

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N° 2020-101

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. DE PSYCHIATRIE

par

Lucille FRÉTILLET--BABIN

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2020

Tabac au sein de l'institution psychiatrique : Étude clinique de l'influence des représentations des soignants sur la prise en charge addictologique du tabac.

Président du jury : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Madame le Docteur Emeline EYZOP

Remerciements

Merci aux membres de ce jury, votre présence et l'intérêt que vous portez à ce travail m'honorent.

À Madame le Professeur Marie GRALL BRONNEC :

Je vous remercie d'avoir accepté d'être la présidente de ce jury et d'examiner cette thèse. J'ai une grande considération pour vos connaissances et votre expérience en addictologie, en psychiatrie, ainsi que dans le domaine de la recherche.

À Madame le Professeur Anne SAUVAGET :

J'ai eu la chance et le plaisir de travailler à vos côtés au CAPPA en psychiatrie de liaison. Vos conseils et le partage de vos compétences ont été d'une grande richesse, ils m'ont permis de faire évoluer ma pratique. Merci de votre participation à ce jury et du temps que vous m'accordez.

À Madame le Professeur Leïla MORET :

Je vous suis reconnaissante d'avoir immédiatement accepté d'être membre de ce jury, merci pour le temps que vous me consacrez. Votre expertise et votre expérience en épidémiologie et en santé publique me permettront d'enrichir et d'améliorer ce travail.

À Madame le Docteur Emeline EYZOP, ma directrice de thèse :

Je n'aurais pas assez de quelques lignes pour te remercier à la hauteur de ton implication et du temps que tu m'as accordé.

Tout d'abord, un grand merci pour avoir accepté sans hésitation de diriger cette thèse. Ton intérêt et ta disponibilité ont été d'un grand soutien, tes conseils très précieux qui m'ont permis de toujours pousser plus loin ma réflexion, mon sens critique. À chaque étape de ce parcours, j'ai eu la chance de me sentir libre de mes choix, tout en étant certaine de bénéficier d'un encadrement rigoureux et exigeant. Merci de ta prévenance et de ta bienveillance. J'espère sincèrement avoir été digne de la confiance que tu m'as accordée.

Au Docteur Pascal CAILLET :

Merci de votre disponibilité et du temps que vous avez dédié à cette thèse. Vos conseils et vos connaissances en statistiques ont été d'une grande aide, nos échanges m'ont permis de mener à bien cette étude.

Merci à l'ensemble de l'équipe d'addictologie de liaison, pour m'avoir intégrée aux groupes de parole avec les patients et m'avoir permis de réaliser ces vignettes cliniques.

Merci à Mme Sophie AIT SI ALI et à Madame Marie TOULGOAT pour m'avoir aidée à diffuser le questionnaire.

Un grand merci à l'ensemble des professionnels que j'ai rencontré tout au long de mon internat, sur l'hôpital de Saint-Nazaire, Saint-Jacques et Laennec au CHU de Nantes, du CH G.Daumézon, sans oublier les participants à cette étude, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Et enfin et surtout, merci aux patients que je rencontre au quotidien, échanger avec eux chaque jour confirme mon envie d'être psychiatre et valide mes choix professionnels.

J'ai ensuite tenu à remercier ma famille et mes amis, qui m'ont soutenue au quotidien. Il m'était important d'avoir un mot pour chacun mais cela représente un nombre certain de pages. Je vous propose donc, si le cœur vous en dit, de consulter ces remerciements en scannant ce QR code, ou *via* le lien suivant :

Cliquez ici!



Table des matières

ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	8
PARTIE THÉORIQUE	10
I. Tabac au sein de la population atteinte de trouble psychiatrique	10
A. <i>Prévalence et caractéristique</i>	10
B. <i>Tabac et trouble psychiatrique</i>	11
C. <i>Tabac et suicide</i>	16
D. <i>Tabac et autres addictions</i>	16
II. Tabac et institution psychiatrique	17
A. <i>Relation soignante en psychiatrie</i>	17
B. <i>Spécificité des représentations au sein de l'hôpital psychiatrique</i>	18
C. <i>Spécificité du cadre</i>	19
D. <i>Spécificité de la prise en charge</i>	20
PARTIE ÉTUDE	25
I. Introduction	25
II. Matériel et Méthode	25
A. <i>Design et conception</i>	25
B. <i>Participants</i>	26
C. <i>Outils d'évaluation</i>	26

D.	<i>Critères de jugement</i>	27
E.	<i>Analyse statistique</i>	27
F.	<i>Éthique</i>	28
III.	Résultats	29
A.	<i>Description de l'échantillon</i>	29
B.	<i>Critère de jugement principal</i>	29
C.	<i>Critères de jugement secondaires</i>	30
IV.	Discussion	38
A.	<i>Résultats</i>	38
B.	<i>Méthodologie</i>	45
C.	<i>Perspectives et solutions</i>	46
V.	Conclusion	49
	VIGNETTES CLINIQUES	50
	DISCUSSION	55
	CONCLUSION	58
	BIBLIOGRAPHIE	59
	ANNEXES	66
	RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS	105

Abréviations

AF :	Ancien Fumeur
AFGSU :	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
AP :	AntiPsychotique
ASH :	Agent des Services Hospitaliers
BEP :	Brevet d'Études Professionnelles
BPCO :	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CATTP :	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIM :	Classification Internationale des Maladies
CJP :	Critère de Jugement Principal
CJS :	Critère de Jugement Secondaire
CMP :	Centre Médico Psychologique
CSI :	Chambre de Soin Intensif
EPA :	<i>European Psychiatric Association</i>
F :	Fumeur
FARES :	Fonds des Affections RESpiratoires asbl
FFP :	Fédération Française de Psychiatrie
FMC :	Formation Médicale Continue
HAS :	Haute Autorité de Santé
HDJ :	Hôpital De Jour
IC :	Intervalle de Confiance
IDE :	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers

IMAO :	Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase
LSST :	Lieu Santé Sans Tabac
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MST :	Mois Sans Tabac
NF :	Non-Fumeur
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OFT :	Office Français de prévention du Tabagisme
PO :	<i>Per Os</i>
QRM :	Question à Réponses Multiples
RESPADD :	RÉSeau de Prévention des ADDictions
RR :	Risque Relatif
SDT :	Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SMPR :	Service Médico Psychologique Régional
SRAE :	Structure Régionale d'Appui et d'Expertise
SSR :	Soins de Suite et Réadaptation
TA :	Tentative d'Arrêt
TCC :	Thérapie Comportementale et Cognitive
TDAH :	Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité
TLUA :	Trouble Lié à l'Usage de l'Alcool
TSN :	Traitement Substitutif Nicotinique

Introduction

La relation est un outil soignant par lequel les patients peuvent psychiquement recréer des liens, du sens. Elle est imprévisible. « *Les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques. On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures* » (1). Tout moment partagé est prétexte à un moment d'aide et de soin, l'objectif étant alors d'utiliser la structure et l'objet « relation » comme des leviers.

Par conséquent, le moment de « pause-cigarette » à l'hôpital psychiatrique participe lui aussi à l'instauration de cette relation thérapeutique.

L'hospitalisation est le moment d'expression d'une souffrance, d'une douleur morale aiguë pendant lequel la question et la prise en charge du tabagisme sont souvent reléguées au second plan.

Parallèlement, les conséquences d'une consommation active ou passive de tabac sur la santé ne sont plus à démontrer. En France, la lutte contre le tabagisme est un enjeu sanitaire majeur avec plus de 75000 décès évitables attribuables au tabac en 2015 (2). Le tabagisme actif est, de loin, la première cause de mort précoce évitable dans la population générale. Grâce à l'intensification de la réglementation et des mesures de prévention anti-tabac, la diminution de la prévalence du tabagisme parmi les adultes est inédite depuis une dizaine d'années (3). Ces évolutions législatives ont modifié le regard et la place attribués à la cigarette dans notre société. Les hôpitaux et services de psychiatrie n'échappent pas à ces changements. Nous pouvons citer par exemple la mise en place de règlements intérieurs plus clairs et l'installation progressive de fumeurs extérieurs. Ces règles nous sont imposées par la loi, mais également par notre mission soignante dans la prévention des risques et la promotion de la santé. En effet, on ne peut ignorer les fréquentes comorbidités addictives, cardio-vasculaires et néoplasiques des patients accueillis dans les services de soins psychiatriques.

Ces constatations révèlent à quel point la problématique du tabac dans les institutions est une source de paradoxes et d'ambivalence au sein des populations de patients mais aussi des équipes soignantes. C'est sans doute pourquoi les acteurs des secteurs de la santé mentale se sont souvent trouvés dans une situation inconfortable face à cette question. De nombreuses études ont montré que les patients que nous accompagnons sont autant motivés à arrêter leur consommation de tabac que la population générale (4). Les patients atteints d'affections psychiatriques fumeurs ne reçoivent un conseil d'arrêt que dans 12 % des consultations avec leur psychiatre et 38 % avec leur médecin généraliste. Ces taux

sont inférieurs à ceux des malades non psychiatriques (5). Pourquoi cet élément de la prise en charge globale est-il moins considéré à l'hôpital psychiatrique ? Une des hypothèses émergeant dans la littérature est qu'il existe des inquiétudes et réticences des professionnels de santé pour proposer un sevrage en tabac à ces patients (6).

Nos représentations comportent des éléments de savoir scientifique, des opinions, des expériences, des normes, des croyances et valeurs, ainsi que des modèles de conduite (7). Elles organisent nos comportements, donnent un sens à nos actions. Elles déterminent donc nos pratiques professionnelles. Si les représentations s'installent dans un groupe professionnel, ce n'est pas du seul fait du poids des habitudes ou de la résistance au changement. Elles ont une fonction identitaire, elles orientent et prédisent l'action. « *La représentation sociale est un guide pour l'action, elle détermine face à une situation, un ensemble d'anticipations et d'attentes qui prédétermine l'interaction. Elle est inductrice de sens par le système de pré décodage qu'elle engendre* » (8). Dans le monde soignant, nos représentations peuvent être source de stéréotypes et de stigmatisation, les présumés sont une zone de vulnérabilité de toute relation. S'interroger sur la façon dont nos représentations personnelles influencent notre vision du soin et nos prises en charge médicales est indispensable à tout projet thérapeutique avec les patients.

C'est pourquoi dans ce travail de thèse, nous avons choisi de réaliser un questionnaire destiné aux soignants de psychiatrie pour interroger leurs représentations et pratiques professionnelles face au tabagisme des patients. Nous souhaitons comprendre les éventuels freins à l'accompagnement au sevrage en tabac lors d'une hospitalisation complète en psychiatrie. Dans une première partie, nous évoquerons d'un œil théorique le tabac dans la population générale et au sein de la population suivie en psychiatrie pour en souligner la spécificité. Puis, dans une seconde partie, nous présenterons notre étude et ses résultats, nous permettant de proposer des pistes d'amélioration de nos pratiques dans la prise en charge du tabagisme des patients hospitalisés. Nous illustrerons ce travail par des vignettes cliniques réalisées lors de groupes de parole à l'occasion du Mois Sans Tabac (MST) 2019 dans les services d'hospitalisation complète de l'hôpital Saint-Jacques de Nantes. Enfin, nous terminerons par une partie de discussion et de réflexion permise par la comparaison entre les représentations des soignants et des patients.

Nous concluons par proposer des pistes de travail et d'études complémentaires afin d'enrichir cette réflexion et approfondir cette thèse.

I. Tabac au sein de la population atteinte de trouble psychiatrique

A. Prévalence et caractéristique

1. Population générale

En France, sur l'année 2019, les fumeurs quotidiens représentaient 24 % de la population des 18-75 ans. Les ex-fumeurs, quant à eux, représentaient 31,9 % de cette population. La prévalence de consommation quotidienne de tabac a diminué de 4,5 points entre 2014 et 2019. Il est intéressant de noter que la part de la population adulte n'ayant jamais fumé est de 37,7 % et que ce chiffre augmente depuis 2014 (9). En 2018, tous les indicateurs relatifs à l'arrêt de la consommation de tabac ont progressé. La vente des traitements d'aide à l'arrêt a augmenté de 25 % entre 2017 et 2018. On estime à 3 413 986 le nombre de patients sous médication en 2018, ce qui correspond au double des personnes traitées en 2014. Cette évolution est à mettre en parallèle avec le remboursement désormais à 65 %, non plafonné, des substituts nicotiniques par l'Assurance Maladie. Par ailleurs, les recours au dispositif Tabac info service continuent de s'intensifier. La 3^{ème} édition de #MoisSansTabac confirme cette campagne comme un temps marquant dans le processus de sevrage en tabac des français (10).

2. Population psychiatrique

La prévalence du tabagisme est plus importante au sein de la population atteinte de problèmes de santé mentale. De nombreux auteurs plaident même pour un dépistage systématique des pathologies psychiatriques dans les consultations de tabacologie (11). La littérature a établi depuis longtemps un lien entre troubles mentaux et consommation de cigarettes, notamment entre tabagisme et schizophrénie. Une étude américaine de prévalence a montré que 41 % des personnes souffrant de troubles mentaux et 38,4 % de celles ayant présenté un trouble psychiatrique fumaient contre 22,5 % de la population générale, soit presque le double. Cette prévalence plus importante est aussi bien constatée chez les personnes suivies en extra qu'en intra hospitalier. Par ailleurs, les patients souffrant de pathologie mentale tentent moins fréquemment d'arrêter leur consommation de tabac que la population générale (12). De plus, on note que 22 % des fumeurs présentent des troubles psychiatriques, contre 12 % des non-fumeurs (13).

Selon la conférence d'experts de l'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT), les fumeurs avec des troubles psychiatriques consomment plus de tabac que les fumeurs sans troubles psychiatriques. Ainsi, les maladies liées au tabagisme sont une des principales causes de décès chez cette population de patients (14). On estime de 10 à 20 ans la réduction de l'espérance de vie chez ces patients fumeurs, contre 10 ans en population générale (15). Aux États-Unis, 40 % des décès prématurés imputables au tabac surviennent chez des patients souffrant de pathologie mentale. Il est vrai que la diminution globale de consommation de cigarette au cours des 10 dernières années n'a pas été observée chez ces patients (16). Les pathologies associées à une plus haute prévalence du tabac sont les troubles bipolaires et apparentés, les troubles psychotiques et l'anxiété généralisée.

Quant au tabagisme passif, pourvoyeur de risque pour la santé des non-fumeurs, une étude allemande a montré que 87 % des personnels et usagers d'un hôpital psychiatrique sont exposés à la fumée de tabac (17), donnée importante à considérer en terme de prévention.

B. Tabac et trouble psychiatrique

Les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires et la schizophrénie sont associés à une consommation quotidienne de tabac élevée, avec un Odds Ratio de 5,5 (Intervalle de Confiance IC [4,9 - 5,6]) pour l'association schizophrénie - tabagisme actif (18). Les patients psychiatriques présentent un degré de dépendance accru au tabac et des taux de rechute supérieurs à la population générale (15).

Plusieurs hypothèses en lien avec l'activité des composants du tabac sur les neurones modulateurs noradrénergiques, sérotoninergiques et dopaminergiques ont été émises pour expliquer l'association entre tabagisme et troubles mentaux. D'autre part, Jorgensen montre en 2015 une diminution du volume du cortex préfrontal et de l'insula chez les patients psychiatriques fumeurs comparé aux patients non-fumeurs et aux contrôles (qu'ils soient fumeurs ou non). De plus larges études sont nécessaires pour pouvoir définir précisément la nature de cette association (19).

Les relations entre tabac et psychiatrie seraient de plusieurs types et ne s'excluent pas. Les pathologies mentales telles que les troubles de l'humeur ou la schizophrénie favorisent le trouble lié à l'usage du tabac. Fumer entretient les troubles tels que l'anxiété et les états dépressifs. Enfin, cette relation peut être bi directionnelle, le tabagisme et la pathologie se renforçant mutuellement (15,20).

1. Tabac et schizophrénie

Une étude de Dickerson réalisée sur la population Nord-Américaine montre que 60 à 65 % des patients atteints de schizophrénie fument, contre 25 % de la population générale (21). Le nombre de cigarettes consommées par jour est également supérieur. Ces données expliquent que ces patients présentent

six fois plus de mortalité par maladies cardio-vasculaires et cinq fois plus de mortalité respiratoire (22). Ils ont une grande appétence pour les cigarettes sans filtres, plus dosées en nicotine et en goudrons et extraient plus de nicotine par cigarette que le font les fumeurs sains. Le nombre de consommateurs est significativement plus élevé dans les populations de patients schizophrènes que dans les autres pathologies mentales. Pourtant, en comparant aux personnes souffrant de troubles de l'humeur, de trouble du stress post-traumatique ou de Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH), les patients schizophrènes ne consomment pas plus d'autres toxiques (alcool ou drogues illicites) (23).

De nombreuses recherches ont montré que les consommations de tabac chez les patients psychotiques débutent bien avant l'apparition des premiers symptômes (entre 2 à 5 ans avant le premier épisode). La prévalence tabagique est de 59 % chez les personnes traitées pour un premier épisode de psychose et le nombre d'usagers de tabac change peu au fil du temps (24). Les auteurs en ont déduit qu'il pourrait y avoir une vulnérabilité commune au trouble lié à l'usage du tabac et au développement de troubles psychotiques. Certains chercheurs considèrent le tabagisme comme une tentative d'apaisement des symptômes prodromiques d'entrée dans la psychose. Une méta analyse de 2015 a montré qu'un usage quotidien est associé à une augmentation du risque de développer un trouble psychotique précocement : dans cette étude, les symptômes des fumeurs quotidiens sont apparus un an plus tôt que ceux des non-fumeurs (25). En revanche, cette prévalence élevée chez les patients nouvellement diagnostiqués et chez ceux suivis depuis de nombreuses années suggère que la prise d'un traitement psychotrope n'est pas la cause du tabagisme des patients schizophrènes (Cf ci-dessous).

Les raisons de cette association tabac - schizophrénie restent floues. L'hypothèse la plus courante est liée à la théorie de Khantzian sur l'utilisation de toxiques comme automédication dans les maladies mentales (26). En fumant, la nicotine active les récepteurs nACh (récepteurs nicotiniques sur lesquels se fixent la nicotine et l'acétylcholine) au niveau cortical et sous-cortical (notamment en frontal) et augmente la libération de dopamine. Chez les schizophrènes, ces aires cérébrales sont marquées par une hypoactivité dopaminergique qui est tenue responsable des symptômes négatifs de la schizophrénie. En compensant ce déficit dopaminergique, la prise de nicotine améliorerait donc les performances cognitives des patients schizophrènes, diminuerait le repli social, l'apragmatisme et l'aboulie. Il est vrai que ces patients parlent plus fréquemment que les fumeurs en population générale des propriétés stimulantes de la cigarette comme d'une source importante de motivation à fumer. Si l'apport de nicotine semble favorable pour atténuer les symptômes négatifs et déficitaires des patients schizophrènes, il semblerait plus difficile d'apaiser les symptômes positifs relatifs à une hyperactivité dopaminergique de la voie nigrostriée (23). Tous ces résultats restent controversés, d'autres études présentent des résultats non significatifs.

Une autre hypothèse est que la nicotine atténuerait les symptômes extra pyramidaux dus aux neuroleptiques. Cet effet serait lié à l'augmentation de la transmission dopaminergique sous-corticale, à l'action de la nicotine sur les systèmes GABAergiques et glutamatergiques, ainsi qu'à une diminution des taux sanguins de neuroleptiques. Réaliser un switch thérapeutique d'un antipsychotique (AP) de première génération, plus pourvoyeur de symptômes extrapyramidaux, vers un AP atypique entraînerait une baisse de la consommation de tabac chez le patient. Cette diminution a été mise en évidence lors de switch pour la Clozapine mais pas pour les autres traitements de seconde génération comme la Risperidone (27). Les théories sur l'utilisation du tabac comme automédication pour atténuer les effets des traitements sont soumises à controverse et doivent être validées ou non, par de plus amples études.

Fumer diminue jusqu'à 50 % les concentrations de la Clozapine et de l'Olanzapine dans le sérum *via* l'augmentation du métabolisme hépatique de ces molécules : les hydrocarbures polycycliques activent le cytochrome P450 1A2. Chez les ex fumeurs n'ayant pas bénéficié d'ajustement thérapeutique après sevrage, la Clozapinémie augmente fortement et peut entraîner un surdosage. Les taux plasmatiques d'Halopéridol sont eux diminués de 20 % par le tabac. Quant à la Chlorpromazine, ses effets sédatifs sont moindres chez les fumeurs. Il est donc recommandé de réaliser un dosage médicamenteux avant et à J7 de l'arrêt du tabac, et diminuer de 25 % la posologie de la Clozapine et de l'Olanzapine (15).

L'arrêt du tabac semble plus difficile parmi les patients schizophrènes. Les taux de sevrage effectif sont inférieurs aux taux relevés en population générale et en population présentant des troubles psychiatriques différents. Pourtant la majorité des patients disent leur envie d'arrêter de fumer. Plusieurs études ont prouvé que le sevrage accompagné par une médication n'entraîne pas de recrudescence des symptômes schizophréniques (28) et que les traitements médicamenteux d'aide au sevrage nicotinique (Traitement Substitutif Nicotinique -TSN-, Bupropion et Varénicline) sont bien tolérés (29). Même si l'efficacité des TSN apparaît modeste chez les patients schizophrènes, les taux d'abstinence semblent plus élevés chez ces patients sous TSN traités par AP de deuxième génération comparé aux premières générations (29). Une méta analyse de 2010 montre l'efficacité du Bupropion dans le maintien de l'abstinence chez les patients fumeurs schizophrènes, sans déstabiliser la pathologie psychiatrique (30). La Varénicline a montré également son efficacité et sa sécurité d'emploi au sein de la population des schizophrènes fumeurs (31). Plusieurs études recommandent pour la population schizophrène comme en population générale de prescrire un traitement par Varénicline, ou Bupropion associé à des TSN, en parallèle d'une thérapie cognitivo comportementale (TCC) pendant 12 semaines au minimum, un an au mieux (32,33). L'OFT affirme que, de par l'interdiction de fumer dans les locaux, l'hospitalisation est l'occasion d'un arrêt total ou d'une réduction importante du tabagisme pour ces patients (14).

2. Tabac et dépression

Il est démontré une relation bidirectionnelle entre tabac et dépression : le trouble lié à l'usage du tabac augmente la probabilité de dépression et la dépression augmente la probabilité de développer ce trouble. En effet, le risque de dépression est multiplié par 1,5 chez les fumeurs *versus* les non et ex-usagés (34). Les fumeurs souffrent de dépression 2,5 fois plus que les non-fumeurs et la moitié des déprimés fume. Trois explications ont été proposées pour cette association. La première hypothèse rejoint la théorie d'automédication par le tabac comme anti-dépresseur. La seconde soutient le fait que les troubles dépressifs et la dépendance au tabac présentent des facteurs de risque génétiques communs. La troisième théorie est que la dépression serait secondaire au tabac *via* l'altération des mécanismes sérotoninergiques et de la dérégulation de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien, ainsi que par l'augmentation du stress oxydatif cérébral (28).

La nicotine et les harmanes contenues dans le tabac inhibent la dégradation de dopamine, de sérotonine dans la fente synaptique et stimulent la libération de noradrénaline. Cette action antidépresseur-like constitue la base des hypothèses d'utilisation de la cigarette comme automédication pour expliquer cette dépendance accrue chez les déprimés. On comprend qu'il est ainsi possible de ressentir un fléchissement thymique passager lors d'un sevrage, même chez les patients sans trouble de l'humeur. Le sevrage n'engendre pas en lui-même un trouble dépressif (15).

Les personnes aux antécédents de dépression sont quant à elles plus en difficulté pour arrêter le tabac (18) et rechutent plus fréquemment que la population générale. Cependant, plusieurs études ont montré que l'arrêt du tabac chez les patients souffrant de dépression n'aggrave pas les symptômes actuels (35). À long terme, ceux n'ayant pas repris leur consommation présentent une amélioration thymique (36). L'arrêt du tabac n'augmente pas le risque de rechute dépressive à 2 ans (37).

D'un point de vue pharmacologique, le tabac diminue jusqu'à 50 % la concentration plasmatique des antidépresseurs tricycliques et de la Duloxétine. En effet, le monoxyde de carbone est inducteur enzymatique du cytochrome P450 2D6 impliqué, entre autres, dans le métabolisme des tricycliques. Il est conseillé d'instaurer un suivi rapproché après l'arrêt du tabac, et d'envisager une diminution du traitement (15). Selon l'OFT, le sevrage est de préférence réalisé à distance des épisodes aigus, mais toute fenêtre motivationnelle doit être exploitée (14).

3. Tabac et trouble bipolaire

La prévalence du tabagisme au sein de cette population de patients varie de 39 à 60 % selon les études. Les patients bipolaires fument 2 à 3 fois plus que la population générale (38). Fumer augmenterait la probabilité de survenue de troubles bipolaires et réduirait l'efficacité des psychotropes. La perte

d'inhibition lors des épisodes de manie ou d'hypomanie rendrait le sevrage plus difficile (39). Les effets du tabac sur les systèmes monoaminergiques et glutamatergiques, associés aux effets du stress oxydatif et de l'inflammation aggraverait les troubles bipolaires (40). En effet, on constate que le 1^{er} épisode thymique est plus précoce chez les bipolaires fumeurs que chez les non-fumeurs. D'autre part, le tabagisme est associé à un taux de suicide plus important chez cette population (45 % *versus* 25 % chez les non-fumeurs). De plus, les patients bipolaires tabagiques présentent plus de comorbidités addictives (46 % de trouble lié à l'usage d'alcool *versus* 20,6 %) et de troubles anxieux (68 % *versus* 53 %) que les bipolaires non-fumeurs (41). Il existe une diminution de la qualité de vie chez les patients associant tabagisme et bipolarité, la dégradation de la qualité du sommeil est un point majeur.

Afin d'accompagner un sevrage en tabac, les substituts nicotiniques sont indiqués en première intention chez les patients bipolaires, le Bupropion étant contre-indiqué. Aucune interaction n'a été décrite entre les thymorégulateurs sels de Lithium, Lamotrigine, Acide Valproïque et le tabac, aucun ajustement thérapeutique n'est donc indiqué lors d'un sevrage (14). En revanche, il existe une augmentation de la Carbazépinémie et de l'Olanzapinémie qu'il convient de surveiller (15).

4. Tabac et trouble anxieux

Selon les résultats de Lasser, le tabagisme est élevé chez les patients souffrant de trouble anxieux, la prévalence est estimée entre 36 % à 46 % contre 22,5 % chez les sujets sans pathologie mentale (12). Fumer contribue au développement et au maintien des troubles anxieux *via* l'action de la nicotine sur les structures cérébrales (comme l'insula et l'hippocampe) impliquées dans la régulation émotionnelle et la mémoire traumatique (40). Il faut cependant tenir compte des comorbidités addictives et dépressives fréquentes chez ces patients pouvant contribuer au maintien de la consommation de tabac. Selon l'étude australienne de 2007 menée par le *National Survey of Mental Health and Wellbeing*, le tabagisme est d'autant plus fréquent que les troubles anxieux sont sévères. En revanche, les troubles anxieux ne favoriseraient pas la consommation, exception faite pour la phobie sociale, qui semble augmenter le trouble lié à l'usage du tabac (42).

