qui mettra en place la stratégie Hôpital sans tabac dans son établissement avec le soutien de la direction et du comité de pilotage.

→ Six axes d'intervention (qui se déclineront en actions)

- **L'engagement politique et institutionnel** : signature de la Charte Hôpital sans tabac par l'établissement, inscription de la stratégie Hôpital sans tabac dans le projet d'établissement, adhésion au RESPADD, inscription dans le réseau international *Global Network for Tobacco Free Healthcare Services* (ensh.org), dans la démarche Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé (HSPS) et le réseau international *Health promoting Hospitals and Health Services* (hphnet.org) (cf. encadré p. 10) ;
- **L'application de la réglementation et l'aménagement des locaux** : amélioration de la signalétique, programmation de nouveaux travaux ;
- **La formation des personnels à l'abord du fumeur** : formation continue en interne ou en externe (cf. chapitre 4) ;
- **La définition des modalités et des protocoles de prise en charge et d'accompagnement des patients fumeurs** : repérage, proposition systématique de substituts nicotiques, information sur les alternatives au tabac fumé, procédure simplifiée, inscription du tabac dans les protocoles de pré-admission, module tabac dans les différents programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP), inscription du tabac dans les évaluations des pratiques professionnelles, mise à disposition des soignants des outils nécessaires pour une bonne prise en charge des patients fumeurs ;
- **La définition des modalités et du protocole de prise en charge et d'accompagnement des personnels fumeurs** : mise en place d'une consultation réservée/ciblée et accès gratuit aux substituts nicotiques ;
- **La prévention primaire et la sensibilisation en direction du public et des personnels** : journée de sensibilisation, journée mondiale sans tabac, Moi(s) sans tabac, animations sportives, conférences, etc. (cf. annexe p. 25).

→ Des moyens transversaux

- **La communication** : toutes les actions doivent donner lieu à une communication adaptée suivant ses objectifs et les publics visés ;
- **L'évaluation** : quel que soit l'axe d'intervention et l'action, elle doit donner lieu à une évaluation des résultats et/ou à un retour d'expérience.

Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé (HSPS)

Le but d'une structure de santé promotrice de santé est d'améliorer la qualité des soins, les conditions de vie et de travail au sein de l'établissement ainsi que la participation des professionnels et des usagers aux décisions qui concernent leur santé.

Une structure de santé promotrice de santé étend également ses responsabilités au-delà des frontières étroites des épisodes cliniques aigus et coopère avec la communauté pour promouvoir une approche globale de la santé à travers les politiques et les actions de promotion de la santé développées en direction des usagers, des professionnels, de la communauté et de l'environnement de la structure de santé.

Le réseau français des hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé - HSPS - est ouvert à toute structure de santé qui participe à l'offre de soins : établissements de santé publics ou privés, centres de santé, maisons ou pôles de santé, réseaux de santé.

Pourquoi adhérer au réseau français HSPS ?

- Échanger et discuter des pratiques avec d'autres professionnels exerçant en milieu de soins ;
- Bénéficier de ressources documentaires et méthodologiques ;
- S'informer sur les nouvelles recherches et bonnes pratiques ;
- Participer à un réseau international ;
- Participer à des projets de recherche internationaux ;
- Utiliser les logos du réseau français et du réseau international.

Pour plus d'information : www.hphnet.org



Ce qu'il faut faire

Méthodologie

Atteindre tous les objectifs de la Charte Hôpital sans tabac ne peut se faire que sur le long terme. La stratégie Hôpital sans tabac suivra donc une méthodologie de projet circulaire qui permettra de procéder par étapes en se fixant des objectifs précis dans une temporalité réaliste.

La relance de la stratégie Hôpital sans tabac (ou un nouveau cycle d'action) suivra les étapes suivantes :

→ 1) État des lieux de l'existant (et/ou de ce qui a été fait au « cycle » précédent)

Elle pourra s'appuyer sur :

- l'audit Hôpital sans tabac qui est un outil d'auto-évaluation européen dont le score reflète l'état d'avancement de l'établissement vers un Hôpital sans tabac ;
- l'enquête « Tabagisme en blouse blanche » qui permet de connaître la prévalence du tabagisme parmi les personnels et son impact sur la qualité des soins perçus par les patients et les visiteurs ;
- les informations recueillies par le comité de pilotage Hôpital sans tabac ;
- une mission d'appui du RESPADD ;
- les résultats d'une évaluation externe ;
- le bilan des actions préalablement menées.

→ 2) Choix des axes d'interventions prioritaires (ou de nouveaux axes d'intervention) et la planification

La démarche Hôpital sans tabac est progressive et tous les points de la Charte ne peuvent être atteints en une année, on ne retiendra donc que quelques points à améliorer dans un calendrier réaliste.

→ 3) Mise en œuvre

Le chef de projet Hôpital sans tabac et/ou des sous-groupes projet piloteront la mise en œuvre des actions.

→ 4) Évaluation

L'évaluation des actions sera un préalable aux actions suivantes (cf. supra) et peut aussi être réalisée avec les résultats de l'audit Hôpital sans tabac.

LA RÉGLEMENTATION



Ce qu'il faut savoir

Cas général

- Les établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer (Articles L3512-8 et R3512-2 du Code de la santé publique – CSP) (cf. infra) ;
- Les locaux pour la consommation de tabac ne sont pas autorisés au sein des établissements de santé (Article R3512-3 du CSP) ;
- La signalisation officielle, définie par arrêté du ministère de la santé, doit être apposée de manière apparente dès l'entrée de l'établissement afin de rappeler cette interdiction. Elle est accompagnée d'un message sanitaire de prévention (Article R3512-7 du CSP) ;
- Le non-respect des dispositions législatives et réglementaires peut avoir des conséquences pénales pour le responsable des lieux⁽¹⁾ (Article R3515-3 du CSP).

