
**Avis du Conseil d’Ethique Clinique concernant d’
éventuelles exceptions à l’interdiction de fumer pour le personnel
et/ou pour les patients & leurs visiteurs
dans les Hôpitaux Universitaires de Genève**

Contexte :

Depuis janvier 2006, les Hôpitaux Universitaires de Genève ont interdit la fumée du tabac dans leurs bâtiments. Ils expriment leur identité de lieu de soins, à vocation de santé publique, qui participent activement à la protection de la population contre les effets néfastes non seulement de la consommation de tabac mais également de la fumée passive.

Ils suivent également en cela un nombre croissant de lieux publics, qui comprennent notamment l’Université de Genève, non-fumeur depuis octobre 2004.

Ils suivent également une évolution de soutien croissant à l’interdiction de la fumée du tabac dans les lieux publics en général, illustré à Genève par le dépôt en juillet 2005 d’une initiative visant à interdire le tabac dans tous les établissements publics. Ceci s’inscrit dans une démarche de labellisation comme Hôpital Promoteur de Santé.

Motifs de la saisie du Conseil d’Ethique Clinique :

Le Conseil d’Ethique Clinique des HUG a été saisi de la question suivante :

« L’interdit de fumer aux HUG ne devrait-il pas comporter des exceptions ? En effet, certains patients ne sont pas libres de leurs mouvements, ou sont dans une situation de vulnérabilité trop extrême pour que l’on puisse exiger d’eux, en plus des épreuves que leur maladie leur fait subir, de se sevrer dans le même temps de la cigarette. Des exceptions pour eux sont-elles justifiables et, si oui, comment définir ces cas ? »

Points préliminaires

Parmi les questions pouvant être posées relativement à ce sujet, un certain nombre sont claires et ne font pas l’objet de débats : Parmi elles, la nocivité de la fumée passive et le caractère bienfaisant de la protection des non-fumeurs, le fait que le tabac rende dépendant, ce qui rend son arrêt difficile parfois, mais pas généralement impossible, et le fait qu’il soit généralement justifié d’interdire une pratique mettant en danger la santé d’autrui.

Nocivité de la fumée passive

Si une certaine controverse a longtemps entouré cette question, elle est désormais tranchée.

Il a également été établi que certaines études avaient été délibérément entreprises pour jeter le doute sur la nocivité de la fumée passive, en bref que la controverse

avait été activement maintenue pendant une certaine période par l'industrie du tabac (*Muggli et al 2004*). La nocivité de la fumée passive étant scientifiquement établie, (*Jamrozik 2005*) les mesures visant à éliminer l'exposition de la population à la fumée passive relève donc bel et bien d'un souci informé de **bienfaisance** et de **protection** envers les non-fumeurs.

Dépendance liée au tabac

La nicotine, qui est l'une des composantes actives principales de la fumée du tabac, est une substance qui génère une dépendance. Cela étant, on pourrait être tenté d'avancer qu'une interdiction de fumer est futile, car elle part du principe qu'il est possible de se sevrer de la nicotine. Cette position serait empiriquement erronée, car malgré les difficultés réelles liées au sevrage du tabac, la Suisse compte un million d'ex-fumeurs. Même lors de programmes spécifiques pourtant très ponctuels, un taux de succès allant jusqu'à 20% est rapporté (*Anczak 2003*).

Justification générale de l'interdit frappant une pratique nocive à la santé d'autrui

L'interdiction de fumer est une atteinte à l'autonomie des fumeurs. Ce point n'est pas contesté et de telles réglementations ont d'ailleurs longtemps été critiquées sur cette base. Cela étant, le tabagisme dans les lieux publics étant une pratique mettant en danger la santé d'autrui, son interdiction peut se justifier malgré cela au même titre que toute limitation de la liberté individuelle à des fins de protection d'autrui, et de la liberté d'autrui. A titre de comparaison, on admet que l'interdiction de prendre le volant en état d'ébriété est une limitation de la liberté individuelle, tout en admettant néanmoins que cet interdit est justifiable.