Nombreux sont les patients tabagiques convaincus que le tabac atténue leur stress ou leur anxiété. Finalement, c'est surtout l'irritabilité et l'anxiété symptomatiques du manque de nicotine qui sont soulagées en fumant. Ainsi, une boucle rétroactive d'aggravation de l'anxiété se développe avec la croyance d'une impossibilité à se passer de tabac. Les symptômes de sevrage peuvent être distingués des troubles anxieux primaires : ils s'accompagnent de troubles de la concentration et de craving, leur intensité est maximale au réveil avec la baisse de la nicotinémié, et ils sont améliorés par la prise de nicotine. Le tabac diminue jusqu'à 50 % les concentrations plasmatiques de benzodiazépines (15). L'OFT affirme que l'hospitalisation pour un trouble anxieux n'est pas un obstacle à l'arrêt du tabac (14).

C. Tabac et suicide

En population générale, les fumeurs présentent plus d'idées suicidaires, passent plus à l'acte et décèdent plus par suicide que les non-fumeurs (43). Ainsi, le tabagisme augmente le risque suicidaire qu'il y ait ou non trouble dépressif sous-jacent (18). Ce risque est dose-dépendant, il est supérieur chez les femmes et persiste jusqu'à 4 ans après le sevrage (15).

D. Tabac et autres addictions

Le tabagisme est fréquent chez les personnes suivies en addictologie (60 à 90 %), particulièrement chez les patients présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool (TLUA) (80 à 88 % d'entre eux) (44).

1. Tabac et alcool

La sévérité des troubles liés à l'usage de l'alcool et du tabac sont corrélées. Les TLUA sont 10 fois plus présents chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Les patients aux antécédents de TLUA tentent moins fréquemment d'arrêter le tabac mais leur taux de réussite est équivalent aux fumeurs sans antécédent de TLUA (45). De nombreuses études plaident pour un arrêt simultané, les effets conjoints de la nicotine et de l'éthanol sur le système dopaminergique intensifieraient le potentiel addictif des deux produits (46). Ainsi, l'arrêt de la cigarette renforce l'abstinence à l'alcool. À noter qu'après sevrage en tabac, la rechute survient dans 41,5 % des cas au cours d'une consommation d'alcool (47).

2. Tabac et autres substances

Parmi les patients suivis en addictologie, la prévalence du tabagisme est de 85,1 % pour les consommateurs d'opiacés, et est comprise entre 85 et 98 % pour les patients traités par Méthadone (44). Le cannabis, quant à lui, est habituellement fumé avec du tabac. La consommation concomitante de cigarette et d'autres produits multiplie par deux les risques somatiques comparée à une consommation seule de tabac ou d'autres toxiques (46).

II. Tabac et institution psychiatrique

A. Relation soignante en psychiatrie

La relation thérapeutique peut être pensée comme le lien collaboratif et affectif qui lie le patient et l'équipe de soins, le thérapeute. Au sein de l'hôpital psychiatrique, le malade multiplie les relations, soignantes avec les médecins, les psychologues, l'équipe dans son ensemble mais aussi avec les autres patients. Une étude de Johansson pointe la pertinence de la relation soignant-soigné comme facteur thérapeutique, offrant aux patients « *un sentiment d'exister, d'être compris* » (48). Ces individus insistent sur l'importance du respect de leur dignité, du sentiment de sécurité, et de leur participation dans les soins (49). La qualité initiale de la relation soignante à l'admission, ou en cours de thérapie, est positivement associée au fonctionnement général du patient à la sortie du service (50). Les conditions d'hospitalisation, souvent dans un contexte de crise psychique, diffèrent : admissions sous contrainte, libres, en séquentielle, en isolement, avec des contrats de soins plus ou moins ouverts. Le patient ne choisit ni son psychiatre, ni l'équipe. Le travail pluridisciplinaire et institutionnel le confronte à des personnes différentes, dans des lieux variés. Pourtant, chacune de ces relations est potentiellement soutenante et fait partie intégrante du traitement puisque c'est une nouvelle possibilité de rencontre et de transfert, d'expérience, mais aussi la possibilité pour le malade d'établir des liens. L'hôpital intègre l'espace thérapeutique à l'espace de la vie quotidienne, le patient n'est plus le seul pris en compte dans le traitement, « *mais aussi le lieu dans lequel il vit, (...) il s'agit de lui permettre d'être actif, non pas simplement un objet de soins* » (51). Au sein de l'institution, tout objet, tout moment, tout rituel, tout événement mérite une attention afin de nourrir et entretenir cette relation thérapeutique. Il s'agit alors de « *faire feu de tout bois* » afin d'utiliser la structure de soin comme objet thérapeutique plutôt que d'en appliquer uniquement le cadre (52). La relation soignant-soigné est différente dans les moments informels, dans les interstices, hors du cadre conventionnel des entretiens médicaux ou infirmiers. Ainsi, la question de la place de la cigarette au sein d'un établissement de santé prend tout son sens. C'est l'opportunité d'inventer de nouvelles pistes d'intervention au-delà de la simple autorisation ou interdiction à fumer. La « pause clope » est-elle prétexte à tisser ces liens soignants ? Pour citer le Serment d'Hippocrate, c'est notre vocation de professionnel de santé et notre engagement à « *préserver ou (...) promouvoir la santé dans tous ses éléments* » qui nous imposent de soigner le patient dans sa globalité et donc d'accompagner la personne vers une démarche de sevrage en tabac (53). Ce temps cigarette pourrait alors être le point de départ d'une médiation thérapeutique autour du sevrage mais aussi autour de la santé au sens large.

B. Spécificité des représentations au sein de l'hôpital psychiatrique

Les patients présentant des troubles mentaux se voient moins proposer une aide au sevrage en tabac que les patients sans (5,54,55). Une étude menée par McNally dresse les constats suivants : en médecine, 1 soignant sur 10 est opposé à l'application de l'interdiction de fumer, contre 1 sur 3 en psychiatrie. Aider les patients à stopper le tabac n'est pas considéré spontanément comme faisant partie de leurs missions (56). Une des représentations les plus courantes dans la littérature, tant chez les patients que chez les professionnels, est qu'un sevrage en tabac impacte négativement les troubles mentaux. Une revue systématique de la littérature associée à une méta analyse démontre pourtant le contraire. Après un sevrage en tabac, les scores d'anxiété et de dépression diminuent aussi bien en population générale qu'en population psychiatrique. La taille de l'effet est similaire à celui d'un traitement antidépresseur (57).

Une méta analyse de Sheals en 2016 s'est penchée sur les pratiques et les représentations des soignants afin d'identifier les barrières à proposer un sevrage en tabac aux malades psychiatriques. Les croyances dominantes sont que leurs patients ne sont pas intéressés par un sevrage et qu'arrêter de fumer est trop difficile pour eux. Ils évoquent le tabagisme comme une norme en psychiatrie, la cigarette étant perçue comme utile aux patients et aux équipes afin de gérer certains symptômes. Une grande partie des professionnels de la santé mentale entretiendrait des attitudes et des conceptions erronées pouvant entraver les démarches de sevrage tabagique. De nombreux soignants font également état d'un manque de temps et de compétence comme principaux obstacles à la prise en charge tabagique de leurs patients (6). D'autre part, l'arrêt du tabac n'est pas perçu comme un axe prioritaire de la prise en charge des patients nécessitant des soins psychiques, le sevrage pouvant interférer avec l'apaisement des symptômes psychiatriques (55) et serait moins urgent à traiter.

Pourtant, il existe dans la littérature de nombreux arguments allant à l'encontre de ces représentations : en 2009, Siru montre que les patients souffrant de troubles psychiques sont tout autant intéressés pour arrêter la cigarette que les patients sans pathologie psychiatrique. À noter que la proportion d'individus au stade pré-contemplatif est plus importante chez les patients psychotiques que les patients souffrant de dépression (4). Une revue de la littérature de 2015 souligne l'absence de preuve en faveur d'une aggravation clinique des patients présentant des troubles mentaux sévères traités pour un sevrage en tabac, ni de survenue plus fréquente d'effets indésirables psychiatriques (32). D'autre part, il faut bien différencier les manifestations relatives au manque de nicotine et les symptômes en lien avec la pathologie préexistante. Du côté des patients, la quête de tabac est parfois vécue comme pénible et humiliante, mobilisant beaucoup de temps et d'énergie. La délivrance des cigarettes peut être perçue comme une stratégie comportementale de contrôle fondée sur la récompense, voire parfois punitive notamment en isolement (58).

On comprend bien comment ce sujet, à l'intersection entre le soin psychique et somatique, fait encore débat et soulève de nombreuses interrogations dans nos services. Il pose la question du libre arbitre chez des personnes souffrant de troubles psychiques et addictifs. La cigarette peut être perçue comme l'expression d'un choix et d'une liberté, au risque d'un déni de vulnérabilité.

C. Spécificité du cadre

1. Cadre légal

La loi Veil du 9 juillet 1976 régit la publicité pour le tabac et impose la présence de la mention « abus dangereux » et de messages sanitaires sur les paquets. Elle limite pour la première fois la consommation dans certains lieux publics (hôpitaux accueillant des mineurs et lieux où on manipule de la nourriture). Elle est complétée par la loi Évin de 1991 qui renforce l'interdiction de fumer dans les lieux publics et délimite par décret des espaces fumeurs. C'est le décret de 2006, appliqué à partir du 1^{er} février 2007, qui étend l'interdiction de fumer dans tous les lieux affectés à un usage collectif, et redéfinit les normes des espaces fumeurs intérieurs, appelés désormais couramment « fumeurs ». Ces espaces doivent être fermés et ventilés sans délivrance d'aucune prestation de service. À l'hôpital, dans les services de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), les SSR (services de Soins de Suite et Réadaptation) et les services de santé mentale, la consommation de tabac est interdite dans les locaux et les chambres. Si l'établissement n'est pas destiné à l'accueil des mineurs, fumer dans les espaces extérieurs n'est pas interdit. Le décret du 25 avril 2017 précise la législation concernant la cigarette électronique : si l'établissement n'est pas destiné à l'accueil des mineurs, il n'est pas interdit d'yvapoter, excepté dans les espaces collectifs de travail fermés et couverts ne recevant pas de public (salles de réunions, bureaux partagés, salles d'opération) (59).

Un des axes prioritaires du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, coordonné au niveau national par le RESPADD (Réseau de Prévention des ADDictions), est la mise en place de Lieux de Santé Sans Tabac (LSST). Il s'agit de structures de soin présentant une stratégie de progression dans l'aide aux fumeurs et dans la diminution du tabagisme au-delà du simple respect de la législation en vigueur. L'établissement s'engage à mettre un accent particulier sur la prévention, la prise en charge du tabagisme dans le parcours des patients et à prévoir des mesures spécifiques pour le personnel : informations de tous les usagers de l'existence des consultations de tabacologie de l'établissement, formation aux premiers conseils du personnel soignant, repérage des fumeurs et mise à disposition d'information et d'aide au sevrage, interdiction de fumer dans les espaces extérieurs... (*Charte hôpital sans tabac du RESPADD, annexes*).

2. Cadre réglementaire

Il n'y a pas si longtemps, le paquet de tabac était revendu au sein même de l'hôpital psychiatrique. Le décret du 16 janvier 2004 interdit aux établissements de santé la vente de cigarettes. Le tabac a longtemps été utilisé dans le cadre d'activités manuelles (fabrication de cigarettes) ou utilisé comme monnaie d'échange, de rétribution de tâches confiées aux malades.

Depuis le 1^{er} février 2007, il est interdit de fumer dans les lieux publics, et donc au sein de l'hôpital psychiatrique. Cette interdiction s'applique à tous, patients, visiteurs, ou membres du personnel, *« dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail »* (art. L. 3512-2 1). L'alinéa 2 de l'article interdit toute dérogation à ce principe au sein des structures de santé, en écartant la possibilité d'y prévoir des zones fumeurs y compris pour les patients en chambre d'isolement.

L'approche du tabac à l'hôpital psychiatrique doit tenir compte de plusieurs contraintes : la prévalence forte du tabagisme chez les patients (jusqu'à 70 % des personnes accueillies selon les études (60), les structures souvent pavillonnaires des unités psychiatriques, la longueur de certaines hospitalisations, parfois chroniques et les impératifs médicaux et organisationnels des services de soins. La diversité des structures d'accueil telles que les Centres Médico-Psychologiques (CMP), Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Hôpitaux De Jour (HDJ) et appartements thérapeutiques oblige à penser de nouvelles adaptations cohérentes, le plus uniformément possible. À la différence des visiteurs, l'état de santé et/ou le statut juridique de certains patients hospitalisés en psychiatrie ne leur permet pas forcément de sortir de l'établissement pour fumer. Il est par conséquent possible de délimiter, y compris dans les services accueillant des patients sous contrainte, des espaces extérieurs afin qu'ils puissent fumer une cigarette. Chaque établissement est donc amené à penser son organisation afin que les patients puissent consommer du tabac à l'extérieur. Ainsi, entre espace fumeur dédié en extérieur, sorties accompagnées à heures fixes ou sur demande, la réglementation peut être différente en fonction des hôpitaux, voire d'une unité à l'autre (61).

Pour les patients en isolement l'interdiction de fumer reste valable. Il appartient au médecin de prescrire en fonction de l'état clinique de la personne des temps de sortie d'isolement, accompagnés ou non de membre(s) de l'équipe.

D. Spécificité de la prise en charge

1. Interaction avec les traitements psychotropes

Nous savons que le tabac et la prise de nicotine modifient le métabolisme hépatique des psychotropes, par induction enzymatique du cytochrome P450, et plus particulièrement le CYP1A2 impliqué dans le

métabolisme de la Clozapine, de l'Olanzapine et des benzodiazépines (62). L'abaissement de la Clozapinémie chez les patients fumeurs entraîne une augmentation de la posologie à prescrire afin d'obtenir le même effet thérapeutique. Ces concentrations vont augmenter 1 à 2 jours après un sevrage en tabac. Une revue de la littérature de 2017 montre que l'abus de toxique chez les patients schizophrènes est associé à une mauvaise adhésion aux antipsychotiques. Les mesures ayant démontré une efficacité pour réduire les consommations et améliorer l'observance du traitement sont les TCC, l'éducation thérapeutique et la mise en place d'un traitement injectable retard (63).

2. Repérage et diagnostic

La Haute Autorité de santé (HAS) recommande le dépistage individuel de la consommation de tabac et le conseil d'arrêt aux fumeurs de manière systématique (*Algorithme du dépistage et de l'aide à l'arrêt du tabac, annexes*). Le test de Fagerström en 2 ou 6 questions permet d'évaluer la dépendance à la nicotine (*Questionnaires de Fagerström, annexes*). Il est également utile de pouvoir repérer les critères de dépendance de la Classification Internationale des Maladies (CIM) - 10, actualisée dans sa 11^{ème} version CIM - 11, notamment le syndrome de sevrage, la perte de contrôle, le désir persistant ou l'incapacité à réduire ou arrêter sa consommation (*CIM-10 et 11, annexes*). Enfin, la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré peut être utilisée pour valider l'abstinence d'un patient au cours d'un sevrage, et soutenir la motivation à l'arrêt.

3. Prise en charge du tabagisme en hospitalisation

Une étude de 2019 menée sur 5439 patients accueillis à l'hôpital psychiatrique pendant 15 ans a montré une relation significative entre le tabagisme et la réadmission des patients. Les fumeurs sont plus susceptibles que les non-fumeurs d'être réhospitalisés à 30 jours et à 1 an après leur sortie. Certains diagnostics comme la bipolarité, la schizophrénie et l'abus de substances, augmentent cette association (64). 75 % des patients hospitalisés dans une unité psychiatrique, sans possibilité de fumer et sans prise en charge de leur dépendance nicotinique, reviennent à leur tabagisme dès leur premier jour de sortie. La totalité redeviendra fumeuse trois mois à peine après la sortie (65).

Principes généraux

Selon la HAS, l'objectif doit être l'arrêt total du tabac. Les bénéfices de la seule réduction en terme de morbi-mortalité pour l'ensemble des maladies liées au tabac sont beaucoup moins importants que l'arrêt total. Ainsi, réduire la consommation de cigarettes peut être stratégique pour accompagner les patients mais pas un objectif en soi (66). Le simple fait de dispenser un conseil minimal au patient est associé à une augmentation du nombre d'arrêt : en considérant un taux de sevrage non assisté de 2 à

3 %, l'intervention brève augmente ce taux de 1 à 3 % supplémentaires (Risque Relatif RR de 1,66 *versus* sans conseil) (67).

Selon les recommandations de l'*European Psychiatric Association* (EPA), les cinq A doivent être utilisés systématiquement dans les services psychiatriques : *ask, advice, assess, assist, arrange* (interroger, conseiller, renforcer, traiter et prévoir un suivi). La substitution nicotinique doit être prescrite dès l'admission, à posologie suffisante et réajustée par les soignants en fonction des signes de manque ou de surdosage. Les auteurs insistent sur l'importance de faire confiance au sujet, sur la nécessité d'un suivi régulier et prolongé, et sur l'utilisation des substituts nicotiniques à fortes doses pour des périodes plus longues qu'en population générale. Les principales stratégies d'aide au sevrage incluent des TCC centrées sur la motivation à l'arrêt couplées à une prise en charge médicamenteuse pour diminuer les symptômes de manque. Trois molécules sont le plus souvent utilisées pour accompagner le sevrage : les TSN, la Varénicline et le Bupropion.

Néanmoins, les moments les plus adaptés pour l'arrêt du tabac sont les périodes de stabilisation (46). Ainsi, les sevrages tabagiques effectués avec l'aide d'un professionnel du soin s'effectuent le plus souvent en ambulatoire.

Principaux traitements médicamenteux

Chez ces patients, comme dans la population générale, la prescription de nicotine conduisant à une réduction de plus de 50 % du tabagisme est bien tolérée et efficace. Elle réduit l'envie de fumer, réduit les symptômes liés au sevrage et augmente la probabilité d'une décision d'arrêt. D'après plusieurs études et méta analyses, la Varénicline et le Bupropion peuvent être introduits sans risque de décompensation psychiatrique, exception faite pour les troubles bipolaires où le Bupropion est contre-indiqué. Il n'y a pas d'interactions médicamenteuses cliniquement importantes entre médicaments psychotropes et les substituts nicotiniques ou la Varénicline (31,32,68,69).

Les TSN :

La nicotine est désormais bien repérée comme la molécule responsable du trouble lié à l'usage du tabac. Les TSN ont été les premiers traitements développés et restent les molécules utilisées en première ligne. L'administration de nicotine a montré son efficacité dans la disparition des symptômes physiques de manque et du craving survenant les jours et semaines après l'arrêt de la cigarette. Associer différents modes d'administration (notamment patchs et pastilles) est plus efficace sur le maintien de l'abstinence comparé à un seul type de substitution nicotinique. L'arrêt du tabac est fréquemment associé à une prise de poids, l'administration de TSN limite cette augmentation mais cet effet ne perdure pas après l'arrêt du traitement (70). Les TSN sont très bien tolérés, ils sont moins

pourvoyeurs d'effets secondaires que les autres traitements de première ligne. Les plus fréquents surviennent avec la pose de patchs transdermiques et se limitent à des cauchemars et des irritations de la peau. Les gommes sont pourvoyeuses de troubles digestifs comme la dyspexie ou des irritations de gorge, parfois liés à une mauvaise utilisation.

Le Bupropion :

C'est le premier traitement non nicotinique autorisé sur le marché pour le sevrage en tabac. Il a d'abord été utilisé aux États-Unis comme traitement antidépresseur atypique. C'est un dérivé des β -phényléthylamines, ce qui lui confère des propriétés psychostimulantes. Il agit comme inhibiteur de la recapture de la norépinephrine et de la dopamine au niveau du système mésolimbique et du noyau accumbens. Il est aussi antagoniste des récepteurs nicotiques. La dose recommandée de Bupropion est de 150 mg 2 fois par jour. Des concentrations plasmatiques efficaces et stables sont obtenues après 5 à 8 jours de prises, l'arrêt du tabac survient donc généralement après une semaine de traitement (31). De nombreuses méta analyses confirment l'efficacité du Bupropion pour diminuer les symptômes de manque physique et psychique en nicotine, et limiter de la prise de poids post-arrêt (70). Les principaux effets secondaires rapportés à la dose de 300 mg par jour sont des cauchemars, des insomnies, des céphalées, des nausées et des sécheresses buccales. Ces symptômes sont réversibles et transitoires, ils peuvent également être imputés au sevrage en nicotine. Le Bupropion est contre indiqué chez les patients souffrant d'épilepsie, de trouble du comportement alimentaire, de trouble lié à l'usage de l'alcool, de trouble bipolaire ou concomitamment à un traitement par Inhibiteur de la Mono-Amine Oxydase (IMAO). Cette molécule ne doit pas être administrée lors d'un sevrage en alcool ou en benzodiazépine car elle augmente le risque de survenue de crise d'épilepsie. Le Bupropion a montré sa sécurité d'emploi chez les patients avec de nombreux facteurs de risque cardiovasculaires ou atteints de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) (31).

La Varénicline :

Cette molécule présente une très forte affinité et sélectivité pour la sous unité $\alpha 4\beta 2$ des récepteurs à l'acétylcholine. Cette affinité est entre 3 et 16 fois plus grande que celle de la nicotine et la de cystine. Son mode d'action est ainsi de deux types : elle agit comme agoniste partiel du récepteur nicotinique $\alpha 4\beta 2$, l'effet de la liaison étant suffisant pour diminuer le besoin impérieux de fumer et pour atténuer les symptômes de sevrage (action agoniste). Si la personne fume, la Varénicline diminue l'effet de récompense en bloquant la liaison de la nicotine aux récepteurs $\alpha 4\beta 2$ (action antagoniste). De cette manière, le renforcement du circuit du plaisir et de la récompense est atténué lors d'une prise de tabac sous Varénicline. Elle peut être administrée chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique mais la posologie doit être adaptée chez les insuffisants rénaux. La prise de Varénicline recommandée est

de 1 mg 2 fois par jour pendant 12 semaines, après titration progressive sur une semaine. L'effet thérapeutique survient généralement à une semaine du début du traitement, la Varénicline a prouvé sa supériorité par rapport au Bupropion (71). Du fait de son effet antagoniste, il n'est pas recommandé de l'associer à des substituts nicotiniques. Au même titre que le Bupropion et les TSN, la Varénicline permet de limiter la prise de poids survenant après l'arrêt du tabac, cet effet ne persiste pas après les 12 semaines de traitement (31).

E-cigarette

La vape, ou cigarette électronique, est actuellement au cœur d'un débat aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur des hôpitaux. Conformément à la loi en vigueur, l'interdiction de vapoter dans les lieux publics et donc à l'intérieur de l'hôpital reste d'actualité. Elle n'est pas un produit anodin, mais c'est incontestablement un outil de réduction des risques et dommages, et une aide pour sortir du tabagisme. En 2018, elle est le premier moyen utilisé pour quitter le tabac (72). Le RESPADD, en 2016, soutenait l'utilisation de la cigarette électronique comme outil de réduction du tabagisme. La vape ne constitue pas une porte d'entrée significative dans la consommation de cigarettes mais contribue à diminuer le nombre de fumeurs (73).

Cependant, une revue systématique de la littérature parue dans le Lancet en 2016 remet en question l'utilisation de la vape dans le sevrage en tabac. Réalisée à partir de 38 études dont 20 ayant fait l'objet d'une méta analyse, cette recherche suggère que la propension à stopper la cigarette serait 28 % plus faible chez les fumeurs usagers de cigarette électronique que chez les fumeurs non usagers de la e-cigarette. Même si la e-cigarette reste préférable au tabagisme classique dans une perspective de réduction des risques, ces résultats interrogent sur le profil du patient et l'accompagnement dont l'utilisateur de cigarette électronique bénéficie pour parvenir au sevrage en tabac. Une prise en charge clinique et un accompagnement global pour les utilisateurs de e-cigarette restent nécessaires (74).

Accompagnement psychothérapeutique

Les entretiens motivationnels sont conseillés tout au long du sevrage. Les techniques de prévention de la rechute sont indiquées pendant et après sevrage. Les stratégies de coping, d'affirmation de soi, de gestion du stress, d'entraînement aux habiletés sociales, doivent être utilisées à toutes les étapes de la prise en charge, en tenant compte des pathologies psychiatriques et des traits de personnalité associés (20).

I. Introduction

Dans la première partie de cette thèse nous avons vu que la prévalence du tabac est plus importante chez les patients atteints de troubles psychiatriques. C'est l'une des principales sources de morbi-mortalité chez cette population, et pourtant, une aide au sevrage leur est moins fréquemment proposée. D'autre part, les mesures de santé publique actuelles priorisent le développement du nombre de LSST, imposant aux établissements de santé de revoir leur politique de gestion du tabagisme, de prévention et d'accompagnement des malades et des professionnels. En interrogeant les facteurs limitant le sevrage des patients, la littérature fait état de nombreuses représentations soignantes concernant l'arrêt du tabac pour ces malades. Certaines considèrent que l'arrêt du tabac impacte de façon négative les troubles mentaux en augmentant les symptômes psychiatriques, favorisant l'agitation et l'anxiété, et entraînant des effets indésirables médicamenteux. Ces représentations sont donc source d'appréhension et d'anticipation négative pour le professionnel amené à accompagner le malade. C'est pourquoi nous nous sommes demandé si cette inquiétude du soignant pouvait impacter la prise en charge tabacologique des patients hospitalisés en psychiatrie.

II. Matériel et Méthode

A. Design et conception

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale quantitative et monocentrique, menée auprès des soignants de l'hôpital psychiatrique de Saint-Jacques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes.

Les données ont été recueillies *via* un questionnaire numérique réalisé avec Google Forms®. À l'occasion du mois sans tabac de novembre 2019, nous l'avons distribué aux professionnels travaillant dans les services intra hospitaliers temps plein de l'hôpital. La diffusion s'est faite *via* les *mailing-lists* des paramédicaux, des médecins/internes/externes et *via* des groupes ciblés sur les réseaux sociaux. Le questionnaire était accompagné d'une note d'information incluse dans les mails et affichée dans les salles de soin (*Affiche, annexes*). Les groupes de parole sur le tabac du MST ont permis de réaliser une première relance. D'autres rappels ont été effectués début décembre et début janvier, par mail et en passant dans chaque unité de soin. La durée de diffusion était de 3 mois, soit jusqu'à fin janvier 2020.

B. Participants

1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus tout professionnel soignant travaillant auprès de patients en intra hospitalier temps plein, en secteur ouvert ou fermé de psychiatrie. Nous avons choisi de ne pas inclure les soignants travaillant en CMP ou HDJ (dont le Service Médico-Psychologique Régional -SMPR-), les priorités du soin ambulatoire et l'accompagnement des patients au long court étant différents de ceux d'une hospitalisation complète en service de psychiatrie. 510 personnes étaient concernées par ces critères (54 médecins et internes ; 90 externes ; 366 Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat -IDE-, cadres de santé, Agents de Service Hospitalier -ASH-, aides-soignants, psychologues, assistants de service social).

2. Critères de non-inclusion

Le seul critère de non-inclusion était le refus du soignant de répondre au questionnaire.