Chambres

- En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en établissement de santé mentale :
 - Le principe est celui de l'interdiction de fumer, les chambres étant assimilables à des lieux affectés à un usage collectif.
- En unité de soins de longue durée sanitaire (USLD) et dans les établissements médico-sociaux gérés par un établissement de santé :
 - **Assimilables à des espaces privés**, et donc en principe pas concernées par l'interdiction légale de fumer ; le règlement intérieur de l'établissement peut néanmoins fixer des règles encadrant la possibilité de fumer dans les chambres en long séjour⁽²⁾ ;
 - Pour se prémunir contre le risque incendie, il est recommandé d'adopter l'interdiction formelle de fumer dans les lits ;
 - Fumer reste interdit dans des chambres partagées entre plusieurs patients (lieux collectifs) ;
 - Le personnel peut faire valoir son droit d'alerte, puis son droit de retrait s'il estime que sa santé est mise en danger du fait d'être obligé de travailler dans un environnement enfumé.

Lieux extérieurs

- Si l'établissement est destiné à l'accueil des mineurs (services ou hôpitaux pédiatriques, etc.), l'interdiction de fumer s'étend aussi aux espaces à l'air libre (Article R3512-2 du CSP) ;
- Si l'établissement n'est pas destiné à l'accueil des mineurs, fumer n'est pas interdit par la loi à l'extérieur. Toutefois le règlement intérieur de l'établissement peut fixer des règles encadrant la possibilité de fumer à l'extérieur.

(1) Une jurisprudence constante impose à l'employeur l'obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne la protection contre la fumée du tabac.

(2) Circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médicosociaux assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6°, 7°, 8° et 9° du 1 de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles ; et Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.

Conséquences sociales et événements indésirables liés au tabac en établissement de santé

LE TABAGISME AUX ENTRÉES DES BÂTIMENTS DE L'HÔPITAL

Au sein de l'hôpital, les entrées des bâtiments sont devenues des endroits où les patients et/ou les personnels se regroupent pour fumer. Les établissements ont pu installer près des portes d'entrées des éteignoirs à cigarettes qui servent de cendrier, cependant de nombreux mégots se retrouvent sur les trottoirs. Ce phénomène est une source d'insatisfaction chez de nombreux patients et visiteurs et décrédibilise l'établissement comme lieu de soins en donnant une image peu hygiénique du fait du rideau de fumée qui entoure les entrées et des déchets qui jonchent le sol.

LE TABAGISME EN BLOUSE BLANCHE

La prévalence du tabagisme chez les personnels hospitaliers est variable d'un établissement à un autre mais reste une difficulté potentielle pendant le temps de travail. En fonction de la dépendance tabagique, de multiples pauses peuvent être prises pour aller fumer. La plupart du temps, le personnel habillé en tenue de travail se retrouve à l'extérieur pour fumer, parfois aux mêmes endroits que les patients. Des études ont montré que ces comportements avaient un impact négatif sur la qualité des soins perçue par les usagers de l'établissement.

LE RISQUE INCENDIE

A l'hôpital, un incendie peut avoir des conséquences dramatiques en raison de la présence constante de nombreuses personnes (patients, personnels et visiteurs). La cigarette peut être à l'origine des débuts d'incendie à l'hôpital. Le plus souvent, les incendies sont liés aux patients qui s'endorment en fumant, aux mégots mal éteints, et plus rarement à des actes volontaires. De plus, les briquets et les allumettes possédés par les fumeurs sont aussi responsables d'incendies.

TABAGISME ET FUGUES

Le tabac reste un facteur de fugue ou de sorties inappropriées, notamment au sein des établissements de santé mentale. Les patients peuvent quitter l'hôpital pour se réapprovisionner en ville, sans au préalable demander l'autorisation aux personnels.

HYGIÈNE ET PROPRETÉ

Au-delà de la gêne qu'il occasionne lorsqu'il se concentre à l'entrée des bâtiments, le tabagisme est souvent source d'une dégradation de la propreté générale des espaces extérieurs. Même si des cendriers sont mis à disposition des fumeurs, de très nombreux mégots sont écrasés et jetés au sol ou sur les pelouses. La gestion des cendriers et le ramassage des mégots constituent un coût non négligeable pour les établissements.

Ce qu'il faut faire

Cas général

La bonne application de l'interdiction de fumer relève de la responsabilité de la direction de l'établissement mais son respect concerne l'ensemble des agents, des professionnels et des usagers.

Il est donc indispensable :

- De fournir une information ciblée, récurrente et actualisée à toutes les catégories de personnels (médicaux, soignants, administratifs et techniques) ainsi qu'aux usagers sur la finalité de cette interdiction au regard des enjeux de santé publique, son caractère normatif et les sanctions prévues en cas de non-respect ;
- D'assurer la formation du personnel, leur permettant de relayer et de rappeler l'information auprès des personnes accueillies dans l'établissement, et ce, dès l'accueil ;
- De corriger rapidement, sans hésitation ni exception toute tentative de contournement ;
- D'afficher, rappeler et remettre en place chaque fois que nécessaire, la signalétique ;
- D'apporter aux personnels et aux patients tout le soutien nécessaire à l'application effective de l'interdiction de fumer, en particulier en leur proposant d'accéder aux différents programmes de sevrage tabagique et en les informant des alternatives existantes.

Chambres

Concernant la possibilité de fumer dans les chambres d'unités de soins de longue durée sanitaires ou d'établissements médicosociaux gérés par un établissement de santé :

- Le patient a, selon la loi, le droit de fumer s'il se trouve seul dans la chambre. Du moment où la chambre est partagée, il est nécessaire de faire respecter l'interdiction de fumer.
- Toutefois, le chef d'établissement dispose d'un pouvoir réglementaire permettant d'élargir l'interdiction de fumer, notamment dans les chambres :
 - pour raison de sécurité incendie (interdiction de fumer dans les lits) ;
 - pour raison de sécurité sanitaire et d'hygiène (protection du personnel).
- Cette mesure est impérativement mentionnée dans le règlement intérieur et communiquée aux usagers.

Lieux extérieurs

→ Au sein de l'établissement

Pour mettre en place un espace extérieur sans tabac dans l'enceinte de l'établissement, il convient d'inscrire la disposition dans le règlement intérieur de l'établissement, ce qui relève de la responsabilité de la direction.

