



HAL
open science

Réalisation d'une campagne de prévention du tabagisme dans un centre psychiatrique en utilisant la technique du groupe nominal

Florian Sevin

► To cite this version:

Florian Sevin. Réalisation d'une campagne de prévention du tabagisme dans un centre psychiatrique en utilisant la technique du groupe nominal. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02499900

HAL Id: dumas-02499900

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02499900>

Submitted on 5 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 25 novembre 2019

par

M. SEVIN Florian

Né le 27 juin 1990 à LAVAL (*Mayenne*)

TITRE DE LA THÈSE :

Réalisation d'une campagne de prévention du tabagisme dans un centre psychiatrique en utilisant la technique du groupe nominal.

Président : Monsieur le Professeur DELAMILLIEURE Pascal
Membres : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier
Madame le Docteur LECHEVREL Mathilde
Madame le Docteur VAN DER SCHUEREN Marie
Monsieur le Docteur RABIAZA Andry « **Directeur de thèse** »

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique

M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie

M. VIVIEN Denis Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. DE LA SAYETTE Vincent Neurologie
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne Dermatologie
M. GUILLAUME Cyril Médecine palliative
M. LE BAS François Médecine Générale
M. SABATIER Rémi Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig Anglais

PROFESSEURS EMERITES

M. HURAUULT de LIGNY Bruno Néphrologie
Mme KOTTLER Marie-Laure Biochimie et biologie moléculaire
M. LE COUTOUR Xavier Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LEPORRIER Michel Hématologie
M. VIADER Fausto Neurologie

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire

M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

Au Professeur DELAMILLIEURE qui m'a fait l'immense honneur de présider le jury de cette thèse.

Au Docteur RABIAZA pour ses idées, sa patience et son implication dans la rédaction de cette thèse.

Au Docteur VAN DER SCHUEREN pour son investissement dans le thème de cette thèse, son implication dans ce projet de thèse et son idée d'inclure le Docteur LECHEVREL dans le jury de thèse.

Au Professeur LE COUTOUR pour l'intérêt qu'il a immédiatement porté à mon projet et son implication.

Au Docteur LECHEVREL pour sa participation à l'évaluation de mon travail de thèse malgré une demande tardive.

A mon fils Léon qui, par ses sourires et sa joie de vivre, m'aura donné envie de me battre sur un sujet important pour les générations futures.

A Agathe pour son aide et son soutien dans cette période longue et chronophage.

A mes parents pour leur investissement et leur confiance dans ces longues années d'études ainsi que pour leur éducation de non-fumeurs.

Aux formateurs BAFA, collègues et enfants des centres de loisirs où j'ai passé quelques étés à apprendre un grand nombre d'activités ludiques.

A mes amis, Kévin, Petit Pierre, Pierre, Gwénael pour les pauses et les fous rires dans les études et la vie personnelle.

A mes grand-parents qui m'ont appris l'intérêt de préserver la Terre pour les générations à venir.

Aux soignants et patients de mon groupe de travail, pour leur implication dans le projet et leur motivation toujours présente.

Au Docteur GEISS pour son implication dans ma formation de médecin généraliste en centre psychiatrique.

Abréviations

AFNOR : Association Française de Normalisation
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé
ALD : Affection de Longue Durée
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Action on Smoking and Health (association britannique de lutte contre le tabagisme)
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CCLAT : Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac
CJC : Consultations Jeunes Consommateurs
CMP : Centre Médico-Psychologique
CPO : Centre Psychothérapique de l'Orne
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CVAGS : Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire
DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
EFR : Explorations Fonctionnelles Respiratoires
EPSM : Établissement Public de Santé Mentale
ETP : Équivalent Temps Plein (de travail)
HAS : Haute Autorité de Santé
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
IRS : Inhibiteur de Recapture de la Sérotonine
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabagisme
PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme
QCM : Question à Choix Multiples
QT : intervalle entre le segment Q et l'onde T (lecture électrocardiogramme)
RESPADD : Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
SNCF : Société Nationale des Chemins de fer Français
TNS : Traitements Nicotiniques Substitutifs
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
UMD : Unité pour Malades Difficiles
UTEP : Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient

INDEX Tableaux et figures

- Tableau 1 : Ratios standardisés de fréquences de personnes prises en charge pour une maladie cardio-neurovasculaire ou un cancer chez des personnes ayant une pathologie mentale, comparativement aux mêmes fréquences en population générale²⁶.
 - Tableau 2 : La démarche du marketing social critique sur le thème de la cigarette³¹.
 - Tableau 3 : Effectifs d'agents et membres du personnel médical appartenant au CPO d'Alençon au 31 décembre 2018.
 - Tableau 4 : Tableau d'association des valeurs de monoxyde de carbone à la réalité toxique et respiratoire⁴⁵.
 - Tableau 5 : Résultats des votes à la question « Quelle illustration utiliseriez-vous sur une affiche de prévention du tabagisme parmi les 6 illustrations sélectionnées précédemment ? », en nombre et en pourcentage, avec calcul d'indices de popularité.
 - Tableau 6 : Résultats des votes à la question « Quels mots utiliseriez-vous pour la « phrase-choc » de l'affiche de prévention du tabagisme ? », en score, en fréquence et en rang, avec calcul d'indices de priorité et de popularité.
 - Tableau 7 : Résultats des votes à la question « Quels mots utiliseriez-vous dans le paragraphe explicatif de l'affiche de prévention du tabagisme ? », en score, en fréquence et en rang, avec calcul d'indices de priorité et de popularité.
 - Tableau 8 : Résultats des votes à la question « Quel prototype d'illustration d'affiche utiliseriez-vous comme base pour l'affiche de prévention du tabagisme ? », en nombre et en pourcentage.
 - Tableau 9 : Résultats du questionnaire de satisfaction.
-
- Figure 1 : Test de Fagerström d'évaluation de la dépendance au tabac, en 6 questions.
 - Figure 2 : Échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité lors d'un entretien motivationnel sur le thème du tabac.
 - Figure 3 : Échelle Q-MAT d'évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac, interprétations et conduites à tenir.
 - Figure 4 : Exemple de support d'animation utilisable en activité individuelle ou de groupe sur le thème du tabagisme⁴⁴.
 - Figure 5 : Exemple de fiche de jeu « Question pour un poumon ».
 - Figure 6 : Frise de prix croissants d'objets associés à un nombre de paquets de cigarettes, après correction.
 - Figure 7 : Photographie du plateau de jeu de l'oie sur le thème du tabagisme.
 - Figure 8 : Proposition d'illustration n°1 pour l'affiche de prévention du tabagisme.
 - Figure 9 : Proposition d'illustration n°2 pour l'affiche de prévention du tabagisme.
 - Figure 10 : Illustrations sélectionnées pour la question « Pour vous quelle est l'illustration la plus positive ? ».
 - Figure 11 : Illustrations sélectionnées pour la question « Pour vous quelle est l'illustration la plus négative ? ».

Sommaire

1	INTRODUCTION	p 1
2	GÉNÉRALITÉS	
2.1	Les données épidémiologiques sur le tabac en France	p 2
2.2	Le sevrage en tabac : une étape importante et complexe	
2.2.1	<u>La cigarette comme objet néfaste</u>	
2.2.1.1	La fabrication et la composition de la cigarette	p 2
2.2.1.2	Les conséquences somatiques de la cigarette	p 3
2.2.2	<u>Le fumeur comme obstacle à son arrêt et comme acteur de son arrêt : sa dépendance et le syndrome de sevrage</u>	p 6
2.2.3	<u>Le rôle primordial des professionnels de santé</u>	p 8
2.2.4	<u>Les aides au sevrage du tabac</u>	
2.2.4.1	Les aides médicamenteuses	p 13
2.2.4.2	Les aides non médicamenteuses	p 14
2.2.4.3	La cigarette électronique	p 15
2.3	Le tabagisme en psychiatrie	p 16
2.4	La prévention du tabagisme	
2.4.1	<u>Connaître les stratégies marketing de l'industrie du tabac</u>	p 19
2.4.2	<u>Mettre en place une stratégie de marketing social</u>	p 20
2.4.3	<u>Les campagnes de prévention du tabac en France entre 1976 et 2014</u>	p 21
2.4.4	<u>La législation autour du tabac</u>	p 23
2.4.5	<u>« Hôpital sans tabac » et « Lieu de santé sans tabac »</u>	p 24
2.4.6	<u>« Moi(s) sans tabac »</u>	p 27
3	MATÉRIEL ET MÉTHODE	
3.1	La technique du groupe nominal	p 27
3.2	Le lieu : le Centre Psychothérapique de l'Orne à Alençon (Préfecture de l'Orne)	p 29
3.3	Le groupe	p 31
3.4	Les séances	
3.4.1	<u>Les séances de préparation</u>	p 34
3.4.2	<u>Séance 1 : présentation du projet, du thème et des participants et activité n°1</u>	p 37
3.4.3	<u>Séance 2 : activité n°2 et détermination de la phrase « choc » de l'affiche</u>	p 39

3.4.4	<u>Séance 3 : activité n°3 et détermination du paragraphe explicatif de l'affiche</u>	p 42
3.4.5	<u>Séance 4 : activité n°4 et détermination de l'illustration de l'affiche</u>	p 44

4 RÉSULTATS

4.1	Séance 1	p 48
4.2	Séance 2	p 51
4.3	Séance 3	p 52
4.4	Séance 4	p 54
4.5	Questionnaire de satisfaction	p 55

5 DISCUSSION

5.1	Le résultat principal et son implication majeure	p 56
5.2	Les points positifs : points forts et effort de prévention	p 56
5.3	Les points négatifs : limites et biais de l'expérience	p 57
5.4	Les hypothèses pour expliquer les résultats	p 58
5.5	Les changements à venir et à espérer obtenir	p 59

6 CONCLUSION

p 59

BIBLIOGRAPHIE

p 61

ANNEXES

p 68

1 INTRODUCTION

« C'est facile d'arrêter de fumer, j'arrête vingt fois par jour. » (Oscar Wilde)

Pourtant, le tabagisme reste en 2019 la première cause de décès évitables dans le monde¹. Il tue 7 millions de personnes par an, soit une personne toutes les 6 secondes².

En plus du risque sanitaire, le tabagisme représente en France un coût social (47 milliards d'euros en 2003, dont 18 milliards de coûts de santé) . Les taxes sur le tabac rapportent à l'État au moins 10 milliards d'euros par an et l'augmentation régulière de ces taxes compense les baisses en volumes des achats en bureau de tabac³.

Le milieu de la psychiatrie et ses EPSM ne dérogent pas à la règle et, de par sa représentation très courante de simple habitude de vie, la cigarette reste une menace à bas bruit, d'autant plus que les patients hospitalisés en psychiatrie sont des patients fragiles.

Afin de lutter contre ce fléau, les EPSM essayent de proposer une offre de soins somatiques « significative » malgré des effectifs dédiés insuffisants⁴. A l'heure où se développent les projets territoriaux de santé mentale, un parallèle peut être fait avec une offre de soins de médecine générale libérale qui diminue de jours en jours. On est désormais sûrs que l'hospitalisation en EPSM représente pour une grande partie des patients le seul contact avec la médecine générale. Néanmoins, 95% des EPSM en France en 2019 disposent de personnel médical dédié⁴, ce qui place le médecin généraliste en tête des soignants nécessaires à la prise en charge entière et pluridisciplinaire de chaque patient. A cet effet, il est amené à gérer des situations allant de l'urgence somatique à la prévention de pathologies en tout genre.

Concernant le tabagisme et devant une population vieillissante qui s'expose de plus en plus aux complications liées au tabac, le médecin généraliste en EPSM devra se munir de différents outils, génériques, validés par les autorités sanitaires nationales pour la plupart. Il pourra, en complément de ceux-ci, se focaliser sur la population globale et spécifique de son EPSM en réalisant d'autres outils qui permettront, en théorie, d'être plus efficaces sur cette population car mieux adaptés. Encore trop peu de ces outils sont en développement en France alors que leur utilisation serait théoriquement imaginable. Comme objectif principal de thèse, nous avons décidé de confronter ce public à la réalisation d'un outil adapté à lui. Pour cela, nous avons confronté les données historiques et actuelles de la littérature concernant le tabagisme en psychiatrie à une expérience concrète et originale mettant en avant des spécialistes du tabagisme, par leurs expériences et intégration du thème, qu'ils soient patients ou soignants, à travers la détermination de la stratégie de communication qui serait la plus efficace pour diminuer le nombre de fumeurs sur l'EPSM « CPO d'Alençon », en utilisant la méthode de consensus du groupe nominal.

2 GÉNÉRALITÉS

2.1 Les données épidémiologiques sur le tabac en France

Le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de 2016 nous montre que, en France, 73200 décès seraient attribuables au tabagisme, soit 13,2% de l'ensemble des décès constatés au cours de cette année³. Ce nombre est passé à 78000 selon le rapport 2017 de « Santé Publique France ». Ces décès sont attribuables pour 62% aux pathologies cancéreuses, pour 22,5% aux maladies cardio-vasculaires et pour 15,2% aux maladies respiratoires³. Les incidences de ces pathologies et décès sont en légère baisse chez les hommes et en nette progression chez les femmes (surtout de 55 à 64 ans). Ce décalage de vingt ans est en partie expliqué par une instauration du tabagisme dans la population féminine plus tardivement après 1945, surtout à partir de 1965 (population émancipée et vieillissante).

Le nombre total de fumeurs en France voit depuis 2016 sa décroissance s'accroître, pour passer de près de 16 millions à environ 14,4 millions de fumeurs en 2018 (baisse de 1,6 millions en deux ans). Ce chiffre correspond à une prévalence du tabagisme quotidien de 25,4% (28,2% des hommes et 22,9% des femmes)³.

En 2018, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 13,0 cigarettes (ou équivalent) par jour (14,0 chez l'homme et 11,9 chez la femme). Parmi eux, 56,5% avaient envie d'arrêter et 24,9% avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de la dernière année.

En 2018, les ventes de tabac dans le réseau des buralistes de France continentale s'élève à 49 740 tonnes, soit une baisse de 8,8% par rapport à 2017³. En parallèle, le nombre de vapoteurs n'a jamais été aussi haut (entre 2 et 3 millions en 2019). Le marché français de la cigarette électronique représente près de 820 millions d'euros en 2018, répartis à 60% en liquides et 40% en matériels.

En 2018, les ventes de traitements d'aide à l'arrêt du tabac réalisées en pharmacies ont connu un niveau jamais atteint : 3 413 896 patients traités contre 2 726 417 en 2017, soit un quart de plus³.

2.2 Le sevrage en tabac : une étape importante et complexe

2.2.1 La cigarette comme objet néfaste

2.2.1.1 La fabrication et la composition de la cigarette

La cigarette est issue d'une plante faisant partie de la famille des solanacées, dont les feuilles sont cueillies et séchées pour subir une fermentation leur permettant d'acquérir les caractéristiques que l'on retrouve dans le tabac. L'étape suivante, grâce à des additifs solides puis gazeux dans la fumée, consiste à réguler son goût, son pH de fumée et sa concentration en nicotine afin de se démarquer des autres marques concurrentes.

Parmi ces additifs, toxiques pour la plupart, on relèvera :

- l'ammoniaque : entraîne une élévation du pH de la fumée et ainsi augmente l'absorption de la nicotine par les alvéoles pulmonaires
- le gaz carbonique (CO₂) et le monoxyde de carbone (CO)
- le cyanide d'hydrogène (dérivé du cyanure)
- les hydrocarbures polyaromatiques / les goudrons (cancérogènes)
- les métaux (nickel, plomb, mercure, polonium 210)
- la nicotine

Nous avons volontairement écarté les autres composants car ceux-ci sont moins connus du grand public et donc moins utilisables comme arguments par les professionnels de santé pour expliquer la nature toxique de la cigarette. A noter qu'il existe plus de 4000 composants identifiés dans la fumée de cigarette⁵.

La nicotine est une substance psycho-active de la famille des alcaloïdes. Son absorption dépend du pH de la fumée de tabac. Si ce pH est acide (tabac blond de cigarette), la nicotine est sous forme ionisée et passe difficilement les membranes, ce qui rend son trajet jusqu'aux alvéoles pulmonaires nécessaire pour une absorption optimale. Si ce pH est basique (tabac à pipe ou à cigare), la nicotine est facilement absorbée par les membranes (y compris les premières rencontrées dans la bouche et le nez) : l'inhalation n'est donc pas nécessaire.

Cette molécule atteint le cerveau en 7 à 10 secondes par le système veineux. Sa demi-vie moyenne d'élimination est de 2 heures. Elle est dégradée principalement par le foie, qui la transforme en cotinine, dosable dans le sang et les urines. Elle accroît au niveau cérébral la libération de dopamine (neurotransmetteur qui fait partie du cycle de récompense), de noradrénaline (neurotransmetteur qui fait partie du processus d'éveil et de vigilance), de monoamine oxydase B (neurotransmetteur ayant un effet anti-dépresseur). Ces processus sont associés et provoquent chez le fumeur une sensation aiguë de plaisir appelée *high*. Avec les années de tabagisme, il existe un changement sous-jacent dans les circuits cérébraux qui peut persister au-delà de la désintoxication. Cela explique la difficulté souvent rencontrée par les anciens fumeurs après arrêt en entraînant des rechutes.

Par son action sur le cytochrome P450, le tabac agit comme inducteur enzymatique et détermine ainsi le catabolisme de nombreux médicaments, dont les psychotropes à métabolisme hépatique, et diminue leur demi-vie⁶.

Le taux sanguin et la vitesse d'absorption de la nicotine varient en fonction des individus et selon le nombre de bouffées, leur intensité, leur durée, leur profondeur. Ils changent aussi selon le degré de dilution de la fumée avec l'air⁷.

Le tabac existe sous différentes formes, permettant toutes l'absorption de nicotine. Il peut être fumé (cigarette, cigare, pipe, tabac à rouler, tabac à narguilé appelé également chicha), mis en bouche (chique, *snus*), sniffé (tabac à priser appelé également *snuff*) ou chauffé (*ploom*). Les cigarettes représentent plus de 90% de l'usage mondial de tabac/nicotine.

Globalement, on retiendra (en terme de substances rencontrées) que :

- 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes = 2 cigarettes roulées
- 1 pipe = 5 cigarettes
- 1 chicha = 10 cigarettes

Un autre dispositif appelé IQOS (*I-Quit-Ordinary-Smoking*) existe et correspond à un produit dérivé du tabac reposant sur un stylo dans lequel est introduit une cigarette filtre raccourcie qui, en chauffant, va produire de la vapeur. Il n'y a donc aucune combustion mais des chercheurs de l'Université de Californie - San Francisco ont conclu, en étudiant le phénomène, à une persistance d'atteintes pulmonaires et d'inflammations corporelles⁸. La nicotine qui est respirée atteint très rapidement le cerveau ce qui rend le phénomène particulièrement addictif.

2.2.1.2 Les conséquences somatiques de la cigarette

La cigarette est responsable de plusieurs pathologies somatiques, allant du problème de santé aigu à la pathologie chronique et invalidante. En Normandie, toutes pathologies confondues, elle est responsable de 223,1 décès pour 100 000 habitants chez l'homme entre 2013 et 2015 (contre 200,5 en France) et de 73,3 décès pour 100 000 habitants chez la femme sur la même période (contre 69,3 en France). Ces différentes conséquences sont utilisables lors des entretiens médicaux avec les fumeurs, et à adapter à chaque patient :

- Les pathologies cancéreuses :
 - Le tabagisme actif est responsable de 90% des cancers broncho-pulmonaires tandis que le tabagisme passif est responsable de 25% de ces cancers chez le non-fumeur⁵. Chaque cigarette augmente de 7% le risque d'avoir un cancer bronchique. Elle est aussi un facteur

de risque de cancers des voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, larynx, pharynx, œsophage), de la vessie, du pancréas, du rein, du col de l'utérus, du colon et du rectum.

- Le risque de développer un cancer de la cavité buccale lors d'une consommation conjointe d'alcool et de tabac est multiplié par 13⁷.
- En Normandie, en 2017, l'incidence du cancer du poumon (en taux annuel, standardisé sur la population mondiale, brut d'incidence, de 2007 à 2016 et pour 100 000 personnes-années) est de 56,9 chez l'homme (contre 51,8 en France) et 17,2 chez la femme (contre 17,9 en France)¹. Le nombre de décès calculé selon la même méthode s'élève à 41,1 chez l'homme (contre 38,2 en France) et à 10,9 chez la femme (contre 11,1 en France).
- Fumer après le diagnostic de cancer augmente le risque de second cancer primitif tandis que l'arrêt du tabac le diminue. C'est intuitivement que dès le premier diagnostic 30 à 60% des patients arrêtent spontanément de fumer⁹. Ce pourcentage augmente après entretien médical orienté, expliquant qu'une poursuite du tabagisme dans ce cas augmente le risque de complications péri-opératoires et réduit l'efficacité des traitements anti-cancéreux en augmentant leurs effets secondaires.
- En terme de dépistage du cancer-broncho-pulmonaire, de récentes études menées et répertoriées par l'HAS en 2016 ne montrent pas un intérêt significatif du scanner thoracique (risque de faux positifs important avec une faible spécificité, exposition aux rayons X, etc.).
- Les pathologies cardio-vasculaires :
 - Le tabac augmente le risque de thrombose artérielle, de spasmes artériels, d'altération de la vasomotricité artérielle et de création de plaques d'athérosclérose.
 - Il représente le deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde derrière les dyslipidémies⁷. Il augmente le risque de décès par cardiopathie ischémique par environ 5,5 chez l'homme de 30 à 44 ans⁷.
 - Il augmente le risque d'AVC de 1 à 3 fois, chez l'homme et selon l'âge⁷.
 - Il a également un rôle non négligeable dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs puisque 90% des patients atteints par cette pathologie déclarent fumer⁷.
 - La nicotine augmente la fréquence cardiaque et la tension artérielle.
- Les pathologies de la sphère pulmonaire et respiratoire :
 - La BPCO survient chez 85% des fumeurs ou des anciens fumeurs¹⁰. Elle concerne donc environ 3,5 millions de personnes (dont 2/3 l'ignorent), soit 1 fumeur sur 5, et 17 000 décès chaque année en France¹⁰.
 - Les recommandations du Collège National des Enseignants de Pneumologie conseillent d'explorer toute toux chronique de plus de 3 mois pendant deux années consécutives, chez les fumeurs, par des EFR (calcul du rapport de Tiffeneau reliant le Volume Expiratoire Maximal par Seconde à la Capacité Vitale ; score < 70% chez les patients avec une BPCO). Cette maladie chronique peut être traitée de différentes façons, notamment grâce aux bronchodilatateurs et aux corticoïdes inhalés.

- Il existe un lien entre le tabagisme, les exacerbations d'asthme et son mauvais contrôle, sans qu'il y ait de lien entre l'incidence de l'asthme et le tabagisme chez l'adulte.
- Un article de niveau de preuve 4 de synthèse en 2007 de Peiffer et Mathern⁹ place le tabac comme facteur de risque de ronflements et d'apnées obstructives du sommeil : combiner la prise en charge du syndrome métabolique avec l'arrêt du tabac semble à cet effet essentiel. Il est d'ailleurs prouvé que la prise de gommes nicotiques avant le coucher diminue le nombre d'apnées dans les deux premières heures de sommeil.
- Les pathologies cutané-muqueuses :
 - Le tabagisme est un facteur de risque de maladies parodontales, de caries, de pertes de dents et de leucoplasies de la muqueuse buccale (risque multiplié par 3).
 - Il provoque aussi plus d'acnés sévères, de vieillissements accélérés de la peau, de retards de cicatrisation et de consolidation osseuse après chirurgie.
 - Il augmente le risque d'ulcérations buccale, œsophagienne, gastrique ou duodénale.
 - Il explique aussi l'agueusie et l'anosmie présentes chez de nombreux fumeurs.
- Les pathologies ophtalmologiques :
 - La consommation de tabac est un facteur de risque de DMLA et de cataracte et donc parfois de cécité.
 - Les porteurs de lentilles de contact qui fument s'exposent au risque de kératite.
- Les pathologies spécifiques à la femme et liées à la fertilité :
 - Le tabagisme, pendant la grossesse, expose la mère et le fœtus à diverses complications. Il augmente le risque d'hématome rétro-placentaire (le tabagisme en serait la cause dans 25% des cas), de rupture prématurée des membranes (risque multiplié par deux), de prématurité, de retard de croissance intra-utérin, de réduction du périmètre crânien, de mort fœtale in utero, d'hémorragie de la délivrance, de survenue d'une délivrance artificielle.
 - Il est responsable chez la femme d'un retard à la conception, d'un avancement de la ménopause.
 - Chez l'homme, il s'agit plutôt d'un risque de dysfonction érectile et d'une altération possible des paramètres spermiologiques.
 - La combinaison du tabagisme à une contraception hormonale à base d'œstrogènes augmente le risque de complications cardio-vasculaires, surtout après 35 ans où elle devient une contre-indication relative.
- Les pathologies générales :
 - Le tabagisme accroît de 30 à 40% le risque de développer une intolérance au glucose puis un diabète. La méta-analyse publiée en 2007 par Willi and *al* a montré que, comparativement au non-fumeur, le risque relatif de diabète pour le fumeur était de 1,61 à

partir de 20 cigarettes par jour (IC95% = 1,43-1,80) et de 1,29 en dessous de 20 cigarettes (IC 95% = 13-1,58)⁹.