Applicabilité de la mesure d'interdiction du tabac en psychiatrie

Le tabagisme est réputé avoir un statut particulier en psychiatrie. La prévalence du tabagisme parmi les patients psychiatriques est élevée, parmi les soignants également, et la cigarette est souvent employée comme outil pour créer une alliance relationnelle dans une situation de crise. Pour ces raisons, on pourrait s'attendre à ce que l'application d'une interdiction de fumer en hôpital psychiatrique soit difficile à mettre en pratique.

De fait, plusieurs études ont montré qu'une telle mesure était applicable en psychiatrie. (*Velasco et al 1996, Rauter et al 1997, Hempel et al 2002, Matthews et al 2005*). Une étude a montré une augmentation transitoire d'agressions verbales et de prescription d'anxiolytiques immédiatement après l'interdiction de fumer, mais cet effet ne subsistait pas 2 ans plus tard (*Velasco et al 1996*). Ailleurs, cette crainte ne s'est tout simplement pas matérialisée, (*Smith et al 1989, Thorward et al, 1989, Ryabik et al 1994*) parfois moyennant des stratégies permettant aux patients de diriger leur frustration autrement (*Rauter et al 1997*).

Par contre, un effet de l'interdiction de fumer peut être le développement d'un marché noir au sein de l'hôpital (*Kagan et al 2004*).

Le sevrage du tabac peut également induire des symptômes qui ressemblent à ceux de diverses pathologies psychiatriques, ainsi qu'à des effets secondaires de médicaments. Le personnel médical doit donc savoir en tenir compte dans la prise en charge de ces patients (Hughes 1993).

Interdire ou limiter ?

Les Hôpitaux Universitaires de Genève ne sont de loin pas le premier hôpital à interdire la fumée dans ses murs, y compris en Suisse. L'applicabilité pratique de la mesure est donc démontrée par l'acte. Une certaine controverse existe par contre quant à la possibilité de remplacer l'interdiction complète de fumer par une interdiction ne frappant que la plupart des espaces d'un bâtiment, certains espaces ventilés étant réservés comme espaces fumeurs.

C'est la solution adoptée dans certains lieux publics clos, tels les aéroports, ou certains autres systèmes sanitaires. Le Portugal, par exemple, a complètement interdit le tabac dans les hôpitaux, entre autres. La Hollande, par contre, permet des lieux réservés aux fumeurs dans certains types d'établissements publics, y compris les hôpitaux. A noter que les directives américaines pour l'interdiction de fumer dans les hôpitaux prévoient que des exceptions seraient possibles, mais que la plupart des hôpitaux appliquant ces directives ne font pas usage de cette possibilité.

Il est relevé une corrélation entre l'opinion que les systèmes de ventilation fonctionnent et le financement des études concernées par l'industrie du tabac, ce qui rend l'évaluation de tels systèmes difficile (*Leavell 2006*). Il est également relevé qu'une interdiction assortie d'exceptions et de l'aménagement d'espaces fumeurs fonctionne moins bien pour des raisons sociologiques, le respect des zones non fumeurs étant moins bon dans ces cas (*Willemsen 2004*).

Il doit également être noté que l'hôpital est un lieu où la nécessité de contenir des maladies infectieuses transmises par l'air survient plus fréquemment qu'ailleurs : à ce titre, c'est un lieu d'expertise particulière en ce qui concerne l'isolement de substances nocives véhiculées dans l'air ambiant.

Questions éthiques

Un certain nombre de points demeurent plus difficiles à résoudre :

- la justification, et la nature, d'éventuelles exceptions à apporter à l'interdiction de fumer
- la manière la plus justifiée de procéder à l'application, au besoin contraignante, de la mesure
- la meilleure manière de réduire les risques inhérents à l'interdiction de fumer dans un hôpital.

1) Discussion de la possibilité d'exceptions à l'interdiction de fumer dans les HUG

L'interdiction de fumer dans un hôpital découle des bases suivantes :

- a) L'hôpital est un lieu de soins, et la certitude quant à la nocivité de la fumée passive justifie donc une interdiction de fumer à l'hôpital *en tant que mesure de protection des patients qui y sont soignés.*

Commentaire : La justification de l'interdit de fumer en tant que mesure de protection des patients est basée sur l'un des devoirs fondamentaux de l'hôpital, qui est la protection des malades.

Ce devoir est issu d'un souci de **bienfaisance** vis-à-vis de personnes vulnérables qui sont confiés au personnel de l'institution durant leur maladie.