C. Outils d'évaluation

Nous avons utilisé un questionnaire anonyme réalisé pour l'occasion. Répondre à chaque item était obligatoire pour poursuivre. Il explorait les grandes thématiques suivantes (*Questionnaire, annexes*) :

- Les caractéristiques sociodémographiques du participant : l'âge, le sexe, la profession du soignant, le secteur d'exercice (ouvert, fermé, addictologie, et unités plus spécifiques : l'unité Espace de Soins et de Prévention pour Adultes et jeunes en Crise, ainsi que l'unité Ravel, pour les patients présentant une psychose chronique associée à une dépendance institutionnelle), l'expérience ou non d'exercice en dehors de la psychiatrie.
- Le rapport au tabac du soignant : le statut fumeur, ancien fumeur ou non-fumeur du soignant, le nombre de cigarettes par jour, le nombre de tentative d'arrêt (TA), le recours ou non à des aides au sevrage, ses représentations sur le tabac à savoir : la dangerosité cotée de 0 - pas dangereux, à 4 - très dangereux, et la difficulté d'arrêt cotée de 0 - facile, à 4 - très difficile.
- La formation continue du soignant : l'avis du professionnel sur les propositions de formations et son sentiment de compétence en tabacologie et de connaissance du réseau.
- L'inquiétude du participant : ressentie face aux conséquences, répercussions ou impact d'un sevrage chez un patient fumeur hospitalisé, cotée de 0 - aucune inquiétude, à 4 - très inquiet.
- La fréquence de proposition d'aide au sevrage par le participant : cotée de 0 - jamais, à 4 - toujours.
- La pratique du professionnel pour la prise en charge du tabac en intra hospitalier.
- Les représentations de la mission de soignant : relatives à la place du tabac dans un service de psychiatrie et dans la pratique soignante.
- Les représentations vis-à-vis de la consommation de tabac des patients.

D. Critères de jugement

1. Critère de jugement principal (CJP)

Nous avons choisi d'évaluer la relation entre l'inquiétude ressentie par le soignant face à un sevrage en tabac d'un patient hospitalisé en psychiatrie et la fréquence de proposition d'une aide à l'arrêt.

2. Critères de jugement secondaires (CJS)

- Évaluer l'impact du statut tabagique du soignant, sur le lien entre son inquiétude vis-à-vis du sevrage du patient et la proposition d'une aide à l'arrêt (soit notre CJP).
- Évaluer l'impact du nombre de tentatives de sevrage vécues par le soignant fumeur ou ancien fumeur, sur le lien entre l'inquiétude et la proposition d'une aide (soit notre CJP).
- Évaluer l'impact de la profession médicale ou paramédicale, sur le lien entre l'inquiétude et la proposition d'une aide (soit notre CJP).
- Évaluer l'impact du degré de dangerosité du tabac perçue, sur le lien entre l'inquiétude et la proposition d'une aide (soit notre CJP).
- Évaluer l'impact du degré de difficulté d'arrêt perçue, sur le lien entre l'inquiétude et la proposition d'une aide (soit notre CJP).
- Mettre en évidence des facteurs influençant la fréquence de proposition d'aide au sevrage.
- Mettre en évidence des facteurs influençant l'inquiétude du soignant vis-à-vis du sevrage des patients hospitalisés.
- Interroger les représentations des professionnels sur le tabac à l'hôpital psychiatrique.
- Comparer les représentations des soignants en fonction de leur statut tabagique.
- Mettre en évidence des représentations interférant avec la prise en charge tabacologique.
- Connaître les aides les plus utilisées par les professionnels pour accompagner l'arrêt du tabac.
- *Via* un espace d'expression libre, interroger les professionnels sur les facteurs limitant la proposition d'un sevrage.

E. Analyse statistique

1. Critère de jugement principal

Nous avons réalisé deux échelles de Likert portant sur le degré d'inquiétude ressentie par le soignant face au sevrage en tabac d'un patient hospitalisé en psychiatrie et la fréquence de proposition d'une aide au sevrage. Pour mettre en évidence une corrélation et un degré d'association entre ces deux échelles, nous avons calculé sur le logiciel de statistiques R® le tau de Kendall (T). Il s'agit d'une variante du coefficient de corrélation adapté aux variables qualitatives ordinales.

2. Critères de jugement secondaires

- Afin de déterminer si le statut tabagique, le nombre de TA, la profession, la dangerosité de l'usage de tabac perçue ou la difficulté d'arrêt estimée par le participant modifient la corrélation évaluée par notre CJP, nous avons refait les calculs statistiques en stratifiant la population de soignants selon 5 critères :
 - Le statut tabagique : groupe fumeur (F), non-fumeur (NF) et ancien fumeur (AF).
 - Le nombre de tentative d'arrêt des F et AF : groupe 0 TA, 1-2 TA, 3 et plus TA.
 - La profession : groupe professions médicales (psychiatre, médecin généraliste, interne en psychiatrie ou autre spécialité et externe) et paramédicales (IDE, étudiant IDE, cadre de santé, aide-soignant, assistant social, psychologue, ASH).
 - La dangerosité d'un usage quotidien de tabac perçue par le soignant : de 0 - pas dangereux, à 4 - très dangereux.
 - La difficulté d'arrêt estimée par le participant : de 0 - facile, à 4 - très difficile.
- Pour mettre en évidence des facteurs influençant la fréquence de proposition d'aide au sevrage nous avons utilisé le test du χ^2 (χ^2) disponible sur le site BiostaTGV. Pour chaque degré de fréquence, nous avons comparé les proportions de participants selon :
 - Leur expérience hors psychiatre (oui ou non).
 - Leur sentiment d'être suffisamment ou insuffisamment formé (oui ou non).
- Pour mettre en évidence des facteurs influençant l'inquiétude du soignant nous avons utilisé deux tests différents. Pour chaque degré d'inquiétude, nous avons comparé les proportions de participants selon :
 - Leur profession (médicale ou paramédicale) en utilisant le test du χ^2 .
 - Le nombre de TA (0, 1-2, 3 et plus). Il s'agit ici d'une variable quantitative avec plus de deux valeurs possibles, nous avons donc calculé une corrélation utilisant le tau de Kendall.
- Nous avons utilisé le test du χ^2 pour comparer les représentations soignantes selon le statut tabagique du soignant.
- Nous avons soumis aux participants une question ouverte non obligatoire portant sur les facteurs limitant la proposition d'un sevrage. Nous avons classé les expressions écrites selon des thèmes récurrents, illustrés par une phrase de soignant représentative de la catégorie.

F. Éthique

Il s'agit d'une étude Hors loi Jardé (Évaluation des Pratiques Professionnelles). Nous avons déclaré et recensé le projet auprès de la Direction de Recherche de l'Université de Nantes.

III. Résultats

A. Description de l'échantillon

Les tableaux détaillant les caractéristiques socio-démographiques et le rapport au tabac des participants sont consultables en annexes (*Tableau 1 et 1bis, annexes*).

Le profil type du participant à ce questionnaire est celui d'une femme âgée de 25 à 34 ans, non fumeuse, exerçant la profession d'infirmière en secteur ouvert et ayant déjà travaillé hors psychiatrie.

20,7 % des soignants sont fumeurs, 32,6 % sont des anciens fumeurs, 46,7 % ne fument pas et n'ont jamais fumé. La majorité des fumeurs consomme moins de 10 cigarettes par jour et 46,4 % d'entre eux ont expérimenté 1 à 2 tentatives de sevrage. La majorité des anciens fumeurs consommait entre 10 et 15 cigarettes par jour et 45,5 % d'entre eux avaient tenté 1 à 2 fois un sevrage avant l'arrêt du tabac. 19,2 % des professionnels médicaux de notre échantillon et 22,6 % des paramédicaux fument. Le graphique 1 en annexes présente la répartition des différentes aides utilisées par le groupe fumeurs et anciens fumeurs lors de leurs tentatives de sevrage, plusieurs réponses étaient possibles. L'arrêt du tabac sans aucune aide est le plus fréquent (*Graphique 1, annexes*). Sur une échelle de 0 à 4, la dangerosité d'un usage quotidien de tabac pour la santé est cotée 3 ou 4 par 96,3 % des participants (*Graphique 2, annexes*). Sur une échelle de 0 à 4, la difficulté à se sevrer en tabac est cotée 3 ou 4 par 95,6 % des soignants (*Graphique 3, annexes*).

60,7 % des participants pensent être insuffisamment formés pour parler de sevrage en tabac avec les patients (*Graphique 4, annexes*). 67,4 % des soignants interrogés affirment connaître le conseil minimal (*Graphique 5, annexes*). 86,7 % d'entre eux savent où adresser les patients en demande d'aide au sevrage, 13,3 % des soignants non (*Graphique 6, annexes*). L'accès à des formations complémentaires sur ce thème est souhaité par 68,9 % des participants, 31,1 % d'entre eux ne sont donc pas intéressés (*Graphique 7, annexes*).

Le graphique 8 présente les pourcentages de soignants pour chaque degré d'inquiétude. Le graphique 9 présente les pourcentages de soignants pour chaque fréquence de proposition d'aide au sevrage (*Graphiques 8 et 9, annexes*).

B. Critère de jugement principal

Le tableau 2 présente le nombre de participants en fonction de l'inquiétude et de la fréquence. Le tau de Kendall (T) obtenu par l'étude de la corrélation entre l'inquiétude des soignants et la fréquence de proposition d'une aide à l'arrêt est de 0,113 avec un intervalle de confiance IC (-0,016 ; 0,242).

Ensemble des participants		Inquiétude				
		0	1	2	3	4
Fréquence	0	0	3	2	1	0
	1	2	2	22	8	0
	2	1	3	18	17	0
	3	0	5	17	14	4
	4	0	3	8	3	2

Tableau 2 : Nombre de participants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence

$$T = 0,113 (-0,016 ; 0,242)$$

Ce résultat montre une corrélation positive faible entre l'inquiétude et la fréquence au sein de notre échantillon de soignants. Cependant, cette relation n'est pas statistiquement significative puisque notre IC comprend 0.

Nous avons alors effectué une analyse de sensibilité non prévue initialement, afin d'augmenter les effectifs de soignants pour les valeurs les plus hautes d'inquiétude et de fréquence. Les calculs ont été refaits après avoir fusionné les cotations 3 et 4 des deux échelles.

Analyse de sensibilité		Inquiétude			
		0	1	2	3 ou 4
Fréquence	0	0	3	2	1
	1	2	2	22	8
	2	1	3	18	17
	3 ou 4	0	8	25	23

Tableau 3 : Analyse de sensibilité du CJP en fusionnant les valeurs 3 et 4 de chaque échelle

$$T = 0,110 (-0,020 ; 0,239)$$

Nous obtenons ici aussi une corrélation positive faible mais non significative.

C. Critères de jugement secondaires

1. Stratifications du critère de jugement principal

Statut tabagique

Nous avons stratifié en fonction de la consommation de tabac du soignant et réalisé la même analyse statistique au sein de chaque sous-groupe NF/F/AF (Tableaux 4, 5 et 6, annexes).

Non-fumeurs : $T = 0,0498$ (-0,162 ; 0,261)

Fumeurs : $T = 0,057$ (-0,204 ; 0,319)

Anciens fumeurs : $T = 0,258$ (0,065 ; 0,452)

Dans le groupe AF, il existe une faible corrélation positive entre l'inquiétude et la proposition d'une aide au sevrage. En revanche, les 3 intervalles de confiance se recoupent, il n'y a donc pas de différence significative de corrélation entre les groupes. Ainsi, le statut tabagique du soignant n'influence pas la relation entre l'inquiétude et la fréquence de proposition d'aide au sevrage.

Nombre de tentatives d'arrêt

Nous avons stratifié en fonction du nombre de tentatives d'arrêt expérimentées par les soignants des groupes F et AF (*Tableaux 7, 8 et 9, annexes*).

0 TA : $T = 0,020$ (-0,345 ; 0,378)

1 - 2 TA : $T = 0,232$ (0,020 ; 0,443)

3 et plus de 3 TA : $T = 0,184$ (-0,084 ; 0,452)

Dans le groupe « 1 - 2 TA », il existe une faible corrélation positive entre l'inquiétude et la proposition d'une aide au sevrage. En revanche, les intervalles de confiance se recoupent, il n'y a pas de différence significative entre les groupes. Ainsi, le nombre de TA n'influence pas la relation entre l'inquiétude et la fréquence de proposition d'aide au sevrage.

Profession

Nous avons stratifié selon la profession « médicale » (psychiatre, médecin généraliste, interne en psychiatrie ou autre spécialité et externe) ou « para médicale » (IDE, étudiant IDE, cadre de santé, aide-soignant, assistant social, psychologue, ASH) (*Tableaux 10 et 11, annexes*).

Médical : $T = 0,111$ (-0,079 ; 0,302)

Paramédical : $T = 0,129$ (-0,049 ; 0,306)

Les intervalles de confiance se recoupent, il n'y a pas de différence significative entre les groupes. Ainsi, la profession, médicale ou paramédicale, n'influence pas la relation entre l'inquiétude et la fréquence.

Dangerosité d'un usage quotidien de tabac perçue par le soignant

Nous avons prévu de stratifier les résultats du CJP en fonction de la dangerosité d'un usage quotidien de tabac estimée par le soignant mais au vu des taux importants de cotation 3 ou 4, nous n'avons pas réalisé ces calculs, qui n'auraient pas été informatifs.

Difficulté d'arrêt estimée par le soignant

Nous avons prévu de stratifier les résultats du CJP en fonction de la difficulté de sevrage estimée. De même, au vu des taux importants de cotation 3 ou 4, nous n'avons pas réalisé ces calculs.

2. Facteurs influençant la fréquence de proposition d'aide au sevrage

Expérience professionnelle hors psychiatrie

Le tableau 12 en annexes présente les cotations de fréquence dans le groupe de professionnels ayant travaillé dans d'autres services de soins, et dans le groupe de professionnels ayant exclusivement travaillé en psychiatrie (*Tableau 12, annexes*). Un test du χ^2 a été réalisé :

$$p = 0,620$$

Nous n'avons pas d'argument pour dire qu'il existe une différence entre les deux groupes ($p > 0,05$). L'expérience professionnelle hors psychiatrie n'influence pas la fréquence de proposition d'une aide.

Formation

Le tableau 13 en annexes présente les cotations de fréquence d'aide au sevrage dans le groupe pensant être suffisamment formé pour parler sevrage avec les patients, et dans le groupe ne se sentant pas assez formé (*Tableau 13, annexes*). Un test du χ^2 a été réalisé :

$$p = 0,027$$

Nous remarquons que plus la fréquence augmente, plus le pourcentage de participants se sentant formés augmente. Les soignants se sentant formés proposent plus fréquemment une aide au sevrage.

3. Facteurs influençant l'inquiétude du soignant

Profession

Le tableau 14 en annexes présente le nombre de professionnels en fonction du degré d'inquiétude ressentie, et ce pour le groupe « profession médicale » et « profession paramédicale » (*Tableau 14, annexes*). Un test du χ^2 a été réalisé :

$$p = 0,049$$

Nous remarquons que plus l'inquiétude augmente, plus le pourcentage de professionnels du groupe médical augmente. Ainsi, la profession médicale a tendance à être plus inquiète des conséquences d'un sevrage que le paramédical.

Nombre de tentatives d'arrêt

Le tableau 15 en annexes présente le nombre de participants en fonction du degré d'inquiétude ressentie, et ce pour les groupes ayant expérimenté 0, 1-2, et plus de 3 TA. (Tableau 15, annexes).

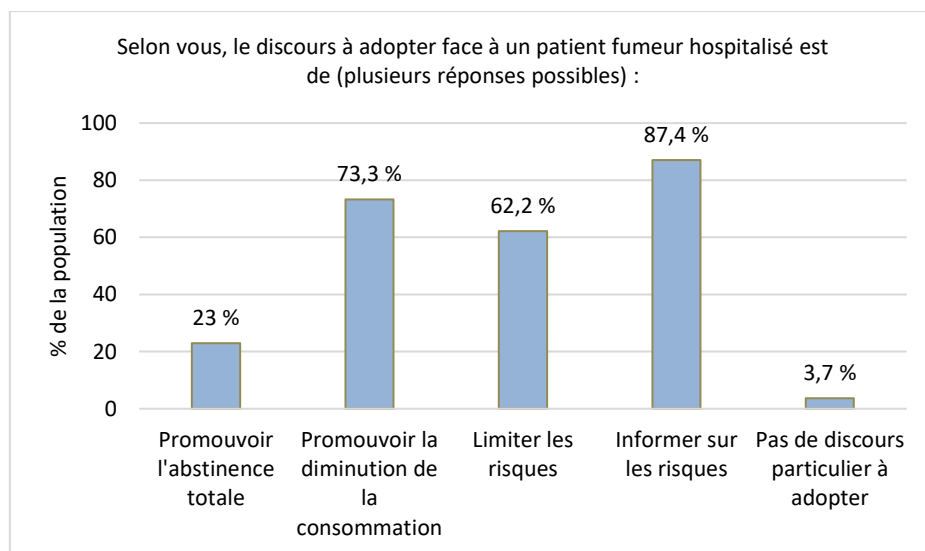
$$T = 0,141 (-0,054 ; 0,336)$$

Ce résultat est non significatif. Le nombre de TA n'est pas corrélé à l'inquiétude du soignant.

4. Représentations soignantes au sein de l'ensemble de la population interrogée

Discours soignant dans la stratégie de sevrage

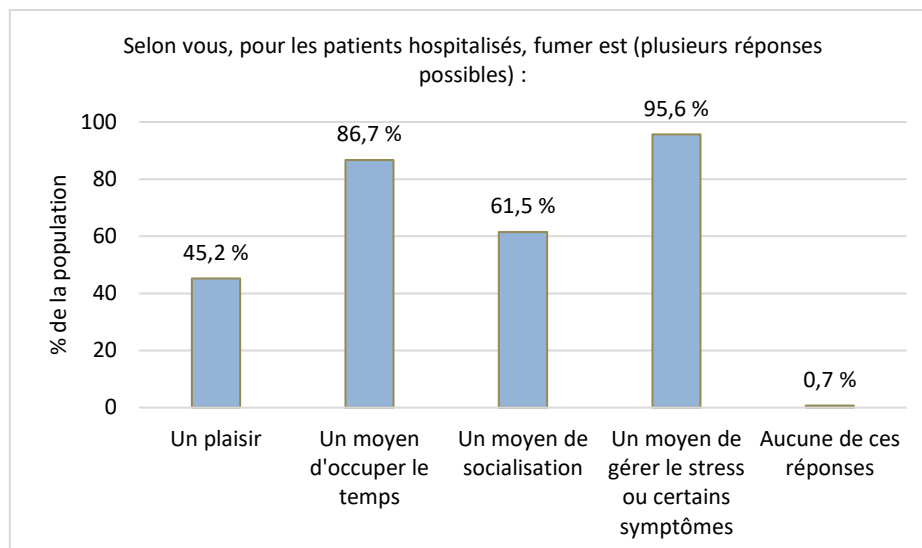
Le graphique 10 présente les différentes visions du discours soignant à tenir face à un fumeur hospitalisé. Plusieurs réponses pouvaient être choisies, les 135 participants ont fourni 337 réponses. « Informer sur les risques encourus » est cité par 87,4 % des soignants et correspond à 35 % des réponses totales. 5 soignants pensent qu'il n'y a pas de discours particulier à adopter.



Graphique 10 : Discours à tenir vis-à-vis d'un patient fumeur selon les soignants

Fonction du tabac pour le patient hospitalisé

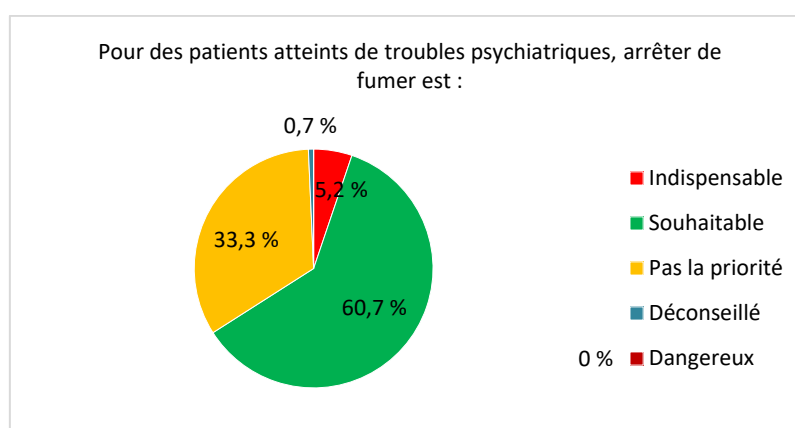
Le graphique 11 présente les représentations des professionnels interrogés sur l'utilité de la cigarette pour le patient hospitalisé. Le participant pouvait choisir plusieurs propositions, les 135 soignants ont fourni 391 réponses. « Gérer son stress et certains symptômes » est évoqué par quasiment la totalité des soignants puisque 95,6 % d'entre eux mentionnent cette proposition. Elle correspond à 33 % des réponses totales.



Graphique 11 : Fonction du tabac pour les patients selon les soignants

Importance du sevrage en tabac pour les patients présentant des troubles psychiatriques

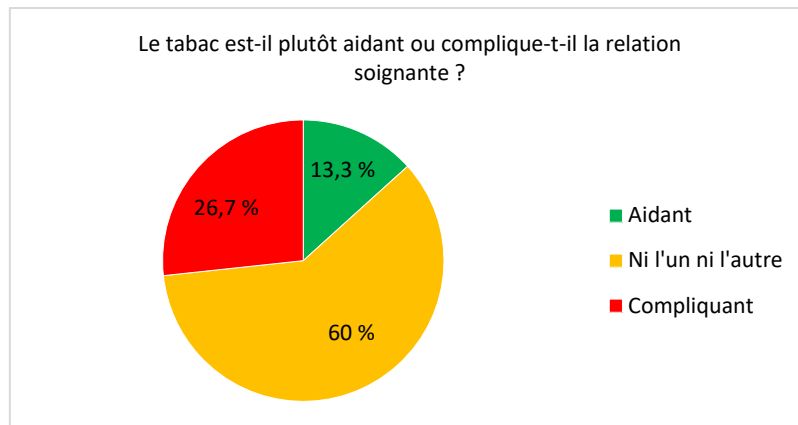
Le graphique 12 présente les représentations des soignants sur l'importance d'un sevrage en tabac pour le patient. Une seule réponse était possible. Le sevrage apparaît comme souhaitable par la majorité des participants, la réponse « indispensable » est cochée par 5,2 % des soignants (soit 7 personnes). Aucun soignant ne pense qu'un sevrage est dangereux, 1 personne pense qu'il est déconseillé.



Graphique 12 : Nécessité d'un sevrage tabagique pour les patients selon les soignants

Place du tabac dans la relation soignante

Le graphique 13 présente les pourcentages de réponse à la question « Le tabac est-il plutôt aidant ou complique-t-il la relation soignante ? ». Une seule réponse était possible. Pour la grande majorité des soignants de cette étude, la cigarette n'est pas considérée comme facteur influençant la relation thérapeutique. 18 personnes, soit 13,3 % des participants, considèrent le tabac comme utile dans le lien qu'ils tissent avec les patients.



Graphique 13 : Place du tabac dans la relation soignante selon les soignants

5. Différence des représentations selon le statut tabagique du soignant interrogé

Mission soignante

57 % des participants pensent que rationner les cigarettes, récupérer du tabac auprès des familles et accompagner le patient au bureau de tabac fait partie de leur mission soignante, 43 % ne le pensent pas (*Graphique 14, annexes*). Le tableau 16, à suivre, présente le nombre de réponses positives et négatives à la question « Pensez-vous que gérer la consommation de tabac des patients hospitalisés fait partie de vos missions soignantes ? », et ce au sein des groupes F, NF et AF. Un test du χ^2 a été réalisé :

$$p = 0,53$$

Il n'y a pas de différence significative de réponse entre les groupes.

Dans cette étude, il n'y a pas de différence de perception de la mission du soignant vis-à-vis du tabac selon le statut fumeur, non-fumeur ou ancien fumeur du participant.

Rôle du soignant

88,9 % des participants pensent avoir un rôle à jouer dans la réduction et le sevrage en tabac des patients hospitalisés, 11,1 % ne le pensent pas (*Graphique 15, annexes*). Le tableau 16, à suivre, présente le nombre de réponses positives et négatives à la question « Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la réduction ou le sevrage en tabac des patients hospitalisés ? », et ce au sein des groupes F, NF et AF. Un test du χ^2 a été réalisé :

$$p = 0,09$$

Il n'y a pas de différence significative de différence de perception du rôle soignant vis-à-vis de la réduction de consommation de tabac du patient, selon le statut fumeur, non-fumeur ou ancien fumeur du participant.

Intérêt du patient pour le sevrage en tabac

53,3 % des soignants interrogés pensent que les patients ne sont pas intéressés pour arrêter leur consommation de tabac (*Graphique 16, annexes*). Le tableau 16 ci-dessous présente le nombre de réponses positives et négatives à la question « Globalement, les patients sont-ils intéressés pour arrêter ou diminuer leur consommation de tabac ? », et ce au sein des groupes F, NF et AF. Un test du χ^2 a été réalisé :

$$p = 0,01$$

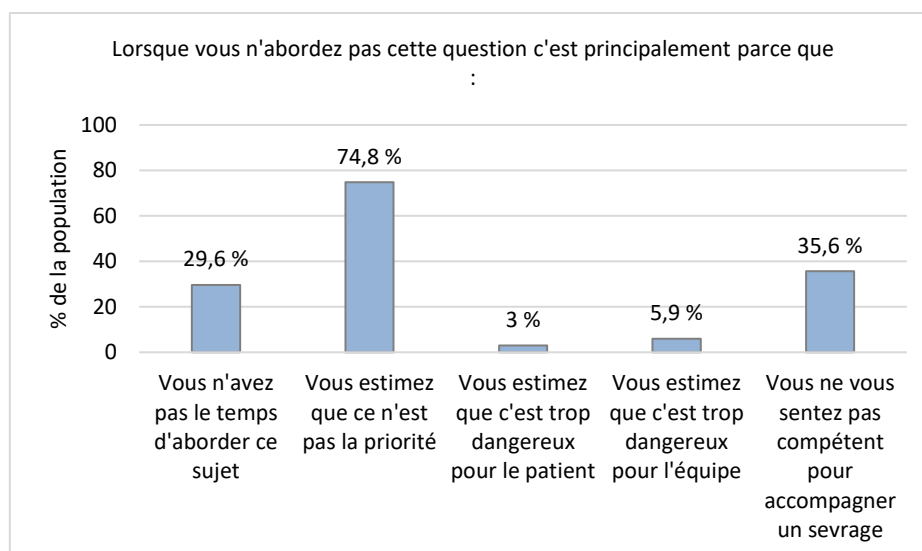
Ici, au vu des pourcentages, le groupe NF considère significativement plus que les patients sont intéressés par un sevrage, comparé au groupe F et AF.

	Gérer la consommation de tabac des patients fait partie de mes missions soignantes		J'ai un rôle à jouer dans la réduction ou le sevrage des patients hospitalisés		Selon moi, les patients sont intéressés par un sevrage			
	Oui	Non	Oui	Non	Oui		Non	
Fumeur	17	11	23	5	9	32 %	19	68 %
Non-Fumeur	38	25	60	3	38	60 %	25	40 %
Ancien Fumeur	22	22	37	7	16	36 %	28	64 %
P value	0,53		0,09		0,01			

Tableau 16 : Nombre de professionnels pour chaque groupe F NF et AF aux questions portant sur les représentations soignantes

6. Facteurs interférant avec la prise en charge du patient

Le graphique 17 présente les représentations pouvant diminuer la fréquence de proposition d'une aide à l'arrêt du tabac. Le participant pouvait choisir plusieurs réponses différentes, les 135 soignants ont fourni 201 réponses. L'idée que le sevrage en tabac n'est pas une priorité est de loin la plus fréquente. En effet, cette proposition a été cochée par presque 75 % des professionnels et correspond à 50,3 % des réponses totales.



Graphique 17 : Facteurs limitant la proposition d'un sevrage selon les soignants

7. Prise en charge du sevrage des patients hospitalisés

Le graphique 18 en annexes présente les aides les plus utilisées par les soignants pour accompagner le patient hospitalisé dans sa démarche d'arrêt du tabac. Le soignant pouvait cocher plusieurs propositions, les 135 participants ont fourni 219 réponses (*Graphique 18, annexes*). Les TSN sont de loin les plus prescrits. Ils ont été mentionnés par 91,9 % des professionnels, ils correspondent à 56,6 % des réponses totales. Nous remarquons qu'un tiers des soignants dit avoir recours à des consultations de tabacologie et qu'aucun soignant de cette étude n'utilise de traitement PO.

