

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

Présentée et soutenue publiquement
Le 2 octobre 2020 à Poitiers par
Camille VINCKIER

Étude des pratiques soignantes recommandées dans l'accompagnement au sevrage tabagique des patients suivis pour des troubles mentaux en psychiatrie à Poitiers

Composition du Jury

Président :

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres :

Madame la Professeure Virginie MIGEOT

Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Wilfried SERRA

Monsieur le Docteur Michel UNDERNER



Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale



REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect. Je vous remercie pour votre accompagnement durant ces années d'internat.

A Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères et de ma profonde reconnaissance.

A Madame la Professeure Virginie MIGEOT, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous suis profondément reconnaissante d'avoir été présente pour m'aider à trouver ma voie dans ces études de médecine. Merci de m'avoir transmis votre émulation et persévérance pour guider mon chemin. Votre travail collaboratif m'inspire. Merci de votre bienveillance, écoute, disponibilité et investissement auprès des étudiants.

A Monsieur le Docteur Wilfried SERRA vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail et je vous en remercie sincèrement. Merci d'être passionnant et passionné, aussi bien dans la recherche qu'en clinique, tant pour les étudiants, patients que pour les équipes. Merci d'avoir partagé votre savoir avec enthousiasme, humilité, indulgence et bienveillance, d'avoir répondu à mes questions depuis l'externat jusqu'à maintenant. Merci de m'avoir donné le goût de la curiosité et l'envie d'apprendre. Votre pratique m'inspire un immense respect.

A Monsieur le Docteur Michel UNDERNER, vous m'avez fait l'honneur d'encadrer ce travail et je vous en suis profondément reconnaissante. Merci pour votre investissement, le partage de votre savoir et votre sympathie.

A l'équipe de l'Unité de Recherche Clinique Pierre Deniker de Poitiers, et tout particulièrement à Nicolas HOUDELOT pour son aide précieuse à la mise en place de notre étude.

Merci aux rencontres riches en humanité, quelle qu'elles soient mais spécifiquement à celles de ces études, qu'ils soient patients ou soignants.

Merci aux membres de ma famille, mes parents, sœurs et beaux-frères, de partager ces moments de bonheurs et de vie à vos côtés. Merci à mes sœurs pour nos belles relations, merci d'avoir fait de moi une belle sœur, tata et une marraine. Merci à mes parents, qui m'ont transmis des valeurs essentielles et un soutien infaillible pour concrétiser ce parcours.

Merci à Kevin de m'avoir fait vivre des moments inoubliables qui restent gravés. Tu me pousses à te rendre fier et à développer des ressources hors normes. Merci de m'avoir permis de rencontrer et de connaître ta famille exceptionnelle qui m'a accueilli et soutenue. Merci pour tout à la famille Fillion, merci d'être devenue une famille de cœur.

Un merci tout particulier à Justine, Karen, Camille, Agnès, Charli, Fabien, Maxime pour leur soutien et présence dans les moments les plus difficiles de ces années qui fondent le socle d'une amitié irrévocable pour ma part.

Merci aux amis Nordistes et Poitevins, d'être toujours présents après ces longues années de concessions et de travail. Merci pour tous les moments qu'on a et que l'on va encore partager !

Merci aux gens qui m'entourent en présents ou non, de faire partie de ma vie et de me donner l'envie d'avancer. Merci La PSY.

Dans l'espoir que mon exercice futur puisse faire honneur à mes pairs et aux professionnels côtoyés.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
MÉTHODOLOGIE.....	12
•Design et outil.....	12
•Population	12
•Matériel et outil.....	13
•Recueil des données.....	13
•Analyses statistiques	14
RÉSULTATS.....	15
•Description de l'échantillon.....	15
•Réalisation des bonnes pratiques.....	17
•Paramètres en lien avec les recommandations des bonnes pratiques.....	18
DISCUSSION	21
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	26
ANNEXES.....	34
RÉSUMÉ	44
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	46
ABSTRACT	47

❖ **Documents de présentation de l'étude**

Message d'introduction du questionnaire (Annexe 1)

Questionnaire réalisé et utilisé (Annexe 2)

Message de sensibilisation diffusé sur la plateforme d'accueil informatique du CHL et par courriel (Annexe 3)

❖ **Résultats annexes de l'étude**

Données démographiques, type et caractéristiques d'exercice professionnel des soignants (Tableau 4)

Description des pratiques soignantes (Tableau 5)

Description des représentations soignantes du tabac et de la prise en charge tabagique (Tableau 6)

ABREVIATIONS

5A : *Ask* (demander au patient s'il fume), *Advise* (conseiller l'arrêt), *Assess* (évaluer le tabagisme), *Assist* (aider le fumeur à arrêter), *Arrange* (organiser un suivi)

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CHL : Centre Henri Laborit

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

DU : Diplôme universitaire

DESC : Diplôme d'Etat Spécialisé Complémentaire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

HAS : Haute Autorité de Santé

HCS : Hard Core Smoker

MED : Médecin

NICE : National Institute for health and Care Excellence

OMS : Organisme ou organisation Mondial de la Santé

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

PNLT : Plan National du Lutte contre le Tabagisme

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

SPF : Santé Publique France

s.d. : Sans Date de publication connue

TNS : Traitement Nicotinique Substitutif

vs : Versus

INTRODUCTION

Le Programme National de Réduction et de Lutte contre le Tabagisme (PNRT et PNLTL) initié en 2014 (Ministère des solidarités, priorités prévention, 2018) a contribué à diminuer la prévalence du tabagisme en France depuis 2018. Toutefois, la prévalence reste élevée avec près de 30,5% de fumeurs dans la population française (Pasquereau A. et al. 2020, BEH, Bulletin Epidémiologique hebdomadaire), touchant le plus souvent des individus ayant une fragilité psychique et/ou vivant dans une situation de précarité socio-économique (Marques C, et al. 2020, BEH). La prévalence du tabagisme est généralement deux fois plus élevée chez les patients atteints de troubles mentaux (Lasser et al., 2000 ; Morisano et al., 2009). Les répercussions sanitaires sont graves puisqu'un fumeur sur deux meurt du tabac et perd en moyenne dix ans d'espérance de vie (SPF : Tabagisme, conséquences sur la santé, 2019 ; HAS : Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac, 2016). Le tabagisme représente environ 75 000 morts et 680 000 malades par an en France (Pasquereau A. et al. 2020, BEH), et 5 millions de décès dans le monde (OMS, 2005).

Or, la dépendance nicotinique est la première maladie chronique évitable (HAS : Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac, 2016) où la prise en charge soignante est nécessaire et efficace (OMS, 2005 ; Froelicher & Kohlman, 2005 ; Katz et al., 2014 ; Maciosek et al., 2006).

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS : Arrêt de la consommation de tabac, 2014) stipulent que l'intervention soignante doit être systématique pour tout fumeur. La première étape est le dépistage. Le statut tabagique doit figurer dans le dossier du patient et les comptes rendus médicaux. Il faut également informer des risques du tabagisme, des bénéfices de l'arrêt et conseiller à tout patient fumeur d'arrêter. Un simple conseil augmente la probabilité d'abstinence tabagique de 30% (OMS, 2005). Les conseils peuvent durer de 30 secondes à 10 minutes (Recommandations anglaises, NICE, 2018). Les outils d'auto-support d'information et les coordonnées des centres de prise en charge doivent être remis au patient

ou aux proches. Enfin, il faut évaluer le niveau de dépendance, la motivation et le sentiment d'auto-efficacité personnel à l'arrêt. Les moyens pharmacologiques et non pharmacologiques existants doivent être expliqués. Toute forme de substitution nicotinique augmente la probabilité de maintien de l'abstinence de 50 à 70% (Dautzenberg, 2012) et doit être prescrite, notamment en hospitalisation. Les traitements pharmacologiques sont au nombre de sept, avec les traitements nicotiques substitutifs (TNS) (patch, gomme, spray, pastille, inhalateur), la varénicline et le bupropion. En 2019, le PNLT a élargi l'autorisation de prescription des TNS à plus de 800 000 nouveaux professionnels de santé. En plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers (IDE) et les masseurs-kinésithérapeutes peuvent dorénavant prescrire des TNS (Ministère des solidarités, priorités prévention, 2018). En parallèle de ces thérapeutiques, il est recommandé d'appliquer la méthode 5A : *Ask* (demander au patient s'il fume), *Advise* (conseiller l'arrêt), *Assess* (évaluer le tabagisme), *Assist* (aider le fumeur à arrêter), *Arrange* (organiser un suivi) (HAS, présentation de la méthode 5A, 2014). Après l'arrêt, l'accompagnement motivationnel doit être hebdomadaire pendant 4 semaines (Recommandations anglaises, NICE, 2018). Pour ces interventions de dépistage et de conseil, il est recommandé que tous les professionnels de santé soient systématiquement formés, que ce soit dans leur formation initiale ou par l'intermédiaire de programmes de développement professionnel continu (HAS : Arrêt de la consommation de tabac, 2014 ; OMS, 2005).

