



HAL
open science

Prise en charge du tabagisme des patients hospitalisés à l'hôpital de la Colombière au CHU de Montpellier

Clara Meslet

► **To cite this version:**

Clara Meslet. Prise en charge du tabagisme des patients hospitalisés à l'hôpital de la Colombière au CHU de Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02864551

HAL Id: dumas-02864551

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02864551>

Submitted on 11 Jun 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par
Clara MESLET

le 20 mai 2019

TITRE

**PRISE EN CHARGE DU TABAGISME DES PATIENTS HOSPITALISES A L'HÔPITAL
DE LA COLOMBIERE AU CHU DE MONTPELLIER**

Directrice de thèse : **Madame le Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE**

Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pascal DEMOLY

Madame le Professeur Delphine CAPDEVIELLE

Madame le Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Clara MESLET

le 20 mai 2019

TITRE

**PRISE EN CHARGE DU TABAGISME DES PATIENTS HOSPITALISES A L'HÔPITAL
DE LA COLOMBIERE AU CHU DE MONTPELLIER**

Directrice de thèse : **Madame le Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE**

Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pascal DEMOLY

Madame le Professeur Delphine CAPDEVIELLE

Madame le Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	Madeleine	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MAGNAN DE BORNIER Bernard	

CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d’adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d’urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d’urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Merci au Professeur **Sébastien GUILLAUME** d'avoir accepté de présider cette thèse.
Merci pour vos conseils tout au long de ce travail.

Merci au Professeur **Pascal DEMOLY** de m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse.

Merci au Professeur **Delphine CAPDEVIELLE** de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse. Merci d'avoir pris le temps de m'aiguiller pour démarrer ce travail.

Merci au Docteur **Hélène DONNADIEU-RIGOLE** de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour ta disponibilité infaillible et ton soutien. Et surtout, merci de m'avoir fait découvrir l'addictologie dès l'externat, avec une passion contagieuse pour cette spécialité. J'ai hâte de venir travailler à tes côtés.

Merci à **France MURAILLE**, qui m'a beaucoup aidée à manier les outils nécessaires à la recherche bibliographique.

Merci à **Chris SERRAND** de m'avoir aidée dans la partie statistique de ce travail. Merci pour ton altruisme.

Merci à **Antoine VISIER**, pour ton aide et tes conseils sur les résultats de cette étude.

Merci à tous les psychiatres et internes ayant répondu à mon questionnaire, sans qui ce travail n'aurait pas été possible. Merci également aux infirmiers ayant répondu à mon questionnaire.

Merci au Docteur **Sabrina MANSARD** pour m'avoir fait démarrer mon internat de psychiatrie avec autant de dynamisme et d'humour.

Merci au **Docteur Guillaume JEANNE**, de m'avoir initiée à l'addictologie quand je n'étais qu'une petite externe, et d'avoir continué à m'épauler dans la suite de mes aventures.

Merci au Docteur **Yann QUINTILLA** pour l'école de la vie.

Merci au Docteur **Jean-Baptiste VALIENTE-MORO** pour ta sérénité en toutes circonstances durant ce semestre dans l'océan indien.

Merci au Docteur **Martine PARADIS**, pour ta pédagogie et ta gentillesse.

Merci à mes co-internes, **Carole, Yann**, les 3 **Clémentines**, **Jean, Jacques, Chrys, Ali, Loïc, Cléo, Olivier, Marie, Alban**, pour avoir coloré de nombreuses journées de boulot, et pour les soirées...

Merci à mes colocs, **Clarisse, Kévin, Marie-Agnès**, d'avoir fait de cette maison un nid douillet. Ce n'est que le début d'une belle aventure (oui Agnès, pour toi aussi ce n'est que le début, 10 ans d'amitié, c'est rien comparé à ce qui nous attend!)

Merci à mes colocs de la réunion, **Meuthieu, Océane, Thibault, Alisson, Antoine**, pour ce semestre inoubliable.

Merci **Marie-So** pour ta bonne humeur inconditionnelle.

Merci à toute la **NPF**, ma petite **Copé**, mama **Lilou**, ma **Lapinette, Laeti, Thibault, Baptiste, Arthur, Romino, Mikalbote**, el **Mignon, Lucas, Popol, Pierrot**. Merci d'être vous. Ne changez surtout pas. « Le vrai amour, c'est l'amitié en fait. »



Merci au futur doyen, **Bader**, et aux autres amis rencontrés sur les bancs de la fac, **Dédé, Tutu, Margot, Kelly**... Merci **Youssef** pour ta bienveillance.

Merci ma **Lana** pour ta douceur.

Merci ma **Didou** pour ta voix envoûtante.

Merci mes beaux schtroumpfs, mon **Paco, Anthony, Clément, Coco, David, Gauthier** (et merci de m'avoir fait rencontrer **Pauline** que je remercie aussi), **Loïc, Manu** (et merci de me permettre de remercier **Mme Nicolas**), **Paul, Mike**. Grâce à vous je vis dans la certitude que jamais je ne connaîtrai l'ennui.

Danke schön mein **Mammouth**, ich vermisse dich.

Merci ma **Pauline** de bien t'occuper du tout-p'tit-tout-p'tit.