Il est important de noter que, concernant cet aspect de l'interdiction de fumer, une certaine tension existe car la mesure d'interdiction n'est pas dénuée de risques pour les fumeurs. Outre l'investissement qui leur est demandé en terme d'effort, l'effet de certains traitements peut être modifié par l'arrêt du tabac. Pour ceux qui n'arrêteraient pas, la nécessité de sortir du bâtiment peut elle-même constituer un risque, majoré en cas d'intempéries.

Cela étant, les cas des patients **momentanément sous traitement augmentant le risque de l'arrêt du tabac**, des patients **fragilisés vis-à-vis de la nécessité de fumer dehors**, ou des patients **ayant présenté de part leur comportement un risque d'incendie lié à la fumée du tabac**.

Le devoir de protection des patients implique également que, si des exceptions étaient reconnues à l'interdit de fumer, des mesures soient prises pour réduire autant que possible le risque pour les autres patients.

- b) L'hôpital est un établissement public, très fréquenté, et la certitude quant à la nocivité de la fumée passive justifie donc une interdiction de fumer à l'hôpital *en tant que lieu public*.

Commentaire : La justification de l'interdit de fumer à l'hôpital en tant que lieu public est basée, entre autres, sur la distinction entre la sphère publique et la sphère privée des lieux où se déroulent nos vies.

Concernant ce critère, il est important de noter que l'hôpital n'est pas uniformément un lieu public comme un autre. Certains patients y vivent, tels les patients hospitalisés **en long séjour en raison d'un handicap sévère**, ou les patients hospitalisés **en attente d'un placement en établissement médico-social (EMS), et qui n'ont plus de domicile à l'extérieur**.

Certains patients y sont contre leur volonté, et ne peuvent donc en sortir, tels les **prisonniers hospitalisés** ou les patients hospitalisés **en milieu psychiatrique sur le mode non volontaire**. Plus généralement, il est également raisonnable de considérer l'hôpital comme un lieu où **la plupart des patients** se trouvent dans des circonstances contraires à leur volonté.

Enfin, pour certains patients, l'hôpital est de facto le seul lieu de vie même si cette situation n'est pas officialisée, comme c'est le cas pour les patients hospitalisés **en fin de vie**.

Le rapport du Conseil d'Etat sur l'initiative genevoise « Fumée Passive et Santé » relève d'ailleurs des points similaires :

« D'autres situations sont en revanche plus problématiques. Ainsi, les personnes fumeuses hospitalisées et incapables de se mouvoir, ou encore en fin de vie, se verraient ajouter à l'objet de leur séjour un sevrage forcé ; les personnes détenues ne pourraient fumer que lors de leur promenade quotidienne, ce qui pourrait être perçu comme une sanction et un durcissement de leur régime (qui, pour les détenus préventifs et administratifs, ne doit pas être plus dur que ce qui est exigé par le but de leur détention) ; »

- c) L'hôpital est un employeur important, dont la plupart des collaborateurs sont en contact direct avec les patients, y compris les patients fumeurs. La certitude quant à la nocivité de la fumée passive justifie donc une interdiction de fumer à l'hôpital *en tant que mesure de protection du personnel*.

Commentaire : La justification de l'interdit de fumer en tant que mesure de protection du personnel implique également que, si des exceptions étaient reconnues, des mesures devraient être prises pour réduire autant que possible le risque du tabagisme passif pour le personnel.

Le premier point devant être souligné est qu'aucune exception ne nous paraît a priori justifiable pour le personnel soignant, ni pour les visiteurs. Certains cas de figure concernant les patients doivent par contre être examinés.

Cas à prendre en compte en vue d'exceptions

Longs séjours ou attente de placement

Pour les patients hospitalisés en long séjour en raison d'un handicap sévère, ou en attente de placement dans un EMS (N=250), l'hôpital est devenu de facto le seul lieu dans lequel leur sphère privée peut se décliner.

Prisonniers hospitalisés

Pour les prisonniers hospitalisés, se rendre à l'extérieur pour fumer pose un problème particulier.

Hospitalisation non volontaires en milieu psychiatrique

Ces patients se trouvent en général à l'hôpital contre leur volonté. L'interdiction de fumer représente donc une contrainte toute particulière dans leur cas. Il est par contre important de noter que la différence n'est pas aussi importante qu'elle ne pourrait le paraître à première vue. En effet, il est raisonnable de considérer que la plupart des patients hospitalisés le sont dans des circonstances indépendantes de leur volonté.