- Il augmente le risque infectieux, qu'il soit viral ou bactérien, en perturbant le système immunitaire.
- La mortalité, toutes causes confondues, chez les patients séropositifs pour le virus de l'immunodéficience humaine est 4,4 fois plus élevé que chez les patients atteints mais non-fumeurs.
- Le tabagisme augmente aussi par 2 le risque de développer une maladie de Crohn et, chez le malade, le nombre et la fréquence des poussées⁷.
- Le tabagisme passif :
 - Le tabagisme passif est responsable d'environ 900 000 décès par an dans le monde, surtout par l'intermédiaire des cardiopathies ischémiques (risque multiplié par 1,27), des cancers broncho-pulmonaires (risque multiplié par 1,27) et des cancers des voies aéro-digestives supérieures (risque multiplié par 1,60 après 15 ans d'exposition)⁷.
 - Il augmente de 62% le risque d'infarctus du myocarde pour une exposition de plus de 22 heures par semaine⁹.
 - Chez les nourrissons, il augmente le risque de mort subite, d'infection respiratoire basse, d'otite moyenne aiguë et d'asthme .
 - Il augmente le risque de développer un trouble du comportement et/ou un trouble psychiatrique.
 - La passivité existante du tabagisme est due à la présence de plusieurs courants de fumée de tabac :
 - le courant primaire est le courant d'inspiration initié par le fumeur
 - le courant secondaire qui correspond à la fumée émise par la cigarette en combustion ; c'est le courant le plus toxique car il s'agit d'une combustion incomplète et à plus basse température
 - le courant tertiaire est le courant d'expiration initié par le fumeur.

2.2.2 Le fumeur comme obstacle à son arrêt et comme acteur de son arrêt : sa dépendance et le syndrome de sevrage

Le tabac a le potentiel addictif le plus important devant l'alcool, le cannabis et la cocaïne. Celui-ci est dû principalement aux trois neurotransmetteurs (dopamine, noradrénaline et monoamine oxydase B), sécrétés en excès à cause de la nicotine, provoquant un sentiment de bien-être qui s'encre dans la mémoire moléculaire du patient.

Ce potentiel addictif est repris dans la définition de l'OMS : « ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation du tabac entraîne un désinvestissement progressif des autres activités ». Il correspond au désir plus ou moins puissant, de consommer du tabac ou de prendre une autre substance contenant de la nicotine (y compris les médicaments qui en contiennent). A cet effet et à titre d'exemple, une dépendance au cannabis comporte une sous-dépendance qui est commune avec le tabagisme.

Dans le DSM-5, un trouble de l'usage du tabac est caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- désir persistant de contrôle ou efforts infructueux d'arrêt
- beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser du tabac
- besoin impérieux (*craving*) d'utiliser du tabac
- usage répété conduisant à l'incapacité de remplir des obligations
- usage continu malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux
- activités sociales, professionnelles ou de loisirs abandonnées ou réduites
- usage dans des situations potentiellement dangereuses
- usage poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique
- tolérance (besoin de quantité de tabac notablement plus forte pour produire le même effet ou effet notablement diminué à quantité égale)
- syndrome de sevrage

À noter que l'item « Problèmes judiciaires liés à l'utilisation de la substance » a été supprimé entre le DSM-IV et le DSM-5.

On considère que le risque de dépendance est d'autant plus grand que l'âge d'initiation au tabagisme est jeune. La dépendance est d'ordre physique (liée à la nicotine), comportementale (rituel et habitude) et psychique (gestion des émotions par le tabagisme)⁵.

Il existe différents types de comportements dans la consommation du tabac d'après l'OMS, ce qui relie le patient et la substance par sa dépendance :

- l'usage simple qui est un mode d'usage non préjudiciable à la santé
- l'usage nocif qui est un mode préjudiciable pour la santé en entraînant des complications physiques et psychiques
- la dépendance, alias addiction, qui implique un usage nocif poursuivi malgré la présence de problèmes significatifs liés à la consommation

Le syndrome de sevrage tabagique, présent à l'arrêt de la consommation de tabac, est défini selon le DSM-5² par la présence d'au moins 4 symptômes dans les 24 heures suivant un arrêt brutal de la consommation de tabac chez un patient ayant une consommation quotidienne de tabac pendant au moins plusieurs semaines, avec pour conséquence une altération sociale, professionnelle ou dans tout autre domaine important, ceux-ci n'étant pas dus à un autre trouble (mental, iatrogène). Parmi ces symptômes on retiendra :

- l'irritabilité
- l'anxiété
- l'augmentation de l'appétit
- la fièvre
- le manque de concentration
- l'humeur dépressive
- l'insomnie

Un des principaux arguments avancés par les fumeurs pour montrer leur difficulté à arrêter de fumer est la prise de poids à l'arrêt. En effet, la nicotine contenue dans le tabac diminue l'appétit, augmente les dépenses énergétiques et ralentit le stockage des graisses. Il existe plusieurs astuces cependant pour « Retrouver la forme, pas les formes » (un des slogans du « Moi(s) sans tabac ») : la prise de poids consécutive à un arrêt n'a pas lieu une fois sur trois et, chez les autres patients, elle n'est en moyenne que de deux à quatre kilos au cours de la première année. Par ailleurs, une prise en charge pour lutter contre cette complication est possible, et mettra en avant les substituts nicotiniques, l'activité physique régulière et la fabrication de menus-plaisir équilibrés.

Quelle que soit la réduction dans la prise de poids après arrêt, celle-ci est toujours associée à une réduction du risque de maladies cardio-vasculaires chez les sujets sans diabète⁹.

2.2.3 Le rôle primordial des professionnels de santé

L'INPES a prôné jusqu'en 2016 une aide au sevrage tabagique pour rendre cette étape de la vie du fumeur la moins désagréable possible, en mettant en avant la consultation médicale, qui est un moment propice aux échanges. Il faut ici favoriser l'expression du patient sans le culpabiliser sur ses consommations, afin de créer une relation médecin-patient de confiance et en lui laissant la possibilité de le revoir lors d'une autre consultation.

Cette écoute est également mise en avant dans le dispositif « Tabac Info Service » développé en « 2.2.4.2 ».

L'HAS a réitéré en 2014⁹ son avis de groupe de travail en terme de dépistage du tabagisme, en rappelant que tous les professionnels de santé sont légitimes pour parler du tabac avec leurs patients (y compris les dentistes, les infirmiers scolaires, le personnel de pharmacie, les travailleurs sociaux, etc.) afin de, au minimum, récupérer le statut tabagique de ce patient et de réaliser une intervention courte impliquant conseils et discussion.

Le dépistage de l'usage du tabac doit faire partie de l'interrogatoire de la première consultation, en théorie, de tout professionnel de santé, en n'oubliant pas les autres formes d'utilisation du tabac (prisé, mâché, cigare, pipe, narguilé, ...).

Il convient de détecter le statut tabagique des parents d'un mineur, et de respecter la confidentialité de tout mineur souhaitant en discuter en consultation. Les femmes enceintes représentent une autre population à risque à cibler par ce dépistage, y compris en post-partum afin d'éviter les rechutes. Chez les fumeurs connus, la consultation peut quant à elle se focaliser sur le dépistage des complications liées au tabac évoquées en « 2.2.2 » : c'est la prévention secondaire.

Les modalités de prise en charge pour dépister et prendre en charge le tabagisme sont résumées en « Figure 1 » (test de Fagerström) et « Figure 3 » (Échelle de Q-MAT adaptée au stade motivationnel) ci-dessous.

Le professionnel de santé devra, chez le fumeur, déterminer la quantité fumée en paquets-années (nombre de paquets consommés par jour multiplié par le nombre d'années pendant lesquelles la personne a fumé cette quantité). Cette notion de paquet-année n'est néanmoins pas un bon évaluateur du risque encouru par le fumeur et peu déjà apparaît pour certains praticiens comme obsolète : la quantité de tabac augmente le risque de développer un cancer avec un facteur à la puissance carrée, alors que la durée de l'exposition le multiplie avec un facteur à la puissance 4. Il n'est donc pas du tout équivalent de fumer 10 cigarettes par jour pendant 20 ans et fumer 20 cigarettes par jour pendant 10 ans, alors que pourtant les deux correspondent à 20 paquets-années. Le dépistage des tentatives d'arrêt est un autre point à ne pas omettre.

Le professionnel de santé doit aussi évaluer les comorbidités anxieuse et dépressive. Le tabagisme, et c'est d'autant plus vrai dans la population psychiatrique, est utilisé comme un moyen de contrôler les troubles anxio-dépressifs par automédication. Paradoxalement pour eux, il est avéré que les troubles anxieux s'améliorent à l'arrêt du tabac, mais cet arrêt est souvent plus difficile pour cette population (dépendance plus forte, manque d'habileté à gérer le sevrage).

Le professionnel de santé devra consacrer également du temps à l'évaluation des co-addictions, car celles-ci rendent les prises en charge de sevrage plus complexes. Par exemple, la co-addiction tabac-cannabis montre une dépendance plus importante au cannabis que s'il était consommé seul, et une présence plus importante de problèmes psychologiques.

Figure 1 : Test de Fagerström d'évaluation de la dépendance au tabac, en 6 questions.

Test de Fagerström en 6 questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?
 - a. À la première de la journée 1
 - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 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 ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- Entre 0 et 2 : pas de dépendance
- Entre 3 et 4 : dépendance faible
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

Références : Heatheron *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

Le professionnel de santé aura comme autre objectif de mettre en avant, dans tous les cas, les conséquences positives de l'arrêt du tabagisme, afin d'être encourageant en plus d'être empathique. Parmi celles-ci on peut citer en reprenant plusieurs fois ci-dessous les slogans de quelques campagnes du Ministère de la Santé :

- « Une opération se vit mieux sans tabac » (brochure INPES): le tabagisme augmente le risque de complications péri-opératoires comme les problèmes respiratoires, le risque infectieux, le retard de cicatrisation et prolonge donc inutilement les hospitalisations. Le professionnel de santé devra conseiller à ses patients une réduction de la consommation de tabac de 6 à 8 semaines avant l'opération jusqu'à 3 mois après l'opération (cicatrisation et consolidation) tout en expliquant que même un arrêt 12 à 48h avant cette opération est bénéfique.
- « Qu'est-ce qu'on gagne à arrêter de fumer ? » (brochure INPES d'août 2016) : les gains sont multiples et successifs dans le temps :
 - retour à la normale de la pression artérielle et du rythme cardiaque (20 minutes)
 - baisse de moitié de la quantité de monoxyde de carbone dans le sang (8 heures)
 - risque d'infarctus du myocarde divisé par deux et élimination du mucus (24 heures)

- amélioration du goût et de l'odorat (48 heures)
- amélioration de la fonction respiratoire et poussée d'énergie (72 heures)
- baisse de la toux et de la fatigue, reprise normale de la marche (2 semaines à 3 mois)
- repousse des cils bronchiques et baisse de l'essoufflement accentuée (1 à 9 mois)
- risque d'infarctus divisé par deux et risque d'AVC égal à celui du non-fumeur (1 an)
- risque de cancer du poumon quasiment divisé par 2 (5 à 10 ans)
- Un gain d'espérance de vie : il est estimé à 3 ans chez un fumeur arrêtant à 60 ans, à 6 ans si celui-ci arrête à 50 ans et à 9 ans si celui-ci s'arrête à 40 ans. On parle bien ici d'arrêt et pas de diminution seule car celle-ci, bénéfique dans un premier temps, n'agit pas dans un second temps sur ce gain d'espérance de vie.

Le professionnel de santé devra également utiliser des règles de base de communication en n'oubliant jamais que tout changement chez un patient n'arrive que si sa motivation vient de lui-même. Il s'agit d'un principe de l'entretien motivationnel. Créé dans les années 1980 par William Miller et Stephen Rollnick, ce concept américain demande une implication réelle du patient, en admettant que le patient n'arrivera à des changements que s'il est lui-même à l'origine de sa motivation. Cette donnée sera d'ailleurs essentielle dans notre projet de thèse présenté ci-dessous. Il permet de mettre en avant l'autonomie du patient par une habileté rhétorique que nous allons développer en 5 règles d'or¹¹ :

- induire une dissonance cognitive entre ce que le patient est et ce qu'il souhaite être
- faire preuve d'empathie pour percevoir avec justesse les raisonnements et les émotions du patient (éléments important dans la balance décisionnelle)
- explorer l'ambivalence du patient (coexistence de certains désirs et motivations contradictoires, en lien avec l'attraction et l'évitement)
- intégrer les résistances du patient (tension dans la relation médecin patient)
- soutenir le sentiment d'efficacité du patient et sa croyance en ses capacités de changement

Pour ceci, le soignant devra plutôt utiliser des questions ouvertes, valoriser les expériences passées de changement positif, reprendre en écho ce qu'il vient d'entendre en reformulant voir synthétisant (cf. « Figure 2 »).

Des méta-analyses ont permis d'évaluer plus précisément l'efficacité de l'entretien motivationnel et certaines ont même montré une efficacité relative de 14 à 20 comparativement à des groupes témoins sans aucun traitement ou en liste d'attente⁹.

Par ailleurs, et pour compléter les règles de l'entretien motivationnel, le discours du professionnel de santé devra être différent en fonction du stade de motivation du patient (modèle de Prochaska et DiClemente), pour définir un score de motivation (par exemple grâce à l'Échelle Q-MAT) :

- 1) Stade de pré-intention ou pré-contemplation

Pour le patient, le tabac n'est pas un problème : un simple conseil d'arrêt est suffisant, avec clarté ; explication possible sur les traitements en montrant un soutien et une ouverture au dialogue. Il existe une possibilité de proposer une réduction de la consommation pour commencer. Il convient d'avoir une écoute bienveillante et empathique.

- 2) Stade d'intention ou de contemplation

Le tabagisme commence à devenir un problème pour le patient et il pense à arrêter de fumer dans les 6 mois : on peut évaluer sa dépendance à la nicotine, l'aider à explorer son ambivalence, ses craintes, et le conseil d'arrêt sera clair et adapté. Il convient d'avoir une écoute bienveillante et empathique.

- 3) Stade de préparation ou de décision

Le tabagisme est un problème pour le patient, et il a l'intention d'arrêter dans le mois. En plus des éléments précédents, il faut inclure le patient dans l'élaboration d'un plan de changement en fixant une date d'arrêt et en informant le patient sur les thérapeutiques et le sevrage. Il convient d'avoir une écoute bienveillante et empathique.

- 4) Stade d'action

Le patient arrête de fumer. La prise en charge citée ci-dessus doit rester adaptée et les problèmes rencontrés doivent être évoqués. L'encouragement est une priorité et il faut anticiper ici les difficultés possibles.

- 5) Stade de maintien ou de liberté

Le patient a arrêté de fumer depuis plus de 6 mois. Il doit rester vigilant face au risque de rechute en revenant sur les anciennes difficultés mais aussi les plus récentes.

- 6) Stade de rechute

Il s'agit d'une étape commune à de nombreux fumeurs. Il convient d'approfondir les causes de la reprise en essayant de les effacer, avec ou sans aide thérapeutique. Un discours positif et insistant sur les bénéfices ressentis lors du stade de maintien sont à mettre en avant, sans dramatiser la situation.

Figure 2 : Échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité lors d'un entretien motivationnel sur le thème du tabac.


Évaluation du sentiment d'efficacité

- Avez-vous confiance dans votre capacité à arrêter de fumer ?
- Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?
- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10

0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas. »
10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai. »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



- Si vous avez répondu moins de 10 à cette question, qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'accroître votre confiance ?

Figure 3 : Échelle Q-MAT d'évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac, interprétations et conduites à tenir.

	Score
1. Pensez-vous que dans 6 mois :	
Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	8
2. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?	
Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
Enormément	3
3. Pensez-vous que dans 4 semaines	
Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	6
4. Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?	
Jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Très souvent	3
Score TOTAL	/ 20

La somme des points obtenus à chaque réponse indique le niveau de motivation.

- Score < 6 : motivation insuffisante (faibles chances de réussite du sevrage).
- Score de 7 à 12 : motivation moyenne.
- Score > 12 : bonne ou très bonne motivation.

Score < 6 Motivation insuffisante	Score de 7 à 12 Motivation moyenne	Score > 12 Bonne ou très bonne motivation
<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas pousser trop à l'arrêt immédiat ; • Dire qu'on accepte cette hésitation ; • Faire lister au fumeur ce qu'il ressent LUI : <ul style="list-style-type: none"> ▶ les bénéfices à fumer, ▶ les inconvénients à fumer, ▶ les avantages à ne pas fumer. • Compte tenu de ces éléments, pense-t-il arrêter un jour ? • Informer de l'existence des aides (groupes, consultations...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire lister ce que le fumeur ressent comme : <ul style="list-style-type: none"> ▶ raisons d'arrêter, ▶ bénéfices à l'arrêt, ▶ ses craintes s'il arrêterait. • Si on pouvait lui assurer un confort optimal à l'arrêt, faire évaluer de 0 à 10 son désir de se séparer du tabac ; • Informer des groupes, des consultations ; • Peut-il fixer une date pour un éventuel arrêt ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il déjà eu des tentatives d'arrêt total ? <ul style="list-style-type: none"> ▶ Quels bénéfices avait-il ressenti ? ▶ Quels enseignements a-t-il tiré de ces différentes expériences ? • Proposer une aide au sevrage : <ul style="list-style-type: none"> ▶ médecin généraliste, ▶ consultation spécialisée, ▶ groupes. • Valoriser ses chances de succès : <ul style="list-style-type: none"> ▶ « Vous me semblez très motivé. Avec une bonne aide, vous y arriverez ! ». • Fixer éventuellement un rendez-vous.

Le professionnel de santé pourra aussi se baser sur certains marqueurs biologiques :

- le taux de monoxyde de carbone qui est un gaz incolore et inodore ; il a une demi-vie de 2 à 5 heures et est présent chez le fumeur dans l'air expiré ; il reflète à un instant précis et avec une grande facilité de mesure (appareil homologué) la consommation tabagique des heures précédentes, avec une normale chez le non-fumeur inférieure à 6 ppm ; il est utile dans le suivi du fumeur pour évaluer la qualité de son abstinence mais le professionnel de santé ne devra pas oublier que la valeur mesurée en ppm sera toujours plus haute chez un fumeur essayant de restreindre sa consommation car il existe une modification compensatoire dans sa façon de fumer
- le dosage de la cotinine sanguine plasmatique, urinaire ou salivaire qui est un test non remboursé et principalement réservé à la recherche car peu corrélé à la dépendance du fumeur

Le professionnel de santé devra, après toutes ces étapes, suivre son patient, car un fumeur en rémission est susceptible de rechuter. Il pourra revoir initialement son patient tous les 6 à 12 mois pour en discuter, sachant qu'un sevrage « réussi » est un sevrage total sur une durée d'au minimum un an.

Les études médicales de deuxième cycle ne comportent que quelques heures de tabacologie et toutes les informations citées précédemment ne font pas partie du bagage théorique que les internes et les médecins possèdent. Un diplôme inter-universitaire de tabacologie, seulement présent dans 5 villes de France, est accessible à tous les professionnels de santé².

2.2.4 Les aides au sevrage du tabac

2.2.4.1 Les aides médicamenteuses

Les traitements nicotiques substitutifs sont utilisables en première intention sous plusieurs formes (voie transdermique en patch ou timbre, voie orale en gomme à mâcher ou pastille à sucer, spray buccal, inhalateur). Cette prescription augmenterait, selon une étude de Stead *et al* en 2012⁹, les chances d'arrêter de fumer de 50 à 70% par rapport au groupe témoin sans aide. Ils proposent une délivrance plus ou moins rapide de nicotine, mais toujours plus prolongée et douce qu'avec la cigarette. Ils permettent ainsi d'éviter l'effet-shot de la cigarette, responsable de l'effet de manque.

Les principaux effets secondaires des TNS sont les céphalées, la dysgueusie, le hoquet, les nausées^{7,9}. Pour la forme en patch, il existe des intolérances cutanées nécessitant un changement de site de pose régulier, sur zone sèche et non pileuse. Pour la forme à mâcher, il est conseillé de la laisser lentement ramollir (30 minutes) avant de la mâcher afin d'éviter les brûlures d'estomac et le hoquet.

Les différents dosages disponibles sont 7 ; 14 et 21 mg de nicotine par 24h ou 10 ; 15 et 25 mg par 16h pour les formes transdermiques, 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4 mg pour les formes à sucer, 2 et 4 mg pour les formes à mâcher, 10 mg pour les inhalateurs). Les différentes formes sont associables entre elles, notamment pour les gros fumeurs. Afin de savoir quel dosage de nicotine délivrer au patient, il faut garder la règle suivante en tête :

« 1 cigarette = 1 mg de nicotine »

Les TNS ont été initialement exclus des remboursements. De novembre 2016 à mai 2018 l'assurance maladie a commencé à les prendre en charge à hauteur de 150 euros par an et par personne, pour depuis permettre un remboursements de certaines formes à 65% par la sécurité sociale depuis janvier 2019. L'un des objectifs actuels est d'étendre ces remboursements en terme de nombre de molécules et de pourcentages.

Les TNS sont autorisés pendant la grossesse et permettent d'ailleurs d'assurer la prolongation d'un sevrage chez la femme enceinte après l'accouchement.

Nous ne ferons ici que citer les autres molécules utilisables dans le sevrage en tabac : la varénicline et le bupropion sont les plus célèbres, avec de nombreux effets secondaires psychiatriques connus (dépression, comportements suicidaires, auto-agressivité, hostilité, agitation) ; la cytisine, la lobéline, la clonidine, les antagonistes sélectifs des récepteurs cannabinoïdes de type 1, les antagonistes des récepteurs nicotiques, le Nicobrevin et les médicaments anxiolytiques quand à eux n'ont pas montré un rapport bénéfice/risque favorable dans l'aide à l'arrêt du tabac.

2.2.4.2 Les aides non médicamenteuses

L'entretien motivationnel, précédemment cité en « 2.2.3 », est un élément central de communication qui va relier le soignant et son patient tout au long de la relation thérapeutique.

En plus de cette technique centrale, il existe des techniques de support média (outils structurés permettant la tentative d'arrêt). En métropole, c'est l'INPES (qui fait partie depuis 2016 de l'Agence Nationale de Santé Publique) qui assure le rôle de production et de diffusion de ce genre d'outils. Concernant le tabac, un exemple de regroupement d'outils et de kits d'aides au sevrage est le « Moi(s) sans tabac » crée en 2016. Il sera développé en « 2.3.5 ».

Une revue de la littérature de Hartmann-Boyce *et al.*¹² de 2014 a évalué l'efficacité de différents outils, avec comme critère de jugement principal l'arrêt du tabac après un suivi d'au moins 6 mois. Les résultats de 11 d'entre eux ont été légèrement significatifs en leur faveur (n=13241, RR=1 IC 95% = [0,80-1,18]).

La création de la ligne téléphonique « Tabac Info Service » en 1998 représente une autre source d'écoute des patients demandeurs de conseils pour diminuer ou arrêter leur consommation de tabac. Elle est joignable par téléphone au 39 89 (0,15 €/minute du lundi au samedi de 8h à 20h) et sur internet sur Tabac-Info-Service.fr où les patients peuvent prétendre également à un accompagnement personnalisé.

L'étude de Ferguson *et al.* En 2012, qui comparait les effets sur l'abstinence de TNS gratuits et/ou d'un conseil téléphonique proactif en plus d'un traitement standard d'aide à l'arrêt du tabac, a montré une efficacité de cette aide téléphonique (niveau de preuve 2) et une probabilité d'arrêt d'autant plus importante que l'assistance est intensive en terme de nombre d'appels (niveau de preuve 2).

Sur le versant psychiatrique, les TCC présentent de nombreuses victoires à leur actif. Elles sont réalisables individuellement ou en groupe. Elles permettent de s'adapter aux besoins individuels des patients tout en leur permettant d'exprimer un vécu et des croyances sur le tabagisme. Elles permettent, par interaction, pédagogie et collaboration, à tout patient en souffrance de prétendre retrouver un mode de vie autonome s'il est suffisamment motivé¹³.

Elle explore des situations d'inconfort émotionnel (pour lutter contre l'intolérance à la frustration) et des distorsions cognitives (« je suis malade psychiatriquement, je ne pourrai arrêter de fumer que une fois guéri psychiatriquement et comme je ne peux pas guérir je ne pourrai pas arrêter de fumer »). Ce style de prise en charge relationnelle est facilement acceptable par les patients, d'autant plus qu'elle met en avant les progrès réalisés afin d'augmenter la confiance des patients en eux tout en leur apprenant la « défume » (« vous fumiez bien avant d'être malade psychiatriquement, donc vous n'êtes pas obligé de ne plus être malade pour arrêter de fumer »)¹³.

