UNIVERSITE RENE DESCARTES
PARIS 5

TABAGISME EN EHPAD
DE LA LIBERTE DE FUMER EN INSTITUTION QUELLES SOLUTIONS APPORTER FACE AUX PROBLEMES DE SECURITE DE SANTE DE RESPECT ET DE BUDGET ?

MEMOIRE

POUR

DIU de MEDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD

Par

Le Docteur Anne DUQUESNOIS

Responsable de l'enseignement
Madame le Professeur RIGAUD

Directeur de Mémoire :
Monsieur le Docteur F E CAMUS

Année 2005

Le Docteur ANNE DUQUESNOIS ,

Chef de service de l'EHPAD de Wattrelos
Praticien Hospitalier Temps Plein

Activité de soins à l' EHPAD
Activité de coordonnation
Activité de consultation d'aide à l'arrêt au tabac
Activité au sein de l' E.S.PA.S
Activité de Gardes

- Médecin au sein du Centre Hospitalier de Wattrelos depuis le 1 novembre 1993
- Président du CLAN ,membre de la CME ; CA ; CHSCT
- Médecin vacataire au Conseil Général du Nord à raison d'une demi journée par semaine
- Médecin vacataire de l'Institut Pasteur de Lille à raison d'une demi journée par semaine

FORMATIONS UNIVERSITAIRES suivies :

DUEC de Maladies métaboliques de l'adulte
LILLE
Professeur LEFEBVRE

DU Stress et Anxiété
LILLE
Professeur PARQUET

DU de Nutrition humaine , Diététique et Diététique thérapeutique
NANCY
Professeur DEBRY

DIU de tabacologie et aide au sevrage tabagique
NANCY
Professeur PAILLE

CAPACITE d' Addictologie
LILLE
Professeur PARQUET

DIU Médecin coordonnateur
PARIS 5
Professeur RIGAUD

FORMATIONS suivies au sein du Conseil Général du Nord :

Formation d'écoute et d'aide à l'arrêt du tabac
Formation VIH.

A Mon Responsable d'enseignement
Madame le Professeur RIGAUD

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement et l'intérêt des exposés développés par les conférenciers . La participation aux cours m' a permis d'acquérir une bonne formation qui me sert dans ma pratique quotidienne.

A Monsieur le Docteur REINGEWIRTZ
A Monsieur le Docteur MALBEC

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement et votre grande disponibilité pour le dialogue avec les étudiants.

A Monsieur Le Docteur F E CAMUS
Médecin coordonnateur d'EHPAD et PH Responsable du CPAD de La Fraternité Roubaix

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de mémoire et de m'avoir toujours bien accueillie dans votre service .

A Monsieur MARQUILLIE
Directeur du Centre Hospitalier de Wattrelos

Je vous exprime toute ma gratitude pour l'autorisation d'exploiter les documents relatifs au Centre Hospitalier afin de permettre la réalisation de ce mémoire.
Merci pour votre soutien et votre confiance ,dans ma pratique quotidienne au sein de l'EHPAD et dans mon action de lutte anti tabagique au sein de votre Etablissement .

A Madame COURCIER
Directeur Adjoint du Centre Hospitalier de Wattrelos

Je vous remercie pour votre amitié , pour la confiance que vous m'accordez ainsi que pour votre soutien quotidien au sein de l' EHPAD.

Mes remerciements s'adressent également :

A Monsieur le Docteur HURTEVENT

Au Directeur des Soins : Monsieur MACIAG

Aux cadres du Hameau du Bel Age

Au personnel du Hameau du Bel Age

Aux résidents du Hameau du Bel Age

A mes parents

Qui par leur amour et leur compréhension m'ont toujours apporté une aide précieuse et un soutien permanent au cours de mon cursus médical .

A mes amis

A toutes les personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce travail .

J' exprime ma profonde reconnaissance .

Ce travail vous est offert.

SOMMAIRE

INTRODUCTION……. Page 2

PREMIERE PARTIE……... Page 3
I Epidémiologie…….. Page 4
I.1 Tabagisme en France et en Europe…….. Page 4
I.2 Impact sanitaire du tabagisme…….. Page 7
I.3 Situation dans le Nord…….. Page 7
I.4 Situation en Belgique…… Page 8
II Aspects de tabacologie…… Page 9
II.1 Les différentes façons de consommer le tabac…… Page 9
II.2 La fumée de tabac…… Page 9
II.3 Les constituants de la fumée……... Page 9
II.3.1 Alcaloïdes et nicotine…… Page 9
II.3.2 Monoxyde de carbone…… Page 10
II.3.3 Substances irritantes…… Page 10
II.3.4 Substances cancérogènes…… Page 11
II.4 La dépendance……... Page 11
II.5 Pathologies directement attribuables au tabac…….. Page 12
II.6 Nicotine et démence……. Page 13
II.7 Bénéfices de l'arrêt…… Page 14
III Tabac et Législation…… Page 15
III.1 En France…… Page 15
III.1.1 Evolution de la législation……. Page 15
III.1.2 Législation particulière pour les hospices…… Page 15
III.1.3 Normes pour les espaces fumeurs……. Page 16
III.1.4 Signalétique…….. Page 16
III.1.5 Prévention du risque incendie à l' EHPAD…….. Page 17
III.2. En Belgique…… Page 18
IV. Dilemme de l' EHPAD face au tabagisme…… Page 19
IV .1 Respect…… Page 19
IV .2 Tabagisme passif……. Page 19
IV.3 Dilemme des EHPAD…….. Page 19

DEUXIEME PARTIE……... Page 20
I .Première étude sur les EHPAD du nord et de Belgique…… Page 21
I.1 Matériel et méthodes…… Page 21
I.1.1 Elaboration du questionnaire…… Page 21
I.1.2 Envoi et recueil des informations……. Page 21
I.1.2.1 Pour la France…… Page 21
I.1.2.2.Pour la Belgique……. Page 22
I.1.2.3 Dans les deux cas…… Page 22
I.2. Présentation des résultats…… Page 22
Recueil des données des EHPAD MRCH du Nord……... Tableau 1
Analyse des données des EHPAD MRCH du Nord……... Tableau 2
Recueil des données des EHPAD du Nord…… Tableau 3
Recueil des données des EHPAD du Nord suite…… Tableau 4
Analyse des données des EHPAD du Nord……. Tableau 5
Recueil des données des EHPAD Belges…… Tableau 6
Analyse des données des EHPAD Belges…… Tableau 7
Comparatifs des trois types de structures…….. Tableau 8

Situation des EHPAD……... Tableau 9
I.3. Analyse et commentaires…… Page 23
I.3.1 Généralités…… Page 23
I.3.2 Situation des EHPAD……... Page 24
I.3.3.GIR……... Page 25
I.3.4 Tabagisme dans les EHPAD……. Page 26
I.3.5 Tabac et consultations de préadmission……... Page 26
I.3.6 Comment nos résidents se procurent –ils leur tabac ?..... Page 26
I.3.7 Les problèmes et le tabac…… Page 26
I.4. Conclusion…… Page 27
II.Deuxième étude sur l' EHPAD se Wattrelos……. Page 28
II.1 Matériel et méthodes…… Page 28
II.1.1 Situation de l' EHPAD de Wattrelos…….. Page 28
II.1.1.1 Wattrelos…… Page 29
II.1.1.2 Le Centre Hospitalier de Wattrelos…….. Page 30
II.1.1.3 Epidémiologie sur le secteur……. Page 32
II.1.2 Historique de l' EHPAD de Wattrelos…….. Page 32
II.1.3 Présentation de l' EHPAD de Wattrelos…… Page 33
II.1.4. Problématique rencontrée à Wattrelos……... Page 36
II.1.5. Elaboration du questionnaire…… Page 37
II.2. Présentation des résultats……. Page 37
II.2. Présentation des résultats……. Page 38
II.3. Analyse et commentaires…… Page 42
II.3.1 .Tableau 11 : Profil tabacologique…….. Page 42
II.3.2.Tableau 12 : Profil gériatrique…….. Page 43
II.4. Essai de résolution des problèmes via les réunions……. Page 44
II.5.Conclusion…… Page 44

CONCLUSION…… Page 45

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABAGISME EN EHPAD
DE LA LIBERTE DE FUMER EN INSTITUTION QUELLES SOLUTIONS APPORTER FACE AUX PROBLEMES DE SECURITE DE SANTE DE RESPECT ET DE BUDJET ?

INTRODUCTION

L'EHPAD est devenu le nouveau lieu de vie de nos résidents.

L'adaptation n'est pas toujours facile, il faut faire le deuil du domicile pour venir vivre en communauté avec les contraintes que cela impose.
Le départ vers l'institution est parfois choisi par le résident qui décide de vieillir entouré et en sécurité, mais parfois s'impose à lui devant des altérations physiques ou cognitives ne permettant plus de vivre seul.
Or les individus arrivant en institution ne doivent pas être tenus de bannir tout choix de vie et de comportement .En entrant en EHPAD, l'individu ne doit pas imposer à ses proches tels ou tels aléas.

La liberté du choix de fumer doit pouvoir être respectée avec une notion de responsabilité.Responsabilité personnelle du résident pas toujours facile à mettre en œuvre quand celui-ci est atteint de pathologie psychiatrique ; mais aussi responsabilité de la structure d'accueil vis-à-vis de la législation et de la sécurité des autres résidents .

L'individu entrant en institution est âgé, parfois souffrant de pathologies somatiques graves ; la cigarette reste parfois leur seul plaisir.
On se trouve alors parfois devant un dilemme; faire stopper un tabagisme important ou non pour améliorer un état de santé ou laisser poursuivre ce tabagisme en respectant l'individu et ses choix.

Pour certaines structures plus anciennes se pose , un autre dilemme budgétaire cette fois.
Certains EHPAD étaient des « hospices » où étaient parfois admis des individus jeunes mais tarés Ces derniers participaient à la vie de l'institution et recevaient , friandises ou tabac en gage de remerciements pour les menus travaux effectués.
L'EHPAD a évolué, la Loi EVIN s'est imposée, le prix du tabac a augmenté et ces résidents ont vieilli avec leur tabagisme. A ce jour il est difficile de leur supprimer ce plaisir initialement offert. Plaisir qui aujourd'hui a un coût !

Quelles solutions apporter face à ces problèmes de respect, de sécurité, de santé et de budget ?

Le travail se décomposera en deux parties :

Données de la littérature
Etude du tabagisme en EHPAD

PREMIERE PARTIE

Pour mieux appréhender l'analyse faite aux niveaux des EHPAD, il convient de refaire le point sur quelques données de la littérature en ce qui concerne l'épidémiologie du tabagisme. On notera que peu d'études ont été faites sur les populations plus âgées et notamment en EHPAD.
Une mise au point sera également faite sur la législation et la sécurité ainsi que sur la composition de la fumée de cigarette.

I Epidémiologie

I.1 Tabagisme en France et en Europe

I.2 Impact sanitaire du tabagisme
I.3 Situation dans le Nord
I.4 Situation en Belgique

II Aspects de tabacologie
II.1 Les différentes façons de consommer le tabac
II.2 La fumée de tabac
II.3 Les constituants de la fumée
II.3.1 Alcaloïdes et nicotine
II.3.2 Monoxyde de carbone
II.3.3 Substances irritantes
II.3.4 Substances cancérogènes
II.4 La dépendance
II.5 Pathologies directement attribuables au tabac
II.6 Nicotine et démence
II.7 Bénéfices de l'arrêt

III Tabac et Législation
III.1 En France
III.1.1 Evolution de la législation
III.1.2 Législation particulière pour les hospices
III.1.3 Normes pour les espaces fumeurs
III.1.4 Signalétique
III.1.5 Prévention du risque incendie à l' EHPAD
III.2. En Belgique

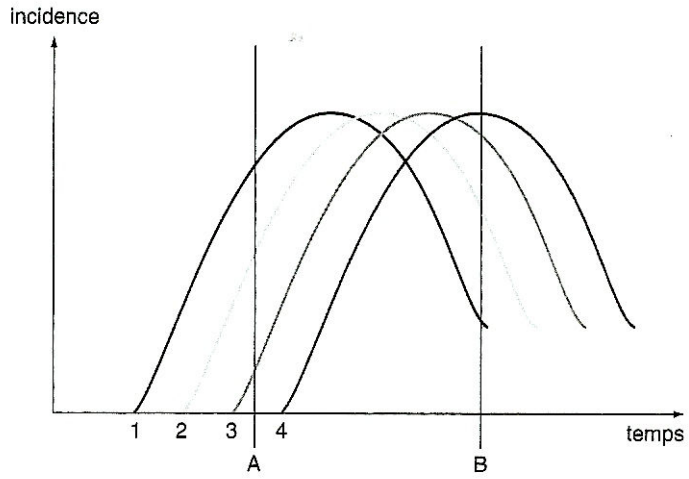
IV. Dilemme de l' EHPAD face au tabagisme
IV .1 Respect
IV .2 Tabagisme passif
IV. 3 Dilemme des EHPAD

I.Epidémiologie

I.1 Tabagisme en France et en Europe

Chaque année, le tabac est responsable de 66 000 décès évitables. Véritable Épidémie de maladies liées au tabagisme.