8. Expression libre

Nous avons classé les 30 réponses en 7 thèmes illustrés par un écrit de soignant : 29 réponses ont été analysées, 1 réponse non classée (*Classification des expressions libres, annexes*).

- Ce n'est pas la priorité du soin à ce moment-là, la question n'est pas pertinente : « Pertinence du sevrage en tabac face à la situation clinique du patient ? ce n'est pas le bon moment dans les choses à travailler avec le patient. »
51,7 % des réponses comportent ce thème.
- Le soignant pense ne pas être compétent : « Pas de formation et de connaissances suffisantes pour les assistantes sociales, ne relève pas de mes missions. »
24,1 % des réponses comportent ce thème.
- Le sevrage risque de majorer ou d'entraîner de nouveaux symptômes : « Le sevrage risque de majorer ou d'entraîner de nouveaux symptômes. »
20,7 % des réponses comportent ce thème.

- Le patient n'est pas en demande, il ne veut pas de sevrage : « Le patient ne souhaite pas arrêter, cela leur semble impossible à envisager. »
20,7 % des réponses comportent ce thème.
- Le soignant n'y pense pas : « Je n'ai pas le réflexe d'en parler spontanément plutôt que ne pas l'avoir en priorité. »
10,3 % des réponses comportent ce thème.
- Le tabac n'est pas l'addiction la plus grave : « Dans la gravité des comportements addictifs, le tabac n'étant pas ciblé par le patient (...), je n'aborde le sujet de l'arrêt du tabagisme que lorsque le sujet est amené directement ou indirectement par le patient. »
10,3 % des réponses comportent ce thème.
- Les patients n'en sont pas capables, le tabac leur est utile : « Pour un psychotique, la cigarette fait partie de son mode de fonctionnement, de son rythme de vie, chez lui ou au sein de l'institution. »
10,3 % des réponses comportent ce thème.

IV. Discussion

A. Résultats

Nous avons réalisé une étude principalement quantitative dont l'objectif principal était d'évaluer la relation entre l'inquiétude ressentie par le soignant face au sevrage en tabac d'un patient hospitalisé en psychiatrie et la fréquence de proposition par le professionnel d'une aide dans ce sevrage. Nous avons interrogé les représentations de 135 soignants sur le sevrage et la place de la cigarette à l'hôpital psychiatrique.

1. Échantillon

Nous avons recruté une population moins tabagique que la population générale. Notre étude comporte 20,7 % de F (- 9,7 points de % par rapport à la population générale), 46,7 % de NF (+ 9 points de % par rapport à la population générale) et 32,6 % d'AF (quasiment la même prévalence que la population générale). D'autre part, 82,1 % de nos F consomment moins de 10 cigarettes par jour contre 52 % (3,9). 68,2 % des F et 63,6 % des AF de notre enquête n'ont pas eu recours à une aide lors de leur TA. Les pourcentages de réponses sont similaires entre les deux groupes, l'arrêt du tabac sans aucune aide est le plus fréquent. Ces chiffres sont proches des données européennes selon lesquelles 65 % des F et AF ont expérimenté des sevrages sans aucune aide (75).

Bien qu'il soit moins tabagique que la population générale, notre échantillon présente une proportion de F proche des taux relevés chez les soignants français, en particulier pour les IDE. Il est vrai que les

fumeurs sont moins nombreux du côté des professionnels de santé, malgré de fortes disparités : 23 % des infirmiers et sages-femmes, 40 % des aides-soignants et 14 % des médecins généralistes déclarent fumer quotidiennement (76). Dans notre étude, 19,2 % des professionnels médicaux et 22,6 % des paramédicaux consomment du tabac. 71,1 % nos participants sont des femmes, chiffre proche de la prévalence de 77 % de femmes dans la fonction publique hospitalière française (77). Notre population est donc plutôt représentative de la population soignante mais nous ne disposons pas de données relatives à la population hospitalière psychiatrique spécifiquement.

2. Critère de jugement principal

Notre étude met en évidence une corrélation non significative entre l'inquiétude et la fréquence, nous ne pouvons donc pas conclure à l'existence d'un lien statistique entre l'appréhension des conséquences d'un sevrage en tabac par le professionnel et la fréquence de proposition d'une aide à l'arrêt. Augmenter la puissance de notre étude en recrutant un nombre plus important de participants permettrait de confirmer l'existence ou non de cette relation.

Si elle existe, cette corrélation semble néanmoins faible. Diminuer l'inquiétude des soignants n'est probablement pas le principal levier pour favoriser le sevrage en tabac des patients. Pourtant, la notion de peur des violences, notamment, est présente dans la littérature. En 2016, la HAS identifie le refus de dispensation de cigarettes comme un des facteurs de déclenchement de violence à l'hôpital (78). D'autres études pointent l'inquiétude des professionnels de psychiatrie vis-à-vis des comportements agressifs, d'agitations ou de recrudescences de symptômes psychiques comme croyances limitant l'accès au sevrage des patients (6). Il est donc possible que des biais méthodologiques aient affecté la représentativité de notre échantillon.

La participation des professionnels au questionnaire était basée sur le volontariat. Nous pouvons supposer que nos participants, moins tabagiques que la population générale, étaient moins dépendants que l'ensemble des professionnels de cet hôpital. Nous avons recruté seulement 2 ASH et aucun aide-soignant, or la consommation de cigarettes dans ces professions y est plus importante que parmi les IDE (76). Il est donc possible que la gestion du tabagisme des patients par ces soignants soit plus sereine. Ainsi, les personnes les plus en difficulté avec cet aspect du soin auraient moins participé à l'étude. Proposer un sevrage n'est alors ni un souci ni un sujet de préoccupation, ces soignants étant probablement moins inquiets des conséquences du craving en nicotine. Les représentations soignantes explorées dans notre enquête nous donnent cependant d'autres pistes d'intervention.

Cette absence de significativité peut aussi refléter l'ambivalence des professionnels, oscillant entre l'inquiétude d'une recrudescence d'agitation en cas d'arrêt, et l'idée qu'un sevrage va s'imposer (unité fermée, cigarettes moins accessibles ou impératifs financiers) et doit être accompagné. Informer les

équipes qu'un sevrage bien pris en charge n'entraîne pas de déstabilisation psychique est essentiel, à condition que les TSN soient acceptés par les patients qui parfois les refusent.

3. Critères de jugement secondaires

Dans ce travail, ni le statut tabagique, ni la profession du soignant ne modifient significativement la relation entre l'inquiétude et la fréquence. Nous avons mis en évidence une faible corrélation positive dans les groupes de participants AF et ceux ayant expérimenté 1 à 2 TA. Cette différence avec les deux autres groupes (F et NF ; 0 TA et 3 et > 3 TA) n'est pas statistiquement significative et il existe une inflation du risque α liée aux stratifications successives effectuées.

Facteurs limitant la prise en charge

Le tabac est perçu par plus de 95 % des participants comme un produit très dangereux pour la santé, qu'il est particulièrement difficile d'arrêter. Pourtant, seulement 11,9 % d'entre eux évoquent systématiquement un sevrage avec leurs patients (cotation 4 sur l'échelle de fréquence).

Nous avons montré que la profession médicale est plus inquiète des conséquences d'un sevrage en tabac pour un patient hospitalisé comparé aux autres professionnels. Une hypothèse expliquant cette différence est celle de la crainte de survenue d'interactions médicamenteuses, ou de modification de la concentration plasmatique du traitement psychotrope du patient. La responsabilité du professionnel en cas de survenue d'effets indésirables est à considérer également. La substitution nicotinique est pourtant bien tolérée chez les patients de santé mentale, il existe peu d'interactions entre psychotropes et substituts ou Varénicline (32).

Nos résultats montrent que le soignant se sentant formé et compétent va proposer plus fréquemment un sevrage. Les 25-34 ans sont les plus représentés dans notre étude, ce sont de jeunes professionnels ayant pourtant terminé depuis quelques années leurs études. Il s'agit d'arguments pour renforcer l'accès et la diversité des formations des équipes, soutenir les thématiques tabacologiques proposées dans les modules d'enseignement pour les étudiants et lors des Formations Médicales Continues (FMC). D'autre part, 60,7 % des participants ne se sentent pas suffisamment formés pour parler de sevrage en tabac, pour 35,6 % d'entre eux c'est un facteur pouvant limiter la prise en charge. 68,9 % déclarent être intéressés pour accéder à des formations complémentaires. Une grande majorité de soignants dit connaître le conseil minimal. Des formations, à l'intervention brève en tabacologie ou à des techniques d'accompagnement psychothérapeutiques spécifiques par exemple, sembleraient bénéfiques aux professionnels. Les outils d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève sont disponibles sur le site de la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) addictologie (<http://www.srae-addicto-pdl.fr/fr/rpib-tabac>).

Selon le plan de réduction du tabagisme en établissement psychiatrique du Réseau Hôpital Sans Tabac : « *Le sevrage reste l'objectif à atteindre mais la prise en compte de l'état du malade et de sa dépendance peut conduire à privilégier la réduction du tabagisme avec un accompagnement* » (79). Dans cette étude, promouvoir l'abstinence totale est cochée par seulement 23 % des professionnels et arrive 4^{ème} sur les 5 propositions de discours à tenir face au patient. Les soignants promeuvent principalement la diminution de la consommation plutôt que l'abstinence recommandée prioritairement dans la littérature. On remarque que 5 professionnels pensent qu'il n'y a pas de discours particulier à adopter. Nous pouvons nous demander si ces soignants s'adaptent à chaque situation ou bien s'ils estiment qu'il n'y pas de discours type à tenir vis-à-vis des fumeurs. Notre proposition de réponses aurait mérité d'être explicitée. Les traitements PO ne sont utilisés par aucun des participants. Ce constat reflète peut-être la méconnaissance des modalités de prescription des aides ou la crainte d'éventuels effets secondaires chez nos patients sous psychotropes. Il semble important de sensibiliser les professionnels à la prescription de ces aides complémentaires et alternatives aux TSN. En effet, une méta analyse a prouvé l'augmentation des taux d'abstinence chez les fumeurs sans intention d'arrêter, traités par médicaments actifs (TSN, Varénicline ou Bupropion) *versus* placebo (80). Une hospitalisation est donc l'occasion de prescrire un traitement malgré le manque de motivation du patient. Les équipes de santé mentale ne sont pas les seules en difficulté pour aider au sevrage en tabac. Une étude de 2015 interroge les cardiologues sur leur pratique en tabacologie : 80 % n'ont aucune formation particulière, 45 % ne sont pas demandeurs de formations complémentaires. Environ 80 % d'entre eux ne prescrivent jamais de Varénicline ou Bupropion (81).

Nous remarquons qu'un tiers seulement des soignants de notre étude sollicite des consultations de tabacologie pour leurs patients. Les équipes d'addictologie semblent plus facilement interpellées sur les troubles liés à l'usage d'autres substances comme l'alcool ou le cannabis. Ce résultat peut être dû à l'existence d'une forme de tolérance de la cigarette en psychiatrie. En effet, gérer la consommation de tabac des patients (comme accompagner au bureau de tabac, distribuer les cigarettes) fait partie intégrante des missions soignantes selon la majorité des participants. De plus, il n'y a pas de différence de réponse entre les groupes F, NF ou AF ; cette place attribuée à la cigarette dans les services est donc indépendante du statut tabagique du soignant. La remise en question de la place de la cigarette dans l'hôpital psychiatrique doit se faire autant sur le plan individuel qu'à l'échelle du fonctionnement institutionnel. Continuer le mouvement de « dénormalisation » du tabac par des actions d'information, de réglementation et de responsabilisation est essentiel afin de débanaliser la pratique tabagique indéniablement installée en psychiatrie.

Représentations des professionnels sur le tabagisme et le sevrage des patients

Cette étude souligne l'existence de certaines croyances concernant le tabagisme et le sevrage des patients :

- *Le sevrage n'est pas prioritaire en aigu*

Seulement 5,2 % des soignants ont coché la case « indispensable » pour parler de la nécessité d'arrêt pour les patients de santé mentale. Pourtant, plus de 96 % d'entre eux ont coté 3 ou 4 la dangerosité du tabac. Cette dangerosité, bien identifiée par les soignants (aussi bien paramédicaux que médicaux), ne fait pas du sevrage en tabac un axe de soin prioritaire. Une certaine tolérance semble admise pour nos patients mais il est rassurant de constater qu'uniquement 0,7 % des participants (soit un professionnel) pense que le sevrage est dangereux ou déconseillé.

L'idée que le tabagisme n'est pas prioritaire dans les soins nécessaires à apporter au patient hospitalisé est fréquente. Cette représentation, très présente dans la partie expression écrite, est évoquée dans plus de la moitié des réponses libres. Pourtant la prévalence des admissions pour des motifs relatifs à l'anxiété, à une agitation, à des troubles du sommeil est importante. Or, un sevrage en nicotine partiel et mal accompagné, parfois imposé par les conditions de l'hospitalisation, accentue les symptômes anxieux et la nervosité. Ainsi, même en aigu, le sevrage et la substitution en nicotine font intégralement partie du traitement du patient admis. Cette confusion entre le craving et les symptômes psychiatriques est décrite dans la littérature : fumer soulage le manque en nicotine et suggère une amélioration des symptômes psychiatriques. Cela contribue à l'entretien de croyances relatives aux bienfaits de la consommation de tabac et à l'impossibilité pour nos patients d'arrêter de fumer sans décompenser (58). Ces résultats suggèrent également un manque de confiance des professionnels dans l'efficacité des aides pour soulager le craving. Questionner directement les équipes sur leur perception d'efficacité de ces traitements aurait été informatif. D'autre part, même si les conséquences somatiques du tabac sont indiscutables, elles sont retardées. Ce constat peut renforcer l'idée qu'en aigu le sevrage n'est pas prioritaire, et peut être différé. Pourtant, les conséquences indirectes sur la qualité de vie du malade et notamment sur son budget sont immédiates.

- *Accompagner le patient dans un sevrage fait partie de leur mission de soin*

88,9 % des participants considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans le processus de sevrage des patients, cette considération n'est pas différente que le soignant soit F, AF ou NF. L'ensemble des professionnels interrogés se sent concerné par cette question, il n'y a pas de différence de représentation selon le statut tabagique. Cette préoccupation des équipes est confirmée par le fait que 68,9 % d'entre elles se

disent intéressées par des formations complémentaires. Informer le malade sur les risques encourus est le principal message à tenir vis-à-vis du fumeur (87,4 % le citent), promouvoir l'abstinence est évoqué par 23 % des professionnels seulement. Il peut être question ici de la liberté du patient dans le choix de ses consommations. Informer le malade des risques fait partie du travail des soignants, le patient choisirait de poursuivre ou non le tabac mais de manière éclairée. Si tant est que l'on considère l'existence d'un libre arbitre dans la pathologie psychiatrique souvent caractérisée par une altération du jugement, c'est nier le phénomène de dépendance et la perte de choix induite par l'addiction. Cependant, lorsque le patient n'est pas prêt à l'arrêt complet et a besoin d'expérimenter dans un premier temps une diminution du tabac, il est intéressant d'accompagner cette démarche et d'avancer avec lui vers un objectif commun.

- *Les patients ne sont pas motivés pour arrêter*

La majorité (53,3 %) des participants pense que les patients ne sont pas intéressés ou motivés pour se sevrer, ce manque d'intérêt et l'absence de demande émanant du patient sont évoqués dans presque 21 % des écrits libres. Cette idée est contredite par les données de la littérature (4). Cependant, le groupe NF considère plus que les AF et F que les patients portent un intérêt au sevrage en tabac. Cette différence de représentation peut être liée à une meilleure perception des NF du phénomène de dépendance au tabac auquel est soumis le patient. Les AF et F ayant été confrontés à cette addiction, il persisterait une partie de rationalisation ou de déni de la dépendance au tabac. Il est également probable que les NF perçoivent moins bien l'ambivalence du sujet addict au tabac comparé aux personnes fumeuses et anciennes consommatrices. Cette différence selon le statut tabagique n'a pas été mise en évidence concernant la perception des missions et du rôle de soignant.

- *Le tabac a une utilité pour le patient*

À la 3^{ème} question de la rubrique G, seul un soignant a choisi la proposition « aucune de ces réponses ». Quasiment tous les participants perçoivent une fonction dans la consommation de tabac des patients. Fumer aurait une utilité pour le patient.

Trouver de l'apaisement : La quasi-totalité des participants évoque l'utilisation par le patient de la cigarette pour gérer le stress et certains symptômes (95,6 %). L'usage du tabac dans un but anxiolytique et apaisant est presque unanimement admis. Pourtant, tant dans les expressions libres que dans les QRM, l'inquiétude d'une recrudescence de symptômes en cas de sevrage est moins présente que la notion de priorité dans le soin. Nous constatons une contradiction de la part des professionnels, possible reflet de l'ambivalence et de paradoxes sur la place du tabac dans l'institution et au sein des pratiques. Un biais de mesure est également probable puisqu'une seule partie des

soignants a répondu à la rubrique expression libre. D'autre part, la présence de biais de désirabilité sociale favorisé par la subjectivité des réponses n'est pas à exclure non plus.

Le lien social : 83 soignants parlent d'une fonction sociale de la cigarette, mais seulement 13,3 % l'identifient comme aidant la relation de soin. Le lien serait donc uniquement facilité entre patients selon les participants. Le temps passé par les équipes à gérer le tabac (négociation, récupération des paquets, différer une demande, etc..) pourrait éclipser cet aspect facilitateur de lien entre les malades et les équipes. De plus, la recherche de tabac est parfois vécue comme humiliante par les patients.

Comblant le vide et l'ennui : L'idée que la cigarette atténue l'ennui des patients hospitalisés se dégage des résultats (86,7 % des participants l'évoquent). Cette notion est confirmée par la littérature. Les journées rythmées par les « pauses clopes » sont souvent évoquées par les patients et seraient même à l'origine d'une consommation de tabac chez des non-fumeurs. Dans la littérature, les soignants parlent d'une fonction compensatrice du vide existentiel des patients psychotiques (58). L'aspect hédonique de la cigarette est finalement évoqué par moins de la moitié des participants.

- *Ils ne disposent pas de suffisamment de temps*

Le manque de temps disponible est pointé comme autre facteur limitant. La fonction occupationnelle du tabac devrait être remplacée par des activités thérapeutiques ou des temps d'échange soignants, moments parfois difficiles à préserver du fait d'une charge indéniable de travail à l'hôpital. La gestion du tabac dans les services (distribution des cigarettes, accompagnement au bureau de tabac...) est estimée à 4 heures par jour (82). On peut facilement imaginer d'autres manières de mettre à profit ces temps, qui restent malgré tout des moments d'interaction avec les malades. Aider le patient à planifier le maintien de l'abstinence après l'hospitalisation en est un exemple.

Pour conclure cette partie, la représentation soignante la plus importante et influente dans notre enquête semble être la non priorité du sevrage face au reste des soins. La perception de la cigarette comme étant utile au patient (anxiolyse, lien social, occupation) et le sentiment de ne pas disposer de suffisamment de temps ressortent également de notre échantillon. L'inquiétude des conséquences d'un sevrage en tabac apparaît minoritaire. Ces résultats sont en accord avec des données de la littérature (55). Dans sa méta analyse de 2016, Sheals a reporté les principales attitudes et comportements des équipes de psychiatrie pouvant limiter le sevrage en tabac des patients. La priorité du sevrage vis-à-vis des symptômes aigus, la non capacité du patient à se sevrer, et le sentiment de manque de compétence pour traiter le trouble lié à l'usage du tabac étaient les plus fréquents. La peur d'une agitation ou de comportements violents était minoritaire. De même, l'utilisation de la cigarette pour favoriser le lien avec le patient ressortait peu dans cette méta analyse (6).

B. Méthodologie

Cette étude descriptive de niveau de preuve 4 et de grade C présente des limites méthodologiques. Nos résultats se limitent donc à la population de soignants interrogés et ne sont pas généralisables.

1. Biais de sélection

Cette recherche unicentrique comporte des biais de recrutement. Il s'agit d'un travail exploratoire mené auprès de professionnels de psychiatrie de l'hôpital St-Jacques du CHU de Nantes, sans certitude que ces soignants soient représentatifs de l'ensemble des établissements psychiatriques. La participation au questionnaire était libre, il existe donc un biais d'auto sélection pouvant affecter la constitution de l'échantillon. 135 professionnels ont participé à cette étude, soit 26,5 % de la population de soignants des services d'hospitalisation temps plein de cet hôpital. La prévalence du tabagisme dans notre étude était proche des données concernant les professionnels de santé (76). Il est toutefois possible que les participants soient plus à l'aise avec la gestion du tabagisme des patients, moins inquiets des conséquences d'un sevrage ou se sentant plus concernés par cette question que les autres soignants. Le questionnaire a été diffusé *via* différents canaux (information en présentiel, affiche dans les salles de soins, mails professionnels et réseaux sociaux), avec relances multiples échelonnées sur 3 mois afin de recruter un échantillon le plus grand et le plus représentatif possible.

2. Biais d'information

Nous avons utilisé un questionnaire construit pour l'occasion, non validé par la littérature. Les données recueillies étaient déclaratives, source d'éventuels biais de mémorisation et de désirabilité sociale d'autant plus importants qu'elles interrogent les comportements et pratiques de santé de professionnels du soin. Des questions proposaient plusieurs choix de réponses que nous avons prédéterminées. Elles étaient donc soumises à la subjectivité de nos propres représentations et de notre interprétation. D'autres items limitaient la possibilité de réponse à « oui » ou « non », le soignant ne pouvait pas moduler ou préciser son propos. Quelques professionnels ont été en difficulté face à certaines questions : nous avons omis de proposer une option « les deux » à la question n°4 de la rubrique H relative à la place de la cigarette dans la relation thérapeutique. D'autres participants nous ont signalé qu'ils s'appuyaient sur la e-cigarette pour aider les patients à se sevrer. Or, nous avons choisi de ne pas proposer l'option cigarette électronique dans les aides au sevrage, cet outil ne pouvant ni être prescrit ni être dispensé à l'hôpital. Afin de limiter ces erreurs méthodologiques, les réponses étaient anonymes. Nos CJP et CJS ont été définis précisément *a priori*. Nous avons rédigé un paragraphe au début du questionnaire décrivant les modalités de participation et précisé systématiquement les consignes de réponse avant chaque rubrique. Nous avons utilisé des échelles de

Likert afin de permettre aux participants de nuancer leurs ressentis. De même, effectuer per-
investigation de multiples relances *via* différents canaux visait à minimiser ces biais.

3. Biais de confusion

Afin de maîtriser au mieux ces erreurs, nous avons stratifié notre population d'étude et effectué des analyses en sous-groupe (statut tabagique, le nombre de TA et la profession).

4. Erreurs aléatoires

L'indice de confiance de notre CJP est large et témoigne d'une fluctuation d'échantillonnage, inclure un plus grand nombre de participant aurait permis d'augmenter la puissance de notre étude.

Cette enquête était l'occasion de sensibiliser et diffuser des messages concernant le sevrage. Nous avons rappelé l'existence de numéros et sites d'aide, distribué l'arbre décisionnel à utiliser avec les patients hospitalisés ainsi que des rappels sur le maniement des substituts nicotiniques (*source FARES*).

C. Perspectives et solutions

La littérature recommande pour chaque patient hospitalisé en psychiatrie une prise en charge systématique du tabagisme (11,67,83).

- Ouvrir le dialogue autour des consommations de tabac lors de l'admission, *via* l'utilisation de l'entretien motivationnel et du conseil minimal.
- Promouvoir l'abstinence.
- Pour les patients qui le souhaitent, leur proposer une démarche structurée d'aide à l'arrêt.
- Pour les patients qui ne souhaitent pas arrêter mais qui se trouvent limités dans leur consommation, leur proposer des substituts nicotiniques à bonne posologie.
- Veiller à ce que la continuité des démarches mises en place lors de l'admission soit assurée pendant toute la durée de l'hospitalisation et après la sortie.

Au vu de nos résultats et des pistes de réflexions dégagées, nous pouvons proposer des axes d'intervention à différents niveaux :

Poursuivre l'application des recommandations : standardiser dans les procédures d'accueil de chaque malade l'évaluation systématique du tabagisme et la prise en charge des manifestations de sevrage. Renseigner dans la macrocible d'entrée la réponse au conseil minimal, le score de dépendance au test court de Fagerström. Pour les médecins, prévoir dans l'observation initiale pré remplie un encart dédié au tabagisme et aux stratégies de sevrage proposées et planifiées. Systématiser cette partie de l'interrogatoire aidera chaque professionnel à penser à interroger le patient sur sa consommation.

Favoriser la diffusion et l'information sur l'existence de protocoles IDE déléguant la gestion des substituts nicotiniques : communiquer régulièrement par mails en passant par les cadres de santé, ou en présentiel lors des interventions des équipes d'addictologie à l'occasion de prises en charge communes. Ces rappels peuvent également être ritualisés autour d'évènements comme le mois ou la journée mondiale sans tabac. Ce protocole de gestion des TSN pourra être distribué systématiquement à l'arrivée de tout nouveau professionnel sur l'établissement et affiché dans les salles de soins afin d'être rapide et facile d'accès. L'objectif est, qu'au même titre que l'évaluation du risque suicidaire, le trouble lié à l'usage du tabac soit pensé, repéré, évalué et priorisé dès l'admission du patient. Elle devra être suivie d'une proposition de sevrage, réitérée au cours du séjour si nécessaire.

Mettre l'accent sur la formation en tabacologie des équipes : repérer et évaluer la dépendance, repérer et évaluer les manifestations de manque parfois difficiles à différencier des symptômes purement psychiatriques. Ces compétences doivent pouvoir être acquises au cours des études propres à chaque profession (IFSI, faculté de médecine et de psychologie, formation au diplôme d'État d'Aide-Soignant, au diplôme d'État d'assistant de service social, BEP sanitaire et social). Chaque établissement pourrait proposer des séances de remise à niveau pour les professionnels au même titre que les formations incendie ou l'AFGSU. Il s'agit par ailleurs de former les équipes aux stratégies de soin et à la gestion des TSN comme décrit ci-dessus. Insister sur l'ampleur des bénéfices d'un sevrage, aussi bien sur le plan somatique, psychique et social pour nos patients renforcerait l'adhésion des équipes à la promotion de l'abstinence auprès des fumeurs. Ces actions sont susceptibles d'ancrer la prise en charge du tabagisme comme faisant partie intégrante des missions soignantes.

Favoriser l'interdisciplinarité et la continuité des soins : pour les médecins, internes et externes, informer les autres partenaires de santé dans les comptes rendus et les courriers. Cela peut prendre la forme d'un encart pré rempli dans l'observation d'entrée et dans la lettre de liaison afin d'y penser systématiquement (statut tabagique, prise en charge durant l'hospitalisation, souhait du patient et planification du suivi à la sortie). Dans l'idéal, pour une prise en charge médicale globale, faire le bilan des répercussions médicales du tabagisme, et des symptômes psychiques. On peut également imaginer la création de séances de FMC interdisciplinaires avec les somaticiens pour favoriser la continuité des soins médicaux en lien avec la cardiologie et la pneumologie par exemple.

Renforcer les liens et coordonner le soin avec l'addictologie de liaison : repenser la place et le moment de la prise en charge du tabagisme, instaurer une évaluation globale dans l'établissement.