Au-delà des aspects touchant au pilotage du projet (cf. chapitre 1), pour mener à bien l'interdiction de fumer dans certains ou tous les espaces extérieurs, il convient de :

- Identifier l'hôpital comme participant à la démarche Hôpital sans tabac ;
- Identifier clairement les espaces extérieurs où il est interdit de fumer et privilégier des espaces disposant de limites facilement lisibles pour tous ;
- Apposer une signalétique d'interdiction de fumer adaptée ;
- Eventuellement, définir et aménager (couvre-vent, cendrier) les zones à l'air libre où il pourrait être autorisé de fumer, en veillant à ce qu'elles soient éloignées des bâtiments, des fenêtres et des portes d'accès.

→ Aux entrées extérieures de l'établissement

En principe, ces zones qui, par définition, ne sont pas situées dans l'enceinte de l'établissement, ne relèvent pas de lui pour ce qui est de l'interdiction ou non de fumer.

- Toutefois, les établissements de santé ont un devoir d'exemplarité et peuvent appuyer les mesures nécessaires à la protection contre la fumée de tabac en soutenant la mise en place d'espaces non-fumeurs à leurs entrées extérieures. Cela permettra d'éviter les attroupements, les nuages de fumée imposés aux utilisateurs au moment d'accéder à l'établissement, ainsi que l'exposition forcée à la fumée du personnel travaillant près des zones d'accès.

Pour définir une zone non-fumeur aux entrées extérieures de l'établissement, il faut demander à la municipalité de prendre un arrêté visant à interdire de fumer sur la voie publique aux abords de l'accès.

- La municipalité pourra inscrire cet arrêté dans la démarche du label Espace sans tabac, lancé par la Ligue contre le cancer. Celui-ci a été mis en place dans certaines communes, élargissant les lieux sans tabac définis par la loi à des espaces extérieurs tels les plages, les aires de jeux, les parcs, les sorties d'école, etc.
- Pour la municipalité, dont le maire est membre du conseil de surveillance de l'établissement, cela peut-être l'occasion d'articuler les démarches Hôpital sans tabac et Espace sans tabac.

L'utilisation du vaporisateur personnel et des produits de la vape dans l'établissement

Ce qu'il faut savoir

Concernant le vapotage et l'utilisation des produits de la vape dans les lieux publics, l'article L 3513-6 du CSP dispose « *qu'il est interdit de vapoter dans :*

- 1) *Les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ;*
- 2) *Les moyens de transport collectif fermés ;*
- 3) *Les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif ».*

Ces dispositions ont été complétées par le décret du 25 avril 2017 qui précise :

- *« les lieux de travail soumis à l'interdiction de vapoter (...) s'entendent des locaux recevant des postes de travail situés ou non dans les bâtiments de l'établissement, fermés ou couverts, et affectés à un usage collectif, à l'exception des locaux qui accueillent du public »* (article R3513-2 du CSP) ;
- *« une signalisation apparente rappelle le principe de l'interdiction de vapoter, et le cas échéant, ses conditions d'application dans l'enceinte de ces lieux »* (article R3513-3 du CSP). A la différence de ce qui est prévu pour l'interdiction de fumer, il n'existe pas de modèle officiel de signalétique. Chaque établissement est donc libre d'adopter une signalétique propre.

Concrètement, pour les établissements de santé, cela implique que :

- Si l'établissement est destiné à l'accueil des mineurs (services ou hôpitaux pédiatriques, etc.), il est interdit d'y vapoter (à l'intérieur comme à l'extérieur) ;
- Si l'établissement n'est pas destiné à l'accueil des mineurs, il n'est pas interdit par la loi d'y vapoter, sauf dans les espaces collectifs de travail fermés et couverts ne recevant pas de public : salles de réunions, bureaux partagés, salles d'opération, etc. Le règlement intérieur de l'établissement devra préciser les autorisations ou interdictions de vapoter ;
- Le non-respect des dispositions législatives et réglementaires peut avoir des conséquences pénales pour le responsable des lieux (article R3515-8 du CSP).

Ce qu'il faut faire

L'établissement pourra encadrer l'utilisation des produits du vapotage en prenant des dispositions dans son règlement intérieur. Toutefois, la vape pouvant aider à atteindre progressivement l'objectif d'un établissement de soins totalement non-fumeur, y compris à l'extérieur, on pourra accompagner les restrictions d'utilisation par une attitude bienveillante.

Terminologie

Les documents produits devraient préférer à chaque fois que cela est possible les termes vape/vapotage/vaporisateur personnel au terme cigarette électronique, qui garde une connotation « tabac » et fait perdurer l'amalgame avec le tabac.

Espaces avec et sans vapotage

→ À l'extérieur des locaux

Il n'y a pas lieu de prendre de mesure particulière d'interdiction. Cependant pour le confort de tous et pour éviter tout nuage de vapeur gênant pour certains patients fragiles sur un lieu de passage obligatoire, on pourra recommander de ne pas vapoter dans les espaces situés devant les portes d'entrée des bâtiments.

→ À l'intérieur des locaux, dans les espaces qui accueillent du public

Chaque établissement doit établir les règles qu'il entend être les siennes concernant le vapotage, notamment dans les chambres partagées entre plusieurs malades, et concernant l'utilisation de la vape par les personnels lorsqu'ils sont en tenue et/ou au contact des patients.

À côté des interdictions dont le patient et le visiteur devront être informés, et dans un esprit d'orientation plutôt que de sanction, on pourra mettre en place une signalisation positive indiquant les endroits où le vapotage est explicitement possible. Pour cela, un visuel spécifique peut permettre de repérer immédiatement ces endroits (cf. annexe page 32).

Par ailleurs, on pourra relayer auprès des vapoteurs les messages de bonnes pratiques et de courtoisie, notamment en ce qui concerne l'utilisation d'une puissance de vapotage raisonnable et celle d'un liquide au parfum discret.

L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS DU FUMEUR

Ce qu'il faut savoir

Stratégie Hôpital sans tabac et organisation des soins

L'établissement hospitalier est un lieu propice et privilégié à la prise en charge du tabagisme pour les patients car il répond à des missions de prévention et de soins.

Ainsi, au-delà de l'application de la réglementation relative à la consommation de tabac dans l'enceinte de l'établissement, la stratégie Hôpital sans tabac a également pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients (et des personnels) fumeurs. Cette stratégie doit donc se traduire dans l'organisation des soins à l'hôpital. Cette dernière doit permettre une prise en charge systématique de tous les patients fumeurs.

