https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dheo2dgs-n-2000-182-du-3-avril-2000-relative-a-la-lutte-contre-le-tabagisme-dans-les-etablissements-de-sante-et-au-renforcement-ou-a-la-creation-de-consultations-hospitalieres-de-ta/
Circulaire DH/EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.
03/04/2000
Le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale a 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 doit y être développée. La prévention du tabagisme fait dorénavant partie des critères d'accréditation. Le plein respect de la loi Evin du 10 janvier 1991 est une priorité hospitalière : interdiction de fumer dans tous les locaux de soins et tous les lieux recevant du public, y compris les espaces ouverts situés sur le passage du public et des patients.
Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté par le gouvernement le 16 juin 1999 insiste sur la nécessité d'organiser au sein de l'hôpital des réponses coordonnées et une politique générale de lutte contre les dépendances. Cette orientation incite le regroupement des structures chargées des différentes conduites addictives au sein d'une même entité fonctionnelle. L'année 2000 est une année de transition qui doit permettre d'installer dans les hôpitaux une compétence en matière de prise en charge du tabagisme et de créer des synergies dans la prise en charge des différentes addictions.
Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et développer une politique de prévention du tabagisme, il est souhaité :
- le renforcement ou la création de consultations hospitalières de tabacologie ;
- la création d'unités de coordination de tabacologie (UCT) afin :
- de mettre en place, au sein de l'hôpital, des lieux de formation des professionnels de santé, des actions de formation, d'information et de prévention du tabagisme ;
- de développer un travail de liaison 'lutte contre la dépendance tabagique' ;
- enfin, la mise en place d'un baromètre 'Soignants sans tabac' permettant d'apprécier la proportion de fumeurs parmi les soignants.
Les unités de coordination de tabacologie doivent remplir une mission de référence pour le dispositif de droit commun et être intégrées aux équipes de liaison en toxicomanie et en alcoologie lorsqu'elles existent. Ces dernières doivent également développer une compétence en tabacologie.
1. Le renforcement ou la création de consultations hospitalières de tabacologie
L'ouverture de consultations hospitalières de tabacologie doit être encouragée au sein de l'ensemble des établissements de santé. A la fin de l'année 2000, il convient que chaque département français dispose d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie dans un de ses établissements publics de santé. A cinq ans, tous les établissements de santé de plus de 500 lits devront disposer d'une telle consultation.
Les consultations hospitalières de tabacologie
Ces consultations ambulatoires sont ouvertes à tous : personnes hospitalisées ou externes, en veillant à ce que la prise en charge soit essentiellement tournée vers les personnes les plus dépendantes ou les plus difficiles à assister du fait de leur dépendance et de problèmes psychologiques, socioprofessionnels ou familiaux. Les fumeurs fortement dépendants, en particulier les fumeurs ayant fait déjà plusieurs tentatives d'arrêt, les personnes ayant une affection liée aux conséquences du tabagisme, les personnes ayant un usage nocif d'alcool, les personnes ayant des troubles anxio-dépressifs et nécessitant un suivi spécialisé et soutenu doivent être considérées comme prioritaires. Il en est de même pour les femmes enceintes.
la demande, l'équipe de la consultation de tabacologie peut recevoir ou rencontrer une personne hospitalisée afin de la sensibiliser à l'arrêt du tabac et lui proposer une aide au sevrage. Elle doit proposer un suivi ultérieur par le médecin principalement responsable de la personne malade ou, si nécessaire, par la consultation de tabacologie.
Elle doit répondre à la demande des personnes externes souhaitant arrêter de fumer. Elle doit s'organiser afin de permettre l'accès à une consultation de première ligne, d'assurer un suivi d'environ 5 consultations pour la personne dépendante qui en exprime le besoin et, enfin, de répondre à des urgences. Compte tenu du très grand nombre de personnes qui fument et du nombre de personnes qui souhaitent une aide au sevrage tabagique, il convient d'établir des stratégies de prise en charge priorisées. Ainsi, les personnes les moins dépendantes ont une motivation souvent suffisante pour qu'elles réussissent leur propre sevrage sans aide externe et donc sans avoir recours à une médicalisation excessive. Il en est de même pour ceux qui peuvent se satisfaire de l'utilisation des substituts nicotiniques distribués directement en pharmacie ou prescrits par leur médecin. Il convient donc que chaque consultation de tabacologie organise un système lui permettant de délivrer un message de première ligne dans des délais brefs afin de pouvoir délivrer à ces personnes les informations suffisantes sur le sevrage (en particulier l'accès aux substituts nicotiniques en vente libre) ou d'être orientées vers un médecin susceptible de les aider.
