

« **Regard** sur la lutte anti tabagique en institution »

Dr Didier Pagès - Hôpital LA MUSSE

Un combat de tous les jours. Le combat de tous

Entre le fort et le faible, entre le riche et le pauvre, entre le maître et le serviteur, c'est la liberté qui opprime et la loi qui affranchit. Lacordaire

1. Un engagement de longue date

La Renaissance Sanitaire s'est engagée de longue date dans la prise en charge de **la maladie du fumeur** en tant que telle. Alors que ses complications n'étaient encore étiquetées que comme des affections intéressant tel ou tel organe : l'infarctus au cardiologue, l'hémiplégie au médecin rééducateur, la bronchite au pneumologue... Mais on ne réunit pas impunément les patients les plus féroce*ment addicts* du département en un même lieu. Les artéritiques, en particulier !

La prise de conscience que plus du tiers de nos hospitalisés l'étaient peu ou prou à cause du tabac a été un déclencheur salutaire. Un comité de prévention s'est constitué il y a quinze ans et nous avons travaillé. Des priorités ont été établies ; elles font partie de **notre projet d'établissement** et leur état d'avancement fait l'objet d'une concertation et d'une **évaluation annuelle** qui s'efforce de répondre aux besoins croissants, en s'appuyant sur l'heureuse évolution de **la législation**. Après avoir retracé les étapes de la lutte contre le tabagisme en institution en France, nous nous proposons ici de présenter les réponses adoptées à l'hôpital La Musse, assorties de quelques exemples à méditer.

2. L'émergence d'une volonté en France

Chacun convient aujourd'hui que le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Un fumeur régulier sur deux meurt précocement, d'une maladie du tabac. Avec plus de 60 000 décès par an (la ville d'Evreux), **le tabagisme est la première cause de mort évitable**, très loin devant l'alcoolisme et les accidents de la route. En moyenne, fumer abrège de huit ans la vie des gros fumeurs. Les femmes en sont de plus en plus les victimes. Le courage politique a pourtant longtemps manqué dans notre pays pour s'attaquer à la forteresse tabac. En une génération, l'opinion a mûri.

De multiples facteurs ont participé à cette maturation, ce qui a donné du courage aux politiques : la prise de conscience du **coût socio-économique** écrasant du tabagisme, la preuve de la toxicité du **tabagisme passif** (infections, cancers, infarctus), l'exemple de politiques ambitieuses à l'étranger, la méfiance croissante des **compagnies d'assurance** face à ce facteur de risque majeur, les progrès d'un certain **individualisme**, ont, à des degrés divers, aidé à **dénormaliser l'image du fumeur**, alors même que les mises en gardes de longue date des médecins et des assurances sociales n'étaient, elles, que mollement écoutées, et n'étaient guère suivies d'effets.

La cause anti tabagique progresse donc aujourd'hui, et l'on ne peut que s'en féliciter. Avec l'appui de l'opinion publique, une volonté politique a enfin vu le jour. Malgré les lobbies et le manque à gagner sur les taxes, des mesures incitatives et dissuasives

réelles ont été prises, mises en application et doivent être défendues au quotidien pour préserver les espaces publics, protéger les plus jeunes, éviter le tabagisme passif, mettre à la portée des fumeurs, malades ou non, aide et informations. Les textes les plus récents ont enfin permis d'avancer, là où la simple information et la bonne volonté étaient inopérantes.

3. Une méthode et des outils

Deux avancées scientifiques méritent d'être soulignées parce qu'elles ont changé la donne : d'une part **la compréhension des mécanismes de la dépendance plurielle qui piège les fumeurs**, (pharmacologique, comportementale et psychologique), et d'autre part **la validation scientifique de certaines méthodes d'aide au sevrage**, ce qui a permis de faire sortir de l'empirisme l'aide proposée aux fumeurs depuis une génération. Certains conseils (conseil minimal...) sont efficaces, d'autres pas (interdits, moralisation, intimidation...).

Certaines démarches (consultation motivationnelle, thérapies comportementales...) sont suivies d'effet, d'autres sont surtout payantes pour ceux qui les vantent. Certains exercices physiques aident au sevrage (effort physique intense au quotidien...). Certains médicaments améliorent notablement les scores de sevrage (Nicotines, Varénicline...), mais d'autres sont plus toxiques (Bupropion), et d'autres (nombreux), inefficaces. Certains procédés sont sans effet propre autre que l'effet placebo et le charisme de l'interlocuteur (acuponcture, hypnose...). Il y a donc maintenant quelque chose de sérieux, de scientifiquement évalué, à proposer aux fumeurs, dépendants ou pas, motivés ou pas. Et tout particulièrement à ceux qui se trouvent hospitalisés, à cause d'une maladie du tabac. **Une méthode et des outils**, comme disait Freud. De quoi avancer. Freud, grand fumeur devant l'éternel. Freud qui en est mort.