Déconstruire et faire évoluer les représentations impactant l'accès au sevrage en tabac : explorer les ambivalences des professionnels, questionner le tabac, son usage, penser une diminution ou un arrêt

de la consommation comme thérapeutique, s'affranchir des idées de « bénéfiques » du tabagisme (moyen de socialisation, d'occupation, rythme des journées), « incapacités » des patients à réduire leur consommation ou de vision de la cigarette comme aide à la « gestion thérapeutique » des patients...). L'arrêt du tabac favorise l'amélioration physique, économique et psychique de nos patients. Il s'agit aussi de comprendre d'un point de vue sanitaire (lutte contre le tabagisme passif) le fondement de l'interdiction de fumer. L'éducation pour la santé permet au malade d'acquérir de nouvelles connaissances en lien avec ses troubles afin d'adapter ses comportements. Pour le sevrage en tabac, ce projet de soin vise à autonomiser le patient dans la gestion des aides à l'arrêt, l'informer sur les risques d'un usage. L'objectif est pédagogique et psychosociologique. Soignant et patient construisent une réponse individuelle acceptable. Traiter ensemble le tabagisme permet sa compréhension et son appropriation aussi bien par le fumeur que le professionnel : un préalable à l'éducation pour la santé est d'interroger le mode de consommation, les besoins et objectifs du patient en matière de tabagisme. Ce partenariat permet donc au malade d'acquérir autonomie et compétence (être plus attentif aux moments de fragilité propres à la rechute par exemple), et au soignant de confronter ses représentations au point de vue du malade. Intégrer une part éducative dans l'accompagnement des fumeurs permet de poursuivre la déconstruction des représentations des professionnels. Les temps de synthèse en équipe pluridisciplinaire ainsi que les réunions soignants-soignés sont des moments institutionnels propices à l'échange et à la remise en question de croyances.

Identifier des soignants référents en tabacologie dans chaque unité : investir un ou plusieurs professionnels de cette mission faciliterait la priorisation du sevrage dans les soins et renforcerait l'implication des équipes. Ces référents sont également chargés de former et sensibiliser leurs collègues afin d'aboutir à une prise en charge à l'échelle du service entier et non pas limitée à la volonté d'un seul professionnel. Les soignants seront alors en capacité d'intégrer plus sereinement ce type de prise en charge dans le parcours de soin, en tenant compte des vulnérabilités propres aux patients.

Interroger le tabagisme des professionnels : donner la parole aux soignants, leur permettre d'exprimer et d'explorer leur propres difficultés, ambivalences sur leur consommation de cigarette et leur rapport au tabac. C'est l'un des objectifs de ce travail de thèse. Ces mesures sont susceptibles de favoriser l'adhésion des équipes à l'application de l'interdiction de fumer et d'aboutir au respect de cette réglementation par les professionnels et les patients. Cela implique par ailleurs une prise en charge du tabagisme des soignants. En l'absence de tabacologue, le médecin du travail est l'interlocuteur privilégié, la visite d'embauche ou de suivi médical est l'occasion d'engager le dialogue sur la cigarette, faciliter la délivrance des aides au sevrage dans le cadre de la médecine du travail (gratuité sur prescription des TSN). Il va de soi que l'usage des substituts nicotiniques s'inscrit dans la stratégie de

sevrage du tabagisme du personnel comme des patients, l'orientation pourra ensuite être faite vers un suivi ambulatoire ou vers la tabacologie du CHU. Un soignant ayant expérimenté une TA confortable et accompagnée même infructueuse, est en mesure de proposer des aides aux fumeurs, de les conseiller sereinement et de pouvoir rassurer les malades et ses collègues soignants.

Transformer les établissements en Lieux de Santé sans Tabac : arriver à plus de 50 % des hôpitaux engagés avant 2022 est une priorité nationale (59). Repenser les infrastructures des établissements sera probablement nécessaire : à l'extérieur de la plupart des hôpitaux il est autorisé de fumer. Il existe des fumoirs dans les services d'hospitalisation, freins potentiels au maintien de l'abstinence : on imagine aisément que devoir passer plusieurs fois par jour devant ces espaces, ou être accueilli dans une chambre près du fumoir n'est pas aidant pour les personnes dans une démarche d'arrêt. Certaines mesures d'aménagement, comme déterminer un périmètre non-fumeur autour de l'établissement (incluant le parking), créer des zones fumeurs bien délimitées, pourraient être rapidement mises en place et s'avéreront nécessaires au vu des priorités de santé publique.

V. Conclusion

Nous souhaitons comprendre les éventuels freins à l'accompagnement au sevrage en tabac lors d'une hospitalisation complète en psychiatrie. Notre hypothèse était que l'inquiétude du soignant, induite par certaines représentations, impactait la prise en charge tabacologique des patients hospitalisés. Notre étude met en évidence une corrélation non significative entre ces deux paramètres, nous ne pouvons donc pas conclure à l'existence d'un lien entre l'appréhension du professionnel et la fréquence de proposition d'une aide à l'arrêt. Pour confirmer l'existence ou non de cette relation, il serait utile d'inclure un plus grand nombre de sujets afin d'augmenter la puissance de l'étude. Si elle existe, cette corrélation est faible, agir sur l'inquiétude des soignants n'est probablement pas le principal levier favorisant le sevrage en tabac des patients. Notre travail avait également pour but d'appréhender les représentations professionnelles sur la place de la cigarette à l'hôpital. Si la notion d'inquiétude du soignant est minoritaire dans notre enquête, les croyances les plus présentes concernent la non priorité du sevrage face au reste des soins et l'utilisation à but anxiolytique et occupationnel du produit par les patients. Forts de ces résultats, nous avons proposé des pistes d'intervention auprès des professionnels afin de déconstruire certaines représentations et optimiser la prise en charge du tabagisme. Analyser qualitativement ces croyances soignantes permettrait de préciser et d'affiner ces résultats. Réaliser une nouvelle étude multicentrique différenciant les représentations et les pratiques selon la consommation de tabac du professionnel (F/NF/AF) permettrait également d'approfondir ce travail et de dégager de nouvelles pistes d'intervention.

À l'occasion du mois sans tabac, l'équipe d'addictologie du CHU de Nantes a animé auprès des patients hospitalisés sur St-Jacques des groupes de parole sur le thème du tabac. J'ai assisté à deux de ces groupes afin de retranscrire anonymement *via* une prise de notes écrites le point de vue de ces patients hospitalisés. J'ai recueilli après consentement oral des patients présents leur mode, motif et unité d'hospitalisation ainsi que leur âge et quelques brefs éléments de leur parcours de soins dans leur dossier médical informatisé. Certains participants étant hospitalisés sous contrainte, il ne m'a pas été possible d'enregistrer le contenu du groupe d'échange. Le premier groupe de parole s'est tenu sur une unité ouverte, 3 patients étaient présents.

Mme A. est une patiente de 57 ans hospitalisée sur une unité ouverte en soins libres pour un épisode dépressif caractérisé. C'est une ancienne fumeuse, sevrée depuis plus de deux ans. Actuellement, elle utilise uniquement des gommes de 2 mg (plus de 6 par jour) tout en se questionnant : « *comment ne plus être dépendante d'un produit, même si celui-ci est moins nocif pour ma santé ?* ». À 40 ans, après 5 - 6 sevrages, elle était parvenue à ne pas consommer de cigarettes pendant plus de 7 ans, en étant déjà bien soutenue par l'utilisation de la vape et de gommes, conseillées par son médecin généraliste. « *C'est un processus, une fois qu'on tente d'arrêter, la machine est en route même si on rechute* ». Elle avait aussi essayé l'acupuncture, sans francs bénéfices. Elle n'a jamais expérimenté les patchs nicotiniques, « *on ne m'en a jamais proposés* ». À l'hôpital psychiatrique, elle dit se mettre à distance des patients fumeurs, inquiète d'être incitée à consommer. En effet, lors d'une précédente hospitalisation, elle avait repris ponctuellement sa consommation de cigarettes : « *il y avait beaucoup de sollicitations de la part des autres patients, beaucoup me proposaient de fumer une clope avec eux* ». Le plus compliqué selon elle était que l'espace fumeur se situait proche de sa chambre et que l'odeur de la cigarette parvenait jusqu'à elle en continu. « *Sur cette unité c'est plus simple car il faut descendre, aller dans le parc donc il n'y a pas d'odeur et c'est limitant de devoir se déplacer, ça m'aide à rester abstinente* ». Elle parlera du rapport des soignants au tabac en évoquant une autre hospitalisation : « *On était un groupe de plusieurs patients, on allait toutes les semaines au bureau de tabac avec un infirmier, à l'époque ça m'allait car je ne souhaitais pas arrêter de fumer et ça faisait prendre l'air* ». Elle considère qu'un certain nombre de soignants et de patients fument à l'hôpital psychiatrique et que cela n'est pas aidant pour rester abstinente. Certaines personnes y débutent même une consommation de tabac, nous dit-elle. Pour parler de la cigarette en hospitalisation, elle évoquera un moment de plaisir, une parenthèse pour soi, pour s'évader. Elle retrouve difficilement ces moments de détente, le matin les angoisses sont plus présentes. Elle a bien remarqué que ses consommations augmentaient lors de périodes de mal-être, épisodes qui entraînent des hospitalisations en psychiatrie.

À la question « *qu'attendez-vous des soignants à propos du sevrage en tabac ?* », elle répondra « *Je pense qu'il faut que l'envie d'arrêter vienne de moi, mais pouvoir accéder à des informations sur les substituts qui existent, sur les aides pour diminuer c'est une bonne chose* ».

M. B. est un homme de 50 ans hospitalisé en soins libres sur une unité ouverte pour un épisode dépressif caractérisé et un trouble de l'usage de l'alcool sévère. Il s'agit de sa première hospitalisation en service de psychiatrie mais depuis 5 ans M. B. a été admis sur plusieurs structures addictologiques. Consommateur de tabac depuis l'adolescence, il est sevré depuis 7 mois, après plusieurs expériences d'arrêt aidé de patchs, de gommes et d'un soutien psychothérapeutique. Apprendre à repérer les cigarettes « indispensables » dans la journée et éliminer progressivement les autres a été d'une grande aide. Il dira que les périodes d'arrêt les plus longues sont celles qu'il a initiées de son propre chef « *ça ne fonctionne que lorsque ça vient de moi, que ça ne m'est pas imposé, ni par les enseignants de mes enfants, ni par l'anesthésiste, ni par mon ex-femme !* ». Il insistera sur les économies financières réalisées depuis 7 mois, source importante de motivation. Pour rester abstinant en tabac, il utilise des pastilles qu'il a toujours dans sa poche, et n'envisage pas de les diminuer. Il porte un regard différent de celui de Mme A. sur le tabac, considérant que la cigarette est moins dangereuse, moins préoccupante que d'autres addictions comme l'alcool. Il dira apprécier partager les « pauses clopes » avec les autres patients, il les accompagne dehors sans consommer. Il explique aimer ce moment informel, social, et avoir pu tisser des liens avec d'autres personnes hospitalisées lors de ces temps, sans fumer. Concernant la cigarette à l'hôpital, il évoque un moment de parenthèse, un sas qu'il retrouve lors de ces sorties du service. « *Si on n'est pas fumeur, c'est difficile d'avoir cette parenthèse, même chez soi* ». Monsieur B. parle du temps qui s'écoule lentement à l'hôpital, des moments de vide. Il lui paraît évident que les patients aient tendance à augmenter leur consommation de cigarettes dans ces conditions afin d'avoir une occupation, un lien social. Il exprime le sentiment que les soignants de psychiatrie sont à l'écoute concernant les consommations de tabac des patients. « *Est-ce que vous fumez ?* » est d'ailleurs l'une des premières questions posées par l'infirmier l'ayant accueilli dans l'unité. « *Dans les autres services de médecine, on ne nous en parle pas, la question ne se pose même pas, donc ce n'est pas vraiment un problème mais c'est difficile pour les fumeurs* ». Cependant, il déclare que le sujet est peu ré-abordé dans les suites de l'hospitalisation. Parler de sevrage en tabac serait selon lui un bon support de travail en hospitalisation, les soignants étant sensibilisés à cette question. Il a le sentiment que la porte est ouverte pour évoquer le tabagisme et notamment pour bénéficier d'une prescription de substituts. Il nous parlera de son expérience lors de post-cures pour l'alcool lors desquelles le médecin lui avait proposé dès son arrivée un sevrage en tabac avec des patchs : « *J'ai un problème très envahissant, c'est l'alcool, ça ruine ma vie, et on me parle d'arrêter le tabac. Il y a un décalage, c'est trop rapide, ce n'est pas ma priorité et en plus ce n'est pas moi qui l'ai*

décidé ». Il exprimera à plusieurs reprises l'impression de ne pas être entendu par les médecins, psychiatres ou non, concernant sa vision du sevrage. « *On me parle d'emblée de la diminution des substituts nicotiniques, je n'ai même pas arrêté le tabac que les médecins veulent programmer le sevrage en nicotine, c'est trop rapide* ». Lors de précédentes hospitalisations, il avait la sensation d'être sous-dosé en patch, le craving était alors intense et difficile. Il reprenait la cigarette dès la sortie.

Mme C. est une jeune femme de 27 ans présentant une anorexie mentale sévère, hospitalisée sur une unité ouverte pour des idées suicidaires scénarisées. C'est une ancienne fumeuse de tabac, sevrée depuis 2 ans sur une première démarche avec l'aide de la e-cigarette qu'elle utilise encore. Elle s'appuie aussi sur des séances quotidiennes de méditation pleine conscience. Lors de son sevrage elle dira s'être sentie plus irritable, plus angoissée. Elle lie ces symptômes à une diminution trop rapide du dosage de nicotine dans sa e-cigarette. Elle ne peut pas vapoter dans le service actuellement et ressent un manque du geste, elle utilise des pastilles nicotiniques prescrites par son psychiatre mais a le sentiment d'être sous-dosée en nicotine. Elle se met à distance des fumeurs, et ne descend pas vapoter dans le parc car elle trouve l'odeur de tabac froid désagréable, motivation majeure évoquée pour l'arrêt avec la réalisation d'économies financières. Lors d'une précédente hospitalisation, alors qu'elle fumait, elle a difficilement vécu un sevrage en tabac imposé par un contrat de soins ne lui permettant pas de sortir. Elle n'avait pas de substitution et n'en avait pas parlé avec les soignants. Elle se souvient que le sujet n'avait pas été abordé avec elle. Mme C. ne souhaitait alors ni diminuer ni arrêter le tabac « *j'avais beaucoup de stress et d'angoisses, je ne pouvais pas me focaliser sur ce sujet, je ne pouvais même pas y penser. Je prenais beaucoup d'anxiolytiques pendant cette hospitalisation car j'étais très tendue et très irritable* ». Concernant le sevrage en tabac en hospitalisation elle dira : « *on ne m'en a pas assez parlé, si je demande des patchs ou des traitements je suis certaine de pouvoir en bénéficier mais on ne m'a jamais interrogée sur ma volonté de me sevrer* ». À la question « *qu'attendez-vous des soignants sur cette question du tabac ?* », elle répondra souhaiter plus d'informations sur les aides disponibles, sur la possibilité de fumer avec des traitements substitutifs. Elle s'interroge sur les répercussions médicales de la cigarette mais aussi de la e-cigarette et des TSN sur sa santé. Mme C. se questionne sur sa dépendance à la nicotine. « *Est-ce que c'est dangereux, est-ce que c'est normal de toujours avoir besoin d'un produit ?* ». Elle insistera sur la notion de liberté dans la démarche de sevrage « *je ne veux pas ressentir de pression de la part des infirmiers ou des médecins pour que j'arrête de vapoter* ». Mme C. remarque que dans les services d'addictologie la place du tabac est différente : « *ça fonctionne beaucoup avec des contrats de soins, et les temps cigarettes sont inclus dans le programme de la journée, c'est plus strict sur les horaires et l'emploi du temps. Au-delà du nombre de cigarettes autorisées par jour c'est rarement un sujet abordé en hospitalisation* ». Elle était accompagnée d'un infirmier souvent non-fumeur lors des temps cigarettes, cette présence soignante

lui était bénéfique : « *c'est plus rassurant, on peut discuter pendant ce moment-là, ça limitait le nombre de cigarettes que je fumais* ». Elle n'identifie pas ces temps informels comme un support pour parler de ses consommations de tabac, plutôt comme une parenthèse de détente. Enfin, elle parlera son vécu dans des services de médecine : « *la cigarette n'est pas du tout un sujet abordé, il y a d'autres problèmes médicaux à traiter. Globalement, on nous parle plus spontanément de la dépendance au tabac en psychiatrie* ».

Selon les participants, le tabac n'est ni un frein ni un levier pour initier un lien soignant-soigné. Aucun d'entre eux ne connaissait l'existence du pôle de tabacologie et la possibilité de bénéficier de consultations spécialisées.

Le second groupe de parole s'est tenu sur une unité fermée de psychiatrie avec trois patients.

Mme D. est une patiente de 33 ans, psychotique, hospitalisée en SDT pour une recrudescence délirante. Elle est régulièrement hospitalisée pour des motifs semblables. Elle est non fumeuse, et n'a jamais consommé de cigarette. Elle porte un regard très tranché sur le tabagisme en général. Elle parlera de son dégoût pour l'odeur de la fumée, élément limitant ses interactions avec les autres patients au sein de l'unité. Elle se montre très inquiète des répercussions du tabagisme passif sur sa santé, notamment sur ses poumons. Mme D. nous interroge sur l'accessibilité des aides au sevrage, dans l'idée de transmettre l'information à ses proches fumeurs. Elle connaissait l'existence du numéro tabac-info-service. Elle ne pense pas que la e-cigarette puisse aider à se sevrer, assimilant cet outil à un objet de mode ne permettant pas de se détacher du geste ou de la sensation de la fumée dans les poumons. Elle est totalement d'accord avec la loi sans tabac, et nous fait part de sa colère à l'égard des soignants qui fument, estimant qu'ils ne donnent pas un bon exemple. Elle considère que le tabagisme limite sa propre relation thérapeutique avec l'équipe. Elle aura remarqué qu'il s'agit parfois d'un levier pour initier l'échange, tisser des liens entre les patients mais aussi avec les soignants. Elle pense que l'équipe médicale et infirmière informe régulièrement sur les dangers et conséquences du tabac sur l'organisme, et valorise les propositions de solutions et d'espaces de parole pour aborder la question du sevrage en tabac. « *C'est le bon moment pour arrêter de fumer* ».

Mme E. est une patiente de 26 ans, psychotique, hospitalisée en SDT pour une énième décompensation délirante. Il s'agit d'une ancienne fumeuse, sevrée depuis 2 ans, après 3 tentatives d'arrêt. Lors d'une précédente hospitalisation elle s'était vu prescrire des patchs de nicotine mais n'avait pas poursuivi le sevrage en tabac à sa sortie, expliquant qu'elle n'avait pas la volonté d'arrêter de consommer à cette époque. Elle consommait environ un paquet de cigarettes par semaine principalement sur les week-ends, en contexte festif avec de l'alcool. Elle citera l'aspect financier comme source de motivation à l'arrêt, mais évoque la perte de l'aspect social et festif de la cigarette

comme obstacle au sevrage. « *Quand on est avec d'autres personnes, on a envie d'être avec eux, de faire comme eux* ». Mme E. se questionne sur la nocivité de la prise de nicotine via les patchs ou autre substitution. Elle dira avoir trouvé une forme de réconfort à fumer en hospitalisation « *comme pour combler le vide intérieur, être liée à quelque chose et surtout aider à gérer certaines émotions. (...) Demander du feu, c'est un prétexte pour débiter une discussion avec les patients* ». Elle dira n'avoir jamais consommé de tabac avec un soignant et constate que le sujet du sevrage est très présent au sein des unités d'hospitalisation, les TSN sont d'ailleurs systématiquement proposés aux fumeurs. Lorsqu'un patient demande à accéder à son paquet parfois gardé dans le bureau infirmier, Mme E. remarque qu'il s'agit d'une occasion pour évoquer avec le patient son envie de se sevrer, de proposer un patch ou parler des éventuelles tentatives d'arrêt et des difficultés alors rencontrées.

M. F. est un patient de 30 ans souffrant de psychose, hospitalisé en SDT pour des troubles du comportement avec agitation et hétéro agressivité dans un contexte de consommation de cannabis. Il a été hospitalisé de nombreuses fois sur cette même unité pour des motifs similaires. Il consomme 10 à 15 cigarettes par jour et a déjà fait l'expérience d'un sevrage en tabac d'un mois sans aide. M. F. se questionne sur la dangerosité du tabac sur la santé « *je ne sais pas si c'est dangereux, il paraît... Tout le monde me conseille d'arrêter de fumer : les docteurs, ma famille...* ». Il explique qu'en hospitalisation, passer devant le fumoir et voir des patients ou des membres de l'équipe fumer l'incite à consommer par mimétisme mais également dans l'idée de « *discuter avec du monde* ». Sa consommation de tabac diminue fortement à chacune de ses hospitalisations, c'est son frère qui lui apporte des cigarettes mais il n'est pas rare qu'il se retrouve à court de tabac. Devoir attendre sa prochaine visite pour fumer est difficile et vécu comme humiliant. Il « *taxe* » alors d'autres patients, et peut même fumer des mégots trouvés dans le fumoir « *C'est dur...* ». Chaque membre de l'équipe soignante lui propose systématiquement des patchs ou des gommes pour l'aider à gérer le manque de nicotine mais M. F. se montre sceptique et ambivalent quant à l'efficacité des TSN : « *je dois être certain que ça fonctionne, sinon je me tends et ça m'inquiète* ». Il posera de nombreuses questions sur l'efficacité et le mode de prise des différents TSN, ainsi que sur la e-cigarette. Il s'interroge sur sa motivation et ses capacités à pouvoir diminuer sa consommation « *je ne sais pas si je suis capable de faire l'effort d'arrêter* ». Il assiste régulièrement à des conflits et altercations entre patients et soignants lorsque le cadre de soin ne permet pas à certains fumeurs de pouvoir consommer ou aller acheter leur tabac.

Aucun participant n'avait notion de l'existence du service de tabacologie. Ils concluront par affirmer leur confiance dans les compétences des équipes pour délivrer des informations de qualité sur le tabac et les aider à arrêter leur consommation.

Discussion

Participer à ces échanges avec des patients hospitalisés nous a permis de recueillir leurs avis sur la gestion du tabagisme à l'hôpital et de comparer leurs points de vue avec les représentations des soignants. Nous avons échangé avec des patients de tout âge, aux parcours variés, issus de différents services de soin, tout comme les professionnels interrogés. Bien entendu, l'ensemble des participants étaient considérés intéressés par le sujet du sevrage en tabac ou du tabac en général, du fait de leur présence au groupe ou de leur réponse au questionnaire. Il est possible que ces individus partagent des croyances semblables, certainement différentes de celles des personnes non volontaires pour cette étude.

Certains patients partagent des représentations similaires avec les soignants interrogés, comme celle d'une dangerosité moindre du tabac comparé à d'autres substances. Cette idée peut expliquer qu'un sevrage ne leur semble pas non plus prioritaire. L'utilisation de la cigarette pour combler l'ennui, avoir l'occasion de sortir du service, est évoquée par la plupart des patients présents, tout comme 86,7 % des soignants du questionnaire. L'aspect occupationnel mais aussi social de la cigarette serait, selon patients et soignants, source de rechute ou de début de consommation : le tabac permettrait d'engager la discussion entre patients et participerait à la relation. En étant invité à partager un moment autour d'une cigarette ou en côtoyant des fumeurs, ils pensent pouvoir être incités à reconsommer, c'est une source d'inquiétude pour certains. Cette représentation du tabac comme lien entre patients est partagée par la majorité des participants. La cigarette n'est perçue ni par les patients ni par les professionnels comme un objet favorisant la relation soignant-soigné.

Pendant ces groupes, les patients parleront à plusieurs reprises d'une parenthèse, d'un moment de détente et d'évacuation du stress pour évoquer l'usage du tabac. On peut comprendre derrière cette image un besoin d'anxiolyse déclenchant la prise d'une cigarette. Ils évoquent d'ailleurs leur peur d'être sous dosés en nicotine, de ressentir un craving avec des rebonds d'angoisse et de nervosité. L'usage du tabac pour diminuer le stress ou apaiser certains symptômes est aussi une représentation très présente dans notre échantillon de soignants. Ce constat rappelle l'importance de sensibiliser les professionnels au repérage des signes de sevrage en nicotine et à la prescription d'une substitution adéquate, d'autant plus que quelques patients se montrent sceptiques quant à l'efficacité des TSN. Ils se disent réticents à expérimenter un sevrage ou à maintenir l'abstinence à la sortie lorsqu'ils estiment avoir été sous dosés en nicotine. Plutôt que de parler de désintérêt à stopper le tabac, comme perçu par 53,3 % des participants, ils expriment plutôt leur crainte d'éprouver un craving intense. Comme les

équipes, les patients ont bien perçu que le manque de nicotine exacerbait leur mal être et l'anxiété, leur consommation de cigarettes ayant tendance à augmenter lors de ces périodes d'instabilité.

À l'inverse de certains soignants, aucun participant aux groupes n'évoquera pourtant d'inquiétude de survenue d'agitation ou d'agressivité, qu'il s'agisse d'eux ou d'un autre patient du service. D'autres différences de représentation entre soignants et patients sont remarquables. La fonction hédonique, fréquemment évoquée dans les groupes, a été moins mise en avant par les soignants (moins de 50% d'entre eux). Cet écart peut être lié au recrutement de professionnels moins tabagiques que la population générale, percevant moins le plaisir à consommer du tabac. Les économies financières réalisées sont une source importante de motivation au sevrage et au maintien de l'abstinence pour bon nombre des patients des groupes. Ce constat est à mettre en parallèle avec notre hypothèse selon laquelle les bénéfices immédiats pour nos patients sont peu perçus par les équipes, 74,8 % d'entre eux estimant que le sevrage n'est pas prioritaire en aigu. Plusieurs patients se diront inquiets des effets secondaires des traitements d'aide à l'arrêt, notamment des TSN. Il est rassurant de constater qu'à l'inverse seulement 3 % des soignants de notre étude considèrent le sevrage comme dangereux pour les patients, on imagine que les équipes sont aptes à rassurer les fumeurs sur ce point.

Les patients ont plusieurs fois insisté sur la confiance qu'ils portent dans les capacités des soignants pour les aider dans leur démarche d'arrêt. Parler de leur usage de tabac avec les équipes leur semble facile car ils sentent les soignants à l'écoute. Ce constat correspond à l'idée que le sevrage en tabac est un sujet dont les professionnels se saisissent, puisqu'ils considèrent à 88,9 % que cela fait partie de leur rôle soignant. Toutefois, cette perception de disponibilité contraste avec le sentiment des professionnels de disposer d'insuffisamment de temps et de compétences pour parler sevrage. Il est probable que ce manque se répercute plutôt sur la suite de l'accompagnement. Selon nos participants, les patches ou autres TSN sont, en effet, systématiquement proposés à l'arrivée d'un fumeur. Toutefois, l'aide au maintien de l'abstinence pendant et après l'hospitalisation ne serait pas systématique : pendant, l'accompagnement se limiterait à la proposition et prescription ponctuelle de substituts. Après, plusieurs patients, ayant expérimenté un arrêt du tabac lors d'une hospitalisation, auraient repris les consommations de cigarettes, concluant sur un lien avec une absence d'organisation de suivi à la sortie. Aussi, aucun participant ne connaissait l'existence des consultations de tabacologie, or environ un tiers des soignants de notre étude dit orienter les patients vers ces consultations. Cette modalité d'accompagnement, peut-être sous exploitée par l'hôpital psychiatrique, est probablement soumise aux ambivalences des patients pour arrêter de fumer. Il est possible qu'une partie des fumeurs orientés vers la tabacologie ne se présente finalement pas à la consultation.