Les différentes étapes du développement de cette épidémie sont connues. CHARLTON (**13**) a montré un modèle théorique d'installation du tabagisme dans les différents pays avec d'abord l'entrée des hommes, des garçons des femmes puis des jeunes filles.



Un modèle théorique d'installation du tabagisme dans les différents pays (d'après Charlton [1]).

issu de : le tabagisme de la prévention au sevrage page 11

Cette épidémie a atteint son apogée dans la population masculine et commence dans la population féminine.

La France compte 15 millions de fumeurs : 33% des 12 - 75 ans fument ne serait - ce que de temps en temps.

Le tabagisme débute tôt dans la vie. La première cigarette est en moyenne fumée à l'âge de 14 ans et demi et les jeunes fument régulièrement à partir de 16 ans.

Dans l'ouvrage : » le tabac en France, les vrais chiffres » (**14**) les auteurs ont analysé plusieurs enquêtes et études et ont retracé le pourcentage de fumeurs en fonction de l'âge chez les adultes en 1953 et 1998-1999.

	Classe d'âge 20-34 ans		Classe d'âge 65ans et plus	
	En 1953	En 1999	En 1953	En 1999
Proportion de fumeurs dans la population masculine	79%	52%	69%	45%
Proportion de fumeurs réguliers dans la population masculine	74%	17%	65%	15%
Proportion de fumeurs dans la population féminine	51%	45%	6%	8%
Proportion de fumeurs réguliers dans la population féminine	24%	38%	2%	7%

Proportions des fumeurs et fumeurs réguliers en fonction des classes d'âges en 1953 et 1999

En 1953 la proportion de fumeurs dans la population masculine variait peu avec l'âge de même la proportion de fumeurs réguliers, proche de la proportion de l'ensemble des fumeurs. On note très peu de fumeurs occasionnels.

Dans la population féminine, la proportion de fumeuses variait beaucoup en fonction de l'âge. En effet en France les femmes sont entrées dans l'épidémie tabagique au cours des années soixante.
En 1953, on notait autant de fumeuses occasionnelles que régulières.

En 1999 ; les proportions de fumeurs et fumeurs réguliers diminuent beaucoup avec l'âge, on note peu de fumeurs occasionnels.
Les comportements tabagiques des hommes et des femmes se ressemblent beaucoup
Les fumeuses occasionnelles ne représentent plus qu'une petite fraction de la population.

Une étude réalisée sur la prévalence du tabagisme en Europe de 1985 à 2005 (**20**) retrouve en France et en Belgique une diminution de la consommation de tabac plus importante chez les hommes que chez les femmes ; avec un pourcentage de fumeurs plus élevé en France qu'en Belgique.

Une partie des résultats « Tabac et Liberte » ensemble du tableau en annexe 4

Graphic 4: Smoking prevalence in Europe from 1985 to 2003

Country	Male adult smoking 1985	Male adult smoking 1995	Male adult smoking 2002-2003	% + or -	Female adult smoking 1985	Female adult Smoking 1995	Female adult smoking 2002-2003	% + or -	Remarks
Austria	40%	36% (1997)	32% (2000)	-20%	21%	23% (1997)	26% (2000)	+24%	All smoker, 16+, statistik Austria, N=60000
Belgium	45%	33%	33% (2003)	-27%	27%	19%	22% (2003)	-19%	Daily smoker, 18+, N=2000, 1985-1995 CRIOC, 2003 Flemish Institute for health promotion
Cyprus	43% (1989)		39% (1997)	-9%	7% (89)		8% (1997)	+14%	Daily smoker , 15y+, Cyprus household survey
Czech Rep	46%	39%	38%	-17%	26%	23%	23%	-12%	All smokers, 15y+, Institute of health information and statistics of the Czech Republic.
Denmark	51%	38% (1994-96)	30% (2003)	-41%	42%	34% (1984-86)	24% (2003)	-43%	Daily smoker, 15y+, N=3000, PLS Ramboll, 2003 survey 13+
Estonia	46%(90)	50% (1994-96)	45%	-2%	15% (1990)	23% (1994-95)	18%	+16%	Daily smoker, 16-84y, N=2000
Finland	32%	29%	26%	-19%	14%	19%	19% (2003)	+36%	Daily smoker, 15-64y, N=5000, KTL
France	50% (84-86)	42%	36%	-28%	32% (84-86)	31%	25%	-22%	All smoker, 15-75y, N=2000-3000, INPES
Germany	42% (only West Germany)	43%	39% (2000)	-7%	27% (only West Germany)	43%	30% (2000)	+11%	All smoker, 25-69y, N=8000, national

I.2 Impact sanitaire du tabagisme

En moyenne un fumeur sur deux meurt prématurément des causes de son tabagisme et la moitié des décès se situe entre35 et 69 ans(**13**) Les complications liées au tabagisme commencent à apparaître 20 à 30 ans après son début avec atteinte préférentielle des hommes. Atteinte préférentielle qui risque de s'amenuiser du fait de la progression du tabagisme féminin.
Cette mortalité causée par le tabac conduit à une perte d'espérance de vie pour les fumeurs en moyenne de 8 ans et de 20 ans pour un quart d'entres eux.

[redacted]

Fraction des décès attribuables au tabac, par sexe et par âge, France 1990

Mortalité toutes causes	Âge			
	20-44 ans	45-64 ans	65 ans	Total
Sexe masculin				
– Nombre total des décès	19 790	58 681	184 460	262 931
– Pourcentage attribuable au tabac	10 %	28 %	19 %	21 %
Sexe féminin				
– Nombre total des décès	7 577	23 999	217 034	248 610
– Pourcentage attribuable au tabac	2 %	5 %	2 %	2 %

Source : Catherine Hill, Département de biostatistique et d'épidémiologie. Institut Gustave Roussy, rue Camille-Desmoulins 94805 Villejuif Cedex, La mortalité liée au tabagisme. *Revue du Praticien* Paris 1993; *45* : 10.

Nombre de maladies attribuables au tabac, par sexe pour les principales pathologies liées au tabac

Pathologie	Nombre de maladies attribuables au tabac	
	Hommes	Femmes
Tuberculose respiratoire	6 000*	—
Cancer	152 044	34 318
Maladie cardio-vasculaire	1 576 088	1 381 860
Maladie appareil respiratoire	716 036	458 721
Ulcère gastroduodénal	636 741	372 960
États morbides mal définis	50 000	5 000
Toutes pathologies	3 136 909	2 252 859

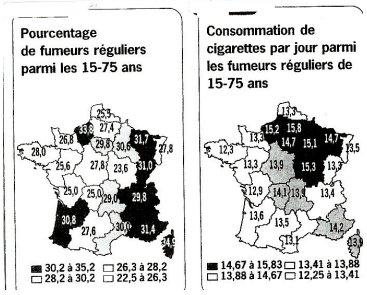
*Évaluation de l'auteur.

Source : Dr. Thérèse Lecomte, directeur de recherche au Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), 1 Rue Paul Cézanne, 75008 Paris; C Sermet, T. Lecomte. *Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux effectués auprès des ménages (1991-1992)* — INSEE — CREDES.

issu de : le tabagisme de la prévention au sevrage page 20

I.3 Situation dans le Nord :

Selon le baromètre Santé 2000 (**4**) , la prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-75 ans n'est pas répartie uniformément dans l'hexagone .Six régions dont le Nord Pas de Calais comptent un pourcentage relativement faible de fumeurs réguliers.
La consommation moyenne de cigarettes par jour , des 15-75 ans diffère d'une région à l'autre avec 13,3 cigarettes/ jour dans le Nord



issu de : Baromètre Santé 2000 figure 13 page 96

I.4 Situation en Belgique :

L'étude CRIOC (**26)** de janvier 2004 note que la population belge compte 27 % de fumeurs dont 30 % d'hommes et 25 % de femmes.Il existe des différences entre la Flandre et la Wallonie qui ont tendance à s'estomper.
L' âge de la première cigarette est évalué à 11 - 12 ans.
Les non fumeurs gagnent du terrain.
Les ventes de cigarettes stagnent.
La Belgique tient la première place européenne en terme de mortalité due au cancer du poumon (France 7° place)
En 1995 le risque pour un homme de mourir entre 34 et 69 ans s'élevait en Belgique à 29 % dont 12 % attribués au tabagisme. Ce chiffre est le plus élevé de toute l'union européenne ; la moyenne étant de 9%

II Aspects de tabacologie

Pour comprendre les risques liés au tabagisme actif et passif ainsi que les bénéfices d'un arrêt il convient de connaître quelques aspects de tabacologie :

II.1 Les différentes façons de consommer le tabac

Le tabac peut se consommer de différentes façons

- Non fumé en prise ou chique consommation à ce jour résiduelle dans les pays développés bien qu'existant avant guerre expliquant encore quelques consommations anecdotiques chez nos résidents
- Tabac à pipe ou à rouler représentant 2%de la consommation totale, cette consommation conduit souvent à inhaler une fumée plus chargée en produits toxiques.

  Dans l'enquête ORS (**27**)37% des fumeurs âgés de 55 – 75 ans ne fument que la pipe contre 6% des fumeurs de 18 à 54 ans .Dans cette même classe, la proportion de fumeurs consommant du tabac brun et des cigarettes sans filtre est aussi plus élevée par rapport aux 18- 54 ans respectivement 46% contre 11% et 27% contre 10%.
- Cigares et cigarillos
- Cigarettes

II.2 La fumée de tabac

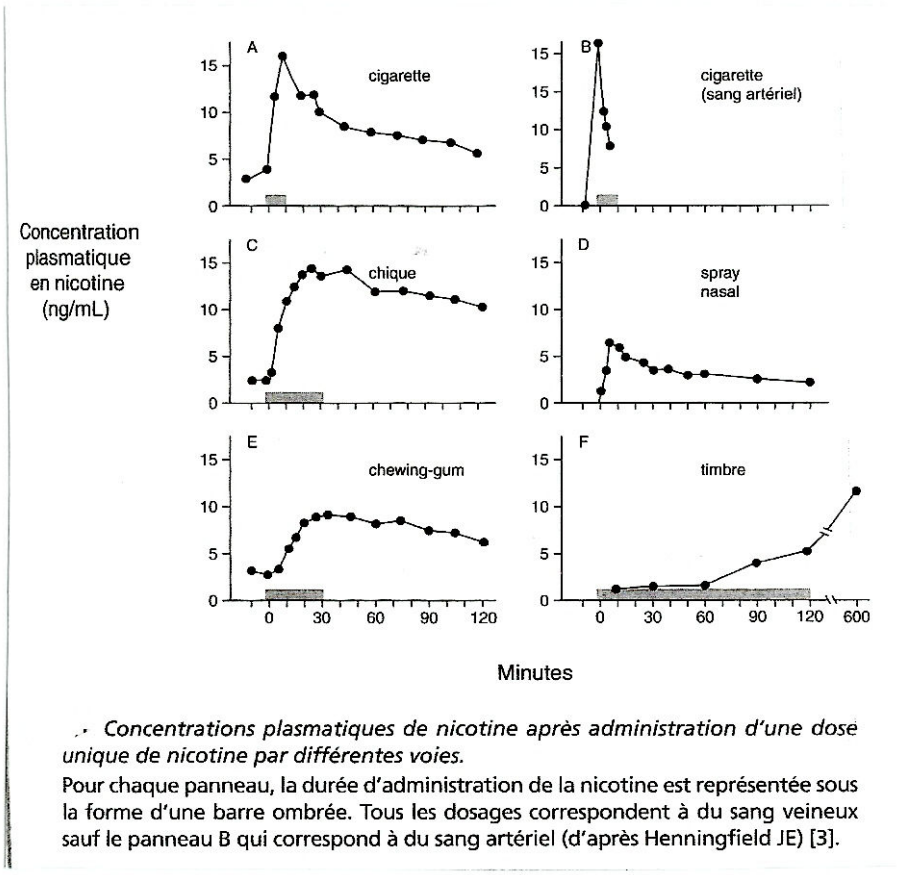
La fumée de cigarette est due à la combustion du tabac et du papier libérant ainsi 4000 substances différentes formant un aérosol.
Aérosol, constitué d'une phase particulaire et d'une phase gazeuse.
La fumée se compose de différents courants :

- Le courant primaire directement inhalé par le fumeur
- Le courant secondaire ou latéral issu du bout incandescent de la cigarette est le plus toxique puisque trois fois plus chargé en goudron, nicotine et monoxyde de carbone que le courant primaire. C'est également celui incriminé dans le tabagisme passif.
- Le courant tertiaire ou courant exhalé par le fumeur

II.3 Les constituants de la fumée

II.3.1 Alcaloïdes et nicotine

Alcaloïdes dont le principal est : La nicotine qui est responsable de la dépendance tabagique .
La nicotine peut être absorbée par différentes voies avec un profil pharmacocinétique dépendant ce celles-ci.