Pour autant, si les interventions tabacologiques soignantes sont recommandées et efficaces, elles sont néanmoins limitées en pratique (Froelicher & Kohlman, 2005 ; Reilly et al., 2006). Dans l'étude de Eldein et al., (2013), par exemple, le taux de dépistage du statut tabagique est de 60% (*Ask*), le conseil à l'arrêt de 36% (*Advise*), l'évaluation de 50% (*Assess*), l'aide à l'arrêt de 15% (*Assist*), et la planification de 13% (*Arrange*).

La pratique soignante peut varier en fonction de différents facteurs : le statut tabagique, les représentations du tabagisme, la durée d'exercice professionnel, la formation (Johnson et al., 2009 ; Malone et al., 2018 ; Pipe et al., 2009 ; Ratschen et al., 2009 ; Reilly et al., 2006 ; Sharma et al., 2018 ; Sharp et al., 2009 ; Studts et al., 2010). Les soignants peuvent être en difficulté pour réaliser ces soins, se questionnant sur leur rôle, leurs compétences, notamment

en se sentant insuffisamment formés (Ganz et al., 2015 ; Malone et al., 2018 ; Schwindt & Sharp, 2013 ; Sharp et al., 2009 ; Williams et al., 2009). Ces interventions peuvent également prendre du temps et ne pas être priorisées par rapport au motif initial de prise en charge (Ganz et al., 2015 ; Malone et al., 2018 ; Ratschen et al., 2009 ; Sharma et al., 2018 ; Sharp et al., 2009) à la fois dans les prises en charge individuelles et institutionnelles, c'est à dire dans les temps d'échanges, d'évaluation, d'organisation et de coordination des pratiques de soin (Ganz et al., 2015). Ces facteurs influençant les pratiques soignantes sont retrouvés dans d'autres spécialités (gynéco-obstétrique, oncologie, chirurgie, pneumologie, médecine générale) mais il existe des spécificités à la psychiatrie.

Historiquement, l'industrie du tabac a influencé les institutions psychiatriques en y diffusant ses produits et des publications scientifiques à conflits d'intérêts (Prochaska et al., 2008). Une « culture » du tabagisme s'est développée entraînant des débats concernant la place du tabagisme en psychiatrie (Bouvet, 2007a, 2007b ; Deberdt, 2005 ; Massé et al., 2007). Chez les soignants, l'accompagnement au sevrage tabagique peut être considéré comme une privation de plaisir et de liberté, avec l'anticipation de tensions institutionnelles (sorties prématurées, passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, conflits entre patients, soignants-patients et interprofessionnels) et la recrudescence de la symptomatologie psychiatrique (agitation, troubles du comportement, décompensation) (Fouillet et al., 2007). Le tabagisme peut être perçu comme un support relationnel de soin ou d'automédication pour gérer l'ennui, le vide, les angoisses, donnant l'impression aux soignants que les patients ne souhaitent ou ne peuvent pas se sevrer (Sonmez et al., 2015). Ces représentations soignantes peuvent être un frein aux interventions de soin (Friard, 2007 ; Hyland et al., 2003 ; Semal, 2016). Elles sont ancrées et parfois erronées notamment en ce qui concerne la privation de liberté, l'exacerbation de la symptomatologie, et l'absence de motivation des patients (Chen et al., 2017 ; Hempel et al., 2002 ; Lucatch et al., 2018 ; Malone et al., 2018 ; Schwindt & Sharp, 2013).

À cela s'ajoute la complexité de la prise en charge du tabagisme pour les patients suivis en psychiatrie. Les patients ont une vulnérabilité biopsychosociale à la dépendance nicotinique. Ils sont généralement fortement dépendants avec des échecs répétés dans les

tentatives de sevrage et donc moins motivés à long terme à se sevrer (Dervaux & Laqueille, 2008 ; Perriot et al., 2012 ; Roberts et al., 2016 ; Wing et al., 2012). Néanmoins, les prises en charge soignantes sont efficaces même si elles nécessitent quelques adaptations notamment avec des durées de prises en charge plus longue et plus intensives (Molina-Linde, 2011 ; Underner et al., 2019).

Malheureusement, environ 50% des décès chez les patients atteints de maladie mentale chronique sont dus à des cancers et/ou à des maladies respiratoires ou cardiovasculaires liées au tabagisme (Azad et al., 2016 ; Hyland et al., 2003). Ces patients ont une espérance de vie tronquée de vingt-cinq ans en moyenne (Mauer, 2006).

Ainsi, il semble primordial d'identifier les attentes des soignants et d'évaluer les interventions thérapeutiques afin d'identifier les facteurs permettant un meilleur accompagnement de ces patients. Les études internationales évaluant les pratiques soignantes recommandées sont nombreuses et récentes, mais plus rares en France. En psychiatrie, en France, les études réalisées dans ce domaine semblent se focaliser sur les représentations soignantes et non sur les données des pratiques recommandées.

L'objectif de notre étude est donc d'évaluer les pratiques soignantes en fonction des recommandations de la HAS en psychiatrie. Notre étude a pour objectif principal d'évaluer le premier palier de prise en charge, le dépistage, effectué par les soignants au sein du Centre psychiatrique Henri Laborit (CHL) de Poitiers et d'évaluer les différents freins pouvant limiter la réalisation des pratiques recommandées (formation, politique institutionnelle, statut tabagique des soignants, représentation du tabac).

MÉTHODOLOGIE

- **Design et outil**

Nous réalisons une étude observationnelle monocentrique descriptive, qualitative et quantitative, sur les pratiques et représentations soignantes vis-à-vis du tabac dans l'institution psychiatrique du CHL de Poitiers.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le taux de dépistage du statut tabagique par questionnaire informatisé. L'objectif secondaire est d'évaluer les pratiques globales, telles que recommandées par l'OMS et la HAS avec la méthode des 5A, et les facteurs influençant ces pratiques.

- **Population**

Dans notre étude, nous incluons tous les professionnels de santé du CHL de plus de 18 ans, qu'ils soient infirmiers, aides-soignants, internes ou médecins. Nous excluons les membres du personnel administratif et technique. Les professionnels inclus peuvent travailler en ambulatoire ou en intra-hospitalier, dans des services de psychiatrie adulte, en secteur fermé ou ouvert, sur des unités de pédopsychiatrie de l'adolescent et, ou, d'addictologie.

Au sein du CHL, les soignants sont principalement de sexe féminin à 79,8% ($p < 0,036$), avec un âge moyen de 44 ans. Au total, 1 279 soignants exercent au CHL, dont 1 136 soignants paramédicaux (aides-soignants et IDE) et 143 médecins, internes compris.

- **Matériel et outil**

Une recherche bibliographique permet d'établir un questionnaire sur la prise en charge du comportement tabagique basé sur les recommandations internationales de l'OMS, ainsi que sur les recommandations françaises de la HAS. Ce questionnaire est réalisé par le Dr Serra et le Dr Underner, respectivement psychiatre addictologue et pneumologue tabacologue. Il porte sur les interventions soignantes synthétisées dans la méthode des 5A et différents facteurs identifiés dans la littérature pouvant les influencer.

Ce questionnaire est présenté en Annexe 2. La durée de réalisation est de dix minutes en moyenne. La première partie regroupe les données socio-démographiques des soignants, le niveau de formation en tabacologie et le sentiment d'efficacité personnelle vis-à-vis de la prise en charge recommandée par l'OMS. Il questionne le statut tabagique des soignants et l'opinion des soignants pour l'intérêt de l'accompagnement tabagique dans leur pratique professionnelle, ainsi que les éventuels soutiens ou freins rencontrés. Puis il explore les pratiques professionnelles recommandées selon la méthode des 5A de l'OMS. Enfin, il aborde les représentations autour du lien tabac-cancer.

- **Recueil des données**

Toutes les informations s'obtiennent anonymement par questionnaire informatisé via le logiciel Lime Survey. L'objectif de l'étude est présenté aux soignants par un message numérique, de même que la préservation de l'anonymat (Annexe 1). L'inclusion et le consentement sont informatisés.

L'accès au questionnaire pour notre étude se maintient pendant un mois, du 11 mars 2020 au 8 avril 2020, via un lien informatique. Des affiches et communications informelles personnalisées sont déployées dans les services un mois avant le début de l'étude. Un courriel est diffusé quinze jours avant le lancement informatique de l'enquête, avec un message de sensibilisation spécifique fournissant des références bibliographiques (Annexe 3). Enfin, une

communication est effectuée sur les pages d'accueil des plateformes informatiques le jour du lancement de l'étude.