Les différentes expériences montrent que la proposition d'une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac pendant le temps de l'hospitalisation ou de manière pérenne est presque toujours bien acceptée par les patients.

Une organisation qui traduit une logique de parcours

La stratégie Hôpital sans tabac définit une prise en charge systématique et adaptée du tabagisme pour chaque patient hospitalisé et doit être connue et pratiquée par l'ensemble du personnel soignant. Dès son arrivée à l'hôpital, le patient fumeur doit pouvoir bénéficier d'une aide pour changer son comportement et cette démarche doit être similaire pour tous les patients entrant dans l'enceinte de l'établissement, y compris les personnes admises en soins ambulatoires. Cela signifie que dès l'hospitalisation d'une personne, il est nécessaire de mettre en œuvre et de proposer aux patients toutes les possibilités pour entamer un sevrage (au moins temporaire le temps du passage à l'hôpital et dans l'idéal définitif).

L'organisation de la prise en charge doit s'inscrire dans une logique de parcours et le passage à l'hôpital doit être envisagé comme une étape dans les parcours de santé et de vie des patients dans une perspective d'accompagnement global. L'organisation doit notamment s'attacher à penser les articulations avec les autres professionnels et dispositifs de soins en amont et en aval de la prise en charge.



Ce qu'il faut faire

Intégrer la stratégie Hôpital sans tabac dans tous les projets relatifs à la prise en charge

À l'occasion du renouvellement du projet d'établissement, on veillera à l'intégration de la stratégie Hôpital sans tabac dans :

- le **projet médical** avec l'appui de la Commission médicale d'établissement ;
- le **projet de soins** avec l'appui de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Par ailleurs, on intégrera la question du tabagisme dans tous les **programmes d'éducation thérapeutique** de l'établissement.

Former tous les personnels soignants au conseil d'aide à l'arrêt et à la prescription de substituts nicotiques

L'ensemble du personnel soignant de l'établissement hospitalier doit être en capacité d'aider le fumeur à arrêter de fumer et doit s'impliquer dans cette démarche d'accompagnement. Il faut que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière dans le dossier médical du patient.

Pour ce faire, tout le personnel soignant doit être formé au « conseil d'aide à l'arrêt du tabac ». Il est aussi nécessaire que le personnel soignant sache prescrire rapidement les substituts nicotiques.

- Voir le Chapitre 4 de ce guide ;
- Voir la brochure *Prendre en charge les fumeurs dans les lieux de santé. Un livret d'aide à la pratique pour les professionnels* publiée par le RESPADD.

Organiser efficacement la prise en charge au niveau de chaque service

Pour faciliter le repérage et la prise en charge des fumeurs au niveau de chaque service ou unité, on pourra :

- Rendre disponible dans chaque service de soins une fiche unique du type « Procédure premier jour » permettant un repérage et une prescription rapide des substituts nicotiques (cf. annexe p. 31) ;
- Mettre à disposition de manière permanente et en quantité suffisante dans chaque service des traitements de substitution à la nicotine.

Les établissements qui gèrent, en milieu pénitentiaire, des unités de soins ou des services médicopsychologiques régionaux veilleront à ce que ces dispositions y soient également appliquées.

Assurer une liaison de qualité en amont et en aval

→ Avant l'hospitalisation

Dans les établissements qui proposent aux patients de s'inscrire sur des plateformes numériques afin de se préparer à l'hospitalisation et/ou à l'opération, il est recommandé que la question du tabagisme soit abordée. Les patients fumeurs pourront ainsi recevoir en amont de leur hospitalisation des informations générales sur les aides et les dispositifs existants et des documents plus spécifiques relatifs à leur prise en charge et aux différentes méthodes d'aide au sevrage tabagique disponibles au sein de l'établissement.

→ Après l'hospitalisation

Il est recommandé d'organiser le suivi post-hospitalisation du fumeur sevré par le biais de l'implication de la médecine de ville. Des contacts et relais avec le médecin traitant et le pharmacien doivent être organisés pour que le fumeur ne soit pas démuné et ne se retrouve pas seul à la sortie de l'hôpital. L'accompagnement par un professionnel de santé augmente l'efficacité du sevrage sur le long terme. Le rôle du médecin traitant est majeur car il est l'acteur clé de cette démarche.

L'identification au préalable d'un réseau spécifique reposant sur des ressources internes à l'établissement lorsqu'elles existent (consultation d'addictologie/tabacologie, ELSA) et sur des ressources externes (CSAPA, etc.) sur le territoire de vie du patient est nécessaire. Il est aussi possible, lorsqu'ils existent localement, de s'appuyer sur les cabinets de médecine générale du réseau ASALEE (Action de santé libérale en équipe) qui disposent d'un temps de travail d'infirmière déléguée à la santé publique afin d'apporter un suivi des patients tabagiques par exemple.

→ Le dossier médical partagé

Le **dossier médical partagé** est un service public proposé gratuitement qui permet de conserver les données de santé des patients en ligne. Il facilite ainsi la prise en charge coordonnée des patients grâce au partage d'information médicale entre professionnels de santé. Dans ce dossier, il faut mentionner le statut tabagique de la personne.

→ Les lettres de liaison

Les lettres de liaison, instituées par la loi de modernisation de notre système de santé, sont des outils précieux pour améliorer le lien ville-hôpital en amont et en aval et ainsi permettre une meilleure prise en charge des fumeurs.

Comme le précise le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016, « *le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient* » et « *lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins* ».

Ainsi, l'établissement pourra travailler avec les médecins généralistes et spécialistes de ville pour qu'ils précisent en amont le statut tabagique des personnes qu'ils adressent à l'hôpital et travailler en interne pour que les courriers de liaison entre l'équipe hospitalière et le médecin traitant précisent ce qui a été fait lors du séjour en termes de prise en charge du tabagisme.



Informer les patients

A vant de proposer au patient une prise en charge médicale, il doit être informé des règles de l'établissement et des outils mis à sa disposition pour l'aider concernant son tabagisme. Il est recommandé de donner l'accès à des supports d'information pour permettre au patient de se documenter et de consolider le discours du soignant (ex : brochures, application Tabac info service, etc.).