Concentrations plasmatiques de nicotine après administration d'une dose unique de nicotine par différentes voies.
Pour chaque panneau, la durée d'administration de la nicotine est représentée sous la forme d'une barre ombrée. Tous les dosages correspondent à du sang veineux sauf le panneau B qui correspond à du sang artériel (d'après Henningfield JE) [3].

issu de : le tabagisme de la prévention au sevrage page 29

La nicotine exerce ses effets biologiques en se fixant sur des récepteurs cholinergiques nicotiniques de haute affinité. Ces récepteurs sont présents dans le cerveau notamment dans la zone du plaisir et de la récompense (aire tegmentale ventrale, locus coeruleus), mais aussi dans le muscle, les ganglions sympathiques et de nombreux tissus expliquant les nombreux effets de la nicotine.
Cette substance au haut pouvoir addictif provoque la dépendance physique ; procurant ainsi plaisir, détente, stimulation intellectuelle, action anxiolytique, antidépressive et coupe faim .

II.3.2 Monoxyde de carbone

Qui compte tenu de son affinité pour l'hémoglobine, supérieur à celle de l'oxygène , est un facteur d'hypoxie. Ainsi des taux élevés en CO constituent un facteur de risque d'ischémie en particulier coronarienne et contribuent aux lésions endothéliales .Pour lutter contre cette hypoxie, on observera une augmentation de la fréquence cardiaque et pression artérielle accentuant les risques cardio vasculaires.

II.3.3 Substances irritantes

Les voies aériennes enfumées sont l'objet d'agressions variées dues aux substances irritantes.
Parmi celles-ci :

- celles qui agressent directement épithélium bronchique, altérant le tapis roulant mucociliaire et les mécanismes de défenses des voies aériennes
- des enzymes protéolytiques participant à la destruction progressive du parenchyme pulmonaire
- des radicaux libres oxydants agressant directement les cellules bronchiques

II.3.4 Substances cancérogènes :

Hydrocarbures aromatiques polycycliques dont l'action carcinogène résulte des mutations induites sur le gène de la protéine p 53 et de l'interférence avec les systèmes de détoxication des xéno biotiques.

II.4 La dépendance

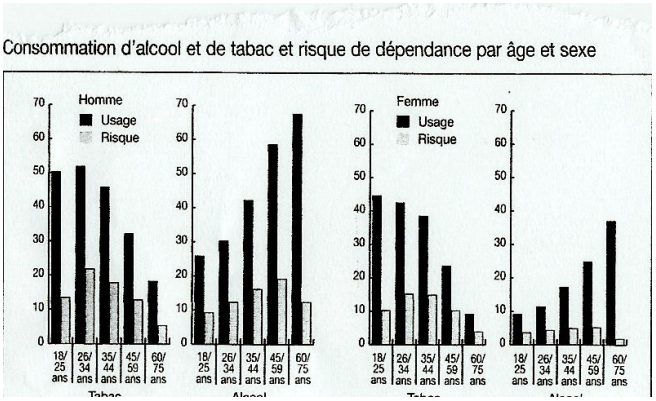
La nicotine est l'une des substances les plus addictive.
Il existe 3 types de dépendance au tabac :

- Une dépendance environnementale ou comportementale, dépendant de la pression sociale,conviviale …Le tabac est associé à des circonstances , lieux , personnes qui suscitent l'envie de fumer

- Une dépendance psychologique liée aux effets psychoactifs de la nicotine. ainsi les fumeurs trouvent dans la cigarette le moyen de se faire plaisir , de gérer stress et anxiété , de surmonter certaines émotions.

- Une dépendance physique principalement due au produit nicotine se traduit par une sensation de manque à l'arrêt.Le test de Fagerström (**annexe 3**) permet de faire le point sur cette dépendance. Le manque pourra être traitée par les substituts nicotiniques .

Contrairement à l'alcool le tabac est considéré comme nocif dés la première bouffée.
Dans l'étude publiée dans Tendance N°16 (**2**) ; le mini Fagerström retient comme 20 le seuil de dépendance pour l'analyse de la consommation et risque de dépendance par tranche d'âge et sexe .
On retrouve un risque de dépendance maximale dans les classes 35-45 ans pour les hommes et les femmes , diminuant progressivement pour devenir 4 fois moindre pour les hommes et les femmes dans la classe 60 - 75 ans.
Néanmoins persistance dans ces tranches d'âge d'un usage peu différent du tiers par rapport à la classe 26-34 ans pour les hommes et du quart pour les femmes.



issu de : gérontologie et société N°105 page 33

II.5 Pathologies directement attribuables au tabac

Beaucoup de pathologies sont directement attribuables au tabac (13)

Nombre de décès attribuables au tabac, par sexe pour les principales pathologies liées au tabac, France 1990

Pathologie	*Nombre de décès attribuables au tabac*	
	Hommes	*Femmes*
Tuberculose respiratoire	300	0
Cancer	28 500	1 200
– Cancer du poumon	(16 000)	(500)
– Cancer des VADS*	(8 500)	(200)
– Autres cancers**	(2 000)	(400)
– Cancer de siège non précisé	(2 000)	(100)
Maladie cardio-vasculaire	13 500	2 200
Maladie appareil respiratoire	8 200	1 000
Ulcère gastroduodénal	500	50
États morbides mal définis	2 500	300
Toutes pathologies	55 000	5 000

* Voies aérodigestives supérieures: bouche, pharynx, œsophage et larynx.
** Essentiellement vessie, rein et pancréas.
Source : Catherine Hill, Département de biostatistique et d'épidémiologie. Institut Gustave Roussy, rue Camille-Desmoulins 94805 Villejuif Cedex, La mortalité liée au tabagisme. *Revue du Praticien* Paris 1993; *45* : 10.

issu de : le tabagisme de la prévention au sevrage page 11

Résumé des différentes pathologies imputables au tabac

	☞ facteur de risque athéromateux ☞ impliqué dans artérite des membres inférieur surtout chez le sujet jeune (risque X 4)
TABAC ET PEAU	☞ Faciès nicotinique ☞ Vieillissement plus rapide de la peau ?
TABAC ET VESSIE	☞ augmentation fréquence des cancers papillome
TABAC ET	☞ augmentation de la fréquence de : hyperleucocytose
TABAC ET OEIL	☞Irritation conjonctival ☞ ambliopie
	☞ Céphalées ☞ Troubles mnésiques
TABAC ET ENDOCRINOLOGIE	☞ La maladie de Basedow pourrait être favorisée par le tabac
TABAC ET ORL	☞ ↗ Inflammation ☞ ↗ Tumeurs bénignes
	☞ Stomatite ☞ Stomatose

TABAC ET TUBE DIGESTIF	☞ ↗ Gastrite et ulcères gastro duodénaux ☞ Cancer pharynx , œsophage , colorectaux , surtout en association avec alcool
TABAC ET FEMME	☞ ↘ fréquence des endométrioses ☞ ↗f réquence du cancer du col ☞ Interférence avec les OP ☞ ↗ ostéoporose post ménopausique ☞ Age de la ménopause plus précoce ☞ ↗ fréquence des aménorrhées ☞ ↗ des condylomatoses utéro vaginales
TABAC ET GROSSESSE	☞ ↗ prématurité ☞ ↘ poids de naissance de l'enfant ☞ ↗ la mortalité in utéro au delà de la 28 ° semaine ☞ ↗ fréquence des GEU ☞ ↗ du risque de certains cancers chez l'enfant (lymphomes , leucémies , tumeur de Wilms)
TABAC ET SEXUALITE	☞ ↘ de la libido et capacité érectiles ☞ ↘ lubrification vaginale ☞ ↘ fertilité ☞ ↗ anomalies des spermatozoides
TABAC ET MEDICAMENTS	☞ POTENTIALISATION DES EFFETS : Antalgiques Analeptiques cardiovasculaires Psychotropes et BZP ☞ DIMINUTION DES EFFETS DE Insuline β bloquants Anti acides gastriques Théophiline

II.6 Nicotine et démence

La nicotine est connue pour son effet stimulant des récepteurs de l' acétylcholine , médiateur cérébral impliqué dans l'apprentissage de la mémoire.

Ainsi plusieurs études ont observé que le risque de maladie d' Alzheimer semblait réduit de 20 % chez les fumeurs. Il faut être néanmoins très prudent sur leurs interprétations.

Dans Newslettre N°12 (22/05/2002) (**18**) le Dr Pellegrims relate une étude Française INSERM sur les effets de la nicotine sur des rats , notamment sur la région du cerveau produisant des neurones tout au long de la vie.Les résultats montrent que la production de neurones est d'autant plus réduite que la consommation de nicotine est élevée.

Il faut donc être très prudent même si les chercheurs tentent de développer des molécules pour le traitement de la maladie d' Alzheimer , qui auraient les avantages de la nicotine sans avoir ses inconvénients notamment cardio vasculaires.

II.7 Bénéfices de l'arrêt

Il est important de pouvoir avoir une attitude permettant d'obtenir un changement de comportement qui aboutira à un arrêt avec des bénéfices non négligeables .

. BÉNÉFICES DE L'ARRÊT DU TABAGISME

Pathologie	Bénéfices de l'arrêt
Cancers bronchopulmonaires	↘ du risque de 50 % à 90 % en 15 ans
Cancer des VADS	Retour au risque du non-fumeur en 10 ans
Accident vasculaire cérébral	Retour au risque du non-fumeur en 1 an
Pathologie coronarienne	Après IDM : ↘ du risque de récidive et mort subite de 50 % en 1 an (→ risque du non-fumeur en 5 ans) et ↘ de l'invalidité due à un angor persistant. Après pontage ↘ du risque d'une nouvelle intervention, de nécrose et de mort subite
Anévrysme de l'aorte	Stabilisation du diamètre anévrysmal
Artérite des membres inférieurs	↗ Périmètre de marche. ↘ Risque de pontage, IDM, mort subite après pontage
BPCO	↘ du risque de 50 % en 15 ans. La décroissance du VEMS après arrêt du tabagisme rejoint celle du non-fumeur
Asthme	↘ Fréquence et sévérité des crises. ↗ Efficacité du traitement (↘ posologie de la corticothérapie)
Gynécologie	Annule les risques cardiovasculaires et trombo-emboliques de l'association contraception orale/tabagisme. Améliore fécondité et fertilité (chez l'homme, améliore les troubles de l'érection)
Obstétrique	Suppression du risque obstétrical si l'arrêt a lieu avant la conception. Retour au risque des non-fumeurs (plus l'arrêt est proche du début de la grossesse)
Ménopause	Âge de la ménopause retardé (↘ des complications cardiovasculaires et autres)

issu de : Tabacologie et sevrage tabagique page 31

Chez nos résidents ou population âgée ces bénéfices sanitaires existent ; même s'ils sont plus faibles.
Néanmoins une étude qui a suivi durant quarante ans environ 35000 médecins britanniques(**6**)montre que les fumeurs qui avaient cessé de fumer relativement tard à 65 – 75 ans avaient un taux de mortalité après 75 ans inférieur à celui des fumeurs qui avaient continué à fumer , une autre étude plus récente réalisée aux Etats-Unis a permis de montrer chez des fumeurs qui avaient cessé de fumer à 65 ans un gain moyen d'espérance de vie de 2 ans pour les hommes et de 3,7 ans pour les femmes et ce comparés aux personnes qui avaient continué de fumer(**6**) .

III Tabac et Législation

III.1 En France

III.1.1 Evolution de la législation

Les intérêts économiques liés au tabac : taxes de fabrication, de distribution, de production…. ont fait que les impératifs de santé publique n'ont été pris en considération que récemment. Par ailleurs aucune recherche solide n'avait réussi à démontrer les dangers du tabac avant 1950 ; aussi les pays ont mis du temps à légiférer sur le sujet.

En France la première loi de lutte contre le tabagisme apparaît en 1979.
9 juillet 1979 loi Veil avec pour grands axes :
- pas d'autorisation de publicité en faveur du tabac dans la presse écrite.
- les paquets de cigarettes doivent comporter un message sanitaire

« Abus dangereux »

- interdiction de fumer dans les lieux d'usage collectif.

Devant l'évolution croissante des décès prématurés liés au tabagisme, le Gouvernement annoncera un renforcement de son intervention en santé publique avec l'élaboration d'une seconde ***loi le 10 janvier 1991, loi EVIN,*** relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. Cette loi renforce le caractère restrictif de la loi Veil en s'orientant autour de 4 grands axes

- l'article premier concerne le fait de sortir du calcul des indices des prix à la consommation la référence du prix du tabac, permettant ainsi la hausse du prix de celui-ci.
- Interdiction de toute publicité directe pour le tabac et les produits dérivés.
- Politique d'information et de prévention. La loi EVIN aggrave les avertissements sanitaires sur les emballages de cigarettes.
- Enfin pour la première fois, introduction de la notion de protection des non fumeurs avec interdiction de fumer dans les lieux affectés à des usages collectifs.

On note dès lors une protection des non fumeurs contre les désagréments et les dangers liés au tabagisme passif, avec interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif sous peine d'amande.

Des locaux ou espaces peuvent être organisés afin d'accueillir les fumeurs. Ces espaces spécifiques doivent être signalés de manière visible.

22 Mars 2005 – Décret n° 2005-293 porte publication de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, faite à Genève le 21 mai 2003, regroupant plusieurs parties, notamment :

Partie III : mesures relatives à la réduction de la demande de tabac.

Article 8 sur la protection contre l'exposition à la fumée de tabac.