Fin de vie

Les patients en fin de vie se trouvent souvent de facto à l'hôpital pour l'ensemble du temps qui leur reste à vivre. Pour eux également, donc, l'hôpital devient le lieu où se déploie leur sphère privée. De plus, contrairement aux autres catégories considérées ici, ils ont la particularité de ne plus retirer de l'arrêt du tabac aucun bénéfice personnel en terme de santé.

Traitement augmentant le risque lié à l'arrêt du tabac

Nous avons demandé sur ce point un avis de la pharmacologie clinique (annexe). D'après cet avis, les patients psychiatriques représentent le groupe de patients le plus exposé aux interactions médicamenteuses liées au sevrage tabagique principalement du fait de l'importante induction du métabolisme des psychotropes par la fumée de cigarettes.

Une augmentation cliniquement significative des concentrations plasmatiques des psychotropes à l'arrêt de la cigarette a été observée dans diverses études pharmacocinétiques et plusieurs cas de surdosage et de toxicité majeure sont rapportés dans la littérature, notamment avec la clozapine. Une surveillance des taux plasmatiques et des signes cliniques accompagnée d'une adaptation posologique en fonction de l'évolution de la consommation tabagique est fortement préconisée chez ce groupe de patients.

Les patients sous médicaments cardio-vasculaires sont également à surveiller, en particulier les patients sous anti-coagulation. Un risque hémorragique non négligeable est possiblement attendu chez ces patients au vu de l'induction du métabolisme des anticoagulants par la fumée de cigarette. On relèvera également la présence d'un risque de toxicité des anti-arythmiques et de potentialisation des B-bloquants. Une surveillance particulière doit être portée aux patients sous théophylline en raison de la possible augmentation de la toxicité de la molécule à marge thérapeutique étroite.

Chez les patients diabétiques sous insuline, on peut s'attendre à une augmentation de l'absorption de l'insuline à l'arrêt du tabac sans toutefois d'impact sur la glycémie démontré.

Enfin, une augmentation de la biodisponibilité des opioïdes est possiblement attendue à l'arrêt du tabac.

Il est important de noter que ces interactions ne sont pas dues à la seule nicotine (qui peut être substituée) mais également au goudron qui a montré un effet inducteur sur 3 isoenzymes des cytochromes P450.

Conditions d'exception

Les situations décrites ci-dessus ne nous semblent par contre pas justifier, en elles-mêmes, que l'on fasse exception à l'interdiction de fumer dans les bâtiments hospitaliers. Elles représentent tout au plus des **cas particulièrement représentatifs des problèmes liés à l'interdiction de fumer dans un hôpital.** En effet, elles justifieraient sans doute de ne pas imposer un sevrage complet aux patients concernés durant leur séjour ; tant qu'il demeure possible de fumer à l'extérieur des bâtiments, par contre, leur seule présence ne suffit pas à justifier une exception.

Cet avis est destiné à fournir aux soignants une approche pour identifier les cas devant faire exception et non à faire des catégories de patients, de toute manière illusoires. Pour justifier une exception, les conditions suivantes nous semblent devoir être cumulées :

Impossibilité de se rendre à l'extérieur / fragilité particulière vis-à-vis de la nécessité de fumer dehors

Certains patients sont plus vulnérables que d'autres aux risques liés au déplacement à l'extérieur pour fumer. Ces risques comportent notamment ceux de l'exposition aux intempéries, du risque lié au déplacement lui-même (démarche instable, risque de chutes) et de la diminution de la surveillance par le personnel soignant.

Contrairement à une idée très répandue, le lien entre l'exposition au froid et le risque d'infection est mal établi. Par contre, il existe un risque accru de bronchospasme ou d'événement coronarien.

Le fait de ne pas supporter la position assise ou debout fait également barrage. Pour certains patients, se rendre dehors impliquerait l'interruption de mesures de surveillance physiques vitales. Dans certains cas, donc, une exception basée sur une évaluation médicale semble justifiable.