Ne pas oublier les personnels

L a stratégie Hôpital sans tabac aide aussi l'ensemble du personnel fumeur qui souhaite arrêter de fumer. Le personnel fumeur doit pouvoir bénéficier des mêmes aides et de la même prise en charge que le patient fumeur entrant à l'hôpital. Le soignant ex-fumeur est plus crédible, plus cohérent et de ce fait plus à même de transmettre un sentiment d'efficacité et d'adopter une attitude empathique et écoutante pour permettre au patient d'exprimer son ressenti.

LA FORMATION DES PERSONNELS



Ce qu'il faut savoir

La formation continue : une obligation pour les personnels des hôpitaux et les professionnels de santé

La formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation pour l'ensemble des personnels des hôpitaux et l'article L. 4021-1 du CSP précise pour les professionnels de santé que « *le développement professionnel continu [DPC] a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu.* »

La lutte contre le tabagisme : une priorité du DPC des professionnels de santé et de la formation continue

L'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du DPC pour les années 2016-2018 et sur lequel les établissements doivent s'appuyer pour construire la partie de leur plan de formation mentionne, dans les orientations sur la politique nationale de santé : « *Orientation n° 12 : le Repérage précoce et intervention brève (RPIB) des conduites addictives : tabac, alcool et cannabis.* ». Par ailleurs, l'Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/211 du 26 juin 2017 relative aux orientations retenues pour 2018 en matière de développement des compétences des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière (personnels non médicaux et sages-femmes) comprend un axe prioritaire visant à développer « *des compétences en matière de repérage (questionnaires, repérage précoce et d'intervention brève RPIB) et la démarche d'accompagnement et de prise en charge d'une personne qui présente une addiction* » [fiche annexe 18] et, s'agissant de l'aide à l'arrêt du tabac, un axe de formation visant à « *développer la démarche d'accompagnement et de prise en charge d'une personne qui fume vers l'arrêt du tabac* » [fiche annexe 19].

La formation : un outil indispensable pour la stratégie Hôpital sans tabac

La stratégie Hôpital sans tabac doit inclure la formation des personnels. L'objectif est d'une part de permettre à l'établissement de jouer son rôle dans l'orientation et/ou la prise en charge des fumeurs et d'autre part de disposer de relais au sein des services pour la mise en œuvre de la politique Hôpital sans tabac.

La formation au sevrage et au conseil d'aide à l'arrêt en tabacologie est un facteur clé pour que les personnels adoptent une attitude proactive, délivrent les conseils nécessaires et assurent une prévention efficace du tabagisme. Sans formation, les personnels sont tentés de ne répondre qu'aux questions posées par le patient fumeur, plutôt que d'initier eux-mêmes la discussion. Ainsi, il est essentiel que l'établissement dispose de professionnels sensibilisés à la problématique du tabac. Cette formation pourra s'appuyer sur la formation continue, les formations internes, l'auto-formation.



Ce qu'il faut faire

S'appuyer sur le cadre de la formation continue

Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), on pourra inviter les personnels soignants à choisir des formations concernant le tabac et l'aide au sevrage.

Par ailleurs, on pourra proposer aux personnels de passer l'un des Diplômes Inter-Universitaires existants en tabacologie. Les D.I.U de tabacologie s'adressent aux cliniciens habilités à un exercice clinique et thérapeutique. Reconnus par le conseil national de l'ordre des médecins, ces diplômes confèrent le titre de tabacologue qui vient en complément du métier affiché : « médecin tabacologue », « sage-femme tabacologue », etc.

Mettre en place des formations internes

Pour former un grand nombre de personnels sur un temps court, il faut envisager des formations internes, qui pourront être inscrites dans le **plan de formation** de l'établissement pour valider leur caractère institutionnel et faciliter leur mise en place.

On pourra s'appuyer, le cas échéant sur les tabacologues/addictologues de l'établissement et sur l'Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) dont une des missions est « *de former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ayant une conduite addictive* » (circulaire n° DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008).

Ces formations centrées sur l'abord du fumeur à l'hôpital aborderont le repérage, l'intervention brève, les procédures simplifiées de prise en charge et d'orientation, la réduction des risques, etc. Il est important que toutes les formations proposées soient réactualisées, par exemple tous les 5 ans, afin qu'elles incluent les nouveautés médicales et qu'elles soient à jour (cf. annexe p. 28).

Intervenir auprès des étudiants en formation et dans les instituts de formation

Si l'établissement héberge un institut de formation, tels que les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), les formations de kinésithérapie, écoles de sages-femmes, etc., il devra s'assurer que les futurs professionnels reçoivent la formation minimale sur l'abord du fumeur.

L'établissement veillera, par ailleurs, à ce que les internes en médecine accueillis en stage soient formés à l'abord du fumeur et à la politique Hôpital sans tabac, ce qui pourra être réalisé lors des réunions de début de semestre.

RÔLE ET COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE

Le comité de pilotage de la stratégie Hôpital sans tabac :

- est une instance interne à l'hôpital, mise en place, reconnue et soutenue par la direction qui le préside (elle pourra se faire représenter, par exemple par la direction qualité) et qui s'assure de lui octroyer des moyens humains et financiers ;
- a pour mission de définir, conduire et suivre la politique Hôpital sans tabac de l'établissement et a pour responsabilité de piloter l'évaluation ;
- compte parmi ses membres le chef de projet Hôpital sans tabac de l'établissement qui dispose d'un temps de travail dédié pour assurer le secrétariat, animer le comité et coordonner les actions entreprises, en lien avec le président ;
- dispose d'un budget propre et définit ses modalités pratiques de fonctionnement (fréquence des réunions, comptes rendus, etc.).

La composition du comité est laissée à l'initiative de la direction de l'établissement. Il rassemble entre 5 et 15 membres volontaires suivant la taille de l'établissement, mais il doit en tout état de cause être représentatif des différents secteurs d'activités et des différentes catégories de personnels. Il devra ainsi être suffisamment réduit pour être efficace et suffisamment large pour permettre l'expression de toutes les sensibilités.