III.1.2 Législation particulière pour les hospices

Le tabac peut être distribué gratuitement dans certaine circonstances et selon certaines régles établies par ***la loi du 16 Avril 1895*** instituant la distribution gratuite de tabac aux bénéficiaires de l'Aide Sociale hébergés en Maison de Retraite et Hospices publics . Cette loi reste toujours en vigueur

Conformément aux dispositions du ***décret n °77-1042 du 12/09/1977*** précisées par ***la circulaire n°361 du 11/10/1977*** ; il est interdit de fumer dans les établissements hospitaliers .Néanmoins une ou plusieurs salles peuvent y être spécialement réservées à l'usage des fumeurs ;

- Cet avantage ne peut être accordé aux pensionnaires payants

- Les bénéficiaires de l'Aide Sociale doivent en faire expressement la demande .Les intéressés doivent être autorisés à faire usage du tabac dans la proportion de la quantité délivrée par le médecin chargé du contrôle sanitaire de chaque établisssement
- La ration de tabac à fumer et de cigarette (premier prix) ne peut excéder par personne 300 grammes par mois
- La commande doit se rapporter au prochain mois et non au mois en cours ou échu

Les établissements doivent tenir côté et paraphé intitulé « Commande de tabac en faveur des pensionnaires bénéficiaires de l'Aide Sociale placés à la maison de retraite de :…… » et comportant à chaque page le tableau avec les indications suivantes :

MOIS de …… année				
Nom et prénom des bénéficiaires	date de leur demande	date de l'autorisation donnée par le médecin de l'établissement	quantité autorisée dans la limite de 300 g / personne Tabac Cigarettes	Date des remises aux intéréssés

III.1.3 Normes pour les espaces fumeurs

Ainsi la liberté de fumer subsiste avec néanmoins des contraintes établies par le code de la santé publique et le code du travail.

Les emplacements mis éventuellement à la disposition des fumeurs peuvent être soit des locaux spécifiques, soit

des espaces délimités.
Ces emplacements doivent respecter des normes de ventilation, ***article R 3511-3*** du code de la santé publique, ***décret du 29 mai 1931.***

Des normes sont à respecter :

- Débit minimal de ventilation de 7 litres par seconde et par occupant, dans des locaux dont la ventilation est assurée de façon mécanique ou naturelle par conduits.
- Volume minimal de 7 m3 par occupant pour les locaux dont la ventilation est assurée par de ouvrants extérieurs.
- Par ailleurs les cendriers doivent être retirés des emplacements qui ne sont pas expressément réservés aux fumeurs.

III.1.4 Signalétique

L'interdiction de fumer et les éventuels emplacements à la disposition des fumeurs doivent faire l'objet d'une signalétique apparente ***(article 6 du décret 92-478)*** et la circulaire ***DGS/DH n°330 du 8 juin 1999*** rappelle la nécessité pour les établissements de santé d'une signalétique appropriée.
Par ailleurs la politique et les mesures prises devront être inscrites dans le règlement intérieur de « l'entreprise ».

III.1.5 Prévention du risque incendie à l' EHPAD (9)

Les établissements de santé recevant des personnes âgées sont des lieux à hauts risques d'incendie, aussi il est impératif de suivre les règles de sécurité contre l'incendie .
La plupart des incendies liés au tabagisme se propagent à partir de matériel hôtelier, notamment matelas et literie.
Les règles générales de sécurité incendie applicables à l'hôpital sont établies par un règlement spécifique pour les établissements de type U (arrêtés du 25/6/1980 et du 23/5/1983 modifiés)

LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

- Les Matelas

Un comité D, intitulé « Tenue au feu des matelas » du groupe permanent d'étude des marchés des produits divers de l'industrie chimique et para-chimique (GPCCH/CP) a jugé utile d'établir une recommandation permettant une évaluation du risque d'inflammation et de propagation du feu sur des malades dans des conditions simulant une inflammation volontaire.

Les matelas mis sur le marché sont soumis à des sources d'inflammation permettant un classement. Ainsi existe une liste adoptée par la sécurité technique dans la commission centrale des marchés le 1/02/1981.

3 sources d'inflammation sont définies S1 à S3 équivalent allumette, briquet et source plus importante et 7 catégories de malades ont été identifiées.

Pour les lieux à hauts risques, il est conseillé par la recommandation GPEM/CO de n'utiliser que les matelas class A, B ou C et compte tenu de cette recommandation licite de retenir des équipements de classe A.

- La literie

Des précautions d'achat de manière identique doivent être prises. L'acquisition des draps et couvertures doit se faire systématiquement en matériel classé M1 ininflammable.

- Les gaz médicaux et oxygène

A l'heure actuelle la plupart des services accueillant des personnes âgées sont dotés d'oxygène. Or il existe un danger dû à la présence de gaz médicaux dans les chambres des malades ou résidents tabagiques. En effet la détérioration des circuits d'oxygène dans les locaux où se déclare un incendie peut entraîner un sinistre violent et rapide sous l'effet du débit d'O2 sous pression pour alimenter le foyer.
La voie murale est considérée comme le plus confortable.

L'Hôpital Charcot Lagache Paris 16 ème a connu un grave incendie en 1994et des enseignements ont été tirés et

analysés :
Ainsi on peut retenir 2 précautions principales :

- Veiller d'une part à ne distribuer l'oxygène que lorsque cela correspond à une exigence médicale.
- S'assurer par les formations et protocoles professionnels appropriés de la maîtrise des consignes de coupures de réseaux en cas d'incendie..

III.2. En Belgique

Le gouvernement belge a aussi une politique anti tabac relatée dans ***le Plan fédéral de lutte contre le tabagisme*** **(23)** ; dont les principaux axes sont :

- Ratification de la convention cadre de l'OMS
- De nouvelles régles relatives à la fabrication et la mise dans le commerce des produits du tabac
- Le droit à un environnement social sans fumée – la protection contre la tabagie passive
- L'aide au sevrage
- La création d'un fonds antitabac
- L'augmentation de la fiscalité du tabac

IV. Dilemme de l' EHPAD face au tabagisme

IV.1 Respect

La vie en collectivité impose un certain nombre de contraintes. L'EHPAD est devenu le nouveau domicile du résident, aussi de quel droit devrait-on lui imposer de changer ses habitudes de comportement , de quel droit devrait-on lui interdire de fumer ?

Pourtant la collectivité ne doit pas supporter les effets nocifs du tabac, d'autant qu'il est prouvé à ce jour que le tabagisme passif est nocif.

IV.2 Tabagisme passif

Pour préserver la bonne tenue de l'établissement, le Directeur doit fixer des règles dictées par la législation : Loi Evin, mais aussi Charte des droits et libertés de la personne dépendante **(annexe1)** (29 mars 1999) et Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Les règles doivent être inscrites dans le règlement intérieur et le contrat de séjour.

Par ailleurs, le Directeur aura constamment la hantise sécuritaire de l'Etablissement obligeant la mise en place de système de détection performant pour le problème d'incendie éventuel.

Ainsi on pourra autoriser de fumer dans certains locaux bien délimités comme l'indique la loi Evin.

Reste pourtant le problème des malades psychiatriques chez qui la labilité émotionnelle ne permet pas toujours le respect des règles.

IV.3 Dilemme en EHPAD

Dans son article la liberté de fumer en institution ,B BIZE (**7**), Directrice de maison de retraite explique ce dilemme.

« Si fumer en institution peut parfois être toléré dans certains lieux, le souci constant d'assurer la protection des non fumeurs est une priorité. »

Analyse deux modèles de résolution de conflit d'après des textes de V. Ckoupdeil-Desplalis sur les conflits anxiotéléologiques de normes en concluant que si l'on respecte l'un des postulats, l'autre ne l'est pas.

Ainsi, si l'on autorise le résident à fumer dans l'établissement, sa liberté est préservée, mais l'exigence de santé publique non.

Si le règlement intérieur interdit au résident de fumer, la législation est préservée mais les chartes bafouées.

Le dilemme se pose et il faut alors pouvoir choisir.

Pour respecter les uns et les autres, le mieux est alors de procéder à une certaine conciliation en essayant de mettre en avant la responsabilité de chacun, puisque être en institution ne signifie pas perdre son identité et son devoir de citoyen.

DEUXIEME PARTIE

I. Première études sur les EHPAD du nord et de Belgique

- **I.1 Matériel et méthodes**
  - **I.1.1 Elaboration du questionnaire**
  - **I.1.2 Envoi et recueil des informations**
- **I.2. Présentation des résultats**
- **I.3. Analyse et commentaires**
  - **I.3.1 Généralités**
  - **I.3.2 Situation des EHPAD**
  - **I.3.3.GIR**
  - **I.3.4 Tabagisme dans les EHPAD**
  - **I.3.5 Tabac et consultations de pré-admission**
  - **I.3.6 Comment nos résidents se procurent –ils leur tabac ?**
  - **I.3.7 Les problèmes et le tabac**
- **I.4. Conclusion**

II.Deuxième étude sur l' EHPAD de Wattrelos

- **II.1 Matériel et méthodes**
  - **II.1.1 Situation de l' EHPAD de Wattrelos**
    - **II.1.1.1 Wattrelos**
    - **II.1.1.2 Le Centre Hospitalier de Wattrelos**
    - **II.1.1.3 Epidémiologie sur le secteur**
  - **II.1.2 Historique de l' EHPAD de Wattrelos**
  - **II.1.3 Fonctionnement de l' EHPAD de Wattrelos**
  - **II.1.4. Problématique rencontrée à Wattrelos**

II.1.5. Elaboration du questionnaire
II.2. Présentation des résultats
II.3. Analyse et commentaires
II.4. Essai de résolution des problèmes via les réunions
II.5.Conclusion

I. Première étude sur les EHPAD du nord et de Belgique

I.1 Matériel et méthodes

I.1.1 Elaboration du questionnaire (annexe 5)

Le questionnaire devait se tenir sur une page , rester anonyme et simple tout en essayant de répondre à certaines questions :

- Faire le point sur le nombre de résidents fumeurs en EHPAD sur le Nord de la France afin de voir si comme dans notre établissement ce nombre est important .
- Essayer d'avoir le profil du fumeur en EHPAD selon le GIR
- Voir si les fumeurs en EHPAD posent problème dans leur structure
- Voir si le résident pouvait fumer dans les structures et dans quelles mesures
- Comment les résidents fumeurs se procurent-ils leur tabac ?
- Voir si le problème du tabagisme était abordé lors de la consultation préadmission et si cela avait un impact sur la décision d'admission

Enfin deux questions ouvertes ont également été posées pour les réflexions personnelles.

Notre établissement étant proche de la frontière belge , inférieure à 5 kilométres , il paraissait intéressant en annexe de pouvoir comparer les structures frontalières des deux pays.

I.1.2 Envoi et recueil des informations

I.1.2.1Pour la France :

La liste de l'ensemble des établissements d'accueil pour personnes agées a été fourni par le Conseil Général du Nord .Cette liste relevée 339 établissements , classés en différents types : EHPAD , Maison retraite hospitalière (MRCH) EHPAD ; Foyers Logements , Unités de soins de longues durées ; Maison de retraite ; Unités de soins de longues durées EHPAD ;accueil temporaire.

Pour des raisons budgétaires un questionnaire n'a pu être envoyé à l'ensemble des établissements . Ont été selectionnés les EHPAD ayant signé la convention tripartite et les MRCH EHPAD comme notre établissement , ayant également signés la convention tripartite.

Soit pour les EHPAD : 85 questionnaires envoyés
Pour les MRCH EHPAD : 15 questionnaires envoyés

I.1.2.2 Pour la Belgique :

Le nombre d'établissements étant très important , la sélection s'est faite sur le botin en sélectionnant les établissement francophones et proches de ma propre structure inférieure à 50 kilométres environ, soit 50 questionnaires envoyés.

I.1.2.3 Dans les deux cas :

Une lettre explicative (**annexe 6**) et une enveloppe accompagnaient le questionnaire envoyé .

I.2. Présentation des résultats

Les données ont été concentrées en plusieurs tableaux :

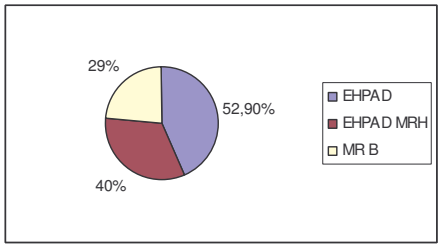
Tableau 1 : Recueil des données des EHPAD MRCH du Nord
Tableau 2 : Analyse des données des EHPAD MRCH du Nord
Tableau 3 : Recueil des données des EHPAD du Nord
Tableau 4 : Recueil des données des EHPAD du Nord suite
Tableau 5 : Analyse des données des EHPAD du Nord
Tableau 6 : Recueil des données des EHPAD Belges
Tableau 7 : Analyse des données des EHPAD Belges
Tableau 8 : Comparatifs des trois types de structures
Tableau 9 : Situation des EHPAD

I.3. Analyse et commentaires

I.3.1 Généralités

Les statistiques ont été faites sur le nombre de réponses obtenues en tenant compte des plages restées inconnues. Elles ont été recensées en 3 tableaux selon les EHPAD, EHPAD-MRH et Maison de Retraite de Belgique, avec un tableau récapitulatif comparant les trois groupes pour les questions de 1 à 7 et comparant les trois groupes + EHPAD de Wattrelos pour les données générales.