D'une manière générale, les délais d'attente pour obtenir une première consultation d'aide au sevrage tabagique devraient, à moyen terme, ne pas dépasser un mois.
L'aide à l'arrêt du tabac prendra en compte les recommandations de la récente conférence de consensus d'octobre 1998. L'évaluation de la dépendance pour ces patients doit être effectuée à partir de questionnaires spécifiques : Fagerström, grilles d'évaluation d'un état anxio-dépressif (tests HAD, questionnaire de Beck) et de marqueurs spécifiques : CO expiré, dosage urinaire des métabolites de la nicotine. Les co-dépendances associées doivent être recherchées et prises en charge. Tous ces éléments contribuent à la mise en place d'une aide à l'arrêt et d'une stratégie basée sur les conseils et l'information, un éventuel traitement associé : substitution nicotinique, médicaments psychotropes ou approche comportementale, assistance sur les comportements alimentaires.
Une consultation hospitalière de tabacologie est assurée par du personnel médical formé à la tabacologie avec l'appui, lorsque cela est possible, de personnel paramédical (infirmier, psychologue, diététicien).
Ils assurent selon leur compétence et rôle propre :
- la consultation de première ligne : évaluation de la dépendance, conseils-informations et orientation ;
- des consultations intermédiaires de suivi, avant la conclusion de la tentative de sevrage ;
- des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement de santé ;
- le suivi et l'évaluation de la consultation (études, enquêtes, statistiques).
Le médecin, avec l'aide de l'infirmier et/ou du psychologue, s'il dispose du temps nécessaire, effectue le travail de liaison au sein de l'hôpital : conseils de sevrage des personnes hospitalisées et formation et soutien des équipes hospitalières (cf. Ÿ 2).
Il est recommandé d'utiliser comme dossier médical un dossier standardisé comme celui du comité français d'éducation pour la santé, du réseau hôpital sans tabac et de la Caisse nationale d'assurance maladie. Il constitue, en effet, un support structurant pour permettre une prise en charge de qualité de la personne dépendante. Ce dossier, disponible auprès du CFES, peut être reproduit localement.
Toutes les consultations devront disposer d'un appareil permettant le dosage du CO en fin d'expiration. D'autres appareils doivent être mis à disposition du personnel soignant de l'hôpital pour les aider à délivrer à leurs patients une information sur le tabac et à leur proposer une aide au sevrage. Ceci est particulièrement vrai pour les maternités et les structures hospitalières spécialisées en alcoologie.
Le laboratoire de biologie de l'hôpital devra réaliser le dosage urinaire des métabolites de la nicotine.
Enfin, compte tenu de la nécessité de réduire le tabagisme chez les femmes enceintes, il est recommandé de créer des consultations avancées au sein même des maternités. Les structures hospitalières d'alcoologie doivent également mettre en place de telles consultations en raison de la comorbidité fréquente alcool/tabac. Une formation spécifique des médecins alcoologues à la prise en charge du tabagisme a été initiée par la DGS (Nicomede 2).
2. La création d'unités de coordination de tabacologie (UCT) et le développement d'un travail de liaison
A titre indicatif, une unité de coordination de tabacologie est composée d'une équipe de liaison comprenant au moins deux personnels non médicaux mi-temps (infirmier, psychologue, diététicien), et d'un médecin (demi-équivalent temps plein) formés à la tabacologie. En fonction de l'importance de la demande, de la taille de l'hôpital, la composition des équipes pourra être adaptée. Les principales fonctions de l'unité de coordination de tabacologie sont d'assurer un travail de liaison 'lutte contre la dépendance tabagique' auprès des patients dépendants hospitalisés et de développer, au sein de l'hôpital, des actions de formation, d'information et de prévention de lutte contre le tabagisme.
L'équipe de liaison de tabacologie assure des consultations de tabacologie et a pour missions de :
a) Former et soutenir des équipes soignantes de l'hôpital.
L'équipe a un rôle important à jouer auprès des soignants des différents services de l'hôpital pour les conseiller sur les questions de sevrage, de substitution nicotinique, de prise en charge psychologique. L'intervention au lit du patient est un moyen privilégié pour transmettre des savoir-faire et former les soignants au sevrage tabagique.