- **Analyses statistiques**

Les données sont extraites sous forme de tableau EXCEL par l'intermédiaire du logiciel LIME SURVEY. L'analyse des résultats est réalisée à l'aide du logiciel statistique JASP. Des tests non paramétriques sont réalisés avec un seuil de significativité fixé à 0,05.

Des scores composites sont créés. Les questions évaluant les pratiques de la méthode des 5A sont regroupées sous forme de « score global de bonnes pratiques ». La vision soignante de la toxicité tabagique correspond au « score tabac cancer ». Un « score d'adhésion à la lutte contre le tabac » associe la perception d'un rôle du soignant, le sentiment d'être un modèle auprès des patients et d'être en accord avec la législation au sein des hôpitaux psychiatriques. La perception d'un tabagisme positif des patients et de la cigarette comme médiateur relationnel sont regroupées dans le « score de représentations positives du tabac ». Des analyses par corrélation et régressions linéaires sont réalisées entre le dépistage et le « score global de bonnes pratiques » avec ces différents scores (« score tabac cancer », « score d'adhésion à la lutte contre le tabac », « score de représentations positives du tabac »).

RÉSULTATS

- **Description de l'échantillon**

Parmi les 1279 soignants du CHL de Poitiers, 448 ont répondu aux questionnaires informatisés mais 302 de manière partielle. L'analyse porte sur les 146 questionnaires complets recueillis, soit 11% de l'échantillon total. Les données démographiques et la nature de l'échantillon sont rapportées dans le tableau 1, ci-dessous, et le tableau 4 en annexe.

La majorité des participants est de sexe féminin (62%, $p=0,036$), âgés en moyenne de 38,8 ans et principalement non-fumeurs (69% non-fumeurs, $p=0,01$), même si le nombre d'anciens fumeurs n'est pas négligeable (30%).

Dans notre échantillon, le taux de participation du corps médical est de 25% contre 10% pour le corps soignant paramédical ($p=0,03$). Par rapport à l'effectif médical du CHL, on observe une surreprésentation médicale dans notre échantillon ($p<0,001$, 25% contre 11% de médecins au CHL).

Concernant les compétences des soignants, le sentiment d'auto-efficacité personnelle à l'accompagnement tabagique est auto-évalué à 5,2 sur 10. La connaissance des dispositifs de soin de proximité est de l'ordre de 50%.

Les soignants sont majoritairement non formés en tabacologie (70%, $p=0,008$). La demande de formation concerne 56,5% des soignants non formés et 50% des soignants formés.

À peine la moitié des soignants ressentent un soutien institutionnel pour l'organisation des soins à l'accompagnement au sevrage tabagique et un tiers des soignants pensent avoir le temps de les réaliser. La majeure partie des soignants considère qu'ils ont un rôle dans cet accompagnement (78%) mais ne se considèrent pas pour autant comme des modèles face au tabagisme pour autant. Ils considèrent peu la pratique tabagique comme une automédication des patients (12%) mais considèrent davantage la cigarette comme un levier pour l'alliance

dans les soins (29%). En revanche, la moitié des soignants sont en accord avec l'interdiction de fumer dans les hôpitaux psychiatriques.

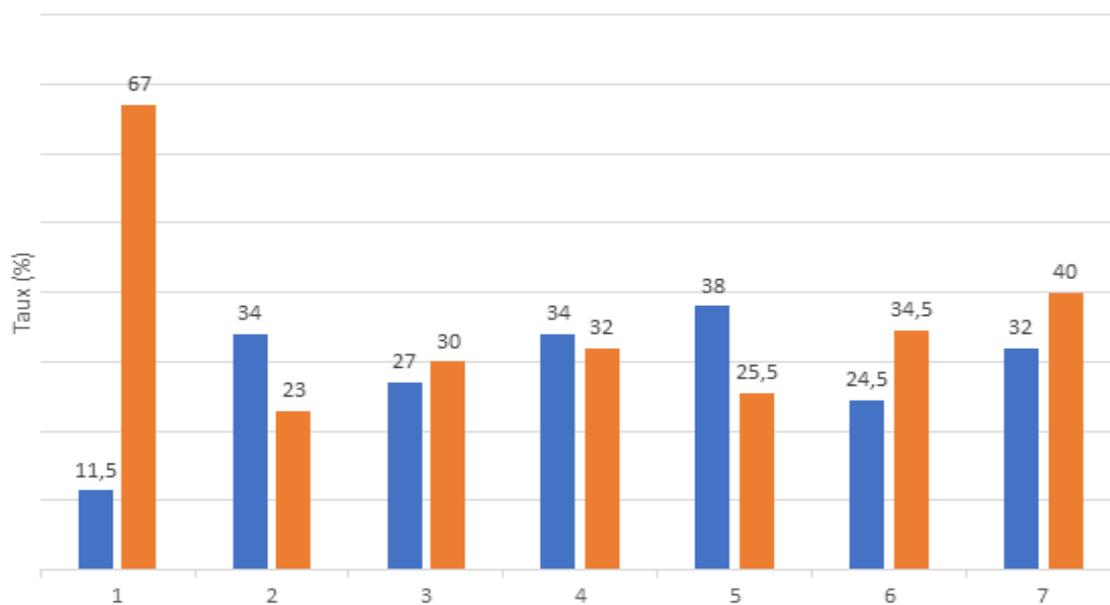
Tableau 1 : Description de l'échantillon

	N 146 (100%)	CHL
Sexe féminin	90 (62%)	79,8% p = 0,036
Age moyen	38,8 ans	44 ans
Profession		1136 (88,82%)
- Paramédicale	109 (75%)	143 (11,18%)
- Médicale	36 (25%)	p < 0,001
Filière addictologique	28 (19%)	
Formation en tabacologie	42 (30%)	
Souhait de formation pour l'ensemble des soignants	77 (55%)	
Antécédent de tabagisme personnel	89 (61%)	
Tabagisme actuel	45 (31%)	
Opinions soignantes dans la prise en charge tabagique (« score lutte contre le tabagisme »)		
- En accord avec la législation antitabac intra-hospitalière	73 (50%) 113 (78%)	
- Perception d'un rôle du soignant	61 (42%)	
- Soignants comme modèle vis-à-vis du tabac		
Organisation des unités de soins vis-à-vis de la prise en charge du tabac		
- Temps disponible	43 (30%)	
- Soutien institutionnel	65 (45%)	
Représentations personnelles sur la place du tabac dans les soins (« score de représentations positives du tabac »)	18 (12%)	
- Tabac comme levier thérapeutique (impact cognitif, émotionnel, comportemental)	43 (29%)	
- Tabac comme levier d'alliance thérapeutique		

- **Réalisation des bonnes pratiques**

Concernant la réalisation des bonnes pratiques, 67% des soignants rapportent un dépistage tabagique fréquent dans notre étude. La première étape de la méthode des 5A des recommandations internationales semble donc souvent effectuée. En revanche, un tiers des soignants rapportent ne pas conseiller l'arrêt ni évaluer la dépendance et la motivation à l'arrêt. Le dépistage et les interventions soignantes en rapport avec les recommandations de la HAS sont représentés dans la figure 1 et le tableau 5 en annexe.

FIGURE 1 : Pratiques soignantes de la méthode 5A



- 1- ASK Interroger le statut tabagique
- 2- ADVISE: Conseiller d'arrêter de fumer
- 3- ASSESS: Evaluer l'envie d'arrêter de fumer
- 4- ASSESS: Evaluer la dépendance
- 5- ASSESS: Evaluer la motivation à arrêter
- 6- ASSIST: Informer des aides
- 7- ARRANGE: Informer des disponibilités

■ Jamais + rarement
 ■ Souvent

- **Paramètres en lien avec les recommandations des bonnes pratiques**

Le dépistage est plus effectué par les soignants de sexe féminin ($p=0,036$), le corps médical ($p=0,036$), les soignants formés ($p=0,008$), travaillant dans la filière addictologique ($p=0,046$), et non-fumeur ($p=0,0116$) (Tableau 2).

À ces critères discriminants s'ajoute le temps disponible ($p<0,001$) et le soutien institutionnel ($p<0,001$) pour la réalisation des pratiques globales recommandées.

Les médecins ($p=0,003$), les soignants formés ($p=0,025$) et ceux ayant une image négative du tabac ($p<0,001$) adhèrent davantage à la politique de lutte contre le tabagisme.

Les fumeurs déclarent avoir moins de temps de disponible pour la réalisation des pratiques recommandées ($p=0,006$). Ils sous-évaluent le risque de cancer lié au tabac ($p=0,004$) et sont plus enclins à percevoir le tabac comme un potentiel outil thérapeutique dans les soins ($p=0,018$).