Le fait d'être incapable de se rendre à l'extérieur sans aide ne doit par contre pas faire l'objet d'une exception en l'absence d'une vulnérabilité particulière. L'accompagnement d'un patient fumeur et invalide doit pouvoir faire partie des activités des soignants dans la mesure où ce geste sert à protéger d'autres patients. Il peut également servir à protéger le patient accompagné contre le risque qu'il prendrait à se rendre seul dans un lieu sans surveillance pour y fumer, avec éventuellement le risque de chute y attendant. L'acte d'accompagnement doit être comptabilisable dans la charge en soins comme acte de communication.

Durée de la limitation de la mobilité

Imposer un sevrage de courte durée peut être considéré comme proportionnel au bénéfice que l'on attend pour autrui en limitant l'exposition à la fumée passive. Imposer un sevrage plus long, qui commence à s'apparenter à un sevrage définitif, semble plus difficile à justifier. En effet, plus la durée du sevrage est longue, plus lourd est ce que l'on demande au patient pour le bénéfice d'autrui.

Le cas des patients en fin de vie doit être considéré comme un cas à part. Même si leur hospitalisation, et leur incapacité à se rendre à l'extérieur, sont parfois brèves, ce temps représente dans certains cas *tout le temps qui leur reste*. L'imposition d'un sevrage est donc disproportionnée dans ces cas également.

Refus catégorique du sevrage durant l'hospitalisation

Il ne serait pas justifié d'exclure d'emblée des patients vulnérables de toute tentative de sevrage. En effet, l'arrêt du tabac est également dans l'intérêt du patient lui-même. A ce titre, il est important que tout patient bénéficie en première intention de conseils en vue de l'arrêt du tabac, et se voie offrir une consultation par l'équipe spécialisée. Si un patient capable de discernement doit pouvoir refuser cette consultation, l'offre doit néanmoins en être aussi systématique que possible.

2) Mesures d'accompagnement de l'interdiction de fumer

Distinction intérieur-extérieur : Le critère déterminant doit être l'air libre et l'absence de communication entre la fumée du tabac et l'air intérieur du bâtiment, et non l'*appartenance* au bâtiment.

Mesure de police : Le rappel de l'interdiction de fumer peut être considéré comme étant du ressort de tout le personnel de l'institution. Par contre, si ce rappel ne suffit pas, la contrainte peut entrer en conflit avec le rôle des soignants directs du patient. Pour cette raison, il nous semble justifié que les situations où le rappel ne suffirait pas soit référées rapidement aux cadres médicaux et infirmiers du service, pour éviter un trop grand mélange des rôles pour les soignants directs.

Clarification des mesures d'application

L'application pratique de l'interdiction de fumer, et le cas échéant d'exceptions, doit s'accompagner d'une information claire permettant une application aussi juste que possible pour les patients. La possibilité d'interprétations fortement divergentes de la mesure à appliquer mènerait à des inégalités de traitement des patients qui semble difficile de justifier.

3) Réduction des risques

Réduction des risques inhérents à l'interdiction de fumer dans un hôpital

Ces mesures sont à considérer comme des mesures d'accompagnement minimales.

Mesures de surveillance du risque d'incendie

Pour certains patients réfractaires à l'arrêt du tabac, un risque de tabagisme clandestin existe. Des cas de mise à feu de lits d'institutions de soins sont rapportés, et il s'agit-là d'un risque dont il faut être soucieux, et qu'il faut réduire autant que possible. Sans qu'une statistique exacte nous soit disponible, il y aurait eu dans le département de gériatrie, en 20 ans, 2 morts dues à des incendies de lits déclenchés par des patients qui s'étaient cachés pour fumer.

Par contre, faire d'un comportement dangereux un motif d'exception est également problématique, car cela pourrait introduire un incitatif en faveur de ce type de comportement.

Il est donc important de limiter ce risque en prévoyant un accompagnement de ces patients pour fumer dans un lieu autorisé, dans la mesure du possible. Si ceci s'avère impossible, une exception doit pouvoir être tolérée dans ces cas.

Protection de l'image de l'hôpital comme lieu de soins

L'interdiction de fumer étant en partie basée sur l'identité de l'hôpital comme lieu de soins, le cantonnement des employés fumeurs devant la porte d'entrée offre une certaine incohérence. Il serait préférable de privilégier un lieu ouvert différent, identifié comme tel.