L'équipe sera chargée d'organiser et de promouvoir la formation des personnels médicaux et infirmiers. Tout soignant doit être capable, à terme, de délivrer les conseils minimum, une information sur le tabac, et intégrer pleinement la notion des risques induits par le tabagisme actif et passif dans les soins délivrés au patient.
La direction de l'hôpital doit faciliter la mise en oeuvre de ces formations qui doivent également toucher le personnel des services administratifs et techniques sans oublier ceux chargés de l'accueil et de la sécurité. La formation des infirmières, des sages-femmes et des médecins doit être renforcée. Une formation spécifique décrivant la politique globale de l'établissement contre le tabagisme doit être organisée pour les résidents et les internes lors de leur arrivée au sein d'un hôpital.
Rôle des infirmiers
A terme, il conviendrait que tout infirmier puisse, pour chaque personne hospitalisée, s'enquérir de l'usage de tabac, rappeler l'interdiction de fumer en établissement hospitalier, analyser l'opinion de la personne concernée, faire un bilan de la dépendance et de la motivation à l'aide des outils disponibles, communiquer les résultats et donner un avis au médecin responsable et enfin encourager l'arrêt du tabagisme des patients hospitalisés et de leurs proches. L'infirmier doit pouvoir en cas d'urgence (syndrome de sevrage nicotinique) proposer un traitement ponctuel par gomme nicotinique. Il doit obligatoirement informer le médecin de son initiative et la consigner dans le cahier de soins.
L'infirmier doit aider et accompagner la personne dépendante dans son sevrage, insister sur l'intérêt de poursuivre l'arrêt du tabac à la sortie de l'établissement et proposer avec le médecin traitant une adresse pour un suivi, si nécessaire.
Rôle des médecins
Tout médecin doit, quant à lui, intégrer la conséquence de la privation de tabac sur le contexte pathologique, proposer l'utilisation d'une substitution nicotinique adaptée à la situation clinique et psychologique du patient, proposer une consultation spécialisée pour les cas difficiles. Il doit enfin prendre en compte, dans les consultations ultérieures, l'arrêt ou non du tabac. Il doit, en particulier, tenir informé de l'état de dépendance et de la stratégie de sevrage les médecins qui vont assurer le suivi de la personne malade en dehors de l'établissement de santé.
b) Intervenir auprès des patients hospitalisés.
De nombreuses personnes hospitalisées sont dépendantes du tabac. Parmi elles, certaines sont atteintes de maladies pour lesquelles la poursuite du tabagisme aggrave le pronostic vital dans des proportions parfois beaucoup plus importantes que les bénéfices attendus du traitement : maladies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, angine de poitrine, artériopathies des membres inférieurs), maladies pulmonaires (broncho-pneumopathies chroniques, cancer pulmonaire, cancer des voies aéro-digestives supérieures, diabète, hypertension artérielle, dyslipidémies).
Certains de ces malades doivent pouvoir bénéficier en priorité d'une consultation de sevrage tabagique.
Ainsi au cours de l'hospitalisation, les équipes soignantes, qui abordent le problème du tabagisme chez toute personne hospitalisée, doivent pouvoir faire appel à l'équipe de l'unité de coordination de tabacologie afin :
- d'aider à l'évaluation de la situation d'un patient quant à sa dépendance tabagique, l'existence de troubles psychologiques et ou de problèmes médico-sociaux ;
- ajuster ou initier un sevrage ou un traitement de substitution nicotinique pendant l'hospitalisation ;
- proposer un suivi ultérieur par le médecin principalement responsable de la personne malade ou, si nécessaire, par la consultation de tabacologie.
Des synergies doivent être recherchées dans la prise en charge de l'ensemble des addictions. Le travail de liaison effectué par les équipes de tabacologie doit à terme être intégré dans le dispositif général de prise en charge des dépendances. D'ores et déjà, lorsqu'il existe une équipe de liaison en addictologie (alcool ou toxicomanie), l'unité de coordination de tabacologie y sera intégrée.
c) Mener des actions de prévention, d'information et de sensibilisation aux méfaits du tabagisme dans l'établissement de santé.
L'équipe de l'unité de coordination de tabacologie a pour rôle, au-delà de la stricte application des textes législatifs et réglementaires, d'impliquer en permanence l'établissement dans la lutte contre le tabagisme. Elle pourra s'appuyer sur le réseau Hôpital Sans Tabac, sa charte en dix points (annexe 1) et ses conseils méthodologiques.