- EHPAD - Sur 85 questionnaires envoyés : 45 réponses soit 52,9%
- EHPAD-MRH - sur 15 questionnaires envoyés : 6 réponses soit 40%
- M.R. Belgique - sur 55 questionnaires envoyés : 16 réponses soit 29%



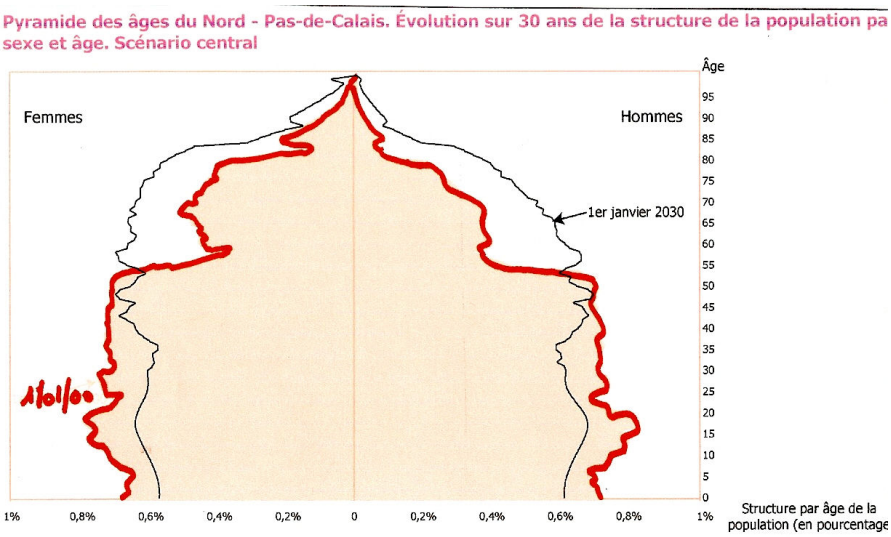
Soit au total : 155 questionnaires envoyés avec 67 réponses soit 43,2%
A noter que quelques questionnaires sont encore parvenus alors que l'information était traitée.
Les Etablissements Français ont répondu à un taux de 51% face à 29% pour la Belgique.

En Belgique la dépendance n'est pas évaluée par la grille AGGIR (**annexe9)**
Cet élément pourrait être un biais dans le nombre de réponses, les établissements se sentant peut-être moins concernés.
Globalement les réponses ont été exploitables avec bien souvent des remarques dans le cadre des questions ouvertes et un petit mot d'accompagnement du Médecin Coordonnateur ou de la Direction, et cela aussi bien pour la France que pour la Belgique.

I.3.2 Situation des EHPAD

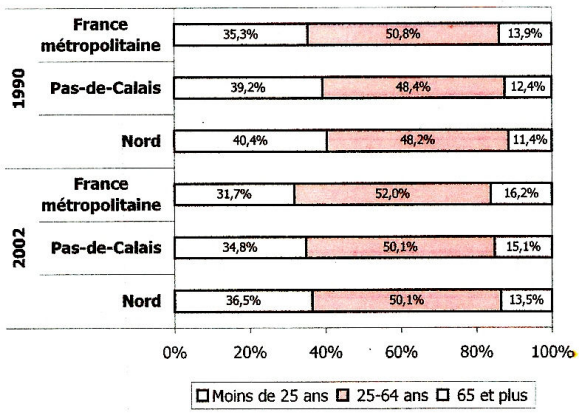
La demande d'admission est croissante dans la région avec un taux de remplissage proche des 100%., ce qui confirme notre propre sentiment au vu du nombre de patients sur liste d'attente.

Il existe un réel besoin de ce type de structure.
Dans toutes les EHPAD le taux d'occupation des femmes est plus important, avec environ 1/3 d'hommes pour 2/3 de femmes. Ceci est en bonne corrélation avec la pyramide (**27)** des âges et l'espérance de vie plus importante pour les femmes que pour les hommes.



Source : INSEE, Modèle OMPHALE 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La part des seniors 65 ans et plus dans notre région ne cesse de croître depuis 1990. En 2002 : 50,1% et 13,5 % des plus de 65 ans .Pourtant en 2002 le Nord Pas de Calais est la région qui compte le moins de seniors après l'Ile de France



Source : INSEE - Estimations localisées de population. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Tableau issu de Point Net – n°01 – juin 2004 – ORS Nord – Pas de Calais ¾

I.3.3.GIR

Globalement 70% des fumeurs ont un GIR > 2 ce qui paraît normal.
Peu de patients grabataires fument et les grands déments ne pensent plus au tabac et ne savent plus coordonner leurs gestes pour fumer.

Dans les 70% de fumeurs plus de la moitié sont GIR 3 – 4
Dépendants, mais relativement autonomes pour garder le plaisir de la cigarette, parfois dégradés physiquement avec comme seule satisfaction le tabac.

I.3.4 Tabagisme dans les EHPAD

Ce taux est faible en général inférieur à 10% voir 5% sauf pour l'EHPAD de Wattrelos où il atteint 16%

Doit-on considérer que le fait d'être Tabacologue et Médecin Coordonnateur est un biais de sélection pour l'étude sur Wattrelos ou considérer que Wattrelos est une ville initialement à potentiel ouvrier avec comme on le sait un pourcentage de fumeurs non négligeable dans ce cas.
Devant ce taux de 16% de fumeurs, il a semblé utile d'analyser un peu plus en détail le profil de ces résidents sur l'EHPAD de Wattrelos, amenant une deuxième étude , thème de la seconde partie du travail.

Les fumeurs sont globalement peu nombreux , car âgés de plus de 60 ans .

	Hommes	Femmes
à la naissance		
Nord - Pas-de-Calais	72,7	81
France métropolitaine	75,5	82,8
à 60 ans		
Nord - Pas-de-Calais	18,6	24,3
France métropolitaine	20,6	25,6

Source : INSEE – État Civil - Recensement de la population.

ESPERANCE DE VIE en 2001

Tableau issu de : Point Net – n°01 – juin 2004 – ORS Nord – Pas de Calais ¾

Les gros consommateurs avec durée de tabagisme importante ont toutes les chances d'avoir eu une pathologie liée au tabac, avec complications, diminuant leur espérance de vie, comme nous l'avons vu précédemment.

Dans la génération des fumeurs d'EHPAD, on retrouvera préférentiellement des hommes (60 à 90 ans) nés entre les deux guerres.

A cette époque, l'armée était initiatrice du tabagisme

Le début du tabagisme était aussi un rituel de passage pour devenir un adulte « responsable » bien accepté par la société.

On retrouve peu de femmes fumeuses à cette période.

On constate une fois encore un taux de 2/3 d'hommes pour 1/3 de femmes

Les statistiques sont a peu près identiques pour la France et la Belgique. Avec un taux > 55% de oui à la question n° 1 : vos résidents peuvent-ils fumer dans l'établissement.

Le taux est plus élevés dans les anciens établissements « Hôpital-Hospice », 83%, mais ces mêmes établissements sont mieux équipés en zones fumeurs pour leurs résidents, avec interdiction de fumer dans les chambres 0%.

Cela pourrait être en rapport avec la législation sur le tabac en milieu hospitalier et les efforts des Hôpitaux pour adhérer au projet « Hôpital sans Tabac » avec une répercussion sur les structures dépendantes comme les EHPAD.

Les résidents peuvent donc fumer tout en respectant les autres, puisqu'il existe des zones pour fumeurs dans près de 70% des EHPAD , France et Belgique confondus.

I.3.5 Tabac et consultations de préadmission

Dans près de 50% des cas, la question du tabac est abordée lors de la consultation de préadmission. Dans 80% des cas , la réponse est sans conséquence sur la décision finale d'admission.

Il ne semble pas y avoir de discrimination envers les fumeurs.

En abordant la question du tabagisme lors de cette consultation , les établissements se responsabilisent :

- Le problème sécuritaire est indirectement abordé
- Une orientation sur les pathologies sous jacentes existantes ou susceptibles de se développer est suggérée .
- Une planification du coût du tabac dans les budgets pourra être faite.

I.3.6 Comment nos résidents se procurent –ils leur tabac ?

Les résidents fumeurs sont relativement autonomes pour se procurer eux-mêmes leur tabac quand leurs revenus leur permettent ou via la famille.

On notera que le personnel joue un rôle dans cette distribution : achat pour le résident ou tabac partagé lors des poses ?

En effet le personnel soignant est aussi consommateur de tabac. Les salles « fumeurs » sont-elles partagées avec les résidents ?

Dans aucune structure il n'existe de distributeur de cigarettes, cela pourrait en effet inciter au tabagisme, tout comme la présence de cendriers.

I.3.7 Les problèmes et le tabac

Selon le type de structure , les fumeurs posent indifféremment problème ou non: 33% dans les EHPAD, 67% dans les EHPAD-MRH et 43% en Belgique.

Ces problèmes ont été mentionnés au niveau des questions ouvertes :

- Respect des zones fumeurs
- Inciter à fumer dehors en cas d'absence de zone fumeur
- Interdiction de fumer dans les chambres.

- On observe néanmoins beaucoup de tabagisme clandestin augmentant le risque d'incendie, principal souci de l'ensemble des établissements.
- Peu de problèmes de budget secondaires à la loi de 1895.
- Difficulté de faire admettre à nos résidents que le tabac peut-être dangereux pour eux-mêmes et leur entourage.

L'association tabac alcool ne semble pas une difficulté majeure.

I.4. Conclusion

Les EHPAD du Nord de la France ont peu de résidents fumeurs, et ces derniers sont surtout des hommes alors que les 2/3 de la population des EHPAD est féminine

Globalement les EHPAD semblent respecter la loi Evin avec présence de zones fumeurs dans 70% des cas.

La Charte des Personnes en Institution avec le respect de vie et de choix semble également respectée puisqu'il n'y a pas de « discrimination » lors de la consultation de pré-admission.

Les problèmes posés sont essentiellement des problèmes de sécurité.

II. Deuxième étude sur l' EHPAD de Wattrelos

II.1 Matériel et méthodes

II.1.1 Situation de l' EHPAD de Wattrelos

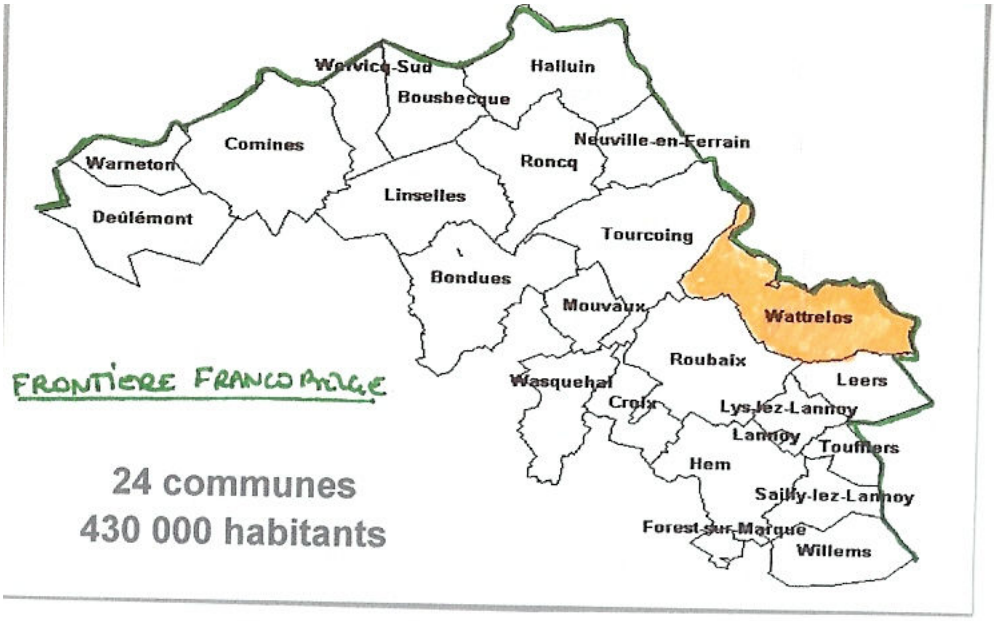
L' EHPAD de Wattrelos : Le Hameau du Bal Age est un service du Centre Hospitalier de Wattrelos .

II.1.1.1 Wattrelos

Wattrelos est une ville comptant 42 984 habitants (6° ville du Nord).
Elle est située sur le versant Nord Est de la métropole (500 000 habitants) dont la population reste l'une des plus jeunes parmi les agglomérations françaises (40% de la population a moins de 25 ans).

Wattrelos compte 13 kilométres de frontières avec la Belgique ; est à 17 km de Lille , 20 km de Courtrai (Belgique) ; 20 km de Tournai (Belgique) .
Les villes limitrophes sont pour la France : Roubaix , Tourcoing et Leers ; pour la Belgique Mouscron et Estaimpuis .

VERSANT NORD EST



II.1.1.2 Le Centre Hospitalier de Wattrelos

CENTRE HOSPITALIER DE WATTRELOS
rue A. Fleming BP 105
59393 WATTRELOS Cedex
☎ 03 20 66 40 00
03 20 66 40 01
ch.wattrelos@wanadoo.fr
http://perso.wanadoo.fr/ch.wattrelos

Le Centre Hospitalier de Wattrelos est un établissement de soins de proximité .