TABLEAU 2 : Tableau des corrélations entre les différentes variables étudiées

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Filière addictologique	Kendall's Tau B	—										
	p-value	—										
2. Profession médicale	Kendall's Tau B	0.006	—									
	p-value	0.943	—									
3. Formation tabacologique	Kendall's Tau B	0.364	0.441	—								
	p-value	< .001	< .001	—								
4. Tabagisme actif	Kendall's Tau B	-0.066	-0.182	-0.122	—							
	p-value	0.444	0.033	0.156	—							
5. Score adhésion lutte contre le tabac	Kendall's Tau B	-0.031	0.223	0.168	-0.104	—						
	p-value	0.681	0.003	0.025	0.162	—						
6. Temps disponible	Kendall's Tau B	0.407	0.037	0.229	-0.220	0.049	—					
	p-value	< .001	0.648	0.005	0.006	0.485	—					
7. Soutien institutionnel	Kendall's Tau B	0.427	-0.038	0.120	-0.109	-0.003	0.375	—				
	p-value	< .001	0.634	0.133	0.171	0.963	< .001	—				
8. Score tabac cancer	Kendall's Tau B	0.013	0.236	0.114	-0.224	0.116	0.070	-0.006	—			
	p-value	0.866	0.003	0.148	0.004	0.088	0.332	0.934	—			
9. Score représentations positives tabac	Kendall's Tau B	-0.125	-0.259	-0.219	0.190	-0.285	-0.216	0.010	-0.240	—		
	p-value	0.122	0.001	0.007	0.018	< .001	0.004	0.887	< .001	—		
10. Total bonnes pratiques	Kendall's Tau B	0.398	0.007	0.281	-0.182	0.017	0.395	0.427	0.105	-0.076	—	
	p-value	< .001	0.919	< .001	0.012	0.791	< .001	< .001	0.111	0.264	—	
11. Demandez au patient son statut tabagique ?	Kendall's Tau B	0.166	0.174	0.221	-0.199	-0.013	0.149	0.244	0.141	-0.097	0.460	—
	p-value	0.046	0.036	0.008	0.016	0.857	0.055	0.001	0.061	0.211	< .001	—

Différents facteurs étant associés aux scores de bonnes pratiques, nous avons réalisé une régression linéaire pour identifier les éléments déterminants dans la réalisation des « bonnes pratiques » pour les professionnels.

Les résultats montrent que c'est le niveau de formation ($p=0,021$) et le soutien institutionnel ($p<0,001$) qui restent significativement associés au « score de bonnes pratiques », après ajustement avec les autres variables.

TABLEAU 3 : Régression linéaire pour le score des bonnes pratiques

Modèle	R	R ²	R ² ajusté	RMSE
H ₀	0.000	0.000	0.000	4.989
H ₁	0.625	0.390	0.340	4.052

ANOVA

Modèle		Somme des carrés	df	Carré moyen	F	p
H ₁	Regression	1155.802	9	128.422	7.821	< .001
	Residual	1806.165	110	16.420		
	Total	2961.967	119			

Coefficients

Modèle		Non standardisé	Erreur standard	Standardisé	t	p
H ₀	(Intercept)	13.983	0.455		30.703	< .001
H ₁	(Intercept)	7.691	2.604		2.953	0.004
	Filière addictologique	1.280	1.205	0.103	1.062	0.290
	Profession médicale	-1.204	0.992	-0.106	-1.213	0.228
	Formation tabacologique	2.242	0.958	0.211	2.339	0.021
	Tabagisme actif	-0.779	0.853	-0.072	-0.913	0.363
	Score adhésion lutte contre le tabac	-0.047	0.189	-0.020	-0.248	0.804
	Temps disponible	0.814	0.510	0.148	1.596	0.113
	Soutien institutionnel	1.644	0.404	0.367	4.066	< .001
	Score tabac cancer	0.206	0.156	0.108	1.316	0.191
	Score représentations positives tabac	0.051	0.299	0.015	0.169	0.866

DISCUSSION

A notre connaissance, cette étude est la première en France à évaluer la réalisation des recommandations de bonnes pratiques selon la méthode des 5A en psychiatrie. Nous observons une grande hétérogénéité dans l'accompagnement au sevrage tabagique. Si la grande majorité des soignants effectuent souvent un dépistage du statut tabagique, un tiers rapportent ne pas réaliser les étapes ultérieures préconisées par l'OMS et la HAS.

Les soins sont davantage réalisés par les femmes, les médecins, les individus non-fumeurs, les soignants travaillant et/ou formés en addictologie. Malheureusement, seulement un tiers des soignants sont formés, ce qui est loin de l'objectif de la HAS. Les connaissances sont limitées concernant la prise en charge des fumeurs, l'impact du tabac sur la maladie psychiatrique et les dispositifs d'accompagnement. Globalement, les soignants pensent que leur rôle est d'accompagner les patients mais les limites de temps, de soutien institutionnel et de compétences personnelles sont les principaux freins aux interventions. Malgré cela, à peine la moitié des soignants non formés sont demandeurs de formation, ce qui interroge le recours aux formations sur la base du volontariat.

Notre étude présente des taux de dépistage du statut tabagique d'environ 70%, similaires à ceux d'autres publications de la littérature, à la fois dans les soins généraux (Eldein et al., 2013 ; Sarna et al., 2016 ; Sarna et al., 2015 ; Sonmez et al., 2015 ; Yan et al., 2008) et les soins psychiatriques (Chen et al., 2017 ; Hyland et al., 2003 ; Mak et al., 2018 ; Sharma et al., 2018).

Pour ce qui est des pratiques globales dans notre étude, l'évaluation, l'aide et la planification de l'accompagnement sont « souvent » réalisées à hauteur de 30%, ce qui est assez faible mais comparable aux résultats de l'étude de Mak et al., 2018 qui évalue la pratique des infirmiers en soins généraux dans différents centres hospitaliers.

En revanche, le taux de conseil à l'arrêt est en moyenne deux fois moindre dans notre étude que dans celles de la littérature (Chen et al., 2017 ; Eldein et al., 2013 ; Mak et al., 2018 ; Sarna et al., 2016 ; Sharma et al., 2018 ; Sharp et al., 2009 ; Tong et al., 2010 ; Yan et al., 2008).

Une seule étude (Sonmez et al., 2015) comparant 1 500 médecins à 1 500 infirmiers montre des taux de dépistage et de conseils supérieurs chez les médecins comme dans notre étude : Ask= 77,2% (MED) vs 57,6% (IDE) ; Advise =15,6 % (MED) vs 8,4% (IDE), sans comparer les 3 autres « A » de la technique des 5A.

De nombreuses études de la littérature sont centrées sur les interventions des infirmiers (Ganz et al., 2015 ; Mak et al., 2018 ; L. Sarna et al.,2016 ; L. P. Sarna et al., 2015 ; Sharp et al., 2009). Dans l'étude de Sharp et al., (2009) réalisée en Australie, où seule les pratiques des infirmiers en psychiatrie ont été évaluées, le taux de dépistage est nettement supérieur (90%) et les interventions globales sont deux fois plus souvent réalisées que dans notre étude, alors même que le sentiment de compétence ressenti était plutôt faible. Ces résultats sont également retrouvés dans l'étude de L. Sarna et al. (2016) réalisée chez des infirmiers et de Tong et al.,2010 regroupant des professionnels de plusieurs disciplines, dont des chirurgiens-dentistes.

De multiples freins aux interventions pratiques ont été soulevés dans la littérature. Le statut tabagique des soignants est un frein rapporté dans plusieurs études (Dansou et al., 2012; Ratschen et al., 2009 ; Schwindt & Sharp, 2013). À cela s'ajoute le sentiment de manque de temps et de disponibilité, récurrent dans de nombreuses études (Eldein et al., 2013 ; Ganz et al., 2015 ; L. P. Sarna et al., 2015 ; Sonmez et al., 2015). Néanmoins, l'étude de Ratschen et al., (2009) montre que la moitié des soignants pensaient avoir du temps à accorder au tabagisme des patients. Dans cette même étude, la moitié des professionnels n'étaient pas formés et en exprimaient le besoin. Il en était de même dans les études de Ganz et al., 2015 ; Malone et al., 2018. Dans ces deux études, les programmes de formation expérimentés étaient efficaces pour améliorer : les compétences, le sentiment d'auto-efficacité des soignants et les pratiques soignantes. Dans l'étude de Ganz et al. (2015), qui explorait la formation des soignants et les leviers d'actions, la connaissance des recommandations avec des protocoles de soins et des mises en applications pratiques se sont révélées importantes en parallèle des formations. Les deux freins perçus dans cette étude étaient le temps et la perception d'une priorité à l'accompagnement au sevrage tabagique. Le soutien institutionnel

et des initiatives institutionnelles, comme des groupes de réflexions de soignants, ont modifié les changements individuels et globaux sur les représentations du tabac des soignants (Reilly et al., 2006 ; Schwindt & Sharp, 2013). Toutefois, il n’y avait pas d’analyse des pratiques de la méthode des 5A dans ces études.