La médecine du travail participera activement aux actions de prévention, d'information et de sensibilisation aux méfaits du tabagisme dans l'établissement de santé. Elle désignera une personne référente 'tabac' qui travaillera en étroite coordination avec l'équipe de liaison de tabacologie.
D'une manière générale, les personnels médicaux et paramédicaux doivent être beaucoup plus impliqués pour la prise en charge du fumeur, mais aussi pour faire respecter l'interdiction de fumer dans l'hôpital. Ils doivent respecter eux-mêmes cette interdiction et ainsi pleinement exercer leur rôle d'exemplarité.
Des actions spécifiques peuvent être inscrites au plan de formation continue des personnels des établissements.
d) Participer à la formation des futurs professionnels de santé.
L'implication des établissements responsables de formation doit être plus forte compte tenu de leur rôle pédagogique à l'égard des futurs professionnels de santé. Les centres de formation doivent solliciter les unités de coordination de tabacologie afin de mieux intégrer et développer les programmes dans le domaine de la lutte contre le tabagisme.
Il va de soi que les lieux de formation des professionnels de santé doivent avant tout autre être conformes à la législation du 10 janvier 1991.
3. Baromètre 'Soignants sans tabac'
Actuellement, la proportion de fumeurs parmi les soignants est équivalente à celle observée dans la population générale. Les soignants doivent servir de modèle aux malades et aux visiteurs. C'est pourquoi, afin d'apprécier l'impact de la politique interne de l'hôpital dans la lutte contre le tabagisme, est mis en place un baromètre 'Soignants sans tabac'.
Une enquête annuelle sera réalisée afin d'apprécier la proportion de non-fumeurs parmi les soignants. Ces études permettront d'analyser les évolutions et les tendances et donc d'apprécier l'impact sur le personnel hospitalier de la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé.
4. Procédure de financement
Pour l'année 2000, une enveloppe nationale de 26,2 millions de francs est destinée à la création ou au renforcement d'unités de coordination de tabacologie ou de consultations hospitalières de tabacologie.
Cette enveloppe est déconcentrée au plan régional sur la base d'un indicateur synthétique issu de deux types d'informations : d'une part, les données régionales de mortalité de cancer du poumon (Inserm SC 8) et, d'autre part, la répartition régionale du nombre de séjours hospitaliers pour le GHM 122 : tumeur respiratoire (base PMSI du secteur public et privé 1997). Le montant des dotations attribuées à chaque région figure en annexe 2.
Les établissements de santé, solliciteront auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation et de la direction des hôpitaux pour l'AP-HP, le financement du renforcement ou la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie. Les projets adressés devront respecter le cahier des charges en annexe 3 et avoir reçu l'aval de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration.
Les agences régionales de l'hospitalisation attribueront ces crédits aux établissements en tenant compte du respect du cahier des charges et des facteurs suivants : qualité du projet, redéploiement éventuel en personnel, création d'au moins une unité de coordination de tabacologie par région.
Chaque département doit disposer d'au moins une consultation de tabacologie hospitalière (1). Il est demandé que soient mises en place des consultations avancées (au moins une vacation médicale) au sein des maternités et des structures hospitalières d'alcoologie si nécessaire.
(1) L'Office français du tabagisme a réalisé un annuaire des consultations de tabacologie et d'aide au tabac, 66, boulevard Saint-Michel, 75006 Paris, tél. : 01-43-25-19-65. Ces données sont aussi disponibles sur internet : http:/www-tabac-net.ap-hop-paris.fr/
Sur la base d'un scénario qui retiendrait le financement de trente unités de coordination de tabacologie en 2000, 200 hôpitaux pourraient disposer de consultations hospitalières de tabacologie (sur la base de 3 vacations hebdomadaires).
5. Evaluation
L'évaluation fait partie intégrante des actions de lutte contre le tabagisme.
Toutes les consultations hospitalières de tabacologie devront participer à l'enquête semaine donnée annuelle destinée à apprécier ses caractéristiques en termes de personnel, d'activité et de méthodes.
Les unités de coordination de tabacologie s'engagent à utiliser un dossier médical informatisé avec un cahier des charges, en cours d'élaboration, qui tiendra compte des retours d'information demandés par les pouvoirs publics.
Afin de pouvoir apprécier la politique de lutte contre le tabagisme d'un établissement, un rapport d'activité des consultations hospitalières de tabacologie, des actions d'information, de sensibilisation et de formation en direction des malades, des visiteurs et des soignants sera adressé chaque année à la DRASS. Ce rapport servira de base à une évaluation à cinq ans du travail réalisé et de la bonne utilisation des crédits affectés qui permettra la reconduction des crédits 'Tabac'.