Après une restructuration effectuée en 1994, l'offre de soins actuelle du Centre Hospitalier de Wattrelos se caractérise par :

* une activité médicale de proximité
* la création d'un pôle de référence en rééducation fonctionnelle (cardio- vasculaire et cardio-respiratoire) sur le versant Nord Est
* la mise en place d'une plate-forme médico sociale E.S.P.A.S (Espace de Soins de Proximité et Accueil Santé).

L'Etablissement a été accrédité sans réserve en juin 2002

Le Centre Hospitalier de Wattrelos est membre du réseau Hôpital sans Tabac .

Il participe aux PRS (Programmes Régionaux de Santé) depuis 4 ans avec une action de lutte contre la tabagisme pour le personnel du CH et de la mairie de Wattrelos .

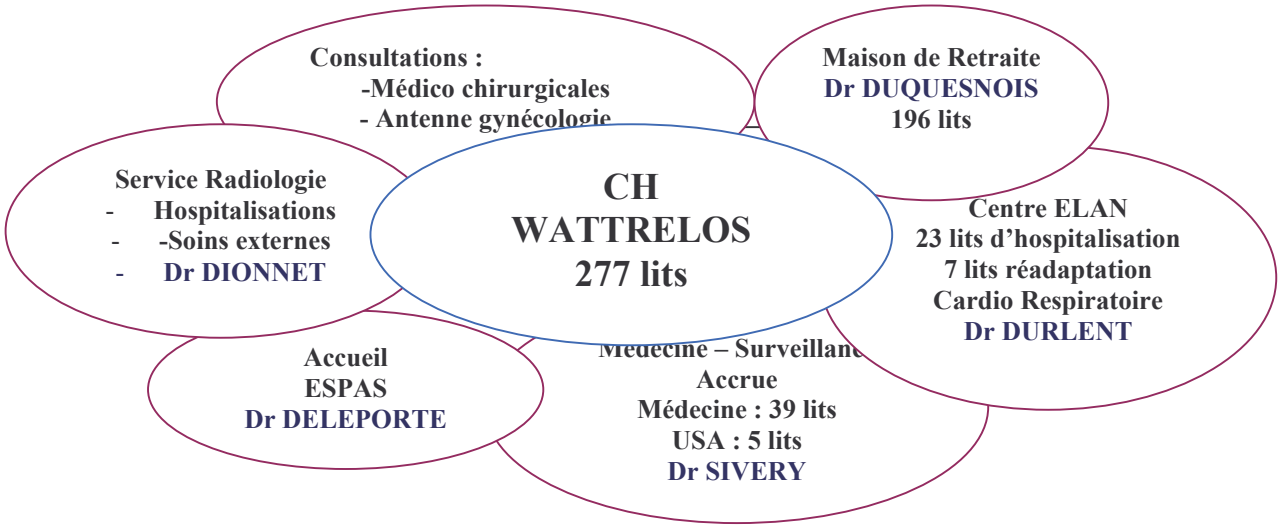
Le Centre Hospitalier de Wattrelos est un établissement de 277 lits qui dispose :

- d'une unité d'accueil d'urgences et E.S.P.A.S

- d'un service de médecine et de surveillance continue polyvalente
- d'un Centre de Rééducation Fonctionnelle Polyvalente, Cardio-Respiratoire et de réentrainement à l ' Effort : *ELAN*
- d'une EHPAD de 196 lits

De plus, le Centre Hospitalier propose :

- un secteur d'activités de Consultations Médicales et Chirurgicales
- une Antenne de Proximité de Consultations Gynécologiques et Obstétricales
- Un service d'Imagerie Médicale.



II.1.1.3 Epidémiologie sur le secteur

TABAGISME à WATTRELOS

Le tabagisme est un fléau social touchant une grande partie de la population (40%).
La région Nord - Pas de Calais se caractérise par une surmortalité pour la plupart des pathologies liées à la consommation d'alcool et / ou de tabac .
Localement , la ville de Wattrelos est touchée par une nette prédominance des cancers du poumon et des maladies de l'appareil respiratoire en comparaison des villes du secteur couvrant le SPS3 (Secteur de Prévention Santé 3) **(19)**.

Depuis 1995, le pourcentage des hospitalisations au sein du service de médecine augmente pour les pathologies cardiovasculaires, respiratoires et cancérologiques.

60% des patients ayant subi une réadaptation cardiaque et 80 à 95 % des patients ayant suivi une réadaptation respiratoire au centre ELAN ont des antécédents de tabagisme.

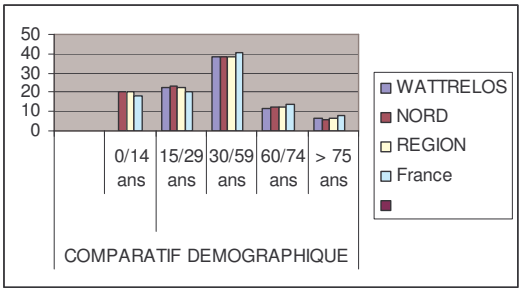
Par ailleurs une enquête réalisée par l' agence ANAXAGOR (**8)** sur le secteur auprès des partenaires Wattrelosiens montre que le tabac est classé comme problème de santé prioritaire.

POPULATION de WATTRELOS

COMPARATIF DEMOGRAPHIQUE en 1999 en pourcentage

	0/14 ans	15/29 ans	30/59 ans	60/74 ans	> 75 ans
WATTRELOS	21,23%	22,22	38,48	11,75	6,32

NORD	20,26	23,05	38,63	12,05	6,01
REGION	20,15	22,41	38,69	12,47	6,28
France	17,86	20,2	40,62	13,62	7,7



II.1.2 Historique de EHPAD de Wattrelos

JEUDI 2 JUILLET 1914 — 3

LA CONSTRUCTION DE L'HOSPICE-HOPITAL DE WATTRELOS

L'ETAT ACTUEL DES TRAVAUX DE L'HOSPICE-HOPITAL
A gauche : *Le Pavillon des hommes* et le *Pavillon des femmes*.
A droite : *L'habitation de l'Econome*.

Poursuivie avec une remarquable célérité, la construction de l'Hospice-Hôpital est en voie d'achèvement. Le travail de la maçonnerie est maintenant presque terminé. Les différents pavillons attendent l'œuvre des carreleurs, l'installation du village, d'un réseau de tuyauterie qui amènera l'eau et la chaleur. Les différentes salles seront alors prêtes à recevoir les hospitalisés et les malades. L'on peut prévoir que ce sera chose faite avant l'hiver prochain, l'excellence de la construction offrant toute garantie pour la saison humide.

Les passants considèrent avec curiosité les nouvelles constructions charitables, sans se rendre compte, le plus souvent, de la destination des différents pavillons.

long de la même rue, est le pavillon réservé aux femmes hospitalisées.

Au centre du terrain, immédiatement derrière l'Hôpital-hôtel s'élève le pavillon des services généraux. L'on y accédera par une large avenue, qui s'ouvrira à côté de la maison de l'économe. Sur le côté sud, est situé le pavillon des contagieux, et dans le fond se trouve la morgue. Enfin, face à une cantine qui sera sans doute transformée en cuisine, est situé le grand pavillon, qui sera l'Hospice des hommes.

Tous ces travaux sont presque terminés, en part l'agrandissement de l'Hôpital actuel dont les deux ailes attendent leur prolongement. L'on prévoit aussi la création future d'une maternité.

Cette œuvre est la plus considérable qu

La Maison des « Vieux Hommes »,ancien Hospice se trouvait sur la grand Place de Wattrelos.

En 1912 commencèrent les travaux de construction du Nouvel Hospice , dans les jardins de l'Hôpital, mais à cause de la guerre les travaux ne prirent fin qu'en 1922.

Notre structure a donc été inaugurée le 21 Août 1922 et l'ensemble portait alors le nom d'Hôpital-Hospice de Wattrelos, le gestion étant commune pour les deux structures.

Les pensionnaires de l'époque rendaient de petits services et se voyaient remettre un sou de poche et des cigarettes ou tabac à chiquer ou à priser.
Une fois par mois, l'administration procédait à une distribution de tabac.

Le plus ancien pensionnaire actuel est entré à l'Hospice le 17 Août 1948 à l'âge de 19 ans. Il aura passé toute sa vie dans une structure hospitalière.

En 1928 fut construit un bâtiment destiné aux couples, il fut appelé
« Pavillon des Vieux Ménages »

La vie en maison de retraite évoluait peu à peu avec l'apparition de fêtes de Noël, de petites animations par les jeunes de la ville et en 1955 l'achat de postes de télévision.

Les dortoirs faisaient peu à peu place à des chambres de 2 et 4 lits.

En 1955 les Etablissements Hospitaliers disposaient de 328 lits

- l'Hôpital comptait 128 lits
- la Maternité 26
- l'Hospice Hommes, Femmes et Vieux Ménages 174

En 1979 un bâtiment moderne nommé V80 abritera des personnes plus valides ayant gardé une certaine autonomie.

D'importants travaux d'humanisation furent également entrepris dans les pavillons hommes et femmes.

Pourtant le 23 avril 1984 un important incendie détruisit en partie la Maison de Retraite.Le sinistre fut provoqué par une cigarette qui mit le feu à la literie. Ce drame affreux faisait 3 victimes et de nombreuses personnes traumatisées. Heureusement une importante rénovation effectuée en 1983 avait permis de limiter les dégâts.

Le 16 septembre 1995 la Maison de Retraite a été officiellement appelée « Hameau du Bel Age »

Les directeurs qui se sont succédés ont travaillé à la modernisation de la Maison de Retraite. Des bâtiments neufs ont été construits et une réhabilitation complète se poursuit.

Le « Hameau du Bel Age » est maintenant un EHPAD qui peut héberger 196 personnes.

Plusieurs pensionnaires encore hébergés ont suivi une partie de cette progression ce qui en fait peut-être un établissement où se posent des problèmes liés au tabac.

II.1.3 Présentation de l'EHPAD de Wattrelos

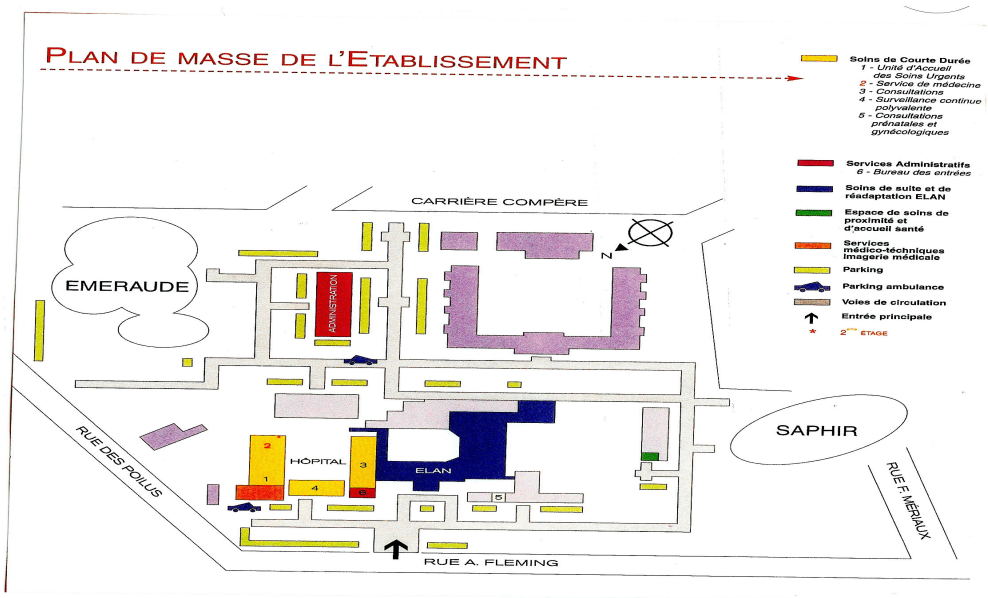
Le Hameau du Bel Age est un établissement Public agrée par l' Aide Sociale . Il a signé la convention tripartite en 2001 et possède un groupe pilote dans la démarche qualité animé par une qualiticienne .

Le Hameau du Bel Age peut accueillir 196 résidents .
Il se décompose en deux résidences distinctes :

- la Résidence SAPHIR (ancien V 80) bâtiment plus ancien dans sa conception qui dispose 80 lits

- La Résidence EMERAUDE bâtiment datant de 1922 sans cesse rénové , agrandi et modernisé peut accueillir 116 résidents.

Chaque résidence possède une zone fumeur bien délimitée et il est interdit de fumer dans les chambres et parties communes.