Composition type :

- Directeur (ou son représentant), Président du comité ;
- Chef de projet Hôpital sans tabac ;
- Représentant du personnel médical (par exemple membre de la Commission médicale de l'établissement) ;
- Représentant du personnel paramédical (par exemple membre de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques) ;
- Représentant du personnel administratif ;
- Représentant du personnel technique ;
- Représentant de la médecine du travail ;
- Représentant du CHSCT ;
- Médecin ou infirmière tabacologue/addictologue ;
- Représentant de l'ELSA ou du service d'addictologie ;
- Responsable de la communication ;
- Responsable de la formation ;
- Responsable de la qualité ;

- Responsable de la sécurité ;
- Représentant des instituts de formation adossés à la structure le cas échéant (IFSI, école de sages-femmes, etc.) ;
- Représentant des patients ou des usagers.

Dans les structures hospitalières comme l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM), ou au sein des groupements hospitaliers de territoires comportant plusieurs hôpitaux, un comité central pourra réunir les représentants des différents comités locaux.

Pour la mise en œuvre de certaines actions, le comité pourra faire émerger des sous-groupes projet ne réunissant que certains de ses membres.

PRÉVENTION ET SENSIBILISATION EN DIRECTION DU PUBLIC ET DES PERSONNELS

► **Des journées dédiées à la prévention et à la sensibilisation du tabagisme en direction du public et du personnel sont importantes pour un établissement qui adopte la stratégie Hôpital sans tabac.**

L'objectif de ces journées est de créer une dynamique locale autour du tabagisme à plusieurs niveaux en impliquant :

- La direction, les services et les partenaires sociaux ;
- Les professionnels de santé ;
- Les patients et les visiteurs.

Les actions mises en place sont multiples et peuvent prendre la forme :

- De stands d'information avec de la documentation ciblée ;
- De conférences/débats ;
- De mesures de monoxyde de carbone expiré ;
- D'ateliers et conseils diététiques ;
- D'ateliers « bien-être » pour aider à la gestion du stress ;
- De quizz tabac ;
- De présentation d'outils d'aide à l'arrêt, des substituts nicotiniques et produits du vapotage ;
- D'animations sportives, etc.

Ces différentes actions ne sont que des exemples, il est donc important que chaque établissement personnalise ces actions en fonction de l'établissement et du public.

▶ LES TEXTES CONCERNANT LE TABAC

LA LOI

- **Article L3512-8 du CSP**

Il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transport collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs.

LA RÉGLEMENTATION

- **Article R3512-2 du CSP**

L'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif mentionnée à l'article L3512-8 s'applique :

1. Dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail ;
2. Dans les moyens de transport collectif ;
3. Dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs ;
4. Dans les aires collectives de jeux telles que définies par le décret n° 96-1136 du 18 décembre 1996 fixant les prescriptions de sécurité relatives aux aires collectives de jeux.

- **Article R3512-3 du CSP**

L'interdiction de fumer ne s'applique pas dans les emplacements mis à la disposition des fumeurs au sein des lieux mentionnés à l'article R3512-2 et créés, le cas échéant, par la personne ou l'organisme responsable des lieux.

Ces emplacements ne peuvent pas être aménagés au sein des établissements d'enseignement publics et privés, des centres de formation des apprentis, des établissements destinés, ou régulièrement utilisés pour l'accueil, la formation, l'hébergement ou la pratique sportive des mineurs, des aires collectives de jeux et des établissements de santé.

- **Article R3512-7 du CSP**

Dans les lieux mentionnés à l'article R3512-2, une signalisation apparente rappelle le principe de l'interdiction de fumer. Un modèle de signalisation accompagné d'un message sanitaire de prévention est déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le même arrêté fixe le modèle de l'avertissement sanitaire à apposer à l'entrée des espaces mentionnés à l'article R3512-3.

- **Article R3512-8 du CSP**

Les dispositions de la présente sous-section s'appliquent sans préjudice des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'hygiène et à la sécurité, notamment celles du titre III du livre II du code du travail.

DISPOSITIONS PÉNALES

- **Article R3515-2 du CSP**

Le fait de fumer dans un lieu à usage collectif mentionné à l'article R3512-2 hors de l'emplacement mentionné à l'article R3512-3 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la troisième classe.

- **Article R3515-3 du CSP**

Est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la quatrième classe le fait, pour le responsable des lieux où s'applique l'interdiction prévue à l'article R3512-2, de :

1. Ne pas mettre en place la signalisation prévue à l'article R3512-7 ;
2. Mettre à la disposition des fumeurs un emplacement non conforme aux dispositions des articles R3512-3 et R3512-4 ;
3. Favoriser, sciemment, par quelque moyen que ce soit, la violation de l'interdiction mentionnée au premier alinéa du présent article.

- **Article R3515-4 du CSP**

Est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la quatrième classe le fait de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur en méconnaissance de l'interdiction prévue à l'article L3512-9 du CSP.

LES CIRCULAIRES

- **Circulaire du 29 novembre 2006** relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif ;
- **Circulaire du 8 décembre 2006** relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé ;
- **Circulaire du 12 décembre 2006** relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médicosociaux assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6°, 7°, 8° et 9° du 1 de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- **Circulaire n° DRH/SD3/2015/376 du 4 décembre 2015** relative à la mise en œuvre au sein des administrations du programme nationale de réduction du tabagisme 2014-2019 et à leur exemplarité.

▶ LES TEXTES CONCERNANT LE VAPOTAGE

- **Article L3513-6 du CSP**

Il est interdit de vapoter dans :

1. Les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ;
2. Les moyens de transport collectif fermés ;
3. Les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

- **Article R3513-2 du CSP (en vigueur à partir du 1^{er} octobre 2017)**

Les lieux de travail soumis à l'interdiction de vapoter en application du 3° de l'article L3513-6 du présent code s'entendent des locaux recevant des postes de travail situés ou non dans les bâtiments de l'établissement, fermés et couverts, et affectés à un usage collectif, à l'exception des locaux qui accueillent du public.

- **Article R3513-3 du CSP (en vigueur à partir du 1^{er} octobre 2017)**

Dans les lieux mentionnés aux 1^o et 2^o et dans les bâtiments abritant les lieux mentionnés au 3^o de l'article L3513-6, une signalisation apparente rappelle le principe de l'interdiction de vapoter et, le cas, échéant, ses conditions d'application dans l'enceinte de ces lieux.