L’étude de Johnson et al., 2009 fait la synthèse des facteurs limitants. On retrouve des barrières individuelles de compétences, de motivation et de représentations personnelles ainsi que des barrières d’équipe avec des représentations et attentes collégiales variées, nécessitant des éléments de compréhension et de motivation pour induire une dynamique de changement des pratiques au sein d’une équipe. Enfin, il existe des obstacles organisationnels et institutionnels pour permettre et donner la capacité aux soignants d’appliquer ces mesures.

Le sentiment de responsabilité professionnelle vis-à-vis de ces pratiques, la formation, l’entraînement, le milieu d’exercice et le type de pathologie des patients sont les critères déterminants qui influent sur les pratiques recommandées lorsque les variables sont ajustées par régression linéaire (Mak et al., 2018 ; Sarna et al., 2016 ; Tong et al., 2010).

A notre connaissance, il n’existe pas d’étude évaluant les pratiques de la méthode des 5A dans d’autres spécialités que celles réalisées en médecine générale ou en psychiatrie. Dans les autres spécialités concernées par les dommages liés au tabagisme, comme la pneumologie, la cardiologie, la chirurgie, l’anesthésie, la gynécologie obstétricale, il existe des publications concernant les spécificités de prises en charge et les conséquences du tabagisme. Néanmoins, ces études ne ciblent pas la pratique recommandée de la méthode des 5A (Albrecht et al., 2004 ; Moody-Thomas et al., 2013 ; Pipe et al., 2009 ; Stoebner-Delbarre & Letourmy, 2005).

Notre étude à plusieurs limites. La taille de l’échantillon et sa non-représentativité des soignants du CHL (surreprésentation médicale et féminine, travaillant principalement en addictologie) doivent nous amener à considérer les résultats avec prudence, même si nous avons obtenus des résultats significatifs. La préoccupation soignante pour la COVID-19, le manque de temps ou d’investissement pour la problématique du tabac ont pu freiner la participation, et in fine, créer un biais de sélection. Enfin, la réalisation monocentrique de l’étude sélectionne des soignants urbains, en milieu universitaire où les pratiques sont

diversifiées avec des formations accessibles et actualisées. La présence de tabacologues et d'une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) sur le CHL peut influencer les interventions et les formations, donc nos résultats. Les soignants, sélectionnés dans cette étude, sont confrontés au tabagisme de manière récurrente. Il aurait été intéressant d'évaluer l'ancienneté des soignants en psychiatrie.

Ce questionnaire élaboré à partir des recommandations de la HAS aurait pu décrire de manière plus ciblée les différents items de la méthode des 5A. Notamment si des informations, orales et/ou écrites sur les dangers de la consommation et les bénéfices à l'arrêt sont transmises, si des ressources en termes de support d'information, de motivation ou de thérapeutique sont explicitées, si un suivi spécifique est mis en place ou qu'une orientation vers un service spécialisé est effectuée. Un questionnaire réduit aurait pu diminuer le temps de réponse et donc augmenter la participation. En revanche, le questionnaire standardisé a limité des biais de sélection et d'interprétation. Néanmoins les réponses subjectives des soignants peuvent induire, sur certains points, un biais d'omission ou de désirabilité.

Au total, différents freins aux interventions tabacologiques mentionnés dans la littérature, sont retrouvés dans notre étude : la formation, le temps disponible, le statut tabagique des soignants et le soutien institutionnel. Parmi eux, la formation et le soutien institutionnel semblent être les deux facteurs les plus importants à prendre en compte. Le rôle perçu et les représentations des soignants sont également des facteurs limitants mais non ciblés dans notre étude, ainsi que les ressources d'outils protocolisés disponibles dans les services.

Les pratiques soignantes tabacologiques restent limitées au sein du CHL. Les recommandations de la HAS, basées sur la méthode des 5A, sont appliquées de manière disparate et incomplète, malgré un dépistage du statut tabagique fréquent. Or, la répétition des interventions tabacologiques, théoriques et pratiques, augmente la probabilité d'initier les démarches des soignants et des patients. Ces soins sont réalisables et efficaces pour les patients atteints de troubles psychiques, sans exacerbation de leur symptomatologie à distance du sevrage. À long terme, l'arrêt du tabac est même bénéfique sur la

symptomatologie psychiatrique (sur les émotions, cognitions, métacognitions, et comportements impulsifs et suicidaires) et les posologies des psychotropes. Cela impacte positivement le quotidien de nos patients, leur fonctionnement social et leurs ressources financières. Pour ces raisons, ils sont plutôt réceptifs voire demandeurs de propositions soignantes vis-à-vis du tabac. L'accompagnement au sevrage tabagique améliore les taux d'espérance de vie et de qualité de vie ce qui représente un coût sociétal non négligeable par ailleurs.

Des pratiques simples et protocolisées basées sur des connaissances scientifiques tabacologiques actualisées, globales et spécifiques aux troubles psychiatriques, pourraient augmenter le taux d'intervention, d'autant plus si cela est soutenu par des groupes de travail et une dynamique institutionnelle adaptée aux lieux d'exercice de chaque professionnel.

En conclusion, les interventions soignantes modifient les comportements tabagiques et sont un axe essentiel à renforcer au sein du CHL car encore peu pratiquées. Cette étude pourrait s'appuyer sur les plans ministériels et campagne de prévention de santé publique actuels pour mobiliser les soignants autour de cette problématique. Cette étude pourrait être le point de départ à la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) au sein du CHL.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Albrecht, S. A., Maloni, J. A., Thomas, K. K., Jones, R., Halleran, J., & Osborne, J. (2004). Smoking Cessation Counseling for Pregnant Women Who Smoke : Scientific Basis for Practice for AWHONN's SUCCESS Project. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(3), 298-305. <https://doi.org/10.1177/0884217504265353>
- Azad, M. C., Shoesmith, W. D., Al Mamun, M., Abdullah, A. F., Naing, D. K. S., Phanindranath, M., & Turin, T. C. (2016). Cardiovascular diseases among patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 19, 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.11.012>
- Bouvet, C. (2007a). Tabagisme et psychiatrie. *L'information psychiatrique, Volume 83*(1), 41-47.
- Bouvet, C. (2007b). Tolérance ou négligence soignante ? *Santé mentale*, 119, 52-56.
- Chen, L.-S., Baker, T., Brownson, R. C., Carney, R. M., Jorenby, D., Hartz, S., Smock, N., Johnson, M., Ziedonis, D., & Bierut, L. J. (2017). Smoking Cessation and Electronic Cigarettes in Community Mental Health Centers : Patient and Provider Perspectives. *Community Mental Health Journal*, 53(6), 695-702. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0065-8>
- Dansou, A., Groussin, L., Gaborit, C., Touraine, A., Blanchet, E., Laporte, L., Jouneau, C., Pennamen, E., & Maino, B. (2012). Abord et prise en charge du fumeur par 149 internes au CHRU de Tours. *Revue des Maladies Respiratoires*, 29(7), 878-888. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2012.02.010>
- Dautzenberg, B. (2012). Methods and results of smoking cessation in cancer smoker's. *Bulletin du Cancer*, 99(11), 1007-1015. <https://doi.org/10.1684/bdc.2012.1656>
- Deberdt, J.-P. (2005). L'hôpital psychiatrique sans tabac. *Santé mentale*, 51(4), 13-16.
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2008). Tabac et schizophrénie : Aspects épidémiologiques et cliniques. *L'Encéphale*, 34(3), 299-305. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.04.003>

- Eldein, H., Mansour, N., & Mohamed, S. (2013). Knowledge, attitude and practice of family physicians regarding smoking cessation counseling in family practice centers, suez canal university, Egypt. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2(2), 159. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.117411>
- Fouillet, M., Massé, G., & Pucheault, M. (2007). Un service de soins psychiatriques sans tabac : L'expérience du centre Henri Rousselle au centre hospitalier Sainte-Anne. *L'information psychiatrique*, 83(2), 129. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8302.0129>
- Friard, D. (2007). Combien faut-il de mégots.... *Santé mentale*, 119, 48-50.
- Froelicher, E. S., & Kohlman, V. C. (2005). Tobacco Free Nurses : THE FACTS ON NURSES AND SMOKING. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 25(4), 198-199. <https://doi.org/10.1097/00008483-200507000-00003>
- Ganz, O., Fortuna, G., Weinsier, S., Campbell, K., Cantrell, J., & Furmanski, W. L. (2015). Exploring Smoking Cessation Attitudes, Beliefs, and Practices in Occupational Health Nursing. *Workplace Health & Safety*, 63(7), 288-296. <https://doi.org/10.1177/2165079915578582>
- HAS. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac (2016). [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf—Recherche Google. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé
- HAS. Présentation de la méthode 5A ; Annexe des recommandations de bonnes pratiques de 2014 [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf
- HAS, recommandation de bonne pratique de 2014. Arrêt de la consommation de tabac : Du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [En ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