Un point non abordé dans notre questionnaire et non évoqué par les professionnels est celui de l'infrastructure hospitalière. L'emplacement de la chambre des patients par rapport au fumoir limite selon eux le succès d'un sevrage. Passer plusieurs fois par jour devant les fumeurs ou sentir les odeurs de tabac depuis la chambre n'est pas aidant. Devoir descendre jusqu'au parc ou être accompagné au bureau de tabac pourrait être soit dissuasif soit *a contrario* prétexte pour s'aérer.

Lorsqu'on les interroge sur leurs attentes envers les professionnels de psychiatrie, les patients insistent sur le respect de leur autonomie, ils parlent de leur liberté de fumer. Pouvoir maîtriser leur consommation et la diminution des TSN leur semble important. Selon les participants, ce choix doit toutefois être éclairé : ils attendent d'être informés des risques et conséquences de leur consommation, des effets secondaires, modalités d'utilisation et remboursement des TSN. Ce souhait semble respecté et entendu par les équipes puisque 87,4 % des participants estiment que le discours à tenir face au fumeur porte sur l'information des risques encourus (discours en 1^{ère} position dans les choix de réponses). De plus, 88,9 % des soignants considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans le processus de sevrage des patients. Cette transmission de savoir est essentielle, la peur d'une dépendance aux traitements et de l'existence d'un danger pour la santé en cas d'usage des substituts ou de la e-cigarette s'avèrent être des freins. Lors de ces groupes de paroles nous avons pu faire le constat d'une diversité d'aides au sevrage non médicamenteuses utilisées par les participants : méditation pleine conscience, acupuncture, psychothérapie. Leur intérêt pour ces prises en charge est un argument supplémentaire pour appuyer la proposition de formations professionnelles à ce type d'accompagnement. Nous constatons l'importance de proposer aux patients psychiatriques des aides au sevrage variées, plusieurs options thérapeutiques, incluant du choix et de la flexibilité.

Conclusion

Afin de comprendre les représentations soignantes pouvant influencer les modalités de sevrage en tabac lors d'une hospitalisation complète en psychiatrie, nous avons établi une revue de la littérature non exhaustive montrant que la place de la cigarette au sein de l'institution est encore source de débats et d'interrogations, tant sur des enjeux relationnels que d'un point de vue réglementaire et légal. Pourtant, le sevrage en tabac est un véritable enjeu sanitaire pour nos patients.

Nous avons donc construit une étude épidémiologique descriptive menée auprès des professionnels de l'hôpital Saint-Jacques à Nantes, l'objectif était d'évaluer si l'inquiétude des soignants pouvait influencer les modalités de prise en charge d'un sevrage tabagique. Nos résultats montraient une corrélation non significative entre ces deux paramètres et ne nous permettaient pas de conclure à l'existence d'un lien entre l'appréhension des conséquences d'un sevrage en tabac par le professionnel et la fréquence de proposition d'une aide à l'arrêt. Tenter de diminuer cette inquiétude ne semble pas être l'axe de travail à privilégier pour favoriser l'arrêt du tabac. En effet, les représentations des professionnels placent le sevrage en second plan des priorités de soins, et mettent en avant les fonctions anxiolytiques et occupationnelles du produit. Ce travail était l'occasion de sensibiliser et transmettre des messages sur le sevrage en tabac via la diffusion du questionnaire mais également lors des rappels en présentiels, nous offrant l'opportunité d'échanger directement avec nos collègues sur leur pratique et leur vision du soin.

Pour compléter cette étude, il nous semblait important de recueillir l'avis des patients, principaux concernés. Il fut intéressant de constater que certaines représentations soignantes sont partagées par les patients, notamment la question de priorité du sevrage dans les soins, représentation majoritaire chez nos professionnels. La lutte contre le tabagisme en hospitalisation ne peut donc pas se résumer à une simple application de la législation. Elle implique certes une prise en charge globale, une réflexion conjointe entre les services de somatique et d'addictologie, mais elle demande aussi un travail institutionnel visant à déconstruire les représentations des soignants et des patients eux-mêmes.

Dans un souci de concision, nous n'avons pas abordé la problématique du tabac en Chambre de Soins Intensifs (CSI). Lors des échanges avec patients et les équipes, nous avons constaté qu'il s'agit d'une source de questionnements tant sur la manière d'accompagner ce sevrage lorsque le patient refuse les TSN, que sur l'utilisation de la cigarette comme objet de motivation pour sortir d'isolement. Ce sujet mériterait de faire l'objet d'un travail propre. D'autre part, la temporalité du soin psychique est différente sur les structures extra hospitalières et les sevrages s'effectuent plus fréquemment en ambulatoire. Réaliser la même étude sur les CMP et HDJ afin de comparer les résultats serait complémentaire.

Bibliographie

1. Sorsana C. Psychologie des interactions sociocognitives. Armand Colin Paris, editor. 1999. 47 p.
2. Bonaldi C, Boussac-Zarebska M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2019;15:278–84.
3. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, et al. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2018;14–15:265–73.
4. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: A review *Article in Addiction · Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. addiction.* 2009;104:719–33.
5. Thorndike AN, Stafford RS, Rigotti NA. US physicians' treatment of smoking in outpatients with psychiatric diagnoses. *Nicotine Tob Res.* 2001 Feb 1;3(1):85–91.
6. Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addiction.* 2016;111(9):1536–53.
7. Osiek-Parisod F. C'est bon pour ta santé. Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation pour la santé. *Cah la Rech Sociol.* 1990;31:99–102.
8. Abric J-C. Psychologie de la communication. Théories et méthodes. Armand Colin Paris, editor. 1999. 13 p.
9. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes: bilan de cinq années de programme contre le tabagisme, 2014-2019. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2020;14:271–94.
10. Lermenier-Jeannet Aurélie, OFDT. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. 2019.
11. Talati A, Keyes KM, Hasin DS. Changing relationships between smoking and psychiatric disorders across twentieth century birth cohorts: Clinical and research implications. *Mol Psychiatry.* 2016 Apr 1;21(4):464–71.
12. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *J Am Med Assoc.* 2000;284(20):2606–10.

13. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *Br J Psychiatry*. 2001 Nov;179(5):432–7.
14. OFT, FFP. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques, les 20 messages clés. In: Conférence d'experts 2008. 2009. p. 1.
15. RESPADD, LSST, LSPS, HPH. Tabagisme & santé mentale. Edition 20. Edition Respadd, editor. 2020. 7 p.
16. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annu Rev Public Health*. 2016 Mar 20;38(1):165–85.
17. Willemsen MC, Görts 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.
18. De Beaupaire Renaud. Effets du tabac sur les neurones sérotoninergiques. *Tabac comprendre la dépendance pour agir*. 2004.
19. Jørgensen KN, Psychol C, Skjærvø I, Mørch-Johnsen L, Haukvik UK, Lange EH, et al. Cigarette smoking is associated with thinner cingulate and insular cortices in patients with severe mental illness. *J Psychiatry Neurosci*. 2015 Jul 1;40(4):241–9.
20. Dervaux A, Laqueille X. Tabagisme et comorbidités psychiatriques. *Press Medicale*. 2016 Dec 1;45(12):1133–40.
21. Dickerson F, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, et al. Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. *Psychiatr Serv*. 2013 Jan 1;64(1):44–50.
22. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 Mar;25(2):83–8.
23. Manzella F, Maloney SE, Taylor GT. Smoking in schizophrenic patients: A critique of the self-medication hypothesis. *World J Psychiatry*. 2015;5(1):35–46.
24. Myles N, Newall HD, Curtis J, Nielssen O, Shiers D, Large M. Tobacco use before, at, and after first-episode psychosis: A systematic meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(4):468–75.
25. Gurillo P, Jauhar S, Murray RM, MacCabe JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2015 Aug 1;2(8):718–25.

26. Khantzian EJ. Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction*. 2013 Apr;108(4):668–9.
27. Segarra R, Zabala A, Eguíluz JI, Ojeda N, Elizagarate E, Sánchez P, et al. Cognitive performance and smoking in first-episode psychosis: The self-medication hypothesis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011 Jun;261(4):241–50.
28. Dome P, Lazary J, Kalapos MP, Rihmer Z. Smoking, nicotine and neuropsychiatric disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010 Feb;34(3):295–342.
29. Underner M, Perriot J, Brousse G, de Chazeron I, Schmitt A, Peiffer G, et al. Stopping and reducing smoking in patients with schizophrenia. *Encephale*. 2019 Sep 1;45(4):345–56.
30. Tsoi DTY, Porwal M, Webster AC. Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. In: *British Journal of Psychiatry*. 2010. p. 346–53.
31. Aubin HJ, Luquiens A, Berlin I. Pharmacotherapy for smoking cessation: Pharmacological principles and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Feb;77(2):324–36.
32. Evins AE, Cather C. Effective Cessation Strategies for Smokers with Schizophrenia. *Int Rev Neurobiol*. 2015;124:133–47.
33. Cather C, Pachas GN, Cieslak KM, Evins AE. Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations. *CNS Drugs*. 2017 Jun;31(6):471–81.
34. Luger TM, Suls J, Vander Weg MW. How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addict Behav*. 2014 Oct;39(10):1418–29.
35. Prochaska JJ, Hall SM, Tsoh JY, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, et al. Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: Effect of smoking cessation on mental health functioning. *Am J Public Health*. 2008 Mar 1;98(3):446–8.
36. Van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 21;2013(8):1–137.
37. Capron DW, Allan NP, Norr AM, Zvolensky MJ, Schmidt NB. The effect of successful and unsuccessful smoking cessation on short-term anxiety, depression, and suicidality. *Addict Behav*. 2014 Apr;39(4):782–8.

38. Jackson JG, Diaz FJ, Lopez L, de Leon J. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord.* 2015 Sep 1;17(6):575–97.
39. Heffner JL, Strawn JR, Delbello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: Phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disord.* 2011 Aug;13(5–6):439–53.
40. Boksa P. Smoking, psychiatric illness and the brain. *J Psychiatry Neurosci.* 2017;42(3):147–9.
41. Ostacher MJ, Nierenberg AA, Perlis RH, Eidelman P, Borrelli DJ, Tran TB, et al. The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006 Dec;67(12):1907–11.
42. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships. *Psychol Bull.* 2007 Mar;133(2):245–72.
43. Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One.* 2016;11(7):1–18.
44. Guydish J, Passalacqua E, Pagano A, Martínez C, Le T, Chun J, et al. An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction.* 2016 Feb 1;111(2):220–30.
45. Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend.* 2006 Apr 28;82(2):91–102.
46. Rüther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, et al. EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry.* 2014 Feb;29(2):65–82.
47. Kahler CW, Spillane NS, Metrik J. Alcohol use and initial smoking lapses among heavy drinkers in smoking cessation treatment. *Nicotine Tob Res.* 2010 Mar 27;12(7):781–5.
48. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scand J Caring Sci.* 2003 Dec;17(4):339–46.
49. Längle G, Baum W, Wollinger A, Renner G, U'Ren R, Schwärzler F, et al. Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care.* 2003 Jun;15(3):213–21.
50. Salamin V, Clément O, Zimmermann G, Follack C, Perrenoud P, Bickel GG. Les relations thérapeutiques en psychiatrie hospitalière. *Ann Med Psychol (Paris).* 2009;167(3):188–94.

51. Oury J, Torrubia H. L'aliénation-Séminaire de Sainte-Anne, 10e année. Galilée, editor. 1992. 48 p.
52. Migard C. Gestion du tabagisme en institution. *Santé Conjug.* 2016;74:9–14.
53. J. Jouanna H. Serment d'Hippocrate (texte original). Librairie Arthème Fayard, editor. 1992. Annexe I.
54. Szatkowski L, McNeill A. The delivery of smoking cessation interventions to primary care patients with mental health problems. *Addiction.* 2013 Aug;108(8):1487–94.
55. Prochaska JJ. Smoking and Mental Illness — Breaking the Link. *N Engl J Med.* 2011 Jul 21;365(3):196–8.
56. McNally L, Oyefeso A, Annan J, Perryman K, Bloor R, Freeman S, et al. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. Vol. 28, *Journal of Public Health.* Oxford University Press; 2006. p. 192–6.
57. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014 Feb 13;348:1–22.
58. Michel L, Lang J, Libbey J, Eurotext L, Michel L, Lang J. Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? *Inf Psychiatr.* 2009;85:621–8.
59. RESPADD. Guide hôpital sans tabac. 2017.
60. Jochelson K, Majrowski B. Clearing the Air: Debating smoke-free policies in psychiatric units. 2006.
61. Pechillon E, Dujardin V. Peut-on fumer dans les services de psychiatrie ? *Santé mentale.* 2018 Mar;226:8.
62. Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: A pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs.* 2001;15(6):469–94.
63. Werner FM, Coveñas R. Long-term administration of antipsychotic drugs in schizophrenia and influence of substance and drug abuse on the disease outcome. *Curr Drug Abuse Rev.* 2017;10(1):19–24.
64. Kagabo R, Kim J, Zubieta JK, Kleinschmit K, Okuyemi K. Association between smoking, and hospital readmission among inpatients with psychiatric illness at an academic inpatient psychiatric facility, 2000-2015. *Addict Behav Reports.* 2019 Jun 1;9:1–6.

65. Prochaska JJ. Ten critical reasons for treating tobacco dependence in inpatient psychiatry. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2009;15(6):404–9.
66. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, argumentaire scientifique. 2014.
67. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 May 31;(5):5–6.
68. Roberts E, Eden Evins A, Mcneill A, Robson D. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: A systematic review and network meta-analysis. *Addiction.* 2016 Apr 1;111(4):599–612.
69. Gartner C, Hall W. Tobacco harm reduction in people with serious mental illnesses. *The Lancet Psychiatry.* 2015 Jun 1;2(6):485–7.
70. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jan 18;(2):1–152.
71. Nides M, Glover ED, Reus VI, Christen AG, Make BJ, Billing CB, et al. Varenicline versus bupropion SR or placebo for smoking cessation: a pooled analysis. *Am J Health Behav.* 2008;32(6):664–75.
72. Dautzenberg B. Société Française d'addictologie: Le point sur la cigarette électronique. 2018 p. 39.
73. RESPADD. Recommandations du RESPADD concernant l'utilisation de la vape dans les établissements de santé. 2016.
74. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med.* 2016 Feb 1;4(2):116–28.
75. European Commission. Attitudes of europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429. 2015.
76. Santé publique France. Tabagisme des professionnels de santé en France. 2017.
77. DGAFP. Chiffres-clés 2015 de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique. 2016.
78. HAS. Episodes de violence des patients hospitalisés en psychiatrie. 2016.
79. Réseau hopital sans tabac. Référentiel pour l'élaboration d'un plan stratégique de réduction du

tabagisme. 2007.

80. Wu L, Sun S, He Y, Zeng J. Effect of smoking reduction therapy on smoking cessation for smokers without an intention to quit: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Vol. 12, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI AG; 2015. p. 10235–53.
81. Stora O. Les cardiologues et le tabagisme. 2015 p. 12–3.
82. FARES, Réseau Européen Hopital Sans Tabac, INAMI. Psychiatrie et gestion du tabagisme, Pistes de réflexion. 2009.
83. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, recommandations. 2014.

SOMMAIRE DES ANNEXES

Affiche	68
Questionnaire	69
Résultats de l'étude	78
<i>Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon</i>	78
<i>Tableau 1 bis : Caractéristiques de l'échantillon</i>	79
<i>Graphique 1 : Type d'aide au sevrage utilisée par les soignants lors de leur TA</i>	79
<i>Graphique 2 : Dangersité perçue du tabac au sein des soignants</i>	80
<i>Graphique 3 : Difficulté de sevrage perçue au sein des soignants</i>	80
<i>Graphique 4 : Sentiment d'aptitude pour accompagner un sevrage</i>	81
<i>Graphique 5 : Connaissance du conseil minimal</i>	81
<i>Graphique 6 : Connaissance du réseau pour le sevrage tabagique</i>	81
<i>Graphique 7 : Souhait d'accès à des formations complémentaires</i>	81
<i>Graphique 8 : Inquiétude ressentie des soignants face au sevrage en tabac d'un patient</i>	82
<i>Graphique 9 : Fréquence de proposition d'aide au sevrage par les soignants</i>	82
<i>Tableau 4 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe NF</i>	83
<i>Tableau 5 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe F</i>	83
<i>Tableau 6 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe AF</i>	83
<i>Tableau 7 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe 0 TA</i>	84
<i>Tableau 8 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe 1-2 TA</i>	84
<i>Tableau 9 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe 3 et plus de 3 TA</i>	84
<i>Tableau 10 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe Médical</i>	85
<i>Tableau 11 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe Paramédical</i>	85
<i>Tableau 12 : Nombre de soignants pour chaque valeur de fréquence en fonction de l'expérience professionnelle hors psychiatrie</i>	85
<i>Tableau 13 : Nombre de soignants pour chaque valeur de fréquence selon le sentiment d'être suffisamment formé ou non</i>	86
<i>Tableau 14 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude en fonction de la profession</i>	86
	66

<i>Tableau 15 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude en fonction du nombre de TA</i>	86
<i>Graphique 14 : Place du tabac dans les missions soignantes selon les professionnels</i>	87
<i>Graphique 15 : Rôle du soignant dans le sevrage selon les professionnels</i>	87
<i>Graphique 16 : Intérêt des patients au sevrage selon les soignants</i>	87
<i>Graphique 18 : Type d'aide au sevrage utilisée par les soignants avec les patients</i>	88
Classification des expressions libres	89
Charte Hôpital sans tabac du RESPADD	95
Algorithme du dépistage et de l'aide à l'arrêt du tabac	96
Questionnaires de Fagerström	97
A. Questionnaire de Fagerström complet	97
B. Questionnaire de Fagerström simplifié	98
CIM-10 - Critères diagnostiques	99
A. Définition de l'usage nocif de la CIM-10	99
B. Critères de dépendance de la CIM-10	99
C. Critères de dépendance au tabac de la CIM-10	100
D. Critères de sevrage à la nicotine selon la CIM-10	101
CIM-11 - Critères diagnostiques	102
A. Harmful pattern of use of nicotine	102
B. Nicotine dependence	102
C. Nicotine withdrawal	103

TABAC AU SEIN DE L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

*Etude de l'influence des représentations des soignants sur la prise
en charge tabacologique des patients à l'hôpital psychiatrique*



*Thèse en médecine de Lucille FRETILLET-BABIN, interne de psychiatrie
au CHU de Nantes, sous la direction du Dr Emeline EYZOP*

- *Si vous êtes soignant au sein d'un service d'hospitalisation complète de psychiatrie de Saint-Jacques*
- *Quelle que soit votre profession*
- *Quel que soit votre rapport à la cigarette*

Participez à un questionnaire en ligne:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfAWIDGaHsT93t7u_RH-52aijnUJ3MdRK44CGHuTCnFLv2WBQ/viewform?usp=pp_url

Disponible également dans vos boîtes mails professionnelles

*Date limite: 1er février 2020
Temps nécessaire < 7 min*

Ce questionnaire interroge les représentations et pratiques professionnelles de tout soignant de psychiatrie concernant le tabagisme des patients

Le but est de comprendre et de mettre en évidence d'éventuels freins à l'accompagnement au sevrage lors d'une hospitalisation complète en psychiatrie

Merci pour votre aide

Questionnaire

Lien vers le questionnaire et adresse complète :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfAWIDGaHsT93t7u_RH-5ZaijnUJ3MdRK94CGHuTCnfLv2WBQ/viewform

A. Les caractéristiques du soignant

Quel est votre âge ?

- 18-24 ans
- 25-34 ans
- 35-44 ans
- 45-54 ans
- 55-64 ans
- > 65 ans

Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

Vous exercez la profession de :

- IDE
- Etudiant(e) IDE
- Cadre de santé
- Aide-soignant(e)
- Agent des services hospitaliers
- Psychiatre
- Interne en psychiatrie
- Médecin, hors spécialité psychiatrique
- Interne en médecine, hors psychiatrie
- Externe en médecine
- Psychologue
- Assistant(e) de service social

Actuellement vous travaillez :

- En psychiatrie secteur ouvert
- En psychiatrie secteur fermé
- En addictologie
- En psychiatrie, unité Espace
- En psychiatrie, unité Ravel

Avez-vous déjà travaillé dans d'autres services de soin en dehors de la psychiatrie ?

- Oui
- Non

B. La consommation des soignants

Cette partie porte sur votre consommation de tabac.

Vous êtes :

- Fumeur
- Ancien fumeur
- Non-fumeur

Vous consommez en moyenne :

- Moins de 5 cigarettes par jour
- Entre 5 et 10 cigarettes par jour
- Entre 10 et 15 cigarettes par jour
- Plus de 15 cigarettes par jour

Combien de fois avez-vous tenté d'arrêter de fumer ?

- 0
- 1-2 fois
- 3 fois et plus

1. La consommation des fumeurs

Lors de votre/vos tentative(s) d'arrêt, avez-vous eu recours à (*plusieurs réponses possibles*) :

- Des traitements substitutifs en nicotine (patch, gomme, etc.)
- Des consultations auprès d'un médecin ou autre professionnel de santé

- Des consultations de tabacologie
- Des traitements *per os* (Bupropion, Varénicline)
- Des renseignements sur le site ou la ligne tabac info service
- Rien

Pour information : TABAC INFO SERVICE au 39 89, vous pouvez trouver de l'information, de la documentation, mais également la possibilité d'être suivi(e) gratuitement par téléphone par un tabacologue. Sur le site www.tabac-info-service.fr, vous trouverez des renseignements, de la documentation et un service de e-coaching pour vous aider tout au long de votre arrêt.

2. La consommation des anciens fumeurs

Cette partie porte sur votre consommation de tabac.

Vous consommez en moyenne :

- Moins de 5 cigarettes/j
- Entre 5 et 10 cigarettes/j
- Entre 10 et 15 cigarettes/j
- Plus de 15 cigarettes/j

Combien de fois avez-vous tenté d'arrêter de fumer avant d'y parvenir ?

- 0
- 1-2 fois
- 3 fois et plus

Lors de votre/vos tentative(s) d'arrêt, avez-vous eu recours à (plusieurs réponses possibles) :

- Des traitements substitutifs en nicotine (patch, gomme, etc.)
- Des consultations auprès d'un médecin ou autre professionnel de santé
- Des consultations de tabacologie
- Des traitement *per os* (Bupropion, Varénicline)
- Des renseignements sur le site ou la ligne tabac info service
- Rien

Pour information : TABAC INFO SERVICE au 39 89, vous pouvez trouver de l'information, de la documentation, mais également la possibilité d'être suivi(e) gratuitement par téléphone par un

tabacologue. Sur le site tabac-info-service.fr, vous trouverez des renseignements, de la documentation et un service de e-coaching pour vous aider tout au long de votre arrêt.

C. Les représentations face au tabac

Le but de cette partie est d'interroger vos représentations vis-à-vis du tabac.

Selon vous, et sur une échelle de 0 à 4 :

- Un usage quotidien de tabac est-t-il dangereux pour la santé ?

Pas dangereux	0	1	2	3	4	Très dangereux
---------------	---	---	---	---	---	----------------

- Estimez-vous qu'il soit difficile d'arrêter de fumer ?

Facile 0 1 2 3 4 Très difficile

D. La formation continue

Cette partie porte sur vos connaissances et votre accès à la formation en tabacologie.

Pensez-vous être suffisamment formé pour pouvoir parler de sevrage en tabac avec vos patients ?

- Oui
- Non

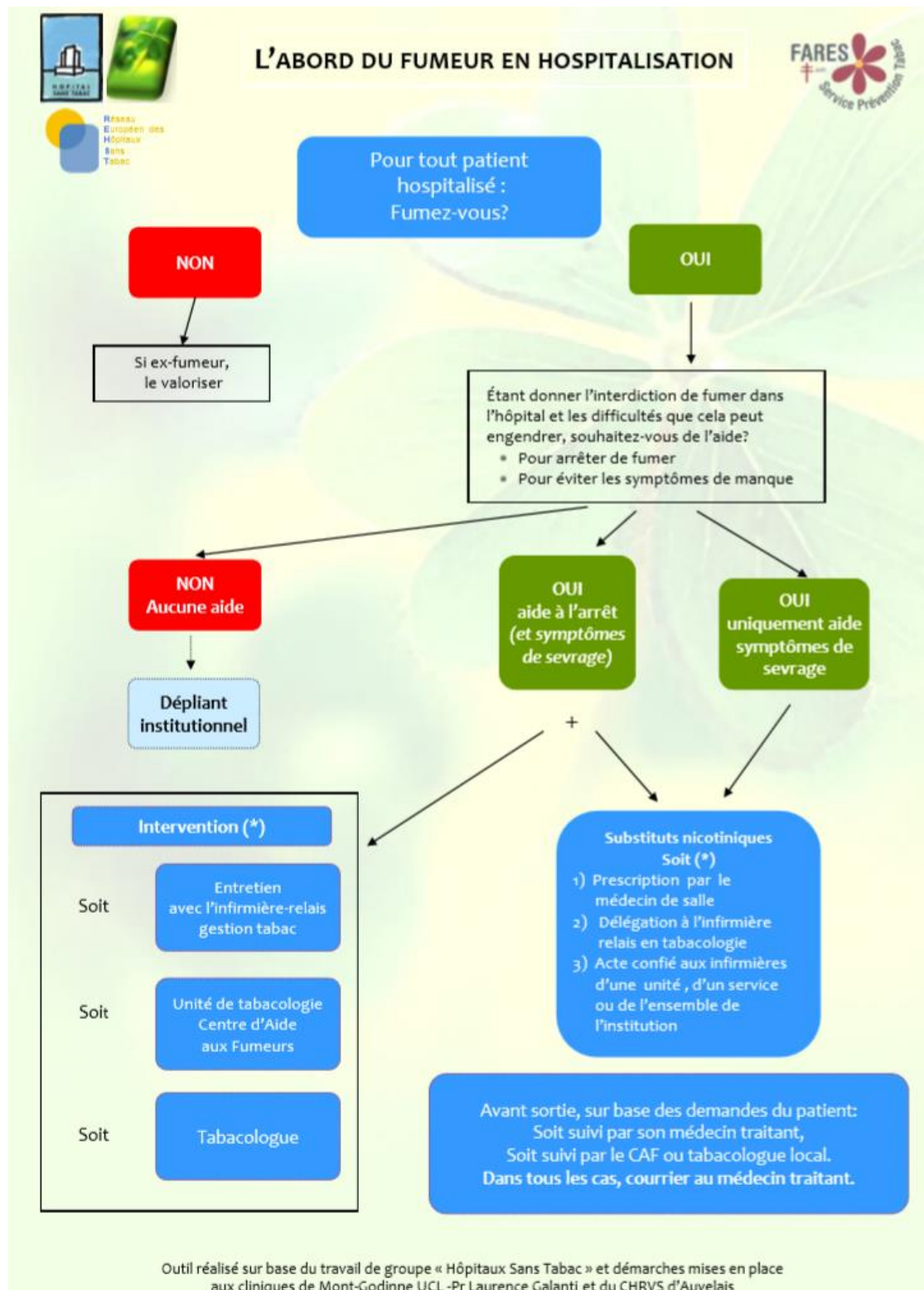
Connaissez-vous le conseil minimal pour les patients fumeurs ?

- Oui
- Non

Savez-vous vers qui orienter les patients souhaitant réduire ou arrêter leur consommation de tabac ?