- **Article R3513-4 du CSP (en vigueur à partir du 1^{er} octobre 2017)**

Les dispositions des articles R3513-2 à R3513-3 s'appliquent sans préjudice des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'hygiène et à la sécurité.

- **Article R3513-7 du CSP (en vigueur à partir du 1^{er} octobre 2017)**

Le fait de vapoter dans les lieux mentionnés aux 1^o à 3^o de l'article L3513-6 en méconnaissance de l'interdiction prévue au même article est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2^e classe.

- **Article R3513-8 du CSP (en vigueur à partir du 1^{er} octobre 2017)**

Le fait, pour le responsable des lieux où s'applique l'interdiction prévue à l'article L3513-6, de ne pas mettre en place la signalisation prévue à l'article R3513-3 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 3^e classe.

FICHES DE FORMATION

FICHE N° 1 FORMATION DE BASE EN TABACOLOGIE

Publics concernés : tout le personnel exerçant à l'hôpital.

Durée de la formation : 1/2 journée.

Objectifs pédagogiques : impliquer tous les professionnels hospitaliers dans la stratégie Hôpital sans tabac ; acquérir des bases sur le tabagisme et le sevrage et délivrer un message adapté aux patients.

Contenus pédagogiques :

- Les risques du tabagisme ;
- Les trois composantes de la dépendance : physique, psychique et comportementale ;
- Rappels législatifs de l'usage du tabac ;
- Présentation de la stratégie « Hôpital sans tabac » ;
- Les bénéfices à l'arrêt ;
- L'attitude du professionnel face au tabagisme : notion de posture professionnelle ;
- Comment parler du tabac à un patient ? ;
- Les principes de base du sevrage tabagique :
 - les traitements de sevrage : substitution nicotinique, varénicline, bupropion ;
 - le forfait de l'Assurance Maladie pour l'aide au sevrage ;
 - le vaporisateur personnel.

Évaluation : questionnaire d'évaluation avant et après la session de formation.

FORMATION DE BASE POUR LES PERSONNELS PRESCRIPTEURS

Publics concernés : médecins, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, dentistes.

Durée de la formation : 2 jours.

Objectif général : accompagner le fumeur dans sa démarche de réduction ou d'arrêt.

Objectifs spécifiques :

- Acquérir des connaissances sur la dépendance tabagique ;
- Connaître le panel thérapeutique d'aide au sevrage tabagique ;
- Accompagner le fumeur dans sa démarche d'arrêt ou de réduction (évaluation de la motivation, quelle stratégie, prévention de la reprise de la consommation, etc.) ;
- Assurer le suivi du patient lors de sa sortie (relais structures spécialisées, etc.) ;
- Avoir les connaissances pour les transmettre aux étudiants accueillis en stage (étudiants, élèves infirmières, internes).

Objectif primaire : transmettre les outils d'évaluation et de prise en charge du patient fumeur.

Objectifs secondaires :

Au terme de cette formation, le soignant aura acquis les connaissances pour :

- Pratiquer le conseil d'aide à l'arrêt ;
- Aborder la question du changement de comportement avec le patient fumeur et évaluer sa dépendance ;
- Mettre en place une stratégie thérapeutique en cohérence avec sa demande ;
- Assurer le suivi de cette prise en charge et l'orienter vers des structures relais ;
- Avoir des notions sur le réseau de soins en tabacologie/addictologie.

Contenus pédagogiques :

- **Module 1**
 - Le tabagisme à l'hôpital (données épidémiologiques patients et soignants) ;
 - Législation en cours ;
 - La dépendance tabagique (physique, psychologique, comportementale) ;
 - Le conseil d'aide à l'arrêt.
- **Module 2**
 - L'évaluation de la dépendance tabagique (test de Fagerström, Cigarette Dependence Scale) ;
 - Evaluer la motivation à l'arrêt ;
 - Mesure du monoxyde de carbone ;
 - Quelle stratégie pour l'arrêt.
- **Module 3**
 - Les substituts nicotiniques (oraux, transdermiques, les indications, la posologie) ;
 - La prescription (quel support, les modalités, etc.) ;
 - Les méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses ;
 - Le vaporisateur personnel.
- **Module 4**
 - Dépister les co-addictions ;
 - Les facteurs de risque de la reprise des consommations ;
 - Le suivi de prise en charge du fumeur ;
 - Les interlocuteurs en tabacologie/addictologie.

Évaluation : bilan de fin de formation ; journée annuelle d'échange et de mise à niveau.

FICHE N° 3 FORMATION IFSI

Publics concernés : élèves infirmières et élèves aides-soignantes.

Durée de la formation : 1 jour.

Objectif général : aborder la question du tabagisme et accompagner le fumeur dans sa démarche de réduction ou d'arrêt (évaluation, orientation).

Objectifs spécifiques :

- Acquérir des connaissances sur la dépendance tabagique ;
- Repérer le tabac comme facteur de risque pluripathologique ;
- Acquérir des bases thérapeutiques d'aide au sevrage ;
- Connaître les bénéfices de l'arrêt du tabac.

Objectifs primaires :

- Transmettre des notions de base sur la prise en charge du patient fumeur ;
- Communiquer les outils permettant de repérer, conseiller et orienter.

Objectifs secondaires :

- Etre capable en tant qu'étudiant, d'aborder la question du tabagisme avec un patient fumeur ;
- Pouvoir déterminer à quel stade du processus du changement se situe le patient ;
- Etre capable d'évaluer sa dépendance, de réaliser le conseil d'aide à l'arrêt et d'orienter la personne en fonction de sa demande.

Contenus pédagogiques :

• **Module 1**

- Législation en cours / Loi du 26 janvier 2016 ;
- La dépendance tabagique (physique, psychologique, comportementale) ;
- Le conseil d'aide à l'arrêt.

• **Module 2**

- L'évaluation de la dépendance tabagique (test de Fagerström, Cigarette Dependence Scale) ;
- Mesure du monoxyde de carbone ;
- Connaître les ressources disponibles et les interlocuteurs dans la prise en charge (ELSA, consultation de tabacologie/addictologie).

• **Module 3**

Connaître les traitements disponibles actuellement :

- Les substituts nicotiques (oraux, transdermiques, les indications, la posologie) ;
- La prescription infirmière (quel support, les modalités, etc) ;
- Les méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses ;
- Le vaporisateur personnel.