L'hypnose, l'acupuncture et l'activité sportive ont pu être citées à plusieurs reprises mais les études qui les ont analysées n'ont pas montré de réelle preuve de leur efficacité à cause de faibles effectifs.

2.2.4.3 La cigarette électronique

La cigarette électronique, régulièrement décrite comme 95% moins toxique que la cigarette de par sa composition théoriquement pauvre en molécules cancérigènes, est depuis avril 2006 en Europe un outil utilisable par les fumeurs pour arrêter de fumer. En Normandie, en 2017, elle a été expérimentée par 32,9% des interrogés (chiffres identiques en France) et est utilisée quotidiennement par 3,9% d'entre eux (contre 2,7% en France)¹.

Chez les jeunes français de 17 ans, près de la moitié ont expérimenté l'« e-cigarette » (chiffre stable depuis 2014) alors que le vapotage quotidien reste rare (1,9%)¹⁴.

Ces cigarettes électroniques appelées également « e-cigarettes » sont conçues pour diffuser de la nicotine dans les voies respiratoires en étant mélangée au propylène-glycol ou au glycérol : c'est l'inhalation. Ces deux substances sont mélangées ensemble dans des fioles de « e-liquide » (nicotine ou non, propylène glycol, arômes). Elle est constituée d'une pile (ou batterie), d'un microprocesseur régulant la chaleur, d'un atomiseur dans lequel une résistance chauffe le liquide et le vaporise à l'aspiration, d'un capteur qui détecte les aspirations du fumeur, d'une cartouche contenant le e-liquide et d'un embout sur lequel le fumeur pose ses lèvres.

En France, ces dispositifs doivent suivre les normes AFNOR.

Malgré le peu de recul la concernant, quelques études de grande ampleur ont pu être réalisées et on retiendra parmi elles⁹ :

- l'étude de Dawkins *et al.* (2013, niveau de preuve 3) qui conclut sur 6 mois à un taux de 74% de fumeurs n'ayant pas fumé de tabac grâce à la cigarette électronique. Elle conclut également à une réduction du craving pour la cigarette conventionnelle de 91%. Au niveau des effets secondaires, 70% des participants rapportaient une diminution des problèmes de toux et de respiration mais une présence d'irritation de la bouche dans 27% des cas et de la gorge dans 23% des cas
- l'étude de Vardavas *et al.* (2012) qui rapportait une diminution de la fraction de monoxyde d'azote de l'air expiré de 16% en moyenne pour une utilisation de 5 minutes
- l'étude de Carponetto (2013), orientée vers la population de psychiatrie, qui rapportait une réduction de 50% du nombre de cigarettes fumées par jour chez un patient sur deux ainsi qu'une abstinence totale à 52 semaines chez deux d'entre eux. Il n'avait été noté aucun changement positif ou négatif sur la pathologie psychiatrique
- l'étude de Goniewicz *et al.* (2013) qui se chargeait de répertorier les substances toxiques et cancérigènes de la vapeur des cigarettes électroniques : elle montrait la présence de 6 d'entre elles, en concentration 9 à 450 fois moins importante que dans la fumée de cigarette
- l'étude de Watkins SL *et al.* (2013-2015) qui a montré que 4,6% des mineurs américains interrogés (cohorte de 10 000 jeunes de 12 à 17 ans) ont subi un effet-passerelle de la cigarette électronique vers la cigarette
- l'étude Hajek P *et al.* (2019) publiée dans le *New England Journal of Medicine* qui montrait un nombre d'arrêt à un an deux fois plus important chez les fumeurs ayant utilisé l'e-cigarette que chez les fumeurs sous TNS (18% vs 9,9%)^{9,3}.

Initialement, les autorités sanitaires françaises recommandaient de ne pas utiliser de cigarette électronique, celle-ci ne disposant d'aucune AMM et donc d'aucune autorisation de vente en pharmacie (communiqué de presse de l'AFSSAPS/ANSM du 30 mai 2011). Elle contient une

molécule considérée comme très toxique par l'OMS (la nicotine) et est capable d'entraîner des effets graves d'ingestion chez les plus jeunes, voir de la dépendance à plus long terme.

Le Haut conseil de la santé publique a actualisé en 2016 son avis sur le sujet en la considérant comme une aide possible pour arrêter ou réduire sa consommation de tabac mais en n'oubliant pas qu'elle peut représenter une porte d'entrée dans le tabagisme, notamment chez les plus jeunes. Elle peut être utilisée en association avec les substituts nicotiques pour faciliter le sevrage en tabac.

Elle est interdite dans les établissements scolaires, les moyens de transport collectifs et les lieux de travail fermés (ou couverts à usage collectif). Elle reste autorisée dans les autres lieux publics (restaurants, etc.) mais les responsables restent libres de l'interdire. Dans ce cas, depuis le 1^{er} octobre 2017, une signalisation d'interdiction doit être mise en place et un non-respect du règlement peut exposer le vapoteur à une amende de 150€¹⁵.

Plus récemment, les autorités sanitaires de plusieurs états américains ont émis un avis plus négatif sur la cigarette électronique, en l'accusant par exemple le vendredi 6 septembre 2019 d'être directement responsable de la mort de plusieurs personnes dans le Minnesota et en Californie^{16,17}. Ils titrent leur article « États-Unis : cinq décès et 450 maladies liées aux cigarettes électroniques ». Le message y est synthétisé sous forme générique et relie clairement cigarette électronique et mort alors qu'à la lecture de l'article rien ne semble pour le moment lier une molécule en particulier et ces décès. Il s'avère au final que les consommateurs de ces cigarettes avaient inhalé des substances dérivées du THC ou avaient de graves comorbidités en amont^{17,18}. De plus, les dosages maximum de nicotine ne sont pas là-bas limités à 20 mg/mL comme en France, ce qui ne rendra pas forcément leurs conclusions applicables à la population française. Ils évoquent la possible complication de pneumonie lipidique (pénétrance d'huile de vitamine E dans les poumons) mais sans preuve concrète pour le moment.

Encore plus récemment, le Président des États-Unis Donald Trump a fait une déclaration officielle sur la cigarette électronique le 13 septembre 2019 en évoquant son souhait d'interdire son commerce dans tout le pays, sur l'argument qu'elle « crée plein de problèmes »¹⁸. L'état de New-York a été un des premiers à l'interdire, et à une échelle plus importante, l'Inde devient le 18 septembre 2019 le premier pays à interdire la production, l'import, l'export, le transport, le stockage et la vente des cigarettes électroniques¹⁹. Face à cette montée d'inquiétude, la France décide le 18 septembre 2019²⁰ de mettre en place un dispositif de veille sanitaire coordonné par la CVAGS et les ARS, et consultable sur https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil, afin de surveiller de manière attentive l'état de santé des vapoteurs en France et de rapporter d'éventuels cas d'intoxications, tout en surveillant l'entrée de jeunes vapoteurs dans le tabagisme actif. L'étude menée par le médecin Brandon Larsen, de l'hôpital Mayo Clinic Arizona, parue dans la revue médicale « *New England Journal of Medicine* », proposera une conclusion en excluant l'hypothèse initiale de pneumonie lipidique et en précisant que des brûlures pulmonaires avaient au final été la cause du décès des patients vapoteurs, ce qui crée un lien potentiellement avec les substances illégales qu'ils avaient pu ajouter dans les e-liquides²¹.

2.3 Le tabagisme en psychiatrie

Les différents individus présents dans les EPSM n'échappent pas à l'exposition au tabagisme. On peut même parler de surexposition.

En dehors des arguments évoqués en « 3.4. Étape 4 » concernant les patients-même, certains arguments environnementaux peuvent expliquer la difficulté à arrêter : la configuration pavillonnaire et la multiplicité des lieux de soins multiplient les informations nécessaires pour la mise en place des protocoles. A cela s'ajoutent les anciennes traditions asilaires (le tabac était donné au patient comme une monnaie d'échange) et la longueur des hospitalisations.

La question de la population hospitalisée d'office ou en chambre d'isolement ouvre un débat éthique et déontologique. Cela peut amener les fumeurs à être pris plus ou moins en charge au niveau du tabac et à voir se laisser imposer un sevrage non voulu selon leur mode d'hospitalisation²².

La population d'individus dans un centre d'hospitalisation psychiatrique se compose de deux sous-populations : les patients et les non-patients, ces derniers répondant par la suite à la dénomination de « soignants » (et incluant également les personnes sans compétence médicale mais travaillant dans ces murs).

Chez les soignants, il est recommandé et nécessaire qu'ils soient actifs dans la recherche de diminution du risque tabagique. Cela inclut de ne pas les alimenter en cigarettes, de ne pas faciliter les achats de cigarettes et de ne pas fumer en leur présence. Les soignants fumeurs en psychiatrie ont d'autant plus de mal à arrêter leur consommation qu'il définissent eux-même le tabac comme un levier thérapeutique, comme une façon de gérer l'anxiété ou comme une façon de récompenser le patient. Ils sous-estiment les conséquences sanitaires et ne le définissent pas comme un facteur de risque. Une étude a même montré que 80% des interactions chez les patients hospitalisés sont centrées sur le tabac²³. Le principe de la « cigarette horaire », crée initialement pour faire gagner du temps aux soignants et réguler la distribution, est délétère dans le sens où elle maintient les patients en état de sous-dosage nicotinique permanent.

Chez les patients, trois sous-groupes principaux peuvent être définis par rapport à trois catégories de pathologies psychiatriques : le trouble anxieux, le trouble de l'humeur et la schizophrénie (et autres psychoses) :

- troubles anxieux :
 - la prévalence du tabagisme est plus importante, sauf chez la population de patients atteints de TOC
 - le sevrage en tabac augmente le niveau d'angoisse dans les 15 jours suivant l'arrêt ; une rechute est synonyme d'exacerbation de l'angoisse (ce qui justifie parfois la prescription de certains anti-dépresseurs IRS)
 - le métabolisme des anxiolytiques est peu perturbé par les composants de la fumée du tabac
 - l'arrêt du tabagisme est, paradoxalement pour le patient, synonyme à terme de baisse de l'anxiété
- troubles de l'humeur :
 - le tabagisme débuté à l'adolescence est associé à un doublement du risque d'état dépressif à la majorité²⁴
 - les fumeurs ayant un de ces troubles sont plus exposés au risque de décompensation à l'arrêt
 - la poursuite et la reprise du tabac ont des effets négatifs sur l'évolution du trouble bipolaire et sur l'efficacité de son traitement
 - l'arrêt du tabac a peu d'impact sur le métabolisme des anti-dépresseurs tricycliques
 - la prise en charge repose principalement sur la prescription de TNS, notamment les formes orales qui complètent les formes cutanées, afin de soulager le symptôme dépressif chez le patient
- schizophrénie et autres psychoses :
 - il existe une très forte proportion de fumeurs chez les psychotiques (une méta-analyse de 42 études a retrouvé un pourcentage de 62%)⁹
 - il existe un faible taux d'arrêt du tabagisme chez les psychotiques
 - il existe des surconsommations de tabac chez les fumeurs psychotiques, ce qui multiplie leur risque de mortalité cardio-vasculaire par 6 et de mortalité respiratoire par 5 (par rapport à la population générale)²⁵
 - les TNS (et notamment la forme transdermique) semblerait améliorer certaines fonctions cognitives chez le schizophrène sevré⁹

Le tabagisme représente un des nombreux facteurs de risques cardio-vasculaires existant et s'applique ici sur une population psychiatrique souffrant de maux avec une espérance de vie déjà 20% inférieure à la population générale²⁵. La première cause de surmortalité est le suicide mais les étiologies somatiques de maladies et de décès restent surreprésentées (cf. « Tableau 1 »). Le focus des médecins psychiatres sur les comorbidités psychiatriques rend très intéressante la présence de médecins généralistes, afin de ne pas oublier les maladies aiguës et chroniques retrouvées à l'extérieur dans une population qui met souvent son corps de côté.

La iatrogénie est présente aussi dans cette population, notamment au niveau cardio-vasculaire : allongement du QT pour les antipsychotiques responsable de certaines arythmies ventriculaires avec torsade de pointe et prise de poids pour les patients sous clozapine, olanzapine, thymorégulateurs, antidépresseurs tricycliques, mirtazapine, paroxétine.

Tous ces risques impliquent un examen clinique de tout patient entrant en EPSM dans les 24 heures suivant son arrivée (loi du 5 juillet 2011).

Tableau 1 : Ratios standardisés de fréquences de personnes prises en charge pour une maladie cardio-neurovasculaire ou un cancer chez des personnes ayant une pathologie mentale, comparativement aux mêmes fréquences en population générale²⁶.

	Accident vasculaire cérébral aigu	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	Accident vasculaire cérébral	Insuffisance cardiaque aiguë	AOMI	Embolie pulmonaire aiguë
Troubles psychotiques	1,45	1,47	1,47	1,59	1,09	2,74
Troubles névrotiques et de l'humeur	2,48	2,30	2,33	1,98	1,65	2,58
Troubles maniaques et bipolaires	1,63	1,56	1,57	1,52	1,16	2,54
Dépression et autres troubles de l'humeur	2,44	2,44	2,44	1,88	1,72	2,60
Troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	2,72	2,32	2,38	2,26	1,67	2,98
Déficience mentale	1,19	1,55	1,51	1,54	0,50	2,26
Troubles addictifs	2,84	2,74	2,75	2,82	2,93	2,93
Troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	2,90	2,79	2,80	2,82	2,94	2,88
Troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	3,14	2,41	2,51	3,66	4,21	3,61
Troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis	2,65	1,95	2,04	2,48	4,04	5,55
Troubles addictifs (hors alcool, tabac et cannabis)	2,61	2,38	2,41	2,77	2,76	3,84
Autres troubles psychiatriques	1,94	2,16	2,13	1,50	1,55	2,32
Ensemble des maladies psychiatriques	2,26	2,17	2,18	1,87	1,59	2,37

Champ : RG, patients âgés de 18 ans et plus

Source : Cartographie médicalisée

Note de lecture : Les cases noires correspondent à un sur-risque supérieur ou égal à 3, les cases sont rouges lorsque sur-risque est compris entre 2 et 3, et jaunes lorsqu'il est compris entre 1,5 et 2

La cigarette coûte cher et met à mal les maigres budgets de certains patients qui se retrouvent alors incapables de réaliser d'autres activités plus socialisantes.

Le médecin généraliste aura donc une place centrale dans la prise en charge du patient tabagique, afin de réaliser un certain nombre de bilans pendant les hospitalisations, d'autant plus que ces hospitalisations représentent parfois le seul lien avec le soin que les patients ont :

- bilan bucco-dentaire

- bilan gynécologique (frottis et mammographie de dépistage)
- bilan respiratoire (recherche d'une BPCO par des EFR et consultation en pneumologie)
- bilan ophtalmologique après 40 ans
- bilan addictologique en cas de situation trop complexe (co-addictions, etc.).

Il pourra proposer un sevrage en tabac mais à distance d'un épisode aigu ou d'une entrée d'hospitalisation, grâce à des séances de prise en charge individuelle et en groupe. Il existe aussi une implication particulièrement importante des patients entre les séances expérimentales proposées.

Si l'hospitalisation ne se prolonge pas, il est recommandé d'organiser le suivi du fumeur sevré par le biais de l'implication de la médecine de ville : les lettres de liaison et la notion de dossier médical partagé prennent ici tout leur sens.

2.4 La prévention du tabagisme

2.4.1 Connaître les stratégies marketing de l'industrie du tabac

Le marketing se définit comme « une étude des activités commerciales qui, à partir de la connaissance des besoins et de la psychologie du consommateur, tend à diriger, en les adaptant, les produits vers leur meilleur marché » (Larousse 1992). Il a ainsi pour objectif d'attirer de nouveaux clients et de fidéliser ces clients²⁷.

L'industrie du tabac tend à orienter son travail vers une séduction sociale sans pour autant être hors-la loi, car plus les années passent et plus les gouvernements s'attachent à limiter l'omniprésence de la cigarette en France²⁷.

L'objectif primaire du marketing de l'industrie du tabac est de mettre avant une image positive et normative de la cigarette. Il se base sur le fait qu'un fumeur verra près de 7 000 fois un paquet de cigarettes par an²⁸. Pour cela, elle fait appel à une attraction par mécanisme direct (exemples : publicité sur lieu de vente qui doit cependant être non visible de l'extérieur, publicité dans les magazines, couleurs ou logos typiques de certaines marques) ou mécanisme indirect (exemples : influence de l'industrie du tabac dans les médias ou les ministères, sponsoring d'activités sportives ou culturelles, soutien paradoxal dans la lutte contre les inégalités sociales ou le tabagisme chez les mineurs qui les servent de manière cachée)²⁸.

Pour illustrer l'évolution des stratégies marketing de l'industrie du tabac en France et la réponse gouvernementale consécutive, nous allons exposer succinctement ci-dessous trois exemples A, B et C²⁷ :

A : les opérations de promotion et les cadeaux :

Fabrications de cadeaux de la marque de cigarettes + promotion par des hôtesse → interdiction le 15 décembre 1999 (arrêt de la cour de Cassation).

B : création de séries limitées (packaging) :

Décoration de certains paquets de cigarettes en vente + création d'une envie de collection chez le client → interdiction le 3 mai 2006 (arrêt de la cour de Cassation).

C : la cigarette « light » :

Création de cigarettes avec des agents de texture entraînant moins d'irritations de la gorge et une odeur plus agréable → interdiction le 30 septembre 2003 (directive européenne Byrne), car ne diminuent pas le risque cancéreux proximal ou distal par augmentation du courant primaire.

Le marketing de l'industrie du tabac ne se contente plus en 2019 de se focaliser sur la cigarette mais tend à se créer un nouveau public par le biais de la cigarette électronique. Le geste de vapotage

en lui-même correspond à une tendance à la renormalisation de l'action de fumer, voir une normalisation chez les jeunes qui n'ont pour la plupart jamais fumé. Elle attire de nouveaux consommateurs vers la prise de nicotine, en créant une dépendance, et représente ainsi pour eux une porte d'entrée vers le tabagisme.

Enfin, de nouveaux moyens de communication s'ouvrent depuis quelques années à l'industrie du tabac (Internet, réseaux sociaux et blogs), ce qui leur permet de détourner les interdictions de publicité. Deux observatoires menés par le Comité national contre le tabagisme, entre 2007 et 2008 sur Internet et les réseaux sociaux, ont mis en évidence une forte présence des marques de tabac sur la toile et la possibilité d'acheter en ligne (pages Facebook et applications téléchargeables sur l'*App Store* et l'*Android Market* de Google, dont 40 d'entre elles ont été téléchargées par 6 millions de personnes)²⁸.

2.4.2 Mettre en place une stratégie de marketing social

Pour lutter contre les stratégies marketing de l'industrie du tabac, les instances de santé publique disposent de quelques armes avec, entre autres, le marketing social. Celui-ci permettra la fabrication d'outils utilisables par les professionnels de santé pour lutter contre le tabagisme : c'est la prévention primaire.

Le marketing social se définit comme l'élaboration, l'exécution et le contrôle de programmes cherchant à accroître l'adhésion à une idée, à une cause ou à un usage social, dans un ou des groupes cibles^{29,30}. Ces principes furent posés par Andreasen (1995), Kotler et Zaltman (1976) et Roberto (1989).

Ses stratégies ont pour objectif de faire évoluer les croyances, les attitudes et les comportements des individus dans un sens favorable à leur santé, et ainsi de contrer celles mises en avant par le marketing de l'industrie du tabac. Il définit ainsi cette dernière comme une concurrence du comportement préconisé pour améliorer l'efficacité des programmes de prévention. Il vise, en outre, à adapter son mode de communication au public concerné afin de le persuader d'une croyance ou d'une attitude erronée, et ainsi complète les méthodes traditionnellement utilisées en France pour réaliser des actions de promotion à la santé.

Le marketing social concernant la prise en charge du tabac raisonne de façon à produire des contre-actions au marketing de l'industrie du tabac, en raisonnant par étapes, afin de promouvoir des attitudes et des comportements favorables à la santé (ici des tentatives d'arrêt du tabac). Il se veut à cet effet critique (contre-marketing) et tente de répondre à chaque argument par un contre-argument (cf. « Tableau 2 »). A noter que quelques travaux de marketing social critique concernant la cigarette électronique sont en cours de développement³¹.

Tableau 2 : La démarche du marketing social critique sur le thème de la cigarette³¹.

Étapes du marketing social critique	Exemple : l'industrie du tabac et le paquet de cigarettes
1. Observer le marketing déployé par les industries qui vendent des produits risqués pour la santé	Selon l'industrie du tabac, "dans de nombreux pays, le packaging est maintenant le seul outil de communication possible". C'est constaté en France où des paquets très attractifs sont conçus pour attirer des jeunes et les femmes vers la tabagie.
2. Cerner l'effet de ce marketing commercial sur les attitudes, les représentations et les comportements des individus	Des recherches ont montré que les paquets de cigarettes "féminins" (en forme d'étui de rouge à lèvres), les "éditions limitées" qui ciblent les jeunes, etc., ont un impact sur l'envie de commencer à fumer, de fumer et sur la perception des risques liés au tabac.
3. Proposer et tester des outils de contre-marketing pour contrer ce marketing industriel	Le paquet de cigarettes neutre (exempt des logos, couleurs, images) est préconisé par l'OMS pour contrer le marketing déployé sur le paquet de cigarettes. Plus de 60 études ont montré son efficacité.
4. Informer les acteurs de la santé, les politiques pour qu'ils intègrent ces éléments dans leur prise de décision	En lien avec les résultats de ces études, le paquet de cigarettes neutre est proposé par l'OMS et la directive européenne sur les produits du tabac (2014). La ministre de la Santé Marisol Touraine a proposé sa mise en place en France en septembre 2014.
5. Informer le grand public de l'effet des actions marketing déployées par les industriels	Campagnes médias pour dénoncer la manipulation marketing des industriels du tabac : Truth aux États-Unis. Sites Internet dédiés (www.attraction-lemanga.fr/accessible/manipulations.html). Spot de l'association britannique ASH qui montre que les enfants sont attirés par les packagings des produits du tabac (www.ashscotland.org.uk/what-we-do/campaign/plain-packaging-campaign.aspx).

2.4.3 Les campagnes de prévention du tabac en France entre 1976 et 2014

Les campagnes de prévention du tabagisme ont évolué au fur et à mesure des années mais ont toujours eu pour objectif de diminuer l'incidence et la prévalence du tabagisme en France. Elles ont mis en avant une meilleure formation de tous les lecteurs, en augmentant leurs craintes des maladies liées au tabac et en mettant en avant les effets positifs de l'arrêt. Une méta-analyse publiée en 2000 par Witte et Allen, sur l'impact de l'utilisation de la peur dans les messages à visée persuasive, montre que ce type de message ne peut être efficace que dans la mesure où, conjointement à la description de la menace, des solutions efficaces à mettre en place d'un point de vue sanitaire ont été proposées en parallèle⁷.

Les institutions gouvernementales qui se sont relayées dans le temps ont pris pour nom le Comité français d'éducation pour la santé (1972-2002) puis l'INPES (2002-2016) et enfin l'Agence Nationale de Santé Publique (Santé publique France).

Leurs campagnes peuvent être répertoriées de manière chronologique, pour les plus importantes^{32,33,34} :

- **1976** : campagne « Les tousseurs » pour, « Sans tabac, prendre la vie à pleins poumons. », l'année du vote de la Loi Veil.
- **1977** : campagne « Ça ne vous dérange pas si je fume pas ? » pour lutter ironiquement contre le tabagisme passif.
- **1988** : campagne « Le tabac, c'est plus ça. » avec une chanson signée Laurent Voulzy.
- **1991** : campagne « Fumer, c'est pas ma nature. » avec une reprise du symbole du cow-boy mais non fumeur, l'année du vote de la loi Évin. L'industrie du tabac intentera ici un procès qu'elle perdra.
- **1993-1996** : campagne positive et humoristique « L'énergie c'est pas fait pour partir en fumée. » valorisant l'image du non-fumeur.