Hempel, A. G., Kownacki, R., Malin, D. H., Ozone, S. J., Cormack, T. S., Sandoval, B. G., & Leinbach, A. E. (2002). Effect of a total smoking ban in a maximum security psychiatric hospital. *Behavioral Sciences & the Law*, 20(5), 507-522. <https://doi.org/10.1002/bsl.503>

Hyland, B., Judd, F., Davidson, S., Jolley, D., & Hocking, B. (2003). Case Managers' Attitudes to the Physical Health of Their Patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 710-714. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2003.01264.x>

JASP Team (2020). JASP (Version 0.13.1) [Computer software]

Johnson, J. L., Malchy, L. A., Ratner, P. A., Hossain, S., Procyshyn, R. M., Bottorff, J. L., Groening, M., Gibson, P., Osborne, M., & Schultz, A. (2009). Community mental healthcare providers' attitudes and practices related to smoking cessation interventions for people living with severe mental illness. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.013>

Katz, D. A., Paez, M. W., Reisinger, H. S., Gillette, M. T., Weg, M. W. V., Titler, M. G., Nugent, A. S., Baker, L. J., Holman, J. E., & Ono, S. S. (2014). Implementation of smoking cessation guidelines in the emergency department: A qualitative study of staff perceptions. *Addiction Science & Clinical Practice*, 9(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-9-1>

Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study. *JAMA*, 284(20), 2606. <https://doi.org/10.1001/jama.284.20.2606>

Limesurvey GmbH : An Open Source survey tool, Hamburg, Germany.
<http://www.limesurvey.org>

Lucatch, A. M., Lowe, D. J. E., Clark, R. C., Kozak, K., & George, T. P. (2018). Neurobiological Determinants of Tobacco Smoking in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 672. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00672>

- Maciosek, M. V., Coffield, A. B., Edwards, N. M., Flottemesch, T. J., Goodman, M. J., & Solberg, L. I. (2006). Priorities Among Effective Clinical Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(1), 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.03.012>
- Marques C, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Focus. Les fumeurs français : qui sont-ils ? Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *BEH*. 2020;(14) : 291-4. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_3.html
- Mak, Y. W., Loke, A. Y., & Wong, F. K. Y. (2018). Nursing Intervention Practices for Smoking Cessation : A Large Survey in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph15051046>
- Malone, V., Harrison, R., & Daker-White, G. (2018). Mental health service user and staff perspectives on tobacco addiction and smoking cessation : A meta-synthesis of published qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(4), 270-282. <https://doi.org/10.1111/jpm.12458>
- Massé, G., Aubin, H.-J., & Michel, L. (2007). Dossier : Smoking, no smoking... *Santé mentale*, 119, 22-78.
- Mauer, B. (2006.). *Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness*. 87.
- Ministère des solidarités, priorités prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. (2018), [En ligne]. https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=https%3A%2F%2Fsolidarites-sante.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2F180702-pnlt_def.pdf
- Molina-Linde, J. M. (2011). Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 39(2), 106-114.
- Moody-Thomas, S., Celestin, M. D., Tseng, T.-S., & Horswell, R. (2013). Patient tobacco use, quit attempts, and perceptions of healthcare provider practices in a safety-net healthcare system. *The Ochsner Journal*, 13(3), 367-374.

- Morisano, D., Bacher, I., Audrain-McGovern, J., & George, T. P. (2009). Mechanisms Underlying the Comorbidity of Tobacco Use in Mental Health and Addictive Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(6), 356-367. <https://doi.org/10.1177/070674370905400603>
- OMS, World Health Organization (WHO) The rôle of health professionals in tobacco control, 2005. [En ligne] https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=www.who.int%2Ftobacco%2Fresources%2Fpublications%2Fwntd%2F+2005%2Fen%2Fbookletfinal_20april.pdf.
- Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *BEH* [en ligne] 2020;(14):273-81. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html
- Perriot, J., Underner, M., Peiffer, G., Le Houezec, J., Samalin, L., Schmitt, A., de Chazeron, I., & Doly-Kuchcik, L. (2012). Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles ». *Revue des Maladies Respiratoires*, 29(4), 448-461. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2011.09.048>
- Pipe, A., Sorensen, M., & Reid, R. (2009). Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients : An international survey. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.042>
- Prochaska, J. J., Fromont, S. C., Leek, D., Suchanek Hudmon, K., Louie, A. K., Jacobs, M. H., & Hall, S. M. (2008). Evaluation of an Evidence-Based Tobacco Treatment Curriculum for Psychiatry Residency Training Programs. *Academic Psychiatry*, 32(6), 484-492. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.6.484>
- Ratschen, E., Britton, J., Doody, G. A., Leonardi-Bee, J., & McNeill, A. (2009). Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies : A survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *General Hospital Psychiatry*, 31(6), 576-582. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.08.003>
- Recommandations Anglaises. Overview. Stop smoking interventions and services. Guidance, NICE. 2018 [En ligne] <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92>

- Reilly, P., Murphy, L., & Alderton, D. (2006). Challenging the smoking culture within a mental health service supportively. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(4), 272-278. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00434.x>
- Roberts, E., Eden Evins, A., McNeill, A., & Robson, D. (2016). Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness : A systematic review and network meta-analysis. *Addiction*, 111(4), 599-612. <https://doi.org/10.1111/add.13236>
- Sarna, L., Bialous, S. A., Zou, X. N., Wang, W., Hong, J., Chan, S., Wells, M. J., & Brook, J. (2016). Helping smokers quit : Behaviours and attitudes of Chinese Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 107-117. <https://doi.org/10.1111/jan.12811>
- Sarna, L.P., Bialous, S. A., Králíková, E., Kmetova, A., Felbrová, V., Kulovaná, S., Malá, K., Roubíčková, E., Wells, M. J., & Brook, J. K. (2015). Tobacco Cessation Practices and Attitudes Among Nurses in the Czech Republic: *Cancer Nursing*, 38(6), E22-E29. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000222>
- Schwindt, R. G., & Sharp, D. (2013). Making a Case for Systematic Integration of Theory-Based Tobacco Education Into Graduate Psychiatric, mental Health Nursing Curriculum. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(4), 166-170. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.12.004>
- Semal, R. (2016) [En ligne]. Quelles Représentations soignantes pour quelles prises en charge de tabac en psychiatrie en 2016 ? http://www.societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/csft2016_S2_Semal.pdf
- Sharma, R., Meurk, C., Bell, S., Ford, P., & Gartner, C. (2018). Australian mental health care practitioners' practices and attitudes for encouraging smoking cessation and tobacco harm reduction in smokers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 247-257. <https://doi.org/10.1111/inm.12314>

- Sharp, D. L., Blaakman, S. W., Cole, R. E., & Evinger, J. S. (2009). Report From a National Tobacco Dependence Survey of Psychiatric Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(3), 172-181. <https://doi.org/10.1177/1078390309336746>
- Simmons, V. N., Litvin, E. B., Patel, R. D., Jacobsen, P. B., McCaffrey, J. C., Bepler, G., Quinn, G. P., & Brandon, T. H. (2009). Patient-provider communication and perspectives on smoking cessation and relapse in the oncology setting. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 398-403. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.024>
- Sonmez, C. I., Aydin, L. Y., Turker, Y., Baltaci, D., Dikici, S., Sariguzel, Y. C., Alasan, F., Deler, M. H., Karacam, M. S., & Demir, M. (2015). Comparison of smoking habits, knowledge, attitudes and tobacco control interventions between primary care physicians and nurses. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12971-015-0062-7>
- Stoebner-Delbarre, A., & Letourmy, F. (2005). Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer : Rôles des professionnels de santé. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 34, 326-335. [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(05\)83005-4](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(05)83005-4)
- Studts, J. L., Flynn, S. M., Dill, T. C., Ridner, S. L., Worth, C. T., Walsh, S. E., & Sorrell, C. L. (2010). Nurse Practitioners' Knowledge, Attitudes, and Clinical Practices Regarding Treatment of Tobacco Use and Dependence. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(3), 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2009.06.003>
- Tabagisme, conséquences sur la santé—Santé publique France. Déterminants de santé quelles sont les conséquences du tabagisme sur la santé ? (2019). [en ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
- Treating tobacco use and dependence : 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratory Care*, 53(9), 1217-1222. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18807274/>