4. L'hôpital qui se moque de la charité ?

En France, trop longtemps, les missions d'éducation et de prévention ont été délaissées par les hôpitaux et cliniques qui s'orientaient vers une médecine de plus en plus technique. **L'endroit où l'on fumait le plus, avec la prison, c'était l'hôpital**, et singulièrement l'hôpital psychiatrique. La naissance en France du réseau Hôpital Sans Tabac (HST), grâce à la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et l'Assistance Publique, a très heureusement permis de commencer à sensibiliser les acteurs de soins hospitaliers, et ce jusqu'au-delà de nos frontières, mais pour l'essentiel la mission d'aide au sevrage était abandonnée au bon vouloir des généralistes et des fumeurs eux-mêmes.

Les fumeurs ? Beaucoup de fumeurs malades avaient justement développé une dépendance solide qui leur interdisait de mener seuls une démarche de sevrage. Les généralistes ? Trop bien informés de la toxicité du tabac par leur pratique quotidienne, mais sollicités de toute part, méfiants quant à une activité chronophage fort peu rémunératrice et trop souvent vouée à l'échec, ils ont eu bien du mal à se motiver, à dégager du temps pour se former à l'aide au sevrage. Il s'agissait pour eux de sortir de l'empirisme ou de l'aquibonisme, et d'abandonner des recommandations radicales mais notoirement inefficaces : « arrêtez moi ça tout de suite ou je ne réponds de rien ! » ou encore : « revenez me voir quand vous serez motivé ! »

5. L'hôpital, lieu de soin ou promoteur de santé ?

Dix ans ? Quinze pour les institutions les plus précoces. L'implication de l'hôpital dans son ensemble est relativement nouvelle. Elle découle grandement de l'évolution récente de notre législation : l'hôpital ne doit plus seulement être un lieu de soins, mais **un acteur majeur de prévention**. C'est bien sûr un lieu public où se croisent personnels, malades et visiteurs, et à ce titre, il doit mettre en application, et doit faire respecter la loi « il est interdit de fumer à l'hôpital ». Mais ça ne suffit pas : la mission de l'hôpital ne saurait se cantonner à soigner les victimes avérées du tabagisme. Acteur numéro un de la santé publique, il se doit de devenir un **promoteur de la santé** exemplaire dans le domaine de **la prévention et de l'éducation thérapeutique des patients**, des personnels et même des visiteurs.

Il s'agit donc de **faire de l'hôpital un acteur responsable** vis-à-vis des patients, du personnel et des visiteurs en matière de lutte anti tabagique. D'apporter des solutions adaptées en s'appuyant sur un projet d'établissement approuvé par les tutelles, cohérent et contraignant.

L'accréditation participe de cette démarche volontariste. Les réponses apportées par les établissements, si elles sont différentes, doivent intégrer **le paradoxe** suivant : l'interdiction formelle de fumer au sein de l'institution, et la nécessité d'accompagner dans leur démarche de sevrage des malades qui n'y étaient pas préparés : les malades fumeurs les plus dépendants, les moins motivés, et les plus menacés. Le grand fumeur malade n'est pas libre de fumer en plein hôpital puisque c'est interdit, il n'est pas non plus libre de ne pas fumer, puisqu'il est souvent triplement dépendant (dépendance pharmacologique, comportementale et psychologique). **C'est aux professionnels de l'aider à prendre conscience qu'il a une maladie du tabac et qu'il est libre de demander de l'aide**. Qu'il n'est pas seul. C'est le premier pas. Le plus dur pour un fumeur en échec, démoralisé ou retranché dans le déni.

Encore faut-il que les soignants soient informés, bien formés, jamais dans le jugement, motivés collectivement et individuellement. Du travail d'équipe, donc, et de longue haleine. Encore faut-il que l'aide soit effectivement au rendez-vous.