- **1997-1999** : campagne « La vie sans tabac, vous commencez quand ? » et ses spots télévisés commentés par Lorant Deutsch ; création de l'outil destiné aux médecins généralistes « Tabac. Ouvrons le dialogue. ».
- **1999-2000** : campagne « J'arrête de fumer » avec les coffrets destinés aux jeunes des écoles primaires, collèges et lycées (« Léa et l'air », « Libre comme l'air » et « Drogues : savoir plus, risquer moins. »).
- **2001** : campagne « Manipulation » destinée aux jeunes en leur expliquant les atouts attractifs de l'industrie du tabac.
- **2002-2003** : campagnes « Substances toxiques » et « Révélations » pour informer le public sur les produits contenus dans les cigarettes afin de la dénormaliser.
- **2004** : campagnes « Le tabac, rien ne peut l'arrêter à part vous. » et « Tabac, 30 raisons de dire non. » pour informer sur la dangerosité de la cigarette dès la première allumée, et ce à l'intérieur du corps.
- **2004-2006** : campagne « Quand vous fumez à côté d'un non-fumeur, il fume aussi. » pour décrire le tabagisme passif et représenter le consommation des fumeurs sur plusieurs années.
- **2006** : campagnes « Une opération se vit mieux sans tabac. » et « Les années 70 » pour illustrer la différence entre hier et aujourd'hui, notamment au niveau des connaissances acquises sur la dangerosité du tabac : les fumeurs sont au courant de ce qu'ils font.
- **2007** : campagne « Restons mobilisés ! » avec ses 12 dépliants courts pour informer sur le tabac et la loi, l'arrêt, la dépendance, les solutions, les TNS, la prise de poids, les adolescents, la grossesse, les chiffres, sa composition, son histoire et son industrie.
- **2008** : campagne « Après l'arrêt de la cigarette, l'envie de reprendre s'éloigne de jour en jour. Ça vaut le coup d'essayer. » pour exposer les bénéfices organiques à l'arrêt (minutes, heures, jours et mois après un arrêt).
- **2009** : campagne « 1 fumeur sur 2 meurt du tabac. » en mêlant la probabilité infime d'être né et la probabilité immense de décéder du tabac.
- **2010** : campagne « Arrêtez avant qu'il ne soit trop tard ! » pour présenter l'accumulation des conséquences du tabac sur la vie d'un homme et d'une femme.
- **2011** : campagne « On entend toujours le même refrain quand on veut arrêter de fumer. » pour promouvoir une prise en charge unique de chaque fumeur avec « Tabac Info Service » au 3989.
- **2012** : campagne « On a tous une bonne raison d'arrêter. » pour mettre en avant la protection des proches, notamment la nouvelle génération, ainsi que la démystification de l'arrêt.
- **2013** : campagne « Tabac et jeunes » pour permettre aux jeunes de mieux comprendre leur rapport à la cigarette.
- **2014** : reprise de la campagne « Le tabac tue un fumeur sur deux. » mais adaptée aux femmes enceintes.
- **2015** : campagne de lancement de l'application mobile pour aides les fumeurs à arrêter.
- **2016** : campagne de lancement du « Moi(s) sans tabac » avec le #MoiSansTabac.
- **2017** : campagne « De toute façon le cancer du poumon, ça touche que les vieux ! », « Bah le sport tous les jours, ça élimine les risques de la cigarette ! » et « Oh franchement, 4 cigarettes par jour ça va ! » pour lutter contre les fausses idées sur le tabac ; « Le tabac, une menace pour nous tous. » pour montrer l'influence du tabagisme sur le développement durable, la pauvreté et la santé dans le monde.
- **2018** : campagne « Le tabac vous brise le cœur. » pour sensibiliser le public sur les conséquences cardio-vasculaires du tabagisme.
- **2019** : campagne « Le tabac et la santé pulmonaire. » pour sensibiliser le public sur les conséquences respiratoires du tabagisme.

Ces différentes périodes, successives dans le temps, par la diversité des messages communiqués et leur omniprésence, ont permis le passage des « maladies liées au tabac » au premier rang des craintes de 2000 à 2010 chez les fumeurs de 20 à 54 ans (passage de 52% de crainte à 76%).

Le seuil de dangerosité du tabac à partir de 1 cigarette sur cette même période est passé de 21 à 38%³². A noter également un changement d'attitude dans le message transmis à partir de 2005 avec un passage du nombre de fumeur souhaitant arrêter en France de 59,9% à 58,7% : désormais les fumeurs étaient demandeurs de messages positifs, humoristiques et pédagogiques, impliquant des avantages à arrêter et plus des inconvénients à poursuivre.

2.4.4 La législation autour du tabac

La prévention du tabagisme en France a commencé en 1976 avec la ministre de la santé Simone Veil qui reprend les recommandations de l'OMS de 1975 en interdisant de fumer dans certains espaces collectifs et en imposant la mention « abus dangereux » sur les paquets.

En 1991, le ministre de la santé Claude Évin valide l'interdiction de fumer dans tous les espaces collectifs, de toute forme de publicité (sauf affichettes internes de 60 cm X 80 cm) ainsi que l'augmentation progressive du prix du tabac. Il autorise, sous certaines conditions, les associations de prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux.

En 2003, le gouvernement du Président Jacques Chirac vote pour l'interdiction de la vente des produits du tabac aux moins de 16 ans et prône la mise en place régulière de campagnes de prévention du tabagisme (premier « Plan Cancer »).

Le 16 janvier 2004, le décret 2004-68 exclut les établissements de santé de la qualité de revendeur de tabac.

Entre 2003 et 2005, l'OMS développe le CCLAT pour lutter à échelle mondiale contre le tabagisme. Il se réunit encore à l'heure actuelle tous les deux ans.

En 2007, l'interdiction de fumer dans les lieux publics est mise en place (lieux de travail fermés ou couverts accueillant du public, établissements de santé, transports en commun, établissements scolaires et lieux d'accueil de mineurs). Un forfait de 50€ par an est alloué à chaque fumeur pour la prise en charge de ses TNS.

En 2008, l'interdiction de fumer est étendue aux lieux dits « de convivialité » (cafés, hôtels, restaurants, discothèques, casinos).

De 2009 à 2013, le deuxième « Plan Cancer » va permettre de voir apparaître des avertissements graphiques, l'interdiction des cigarettes aromatisées et l'extension de l'interdiction de la vente de produits du tabac aux moins de 18 ans.

En 2011, les paquets comportent aussi des illustrations « choc » en couleur accompagnant les avertissements sanitaires, ainsi que les coordonnées de « Tabac Info Service ». Le forfait de prise en charge des TNS est étendu de 50 à 150€ pour les femmes enceintes, les patients ayant la couverture maladie universelle et les patients en « ALD Cancer », par an et par patient.

En 2014, le prix du paquet de cigarettes est en moyenne de 7 euros³.

De 2014 à 2019, le troisième « Plan Cancer » lance le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT). Par son « Objectif 10 » il envisage :

- la baisse de 10% du nombre de fumeurs entre 2014 et 2019
- la baisse de l'entrée des jeunes dans le tabagisme, pour que dans moins de 20 ans les enfants naissant forment la première génération d'adultes sans tabac

- la formation des professionnels de santé avec élargissement du champ de prescription des TNS aux infirmières / masseurs kinésithérapeutes / chirurgiens dentistes / médecins de la santé au travail / sages-femmes
- l'augmentation progressive du prix du paquet de cigarettes pour atteindre 10 euros au 1^{er} janvier 2020 (moyenne au 1^{er} mars 2018 de 7,90€ ce qui correspond à 237€ par mois et 2883,5€ par an chez une personne fumant un paquet par jour)
- le recouvrement graphique des paquets sur au moins 65% en 2016 et le pictogramme « grossesse sans tabac » pour tous les produits du tabac
- le développement d'outils et le soutien des acteurs de terrain (ce qui est totalement notre cas) en aide directe ou aide à distance, notamment les médecins généralistes par les ROSP
- le développement des CSAPA
- la création du paquet neutre en 2017
- l'habilitation des polices municipales pour réguler les infractions, le commerce illicite et le commerce frontalier (4 cartouches maximum), avec en plus l'interdiction de fumer en véhicule en présence d'un enfant de moins de 12 ans et dans les espaces publics dédiés aux enfants
- la régulation de l'utilisation des dispositifs électroniques, leur publicité (dispositifs avec nicotine puis même sans nicotine), leur autorisation en se calquant sur les règlements intérieurs d'entreprises ou de transports en commun déjà validés :
 - 26 janvier 2016 : interdiction de vapoter dans certains lieux publics (établissements scolaires, transports en commun fermés, lieux de travail fermés ou couverts à usage collectif)
 - 25 avril 2017 : interdiction de vapoter dans les lieux publics mentionnés dans le Code de Santé Publique ; affichage clair de l'interdiction de vapoter ; amende de 35€ possible en cas de non-respect.

En avril 2019, un nouveau Programme National de Lutte contre le Tabagisme (PNLT 2018-2022) vient compléter le plan 2014-2019, en ajoutant :

- une mise à jour de l'objectif de la part de fumeurs quotidiens en France avec un seuil de 17% de fumeurs en France en 2027 et de 5% en 2032
- la création de CJC et du statut d'ambassadeur-élève dans les établissements scolaires, comme présent dans le programme ASSIST au collège
- le développement des espaces sans tabac (plages, installations sportives, parcs, etc.) en collaboration avec les collectivités territoriales
- la création d'une charte « Cinéma, Mode et Médias sans tabac »
- le remplacement du remboursement de 150€ par an pour tous les traitements d'aide au sevrage tabagique par un remboursement à 65% par la CPAM (en cours d'extension depuis janvier 2019)
- l'inclusion de la charte « lieu de santé sans tabac » dans les critères de certification des établissements de santé
- le soutien de la recherche pour lutter contre le tabac, notamment auprès de jeunes chercheurs (thèse, post-doctorat)
- préciser la nature et la dangerosité des produits du vapotage

2.4.5 « Hôpital sans tabac » et « Lieu de santé sans tabac »

L'hôpital bénéficie de recommandations internationales sur la gestion du tabac (*National Institute for Health and Care Excellence* du Royaume-Uni de juin 2013). Pour les personnes en institutions fermées comme un EPSM, la recommandation 9 conseille d'incorporer la prise en charge

du tabagisme dans le plan de prise en charge des personnes, en leur donnant divers conseils⁹. Le personnel, fumeur ou non, doit comprendre les problèmes dus à une abstinence imposée et savoir que l'environnement cloisonné peut restreindre les mécanismes d'adaptation. Un soutien accentué et une prescription de TNS sont indiqués.

Les hôpitaux français sont des lieux de promotion de la santé mais restent malheureusement encore en 2019 des lieux où les fumeurs sont encore très présents mais trop peu pris en charge. A titre d'exemple, une étude de pratique de thèse de médecine générale de 2007 s'est intéressé au repérage diagnostique de la dépendance au tabac dans les services d'hospitalisation de Libourne. Les conclusions de l'étude rapportent un repérage de l'usage du tabac chez 58% des patients des 209 dossiers analysés et un seul patient aurait eu un diagnostic de dépendance au tabac. 4 auraient été traités par des patchs de nicotine. A l'inverse, les consultations de suivi de grossesse et d'anesthésie (respectivement 91% et 100% de dépistage) étaient des lieux privilégiés pour en parler⁹.

L'hôpital comprend dans sa structure 3 niveaux de fumeurs : les patients, les soignants et les visiteurs. Le centre de ce triptyque est le personnel. Malgré la loi Évin de 1991, l'exemplarité des soignants reste peu importante et ne suffit pas à entraîner une baisse de la consommation chez les patients et les visiteurs.

Pour favoriser un changement doux et progressif, la notion d'« hôpital sans tabac » a été inventée, sans pour autant être un hôpital sans fumeur³⁵. Elle met en avant la diminution du tabagisme du personnel des établissements de santé afin de favoriser la motivation et l'aide à l'arrêt des patients.

Elle s'articule autour de 4 types d'actions :

- La communication (respect de la loi, initiatives de l'établissement)
- La prévention (sevrage, consultation d'addictologie)
- La formation du personnel (pour indirectement former les patients et les visiteurs)
- La prise en charge des fumeurs en interne ou en structure spécialisée.

Elle a pour objectif principal le bien-être des patients et une amélioration de la qualité des soins par la diminution des nuisances.

Par extension, les lieux de santé sans tabac regroupent les hôpitaux sans tabac mais aussi les autres lieux dédiés à la santé (CSAPA, établissements d'hébergement, maisons médicales, cabinets infirmiers, infirmeries scolaires, services de santé au travail, etc.).

Pour constater le développement de l'« hôpital sans tabac », un audit a été mené par le RESPADD du 19 janvier 2017 au 30 avril 2017 et relayé dans 155 établissements de santé par les ARS³⁶. On y trouvait 83 centres hospitaliers, 27 cliniques et 25 centres de soins de suite et réadaptation. On retient surtout que, parmi eux :

- 50% possédaient des documents relatifs à cette politique
- 90% déclaraient interdire la vente de produits du tabac et de vaporisateurs personnels au sein de leur établissement
- 24% exigeaient de leurs employés un respect de cette politique
- 40% allouaient des moyens financiers et du personnel dans la stratégie et le plan d'action « Hôpital sans tabac » (Conseil de surveillance / Direction générale / Commission Médicale d'Établissement / Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail / Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge)
- 81% déclaraient que le personnel ne recevait pas ou peu de formation aux premiers conseils pour inciter les fumeurs et les utilisateurs de vaporisateurs personnels à engager une démarche de soins

- 31% identifiaient les fumeurs et utilisateurs de vaporisateurs personnels
- 30% prenaient des mesures pour motiver les fumeurs et vapoteurs à se sevrer

Les chiffres montrent clairement un manque d'investissement des hôpitaux en France dans la politique « Hôpital sans tabac ». La mesure envisagée par le PNLT 2018-2022 qui propose l'inclusion de la charte « lieu de santé sans tabac » dans les critères de certification des établissements de santé devrait probablement changer les choses.

Certains hôpitaux français, comme le centre hospitalier du Val de Saône Pierre-Vitter situé à Gray (70), proposent des actions originales pour promouvoir le sevrage tabagique en interne, comme le « jeudi sans tabac » (tous les derniers jeudis de chaque mois), la présence régulière de stands de l'ANPAA, l'éloignement voir le remplacement des cendriers, la création de salles dédiées au vapotage³⁵.

Plus spécifiquement pour la population psychiatrique, certains services de soins psychiatriques ont essayé de se déclarer « Service de soins psychiatriques sans tabac ». À titre d'exemple, en 2004, le centre Henri Rousselle au centre hospitalier Saint-Anne (75) a été un des premiers établissements à inclure cette idée dans leur projet institutionnel³⁷. La démarche avait été entreprise suite à la réception de plusieurs courriers de famille se plaignant du tabagisme passif, de la plainte des aides-soignants et agents hospitaliers qui déplorait l'état d'insalubrité du service à cause du tabac ainsi que de la plainte des infirmiers qui déploraient le temps passé à distribuer les cigarettes au détriment du temps de soins psychiatrique ou somatique. Ils n'ont noté que quelques plaintes auprès de la direction et la plupart des patients ont, au final, accepté les substituts nicotiques proposés. Les soignants ont eux aussi apprécié la démarche, leurs relations avec les patients ne tournant plus uniquement autour de la cigarette.

Contrairement aux idées reçues, peu d'explosions d'agressivité ont eu lieu car une longue préparation de tous en amont avait été réalisée et aucune différenciation entre patients n'a eu lieu. Il a pu être observée une augmentation du recours aux traitements « si besoin » et de la sollicitation des équipes soignantes mais sans augmentation des mises en isolement ou des sorties contre avis médical. Cet arrêt est aussi positivement associé à une baisse des posologies d'antipsychotiques, une amélioration du bien-être et un développement d'activités alternatives associées au sentiment de récompense.

Les hôpitaux peuvent aussi se doter d'équipes dédiées à l'éducation thérapeutique (UTEP) afin d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique comme le tabagisme. Cette prise en charge comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie (définition HAS de juin 2007). Elle ouvre le patient à la collaboration et lui permet d'apprendre à assumer ses responsabilités dans sa propre prise en charge, en termes d'adaptation et d'auto-soins. Elle est accessible à tous, indépendamment de l'âge, du sexe, du degré de dépendance et de la motivation, et peut être proposée aussi aux proches du patient si besoin. Elle s'adapte à chaque patient par la réalisation d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique, ce qui n'empêche les soignants d'utiliser pour tous les mêmes règles de base de communication développées en « 2.2.3 ».

Pour le tabagisme, le soignant pourra permettre au patient de comprendre les conséquences du tabagisme sur son corps et son psychisme, expliquer sa physiopathologie et ses répercussions psychosociales. Il pourra aider à repérer des signes d'alerte de sevrage ou de rechute en utilisant, par exemple, un appareil à monoxyde de carbone. Il pourra expliquer diverses conduites à tenir à adopter en cas de manque ainsi que les thérapeutiques ajustables. Il mettra en avant l'activité physique et une alimentation équilibrée. Par sa position extérieure au service médicalisé, il pourra permettre d'envisager les techniques d'aides non médicamenteuses.

L'HAS, dans son guide de juin 2007, a exprimé diverses recommandations sur la tenue des séances d'éducation thérapeutique, notamment les séances collectives. Elles devront durer environ 45 minutes chez l'adulte et regrouper entre 3 et 10 personnes.

2.4.6 « Moi(s) sans tabac »

Le « Moi(s) sans tabac est une stratégie de marketing social développée en France depuis novembre 2016. Elle propose un accompagnement au sevrage tabagique défini dans le temps tout en proposant des aides financières et psychologiques aux fumeurs. Elle est piloté par « Santé Publique France » qui est une agence du Ministère de la Santé et est relayé au niveau des collectivités locales par les ARS.

Elle permet, en incitant les fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours, de multiplier par 5 les chances d'arrêt définitif³⁸.

La création du « Moi(s) sans tabac » a été , en plus de la notion d'hôpital sans tabac, une autre étape dans l'entrée des fumeurs dans une réflexion sur leur consommation. Elle est relayée par le biais de 18 000 pharmacies partenaires en France et est accompagnée d'une campagne d'affichage. Une campagne audio en collaboration avec la régie publicitaire de la SNCF permet d'accentuer le phénomène de diffusion.

L'EPSM d'Alençon a adopté cette stratégie de prévention, tout comme l'université de Caen Normandie qui propose une aide au sevrage tabagique encore cette année avec un bilan de consommation tabagique, une délivrance gratuite de substituts nicotiniques, un bilan de forme physique avec propositions d'activités comme les activités physiques tous les vendredi soirs de novembre et une course d'orientation nocturne organisée par le SUAPS (mail de liste d'information institutionnelle du 10 septembre 2019).

Le mois de novembre 2018 a été le mois où³⁸ :

- l'application mobile de « Tabac Info Service » a été la plus téléchargée (30% des 317 878 téléchargements annuels)
- plus de 242 000 personnes se sont inscrites sur le site Internet (84 000 de plus que en 2017)
- près de 119 000 ont suivi la page Facebook dédiée au #MoiSansTabac et près de 4 900 sur Twitter
- plus de 21 000 personnes ont eu recours au 38 39 (ligne téléphonique « Tabac Info Service »)
- une augmentation de 66% des ventes de TNS a été remarquée

À noter qu'il existe une équivalence du « Moi(s) sans tabac » à l'échelle mondiale mais sur une journée, la journée mondiale sans tabac, qui a lieu tous les 31 mai de chaque année.

3 MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1 La technique du groupe nominal

La technique du groupe nominal a été créée en 1968 par deux chercheurs américains, André Delbecq et Andrew Van de Ven³⁹. Cette technique d'expression en groupe met en avant la quantité d'idées exprimées et la satisfaction des participants dans les processus de prise de décision en groupe.

Elle vise à réaliser une synthèse qualitative d'un sujet donné et à rechercher un consensus sur ce sujet, entre des individus où l'opinion n'est pas unanime. Elle est donc à buts exploratoire, évaluatif et interventionnel. Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons et se rapproche de la méthode du « *brainstorming* ».

Il s'agit d'une technique qui ne nécessite que très peu d'investissement financier et qui est réalisable rapidement.

Cette technique est souvent comparée à une autre technique de recherche de consensus qui est la technique Delphi⁴⁰. Cette dernière permet de sélectionner à distance des experts d'un domaine en particulier, et les questionne sur ce domaine à distance par courrier sans qu'il y ai d'échange direct. Elle peut donc en théorie inclure un nombre illimité de participants, ce qui induit une représentativité maximale de l'échantillon sur la population-cible. L'absence d'interactivité directe a justifié à elle seule notre préférence pour la technique du groupe nominal.

L'interactivité des membres du groupe nominal nécessite la présence d'une personne capable de canaliser les échanges entre les participants afin de favoriser des interactions constructives : l'animateur. Il permettra ainsi de diminuer l'effet de dominance de groupe.

La technique du groupe nominal reprend les bases des thérapies cognitives et comportementales de groupe pour laisser les patients s'exprimer sur un sujet précis, c'est-à-dire ici le tabagisme, en étant eux-mêmes des experts de la thématique. Contrairement à ces thérapies où les patients sont entre eux, l'innovation de l'expérience réalisée ici et détaillée plus bas résidera en un intéressant mélange de patients fumeurs et de soignants.

Théoriquement, le nombre idéal de participants dans un groupe utilisant cette technique varie de 5 à 9. Ce nombre peut être augmenté pour atteindre 15 participants si le sujet développé n'est pas trop complexe. Aucun des participants ne doit avoir de conflit d'intérêt financier ou intellectuel d'après l'HAS.

Le concept de cette technique repose sur 9 étapes :

- 1) L'animateur distribue aux participants une feuille sur laquelle la question est écrite.
- 2) Après quelques minutes de clarification, chaque participant notera individuellement et en silence le plus grand nombre d'idées qui lui viennent à l'esprit, et ce pendant environ 5 minutes.
- 3) Chaque participant communique une idée après l'autre (une par participant), sans faire de doublon entre participants, en évitant les discussions et commentaires. L'animateur de charge de relever et noter chaque idée puis les exposera au groupe à haute voix.
- 4) Les propositions sont discutées en groupe. Si besoin, des clarifications sont alors faites par les auteurs. Les idées à trame commune sont regroupées.
- 5) Un vote débute, où chaque participant reçoit X fiches (et où X est le nombre de propositions jugées importantes par l'animateur ; X est déterminé par l'animateur avant le vote). Chaque participant inscrit sur chacune des X fiches reçues les X énoncés. Sur certaines de ses fiches, le participant mettra aussi une note : Y points pour l'énoncé qui, pour lui, est le plus important (exemple : 5 énoncés à choisir parmi une liste, l'énoncé que le participant juge le plus importante aura 5 points) puis en deuxième position il attribuera le score de Y-1 (exemple : 5 énoncés à choisir parmi une liste, l'énoncé qui arrivera en deuxième position pour le participant aura 4 points), etc.
- 6) Une nouvelle discussion a lieu.
- 7) L'animateur mélange toutes les fiches pour assurer l'anonymat des réponses
- 8) L'animateur réalise un tableau récapitulant les scores en 5 colonnes :
 - colonne 1 = numéro de l'énoncé (ou énoncé)
 - colonne 2 = points donnés (ou score) à l'énoncé sur la fiche
 - colonne 3 = nombre de fois (ou fréquence) où l'énoncé a eu ce score
 - colonne 4 = total des points donnés à l'énoncé

- colonne 5 = rang occupé par chaque énoncé en fonction des points attribués
- 9) Un second tour est possible si les votes ne permettent pas de mettre en avant de numéro 1.

Les résultats pourront plus tard être exprimés en indices de priorité (répartition des points en pourcentage) et en indices de popularité (répartition du nombre de votes en pourcentage).

Pour notre expérience en groupe, nous avons dû aménager la technique de groupe nominal sur plusieurs points afin d'optimiser sa réalisation :

- la partie *brainstorming* s'est faite en groupe, en mélangeant patients et soignants, afin que ces derniers puissent stimuler les patients à la réflexion
- les discussions ont surtout été réalisées à la fin de chaque vote
- la réalisation des votes avec rangs était supervisée par les soignants pour aider les soignants les plus limités au niveau cognitif ; les soignants avaient pour consigne de ne pas influencer ou commenter les choix des patients mais plutôt de les aider en reformulant les consignes

L'objectif principal de notre projet de thèse est de confronter les données historiques et actuelles de la littérature concernant le tabagisme en psychiatrie à une expérience concrète et originale mettant en avant des spécialistes du tabagisme, de par leurs expériences et intégration du thème, qu'ils soient patients ou soignants. Il avait aussi pour objectif de déterminer quelle stratégie de communication serait efficace pour diminuer le nombre de fumeurs sur l'EPSM « CPO d'Alençon » (que nous appellerons à l'occasion « notre EPSM »).

Il s'agit donc d'une étude qualitative et analytique, monocentrique, expérimentale sans comparaison, par entretiens collectifs (*focus groups*) comportant une part pédagogique développée en « 3,4 » .

Le critère de jugement principal de notre projet est la détermination des composantes de l'affiche de prévention du tabagisme sur l'EPSM (phrase « choc », paragraphe explicatif, illustration) en indiquant si possible à chaque séance des indices de priorité et des indices de popularité. Pour rappel : l'indice de priorité d'un énoncé correspond à la répartition des points attribués à chaque énoncé par rapport au total des points (unité : %) et l'indice de popularité d'un énoncé correspond à la répartition du nombre de votes pour cet énoncé par rapport au total du nombre des votes (unité : %).

Les critères de jugement secondaires sont : la pertinence du projet pour les participants (grâce à un questionnaire de satisfaction distribué en fin de dernière séance), la pertinence du projet final présenté en fin de document (par la diffusion de l'affiche finale à un public extérieur au projet).