- Tong, E. K., Strouse, R., Hall, J., Kovac, M., & Schroeder, S. A. (2010). National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(7), 724-733. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq071>
- Underner, M., Perriot, J., Brousse, G., de Chazeron, I., Schmitt, A., Peiffer, G., Harika-Germaneau, G., & Jaafari, N. (2019). Arrêt et réduction du tabac chez le patient souffrant de schizophrénie. *L'Encéphale*, 45(4), 345-356. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.04.067>
- Williams, J. M., Steinberg, M. L., Zimmermann, M. H., Gandhi, K. K., Lucas, G.-E., Gonsalves, D. A., Pearlstein, I., McCabe, P., Galazyn, M., & Salsberg, E. (2009). Training psychiatrists and advanced practice nurses to treat tobacco dependence. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(1), 50-58. <https://doi.org/10.1177/1078390308330458>
- Wing, V. C., Wass, C. E., Soh, D. W., & George, T. P. (2012). A review of neurobiological vulnerability factors and treatment implications for comorbid tobacco dependence in schizophrenia : Wing et al. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 89-106. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06261.x>
- Yan, J., Xiao, S., Ouyang, D., Jiang, D., He, C., & Yi, S. (2008). Smoking behavior, knowledge, attitudes and practice among health care providers in Changsha city, China. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(4), 737-744. <https://doi.org/10.1080/14622200801901930>

ANNEXES

Annexe 1 : Message d'introduction du questionnaire

Ce questionnaire est réalisé pour évaluer nos pratiques de professionnel autour du tabac. Il s'appuie sur les recommandations de la HAS pour améliorer la prise en charge globale de nos patients. Il vise à vous sensibiliser et à évaluer vos besoins autour de cette problématique de santé publique. Il ne prendra qu'une dizaine de minutes. Merci de prendre un peu de votre temps pour répondre à l'ensemble des questions.

Ce questionnaire est anonyme. L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

- Age :
- Genre :
- Etes-vous interne, médecin, infirmier, aide-soignant ?
- Depuis combien de temps êtes-vous au sein de cette unité ? (Années mois)
- *CHL* : Avez-vous un cursus spécifique à votre lieu d'exercice ?
- *CHL* : Dans quel type de service travaillez-vous le plus : psychiatrie ambulatoire/intra-hospitalier milieu ouvert / intra-hospitalier unité fermée /addictologie/psychogériatrie/pédopsychiatrie de l'adolescent/pédopsychiatrie autre.
- Pour vous, à quel point le tabac est dangereux 1-10
- Pour vous, à quel point le tabac est bénéfique 1-10
- Avez-vous reçu une formation pour l'aide au sevrage tabagique ? (Oui, type DU d'addictologie ou de tabacologie. Oui, type DESC. Oui, formation autre. Non)
- Souhaitez-vous recevoir une formation pour l'aide au sevrage tabagique ? (Oui/Non)
- J'ai confiance en mes capacités pour accompagner un patient dans l'arrêt du tabac (Pas du tout-un peu-assez-beaucoup)
- Je connais les dispositifs pour accompagner l'arrêt du tabac dans mon hôpital/ma ville (Pas du tout-un peu-assez- beaucoup)

Statut Tabagique des soignants

- Au cours du dernier mois, avez-vous fumé du tabac : tous les jours, moins d'une fois par jour ou pas du tout ?
- *Si moins d'une fois/jour* : **Par le passé**, avez-vous fumé du tabac tous les jours ? (Oui/Non)
- *Si pas du tout* : **Par le passé**, avez-vous fumé du tabac : tous les jours, moins d'une fois par jour ou pas du tout ?
- *[Si pas du tout avec par le passé tous les jours ou moins d'une fois par jour* : Depuis

combien de temps avez-vous arrêté de fumer ? Année mois]

Si fumeur actuel : (tous les jours ou moins d'une fois par jour)

- Au cours des 6 prochains mois, envisagez-vous d'arrêter de fumer ? (Oui/Non)

Si FUMEUR/Ex-FUMEUR, exclus jamais fumeur.

- Lors d'une consultation chez un médecin ou un agent de santé au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on recommandé d'arrêter de fumer ? (Oui/Non)
- Au cours de votre vie, avez-vous déjà arrêté le tabac ? (Oui/Non). Si oui :
- Combien de fois : nombre.
- Durée de la plus longue abstinence : (Années et mois)

Opinion vis à vis de la place du soignant dans la prise en charge tabagique

(Pas du tout, un peu, assez, beaucoup)

- Les soignants devraient servir de modèle et ne pas fumer
- Je suis d'accord avec la législation antitabac, et le fait de ne pas fumer même en hôpital psychiatrique
- Les soignants devraient assumer un rôle important dans la lutte contre le tabagisme

Vos Pratiques soignantes (Jamais, rarement, parfois, souvent)

- Est-ce que vous demandez au patient son statut tabagique ?
- Est-ce que vous documentez dans son dossier le statut tabagique de votre patient ?
- Évaluez-vous si votre patient a déjà envisagé d'arrêter de fumer ?
- Est-ce que vous conseillez aux patients fumeurs d'arrêter de fumer ?
- Est-ce que vous évaluez la dépendance de votre patient ?

- Est-ce que vous évaluez la motivation à arrêter de votre patient fumeur ?
- Est-ce que vous délivrez des informations sur les moyens et traitements pour arrêter de fumer ? (Accompagnement spécialisé, thérapeutiques, auto-support d'informations)
- Est-ce que vous faites part de votre disponibilité pour aider le patient dans sa démarche ?

Place du sevrage tabagique dans votre unité de soin (Pas du tout, un peu, assez, beaucoup)

- Pensez-vous avoir le temps de réaliser un soutien au sevrage tabagique ?
- Pensez-vous que l'aide au sevrage tabagique est soutenue institutionnellement par l'unité dans laquelle vous travaillez ?

Opinions personnelles sur la place du tabac dans les soins

(Pas du tout, un peu, assez, beaucoup)

- Pensez-vous que les patients ne devraient pas être encouragé à renoncer au tabac, car ils ont déjà assez à faire ?
- Pensez-vous que l'on devrait pouvoir donner des cigarettes aux patients afin d'atteindre certains objectifs thérapeutiques (impact cognitif, émotionnel, comportemental) ?
- Pensez-vous que le fait que soignant et patient fument ensemble aide à construire une relation thérapeutique ?
- Pensez-vous que proposer un sevrage tabagique est : (Oui/Non)

	Est une idée ?	Est dangereux ?	Est inutile ?
Pour un patient hospitalisé pour : Schizophrénie ? Bipolarité ou psychose-maniaco-dépressive ? Dépression ? Cancer lié au tabac ? Cancer non lié au tabac ? Addiction ? Décompensation cirrhotique alcoolique ? Une intervention chirurgicale ?			

Votre opinion sur le lien tabac-cancer : (Tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas d'accord)

- A partir de combien de cigarettes par jour un fumeur risque-t-il d'avoir un cancer dû à la cigarette ? (Nombre)
- Toujours selon vous, au bout de combien d'années une personne qui fume ce nombre de cigarettes par jour a-t-elle un risque élevé d'avoir un cancer ? nombre
- Même si on ne fume pas soi-même, être exposé à la fumée des autres peut provoquer un cancer

- Un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer
- Certaines personnes fument toute leur vie et n'ont jamais de cancer
- Respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes
- Faire du sport permet de nettoyer ses poumons
- Fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps
- Un fumeur peut éviter d'avoir un cancer à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps

Annexe 3 : Message de sensibilisation diffusé sur la plateforme d'accueil informatique du CHL et par courriel

Bonjour à tous-tes,

Interne en 4^{ème} année, je me lance dans cette fameuse aventure qu'est la thèse ! Pendant mon parcours je me suis intéressée aux comorbidités addictives très présentes chez nos patients. En parallèle de ma formation en psychiatrie, j'ai effectué un Diplôme Universitaire en Addictologie et continue à me former dans ce domaine pour espérer obtenir le diplôme d'Etat en Addictologie. Réaliser un sujet commun à la psychiatrie et l'addictologie me semblait primordial. J'ai choisi de travailler sur une question d'actualité : le tabac !

Avec le Dr Serra et le Dr Underner, nous lançons une **étude à destination des soignants**. Un **questionnaire basé sur les recommandations de la HAS**. Il est diffusé sur l'entête du CHL et par mail, de mi-mars à mi-avril. Il pendra une **dizaine de minutes**. L'**objectif** est de cerner nos représentations, nos besoins autour de la question du tabac et d'évaluer nos pratiques soignantes en fonction des recommandations de la HAS. Le Dr Serra est joignable par mail pour toutes questions à l'adresse indiquée.

Voici le lien vers l'étude : ...

C'est une problématique de santé publique et la 1^{ère} maladie évitable en France. Le tabagisme est une maladie chronique, fréquente qui touche une large partie de la population (31, 9% d'après l'OFDT) et qui est responsable de 73 000 morts par an en France.