<u>L'équipe se décompose comme suit :</u>

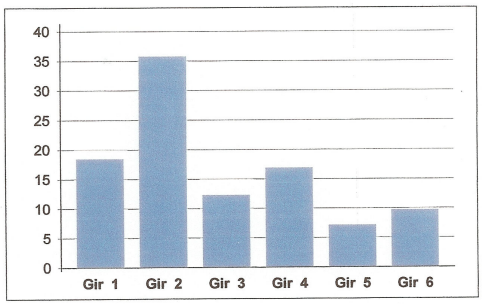
- Médecin Praticien Hospitalier , Chef de service et Coordonnateur ayant un temps partagé avec le service de médecine pour les consultations de tabacologie
- 3 Cadres infirmiers ont un assurant la transversalité sur les deux résidences
- 1 équipe d'animation
- Une équipe pluridisciplinaire :infirmières , aides soignantes ; agents ; kinésithérapeute ; coiffeuse
- Une équipe partagée avec le Centre ELAN et le Centre hospitalier : kinésithérapeutes , professeur d'éducation physique ; ergothérapeutes , assistante sociale
- Sans oublier l'équipe administrative.

Tous les quinze jours l'équipe d'encadrement se réunit avec la Direction et les services administratifs.
Le médecin coordonnateur rencontre régulièrement l' équipe de Direction pour travailler vers des objectifs communs .

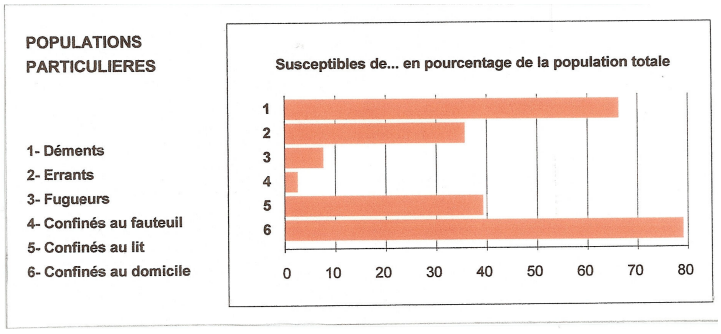
<u>Population de notre EHPAD</u> :

196résidents
GMP de 641
Description de la population selon GALAAD :

Distribution des GIR en pourcentage de la population :



Populations particulières



II.1.4. Problématique rencontrée à Wattrelos

Au vu de son historique, l'EHPAD de Wattrelos compte encore des résidents entrés à l'époque de l'Hôpital-Hospice.

Sans ressources, ils bénéficient de la distribution de tabac par l'établissement, autorisée par la loi du 16 avril 1895 instituant la distribution gratuite de tabac aux bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Cette mesure encore applicable dans certains établissements, dont celui de Wattrelos, indique que les bénéficiaires doivent en faire expressément la demande auprès de l'administration.

L'établissement doit tenir un registre des distributions.

Suite à cette réglementation, le tabac est encore délivré par le personnel administratif ou la lingerie. La délivrance journalière est parfois difficile à assumer.

L'acquisition du tabac chez les résidents payants mais ne sachant se déplacer pose parfois un problème

Les coûts dus à l'achat de . cigarettes selon ***la loi de 1895*** n'est pas négligeable dans les budgets, ce avec l'augmentation croissante des coûts du tabac .

II.1.5. Elaboration du questionnaire (annexe 7)

Devant le chiffre élevé de fumeurs à l'EHPAD de Wattrelos 16% contre 3 à 4 % dans les autres structures, il a paru intéressant de réaliser une autre étude afin d'analyser le profil tabacologique et gériatrique de cette population.

Le test de Fagerström permet d'évaluer la dépendance physique à la nicotine.

La mesure du CO est faite à l'aide d'un analyseur, les chiffres sont exprimés en PPM. Cette mesure a été de réalisation délicate, en effet nos résidents ont une capacité respiratoire altérée, ce qui rend difficile la « vidange des poumons » dans l'appareil.

Pour l'item Alcool : ont été pris en compte les résidents ayant eu des antécédents de dépendance à l'alcool, ceux abusant de l'alcool et ceux à risques avec l'alcool . **(annexe2)**

Tous les MMS **(annexe8**) n'ont pu être réalisés .
Réalisation impossible du fait :

- De l'état de santé du résident
- Parce que le résident « grand voyageur « se trouvait rarement dans sa chambre.

.

Les pathologies à incidence élevée chez les fumeurs ont été retenues : pathologies cardio-vasculaire , pleuro -pulmonaires, néoplasiques ou psychiatriques .

Pour la partie tabacologique, le questionnaire a été rempli par l'équipe d'animation , et par le médecin pour la partie gériatrique.

II.2. Présentation des résultats

Le tableau N° 10 a permis le recensement des résultats avec de 1 à 17 résultats de la résidence Emeraude et de 18 à 33 ceux de la résidence Saphir .

II.3. Analyse et commentaires

Les tableaux : n°11 et 12 regroupent l'analyse du profil tabacologique (11) et gériatrique (12).

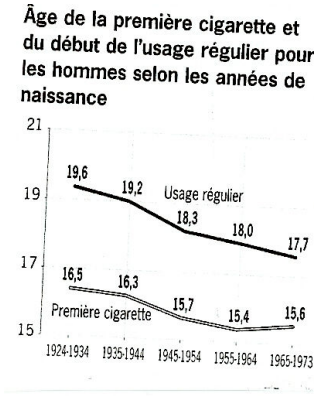
II.3.1Tableau n°11 : profil tabacologique

Comme pour les autres EHPAD et pour la France en général, Wattrelos a un profil de fumeur masculin plus important que féminin 30-70%.

Cette proportion reste semblable pour les deux résidences.

Les fumeurs sont âgés en moyenne de 72 ans avec comme extrêmes 55 à 98 ans. La personne de 55 ans vient d'une structure psychiatrique.

Il est intéressant de constater que l'âge moyen de la première cigarette est chiffré à 15,8 ans, ce qui correspond bien aux études



isuu de :arométre santé 2000 figure 10 page 90

Cet âge moyen a finalement baissé au fil des années, les mentalités et le niveau de vie ayant évolués. La première cigarette initiatique à la communion ou au service militaire n'est plus représentative, elle est consommée beaucoup plus tôt à ce jour.

1/3 de nos résidents sont des fumeurs occasionnels. Ils ne ressentent pas le besoin de fumer tous les jours mais apprécient le partage d'une cigarette lors des fêtes, des sorties ou parfois avec le personnel.

Chez nos fumeurs réguliers le nombre de cigarettes est en moyenne d'1/2 paquet par jour.

Le taux croissant du prix du tabac a freiné cette consommation. Cette augmentation constante initialement faite pour faire reculer le tabagisme des jeunes a aussi eu un impact sur nos résidents :

- le résident en institution, s'il est payant, a peu d'argent de poche et ne peut donc plus se procurer le tabac comme il le souhaiterait.
- Le tabac fourni par l'établissement (loi de 1895) grève les budgets et une politique de réduction des apports est faite, menée parallèlement avec les réunions d'information.
- Nos résidents ne savent pas toujours se procurer le tabac, cela devient alors une restriction obligatoire.

Dans leur comportement avec la cigarette , nos fumeurs sont :

- très indépendants
- ou ils se retrouvent pour fumer ensemble retrouvant ainsi une certaine liberté et le plaisir du partage.

Les gros fumeurs sont dépendants avec des seuils de Fagerström proche de 7.

Pour le tabacologue, cela est un vrai dilemme, car parmi les fumeurs, certains sont demandeurs de substituts nicotiniques, mais leur profil psychiatrique ou gériatrique rend cette délivrance délicate, avec un risque de poursuite de tabagisme malgré la substitution cela du fait d'une dépendance comportementale et psychologique souvent importante chez nos résidents .Par ailleurs les thérapies cognitivo comportementales sont de réalisation délicate du fait des antécédents.
La réduction de délivrance du tabac , du fait de l'augmentation des coûts a provoqué des décompensations de certains états thymiques jusqu'alors relativement stables.

Soyons donc très prudents avec nos fumeurs !

Un peu moins de la moitié de nos fumeurs semblent concernés par leur tabagisme. Néanmoins la participation aux réunions n'a pas touché les mêmes fumeurs.

II.3.2Tableau N°12 : Profil gériatrique

Girage :
Nos fumeurs sont en moyenne GIR 4 , généralement autonome après une petite aide pour la toilette et l'habillage .

Pathologies :
La moitié de nos résidents fumeurs ont eu des difficultés avec l'alcool ou sont en difficulté avec ce produit. Cette association est bien connue et génératrice de l'accroissement de la morbimortalité de cette population .

Comme dans la littérature les pathologies cardio-vasculaires essentiellement HTA et artériopathie sont bien représentées , de même les Broncho pneumo pathie chronique obstructives.

Dans notre étude les pathologie néoplasiques sont surtout issues de la sphère uro - génitale : vessie , prostate , rein , voies excrétrices.On notera deux néoplasie pulmonaire dont une en cours de chimiothérapie.

Les pathologies psychiatriques sont diversement représentées :

- Démences :
  - Vasculaire
  - Dégénératives
  - Mixtes
  - 2 Maladie d'Alzheimer
- Psychose maniaco dépressive
- Schizophrénie
- Syndrome anxio dépressif majeur.

Plusieurs études montrent que la consommation de tabac est significativement plus importante chez les patients psychiatriques que dans la population générale

Une étude américaine réalisée auprès de patients psychiatriques ambulatoires montre deux fois plus de fumeurs que dans la population générale .

Tableau 8.1 – *Prévalence de la consommation de tabac chez des patients psychiatriques ambulatoires (d'après Hugues et coll., 1986 [32]).*

Population	*n*	*Prévalence (%)*
Population générale (échantillon local)	1 440	30
Population générale (échantillon national)	17 000	33
Patients psychiatriques ambulatoires	277	52
Schizophrénie	24	88
Manie	10	70
Épisode dépressif majeur	22	49
Trouble anxieux	34	47
Trouble de la personnalité	46	46
Trouble de l'adaptation	58	45
Sujets contrôles	411	30

Tableau issu de :ddiction et psychiatrie page 112

MMS :

La moyenne des MMS chez nos résidents fumeurs est proche de 19,5 , témoignant d'une altération cognitive significative mais non majeure.

L'orientation temporelle semble plus touchée que l'orientation spatiale.

Globalement l'apprentissage est correct avec un rappel perturbé.
Les tests liés au langage sont corrects.

Les praxies constructives réalisées dans la moitié des cas.

L'item attention est biaisé dans notre étude , certains de nos résident n'ayant eu que peu d'éducation .

La nicotine a une action centrale au niveau meso cortico limbique impliquant plusieurs neurotransmetteurs dont certains sont également impliqués dans l'apprentissage et la mémoire.
Dans Addiction et psychiatrie (**1**)est relaté : *les techniques d'imagerie cérébrale chez les fumeurs de tabac ont permis de corrober les données neurocognitive et neurobilogiques.Une perte de matière grise dans les régions pré frontales dorsolatérales bilatérales et cigulum antérieur gauche est montrée par IRM anatomique des fumeurs versus non fumeurs.*
Certaines de ces zones sont impliquées dans la mémoire épisodiques, le maintien de l'attention et la mémoire de travail ; or certaines de ces zones sont aussi impliquée dans les démences.

Au vue des connaissances actuelles sur la neurobiologie et neuro imagerie des addictions et démences, il pourrait être intéressant d'effectuer des test MMS et autres tests de la mémoire chez l'ensemble de nos fumeurs pour voir s'il existe une corrélation entre troubles mnésiques et cognitifs particuliers chez certains profils de nos fumeurs âgés .

II.4. Essai de résolution des problèmes via les réunions

Des réunions avec les fumeurs ont été instaurées et ce dans le cadre de l'animation. Elles . sont animées par le médecin coordonnateur ,tabacologue et l'équipe du point Accueil Santé du Conseil Général du Nord1ère remarque : Certains résidents ne participant à aucune animation sont venus au « groupe tabac » retrouvant ainsi une certaine identité.

- 2ème remarque : Les réunions se sont voulues courtes environ 45 minutes .

Au cours de la première réunion les 13 résidents se sont présentés .Ils ont exposé leur tabagisme, quand ils avaient commencé à fumer et pourquoi, ce qui a établi un dialogue entre eux. Ils ont ensuite mentionné leur consommation et expliqué pourquoi ils fumaient .

Dans la majorité des cas, ils fument par habitude, par ennui ou parce qu'ils en ont besoin. ; raisons identiques retrouvées dans la population générale des fumeurs.
Le conseil minimal**(annexe10)** a été abordé , mais leur tabagisme ne leur posant pas de problème ils n'ont pas envie d'arrêter. Un rappel de la législation a été évoqué et une explication donnée sur le fait de la diminution des rations de tabac pour les personnes qui sont fournies par l'Etablissement.

Les propos de certains résidents étaient très forts :

- -Ainsi une résidente déclare qu'elle n'a la sensation d'exister uniquement quand elle fume et ne conçoit donc pas de supprimer ce plaisir.
- Un autre nous explique pourquoi il fume autant la nuit au fumoir. Il travaillait la nuit et de plus a commencé un tabagisme à l'âge de 6 ans avec une grosse dépendance ; plus de 60 cigarettes/jour.
- Le troisième nous dit qu'en vacances en Tunisie il ne fumait pas.
- Signalons au passage que des voyages sont organisés pour nos résidents : à l'étranger pour les plus valides, en l'occurrence en Tunisie cette année,, sur la Côte d'Opale pour les plus dépendants et dans l'Avesnois pour les déments.

A notre grande surprise le petit groupe a demandé pour qu'il y ait des réunions mensuelles sur le sujet « tabac »

L'équipe d'animation est restée perplexe devant leur attitude.