3.2 Le lieu : le Centre Psychothérapique de l'Orne à Alençon (Préfecture de l'Orne)

L'Orne est un département appartenant à la région de Normandie. Sans être le département le plus touché par le tabagisme, il concerne, en 2017, 25,6% des 18-75 ans avec une moyenne française à 26,9% et engendre 4 500 des 73 200 décès prématurés par an en France liés au tabac¹. Ces chiffres, tirés du Bulletin de Santé Publique « Normandie » de janvier 2019, renseignent les consommations également selon le sexe (27,1% de fumeurs contre 23,3% de fumeuses), le niveau d'études (27,8% sans le baccalauréat contre 15,9% avec), les revenus (32,7% au premier tercile contre 16,4% au troisième tercile) et l'âge (35,2% des 18-30 ans ; 29,2% des 31-45 ans ; 29,7% des 46-60 ans et 6% des 61-75 ans).

La région se démarque positivement de la moyenne française en terme de pourcentage d'ex-fumeurs chez les 18-75 ans (34,9% contre 31,1 en France), de pourcentage de vapoteurs quotidiens (3,9% contre 2,7% en France). Le département se distingue quant à lui de la moyenne française en

terme de décès par cancer du poumons calculé en taux d'incidence 2007-2016 standardisé sur la population mondiale et pour 100 000 personnes-années (10,4 contre 11,1 en France).

La région se démarque négativement de la moyenne française sur le nombre de fumeurs à 17 ans (30% contre 25,1% en France), le nombre de fumeurs souhaitant arrêter (47,7% contre 56,7% en France), l'incidence et le nombre de décès, chez l'homme, par cancer du poumons calculé en taux d'incidence 2007-2016 standardisé sur la population mondiale et pour 100 000 personnes-années (incidence 56,9 contre 51,8 en France ; décès 41,1 contre 38,2 en France).

L'EPSM où se déroule l'expérience développée dans cette thèse est un établissement public de santé mentale appelé le Centre Psychothérapique de l'Orne et siège au « 31, Rue Anne Marie Javouhey » à Alençon dans l'Orne (61).

Créé en 1828 par la congrégation St Joseph de Cluny dirigée par Anne-Marie Javouhey, l'établissement de santé mentale a connu un développement lent et progressif. C'est la morale religieuse de l'époque qui déterminait initialement les conduites et comportements idéaux. Le vingtième siècle verra apparaître les infirmiers et infirmières diplômés d'État à la place des sœurs et la vie asilaire se transformera de plus en plus en vie institutionnelle. Les patients sont alors de mieux en mieux pris en charge, avec en parallèle un développement non négligeable des techniques de soins et des traitements (arrivée des neuroleptiques en 1952).

Depuis la loi 85-772 du 25 juillet 1985 concernant la sectorisation psychiatrique⁴¹ du territoire français, l'Orne s'est vu divisée en 4 pôles cliniques : le Pôle Centre (Sud et Ouest de l'Orne) dont fait partie Alençon, le Pôle Est (Est de l'Orne) dont fait partie l'Aigle, le Pôle Transversal et le Pôle Infanto-juvénile.

Les chiffres importants rapportés en fin d'année 2018 sur l'EPSM d'Alençon et ses pôles associés concernant les caractéristiques socio-démographiques des patients sont les suivants :

- 11266 patient enregistrés sur la file active
 - 5310 femmes et 5445 hommes
 - 4041 célibataires, 578 divorcés, 1332 mariés, 65 pacsés, 266 séparés et 373 veufs
 - majoritairement âgés de 10 à 19 ans (1848 patients) et de 30 à 49 ans (3099 patients)

Les effectifs humains concernant les «soignants » au 31 décembre 2018 dans l'EPSM sont décrits dans le « Tableau 3 ».

L'EPSM possède un certain nombre d'instances : le Conseil de Surveillance qui établit des stratégies de contrôle et de surveillance de l'établissement, la Commission Médicale d'Établissement qui contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le Comité Technique d'Établissement qui émet un avis sur le projet de l'établissement en terme d'investissement, de budget, de coopérations ou encore d'organisation du travail, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail qui contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés, la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques qui est consultée sur les soins infirmiers, la rééducation et les aides proposées aux patients et aux soignants en terme de formation médicale continue, et les Commissions Administratives Paritaires composées de différents genre de membres du personnel afin de donner des avis au directeur de l'Établissement. Enfin, le Comité d'Éthique, qui d'ailleurs a validé ce travail de thèse, a pour rôle de donner des avis sur les problèmes éthiques rencontrés dans l'établissement (cf. « Annexe 1 »).

Tableau 3. Effectifs d'agents et membres du personnel médical appartenant au CPO d'Alençon au 31 décembre 2018.

Tableaux des effectifs au 31/12/2018

	Nombre d'agents
Direction et administration	65
Services de soins	446
Educatifs et sociaux	57
Médico-techniques	2
Techniques et ouvriers	61
Famille d'accueil	16
Total	647

	Personnel médical
Praticiens hospitaliers	34
Internes	4
Total	38

Le CPO intègre dans son projet d'établissement un projet de soins somatiques, mis à jour une fois par an par les médecins généralistes en présence du Président de CME. Ce projet intègre à l'entrée et dans le suivi des patients un repérage du tabagisme. Malgré tout, la présence de seulement 1,6 ETP de médecins généralistes ne permet pas de suivre de façon parfaite cette consommation, à laquelle s'ajoute un grand nombre d'autres addictions (alcool, cannabis, jeux, etc.).

Il intègre dans sa politique les fondements de l'« hôpital sans tabac » avec une interdiction de fumer dans les locaux. La signalisation officielle est présente au sein de l'établissement par des affichettes intitulées « Interdiction de fumer et vapoter » et accompagnées des noms de deux décrets (2017-633 du 25 avril 2017 pour le vapotage et 2006-1386 du 15 novembre 2006 pour le tabagisme) ainsi que le numéro d'aide « 39 89 ». Les fumeurs fument en extérieur ou dans des espaces externes alloués pour les patients en « Zone fermée ». Pour l'unité d'hospitalisation des adolescents, une cigarette après chaque repas est autorisée à l'extérieur, sous couvert d'une autorisation préalable par le représentant de l'autorité parentale.

3.3 Le groupe

Pour réaliser l'expérience développée dans cette synthèse, l'équipe s'est basée sur la revue systématique de Stead *et al.* en 2005⁹ qui avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions comportementales en groupe pour le sevrage tabagique. Treize essais comparaient un programme de groupe à un programme d'auto-assistance : une méta-analyse réalisée avec ces essais a clairement montré une augmentation significative de l'abstinence en faveur des programmes de groupe (RR = 1,93 ; IC 95% [1,60-2,46] ; niveau de preuve 1).

Les participants ont été sélectionnés selon plusieurs critères, et le plus largement possible afin d'obtenir une représentativité maximale de l'EPSM :

- Un médecin généraliste, ancien libéral et travaillant depuis une dizaine d'années dans l'EPSM. Il travaillait initialement dans un cabinet de médecine générale sur CONDE-SUR-SARTHE dans l'Orne (61). Il connaît très bien l'EPSM (Alençon et l'Aigle), ses patients, ses pratiques. Il est âgé de 64 ans. Il n'a jamais été fumeur régulier mais a essayé au lycée uniquement et sur entraînement. Il se définit comme un musicien gourmand.
- Un médecin psychiatre, volontairement choisi indépendamment des pavillons au long cours et travaillant au pavillon d'entrée « MEDAVY » qui a été exclu (cf. « 3.4.1. Étape 2 »). Elle est âgée de 41 ans. Elle n'a jamais été fumeuse.
- Un cadre de santé du Pôle Transversal, responsable entre autres des Ateliers d'Expression, de l'Activité Physique Adaptée et du Centre de Traitement de l'Anxiété. Il est âgé de 42 ans. Il fumait encore à la première séance un paquet de cigarettes par jour mais a réussi à se sevrer grâce à la cigarette électronique entre la séance 1 et la séance 2, suite au décès d'un patient sur le CPO d'un cancer broncho-pulmonaire. En juin 2019, il a réussi à se sevrer totalement en nicotine et a remplacé les cigarettes et la cigarette électronique par les chewing-gum. Il avait commencé à fumer lors d'un remplacement d'Agent de Service Hospitalier en psychiatrie.
- Trois infirmiers de l'UTEP de l'établissement :
 - une femme âgée de 58 ans, ancienne fumeuse, dont la source d'arrêt a été son fils qui lui a montré une affiche avec des poumons malades à cause du tabac
 - une femme âgée de 37 ans, non fumeuse, passionnée par l'humour et la psychiatrie
 - un homme âgé de 46 ans, ancien fumeur (17 ans de tabagisme) sevré depuis 7 ans, qui se définit comme un cinéphile sportif ; il ne se définit pas comme un ancien fumeur mais comme « un fumeur qui s'abstient » ; la motivation de l'arrêt du tabagisme chez lui a été la naissance de sa fille
- Quatre patients :
 - une patiente âgée de 54 ans :
 - résidente de la Maison d'Accueil Spécialisée « LES PASSEREAUX »
 - structure comptant au 01/09/2019 6 fumeurs sur 30 résidents, soit 20% des résidents
 - présentant un handicap psychique à type de psychose infantile, avec des traits bipolaires ; on note chez elles une tendance suicidaire
 - autonome et volontaire dans les actes de la vie quotidienne mais pas suffisamment pour prétendre à une vie en appartement thérapeutique
 - sous tutelle
 - dont le traitement inclut de l'alimémazine, de la clozapine, de la cyamémazine, du prazépam, de la sertraline, du valproate, du trihexyphénidyle et du zolpidem
 - fumeuse active occasionnelle (5 cigarettes par jour deux fois par semaine), dont la consommation est régie par la présence de crises d'asthme itératives
 - un patient âgé de 58 ans :
 - hospitalisé dans le pavillon « LES ARCIS »

- structure comptant au 01/09/2019 18 fumeurs sur 26 résidents, soit 69% des résidents
 - présentant, dans un contexte d'exogénose chronique ancienne, un syndrome de Korsakoff ; il existe une notion de raptus dépressifs avec idées suicidaires lors des alcoolisations
 - avec une amnésie antérograde justifiant son hospitalisation
 - sous tutelle
 - dont le traitement inclut de la duloxétine, de la loxapine, de la miansérine, de la naltrexone, de l'oxazépam, de la prégabaline, de la rispéridone, du valproate et de la zopiclone ; il est sous patch de nicotine 21 mg/24h et inhalateur de nicotine
 - fumeur actif depuis l'âge de 14 ans ; depuis son hospitalisation il suit la règle de la cigarette horaire (1 cigarette toutes les heures de 8h à 20h) malgré les patchs de nicotine
 - possédant de nombreuses comorbidités somatiques, certaines étant dues à sa consommation d'alcool : polynévrite, varices œsophagiennes, cirrhose, épilepsie, polyarthrite rhumatoïde, tassement vertébraux
- un patient de 53 ans :
 - hospitalisé dans le pavillon « ÉCOUVES »
 - structure comptant au 01/09/2019 13 fumeurs sur 26 résidents, soit 50% des résidents
 - présentant une schizophrénie paranoïde, avec délire érotomaniaque initial, qui a justifié son hospitalisation initiale en UMD, avec mécanisme interprétatif
 - présentant un raisonnement souvent détaché de la logique mais avec une autonomie telle qu'une sortie en appartement de ville avec suivi en CMP est envisagé
 - dont le traitement inclut du diazépam, de la loxapine, de la mirtazapine, de la rispéridone et du trihexyphénidyle
 - fumeur actif mais de manière très fluctuante, selon l'humeur (peut passer du jour au lendemain de 5 à 20 cigarettes par jour)
- un patient de 22 ans
 - hospitalisé dans le pavillon « ROCHEBRUNES »
 - structure comptant au 01/09/2019 8 fumeurs sur 24 résidents, soit 33% des résidents
 - présentant un trouble de la personnalité de type impulsif avec actes d'hétéro-agressivité physique et verbale pour lesquels il ne ressent aucune empathie ou culpabilité ; il existe des notions de cleptomanie, de mythomanie et de troubles paraphiliques consécutifs à des difficultés familiales anciennes
 - ayant des comportements infantiles rendant son autonomie difficile au quotidien
 - sous curatelle
 - dont le traitement inclut du clorazépate, de la cyprotérone, du divalproate, de la loxapine, de la quétiapine, de la tropatépine et de la zopiclone
 - chez qui a été diagnostiqué en 2019 un méningiome du bulbe olfactif ayant nécessité une baisse du traitement par cyprotérone
 - fumeur actif mais passionné de sport, sa motivation pour arrêter est surtout le prix croissant des paquets de cigarettes ; vapoteur occasionnel
 - connu pour d'autres consommations de toxiques, notamment alcool et drogues

Le mélange de patients et de soignants a été volontaire et principalement à visée thérapeutique pour le patient : en ayant la possibilité de confronter ses idées à celle du soignant, le patient se sent valorisé. Cette attitude participe au renforcement de la relation soignant-soigné.

Chaque patient devait signer, avant toute participation, un formulaire d'information et de consentement (cf. « Annexe 2 »).

3.4 Les séances

3.4.1 Les séances de préparation

Nous avons défini neuf étapes de marketing social au service de la prévention du comportement tabagique dans notre population-cible³⁰.

Étape 1 : Analyser le problème social contre lequel nous voulions lutter : le comportement tabagique chez les patients hospitalisés dans notre EPSM. Le thème choisi est la tabagisme et se fonde sur un problème de santé publique pertinent d'un point de vue national.

Étape 2 : Choisir une cible d'action prioritaire (échantillon): nous avons sélectionné les majeurs hospitalisés dans une des quatre unités d'hospitalisation au long cours de notre EPSM. Nous avons écarté volontairement avant sélection deux pavillons d'hospitalisation de notre EPSM : l'Unité d'Hospitalisation pour Adolescents (UHA) et le pavillon des patients entrant (pavillon « MEDAVY ») car ceux-ci présentaient un *turn-over* trop important (durée moyenne d'hospitalisation entre 7 et 14 jours). La cible d'action prioritaire était ainsi une population représentative de chacune des autres pavillons car nous avons sélectionné un patient par pavillon restant (soit 4 au total), qui pouvaient être amenés à être soit hospitalisés au long cours dans son pavillon soit être hospitalisés sur une moyenne durée avec un suivi en CMP par la suite.

Étape 3 : Fixer les objectifs à atteindre :

- modifier le comportement d'un maximum de patients de notre EPSM sur une période de temps la plus longue possible, en se basant sur le PNLT 2018-2022⁴² : l'objectif minimal était une baisse de 5% du nombre de fumeurs en 4 ans.

Étape 4 : Connaître la cible (et principaux arguments relevés) :

- en connaissant ses croyances :
 - le tabac comme lien social
 - le tabac comme moment de liberté ou d'initiative
 - le tabac comme rappel à la vie
 - le tabac comme moyen de contrôle des émotions
 - le tabac comme non néfaste (car le corps est négligé)
- en assumant la non-connaissance chez eux des complications du tabagisme (en terme de santé, d'argent et de tabagisme passif)
- en analysant ses attitudes :
 - fumer pour oublier ses malheurs, sa solitude, sa maladie, son cloisonnement
 - acheter du tabac avec l'argent gagné ou possédé
 - fumer pour s'opposer aux règles édictées par l'établissement
 - fumer comme une conduite instinctive
- en répertoriant ses valeurs :
 - le tabagisme qui normalise
 - le tabagisme qui rapproche
 - le tabagisme qui est proposé par le soignant-même
- en notant ses freins :
 - la dévalorisation de ses capacités (dont la capacité de changement)
 - l'ignorance de l'aide médicale possible

- les pensées tournée vers la prise de poids à l'arrêt, le sevrage physique
- l'environnement peu propice à l'arrêt

En complément de ces informations, il nous fallait connaître ce qui est efficace sur notre population (ton réaliste et choc comme rupture de ton sur les populations au stade de pré-contemplation, ce qui est le cas chez la majorité de nos patients⁹). Cette direction dite « négative » a été déjà mise en évidence dans la littérature sur ce type de population⁷.

Étape 5: Choisir un concept de campagne :

- application du marketing social au service de la prévention du comportement tabagique de la population-cible décrite ci-dessus en prenant comme support de communication l'affichage.

L'affichage est un moyen de communication faisant partie des matériaux d'auto-support qui peuvent aider tout fumeur à faire une tentative d'arrêt ou maintenir son abstinence sans l'aide de professionnels de santé, de conseillers ou du soutien d'un groupe. Elle participe à l'application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en maintenant une information claire et loyale pour chaque patient⁴³.

Cette technique de communication a fait l'objet de différents essais dans la revue systématique de Lancaster et al. qui a évalué les différentes techniques d'auto-support fréquemment utilisées. Les résultats des 12 essais montraient un effet global statistiquement significatif de leur utilisation en comparaison à une absence d'intervention (n=15711, RR = 1,21 ; IC 95% [1,05-1,39])⁹.

Cette technique apparaît comme adaptée à la population de psychiatrie car elle contient peu de texte, une partie des patients ne sachant pas lire ou manquant d'attention à la lecture de longs documents comme les *flyers*.

Nous avons analysé, dans un premier temps, plusieurs affiches sur ce thème qui avaient pu être envoyées à l'établissement dans le passé. Nous avons ainsi pu mettre en évidence une trame commune quand à la répartition dans l'espace des données sur les affiches : une phrase « choc » qui attire l'œil, un paragraphe inférieur en plus petits caractères avec diverses explications (coordonnées, logos, ...) et une illustration (cf. « Annexe 3 »).

L'objectif secondaire de l'affiche était d'attirer facilement l'attention pour avoir une chance de provoquer un changement de comportement de la cible.

Étape 6 :Élaborer le plan de campagne :

- en se focalisant sur trois points essentiels :
 - **le « produit »** : la phrase « choc », le paragraphe et l'illustration mettront en avant le thème du tabagisme en s'appuyant sur un élément qui sera décidé par le groupe à la séance 3 (cf. « Séance 3 »), à savoir l'aide proposée pour les patients fumeurs par l'équipe soignante de notre EPSM (substituts nicotiques, aides collectives, méthodes douces, consultations de tabacologie, ...). Les recommandations de l'HAS de juin 2008 prônent un ton optimiste et constructif, avec une information honnête, personnalisée, claire, des phrases courtes et une structure visible⁴³. Une sémantique simple et précise devra être utilisée en évitant le jargon, les synonymes, les mots abstraits, la voie passive. Une phrase-clef en début de document doit attirer l'œil.
 - **le « prix »** : la campagne sera gratuite car dans la démarche de soins de prévention de notre EPSM. En ce qui concerne la réalisation des séances et des activités réalisées pendant ces dernières, les frais matériels ont été inclus dans le budget général de l'établissement, après autorisation de la direction, dans le cadre des soins de prévention somatique de notre EPSM.
 - **la « communication »** : nous avons décidé de cibler un maximum d'individus, hospitalisés actuels ou anciens de notre EPSM, afin de ne pas mettre de côtés les patients non hospitalisés depuis longtemps mais sans suivi somatique particulier. Nous avons ainsi décidé d'afficher notre futur travail dans les pavillons d'hospitalisation (4

d'hospitalisation de longue durée et 2 d'hospitalisation courte) ainsi que dans les salles d'attente des CMP. Cette communication serait par ailleurs relayée par les patients impliqués dans le projet, ce dernier les ayant mis en valeur, afin que le message prenne une ampleur exponentielle avec le temps.

Étape 7 : Pré-tester le plan de campagne :

- possibilité de tester l'affiche dans un pavillon-test initialement afin de déterminer les localisations préférentielles d'affichage et d'organiser une discussion avec les patients de ce pavillon.

Étape 8 : Appliquer le plan de campagne :

- porter le message désiré à un nombre croissant d'individus, en commençant par la cible principale (les patients) et en s'étendant à des cibles secondaires (médecins, salariés, soignants).

Étape 9 : Évaluer et modifier le plan de campagne :

- évaluation du projet réalisée via un questionnaire de satisfaction rempli en fin de dernière séance
- modification du plan de campagne basée sur différents retours de patients et de soignants d'un côté, et de proches de patients et des membres du jury de thèse d'un autre côté, afin d'apporter un regard extérieur à ce projet.
- en fonction de la portée du projet, possibilité d'aller présenter le projet à l'ARS de Normandie ou à un ambassadeur régional « Promotion Santé Normandie » (qui met en avant des projets de santé en s'associant à l'ARS et à l'Assurance Maladie Normandie).

Dès la première séance de préparation, nous avons déterminé un calendrier de disponibilités en transmettant aux patients et aux soignants un tableau avec plusieurs dates possibles, à un mois d'intervalle pour éviter l'influence des séances précédentes sur les suivantes. Les dates retenues ont été le 03/05/2019, le 12/06/2019, le 03/07/2019 et le 13/09/2019.

Nous avons déterminé un plan d'action de séance avant chaque séance, afin d'optimiser leurs réalisations :

- partie 1 : moment de convivialité autour d'un goûter (café, thé, jus de fruits, eau et biscuits)
 - explications sur la décoration de table, sur le thème du tabac (cf. « Annexe 4 »)
 - la répartition était faite autour d'une table ovale, où chacun était à la même distance de l'animateur et des autres participants, afin que tout le monde puisse partager oralement son ressenti à un moment ou à un autre.
 - décoration de table sur le thème du tabagisme travaillée en amont, avec de fausses cigarettes, des biscuits en forme de cigares, des faux paquets de cigarettes pour ranger les couverts, des serviettes roulées en forme de cigares et de la fausse monnaie pour symboliser les dépenses faites par chaque fumeur tous les jours ; ceci ajoutait une dimension légère à un sujet qui l'est beaucoup moins
 - expression orale sur le tabagisme, retour sur la séance précédente (ce qu'ils ont retenu) et les réflexions déclenchées chez eux (sauf séance 1)
 - détails donnés sur le déroulement de la séance
 - durée total : 20 minutes

- partie 2 : moment ludique sur le thème du tabac, par la réalisation d'une activité animée en collaboration avec les infirmiers de l'UTEP, sur des compétences psychosociales liées au tabac
 - temps d'activité
 - mélange des patients et des soignants, initialement au hasard puis selon les affinités créées au fur et à mesure
 - retour sur l'activité : pourquoi ? messages retenus ?
 - durée totale : 40 minutes
- partie 3 : travail sur une des 3 composantes de l'affiche (sauf séance 1)
 - séance 2 : travail sur la phrase « choc »
 - séance 3 : travail sur le paragraphe explicatif
 - séance 4 : travail sur l'illustration
 - durée totale : 40 minutes

3.4.2 Séance 1 : présentation du projet, du thème et des participants et activité n°1

L'objectif principal était la présentation des participants et du projet afin de créer une dynamique de groupe.

Les objectifs secondaires étaient de faire un état des lieux des connaissances des participants sur le tabac ainsi que d'introduire les concepts de vote et d'affichage adaptés à la santé publique.

Les participants se sont d'abord répartis spontanément de manière hétérogène autour de la table, ce qui a été un bon point de lancement au dialogue. J'ai ainsi pu les féliciter sur ce mélange patients-soignants. Cette répartition a permis d'encren d'emblée le groupe dans une dynamique participative.

Chaque participant s'est ensuite présenté en répondant à la question « Comment vous définiriez-vous ? ». Certaines de ces réponses sont retranscrites en « 3.3 ».

Le projet de thèse a ensuite été présenté, de la manière la plus simple et claire possible.

Plusieurs informations de patients et de soignants ont été notées, notamment la présence d'un concours entre les patients des pavillons pour savoir qui fumait le plus. Certains se disaient encore choqués de la non-interdiction du tabagisme au CPO car cet objet est toxique. Ils déploraient tous le temps passé par les soignants à la distribution des cigarettes. Deux patients ont déclaré avoir commencé à fumer pendant leur hospitalisation au CPO.