Depuis février 2007, il est interdit de fumer dans les lieux publics fermés et couverts, y compris dans les hôpitaux. La loi Evin a fait débat dans les institutions psychiatriques : organiser, soigner, accompagner, réguler ? La question de l'étude n'est pas de sevrer ni de priver nos patients de leurs cigarettes. Mais plutôt de nous interroger sur notre rôle, nos interventions et nos attentes. A distance de la loi, comment évoluent nos pratiques et questionnements en psychiatrie, concernant le tabac sur le CHL ?

Nos patients sont concernés. Le tabagisme est prédicteur de comportement suicidaire (malone et al, 2018). 44% de la consommation tabagique internationale est allouée aux personnes atteintes de troubles mentaux (schwindt et al. 2013). En moyenne les patients dépensent 30% de leur AAH pour le tabac (Lucatch et al. 2018). La prise en charge tabagique de nos patients est plus longue et plus complexe. Leur dépendance est forte, considérés par les tabacologues comme des « hardcore smokers » (Perriot et al. 2012). Néanmoins la prise en charge tabacologique est efficace. Des propositions de soins sont possibles et accessibles depuis la commercialisation des TNS dans les années 1990. Malgré tout, il est constaté que 80% des fumeurs légers et 57% des fumeurs modérés augmentent leur consommation de cigarettes après leur admission en psychiatrie (Lucatch et al. 2018).

Vous l'aurez compris ce sujet nous concerne, en tant que citoyen et soignant.

Nous vous serions très reconnaissants de participer. Merci pour votre temps et investissement.

Tableau 4 : Données démographiques, type et caractéristiques d'exercice professionnel des soignants

- <u>SEXE</u>	
Homme	55 (38%)
Femme	90 (62%)
- <u>AGE</u>	
Homme	43
Femme	37
- <u>PROFESSIONS</u>	
Aide-soignant	14 (10%)
Infirmier	95 (65%)
Interne	19 (13%)
Médecin	17 (12%)
- <u>SERVICE d'EXERCICE</u>	
Addictologie	28 (19%)
Psychiatrie adulte	95 (6%)
Psychogériatrie	6 (4%)
Pédopsychiatrie de l'adolescent	14 (10%)
- <u>TYPES DE SERVICES</u>	
Ambulatoire	56 (18,5%)
Intra-hospitalier ouvert	37 (12%)
Intra-hospitalier fermé	21 (7%)
Mixte	28 (9%)
- <u>FORMATIONS SPECIFIQUES</u>	
Non	99 (69%)
Oui type DU	15 (11%)
Oui type DESC	25 (18%)
Oui autre type	3 (2%)
Souhait de formation	78 (55%)
- <u>STATUTS TABAGIQUES DES SOIGNANTS</u>	
Fumeur	45 (31%)
Fumeur ayant reçu des conseils dans les 12 derniers mois	17 (7%)
Fumeur souhaitant arrêter dans les 6 mois	32 (11%)
Non-fumeur	49 (34%)
Ancien Fumeur	44 (30%)

Tableau 5 : Description des pratiques soignantes

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT
1- ASK Interroger le statut tabagique	5 (3,5%)	12 (8%)	22 (15%)	97 (67%)
2- ADVISE Conseiller d'arrêter de fumer	16 (11%)	33 (23%)	54 (37%)	33 (23%)
3- ASSESS Evaluer l'envie d'arrêter de fumer	15 (10%)	25 (17%)	52 (36%)	44 (30%)
4- ASSESS Evaluer la dépendance	19 (13%)	31 (21%)	40 (27,5%)	46 (32%)
5- ASSESS Evaluer la motivation à arrêter	22 (15%)	33 (23%)	44 (30%)	37(25,5%)
6- ASSIST Informations des moyens d'aide	8 (5,5%)	28 (19%)	50 (34,5%)	50 (34,5%)
7- ARRANGE Informé de notre disponibilité	18 (12,5%)	27 (19%)	33 (23%)	58 (40%)

Tableau 6 : Description des représentations soignantes du tabac et de la prise en charge tabagique

		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Opinions soignantes en faveur d'une lutte contre le tabagisme	Les soignants devraient servir de modèle et ne pas fumer	29 (20%)	47 (32%)	37 (25,5%)	24 (16,5%)
	En accord avec la législation antitabac dans l'hôpital psychiatrique	20 (14%)	44 (30%)	33 (23%)	40 (27%)
	Les soignants ont un rôle important dans la lutte contre le tabagisme	3 (2%)	21 (14%)	48 (33%)	65 (45%)
Place de la prise en charge tabagique dans les soins	Temps pour réaliser un sevrage tabagique	30 (21%)	60 (41%)	30 (21%)	13 (9%)
	Soutien institutionnel au sevrage tabagique (N=133)	34 (23%)	34 (23%)	35 (24%)	30 (21%)
Représentations positives du tabac dans les soins	Les cigarettes peuvent aider à atteindre certains objectifs thérapeutiques (N=123)	74 (51%)	31 (21%)	13 (9%)	5 (3%)
	Les cigarettes aident à construire une relation thérapeutique (N=123)	44 (30%)	36 (25%)	28 (19%)	15 (10%)

RÉSUMÉ

Étude des pratiques soignantes recommandées dans l'accompagnement au sevrage tabagique des patients suivis pour des troubles mentaux en psychiatrie à Poitiers

INTRODUCTION : La prévalence tabagique et ses conséquences en termes de morbi-mortalité sont deux fois plus importantes chez les patients atteints de troubles mentaux, malgré l'intensification des mesures politiques et de santé publique actuelles. Le but de cette étude est d'évaluer les pratiques soignantes recommandées dans l'accompagnement au sevrage tabagique de patients atteints de troubles mentaux afin de repérer les facteurs pouvant influencer ces soins.

METHODE : Un questionnaire informatisé a recueilli les pratiques des médecins, infirmiers et aide-soignants de l'hôpital psychiatrique de Poitiers. Les taux de dépistage, de conseil, d'évaluation, d'aide et de planification de l'accompagnement au sevrage tabagique, sont évaluées selon la méthode des 5A. Des tests non paramétriques sont réalisés afin d'identifier les freins aux interventions, en termes de compétence, de formation, de tabagisme actif, de représentations tabagiques personnelles ou de perception de soutien institutionnel.

RESULTATS : L'analyse porte sur 146 questionnaires complets. Les pratiques souvent réalisées de la méthode des 5A sont : Ask=67% ; Advise=23% ; Assess=29% ; Assist=34,5% ; Arrange=40%. Les interventions sont davantage réalisées par les soignants de sexe féminin ($p=0,036$), formés ($p<0,001$), travaillant en addictologie ($p<0,001$), non-fumeur ($p=0,012$), ayant du temps ($p<0,001$) et soutenus institutionnellement ($p<0,001$). En moyenne, seul 30% des soignants sont formés. La moitié des soignants non formés ne souhaitent pas l'être. Or, après ajustement, la formation ($p=0,021$) et le soutien institutionnel ($p<0,001$) sont les facteurs significativement associés à ces pratiques.

CONCLUSION : Un tiers des soignants rapportent ne pas réaliser les pratiques recommandées en dehors du dépistage. Le manque de soutien institutionnel et de formation sont les principales barrières identifiées à améliorer.

MOT CLEFS :

Sevrage tabagique, pratiques recommandées, méthode des 5A, professionnels de santé mentale, psychiatrie.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



SERMENT D'HIPPOCRATE

Conseil national de l'ordre des médecins

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

ABSTRACT

Tobacco smoking cessation recommended practices in mental Healthcare in Poitiers, France.

INTRODUCTION : The smoking prevalence and the morbi-mortality consequences are twice higher for patients with mental disorders; despite the intensification of political and public measures. The aim of this study is to assess smoking cessation recommended practices in mental healthcare, then to identify the discriminating factors to promote this care.

METHOD : A computerized questionnaire collects the practices of caregivers at the Poitiers psychiatric hospital. Non-parametric tests determine the rates of 5 A's recommended method: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange, and identify the barriers to interventions; in terms of skills, training, active smoking, and smoking's representations (personal, professional and institutional).

RESULTS : The analysis covers 146 complete questionnaires. The "often" performed practices of 5 A's method are: Ask = 67%; Advise = 23%; Assess = 29%; Assist = 34.5%; Arrange = 40%. Interventions are carried out more by female caregivers ($p = 0.036$), trained ($p < 0.001$), working in addiction medicine ($p < 0.001$), non-smoker ($p = 0.012$), having time ($p < 0.001$) and institutionally supported ($p < 0.001$). On average, only 30% of caregivers are trained. Half of untrained caregivers don't want to be. After adjustment, training ($p = 0.021$) and institutional support ($p < 0.001$) are the factors significantly associated with these practices.

CONCLUSION : One third of caregivers report not performing recommended practices apart from screening. The lack of institutional support and training are the main identified barriers to improve.

KEYS WORDS :

Smoking cessation, recommended practices, method 5A, caregivers, mental healthcare, psychiatry.