6. Dura lex sed lex*

La circulaire du 29 mars 2004 émanant du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées relative à l'auto-évaluation par les établissements de santé pour la mise en œuvre d'une politique de lutte contre le tabagisme mérite d'être parcourue. Elle est (enfin !) sans ambiguïté. En voici un extrait : « *La lutte contre le tabagisme constitue une des priorités gouvernementales de santé publique, et l'une des composantes du plan gouvernemental de la lutte contre le cancer. La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et le décret du 29 mai 1992 ont fixé les conditions de l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et notamment dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Il a été rappelé dans la circulaire du 8 juin 1999 que l'hôpital n'est pas un lieu ordinaire : il a valeur d'exemple pour tout ce qui touche à la santé. Des actions de sensibilisation, d'information, et de prévention doivent y être menées à destination des soignants, des malades et des visiteurs. L'aide au sevrage tabagique, développée à travers les consultations hospitalières de tabacologie, doit être poursuivie et renforcée. La*

prévention du tabagisme fait dorénavant partie des critères d'accréditation. Afin d'affirmer la priorité hospitalière que représente le respect de la loi du 10 janvier 1991, le réseau Hôpital Sans Tabac, crée en 1997, fédère aujourd'hui plus de 300 hôpitaux publics et privés. Il a adopté une charte en 10 points qui constitue l'engagement des établissements adhérents. Les établissements de soins sont invités à le rejoindre. La présente opération vise à aider l'ensemble des établissements de santé publics et privés ainsi que les établissements participant au service public hospitalier à procéder à une auto-évaluation de leur politique de lutte contre le tabagisme et à les guider dans l'élaboration d'un plan stratégique de réduction du tabagisme. Il sera demandé à chaque établissement de santé de renouveler l'opération annuellement. Ainsi, chaque établissement pourra progresser selon son propre rythme ».

7. De l'argent qui part en fumée ?

La prise en compte de l'intérêt des patients et du personnel est bien sûr conditionnée par les moyens financiers de chaque structure (formation des personnels, informations, prise en charge des traitements préventifs, de la consultation d'aide au sevrage...). Si chaque hôpital se doit de faire respecter les différentes réglementations existantes, certains vont au-delà et tentent de mener une réelle **politique de santé publique en termes de prévention et de prise en charge des fumeurs**.

Cet engagement passe certes par l'adhésion à un réseau comme HST devenu **RESPADD** (réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions) avec sa charte pour référence, mais il passe d'abord et avant tout par une prise de conscience collective, une motivation tenace et une mobilisation interne, de **poursuivre une démarche qualité** particulière (comité de prévention, CHSCT, médecine du travail, consultations d'aide au sevrage, information répétée multi-supports, formation continue des médecins, des soignants et de tout le personnel hospitalier...).

8. Quelles priorités et pour qui ? Une politique de prévention affichée

Pour les patients d'abord : plus de fumeurs, plus de cendriers, sauf aux entrées des pavillons, des messages plus visibles (affiches, révision de la signalétique), des distributions de plaquettes d'information, d'auto-questionnaires de dépendance disponibles dans chaque unité d'hospitalisation, deux **consultations d'aide au sevrage** hebdomadaires avec si besoin l'intervention sans délais du tabacologue, des **substituts nicotiniques disponibles** à la pharmacie conformément à la recommandation Kouchner de janvier 2001, une information systématique des patients sous oxygène sur **les risques et le bon usage de l'oxygénothérapie...**

Pour le personnel soignant : des réunions d'informations sur les méfaits du tabac avec formation à l'abord du malade fumeur. Des diaporamas interactifs destinés aux soignants ont été élaborés par le tabacologue pour chaque spécialité (cardio-vasculaire, diabéto-nutrition, etc.). Ils sont présentés aux équipes de façon tournante et répétée lors de brèves réunions matinales. Un diaporama spécifique a été présenté au corps médical.

Pour le personnel non soignant : des informations collectives sur les méfaits du tabac ont été menées. La consultation individuelle d'aide au sevrage est anonyme et gratuite pour le personnel.

Pour l'ensemble de l'établissement : en collaboration avec la médecine du travail, le CHSCT, la responsable qualité et le responsable sécurité, une réflexion de fond sur la prévention des risques et l'organisation de la **sécurité incendie** a mené à des travaux de mise aux normes et à des formations systématiques, cycliques, à l'alerte au feu.

9. Une consultation d'aide au sevrage pas comme les autres

Contrairement à ce qui se passe trop souvent en institution, on s'est efforcé de faire de l'aide au sevrage un travail d'équipe au sein de l'hôpital La Musse. Certains services ont très bien adhéré à cette démarche. A titre d'exemple, les facteurs de risque de tous les patients admis en service cardio-vasculaire sont systématiquement évalués dès l'admission par les médecins et les soignants concernés (tabac, alcool, diabète, hypertension, surpoids, dyslipidémie, hérédité...), et cela dans un souci de prise en charge globale des risques encourus. **Le risque tabac est repéré** d'emblée. Le patient fumeur est alors tout de suite incité à consulter par les soignants.