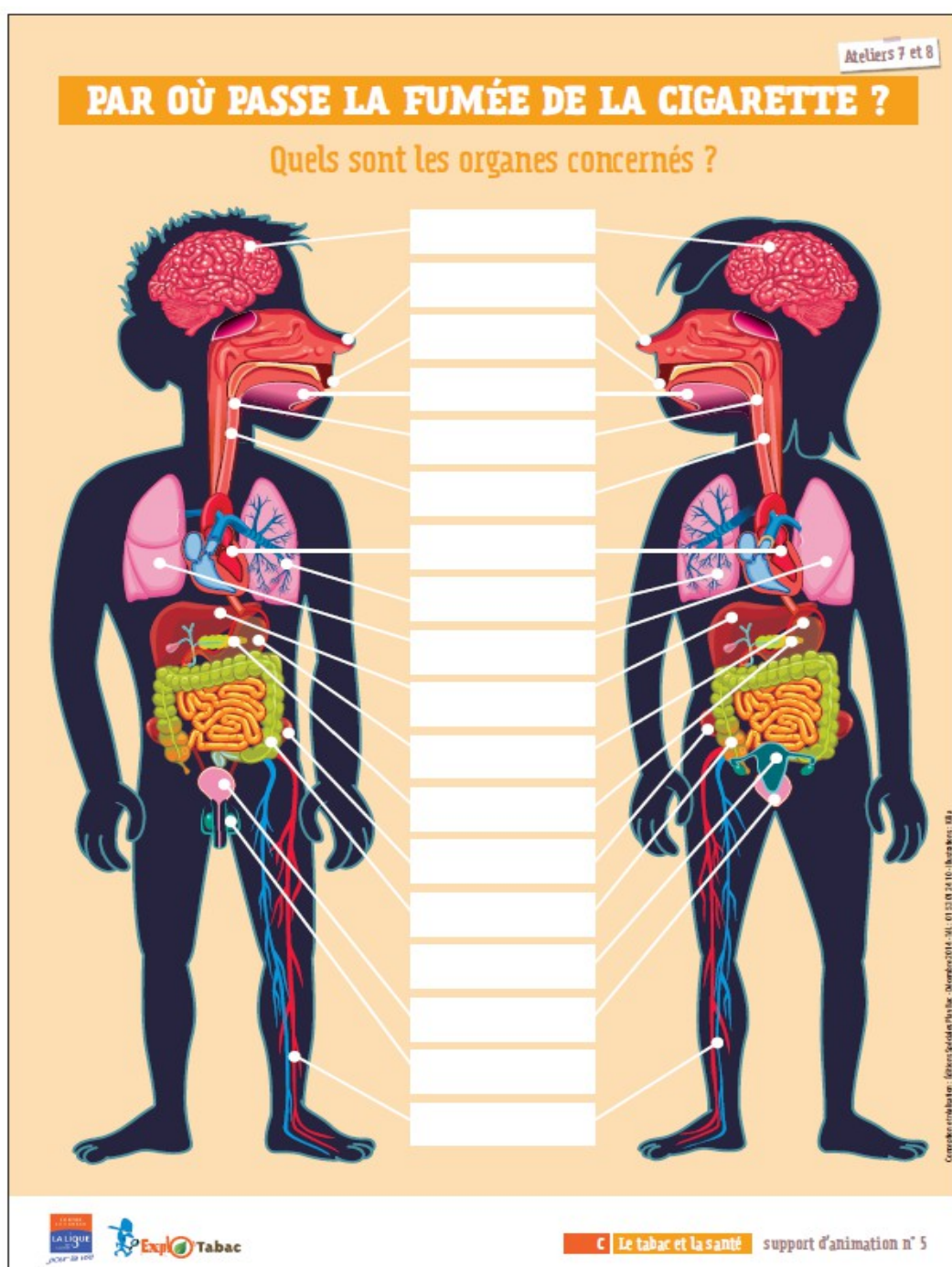
L'activité développée lors de cette séance a été, après répartition en deux groupes de trois et un groupe de quatre, une activité basée sur la photographie. Chaque groupe comportait au moins un soignant et au moins un patient.

Chaque groupe devait sélectionner, indépendamment des autres, une illustration parmi plusieurs illustrations afin de procéder successivement aux choix suivants :

- 1) l'image qu'ils trouvaient la plus positive (vote par groupe)
- 2) l'image qu'ils trouvaient la plus négative (vote par groupe)
- 3) l'image qu'ils trouveraient la plus efficace pour une campagne de prévention du tabagisme (vote individuel et successif des participants)

La séance s'est conclue en se focalisant tous ensemble sur les supports d'animation plastifiés, servant de set de table dans la décoration, afin de commencer à acquérir des connaissances sur le tabagisme. A titre d'exemple, le support d'animation présenté en « Figure 4 » a permis de présenter les différents organes atteints par les substances toxiques de la fumée de cigarette en ajoutant des chiffres théoriques liés à ces organes (mortalité, cancérologie, etc.) . Ces chiffres sont ceux développés en « 2.2.1.2 ».

Figure 4 : Exemple de support d'animation utilisable en activité individuelle ou de groupe sur le thème du tabagisme⁴⁴.



Un bilan a été réalisé après la séance avec l'équipe de l'UTEP et a permis de mettre en évidence :

- des points positifs :
 - moment convivial, plaisant, sans anxiété
 - a permis de valoriser les patients en les mettant au même niveau que les soignants, que ce soit dans l'activité ludique et dans le vote
 - le goûter est toujours un moment apprécié des patients, et donc à garder à chaque séance ; il est source de motivation pour revenir
- des points négatifs :
 - dépassement de la durée totale théorique (2h30 au lieu de 1h40)
 - limitation du nombre d'informations délivrées liées au tabac : un patient a même émis l'envie d'en apprendre encore plus
 - mise en avant de certains soignants, ce qui entraîne un effet de dominance ; l'équipe conclut à une préparation des soignants, quelques jours avant chaque séance, en leur rappelant de laisser au maximum les patients participer

3.4.3 Séance 2 : activité n°2 et détermination de la phrase « choc » de l'affiche

L'objectif principal était de définir, collectivement et grâce à la technique du groupe nominal, la phrase « choc » de l'affiche.

Les objectifs secondaires étaient :

- le développement de connaissances sur les complications somatiques du tabagisme, par la réalisation d'un jeu de « questions-réponses », en équipe mélangeant les soignants et les patients
- la présentation de l'appareil à monoxyde de carbone développé en « 2.2.3 »

Concernant l'activité ludique, basée sur le jeu de « questions-réponses », elle a été l'occasion d'introduire de l'humour dans un thème sérieux en parodiant l'émission télévisée « Question pour un Champion© » et en la renommant « Question pour un Poumon » (cf. « Figure 5 »). L'animateur imitait le présentateur mythique de cette émission en terme de gestuelle et de voix.

Les participants n'étaient pas répartis en équipe mais répondaient chacun leur tour à trois questions. S'ils avaient un doute, ils avaient le droit à un joker (le vote du public, à main levée). S'ils avaient au moins deux bonnes réponses, ils pouvaient aller utiliser l'appareil à monoxyde de carbone pour évaluer leur taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré.

Les questions et les réponses étaient toutes issues de la bibliographie lue et ont servi de base à la rédaction de la partie théorique de cette thèse. Les thèmes évoqués dans les questions étaient :

- « Le tabagisme et la grossesse. »
- « La toxicité du tabac. »
- « Les chiffres liés au tabac. »
- « Les substituts nicotiques. »
- « La dépendance à la nicotine. »
- « Les lois liées au tabagisme en France. »
- « Tabac et cancers. »

L'utilisation de l'appareil à monoxyde de carbone a permis de révéler à un patient une valeur de 49 ppm, ce qui correspond à une grande consommation de tabac. Cette valeur a créé par la suite une réflexion chez les autres participants, en effrayant les fumeurs et en rassurant les non-fumeurs ou les anciens fumeurs (valeurs inférieures à 3 ppm). Le tableau explicatif associé à cette démarche est présenté en « Tableau 4 »⁴⁵.

Figure 5 : Exemple de fiche de jeu « Question pour un poumon ».

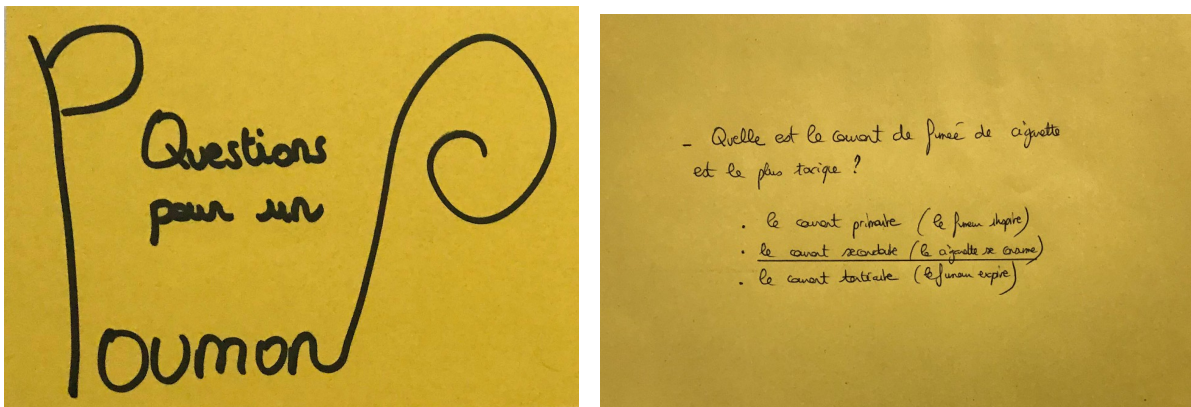


Tableau 4 : Tableau d'association des valeurs de monoxyde de carbone à la réalité toxique et respiratoire⁴⁵.

0 - 3 ppm	Il s'agit d'une personne qui n'a pas fumé tout du moins dans les dernières 24 heures.
3 - 10 ppm	Valeurs limites atteintes dans les cas suivants: <ul style="list-style-type: none"> • personne fume très peu • la dernière cigarette remonte à longtemps (6 à 9 heures) • la personne se trouvait récemment dans un espace enfumé (tabagisme passif) • la personne a été exposée récemment à du monoxyde de carbone (grillades, circulation routière, travaux de revêtement...) • la personne souffre d'asthme ou de BPCO
10 - 20 ppm	Fumeur léger; ces valeurs correspondent à des fumeurs occasionnels, ou lorsque la dernière consommation de cigarette remonte à plusieurs heures.
21 - 50 ppm	Grand à très grand fumeur.
supérieur à 50 ppm	Les valeurs supérieures à 50 ppm sont rarement enregistrées, elles s'observent chez les très grands fumeurs, chez ceux qui inhalent la fumée de cigare ou de pipe ou fument du cannabis.

Concernant le travail sur l'affiche, l'objectif de la séance était de déterminer, grâce à la technique du groupe nominal, la phrase « choc » pour qu'elle soit présente sur l'affiche. Elle devait, par définition, comporter un nombre restreint de mots (entre 1 et 5 dans l'idéal, 10 au maximum). Elle devait résumer le thème global de l'affiche.

Dans un premier temps, les groupes de la séance précédente étaient reformés. Chaque groupe s'isolait dans un coin de la salle devant le même tas d'illustrations qu'à la première séance (et dans lequel ils avaient, chacun séparément, sélectionné 3 photos en lien avec 3 questions posées). Sur une dizaine de minutes, chaque membre du groupe devait passer les illustrations les unes après les autres et noter sur une feuille de papier tous les mots qui leur passaient par la tête (principe du *brainstorming*).

Dans un second temps, chaque groupe désignait un rapporteur qui énumérait à l'animateur les mots listés, les uns après les autres, sans les commenter. Chaque mot était lu à voix haute, groupe après groupe, afin de respecter une certaine équité dans la participation orale.

L'animateur se chargeait de classer les mots en les plaçant, sur un tableau blanc, dans une des trois catégories qu'il avait prédéfini :

- Catégorie « Somatique » :
 - « Poumons », « Abîmer », « Pourrir », « Cicatrice », « Chirurgie », « Essoufflé », « Courir », « Poids », « Jeunesse », « Patchs », « Cigarette électronique », « Déformation », « Traumatisme », « Allergie », « Grossesse », « Substituts », « Douleur », « Respirer » et « Petit feu »
- Catégorie « Psycho-sociale » :
 - « Mort », « Aliénation », « Changement », « Égoïsme », « Passif », « Dépression », « Copier », « Groupe », « Entraînement », « Enrôlement », « Intégrer », « Fête », « Richesse » et « Coût »
- Catégorie « Philosophique et subjective » :
 - « Tentation », « Enchaîné », « Imposé », « Morbide », « Sombre », « Brouillard », « Frein », « Déception », « Faible », « Choix », « Libéré », « Contamination », « Laideur », « Plaisir », « Fantôme », « Aide », « Motivation », « Lutte »

Dans un troisième temps, l'animateur demandait aux participants de sélectionner individuellement un mot par catégorie, pour un total de 3 mots par participant. Cette sélection a permis de réaliser un effet-entonnoir pour passer d'une liste de 51 mots à une liste pouvant aller de 3 (si tous sélectionnaient les même mots) à 33 mots (si tous sélectionnaient des mots différents).

L'animateur distribuait un papier à chaque participant et celui-ci notait les 3 mots qu'il pensait les plus compatibles avec une phrase « choc » pour l'affiche de prévention du tabagisme sur le CPO.

Cette étape a mis en avant les 9 mots suivants, par catégorie :

- « Abîmer », « Respirer » et « Douleur »
- « Mort », « Copier » et « Coût »
- « Lutte », « Contamination » et « Libéré »

Dans un quatrième temps, l'animateur distribuait 9 morceaux de papier à chaque participant sur lesquels les participants devaient réécrire les 9 mots pré-sélectionnés. Par la suite, chaque participant devait attribuer une note allant de 3 à 1 (où 3 était pour eux le mot le plus important ; 2 le deuxième mot le plus important et 1 le troisième mot le plus important) aux trois énoncés qui leur paraissaient les plus compatibles avec notre affiche.

Dans un cinquième temps, l'animateur réalisait un tableau synthétisant les résultats du vote (les résultats sont rapportés en « 4.2 »).

Un bilan a été réalisé après la séance avec l'équipe de l'UTEP et a permis de mettre en évidence :

- de nouveaux points positifs :
 - moment fort avec la mise en avant du cas concret du cadre de santé qui a réussi son sevrage, ce qui a été une source de motivation pour tout le groupe
 - apprentissage d'un grand nombre de connaissances pour les participants, ce qui avait été une demande de leur part à la précédente séance
 - la valorisation du projet de thèse par la reconnaissance de la part des soignants et des patients, du manque de prévention au CPO depuis de nombreuses années
 - la réduction du nombre de temps morts, ce qui a permis de garder l'attention des patients sédatisés

- de nouveaux points négatifs :
 - jeu encore un peu long, avec beaucoup d'informations à intégrer pour les participants

3.4.4 Séance 3 : activité n°3 et détermination du paragraphe explicatif de l'affiche

L'objectif principal était de définir, collectivement et grâce à la technique du groupe nominal, le contenu du paragraphe explicatif destiné au lecteur de l'affiche.

L'objectif secondaire était :

- la prise de conscience pour les fumeurs de leurs dépenses financières liées au tabac

Concernant l'activité ludique, il s'agissait ici de comparer le prix de certains objets au prix d'un certain nombre de paquets de cigarettes. Les objets avaient été judicieusement choisis en amont car ils étaient associés aux passions et hobbies des participants, afin d'avoir le plus de chance d'avoir un retentissement positif sur les achats en tabac des fumeurs.

Les participants étaient répartis dans les mêmes groupes qu'aux séances 1 et 2.

Chacun leur tour, les équipes devaient tirer au sort un objet dans une pile de 8 objets. Ils devaient, sur 30 secondes, proposer des prix pour trouver le juste prix de l'objet en question. Une intervalle de prix en euros était proposée avant le décompte. S'ils avaient le juste prix dans les 30 secondes, ils gagnaient 1 point.

Dans un second temps et sur 30 nouvelles secondes, chaque équipe devait associer le prix de l'objet qu'ils avaient pioché à un nombre de paquets de cigarettes sur une frise de prix croissants. Le prix moyen du paquet au 03/07/2019 était arrondi pour plus de facilités à 8€. Cette donnée était cachée aux participants au début du jeu et révélée avant correction. S'ils avaient la bonne association dans les 30 secondes, ils gagnaient 1 point supplémentaire.

Les bonnes associations objets-nombre de paquets sont les suivantes et sont rapportées en « Figure 6 » :

- une tarte aux fraises à 16€ = 2 paquets de cigarettes
- un abonnement d'un an de cinéma à 35€ = 5 paquets de cigarettes
- une paire de chaussures de sport de marque à 70€ = 9 paquets de cigarettes
- une tablette tactile à 180€ = 22 paquets de cigarettes
- une console de jeu vidéo à 230€ = 29 paquets de cigarettes
- un vélo électrique à 1 000€ = 125 paquets de cigarettes
- un permis de conduire à 1200€ = 150 paquets de cigarettes (soit environ 4 mois d'arrêt de tabac si la consommation est de 1 paquet par jour)
- une moto neuve à 12 000€ = 1500 paquets de cigarettes (soit environ 4 ans d'arrêt de tabac si la consommation est de 1 paquet par jour)

Figure 6 : Frise de prix croissants d'objets associés à un nombre de paquets de cigarettes, après correction.



Concernant le travail sur l'affiche, l'objectif était de déterminer, grâce à la technique du groupe nominal, les mots-clés présents dans le paragraphe explicatif de l'affiche. Ce paragraphe devait comporter de 1 à 4 phrases.

La première étape consistait à lister sur le principe du *brainstorming* tous les mots et concepts que les participants souhaitaient inclure dans le paragraphe explicatif. Les mots et concepts cités, au nombre de 15 au total, étaient les suivants :

- « CPO », « Alençon », « Fumeurs », « Toxique », « Mort », « Troubles psychiatriques », « Soignants », « Patients », « Aide », « Substituts nicotiniques », « Aliénation », « [Numéro de téléphone] », « [Nom du] médecin généraliste », « Poumons » et « Coût ».

La deuxième étape était le moment où l'animateur distribuait 15 morceaux de papier à chaque participant sur lesquels les participants devaient réécrire les 15 mots pré-sélectionnés. Par la suite, chaque participant devait attribuer une note allant de 5 à 1 (où 5 était pour eux le mot ou concept le plus important ; 4 le deuxième mot ou concept le plus important ; 3 le troisième mot ou concept le plus important ; 2 le quatrième mot ou concept le plus important et 1 le cinquième mot le plus important) aux cinq énoncés qui leur paraissaient les plus compatibles avec notre affiche.

La troisième étape correspondait au moment où l'animateur réalisait un tableau synthétisant les résultats du vote (les résultats sont rapportés en « 4.3 »).

La quatrième étape correspondait, après une pause de 15 minutes, au moment où l'animateur et les participants travaillaient avec les 5 mots les plus plébiscités, afin de créer le paragraphe explicatif de l'affiche. Le résultat final est présenté en « 4.3 ».

Un bilan a été réalisé après la séance avec l'équipe de l'UTEP et a permis de mettre en évidence :

- de nouveaux points positifs :
 - amélioration de la qualité d'apports théoriques sur le thème, sur les dépenses liées au tabac et sur la cigarette électronique
 - l'équipe de l'UTEP a pu participer à la séance au lieu d'être sur le versant organisationnel, et ce grâce au travail important en amont de l'animateur
 - la cohésion du groupe, illustrée par une question d'un patient au cadre de santé en cours de sevrage : « Alors ? Avez-vous tenu ? »
- de nouveaux points négatifs :
 - partie ludique un peu longue, surtout pour les patients, avec une quantité importante d'informations à digérer

3.4.5 Séance 4 : activité n°4 et détermination de l'illustration de l'affiche

L'objectif principal était de définir, collectivement et grâce à la technique du groupe nominal, un prototype d'affiche reprenant les éléments des séances précédentes. Pour remplir cet objectif, deux trames illustratives ont été proposées au groupe, en lien avec le mot-clef « Libéré » (et les mots de la même famille).

Les objectifs secondaires étaient :

- de procéder à un retour d'acquisition de compétences par la réalisation d'une activité ludique de synthèse, reprenant diverses connaissances acquises par les participants de la séance 1 à la séance 3 : jeu de société type « jeu de l'oie », réalisé avec les infirmiers de l'UTEP
- d'obtenir une évaluation du projet par le groupe grâce à un questionnaire de satisfaction

Cette quatrième séance a été l'occasion de faire intervenir un cinquième patient dans le cadre de la réalisation de l'illustration de l'affiche, possédant les caractéristiques suivantes :

- patient âgé de 48 ans
 - hospitalisé dans le pavillon « LES ARCIS »
 - présentant un trouble schizo-affectif en lien avec d'anciennes agressions subies, ayant entraîné un état d'incurie avec syndrome de Diogène, un état dépressif chronique ainsi que de nombreuses attaques de panique ; il existe une notion de tentatives de suicide à répétition
 - présentant une intolérance à la frustration avec un comportement obsessionnel et immature
 - sous tutelle
 - dont le traitement inclut de l'alprazolam, de l'aripiprazole, du divalproate, de la duloxétine, du lométazépam, de la loxapine, de la rispéridone et de la tropatépine
 - passionné de dessin et de peinture, au point de se faire une réputation dans tous les services de l'EPSM

Ce cinquième patient a participé à la séance 4 du début à la fin et a fait monter la taille du groupe à 11 participants.

Concernant l'activité ludique, basée sur le « jeu de l'oie », un mélange de patients et de soignants a été réalisé, par la création de quatre équipes de deux et une équipe de trois. Un plateau de jeu avait été spécialement fabriqué (cf. « Figure 7 »). Il comportait 6 types de couleurs de cases :

- BLEU : l'épreuve du dessin
 - un membre de l'équipe devait faire deviner un des mots suivants à son équipe, après tirage au sort de ce mot : « ticket de cinéma », « console de jeux », « cœur », « poumons », « pipe », « paquet de cigarettes », « cigarette électronique », « sentir mauvais de la bouche », « cendrier », « briquet », « allumette »
- JAUNE : l'épreuve du mime
 - un membre de l'équipe devait mimer un des mots ou phrases suivants, sans parler et après tirage au sort de ce mot ou de cette phrase : « douleur », « arrêter de fumer », « liberté », « Florian SEVIN », « mort », « combat », « moto », « dents abîmées », « tarte aux fraises », « tablette tactile », « vélo »
- ROSE : l'épreuve des QCM
 - cette épreuve reprenait les questions vues en séance 2 (c'est-à-dire 3 mois après) afin de tester les connaissances des participants et de reprendre les points les plus importants concernant le tabagisme ; les réponses étaient formulées après concertation en équipe
- ORANGE : l'épreuve des expressions
 - l'équipe devait trouver parmi une liste de 3 réponses proposées l'exacte définition d'une expression comportant des mots en lien avec le tabac ; dans chaque item listé ci-dessous, la bonne réponse est indiquée en MAJUSCULE :
 - « Casser sa pipe » : casser un outil de travail / se faire mal brutalement / MOURIR
 - « Mettre le paquet » : charger une cigarette en tabac / TOUT DONNER DANS UNE ACTION / acheter des cigarettes de l'autre côté de la frontière d'un pays
 - « Faire un tabac » : AVOIR UN SUCCÈS FOU / ouvrir un bar-tabac / être heureux en amour
 - « Passer à tabac » : GRONDER QUELQU'UN / adopter la cigarette électronique / reprendre la cigarette après un arrêt
 - « Écran de fumée » : CACHER LE VRAI / fumée noire après un incendie / fumée blanche après un incendie
 - « Fumer comme un pompier » : fumer la pipe / FUMER BEAUCOUP / fumer de temps en temps
 - « Cracher ses poumons » : saigner de la bouche / avoir mauvaise haleine / TOUSSER FORTEMENT
 - « Renaître de ses cendres » : fumer des cigarettes déjà fumées / REBONDIR APRES UN ECHEC / voir le positif de quelque chose
 - « Rouler une pelle à un cendrier » : aimer beaucoup la cigarette / passer sa journée à fumer / AVOIR MAUVAISE HALEINE
 - JOKER : l'épreuve du lancer de dés
 - un membre de l'équipe devait lancer le dé et, selon le score obtenu, devait réaliser une mini-épreuve
 - « 1 » : faire une minute de « Air-smoking » (technique de relaxation aidant au sevrage tabagique en reproduisant l'acte de fumer sans cigarette et en se concentrant sur sa respiration)

- « 2 » : faire souffler dans l'appareil à monoxyde de carbone la personne du groupe qu'ils imaginaient obtenir facilement un score inférieur à 10 ppm
 - « 3 » : citer 5 synonymes du mot « cigarette »
 - « 4 » : citer 3 personnalités ou personnages connus pour être fumeurs
 - « 5 » : rendez-vous en case beige
 - « 6 » : rendez-vous en case verte
- BEIGE : l'animateur choisissait la catégorie d'épreuve du groupe
 - VERT : le groupe choisissait lui-même la couleur de son épreuve

Figure 7 : Photographie du plateau de jeu de l'oie sur le thème du tabagisme.



Chaque équipe a initialement lancé un dé, ce qui a déterminé aléatoirement l'ordre de jeu. Chaque équipe lançait ensuite le dé pour avancer son pion de 1 à 6 cases, et s'exposait à une épreuve. S'ils réussissaient l'épreuve dans le temps imparti, ils pouvaient rejouer un tour supplémentaire. S'ils échouaient, ils passaient la main à l'équipe suivante.