- Oui
- Non

Pour rappel, voici l'arbre décisionnel à utiliser pour parler sevrage en tabac avec un patient. Il inclut le conseil minimal et l'orientation vers les soins :



Source : Réseau Européen des Hôpitaux sans tabac

Lien : <http://hopitalsanstabac.be/images/documents/arbre%20dcisionnel%20rseau%20hst.pdf>

- Oui
- Non

- Êtes-vous inquiet des conséquences, répercussions ou impact d'un sevrage en tabac chez un patient ?

74

Lorsque vous accompagnez un sevrage en tabac, vous utilisez principalement (*plusieurs réponses possibles*) :

- Des traitements substitutifs nicotiniques
- Un accompagnement psychologique et motivationnel ou psychothérapeutique
- Des traitements *per os* (Bupropion, Varénicline)
- Des consultations de tabacologie

**A titre indicatif :
utilisation des substituts nicotiniques**

Adaptation de la posologie initiale (à réaliser toutes les 48 H en hospitalisation)			
Fume	< 10 cig./jour	10 à 20 cig./jour	> 20 cig./jour
+ de 60 min. après le lever	Rien ou forme orale	Forme orale	Patch ou forme orale
30 à 60 min. après le lever	Forme orale	Patch ou forme orale	Patch et/ou forme orale
< 30 min. après le lever	Patch ou forme orale	Patch et/ou forme orale	Patch(s) et forme orale
< 5 min. après le lever	Patch et/ou forme orale	Patch et forme orale	Patches et forme orale

SUBSTITUTS	
Forme	Posologie standard
Patch 7, 14, 21 mg ☐	Dose dégressive pendant 8 semaines
Patch 5, 10, 15 mg ☐	
Gomme 2, 4 mg ☐	1 à 2 / heure pendant 8 à 12 semaines
Comprimé à sucer 1,5 mg, 2 mg, 4 mg ☐	
Comprimé sublingual 2, 4 mg ☐	
Inhaler ☐	1 cartouche / 2 - 3 H

Précautions particulières
• Médicament destiné chez les personnes à partir de 18 ans • Pas de contre-indications absolues. • <u>Précautions</u> : femmes enceintes, femmes allaitantes,... (voir notice) • Association possible. • Patch: le matin sur peau sèche, changer de place chaque jour • Gomme: ne pas trop mastiquer • Comprimés: ne pas croquer, ne pas avaler • Effet secondaire principal: Irritation locale.

Varénicline et Bupropion

Se référer au tabacologue de l'institution et aux informations de la notice

Source : Réseau Européen des Hôpitaux sans tabac

Lien : <http://hopitalsanstabac.be/images/documents/arbre%20dcisionnel%20rseau%20hst.pdf>

Lien vers le livret 2019 des Premiers gestes en Tabacologie du RESPADD :

www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/04/Livret-Prise-en-charge-LSST-BAT8-1.pdf

G. La mission de soignant :

Cette partie porte sur vos représentations de la mission de soignant au sein de l'institution psychiatrique.

Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la réduction ou le sevrage en tabac des patients hospitalisés ?

- Oui
- Non

Selon vous, le discours à adopter face à un patient fumeur hospitalisé est de (plusieurs réponses possibles) :

- Promouvoir l'abstinence totale
- Promouvoir la diminution de la consommation
- Limiter les risques
- Informer sur les risques
- Pas de discours particulier à adopter

Pensez-vous que gérer la consommation de tabac des patients hospitalisés (comme distribuer, rationner les cigarettes, accompagner au bureau de tabac, appeler les familles pour rapporter des cigarettes...) fait partie de vos missions soignantes ?

- Oui
- Non

H. Le rapport des patients à la cigarette

Le but de cette partie est de recueillir votre avis sur le rapport qu'entretiennent les patients hospitalisés avec la cigarette.

Selon vous :

Globalement, les patients sont-ils intéressés pour arrêter ou diminuer leur consommation de tabac ?

- Oui
- Non

Pour des patients atteints de troubles psychiatriques, arrêter de fumer est :

- Indispensable
- Souhaitable
- Pas la priorité

- Déconseillé
- Dangereux

Pour les patients hospitalisés, fumer est :

- Un plaisir
- Un moyen d'occuper le temps
- Un moyen de socialisation
- Un moyen de gérer le stress ou certains symptômes
- Aucune de ces réponses

Le tabac est-il plutôt aidant ou complique-t-il la relation soignante ?

- Aidant
- Ni l'un ni l'autre
- Compliquant

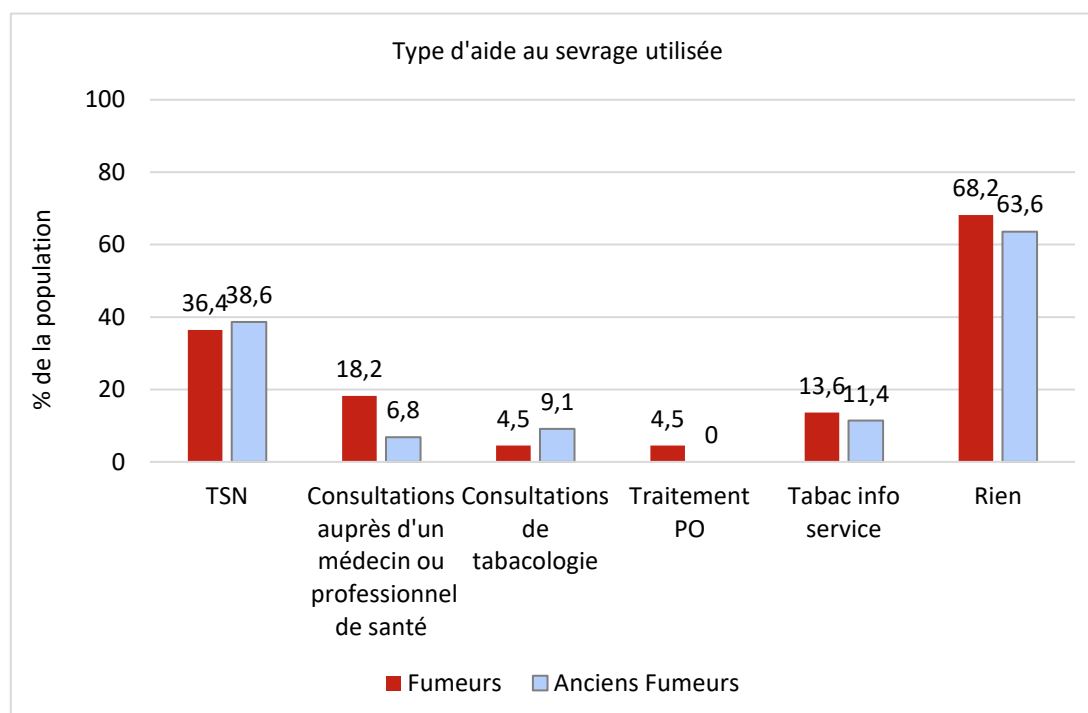
Résultats de l'étude

CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES	Nombre	Pourcentage de l'échantillon
Âge		
18-24 ans	21	15,6
25-34 ans	57	42,2
35-44 ans	33	24,4
45-54 ans	16	11,9
55-64 ans	8	5,9
> 65 ans	0	0
Sexe		
Féminin	96	71,1
Masculin	39	28,9
Profession		
IDE	39	28,9
Psychiatre	27	20
Interne en psychiatrie	27	20
Externe en médecine	15	11,1
Cadre de santé	9	6,7
Psychologue	7	5,2
Assistant(e) de service social	5	3,7
Médecin hors psychiatrie	3	2,2
ASH	2	1,5
Interne hors psychiatrie	1	0,7
Étudiant IDE	0	0
Aide-soignant(e)	0	0
Service d'exercice		
Ouvert	62	45,9
Fermé	38	28,1
Addictologique	32	23,7
Espace	2	1,5
Ravel	1	0,7
Expérience hors psychiatrie		
Oui	94	69,6
Non	41	30,4

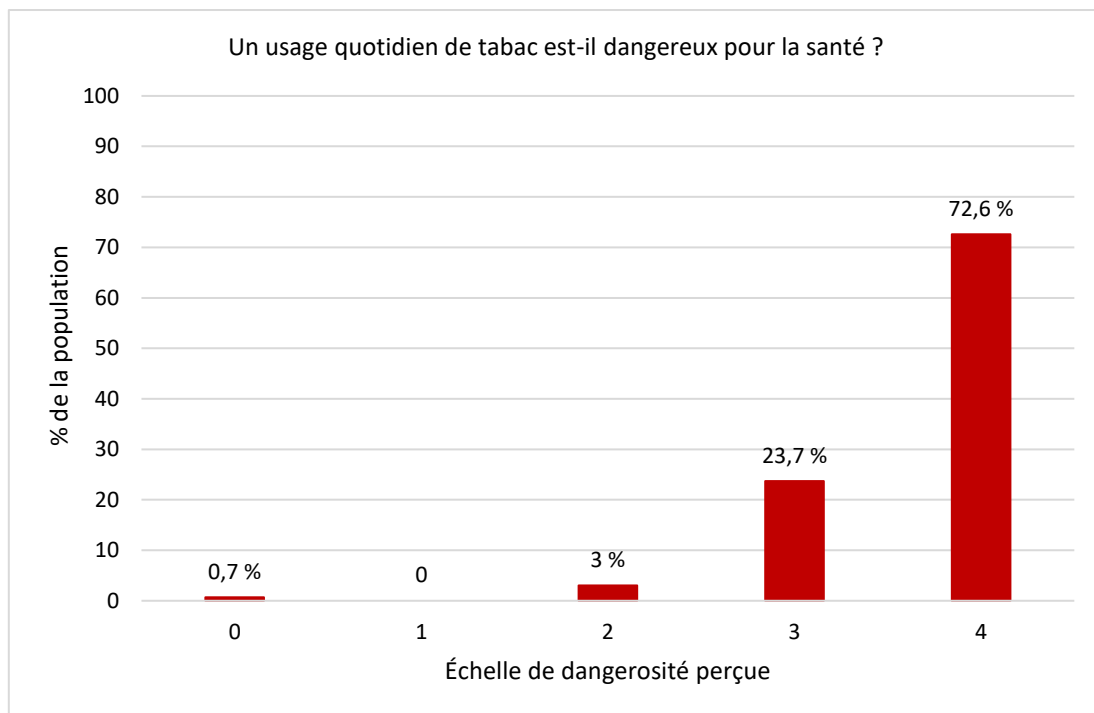
Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

TABAC	NON - FUMEURS		ANCIENS FUMEURS		FUMEURS	
	Nombre	% de l'échantillon	Nombre	% de l'échantillon	Nombre	% de l'échantillon
	63	46,7	44	32,6	28	20,7
Nombre de cigarettes						
< 5 / jour	-		10	7,4	13	9,6
5-10 / jour	-		10	7,4	10	7,4
10-15 / jour	-		14	10,4	3	2,2
> 15 / jour	-		10	7,4	2	1,5
Nombre de TA						
0	-		10	7,4	6	4,4
1-2	-		20	14,8	13	9,6
> ou = 3	-		14	10,4	9	6,7
Profession	Nombre	% de la profession	Nombre	% de la profession	Nombre	% de la profession
Médicale (n = 73)	41	56,2	18	24,7	14	19,2
Paramédicale (n=62)	22	35,5	26	41,9	14	22,6

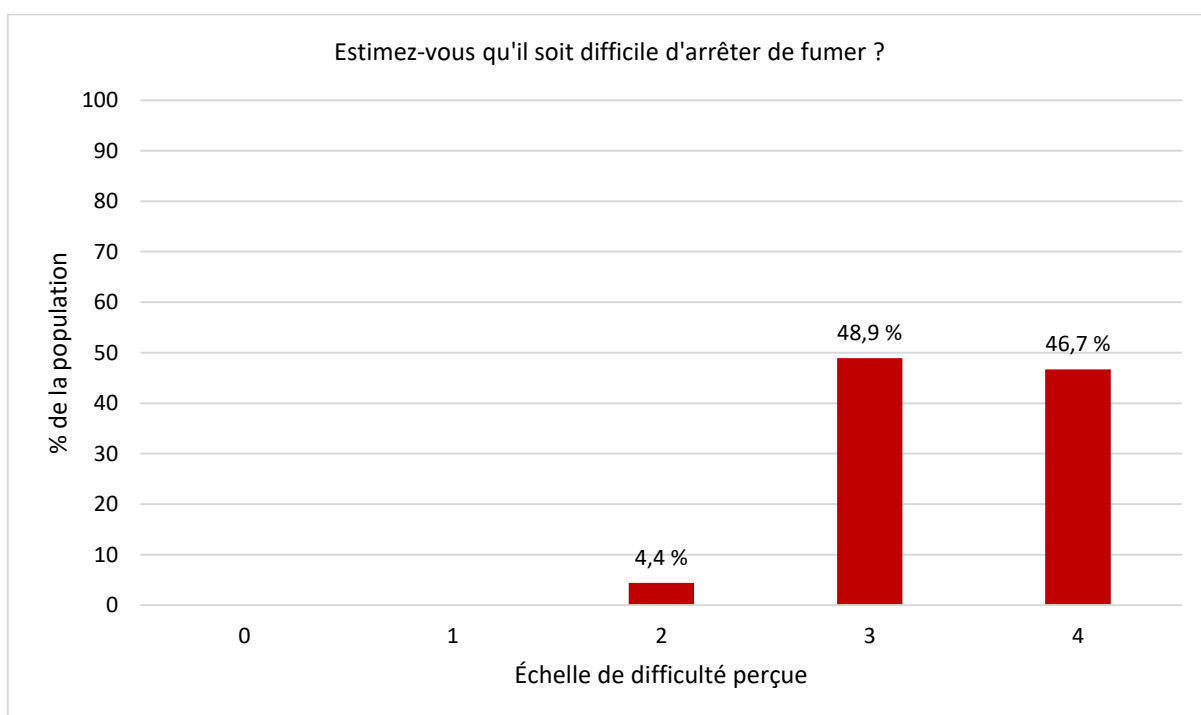
Tableau 1 bis : Caractéristiques de l'échantillon



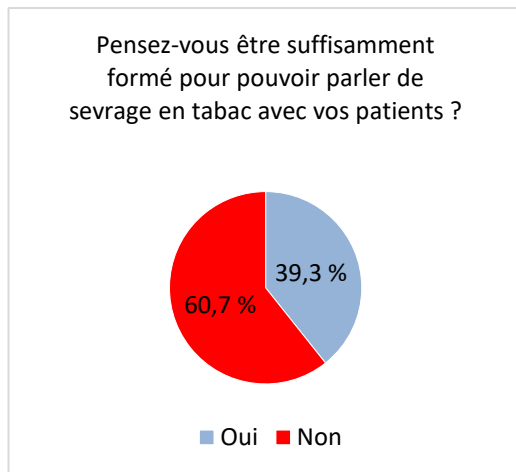
Graphique 1 : Type d'aide au sevrage utilisée par les soignants lors de leur TA



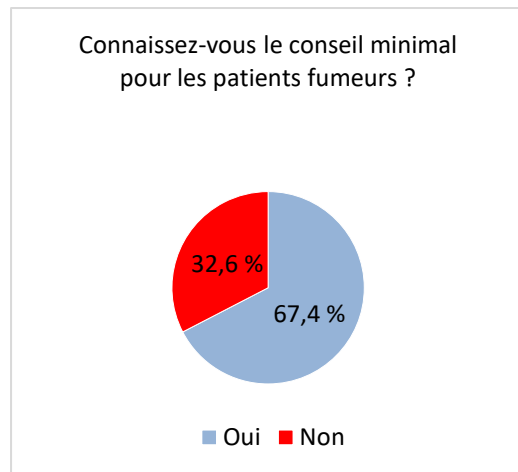
Graphique 2 : Dangerosité perçue du tabac au sein des soignants



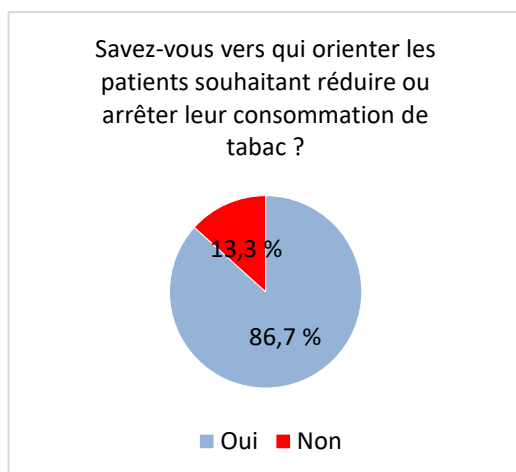
Graphique 3 : Difficulté de sevrage perçue au sein des soignants



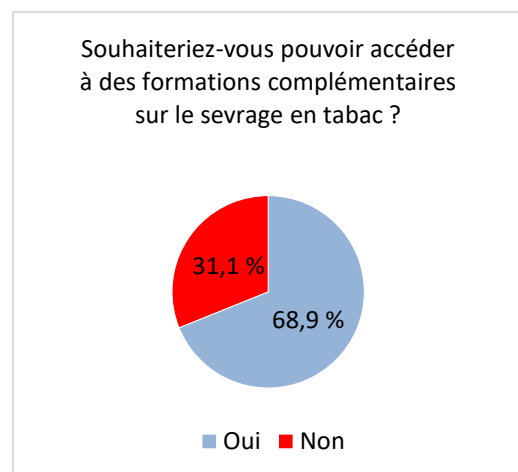
Graphique 4 : Sentiment d'aptitude pour accompagner un sevrage



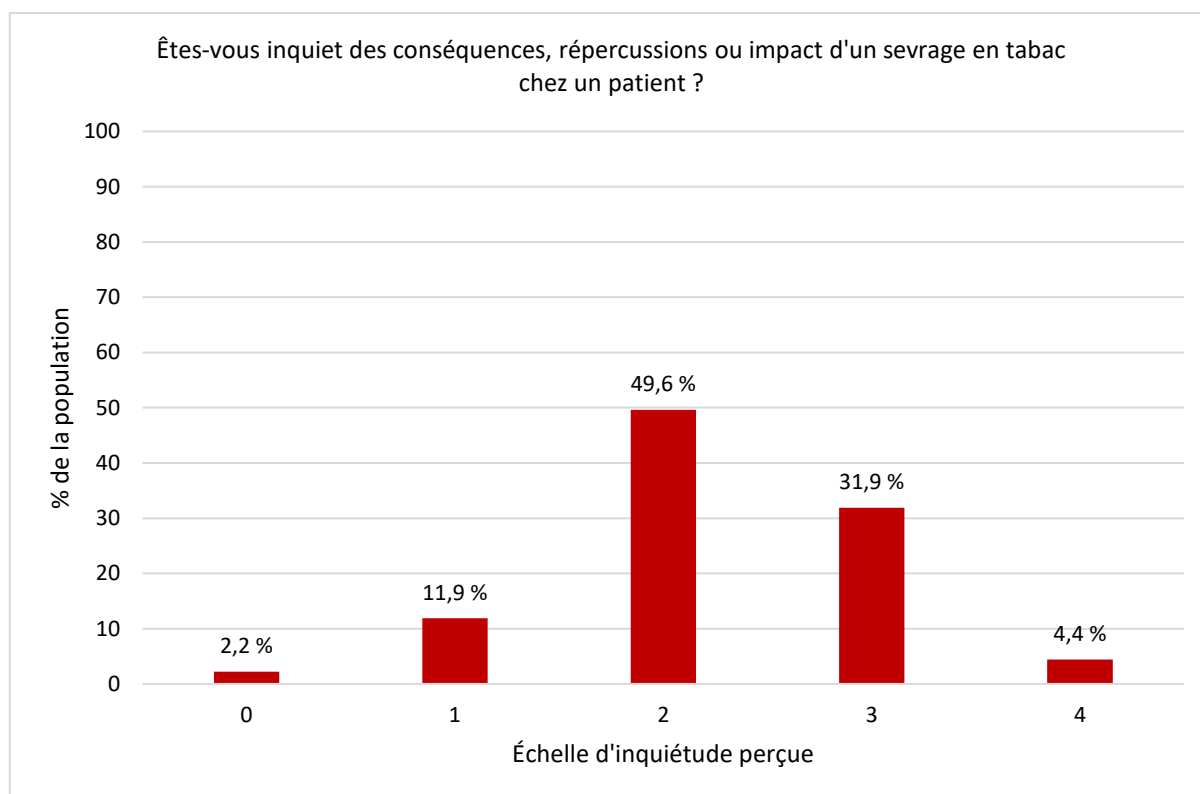
Graphique 5 : Connaissance du conseil minimal



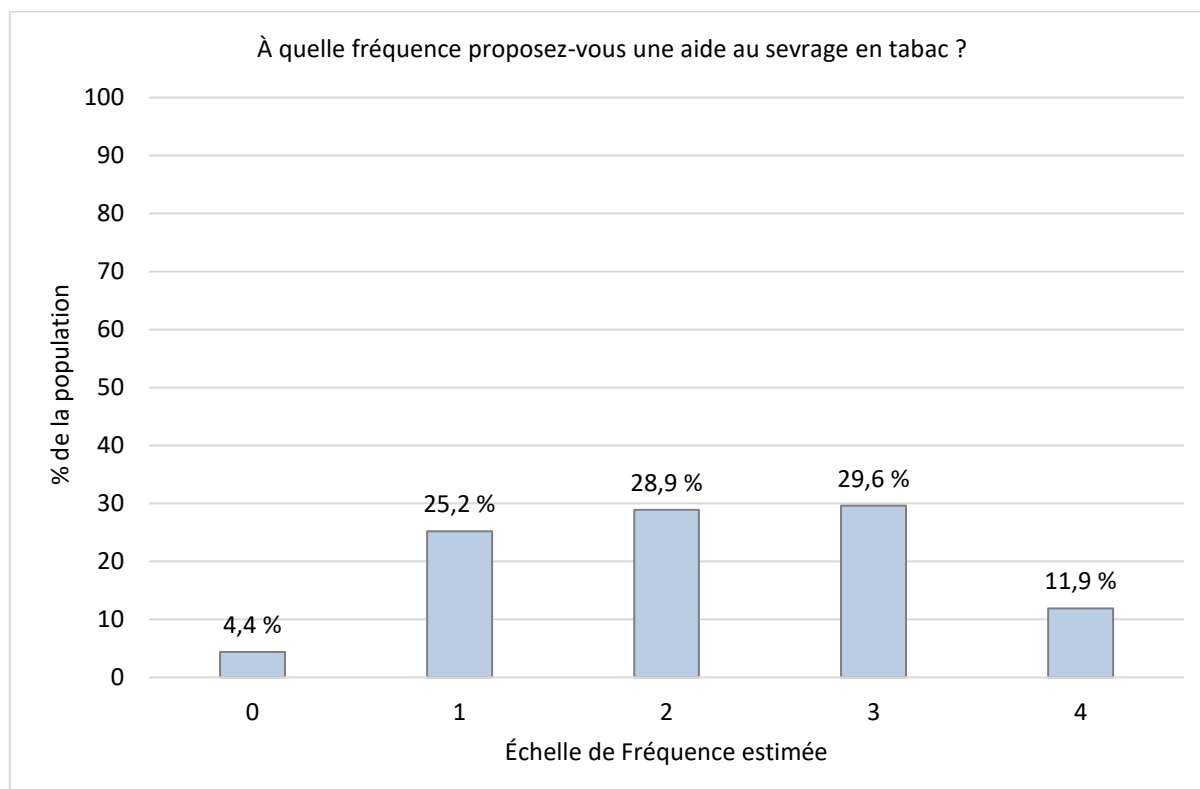
Graphique 6 : Connaissance du réseau pour le sevrage tabagique



Graphique 7 : Souhait d'accès à des formations complémentaires



Graphique 8 : Inquiétude ressentie des soignants face au sevrage en tabac d'un patient



Graphique 9 : Fréquence de proposition d'aide au sevrage par les soignants

Groupe Non-Fumeur		Inquiétude				
		0	1	2	3	4
Fréquence	0	0	2	1	0	0
	1	0	1	11	5	0
	2	0	0	11	6	0
	3	0	2	7	7	2
	4	0	3	4	0	1

Tableau 4 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe NF

Groupe Fumeur		Inquiétude				
		0	1	2	3	4
Fréquence	0	0	0	1	1	0
	1	0	0	3	1	0
	2	1	0	2	9	0
	3	0	1	4	3	1
	4	0	0	0	1	0

Tableau 5 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe F

Groupe Ancien Fumeur		Inquiétude				
		0	1	2	3	4
Fréquence	0	0	1	0	0	0
	1	2	1	8	2	0
	2	0	3	5	2	0
	3	0	2	6	4	1
	4	0	0	4	2	1

Tableau 6 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe AF

0 Tentative d'Arrêt		Inquiétude				
		0	1	2	3	4
Fréquence	0	0	0	0	1	0
	1	0	1	1	0	0
	2	0	1	2	2	0
	3	0	2	3	0	1
	4	0	0	1	1	0

Tableau 7 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe 0 TA

1-2 Tentative(s) d'Arrêt		Inquiétude				
		0	1	2	3	4
Fréquence	0	0	1	1	0	0
	1	2	0	6	2	0
	2	1	1	3	6	0
	3	0	1	3	4	0
	4	0	0	1	1	0

Tableau 8 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe 1-2 TA

3 et plus de 3 Tentatives d'Arrêt		Inquiétude				
		0	1	2	3	4
Fréquence	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	4	1	0
	2	0	1	2	3	0
	3	0	0	4	3	1
	4	0	0	2	1	1

Tableau 9 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe 3 et plus de 3 TA

Profession Médicale		Inquiétude				
		0	1	2	3	4
Fréquence	0	0	3	0	1	0
	1	0	2	11	4	0
	2	0	2	9	12	0
	3	0	3	7	7	4
	4	0	2	5	0	1

Tableau 10 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe Médical

Profession Paramédicale		Inquiétude				
		0	1	2	3	4
Fréquence	0	0	0	2	0	0
	1	2	0	11	4	0
	2	1	1	9	5	0
	3	0	2	10	7	0
	4	0	1	3	3	1

Tableau 11 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude et de fréquence dans le groupe Paramédical

		Expérience hors psychiatrie	Pas d'expérience hors psychiatrie
Fréquence	0	4	2
	1	25	9
	2	29	10
	3	24	16
	4	12	4

Tableau 12 : Nombre de soignants pour chaque valeur de fréquence en fonction de l'expérience professionnelle hors psychiatrie

		Suffisamment formé		Insuffisamment formé	
Fréquence	0	0	0 %	6	100%
	1	11	32 %	23	68 %
	2	13	33 %	26	67 %
	3	20	50 %	20	50 %
	4	9	56 %	7	44 %

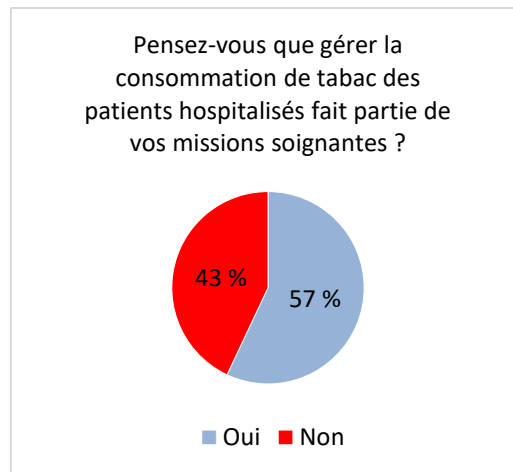
Tableau 13 : Nombre de soignants pour chaque valeur de fréquence selon le sentiment d'être suffisamment formé ou non

		Médical		Paramédical	
Inquiétude	0	0	0 %	3	100 %
	1	12	75 %	4	25 %
	2	32	48 %	35	52 %
	3	24	56 %	19	44 %
	4	5	83 %	1	17 %