Contrairement à ce qu'on observe en ville, la plupart des patients qui se présentent à la consultation de tabacologie de l'hôpital La Musse ne sont pas précisément mûrs pour arrêter, par contre, ils sont bousculés par **une maladie du tabac menaçante**. Il faut donc les aider à effectuer **un travail motivationnel accéléré**. Lors des premières minutes de l'entretien initial, le tabacologue doit manifester son empathie mais aussi être le plus silencieux possible, afin d'aider les fumeurs à aller au bout de leurs doutes, à livrer leurs questions et leurs attentes contradictoires. Préciser qu'**on ne les juge pas** et que la dépendance au tabac n'a rien à voir avec la morale est bien souvent nécessaire d'emblée chez certains fumeurs culpabilisés, dépressifs et qui ont perdu toute confiance en eux-mêmes et dans les promesses d'entourage.

« A quoi ça rime, si on va me ré amputer ? Je n'ai plus que ça ! ». Il faut aussi souvent préciser que le questionnaire préalable est uniquement destiné à aider le fumeur à y voir plus clair pour **commencer à travailler son tabagisme avant la consultation**, et non destiné à le fichier : il peut garder son dossier et il a même tout intérêt à le regarder. Le tabacologue ne doit pas non plus se comporter comme un médecin spécialiste qui prescrirait d'autorité des investigations et le meilleur traitement possible dès le diagnostic fait, à charge pour le patient de le suivre, mais au contraire comme un conseiller cherchant à optimiser la stratégie de son consultant, quelle qu'elle soit, afin de l'aider à adopter sans douleur un nouveau comportement.

Voici quelques exemples d'entretiens proposés systématiquement par les équipes soignantes aux malades fumeurs dans des circonstances bien différentes.

Les patients en post infarctus récemment sevrés de tabac du fait de leur accident méritent un entretien sans délais avec le tabacologue. Au sortir de la réanimation, 100% de ces patients, traumatisés, sont absolument certains qu'ils ne refumeront plus de leur vie : ils ont eu trop peur ; ils ont eu trop mal. Ils sont sincères. Non, ils ne ressentent pas le besoin de nicotine. Pas encore. Six mois plus tard, s'ils n'ont pas

été solidement accompagnés dans leur sevrage et correctement substitués, les deux tiers d'entre eux auront déjà repris la cigarette, s'exposant à un risque extrêmement élevé de second infarctus mortel dans l'année suivante.

Le travail de l'équipe et pas du seul tabacologue consiste à faire passer plusieurs messages à ces patients : d'abord, pour ceux qui se croient sevrés du tabac à dix jours de leur infarctus, que l'accident ne les a en rien guéris de leur dépendance qui risque fort de les rattraper. Ensuite qu'ils ont tout à gagner à identifier, à distinguer et à mesurer clairement les trois hameçons d'une dépendance qui leur est propre : leur besoin de nicotine (dépendance pharmacologique, éteinte en trois mois), leur gestuelle inconsciente (dépendance comportementale prolongée, source d'automatismes pavloviens irrépressibles) et leur rapport au plaisir (dépendance psychologique). Enfin, que ce travail fait, ils vont parvenir beaucoup plus facilement à décrocher ces hameçons grâce à **une stratégie qui va rester la leur** de bout en bout (médicaments auto adaptés, rituels choisis, activités nouvelles choisies...).

L'artérite juvénile au cannabis du jeune toxicomane mérite un soutien précoce et répété : les fumées de chanvre et de tabac concourent toutes deux à l'atteinte artérielle ; or, ils sont tous deux mélangés dans chaque pétard. Une fois établi un rapport de confiance avec le jeune, il s'agit de l'aider à établir une stratégie différenciée vis-à-vis de ces deux produits. Si l'arrêt du tabac s'impose comme objectif prioritaire, le jeune fumeur de cannabis va souvent s'orienter vers un remplacement temporaire du joint par une forme orale de substitution (gâteaux, space-cakes...) qu'il connaît mal. Un sujet délicat. Une consommation illicite qui peut être sa solution provisoire pour sauver sa jambe, mais dont il ne parlera qu'en privé, et la confiance bien établie.