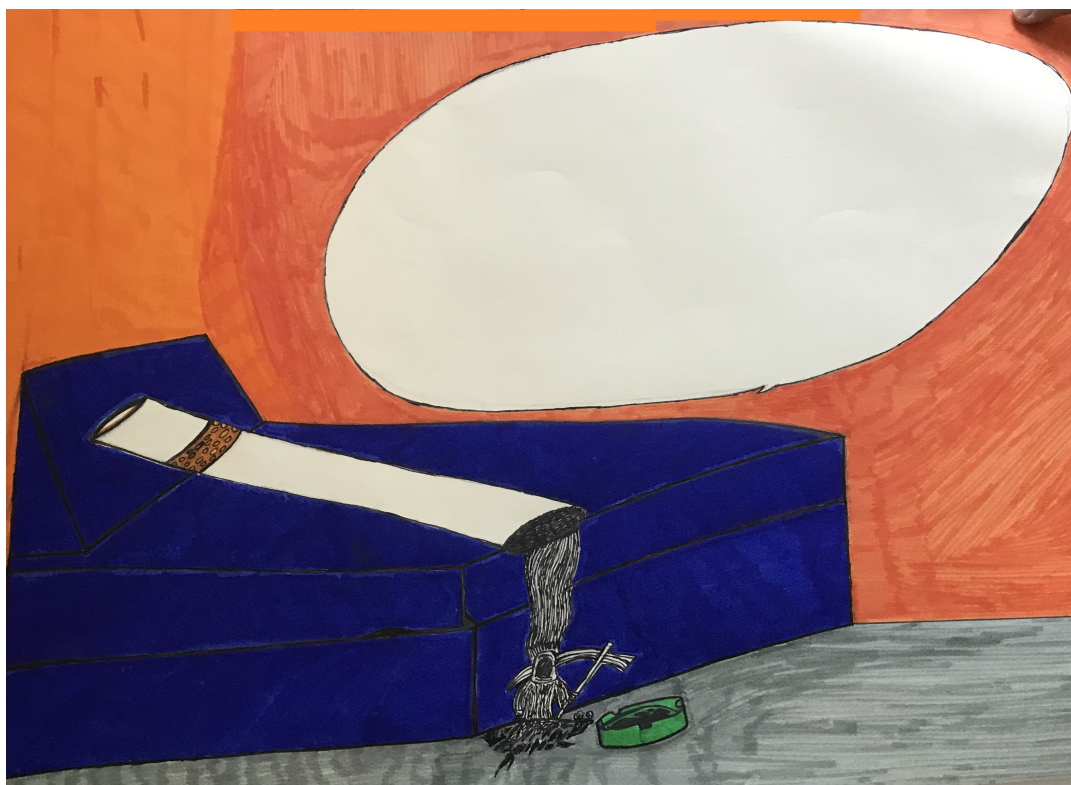
Cette activité ludique a permis l'intégration du nouveau participant, notamment sur le thème du dessin qu'il affectionne tout particulièrement, tout en rappelant les messages de prévention sur le tabagisme (comme les complications somatiques) développés à chaque séance.

Concernant le travail sur l'affiche, deux propositions de trame illustrative ont été présentées en deuxième partie de séance par le cinquième patient. Les deux propositions reprenaient le mot-clef « Libéré », l'un derrière des barreaux de cellule en forme de cigarettes (cf. « Figure 8 ») et l'autre dans une chambre d'isolement avec matelas et ceinture de contention (cf. « Figure 9 »). Les résultats des votes, hors groupe nominal car il n'y avait que 2 propositions, sont présentés en « 4.4 ». Le cinquième patient, qui était le dessinateur, n'a pas voté : il y avait donc 10 votants.

Figure 8 : Proposition d'illustration n°1 pour l'affiche de prévention du tabagisme.



Figure 9 : Proposition d'illustration n°2 pour l'affiche de prévention du tabagisme.



Concernant le questionnaire de satisfaction, celui-ci a été remis à chaque participant qui l'a rempli anonymement et individuellement, afin d'obtenir des réponses franches de chacun. Un questionnaire vierge est présenté en « Annexe 5 ». Les résultats des réponses à ce questionnaire sont présentés en « 4.5 ».

L'affiche finale, synthétisant les résultats des séances 2 à 4, est présentée en « Annexe 6 ».

4 RÉSULTATS

4.1 Séance 1

Concernant les illustrations répondant à la question « Pour vous quelle est l'illustration la plus positive ? », les images sélectionnées ont été les suivantes (cf. « Figure 10 ») :

Figure 10 : Illustrations sélectionnées pour la question « Pour vous quelle est l'illustration la plus positive ? »³³.



Au niveau des arguments avancés, il s'agit ici, dans l'ordre :

- de « la cigarette comme une lutte de tous les jours » où :
 - la cigarette est écrasée ce qui montre sa situation de faiblesse
 - la personne sur l'affiche semble souriante, motivée et sportive
 - la personne donne un coup vers la droite ce qui montre un combat futur (le passé correspond à la gauche et le futur à la droite)
- de « la cigarette comme une prison, un boulet et un fardeau auxquels un fumeur est attaché » où :
 - les personnages se libèrent vers la droite (le futur) et sourient, lèvent les bras
 - le combat est déjà fini mais où la cigarette n'est pas écrasée donc encore dangereuse
- de « la cigarette comme polluant environnemental et sensoriel » où :
 - la non-fumeuse sourit car sent une bonne odeur de fleur
 - le fumeur, qui ne sourit pas, est fatigué et ne sent pas les fleurs à cause du tabagisme
 - la cigarette peut être perçue comme une source d'incendie donc comme un problème environnemental

Concernant les illustrations répondant à la question « Pour vous quelle est l'illustration la plus négative? », les images sélectionnées ont été les suivantes (cf. « Figure 11 ») :

Figure 11 : Illustrations sélectionnées pour la question « Pour vous quelle est l'illustration la plus négative ? »³³.




Il s'agit ici, dans l'ordre :

- de « la cigarette comme un symbole de la mort » où
 - est concerné le fumeur mais aussi le non-fumeur par le tabagisme passif
 - plane plus ou moins la peur au-dessus du fumeur et de son entourage
- de « la cigarette comme un objet de souffrance » où
 - la douleur a été et reste présente par l'intermédiaire des cicatrices
 - le cancer a laissé des traces
- de « la cigarette comme un obstacle à la séduction et à l'hygiène » où :
 - l'haleine de la fumeuse (ne pas prendre soin de soi) peut-être mise en opposition au rouge à lèvres (prendre soin de soi)
 - un mauvais état bucco-dentaire peut, à long terme, entraîner des troubles alimentaires et des troubles infectieux

Concernant la réponse à la question finale « Quelle illustration utiliseriez-vous sur une affiche de prévention du tabagisme parmi les 6 illustrations sélectionnées précédemment ? », les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Résultats des votes à la question « Quelle illustration utiliseriez-vous sur une affiche de prévention du tabagisme parmi les 6 illustrations sélectionnées précédemment ? », en nombre et en pourcentage, avec calcul d'indices de popularité.

	Votes pour (en nombre)	Votes pour (en %)
	0	0,00%
	1	9,10%
	0	0,00%
	3	27,27%
	5	45,45%
	1	9,10%

Indices de popularité

Entre 0 et 10%	
Entre 10 et 17%	
Entre 17 et 33%	
À partir de 33%	

4.2 Séance 2

Concernant la réponse à la question « Quels mots utiliseriez-vous pour la « phrase-choc » de l'affiche de prévention du tabagisme ? », les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 6 : Résultats des votes à la question « Quels mots utiliseriez-vous pour la « phrase-choc » de l'affiche de prévention du tabagisme ? », en score, en fréquence et en rang, avec calcul d'indices de priorité et de popularité.

Énoncé	Score	Fréquence	Total Scores	Rang	Indice de priorité (en %)	Indice de popularité (en %)
« Abîmer »	2 + 1 + 1	3	4	5	6,67%	10,00%
« Respirer »	3 + 2 + 2 + 3	4	10	3	16,67%	13,33%
« Douleur »	1	1	1	7 (ex-æquo)	1,67%	3,33%
« Mort »	3 + 2 + 1 + 1 + 1 + 2 + 1 + 3	8	14	2	23,33%	26,67%
« Copier »		0	0	9	0,00%	0,00%
« Coût »	3 + 2 + 2	3	7	4	11,67%	10,00%
« Lutte »	2 + 1	2	3	6	5,00%	6,67%
« Contamination »	1	1	1	7 (ex-æquo)	1,67%	3,33%
« Libéré »	3 + 2 + 1 + 2 + 3 + 3 + 3 + 3	8	20	1	33,33%	26,67%

Indices de priorité

Entre 0 et 10%	
Entre 10 et 17%	
Entre 18 et 33%	
À partir de 33%	

Indices de popularité

Entre 0 et 10%	
Entre 10 et 17%	
Entre 17 et 33%	
À partir de 33%	

Aucun second tour n'a été nécessaire et le mot « Libéré » a été sélectionné.

4.3 Séance 3

Concernant la réponse à la question « Quels mots utiliseriez-vous dans le paragraphe explicatif de l'affiche de prévention du tabagisme ? », les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Résultats des votes à la question « Quels mots utiliseriez-vous dans le paragraphe explicatif de l'affiche de prévention du tabagisme ? », en score, en fréquence et en rang, avec calcul d'indices de priorité et de popularité.

Énoncé	Score	Fréquence	Total Scores	Rang	Indice de priorité (en %)	Indice de popularité (en %)
« CPO »	5 + 5 + 2 + 1 + 1 + 1 + 4	7	19	3	12,67%	14,00%
« Alençon »	2	1	2	14	1,33%	2,00%
« Fumeurs »	4 + 4 + 3 + 3 + 3 + 1	6	18	4	12,00%	12,00%
« Toxique »	1 + 2	2	3	10 (ex-æquo)	2,00%	4,00%
« Mort »	5 + 4 + 1	3	10	6	6,67%	6,00%
« Troubles psychiatriques »	4	1	4	9	2,67%	2,00%
« Soignants »	3 + 2	2	5	8	3,33%	4,00%

« Patients »	1 + 2	2	3	10 (ex-æquo)	2,00%	4,00%
« Aide »	2 + 2 + 3 + 5 + 4	5	16	5	10,67%	10%
« Substituts nicotiniques »	1	1	1	15	0,67%	2,00%
« Aliénation »	3	1	3	10 (ex-æquo)	2,00%	2,00%
« [Numéro de téléphone] »	5 + 4 + 2 + 2 + 5 + 4 + 1	7	23	2	15,33%	14,00%
« [Nom du médecin généraliste] »	5 + 5 + 5 + 3 + 4 + 4 + 3 + 3	8	32	1	21,33%	16,00%
« Poumons »	3	1	3	10 (ex-æquo)	2,00%	2,00%
« Coût »	5 + 2 + 1	3	8	7	5,33%	6,00%

Indices de priorité

Entre 0 et 10%	
Entre 10 et 17%	
Entre 18 et 33%	
À partir de 33%	

Indices de popularité

Entre 0 et 10%	
Entre 10 et 17%	
Entre 17 et 33%	
À partir de 33%	

Le paragraphe final créé par les participants, avec l'aide de l'animateur, a été :

*« Vous êtes fumeur, pris en charge au CPO ou suivi en CMP
et vous voulez
en parler ? diminuer ? arrêter ?*

L'équipe de prévention à la santé (UTEF)


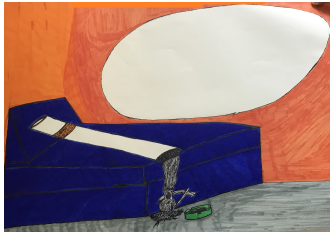
*ainsi que le médecin généraliste du CPO Florian SEVIN
sont là pour vous aider !*

*N'hésitez pas à les contacter au 02.33.80.71.00
du lundi au vendredi de 9h à 16h30
en demandant
le poste 4505 (infirmiers)
ou le poste 4530 (médecin généraliste). »*

4.4 Séance 4

Concernant la réponse à la question « Quel prototype d'illustration d'affiche utiliseriez-vous comme base pour l'affiche de prévention du tabagisme ? », les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Résultats des votes à la question « Quel prototype d'illustration d'affiche utiliseriez-vous comme base pour l'affiche de prévention du tabagisme ? », en nombre et en pourcentage.

	Votes pour (en nombre)	Votes pour (en %)
	2	20,00%
	8	80,00%

4.5 Questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction a été distribué aux participants à la fin de la séance 4. Les résultats sont transmis dans le tableau ci-dessous. Les questions posées ont été retranscrites dans la première colonne.

Tableau 9 : Résultats du questionnaire de satisfaction.

	Oui (nombre)	Oui (%)	Non (nombre)	Non (%)	Remarques notées
Pensez-vous que le thème choisi était intéressant ?	11	100%	0	0,00%	
Pensez-vous que le thème choisi était important ?	11	100	0	0	
Pensez-vous que faire une affiche est la meilleure façon de communiquer une information ?	9	81,80%	1	9,10%	-un participant n'a pas répondu à la question -le participant ayant répondu « Non » a noté « Je pense que c'est mieux avec des mots »
Avez-vous appris des choses ?	11	100,00%	0	0,00%	
Pensez-vous que cette affiche servira à quelque chose, à faire reculer le tabagisme au CPO ?	7	63,60%	3	7,30%	-un participant n'a pas répondu à la question en notant « Je ne sais pas. »
Avez-vous modifié votre consommation de tabac au fil des séances ?	4	36,40%	1	9,10%	-un participant est passé à la cigarette électronique -un participant a réduit sa consommation à 2 cigarettes par jour et un autre est passé de 5 à 1 cigarette par jour -6 participants n'ont pas répondu à la question
Avez-vous pris du plaisir dans les séances ?	11	100,00%	0	0,00%	
Avez-vous été à l'aise pendant les séances ?	11	100,00%	0	0,00%	-un participant (en début de décompensation pendant la séance 4) a déclaré en votant « Oui » : « A la dernière séance j'ai eu du mal à m'exprimer. »
Le lieu des séances vous a-t-il paru adapté ?	11	100,00%	0	0,00%	

Suite ce questionnaire, une dernière appréciation globale a pu être fournie par tous, et globalement une note très positive se dégage du projet. Il existait une forte appréciation du côté ludique. Les soignants ont mis en avant le côté stimulant des séances pour des patients souvent sédatisés et inactifs, ainsi que l'intérêt de mélanger patients et soignants face au tabagisme, car les mêmes difficultés sont ressenties. Les patients ont plutôt mis en avant la bonne humeur et les échanges qui régnaient lors des séances. Un patient a conclu la séance 4 en disant, je cite, « J'espère que Monsieur SEVIN sera bientôt docteur. »

5 DISCUSSION

5.1 Le résultat principal et son implication majeure

L'expérience réalisée grâce à 4 (plus un) patients et 6 soignants a permis de mettre en évidence une part encore importante d'individus sur lesquels les messages paternalistes et montrant les effets négatifs du tabac auraient de l'effet (séance 1). Les thèmes de la mort (indice de popularité de 27,27%) et du cancer (indice de popularité de 45,45%) restent des craintes pour tous quand ils sont présentés sur des affiches, surtout qu'ils atteignent parfois des non-fumeurs ou des personnes jeunes.

Ces thèmes restent présents dans le choix des mots pour la phrase « choc » mais un message positif semble ressortir globalement du lot : la liberté (de ne plus être fumeur, de ne plus être dépendant) qui s'oppose pour certains patients à leur mode d'hospitalisation : ils la vivent parfois comme une privation de libertés.

Avec ses 10,00% d'indice de popularité dans le choix de la phrase « choc », le mot-clef « coût » n'est pas à négliger, ce qui a rendu son développement en activité de séance 3 d'autant plus pertinent. Avec le prix du tabac qui continue d'augmenter, le patient devra être d'autant plus apte à économiser en se rendant compte qu'il peut prétendre à beaucoup de choses en diminuant sa consommation.

La troisième séance a mis en évidence plusieurs éléments jugés indispensables pour prodiguer une action de prévention efficace. L'élément le plus important pour les participants a été la mise en évidence d'une personne à contacter pour pouvoir se sevrer en tabac, à savoir le médecin généraliste. Il semble être perçu comme le seul individu commun à tous patients sur l'EPSM, les psychiatres étant mis à part ici.

Ce projet servira de support interne au mois de novembre 2019 pour le « Moi(s) sans tabac » afin de mettre en avant les capacités et les compétences des patients dans tout le CPO. Il mettra en avant le mélange possible des soignants et des patients sur un thème donné.

5.2 Les points positifs : points forts et effort de prévention

La technique du groupe nominal a favorisé, dans notre expérience, l'expression individuelle puis collective de soignants, déjà habitués à le faire, et de patients souvent peu habitués à l'exercice d'expression orale ou d'éloquence. L'expérience a permis le mélange de patients et de soignants dans un cadre balisé, ce qui participe à l'éducation thérapeutique des patients en les rapprochant des soignants. En étant mis au même niveau que les soignants, ils ont été valorisés et ont été ainsi plus ouverts et aptes à être acteurs de leur prise en charge somatique et psychiatrique. On passe d'un habituel projet fait par les soignants pour les patients à un projet fait par les soignants et les patients pour les patients, ce qui a permis de mieux cibler les attentes de tous. La technique du groupe nominal est une technique reproductible à l'infini, de par sa simplicité, la rapidité de sa réalisation et son faible coût. Elle a permis et permettra de reproduire des actions de prévention.

Nous n'avons pas relevé dans cette expérience de biais de sélection du fait de l'hétérogénéité des personnes présentes aux séances, ni de biais d'attrition. Les personnes impliquées dans ce projet l'ont toutes été du début à la fin, malgré la difficulté parfois de réunir tout le monde à une date et un horaire précis, dans un endroit fixe pas toujours disponible à la réservation.

Les activités ont été amenées de manière ludique, afin de favoriser l'apprentissage de connaissances liées au tabac. La création de temps forts, riches en humour, a potentialisé la force de cet apprentissage. Le questionnaire de satisfaction a pu mettre en évidence l'appréciation positive des séances par les participants qui ont tous été à l'aise, tout en améliorant leurs connaissances sur le thème du tabac.

Le recueil de l'information a été réalisé dans l'esprit strict du groupe nominal car nous avons recueilli tous les énoncés et les votes à chaque séance. Aucune information n'avait été donnée auparavant, et aucune n'a été recueillie après.

5.3 Les points négatifs : limites et biais de l'expérience

L'échantillon de patients sélectionnés a été volontairement limité à un patient par service, afin de limiter d'éventuelles interactions privilégiées entre certains participants se connaissant à l'avance. Ce choix a limité le nombre de sujets d'étude et ainsi a pu constituer un échantillon peut-être trop peu représentatif de la population générale de notre EPSM.

L'échantillon étudié avait également exclu les mineurs, ce qui peut représenter aussi un biais de sélection car les patients hospitalisés dans l'EPSM sont en partie mineurs. La confrontation de chiffres concernant cet EPSM avec les chiffres de l'enquête de l'OFDT de 2017²⁴, concernant la vision du tabagisme des adolescents de 17 ans qui seront potentiellement les fumeurs de demain, aurait pu être intéressante, surtout en ce qui concerne la cigarette électronique et le paquet-neutre.

Il existait possiblement un biais de mesure car nous avons dû adapter la technique du groupe nominal à un groupe comportant des patients et des soignants, et nous avons un devoir de simplification nette des informations afin de soulager l'esprit déjà sous pression des patients, tous sous psychotropes par ailleurs.

L'animateur a pu, au fur et à mesure des séances, influencer sans le vouloir les réponses des participants par son attitude verbale ou non verbale. Ici, l'animateur et l'investigateur étant la même personne à savoir moi-même, un biais d'interprétation de la méthode a pu se créer de par mon amateurisme en terme d'expériences de recherche qualitative et d'utilisation du groupe nominale.

Les activités ludiques précédant les votes, utiles notamment pour mettre les patients dans des conditions de travail optimales, ont pu influencer les participants dans leur vote de part la nature des informations délivrées.

La cotation des items n'a pas toujours bénéficié de deux tours, ce qui peut constituer un biais : les séances avec deux tours de vote peuvent être apparaître comme plus approfondies.

Par ailleurs, aucune étude ou expérience similaire n'ont été pour le moment rapportées dans la littérature. Cela rend toute comparaison concrète impossible pour le moment.

Le manque de moyens et de temps a pu aussi constituer un obstacle au développement d'un projet à plus grande échelle, impliquant un plus grand *design* des illustrations et l'appel à des professionnels du marketing et de l'illustration.

Pendant les séances, il pouvait exister une certaine disparité, notamment entre patients et soignants, en terme d'expression orale, certains soignants commentant de temps en temps les propositions des autres participants : il peut s'agir ici d'un biais méthodologique. Les soignants pouvaient occasionnellement reprendre leurs habitudes professionnelles en reprenant les patients sur leurs remarques, ce qui pouvait marquer une relation de supériorité que nous ne voulions pas forcément.

A la fin de la deuxième séance, un concept de *slogan* a été mis en évidence par plusieurs participants suite au vote. Celui-ci reprenait une phrase culte du dessin animé « Le Reine des Neiges » de Walt Disney© « Libéré. Délivré. Je ne fumerai plus jamais », avec une illustration parodique reprenant le personnage principal mais jetant cigarette et briquet.

Après réflexion personnelle, une question s'est posée : avons-nous le droit de réaliser ce genre de projet ?

Un contact téléphonique rapide a été pris avec une avocate angevine spécialisée dans le droit à la propriété intellectuelle. Elle confirmait le caractère dangereux du projet d'un point de vue judiciaire pour deux raisons. Le premier argument était la présence de droits à l'image concernant le personnage de Walt Disney©, dont l'acquisition signifiait une dépense importante. Le second argument était l'association négative d'un personnage pour enfant avec un thème « destiné aux adultes » (le tabagisme), ce qui avait pu déjà être de mauvaise augure pour la décision finale des cours de justice dans des procès passés (jurisprudence).

Nous avons donc décidé d'abandonner cette piste et de se baser sur la deuxième proposition qui avait pu être faite pour le mot « Libéré » : l'opposition au concept d'emprisonnement. L'idée de la chambre d'isolement, symbole de privation des libertés pour beaucoup de patients en EPSM, avait été évoquée.

Ce changement de choix dans l'orientation donnée au mot « Libéré » a pu être une source de perte de temps dans la réalisation du projet final.

5.4 Les hypothèses pour expliquer les résultats

Les patients hospitalisés en EPSM semblent encore percevoir leur hospitalisation, tout comme leur tabagisme, comme une privation de libertés. D'autres diront au contraire que fumer représentant le seul moment dans une journée où ils sont maîtres de leur vie. Le choix de la chambre d'isolement semble représenter pour eux l'endroit où ces libertés sont au plus bas, d'où le choix du mot-clef « Liberté » et de l'illustration.

Ils ne semblent pas ignorer les conséquences néfastes du tabagisme car ils le rapprochent assez régulièrement, par leurs choix au fil des séances, au thème de la mort. Cette constatation peut être expliquée par le nombre grandissant de patients décédés à cause du tabagisme dans l'EPSM, et avec qui patients et soignants avaient tissé des liens humains. Ce thème est d'ailleurs représenté par une discrète faucheuse sur l'affiche finale. Malheureusement, cette donnée semble être aussi assez abstraite pour certains patients, de par la négligence qu'ils peuvent avoir de leur corps à cause de leur maladie mentale et de par la banalisation du tabagisme dans l'EPSM par les patients et les soignants.

Cependant, comme l'horloge de l'illustration semble nous l'indiquer, le temps reste pour eux une donnée importante (heure de la pause cigarette avant le repas du midi en chambre d'isolement volontairement fixée à 11h45).

5.5 Les changements à venir et à espérer obtenir

Depuis la réalisation de l'expérience au CPO, un participant a commencé à utiliser la cigarette électronique à la place de la cigarette, un participant a réduit sa consommation à 2 cigarettes par jour et un autre est passé de 5 à 1 cigarette par jour. Ces modifications concernent donc 30% des participants, ce qui peut laisser présager une baisse voir un arrêt de consommation chez certains autres patients du CPO en utilisant la même méthode. Pour rappel, l'objectif fixé par l'équipe soignante vis-à-vis de ce projet est une baisse de 5% du nombre de fumeurs en 4 ans sur l'EPSM, ce qui correspond sur une population de 150 patients un arrêt complet chez 7 patients.

Avec les réformes prévues par le gouvernement, notamment le prix du tabac qui augmente, de plus en plus de patients solliciteront les soignants pour une aide au sevrage tabagique et les équipes doivent être prêtes à leur proposer une réponse efficace.

Il faudrait étudier l'extrapolation de la technique du groupe nominal à d'autres sujets comme l'alimentation, l'activité physique ou encore la constipation afin de diminuer le risque d'exposition des patients hospitalisés en EPSM aux pathologies et complications somatiques. Cela permettrait au final un gain de temps (temps passé à fumer, à distribuer les cigarettes) et un gain d'argent (qui serait utilisable pour d'autres activités plaisantes) distribuables à la prise en charge psychiatrique qui reste l'objectif principal des hospitalisations en EPSM.

6 CONCLUSION

Les patients hospitalisés en psychiatrie représentent une population souffrant tout particulièrement des complications liées au tabac. Le tabagisme représente encore trop souvent le seul moment où ceux-ci peuvent être entièrement libres et où ils peuvent se considérer comme étant au même niveau que les soignants.

L'interdiction de fumer pourrait être considérée comme une chance pour les patients au regard du lourd tribut sanitaire qu'ils payent de leur tabagisme. La psychiatrie institutionnelle, peu concernée jusqu'à présent par le tabagisme de ses patients, à une responsabilité éthique vis-à-vis de sujets résidant au long court et vivant souvent l'institution comme incitatrice au tabagisme.

La mobilisation de l'ensemble des équipes, des psychiatres qui ont un rôle central dans la mise en place de protocoles, et des soignants qui sont en première ligne pour prendre en charge l'application de la législation, est essentielle. La mise à disposition des équipes infirmières de protocoles leur déléguant transitoirement en début d'hospitalisation et la possibilité de gérer les substituts nicotiques paraît nécessaire, d'autant plus qu'elles représentent un temps de prescription considérable pour les médecins généralistes en EPSM. À cet effet, la création de postes d'Infirmiers en Pratique Avancée semble indispensable.