L'utilisation d'espaces fumeurs protégés à l'intérieur de l'institution ne nous semble pas adaptée au personnel fumeur, car ils ne remplissent pas les conditions exigées pour faire exception dans le cas des patients et il y aurait donc inégalité de traitement.

Réduction des risques inhérents à l'application d'exceptions

Locaux isolés

Comme décrit plus haut, il est relevé une corrélation entre la conclusion que les systèmes de ventilation fonctionnent et le financement des études concernées par l'industrie du tabac, ce qui rend l'évaluation de tels systèmes difficile (Leavell 2006). Par contre il doit également être noté que l'hôpital est un lieu où la nécessité de contenir des maladies infectieuses transmises par l'air survient plus fréquemment qu'ailleurs : à ce titre, c'est un lieu d'expertise particulière en ce qui concerne l'isolement de substances nocives véhiculées dans l'air ambiant.

Si un patient autorisé à fumer est hospitalisé dans une chambre à un lit, la possibilité de le laisser fumer dans sa chambre avec la fenêtre ouverte doit pouvoir s'évaluer de cas en cas.

Evaluation médicale pour certaines exceptions

L'autorisation de fumer « sur ordonnance » pose un problème particulier dans la mesure où l'on accorde en quelque sorte une autorisation à poursuivre un comportement présentant un risque pour la santé. Il est important que celle-ci s'inscrive dans une pesée des risques et des bénéfices qui se situe dans une situation où un arrêt du tabac n'est pas considéré comme réaliste ou dans l'intérêt global du patient.

Tabagisme passif comme risque professionnel des soignants

Dès lors que la fumée est interdite aux HUG, et que des exceptions sont admises, émergent des situations où les soignants sont exposés à la fumée passive *de part leur activité de soignants* et d'accompagnants des patients fumeurs, alors qu'ils étaient préalablement exposés à ce risque, mais comme tout un chacun. On peut comprendre dans un tel contexte que certains présentent des objections en opposant qu'ils courent un risque particulier. Un tel refus de s'exposer peut être compréhensible, au même titre que la réticence à s'exposer à une maladie infectieuse. Toujours au même titre, par contre, dès lors que l'accompagnement d'un fumeur devient un geste soignant, un tel refus ne peut être honoré que dans certaines conditions précises.

- 1) on ne peut se désister que si une alternative existe, et que donc
- 2) le malade n'est pas abandonné. Une pratique, qui consisterait à renvoyer de l'hôpital un patient réfractaire à l'arrêt du tabac, serait particulièrement préoccupante, car le droit d'être soigné ne doit pas dépendre d'un tel critère comportemental.

Il est par ailleurs important de noter qu'une protection par un masque facial est possible : le risque « incompressible » est donc limité.

Réactions des autres patients

L'application d'exceptions étant par définition exceptionnelle, la clarté de la mesure doit être aussi grande que possible vis-à-vis des autres patients. Les conditions pour l'application d'exceptions doivent pouvoir être clarifiées pour les patients qui n'en bénéficieront pas et qui pourraient questionner cela.

Eviter la discrimination

Les personnes susceptibles de bénéficier d'exceptions ne doivent pas devenir des populations privées d'une intervention bénéfique. Dans la mesure où l'arrêt du tabac est considéré comme important pour la santé, priver des groupes de patients, à fortiori en raison d'une vulnérabilité déjà existante, de conseils visant à les aider à arrêter de fumer ne seraient pas défendables.

Propositions du CEC

Nous proposons de maintenir l'interdiction de fumer dans les HUG, mais d'accompagner un certain nombre d'exceptions pour les patients uniquement.

Si diverses situations, telles que celles des patients en longs séjours ou attente de placement, des prisonniers hospitalisés, des patients hospitalisés en mode non volontaire en milieu psychiatrique, des patients en fin de vie, et de ceux qui recevraient un traitement augmentant le risque lié à l'arrêt du tabac, doivent faire l'objet d'une attention particulière pour identifier d'éventuelles exceptions, ces circonstances ne justifient pas à elles seules qu'une exception soit faite.