L'ischémie subaiguë d'un membre inférieur du grand artéritique diabétique fumeur sous cure d'Illoméline exige une information immédiate et sans détour : la cure de vasodilatateur est inopérante tant que le fumeur inhale de la nicotine. Le syndrome dépressif très fréquent doit être pris en compte, faute de quoi, le travail motivationnel ne prendra pas, et ni la cure, ni la revascularisation chirurgicale ne rapporteront au malade.

La lombalgie chronique de l'adulte et la spirale dépressive qu'elle entretient, responsable de tant de ruptures d'emploi prolongées, doit faire proposer une aide psychologique et une aide au sevrage tabagique. Celle-ci est proposée systématiquement. **L'effet aggravant de la nicotine est en effet avéré** sur le système nerveux périphérique des lombalgiques chroniques, volontiers gros fumeurs.

Le sevrage tabagique de l'obèse hospitalisé en nutrition réclame une attention particulière : la crainte de prise de poids appelle des explications et des conseils précis. **Le contexte dépressif et l'immaturité** sont très fréquents. Au souhait de sevrage alcoolique simultané, souvent formulé, doit répondre une démarche d'aide à la décision **afin que le patient établisse lui-même sa priorité, et se réapproprie une démarche** qui lui était souvent imposée par les circonstances.

L'insuffisant respiratoire chronique sous oxygène n'est pas toujours définitivement sevré de tabac, loin s'en faut. Il est parfois déraisonnable ou inconscient tant il est dépendant du tabac. **L'oxygène est le comburant universel.**

L'institution a une responsabilité particulière vis-à-vis de la sécurité des patients et du personnel. La prescription et la surveillance de son application ne suffisent pas, face à un patient ambivalent. Le refus de prescrire l'oxygène est parfois licite en cas de prises de risque répétées. Ici, l'aide au sevrage par le tabacologue doit donc s'accompagner d'un soutien psychologique.

10. Les défis de l'avenir

L'information et l'éducation du malade fumeur dépendant pour l'accompagner vers le sevrage doivent continuer à mobiliser les soignants au quotidien. Cette démarche d'équipe est très appréciée par les soignants. Elle leur permet aussi de redonner sens à une action curative astreignante (pansements, perfusions...), qui, sans cela, perdait beaucoup de sa motivation.

La formation continue des équipes requiert des relais, nouveaux référents à former.

Le corps médical s'est impliqué majoritairement. Il est devenu normal de proposer de l'aide aux fumeurs. Les médecins ont maintenant parfaitement assimilé que la dépendance de leurs patients les empêche d'avancer seuls dans le sevrage, et qu'il ne s'agit pas d'une affaire de volonté (bonne ou mauvaise) mais de motivation, puis d'apprentissage. De motivation à (re)construire. Tous ne considèrent pas pour autant que cela fasse partie de leur mission. Il y a donc encore des progrès à faire. La démarche qualité nous montre la voie.

Le financement des médicaments de substitution, dont la prescription justifiée et la prise contrôlée ne cessent de croître, pose question à l'institution dont le budget pharmacie n'est pas extensible. La recommandation Kouchner est de délivrer, mais aucun budget spécifique n'est alloué. Le souci d'éviter les ruptures de traitement, et donc les reprises de tabac, va donc nous amener à responsabiliser plus tôt les patients et leurs familles face à des produits dont ils ont besoin, et qui sont en vente libre à l'extérieur. En vente libre, les substituts nicotiques, à l'instar du tabac. Sujet sensible !

Le cannabis, avec l'augmentation de sa consommation apparaissent de nouvelles pathologies, en particulier vasculaires et neuropsychiques. Une toxicité ignorée ou niée par les jeunes de 18 ans, dont 30% ont fumé un joint dans le mois écoulé ! Le cannabis est également présent au sein du personnel hospitalier le plus jeune. Le médecin du travail et le tabacologue devront en tenir compte.

Beaucoup a déjà été accompli à La Renaissance Sanitaire pour coordonner la lutte contre le tabac, mais beaucoup reste à faire à l'hôpital La Musse. Il faut continuer. C'est l'affaire de tous les soignants. Un combat au quotidien. Un combat utile. La pilule qui guérit du tabac est un leurre : il s'agit d'aider les fumeurs à bâtir un nouveau comportement, moins dangereux pour eux, sur une motivation qui leur est propre. Un combat sans fin. Tel Sisyphe, poursuivons donc, sans désespérer !

* La loi est dure, mais c'est la loi