Devant le nombre inquiétant de décès liés au tabagisme et à la présence morbide du tabagisme passif dans les EPSM, une action de prévention est à accentuer. La formation des patients en groupe leur permet un apprentissage adéquat tout en les impliquant dans l'action préventive. Cette dernière crée du lien social et participe entièrement à la valorisation espérée par les médecins psychiatres dans leur prise en charge spécialisée. Dans cette perspective, l'utilisation d'une campagne spécifique comme celle obtenue dans le cadre de cette étude semble un outil intéressant. La prévention permet donc ainsi de créer un pont entre les prises en charges somatiques et psychiatriques, encore trop éloignées en 2019, et de lutter efficacement contre le tabagisme en agissant sur des comportements différents, des cultures différentes, des visions du corps différentes et des représentations de la liberté différentes.

La société se doit de poursuivre la lutte contre le tabagisme, en adaptant sa législation et en produisant des stratégies de marketing social pour lutter contre le marketing mise à jour régulièrement par l'industrie du tabac en fonction de la demande des consommateurs.

Un certain nombre de points négatifs, malgré tous nos efforts, continuent d'obscurcir le ciel de la prévention du tabagisme, la peur de la prise de poids à l'arrêt se situant en première position. Cet élément semble être un bon point de transition entre notre expérience et une future approche de prévention sur notre EPSM, en incluant la notion d'équilibre alimentaire et l'activité physique comme nécessaires à la construction de lieux de santé mentale qui n'ignorent pas les maux somatiques de ses occupants.

Bibliographie

1. SANTÉ PUBLIQUE FRANCE Bulletin de Santé Publique – BSP Normandie Janvier 2019 – Tabac. [en ligne]
<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-tabac-en-normandie>
(consulté le 13/03/2019)
2. PIERRE Charles-Henry
Étude de la pertinence en soins primaires des outils et moyens de prise en charge les plus adaptés dans le sevrage tabagique par technique du groupe nominal. [en ligne]
Thèse d'exercice : Médecine : Nancy
<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932313/document>
(consulté le 07/09/2019)
3. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES - AURÉLIE LERMENIER-JEANNET
Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. [en ligne]
https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_18bil.pdf
(consulté le 07/09/2019)
4. HOSPIMEDIA L'actualité des territoires de santé
Psychiatrie - Les EPSM proposent une offre somatique "significative" malgré des effectifs dédiés insuffisants. [en ligne]
<https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20190614-psychiatrie-les-epsm-proposent-une-offre-somatique-significative>

(consulté le 08/09/2019)
5. RÉFÉRENTIEL NATIONAL DE PNEUMOLOGIE – CEP
ECN ITEM #73 – Tabagisme. [en ligne]
<http://cep.splf.fr/enseignement-du-deuxieme-cycle-dcem/referentiel-national-de-pneumologie/>
(consulté le 13/03/2019)
6. FOUILLET M, MASSÉ G, PUCHEAULT M.
Un service de soins psychiatriques sans tabac : l'expérience du centre Henri Rousselle au centre hospitalier Sainte-Anne. L'information psychiatrique. 2007;Volume 83(2):129-36.
7. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé - Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac - Janvier 2015. [en ligne]

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf.

(consulté le 07/09/2019)

8. LA FONDATION CONTRE LE CANCER (BELGIQUE)

IQOS : aussi nocif que la cigarette ? [en ligne]

<https://www.cancer.be/nouvelles/iqos-aussi-nocif-que-la-cigarette>

(consulté le 24/06/2019)

9. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [en ligne]

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf. 2014;562

(consulté le 07/09/2019)

10. Collège des enseignants de pneumologie- 2017

Item 205 – Bronchopneumopathie Chronique Obstructive. [en ligne]

http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2017/03/2017_item_205_BPCO.pdf

(consulté le 05/08/2019)

11. BENAROUS X, LEGRAND C, CONSOLI SM.

L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. La Revue de Médecine Interne. 1 mai 2014;35(5):317-21.

12. BOUILLE Morgan

Étude de l'évolution du tabagisme après un conseil d'arrêt : Retour d'expérience dans un cabinet de médecine générale sur 156 fumeurs. [en ligne]

Thèse d'exercice : Médecine : Rouen

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01900727/document>

(consulté le 13/03/2019)

13. LE PSYCOM (ORGANISME PUBLIC D'INFORMATION)

Psychothérapies – Thérapie Comportementale et Cognitive. [en ligne]

http://www.psycom.org/file/download/22172/309903/file/Therapie_comportementale_et_cognitive_TCC_2018-09_v3_HD.pdf.

(consulté le 13/03/2019)

14. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

Tabagisme et paquet de cigarettes : opinions des adolescents de 17 ans - Tendances 125 – mai 2018. [en ligne]

<https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/tabagisme-et-paquet-de-cigarettes-opinions-des-adolescents-de-17-ans-tendances-125-mai-2018/>

(consulté le 07/09/2019)

15. SERVICE PUBLIC

Interdiction de fumer – Tabagisme – fiche pratique des lieux interdits, sanctions et aides. [en ligne]

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F160>

(consulté le 07/08/2019)

16. LE PARISIEN LIBÉRÉ

États-Unis : cinq décès et 450 malades liés au cigarettes électroniques. [en ligne]

<http://www.leparisien.fr/faits-divers/les-etats-unis-en-alerte-sur-l-e-cigarette-apres-un-3e-deces-de-vapoteur-06-09-2019-8147298.php>

(consulté le 07/09/2019)

17. LE PARISIEN LIBÉRÉ

Les cigarettes électroniques sont «incontestablement nocives», avertit l’OMS. [en ligne]

<http://www.leparisien.fr/societe/les-cigarettes-electroniques-sont-incontestablement-nocives-avertit-l-oms-26-07-2019-8124504.php>

(consulté le 27/07/2019)

18. 20 MINUTES FRANCE SAS

Les États-Unis vont interdire les cigarettes aromatisées. [en ligne]

<https://www.20minutes.fr/monde/2601943-20190912-etats-unis-vont-interdire-cigarettes-electroniques-aromatisees>

(consulté le 14/09/2019)

19. SEBDO LE POINT

L'Inde, grand producteur de tabac, interdit le vapotage. [en ligne]

https://www.lepoint.fr/monde/l-inde-grand-producteur-de-tabac-interdit-le-vapotage-18-09-2019-2336506_24.php

(consulté le 18/09/2019)

20. L'OBS

La France met en place une vigilance renforcée face aux cigarettes électroniques. [en ligne]
<https://www.nouvelobs.com/sante/20190919.OBS18635/la-france-met-en-place-une-vigilance-renforcee-face-aux-cigarettes-electroniques.html>

(consulté le 19/09/2019)

21. LE PARISIEN LIBÉRÉ

Vapotage : les poumons de malades américains comme brûlés par des gaz toxiques. [en ligne]
<http://www.leparisien.fr/societe/vapotage-les-poumons-de-malades-americains-comme-brules-par-des-gaz-toxiques-03-10-2019-8165244.php>

(consulté le 04/10/2019)

22. BOUVET C.

Tabagisme et psychiatrie. L'information psychiatrique. 2007;Volume 83(1):41-7.

23. MICHEL L, LANG J-P.

Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients? L'Information Psychiatrique. 1 sept 2009;85(7):621-8.

24. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

Usages d'alcool, de tabac et le cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018. [en ligne]
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssz6.pdf>.

(consulté le 07/09/2019)

25. FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE CONSEIL NATIONAL
PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

Recommandations de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.

Recommandations Juin 2015. [en ligne]

<http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/>

(consulté le 13/03/2019)

26. L'ASSURANCE MALADIE – AMELIE.FR

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. [en ligne]

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport-charges-et-produits-2019_cp19_01.pdf

27. INSTANCE RÉGIONALE D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
Les stratégies marketing de l'industrie du tabac. [en ligne]
http://ireps-ara.org/publications/tababox/PDF/Fiches-info/info_marketing.pdf
(consulté le 07/09/2019)
28. GALLOPEL-MORVAN K.
Le marketing des industriels du tabac et son influence sur les individus. [en ligne]
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad815355.pdf>
(consulté le 07/09/2019)
29. SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
Rôle du marketing social : quels impacts sur les comportements ? Présentation aux
Journées Nationales de la Fédération Addiction [en ligne]
https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2014/10/ConfD_SPF.pdf
(consulté le 07/09/2019)
30. GALLOPEL-MORVAN K.
Le marketing social au service de la prévention du comportement tabagique des jeunes
Français. [en ligne]
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/160/?sequence=22>
(consulté le 07/09/2019)
31. GALLOPEL-MORVAN K.
Marketing social et marketing social critique : quelle utilité pour la santé publique ? [en ligne]
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2014-4-page-37.htm>
(consulté le 07/09/2019)
32. INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ
Campagnes anti-tabac et élaboration d'une campagne anti-tabac : une méthodologie
rigoureuse. [en ligne]
http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/the_mes/tabac/campagnes.asp
(consulté le 07/09/2019)
33. MÉDIATHÈQUE DES CENTRES RÉGIONAUX D'INFORMATION ET DE PRÉVENTION
DU SIDA
Trente ans de communication contre le tabac : les campagnes CFES - INPES de 1976 à 2011.
[en ligne]

http://mediatheque.lecrips.net/doc_num.php?explnum_id=45867

(consulté le 07/09/2019)

34. SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Trente ans de communication contre le tabac : les campagnes CFES - INPES de 1976 à 2012.

[en ligne]

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/campagnes.asp>

(consulté le 09/06/2019)

35. RÉSEAU DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR LA PRÉVENTION DES
ADDICTIONS (RESPADD)

Agir ADDICTIONS # 5 – Mars 2017 – E-CIG 2016 - Accompagner la réalisation du programme national de réduction du tabagisme : soutenir la politique hôpital sans tabac / lieu de santé sans tabac. [en ligne]

<https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2017/03/Agir-Addictions-5.pdf>

(consulté le 07/09/2019)

36. RÉSEAU DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR LA PRÉVENTION DES
ADDICTIONS (RESPADD)

Résultats audit « Hôpital sans tabac » [en ligne]

<https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/04/CR-REPONSES-AUDIT-HST-155-REPONSES.pdf>

(consulté le 07/09/2019)

37. FAURE S, BABIN M, VELÉ H, DUBÉ G, SAMSON M, GOUJEAU B, ET AL.

La prise en charge de la dépendance au tabac. Actualités Pharmaceutiques. 1 avr 2014;53(535):27-30.

38. SOCIÉTÉ DU FIGARO, SAS

Mois sans tabac : une participation record pour la troisième édition. [en ligne]

<http://sante.lefigaro.fr/article/mois-sans-tabac-une-participation-record-pour-la-troisieme-edition/>

(consulté le 06/08/2019)

39. FÉDÉRATION MAISONS MÉDICALES SANTÉ ET SOLIDARITÉ

Le technique du groupe nominal – Description sommaire. [en ligne]

https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/5453/ddd567cfdde45e186ec79b06126f8e14efd0f720/pdf/groupe_nominal.pdf

(consulté le 13/03/2019)

40. LETRILLIART L, VANMEERBEEK M

A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer 2011, 99:170-177.

41. CONSEIL NATIONAL DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE (CNLE)

Le XXe siècle et le traitement des troubles mentaux. Le 16 novembre 2009 [en ligne]

<http://www.cnle.gouv.fr/Le-XXe-siecle-et-le-traitement-des.html>

(consulté le 05/08/2019)

42. INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Cinquième rapport au président de la République - Avril 2019. [en ligne]

<https://www.e-cancer.fr/content/download/262022/3685802/file/Plan%20cancer%202014-2019%20-%20RAPPORT%20au%20PR%202019.pdf>

(consulté le 04/10/2019)

43. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. [en ligne]

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf

(consulté le 07/09/2019)

44. LA LIGUE CONTRE LE CANCER

Explo'TABAC – Feuille de route – Ateliers 1 à 27. [en ligne]

https://www.ligue-cancer.net/article/42216_explotabac-education-pour-la-sante-des-eleves.

(consulté le 07/09/2019)

45. PROGRAMME NATIONAL SUISSE D'ARRÊT DU TABAGISME

Pharmacie – Vivre sans tabac ; Monoxyde de carbone : test respiratoire. [en ligne]

<http://www.pharmacie-vivre-sans-tabac.ch/fr/page-daccueil/arret-du-tabagisme/conseils/monoxyde-de-carbone-test-respiratoire.html>

(consulté le 09/06/2019)

Annexes

Annexe 1 : Avis favorable du comité d'éthique du Centre Psychothérapique de l'Orne pour la réalisation du projet de thèse.



CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'ORNE

Mr SEVIN Florian

Alençon, le 15 avril 2019

Monsieur,

Dans sa séance du 22 Mars 2019, le Comité éthique du Centre Psychothérapique de l'Orne a examiné votre demande concernant votre travail de recherche universitaire dans le cadre de votre thèse autour de la problématique du tabagisme au CPO.

Le Comité éthique a été très intéressé par votre méthodologie que vous avez présenté aux membres du comité présents, à savoir « méthodologie de type groupe nominal » avec constitution d'un groupe de 5 à 15 personnes incluant 4 patients, 1 cadre, 1 médecin somaticien, 1 psychiatre et 2 soignants.

Après délibération des membres du comité, il en ressort l'analyse suivante :


- La justification de votre étude est pertinente dans la mesure où la problématique du tabagisme concerne 80% des patients du Centre Psychothérapique de l'Orne et que cela représente la deuxième cause de mortalité après le suicide en psychiatrie.
- Les objectifs de votre recherche sont clairement définis et bien argumentés
- Les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs sont précis et adaptés.

En conséquence, le comité éthique du Centre Psychothérapique de l'Orne a émis, à l'unanimité, un avis très favorable à votre démarche de recherche universitaire.

Veillez croire, Monsieur SEVIN, l'expression de notre considération.

Mr Frédéric LEVEILLE
Président du Comité d'Ethique
Centre Psychothérapique de l'Orne

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement type avant signature.

	CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	
<p>Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.</p>	
<p>Titre du projet : Réalisation d'une campagne de prévention du tabagisme dans un centre psychiatrique en utilisant la technique du groupe nominal.</p>	
<p>Personne(s) responsable(s) du projet :</p> <ul style="list-style-type: none">- Florian SEVIN (médecin généraliste), inscrit à la faculté de médecine de Caen.- <u>Andry RABIAZA</u> (docteur en médecine générale, chef de clinique, exerçant à DEAUVILLE).	
<p>Financement du projet de recherche : néant.</p>	
<p>Objectifs du projet : réaliser une campagne de prévention du tabagisme sur le Centre Psychothérapique de l'Orne (CPO) en mêlant compétences et intérêt porté de patients et de soignants de la structure, sur 4 séances.</p>	
<p>Raison et nature de la participation : participation active en tant qu'individu confronté à la problématique du tabagisme, directement ou indirectement, par le biais d'activités ludiques introductives, d'une réflexion constructive et d'un vote final à chaque séance. Chaque séance durera environ une heure et trente minutes. Elles auront lieu à l'intérieur du CPO. Un tableau de disponibilités en terme de dates et horaires vous sera communiquée afin de poser les jours de travail. Les entretiens seront enregistrés sur bande audio.</p>	
<p>Avantages pouvant découler de la participation : votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage d'approfondir vos connaissances sur le tabagisme en général et sur le CPO en particulier. À cela s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement de la prévention du tabagisme sur ce centre psychiatrique par la réalisation de la campagne finale et aussi par l'importance que vous donnerez à la diffusion du message de chaque séance au sein des équipes soignantes et de la patientèle de votre service.</p>	
<p>Inconvénients et risques pouvant découler de la participation : votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Il se pourrait, lors de l'entretien, que le fait de parler de votre expérience vous amène à vivre une situation difficile. Dans ce cas, nous pourrions vous fournir le nom d'un professionnel qui pourra vous donner du support, si vous le souhaitez.</p>	
<p>Initiales du participant : _____ Page 1 sur 3 Version 1 datée du 10 avril 2019</p>	

Droit de retrait sans préjudice de la participation : il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits? Oui Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Compensations financières : néant.

Confidentialité, partage, surveillance et publications : durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, habitudes de vie, résultats de tous les tests, examens et procédures.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Enregistrement audio : il est possible que certaines séances soient enregistrées oralement sur dictaphone. Nous aimerions pouvoir les utiliser, avec votre permission, afin de retracer le déroulement de chaque séance a posteriori et de fournir ainsi une aide à l'analyse scientifique. Cela permettra au chercheur principal de se décharger de la contrainte traçabilité directe au cours de chaque séance qui empêcherait son entier investissement.

Nous autorisez-vous à utiliser ces enregistrements? Oui Non

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de l'établissement de Santé : le Comité d'éthique du CPO a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Initiales du participant : _____ Page 2 sur 3 Version 1 datée du 10 avril 2019

Consentement

Je, _____ (nom en caractères d'imprimerie),
déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la
nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles
on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____ 201_

Initiales du participant : _____ Page 3 sur 3 Version 1 datée du 10 avril 2019

Annexe 3 : Exemple d'analyse d'une affiche en séance de préparation.






3. L'illustration

Le tabac tue.
Peu importe comment
vous le fumez.

1. Le message-choc

2. Le paragraphe explicatif

Cigarettes, cigares, cigarillos, tabac à rouler, pipe, narguilé, tabac à mâcher ou tabac à priser... Peu importe la manière dont vous le consommez, le tabac est mortel. Pour plus d'informations, appelez le 0825 309 310 (0,15 €/min) ou rendez-vous sur www.tabac-info-service.fr.

Annexe 4 : Photo de la décoration de table reproduit à chaque séance de travail.



Annexe 5 : Formulaire vierge du questionnaire de satisfaction (séance 4).

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

1. Pensez-vous que le thème choisi était intéressant? (tabac)
 OUI NON

2. Pensez-vous que le thème choisi est important?
 OUI NON

3. Pensez-vous que faire une affiche est la meilleure façon de communiquer une information?
 OUI NON

Si non, pourquoi?

4. Avez-vous appris des choses?
 OUI NON

5. Pensez-vous que cette affiche servira à quelque chose, à faire reculer le tabagisme au CPO?
 OUI NON

6. Avez-vous modifié votre consommation de tabac au fil des séances?
 OUI NON

7. Avez-vous pris du plaisir dans les séances?
 OUI NON

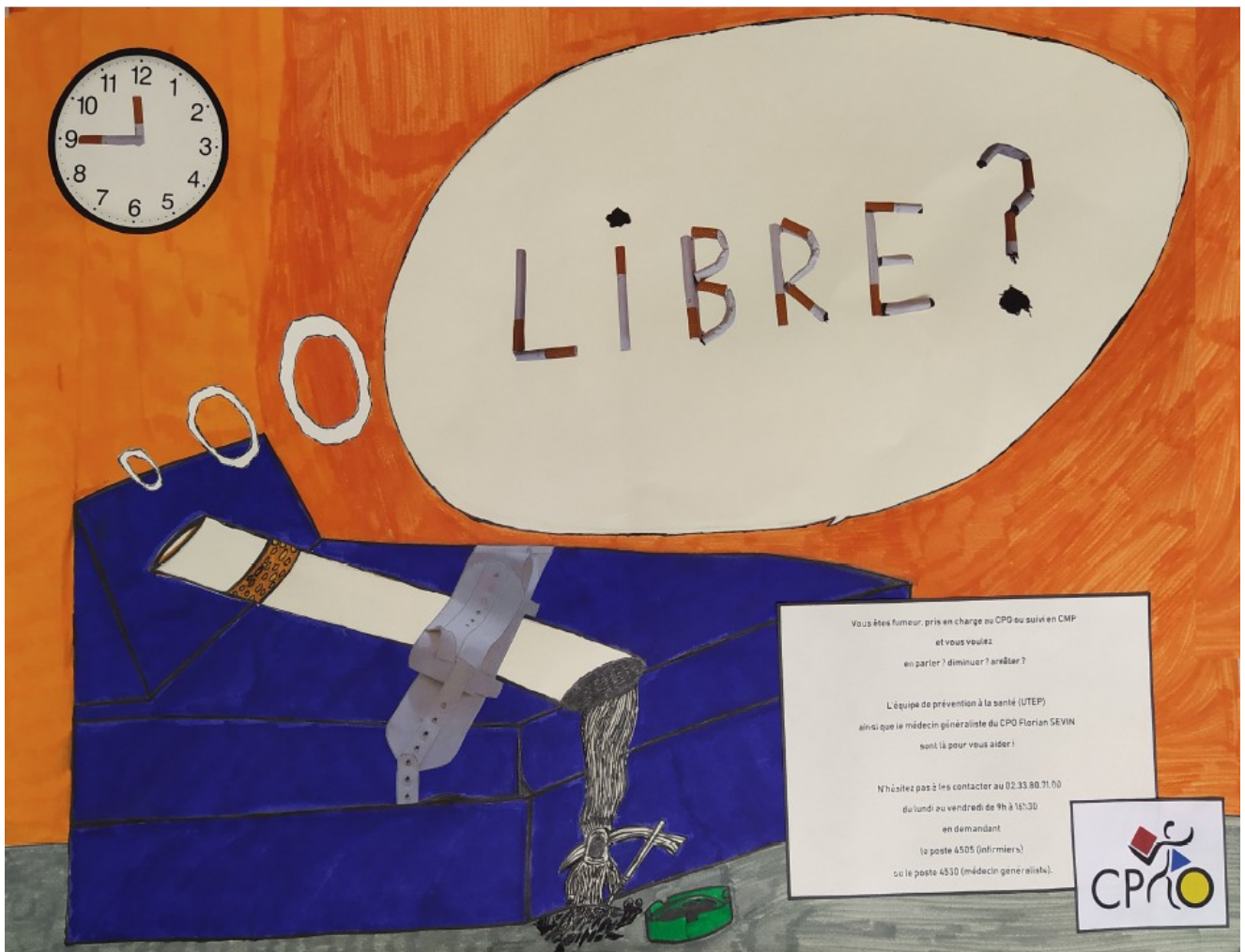
Si non, pourquoi?

8. Avez-vous été à l'aise pendant les séances?
 OUI NON

9. Le lieu des séances vous a-t-il paru adapté?
 OUI NON

10. Des remarques?

Annexe 6 : Affiche de prévention du tabagisme sur l'EPSM d'Alençon et sur le CMP d'Alençon, dans sa version finale imprimée (échelle 1/16)



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : SEVIN Florian

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : **Réalisation d'une campagne de prévention du tabagisme dans un centre psychiatrique en utilisant la technique du groupe nominal.**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : Les établissements publics de santé mentale restent en 2019 des lieux où le tabagisme est difficilement maîtrisable et où les stratégies de marketing de l'industrie du tabac sont très efficaces. Dans le cadre d'une campagne de prévention ciblée, une étude est réalisée afin de produire une affiche mettant en avant la lutte contre le tabac.

Matériel et Méthode : Une étude monocentrique sur le centre psychiatrique d'Alençon est réalisée du 3 mai au 13 septembre 2019. Le consensus autour des différents composants de l'affiche est obtenu par la technique du groupe nominal. Le groupe était composé de 10 participants recrutés dans le centre.

Résultats : 10 personnes dont 4 patients, 2 médecins, 1 cadre de santé et 3 infirmiers ont composé le groupe. Sur l'affiche réalisée, le mot-clef principal choisi a été « Libéré » et a été associé à un paragraphe explicatif sur l'aide au sevrage proposée en interne. L'illustration choisie symbolisait une chambre d'isolement, en opposition au mot-clef.

Conclusion : Le groupe nominal a permis le démarrage d'une campagne de prévention du tabagisme adaptée à la population psychiatrique de par la représentativité de l'échantillon des participants. Cette expérience complète les traitements médicamenteux tout en étant associée aux bases de l'entretien motivationnel et des thérapies cognitivo-comportementales.

MOTS-CLÉS : tabac, groupe nominal, psychiatrie, prévention, marketing, patients, soignants, éducation thérapeutique

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Creation of a smoking prevention campaign in a psychiatric hospital using the nominal group technique.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction : In 2019, public mental health facilities remain places where smoking is difficult to control and where the marketing strategies of the tobacco industry are very effective. As part of a targeted prevention campaign, a study is conducted to produce a poster highlighting the fight against tobacco.

Methods : A monocentric study on the psychiatric center of Alençon is carried out from May 3 to September 13, 2019. The consensus around the different components of the poster is obtained by the technique of the nominal group. The group was composed of 10 participants recruited in the center.

Results : 10 participants including 4 patients, 2 doctors, 1 nurse manager and 3 nurses composed the group. On the poster produced, the main keyword chosen was "Released" and was associated with an explanatory paragraph on the weaning assistance proposed internally. The chosen illustration symbolized an isolation room, in opposition to the keyword.

Conclusion : The nominal group allowed the start of a smoking prevention campaign adapted to the psychiatric population by the representativeness of the participants. This experience rounds off drug treatments while being associated with the basics of motivational interviewing and cognitive-behavioral therapies.

KEY WORDS : tobacco, nominal group, psychiatry, prevention, marketing, patients, caregivers, patient education