Une exception faite à l'interdiction de fumer pour un patient doit reposer sur la présence cumulée des trois critères suivants :

- Impossibilité de se rendre à l'extérieur / fragilité particulière vis-à-vis de la nécessité de fumer dehors
- Durée de l'hospitalisation (ou fin de vie)
- Refus catégorique du sevrage durant l'hospitalisation

La prise en compte d'exceptions à l'interdiction de fumer doit **s'accompagner d'aménagements au cas par cas pour les patients autorisés à fumer.**

L'interdiction de fumer doit à notre avis également s'accompagner d'une **formation des équipes** portant sur :

- l'accompagnement du sevrage du tabac,
- la surveillance des interactions médicamenteuses liées à l'arrêt du tabac, spécialement mais non exclusivement en psychiatrie.
- la prise en compte des symptômes de sevrage du tabac qui ressemblent à ceux de diverses pathologies psychiatriques, ainsi qu'à des effets secondaires de médicaments,
- leur rôle dans l'application de la mesure, par le rappel de l'interdiction et par l'accompagnement à l'extérieur des patients fumeurs ne pouvant s'y rendre seuls.
- les conditions dans lesquelles ils peuvent, ou ne peuvent pas, refuser de s'exposer au tabagisme passif dans le cadre de leur profession.

Il serait également souhaitable que des **lieux extérieurs autres que les entrées des HUG** soient identifiés comme zone fumeur pour le personnel.



Professeur Arnaud PERRIER
Président
Conseil d'Ethique Clinique
Novembre 2006

Références

[Anczak JD, Nogler RA 2nd.](#) Tobacco cessation in primary care: maximizing intervention strategies. *Clin Med Res.* 2003 Jul;1(3):201-16.

ENSP Comparative Analysis European Trends towards Smoke-Free Provisions update January 2006

[Hempel AG, Kownacki R, Malin DH, Ozone SJ, Cormack TS, Sandoval BG 3rd, Leinbach AE.](#) Effect of a total smoking ban in a maximum security psychiatric hospital. *Behav Sci Law.* 2002;20(5):507-22.

Hughes JR. Possible effects of smoke-free inpatient units on psychiatric diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry.* 1993;54(3):109-114.

[Jamrozik K.](#) Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. *BMJ.* 2005 Apr 9;330(7495):812.

[Kagan I, Kigli-Shemesh R, Tabak N, Abramowitz MZ, Margolin J.](#) Patient rights and law: tobacco smoking in psychiatric wards and the Israeli Prevention of Smoking Act. *Nurs Ethics.* 2004 Sep;11(5):472-8.

Laevell NR, Muggli ME, Hurst RD, Repace J. Blowing smoke: British American Tobacco's Air Filtration Scheme. *BMJ* 2006;322:227-9

[Matthews LS, Diaz B, Bird P, Cook A, Stephenson AE, Kraus JE, Sheitman BB.](#) Implementing a smoking ban in an acute psychiatric admissions unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2005 Nov;43(11):33-6.

[Muggli ME, Hurt RD, Becker LB.](#) Turning free speech into corporate speech: Philip Morris' efforts to influence U.S. and European journalists regarding the U.S. EPA report on secondhand smoke. *Prev Med.* 2004 Sep;39(3):568-80.

Rauter UK, de Nesnera A, Grandfield S. Up in smoke? Linking patient assaults to a psychiatric hospital's smoking ban. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1997;35(6):35-40.

Ryabik BM, Lippmann SB, Mount R. Implementation of a smoking ban on a locked psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry.* 1994;16(3):200-204.

Secrétariat du Grand Conseil, Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la validité et la prise en consideration de l'initiative populaire 129 "Fumée Passive et Santé", 11 janvier 2006.

Smith WR, Grant BL. Effects of a smoking ban on a general hospital psychiatric service. *Hosp Community Psychiatry.* 1989;40(5):497-502.

Thorward SR, Birnbaum S. Effects of a smoking ban on a general hospital psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry.* 1989;11(1):63-67.

[Velasco J, Eells TD, Anderson R, Head M, Ryabik B, Mount R, Lippmann S.](#) A two-year follow-up on the effects of a smoking ban in an inpatient psychiatric service. *Psychiatr Serv.* 1996 Aug;47(8):869-71.

[Willemssen MC, Gorts CA, Van Soelen P, Jonkers R, Hilberink SR.](#) Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings. *Tob Control.* 2004 Jun;13(2):180-5.