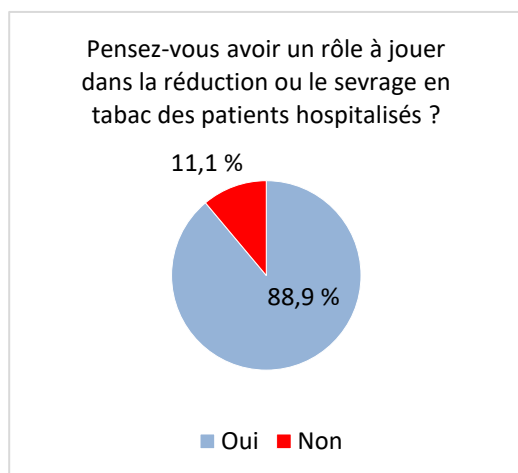
Tableau 14 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude en fonction de la profession

Nombre de TA		0	1-2	3 et plus
Inquiétude	0	0	3	0
	1	4	3	1
	2	7	14	12
	3	4	13	8
	4	1	0	2

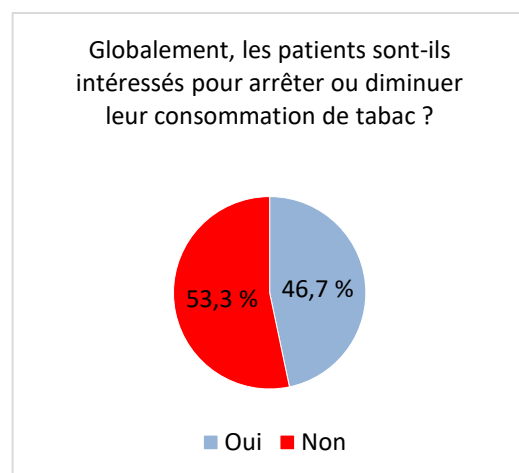
Tableau 15 : Nombre de soignants pour chaque degré d'inquiétude en fonction du nombre de TA



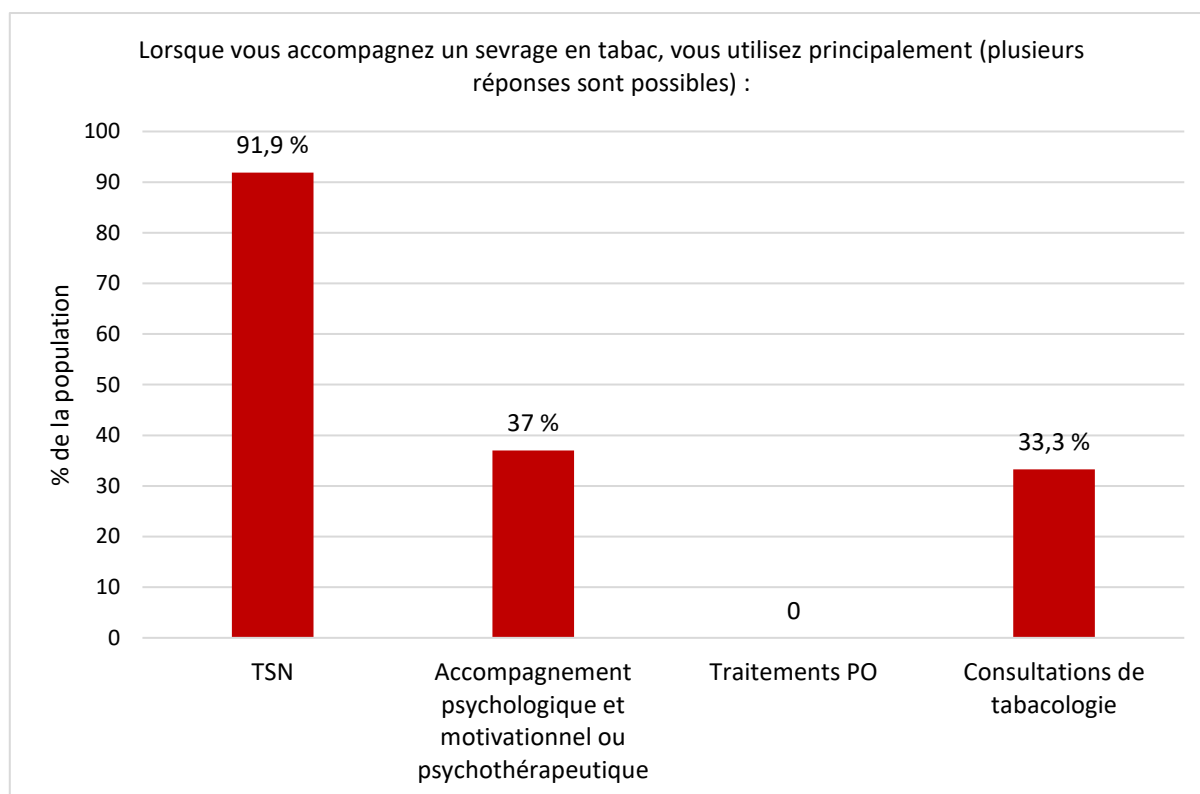
Graphique 14 : Place du tabac dans les missions soignantes selon les professionnels



Graphique 15 : Rôle du soignant dans le sevrage selon les professionnels



Graphique 16 : Intérêt des patients au sevrage selon les soignants



Graphique 18 : Type d'aide au sevrage utilisée par les soignants avec les patients

Classification des expressions libres

30 réponses recueillies : 29 réponses analysées, 1 réponse non classée. Chaque réponse a pu être classée dans plusieurs thèmes.

1. Ce n'est pas considéré comme prioritaire dans soin à ce moment-là, la question n'est pas pertinente

- « Pertinence du sevrage en tabac face à la situation clinique du patient ?
- Patients qui ne peuvent pas sortir, souvent tendus (hospitalisés contre leur gré), difficile de proposer un sevrage dans ces conditions.
- Du fait de la restriction de mouvements pouvant être imposée ou de la précarité de nos patients, l'accès au tabac est compliqué ce qui induit, *a minima*, couramment, à une proposition de substituts nicotiniques. Si la question n'est pas abordée avec un patient c'est que nous n'en faisons pas un problème de santé.
- Pas la priorité : principalement à l'arrivée d'un patient n'étant pas en capacité d'entendre quoique ce soit ou presque. La question du tabac est seulement reportée.
- Difficulté de faire un relai depuis l'intra vers l'extra, le plus simple est d'orienter directement le patient sur l'extra.
- Parfois le sevrage est demandé mais l'angoisse est déjà majeure et l'on propose de différer.
- La plupart du temps les patients fumeurs que je reçois en consultation présentent des difficultés psychiques importantes qui sont au-devant de la scène : idées suicidaires, voire TS, angoisses, troubles dépressifs articulés à des problématiques familiales, scolaires et souvent avec des consommations de toxiques (THC notamment). La question de l'addiction au tabac se pose bien sûr mais me semble moins prioritaire dans la PEC. Quant à accompagner le patient s'il souhaite arrêter de fumer, le médecin qui le suit et l'équipe infirmière sont plus compétents que moi. D'ailleurs dans notre fonctionnement pendant 48h les jeunes ne peuvent fumer et supportent ce sevrage forcé avec l'aide de Nicorettes® par exemple.
- J'estime que cela n'est pas ma priorité au regard de mon métier mais j'y accorde une importance dès que l'occasion s'y prête en interaction avec les patients (réunion soignant soigné par exemple).
- Je ne propose pas quand je me sens en danger, je préfère prioriser ma sécurité. C'est très rare d'y déroger.

- Quand les patients sont hospitalisés pour une décompensation psychique, j'estime que ce n'est pas toujours le meilleur moment pour arrêter de fumer.
- Pour certains patients dont l'angoisse est massive (contexte aigu de décompensation psychiatrique), je me dis qu'un sevrage pourrait être un facteur de stress supplémentaire et qu'il vaut mieux différer.
- Ce n'est pas le bon moment dans les choses à travailler avec le patient.
- Pas la priorité dans le sens on oublie le tabac qui serait aussi une priorité.
- Question traitée par les soignants, possibilité de fumer en psychiatrie, les patients commencent ou reprennent le tabac au cours d'une hospitalisation en psychiatrie voire augmentent leur consommation. L'hospitalisation en psy semble peu propice à une période de sevrage.
- Travail en unité fermée avec des patients parfois très délirants et effectivement ce n'est pas forcément le bon moment pour aborder le sujet. »
 - 15 réponses sur 29 comportent ce thème, soit 51,7 % des réponses
 - Illustration : « Pertinence du sevrage en tabac face à la situation clinique du patient, ce n'est pas le bon moment dans les choses à travailler avec le patient. »

2. Le soignant pense ne pas être compétent ou que cela ne relève pas de ses missions

- « La plupart du temps les patients fumeurs que je reçois en consultation présentent des difficultés psychiques importantes qui sont au-devant de la scène : idées suicidaires, voire TS, angoisses, troubles dépressifs articulés à des problématiques familiales, scolaires et souvent avec des consommations de toxiques (THC notamment) La question de l'addiction au tabac se pose bien sûr mais me semble moins prioritaire dans la PEC. Quant à accompagner le patient s'il souhaite arrêter de fumer, le médecin qui le suit et l'équipe infirmière sont plus compétents que moi. D'ailleurs dans notre fonctionnement pendant 48h les jeunes ne peuvent fumer et supportent ce sevrage forcé avec l'aide de Nicorettes® par exemple.
- Demandes d'avis psychiatriques sur d'autres questions.
- J'estime que cela n'est pas ma priorité au regard de mon métier mais j'y accorde une importance dès que l'occasion s'y prête en interaction avec les patients (réunion soignant soigné par exemple).
- Ne relève pas de mes missions.
- Pas de formation et de connaissances suffisantes pour les assistantes sociales.

- Question traitée par les soignants, possibilité de fumer en psychiatrie, les patients commencent ou reprennent le tabac au cours d'une hospitalisation en psychiatrie voire augmentent leur consommation. L'hospitalisation en psychiatrie semble peu propice à une période de sevrage.

- Je réponds à votre questionnaire afin de vous aider dans votre travail mais certaines de mes réponses peuvent être biaisées car je suis seulement en D2 et donc c'est « normal » de ne pas avoir été assez formé pour l'instant sur le sevrage en tabac puisque ça viendra avec le temps, j'imagine (ou peut-être pas...). »

- 7 réponses sur 29 comportent ce thème, soit 24,1 % des réponses
- Illustration : « Pas de formation et de connaissances suffisantes pour les assistantes sociales, ne relève pas de mes missions. »

3. Le sevrage serait à risque de majorer ou d'entraîner de nouveaux symptômes

- « Patients qui ne peuvent pas sortir, souvent tendus (hospitalisés contre leur gré), difficile de proposer un sevrage dans ces conditions.

- Parfois le sevrage est demandé mais l'angoisse est déjà majeure et l'on propose de différer.

- En psychiatrie secteur fermé souvent les patients trouvent un « apaisement » dans la consommation de tabac, cela rythme leurs journées et est un point d'ancrage avec leur vie extérieure.

- Je ne propose pas quand je me sens en danger, je préfère prioriser ma sécurité. C'est très rare d'y déroger.

- Pour certains patients dont l'angoisse est massive (contexte aigu de décompensation psychiatrique), je me dis qu'un sevrage pourrait être un facteur de stress supplémentaire et qu'il vaut mieux différer.

- Tout dépend de la pathologie et du contexte de vie du patient en psychiatrie. Pour un psychotique, la cigarette fait partie de son mode de fonctionnement, de son rythme de vie, chez lui ou au sein de l'institution, leur parler d'arrêter de fumer leur semble dans la majorité des cas, impossible à envisager, ce qui peut également engendrer des problèmes en institution comme des incendies en chambre. Pour des personnes névrotiques, cela me semble plus accessible comme approche et intéressante. »

- 6 réponses sur 29 comportent ce thème, soit 20,7 % des réponses
- Illustration : « Pour certains patients dont l'angoisse est massive (contexte aigu de décompensation psychiatrique), je me dis qu'un sevrage pourrait être un facteur de stress supplémentaire et qu'il vaut mieux différer. »

4. Le patient n'est pas perçu comme demandeur d'un sevrage

- « Le patient ne souhaite pas arrêter.
 - Les patients eux-mêmes expliquent souvent qu'ils sont en incapacité de fournir cet effort au moment d'une hospitalisation en psychiatrie.
 - Il peut aussi s'agir du patient qui n'en parle pas spontanément et à qui on n'a pas posé la question.
 - Il ne s'agit pas de la problématique actuelle du patient, il ne le demande pas.
 - Dans la gravité des comportements addictifs, le tabac n'étant pas ciblé par le patient car induisant peu de sevrage contraint (contrat d'hospitalisation ou impossibilité de fumer concrète) *via* l'hospitalisation, je n'aborde le sujet de l'arrêt du tabagisme que lorsque le sujet est amené directement ou indirectement par le patient.
 - Tout dépend de la pathologie et du contexte de vie du patient en psychiatrie. Pour un psychotique, la cigarette fait partie de son mode de fonctionnement, de son rythme de vie, chez lui ou au sein de l'institution, leur parler d'arrêter de fumer leur semble, dans la majorité des cas, impossible à envisager, ce qui peut également engendrer des problèmes en institution comme des incendies en chambre. Pour des personnes névrotiques, cela me semble plus accessible comme approche et intéressante. »
- 6 réponses sur 29 comportent ce thème, soit 20,7 % des réponses
 - Illustration : « le patient ne souhaite pas arrêter, cela leur semble impossible à envisager. »

5. Le soignant n'y pense pas

- « Je n'ai pas le réflexe d'en parler spontanément plutôt que ne pas l'avoir en priorité.
 - Avant, quand il n'y avait pas de fumoir dans l'unité, nous abordions plus facilement la question car il y avait 7 accompagnements « cigarettes » par jour et pas plus donc on parlait de substituts nicotiniques et de consommation de tabac. Maintenant, avec les fumoirs, nous abordons la question rarement.
 - Il peut aussi s'agir du patient qui n'en parle pas spontanément et à qui on n'a pas posé la question. »
- 3 réponses sur 29 comportent ce thème, soit 10,3 %
 - Illustration : « Je n'ai pas le réflexe d'en parler spontanément plutôt que ne pas l'avoir en priorité. »

6. Le tabac n'est pas perçu comme l'addiction la plus grave

- « Du fait de la restriction de mouvements pouvant être imposée ou de la précarité de nos patients, l'accès au tabac est compliqué ce qui induit, *a minima*, couramment, à une proposition de substituts nicotiniques. Si la question n'est pas abordée avec un patient c'est que nous n'en faisons pas un problème de santé.
- La plupart du temps les patients fumeurs que je reçois en consultation présentent des difficultés psychiques importantes qui sont au-devant de la scène : idées suicidaires, voire TS, angoisses, troubles dépressifs articulés à des problématiques familiales, scolaires et souvent avec des consommations de toxiques (THC notamment) La question de l'addiction au tabac se pose bien sûr mais me semble moins prioritaire dans la PEC. Quant à accompagner le patient s'il souhaite arrêter de fumer, le médecin qui le suit et l'équipe infirmière sont plus compétents que moi. D'ailleurs dans notre fonctionnement pendant 48h les jeunes ne peuvent fumer et supportent ce sevrage forcé avec l'aide de Nicorettes® par exemple.
- Dans la gravité des comportements addictifs, le tabac n'étant pas ciblé par le patient car induisant peu de sevrage contraint (contrat d'hospitalisation ou impossibilité de fumer concrète) *via* l'hospitalisation, je n'aborde le sujet de l'arrêt du tabagisme que lorsque le sujet est amené directement ou indirectement par le patient. »
 - 3 réponses sur 29 comportent ce thème, soit 10,3 % des réponses
 - Illustration : « gravité des comportements addictifs liée un produit ciblé n'étant pas le tabac. »

7. Les patients ne sont pas perçus comme capables, le tabac semble leur être utile

- « Pas la priorité : principalement à l'arrivée d'un patient n'étant pas en capacité d'entendre quoique ce soit ou presque. La question du tabac est seulement reportée.
- En psychiatrie secteur fermé souvent les patients trouvent un « apaisement » dans la consommation de tabac, cela rythme leurs journées et est un point d'ancrage avec leur vie extérieure.
- Tout dépend de la pathologie et du contexte de vie du patient en psychiatrie. Pour un psychotique, la cigarette fait partie de son mode de fonctionnement, de son rythme de vie, chez lui ou au sein de l'institution, leur parler d'arrêter de fumer leur semble dans la majorité des cas, impossible à envisager, ce qui peut également engendrer des problèmes en institution comme des incendies en chambre. Pour des personnes névrotiques, cela me semble plus accessible comme approche et intéressante. »
 - 3 réponses sur 29 comportent ce thème, soit 10,3 % des réponses

- Illustration : « Pour un psychotique, la cigarette fait partie de son mode de fonctionnement, de son rythme de vie, chez lui ou au sein de l'institution. »

Non classée

« Je me questionne sur les représentations soignantes en psychiatrie sur le sujet, notamment l'idée de la cigarette comme média prévalent, objet de négociation et de l'alliance thérapeutique ; la consommation de tabac est bien souvent très loin sur la liste des priorités de soins lors de l'hospitalisation et donc comment aborder le sevrage ou la limitation des risques ? À quel moment et de quelle manière ? »

CHARTE

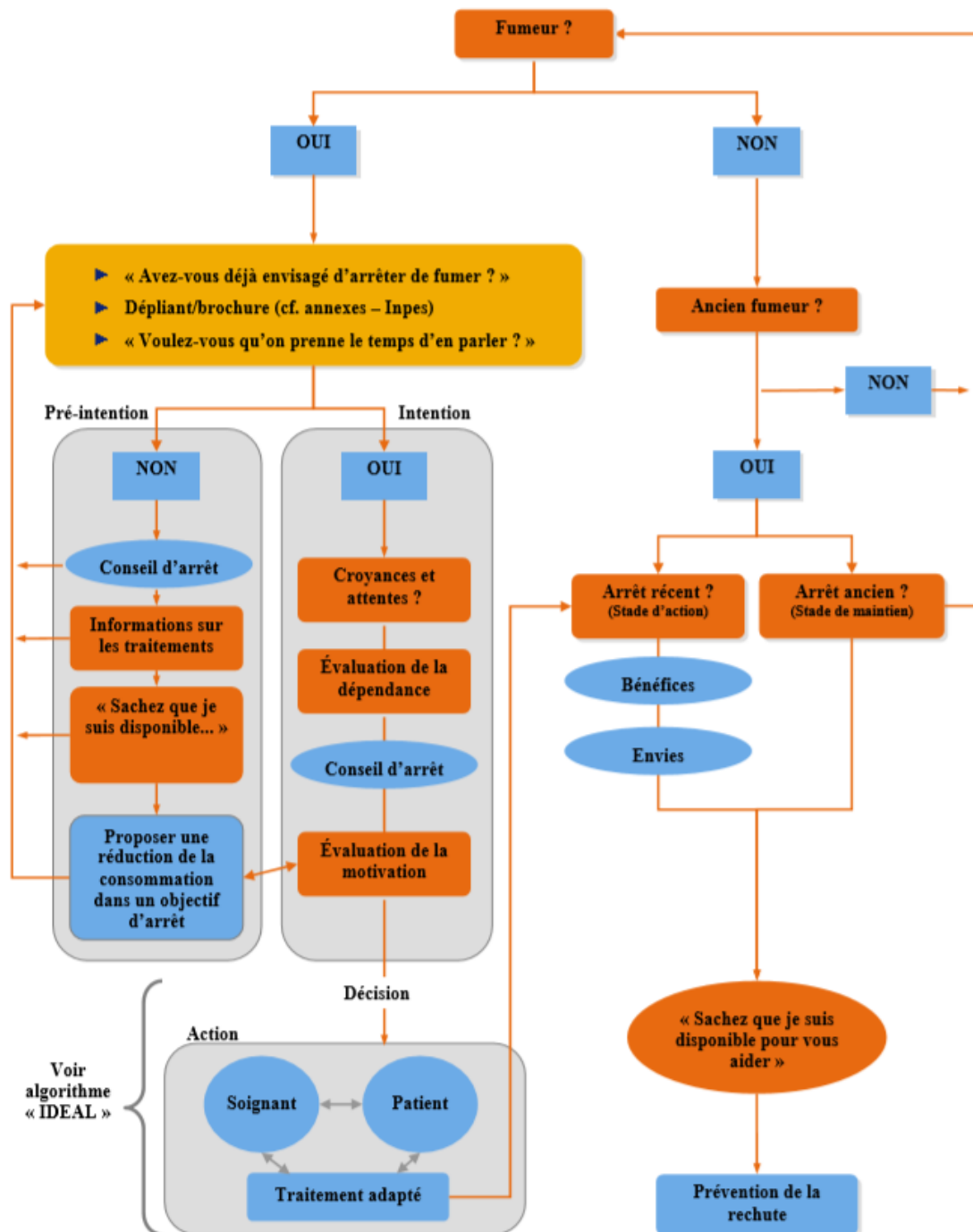
Hôpital sans tabac

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

Source : site du RESPADD et poster diffusé lors du colloque régional 2020 du RESPADD Pays de la Loire

<https://www.respadd.org/>

Algorithme du dépistage et de l'aide à l'arrêt du tabac



Source : Site de la HAS

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/algorithmes_depistage.pdf

Questionnaires de Fagerström

A. Questionnaire de Fagerström complet

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes	3
Entre 6 à 30 minutes	2
Entre 31 à 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

Oui	1
Non	0

3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

À la première de la journée	1
À une autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

Interprétation du score total

Dépendance :

Très faible	0-2
Faible	3-4
Forte	6-7
Très forte	8-10

B. Questionnaire de Fagerström simplifié

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes	3
Entre 6 à 30 minutes	2
Entre 31 à 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

Interprétation du score total :

Pas de dépendance	0-1
Dépendance modérée	2-3
Dépendance forte	4-6

CIM-10 - Critères diagnostiques

Voici les critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10^{ème} révision (CIM-10) :

A. Définition de l'usage nocif de la CIM-10

L'utilisation nocive pour la santé (CIM-10) correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé.

Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.

Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives.

La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

B. Critères de dépendance de la CIM-10

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives

La tolérance à la nicotine se manifeste par l'absence de nausées, d'étourdissements et d'autres symptômes caractéristiques, malgré l'utilisation de quantités substantielles de nicotine, ou par une diminution des effets, alors que l'utilisation se poursuit avec des doses inchangées de nicotine. L'arrêt de l'utilisation de la nicotine entraîne des signes de sevrage.

La CIM-10 propose une catégorie spécifique pour la dépendance au tabac, à partir de la définition précédente.

C. Critères de dépendance au tabac de la CIM-10

La dépendance au tabac est classée sous la rubrique « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ».

Le diagnostic de dépendance au tabac peut être posé lors de la présence simultanée de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pendant un mois continu :

1. Forte envie / désir impérieux de consommer du tabac
2. Perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses / souhait permanent de réduire / contrôler sa consommation tabagique

3. Symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac
4. Développement d'une tolérance
5. Abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac
6. Maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme

D. Critères de sevrage à la nicotine selon la CIM-10

Pour poser le diagnostic de sevrage à la nicotine, la CIM-10 exige la présence d'au moins deux des signes suivants :

1. Envie impérieuse de tabac (craving)
2. Malaise / état de faiblesse
3. Anxiété
4. Humeur dysphorique
5. Irritabilité / agitation
6. Insomnie
7. Augmentation de l'appétit
8. Toux
9. Ulcérations buccales
10. Difficultés de concentration

Source : site HAS, « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence », octobre 2014.

https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1775052

CIM-11 - Critères diagnostiques

L'OMS a publié le 18 juin 2018 sa nouvelle Classification Internationale des Maladies. La CIM-11 a été présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019, pour adoption par les États Membres, et entrera en vigueur le 1er janvier 2022. La CIM-11 est donc à ce jour uniquement disponible dans sa version anglaise.

A. Harmful pattern of use of nicotine

A pattern of nicotine use that has caused damage to a person's physical or mental health. The pattern of nicotine use is evident over a period of at least 12 months if substance use is episodic or at least one month if use is continuous (i.e., daily or almost daily). Harm to health of the individual occurs due to one or more of the following: direct or secondary toxic effects on body organs and systems; or a harmful route of administration.

B. Nicotine dependence

Nicotine dependence is a disorder of regulation of nicotine use arising from repeated or continuous use of nicotine. The characteristic feature is a strong internal drive to use nicotine, which is manifested by impaired ability to control use, increasing priority given to use over other activities and persistence of use despite harm or negative consequences. These experiences are often accompanied by a subjective sensation of urge or craving to use nicotine. Physiological features of dependence may also be present, including tolerance to the effects of nicotine, withdrawal symptoms following cessation or reduction in use of nicotine, or repeated use of nicotine or pharmacologically similar substances to prevent or alleviate withdrawal symptoms. The features of dependence are usually evident over a period of at least 12 months.

- Nicotine dependence, current use : Current nicotine dependence with nicotine use within the past month.
- Nicotine dependence, early full remission : After a diagnosis of nicotine dependence, and often following a treatment episode or other intervention (including self-help intervention), the individual has been abstinent from nicotine during a period lasting from between 1 and 12 months.
- Nicotine dependence, sustained partial remission : After a diagnosis of nicotine dependence, and often following a treatment episode or other intervention (including self-help intervention), there is a significant reduction in nicotine consumption for more than 12

months, such that even though intermittent or continuing nicotine use has occurred during this period, the definitional requirements for dependence have not been met.

- Nicotine dependence, sustained full remission : After a diagnosis of nicotine dependence, and often following a treatment episode or other intervention (including self-intervention), the person has been abstinent from nicotine for 12 months or longer.

C. Nicotine withdrawal

Nicotine withdrawal is a clinically significant cluster of symptoms, behaviours and / or physiological features, varying in degree of severity and duration, that occurs upon cessation or reduction of use of nicotine (typically used as a constituent of tobacco) in individuals who have developed Nicotine dependence or have used nicotine for a prolonged period or in large amounts. Presenting features of Nicotine withdrawal may include dysphoric or depressed mood, insomnia, irritability, frustration, anger, anxiety, difficulty concentrating, restlessness, bradycardia, increased appetite, and weight gain and craving for tobacco (or other nicotine-containing products). Other physical symptoms may include increased cough and mouth ulceration.

Source : site de l’OMS

Lien vers la CIM-11 : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Docteur Emeline EYZOP

Vu, le Doyen de la Faculté,
(tampon et signature)

Professeur Pascale JOLLIET

Titre de Thèse : TABAC AU SEIN DE L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE : ÉTUDE CLINIQUE DE L'INFLUENCE DES REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS SUR LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE DU TABAC.

RÉSUMÉ

La place de la cigarette à l'hôpital psychiatrique fait controverse. Cette thèse se donnait pour objectif d'en interroger les représentations, côté soignant *via* une étude, et côté patient *via* des groupes de paroles. L'objectif principal de notre étude épidémiologique était d'évaluer si l'inquiétude des soignants de l'hôpital psychiatrique St-Jacques de Nantes pouvait influencer les modalités de prise en charge d'un sevrage tabagique. Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation significative entre ces deux paramètres ($T = 0,110 [-0,020 ; 0,239]$). Leurs représentations sur le tabac placent le sevrage en second plan des priorités de soins, et mettent en avant les fonctions anxiolytiques et occupationnelles du produit. Ces croyances étaient partagées par les patients rencontrés lors des groupes de paroles dédiés. Diminuer cette inquiétude ne semble pas favoriser le sevrage en tabac, d'autres croyances doivent être déconstruites afin d'améliorer la prise en charge des patients de santé mentale.

MOTS-CLÉS

Sevrage ; Tabac ; Hôpital psychiatrique ; Représentations ; Pratiques Professionnelles.