• **Module 4**

- Les facteurs de risque de la reprise des consommations ;
- Le suivi de prise en charge du fumeur ;
- Jeux de rôle (mise en situation : entretien d'IDE face au patient fumeur en chirurgie par exemple) ;
- Notion de base sur l'entretien motivationnel.

Évaluation : bilan de fin de formation.

PROCÉDURE ULTRA SIMPLIFIÉE – RESPADD

SOIGNER

Prise en charge systématique des fumeurs dès leur admission en unités d'hospitalisation
Procédure "premier-jour" ultra simplifiée

Le tabagisme est interdit dans les établissements de santé. Il est la cause de centaines de maladies et altère l'effet de nombreux traitements médicaux ou d'actes chirurgicaux. Son arrêt est recommandé.
A l'occasion du "Moi(s) sans tabac" il est proposé à tous services d'hospitalisation de mettre en place une procédure infirmière très simple destinée à :

- Repérer systématiquement tous les fumeurs dès l'admission,
- Proposer une substitution nicotinique à dose adaptée pour supprimer les signes de manque.

"On ne peut fumer à l'hôpital et le tabagisme est contre-indiqué avec de nombreux traitements, aussi je vous propose pour améliorer votre confort de prendre une substitution nicotinique qui réduira vos envies de fumer et vous conduira à fumer beaucoup moins, voire plus du tout, durant votre séjour".

La prise en charge par substitution nicotinique visant à réduire le besoin de fumer sera relayée les jours suivants et jusqu'à la sortie de l'hospitalisation avec pour objectif une réduction, ou mieux l'arrêt complet du tabac.

La procédure « premier jour » nécessite qu'une forme orale de nicotine (comprimés à sucer ou inhalateur ou gommes à mâcher ou comprimés sublinguaux) et différents dosages de patches (14, 21 mg pour les patches 24h ou 10, 15, 25 mg pour les 16h) soient disponibles sans délais dans les services hospitaliers.

Une fiche est remplie à l'entrée de chaque patient, insérée dans le dossier de soin et récupérée à la sortie (ou autre procédure papier ou informatique équivalente).

Toutes les semaines les fiches sont relevées, le nombre de fiches recueillies comparé au nombre d'admissions afin d'atteindre progressivement l'exhaustivité.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* autorise, en sus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements de substitution nicotinique, et donne ainsi accès au remboursement forfaitaire de ceux-ci. Les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée. Prescription sur ordonnance simple avec numéro d'identification RPPS.

* Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, publiée au Journal officiel du 27 janvier 2016.



Étiquette du patient	Identification du service et/ou de l'unité de soins	Date			
		Initiales de l'IDE			
Statut tabagique et substitution nicotinique : patches en mg +/- formes orales (FO)					
<input type="checkbox"/> Jamais fumeur <input type="checkbox"/> a fumé mais arrêté depuis > 1 an <input type="checkbox"/> Arrêt récent <input type="checkbox"/> fumeur <small>FIN DU QUESTIONNAIRE MERCI DE RARCHIVER COMPLÉTER LE RESTE DE LA FICHE</small>					
<input type="checkbox"/> Cigarettes industrielles <input type="checkbox"/> Cigarettes roulées <input type="checkbox"/> Cigarillos ou Cigare <input type="checkbox"/> Chicha <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Vapeuseuse <small>Tous les fumeurs doivent avoir à disposition une forme orale</small>					
Délai entre lever et première cigarette	Nombre de cig/jour	< 10 cig/j	11 – 20 cig/j	21 – 30 cig/j	>30 cig/j
	>60 minutes	→ -10 ou FO	→ -10 ou 14	→ -15 ou 21	→ -25 ou (14+21)
	30-60 minutes	→ -10 ou FO	→ -15 ou 21	→ -15 ou 21	→ -25 ou (14+21)
	5-30 minutes	→ -10 ou 14	→ -15 ou 21	→ -25 ou (14+21)	→ -25 ou (14+21)
0-5 minutes	→ -10 ou 14	→ -15 ou 21	→ -25 ou (14+21)	→ -25+10 ou (14+21+14)	
Suite à la proposition de substituts nicotiniques, le premier jour, les substituts sont...					
<input type="checkbox"/> Acceptés par le patient aux doses proposées <input type="checkbox"/> Acceptés par le patient à une autre dose <input type="checkbox"/> Refusés par le patient car il n'en a pas besoin pour ne pas fumer à l'hôpital <input type="checkbox"/> Refusés par le patient car il souhaite continuer de fumer					
Observations					

Document préparé par le Pr Bertrand Dautzenberg et l'équipe de la PMS-Salpitrière suite à l'expérience conduite en Chirurgie Maxillo-faciale et proposé aux hôpitaux de l'APHP et du RESPADD



QUELQUES EXEMPLES DE VISUELS

Signalisation obligatoire



Exemple de visuel pour indiquer aux usagers les espaces où l'on peut vapoter (réalisé par l'AIDUCE)



Exemple de signalisation Hôpital sans tabac. Ici le panneau d'affichage installé à l'entrée du Centre hospitalier du Val-de-Saône - Gray (réalisé par IVS-Gray)



CHARTRE

Hôpital sans tabac

- 1 Mobiliser les décideurs. Sensibiliser tous les personnels. Informer les usagers.
- 2 Mettre en place un comité de prévention du tabagisme. Définir une stratégie et coordonner les actions.
- 3 Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du fumeur.
- 4 Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée et le suivi du fumeur dépendant.
- 5 Faire accepter et respecter la réglementation en vigueur.
- 6 Installer, maintenir et actualiser la signalétique obligatoire et non obligatoire.
- 7 Protéger et promouvoir la santé au travail de tous les personnels hospitaliers.
- 8 Multiplier les initiatives pour devenir des Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé.
- 9 Assurer la continuité des actions et se doter des moyens d'évaluation.
- 10 Convaincre d'abord, contraindre si besoin. Être persévérant !



RESPADD
Réseau des Etablissements de Santé
pour la Prévention des Addictions
contact@respadd.org
www.respadd.org



L'élaboration de ce guide a reçu
le soutien financier de la Direction
générale de la santé et de la MNH.