Cette première réunion a permis de percevoir nos résidents autrement.

A la suite de cette rencontre, le comportement de notre résident le plus dépendant a changé. Sa demande de cigarettes a diminué et lorsqu'il me croise il me demande la date de la prochaine réunion, faisant même de la publicité auprès de ses camarades fumeurs.

Comme convenu, une seconde rencontre a donc eu lieu. Certains étaient déjà présents à la 1ère, de nouveaux résidents y ont participé, mais d'autres ont préféré une sortie à la mer.

La composition de la fumée et les méfaits du tabac ont été abordés, et ce de manière ludique avec le fumeur mécanique.

Nos résidents semblent septiques devant les explications, même s'ils sont stupéfaits par rapport au goudron déposé sur le filtre du fumeur mécanique.

Cela se rapproche des résultats retrouvés dans l'article de S. Halfen et Isabelle G Remy :

« Les fumeurs quotidiens de 55-75 ans sont par exemple 21% à penser que fumer des cigarettes est moins dangereux pour la santé que la pollution de l'air. »

Dans l'enquête de (**12**) sur les connaissances, les attitudes et les perceptions des franciliens à l'égard du tabac menée par ORS en Ile de France, l'autoperception des risques pour la santé liés au tabac est plus importante chez les fumeurs, tous âges confondus que chez les non fumeurs.. Pourtant les fumeurs de 55-75 ans sont nettement moins nombreux à craindre pour eux-mêmes les maladies liées au tabac.

Le risque de développer une pathologie cardiovasculaire ou un cancer chez les 55-75 ans est supérieur à celui des jeunes fumeurs. La proportion de fumeurs quotidiens déclarant craindre les maladies cardiaques et cancer, est peu différente dans les 2 catégories respectivement 49 et 47% et 54 et 61%.

Les connaissances sur les effets sanitaires liés au tabac reste relative chez nos aînés.

Dans l'enquête, les fumeurs les plus âgés sont également les plus nombreux à penser qu'il n'existe aucun bénéfice pour la santé lié à l'arrêt du tabac.

Comme souvent ce sont les moins informés sur les risques qui sont les moins favorables à l'information.

Nos résidents fumeurs sont âgés et pour la plupart ont toujours fumé. Ils sont donc pour eux la preuve vivante que le tabac ne tue pas.

Par ailleurs ils ont commencé à fumer à une époque où le tabac avait une autre image. Il était même distribué à l'armée, et ne pouvait donc être toxique. Fumer était socialement admis, valorisé ou encouragé. L'initiation au tabac était un rite de passage à l'âge adulte. A cette époque, aucune mesure d'information et de prévention n'était faite.

A partir des années 80 le discours commence à changer en particulier avec la loi Evin informant le consommateur sur les risques pour les fumeurs et protégeant les non fumeurs.

La plupart de nos résidents sont restés sur leurs croyances restant moins réceptifs aux messages de prévention.

Néanmoins à la fin de notre 2ème rencontre d'information, deux de nos résidents ont souhaité bénéficier d'une consultation de tabacologie individuelle pour être substitué.
Les deux résidents lancent un défi à un troisième qui tentera un sevrage si les deux autres parviennent à l'arrêt du tabac.

La volonté de reprendre les réunions après les vacances s'est fait ressentir par tous avec une demande d'information également centrée sur l'alcool

Perspectives pour les prochaines réunions :

- Trouver une solution ensemble pour réduire la consommation.
- Trouver une autre manière de distribution des cigarettes : peut-être échange contre bon ou jetons.

II.5.Conclusion

- Les fumeurs de notre EHPAD ont globalement le même profil tabacologique que ceux rencontrés dans la littérature
- Beaucoup sont atteints de pathologies psychiatriques : 23/33
- La moitié d'entre eux sont ou ont été en problématique avec l'alcool
- Les réunions de sensibilisation semblent intéresser nos résidents et ont permis une meilleure gestion et prise en charge de ceux-ci.

CONCLUSION

Tout au long de ce travail plusieurs dilemmes sont ressortis .
En faisant intervenir la responsabilité de chacun et un peu de bon sens les difficultés initialement rencontrées s'amenuisent.

On suggérera un tableau de bord pour les EHPAD recevant des fumeurs :

1° - Respect de la Charte de la personne dépendante et en institution.

2° - Respect de la Loi Evin
- pas de tabac dans les lieux communs.
- Salles fumeurs dans chaque structure.

3° - Aborder la question des addictions en général lors de la consultation pré-admission en expliquant les règles de l'Etablissement.

4° - Poursuite de la distribution de tabac selon les modalités fixées par les textes législatifs, tout en diminuant constamment les apports avec l'objectif d'arriver à 0.

5° - Respect des règles de sécurité.

6° - Si l' EHPAD est au sein d'une structure hospitalière ; inscription du C.H. au réseau Hôpital Sans Tabac
.
7° - Instauration de groupes de paroles riches d'enseignement avec nos résidents fumeurs

En espérant que ces mesures permettront peut-être d'aboutir à des EHPAD sans Tabac…
Mais l'important en institution étant de garder les mots clés de RESPECT – SECURITE et SANTE de ses occupants.

DUQUESNOIS Anne

TABAGISME EN EHPAD
DE LA LIBERTE DE FUMER EN INSTITUTION
QUELLES SOLUTIONS APPORTER FACE AUX PROBLEMES DE SECURITE DE SANTE DE RESPECT ET DE BUDGET ?

Mémoire du DIU de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Mots clés : tabagisme
EHPAD
Nicotine
Démence
Loi EVIN
Hôpital sans tabac
Charte des personnes en institution

Résumé :

Le tabagisme en EHPAD est souvent problématique et pose plusieurs dilemmes. Dilemme du respect du choix de fumer et législation , sécurité , santé du résident et de son entourage et budget.
Une mise au point sur le tabagisme en EHPAD a été effectuée a partir de données de la littérature et complétée par deux études.

- Une portant sur le tabagisme dans les EHPAD du nord de la France et villes frontalière Belges montrant que nos structures ont peu de fumeurs . Ces derniers sont majoritairement des hommes alors que 2/3 de la population des EHPAD est féminine . Les EHPAD semblent respecter la LOI EVIN avec la présence de zones fumeurs dans 70 % des cas et la Charte des personnes en institution . Le problème de la sécurité reste majeur.
- Une seconde étude sur l'EHPAD de Wattrelos comportant 16% de fumeurs contre 6% dans les autres structures a permis d'analyser le profil tabacologique et gériatrique des fumeurs dans cette structure ; avec une approche de résolution des problèmes via des groupes de paroles pour les fumeurs , animés par le médecin coordonnateur, tabacologue.

En terme de conclusion a été proposé un tableau de bord pour les EHPAD recevant des fumeurs gardant en mémoire que l'important en institution est le Respect , la Sécurité et la Santé des résidents.

Composition du jury :

Madame le Professeur AS RIGAUD
Monsieur le Docteur S REINGEWIRZT
Monsieur le Docteur MALBEC

Adresse de l'auteur : 8 rue des Fossés 59150 WATTRELOS
duquesnois.anne@wanadoo.fr

Le tabagisme en EHPAD est souvent problématique et pose plusieurs dilemmes. Dilemme du respect du choix de fumer et législation , sécurité , santé du résident et de son entourage et budget.
Une mise au point sur le tabagisme en EHPAD a été effectuée a partir de données de la littérature et complétée par deux études.
Une portant sur le tabagisme dans les EHPAD du nord de la France et villes frontalière Belges montrant que nos structures ont peu de fumeurs . Ces derniers sont majoritairement des hommes alors que 2/3 de la population des EHPAD est féminine . Les EHPAD semblent respecter la LOI EVIN avec la présence de zones fumeurs dans 70 % des cas et a Charte des personnes en institution . Le problème de la sécurité reste majeur.
Une seconde étude sur EHPAD de Wattrelos comportant 16% de fumeurs contre 6% dans les autres structures a permis d'analyser le profil tabacologique et gériatrique des fumeurs en EHPAD ; avec une approche de résolution des problèmes via des groupes de paroles pour les fumeurs animés par le médecin coordonnateur, tabacologue.
En terme de conclusion a été proposé un tableau de bord pour les EHPAD recevant des fumeur gardant en mémoire que l'important en institution et le Respect , la Sécurité et la Santé des résidents.

ANNEXES

Annexe 1 : • Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
Annexe 2 : • Quelques définitions
Annexe 3 : • Test de Fagerström
Annexe 4 : • Etude Tabac et Liberté
Annexe 5 : • Questionnaire 1
Annexe 6 : • Lettre d'accompagnement au questionnaire 1
Annexe 7 : • Questionnaire 2
Annexe 8 : • MMS
Annexe 9 : • Grille AGGIR
Annexe 10 : • Conseil minimal

BIBLIOGRAPHIE

1. **ADDICTIONS ET PSYCHIATRIE**
   Michel Reynaud
   Edition Masson – Paris 2005 – 292 pages
   ISBN : 2 – 294-02 092 – 8

2. **ALCOOL ,TABAC ET MEDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES SENIORS.**
   BECK François, LEGLEYE Stéphane, PERETTI-WATEL Patrick
   Les usages de substances psychoactives licites entre 60 et 75 ans.
   Tendances – 09/2001 – n° 16 – 4 p.

3. **ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTEES**
   R Moulias, M-P Kewy, C Ollivet , D Mirchlich
   Editions Masson – Paris 2005 – 508 pages
   ISBN : 2 – 294-01 1369-7

4. **BAROMETRE SANTE 2000 Résultats Volume 2**
   Education pour la Santé
   Editions CFES ; 474 pages
   ISBN : 2-908444-75-5

5. **BIOL PSYCHIATRY 2001. Feb 1 ; 49 (3) : 221-232**

6. **CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE TABAC**
   André Mizrami, Arie Mizrami
   Gérontologie et Société N° 105 juin 2003 p21-43
   TABAGISME ET CANCER DU POUMON
   Madeleine Rochin
   Gérontologie et Société N° 105 juin 2003 p69_88

7. **DE LA LIBERTE DE FUMER EN INSTITUTION**
   Béatrice Bizet
   Gérontologie et Société N° 105 juin 2003 p 117-182

8. **DOCUMENT DE TRAVAIL pour les journées du versant Nord Est de la métropole 16/09/05**
   Rapports de l'Agence ANAXAGOR 50 pages

9. **EDUCATION POUR LA SANTE**
   Guide de l'Hôpital sans tabac
   Editions CFES – Déc. 1999 – 125 pages
   ISBN 2 – 908444 – 63-1

10. **EUR J NEUROL 2001. Mar ; 8(2) : 119-123**

11. GERONTOLOGIE et Société
Alcoolisme, tabagisme et autres dépendances
Fondation nationale de gérontologie
N° 105 juin 2003

12. LES CONNAISSANCES , ATTITUDES ET PERCEPTIONS DES FRANCILIENS A L' EGARD DU TABAC
Spécificité des personnes les plus âgées
Sandrine Halfan , Isabelle Grehy
Gérontologie et Société N° 105 juin 2003 p 161-175

13. LE TABAGISME De la prévention au sevrage
Y. Martinet – A. Bokudono
2ème édition
Masson – Paris 2001 - 296 pages
ISBN – 2 – 294 – 00 381 -0

14. LE TABAC EN France
Les vrais chiffres
La documentation française
C. Kill – A. Laplance - 139 pages
ISBN 2 – II – 005616-9

15. LE TABAC en 200 QUESTIONS
Dr Béatrice Le Maitre
Editions de Vecchi.sa.2003 ; 191 pages
ISBN :2-7328-1558-6

16. MONOGRAPHIE DE LA REVUE DU PRATICIEN
N°10 ; 15 mai 1993 ; Tome XLIII (1189 – 1328)

17. OFDT 2002
Drogues et dépendances.Indicateurs et tendances 2002
Paris,2002, 368 pages
Tabac pages 227-247
ISBN 2-11-092709-7

18. PREVENTION SANTE
Newsletter n° 12 (22-05-2002)
Nicotine et Neurone
Dr Pellegruis ??
En référence au journal of Neurosciences, mai 2002

19. SYNTHESE du diagnostic local des problèmatiques sanitaires pour la mise en place d'un contrat territorial de santé à Wattrelos
Rapports de l'Agence ANAXAGOR 50 pages

20. TABAC ET LIBERTE Réseau de medecin
EUROPE – HP'S II
Juillet 2005
37 pages

21. TABACOLOGIE
J PERRIOT
Edition Masson, Paris 1993,1995
ISBN : 2-225-84753-3

22. TABACOLOGIE ET SEVRAGE TABAGIQUE
J. Perriot
Editions John Libbey Eurotext Paris, 2003 - 233 pages
ISBN – 2 – 7420 – 0436 – X.

SITES :

23. http://www.dudydemotte.be/tabacco.htm
Plan fédéral de lutte contre le tabagisme

24. http://www;exutope.com/fmc/alzheimer.html.
La nicotine remède contre la maladie d'Alzheimer

25. http://www.fng.fr

26. http://www.medinet.be
enquête CRIOC

27. http://www.orsnpdc.org/études
Population du Nord pas de Calais
le Tabac

28. http://www.revuedegeritrie.fr