Enfin, s'agissant d'évaluer l'échec ou le succès des consultations hospitalières de tabacologie en termes d'arrêt du tabac, le Secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale encouragera le développement de recherches dans ce domaine.
Références :
Code de la santé publique - livre III : lutte contre les fléaux sociaux - Titre VIII : lutte contre le tabagisme ;
L. 355-24 - L. 355-32 : loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ;
R. 355-28-1 - R. 355-28-13 : décret n° 92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique ;
Article U 48 de l'arrêté du 23 mai 1989 relatif aux dispositions particulières des établissements de type U ;
Arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil dans les établissements de santé ;
Arrêté du 30 novembre 1999 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine ;
Circulaire DGS/DH n° 330 du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé ;
Circulaire DGS/PS2 n° 99/673 du 6 décembre 1999 relative à l'intégration de la lutte contre le tabagisme dans les études de sage-femme ;
Circulaire du Premier ministre n° 4.692/SG : lutte contre la drogue et prévention des dépendances.

ANNEXES
ANNEXE I
CHARTE DE L'HOPITAL SANS TABAC
1. Mobiliser les décideurs et sensibiliser tous les personnels. Informer les usagers.
2. Mettre en place un comité de prévention du tabagisme, définir la stratégie et coordonner les actions.
3. Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du fumeur.
4. Etablir un plan d'aménagement des zones fumeurs à distance des lieux de soins et d'accueil.
5. Adopter une signalétique appropriée : panneaux, affiches, etc.
6. Supprimer toute incitation au tabagisme (suppression des cendriers).
7. Organiser des manifestations de sensibilisation. Renouveler les campagnes d'information.
8. Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée du fumeur dépendant.
9. Assurer un suivi, se doter des moyens d'évaluation.
10. Convaincre d'abord, contraindre si besoin.

ANNEXE II
Dotations régionales 'tabac'
[tableau : cf. document original]
ANNEXE III
CAHIER DES CHARGES CONCERNANT LE RENFORCEMENT OU LA CREATION DE CONSULTATIONS HOSPITALIERES DE TABACOLOGIE ET D'UNITES DE COORDINATION DE TABACOLOGIE
Consultations hospitalières de tabacologie : besoins en personnel à déterminer en fonction des établissements. Chaque département doit disposer d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie (1). Des consultations avancées doivent être intégrées au sein des maternités et des structures hospitalières d'alcoologie (une vacation hebdomadaire par semaine). En 2005, tous les hôpitaux de plus de 500 lits devront disposer de consultations de tabacologie.
(1) L'office français contre le tabagisme a édité un annuaire des consultations de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac - 66, boulevard Saint-Michel, 75006 Paris -
 http:www.tabac.net.ap.hop.paris.fr.
Une unité de coordination de tabacologie (UCT) : au moins un médecin demi équivalent temps plein et deux personnels non médicaux mi-temps. Lorsqu'il existe une équipe de liaison en addictologie (alcool ou toxicomanie), cette unité doit y être intégrée.
Le projet doit avoir l'aval de la CME.
La formation des personnels : le recrutement de médecins formés en tabacologie (diplômes universitaires, capacité de toxicomanie, alcoologie et tabacologie, DESC ; programme Nicomède) est fortement encouragé.
Les unités de tabacologie et les consultations hospitalières de tabacologie doivent disposer d'une liste de correspondants permettant une orientation des patients. La liste départementale des médecins formés dans le cadre du programme Nicomède est accessible sur demande. Cette formation doit permettre d'assurer dans chaque département une formation du plus grand nombre possible de médecins généralistes à la prise en charge du tabagisme dans la pratique quotidienne.
Les établissements de santé doivent disposer d'au moins un appareil de dosage du CO et être en mesure de réaliser le dosage urinaire de la cotinine ou ses métabolites. L'utilisation d'un dossier standardisé type CFES - Réseau hôpital sans tabac - est recommandée.
Evaluation :
- participation à l'enquête annuelle semaine donnée pour toutes les consultations d'aide au sevrage ;
- fiche standardisée première consultation - à terme dossier médical minimal informatisé ;
- participation au baromètre 'soignants sans tabac'.
Direction des hôpitaux, Direction générale de la santé.
Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales d'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales).
Texte non paru au Journal officiel.
1108.