Merci à l'équipe sétoise, **Laure, Joseph, Bilo, Sandra**, pour toutes ces belles soirées. Et c'est pas fini.

Merci **John** et **Cindy** pour la musique, la danse, and for spreading the love.

Merci **Julien**, mon amour, de me surprendre chaque jour un peu plus.

Merci **Grand-Pa**, pour la musique et la nature.

Merci **Mamie**, pour les oiseaux et les œufs mimosas.

Merci **Scotche**. C'est la deuxième fois que tu es remerciée dans une thèse, plus que certains humains. La classe. Ceci est un appel au défi pour les futurs thésards qui ont eu l'immense privilège de vivre avec toi.

Merci **Anne-Cécile**, vive l'art, la famille, les confettis et l'amour !

Merci **Suzanne** et **Paula**, sources de bonheur inépuisables.

Merci **Eléonore** pour toute cette tendresse qui déborde.

Merci **Emma** pour ta générosité et ta douceur.

Merci **Adrien** pour m'avoir appris la vie.

Merci **Mathilde** pour ton joli petit grain de folie qui me fait tant rire.

Merci **Papa** pour ton éducation, ta force, ton amour, pour tout...

Merci Maman

ABREVIATIONS et ACRONYMES

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute autorité de Santé

ATV : Aire tegmentale ventrale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

CIM : Classification Internationale des Maladies

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Récapture de Sérotonine

IMAO : Inhibiteur de la Mono Amine Oxydase

PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale

CRP : C-Reactive Protein

FFP : Fédération Française de Psychiatrie

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

RESPADD : Réseau de Prévention des Addictions

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

Inpes : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	23
A. Généralités sur le tabagisme.....	23
1. Prévalence en population générale :.....	23
2. Morbi-mortalité du tabagisme.....	23
3. L'addiction au tabac :.....	24
4. Prise en charge de l'addiction au tabac :.....	26
a) Recommandations de prise en charge actuelles :.....	26
b) Conseil minimal et conseil spécifique :.....	27
B. Tabagisme et psychiatrie :.....	28
1. Données épidémiologiques chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques :.....	28
a) Prévalence de la consommation de tabac :.....	28
b) Niveau de dépendance à la nicotine :.....	29
c) Morbi-mortalité du tabagisme :.....	29
d) Diminution de la consommation de tabac :.....	30
2. Lien entre le tabagisme et les principaux troubles psychiatriques :.....	30
a) Tabagisme et suicide :.....	30
b) Tabagisme et psychose :.....	32
(1) Hypothèses d'explication de la forte prévalence du tabagisme chez les personnes souffrant de psychose :.....	32
(2) Le tabac : un facteur de risque de psychose ?.....	33
(3) Le rôle de l'industrie du tabac :.....	34
c) Tabagisme et troubles anxieux :.....	34

d)	Tabagisme et dépression :	35
e)	Tabagisme et trouble bipolaire :	36
3.	Le sevrage tabagique chez les patients souffrant de troubles psychiatriques :	37
a)	Recommandations qui existent actuellement :	37
b)	Motivation à l'arrêt chez ces patients :	38
c)	Difficultés rencontrées pour arrêter le tabac :	40
d)	Effets du sevrage tabagique sur la santé mentale :	40
e)	Obstacles à la prise en charge tabacologique des patients souffrant de troubles psychiatriques :	41
f)	Quelle prise en charge proposer ?	42
(1)	Moyens thérapeutiques ciblés ?	42
(2)	Conseils à l'arrêt:	43
(3)	Prise en charge en milieu hospitalier psychiatrique :	43
C.	Consommation de tabac dans les hôpitaux psychiatriques :	44
1.	Rappels sur la législation :	44
2.	Réflexions sur ce qu'implique la législation à l'hôpital :	46
a)	Composante sociale de l'acte de fumer :	46
b)	Rapports entre les soignants et les patients :	46
c)	Conséquences médicales :	47
D.	QUESTION POSEE :	49
II.	Méthodes :	49
A.	Type d'étude :	49
B.	Population étudiée :	50
1.	Population cible :	50
2.	Constitution des échantillons :	50

3.	Objectifs et critères de jugement :	50
4.	Elaboration de questionnaires et modalités de passation :	51
5.	Durée et dates de l'enquête :	54
6.	Analyses statistiques :	55
III.	Résultats :	55
A.	Taux de réponse des psychiatres :	55
B.	Caractéristiques socio-démographiques :	55
C.	Dépistage du tabac en hospitalisation :	57
D.	Fréquence du dépistage du tabac en consultation :	59
E.	Formations en tabacologie :	62
F.	Habitudes de prescription en intra-hospitalier :	63
G.	Dépistage des toxiques en entretien :	64
H.	Dépistage des toxiques via un examen biologique :	65
I.	Déterminants subjectifs du dépistage et de la prise en charge du tabagisme chez les psychiatres :	65
J.	Commentaires libres des psychiatres :	66
K.	Réponses des infirmiers :	67
IV.	Discussion :	67
A.	Interprétation des résultats :	67
1.	Caractéristiques de l'échantillon :	67
2.	Dépistage de la consommation de tabac :	68
3.	Formation en tabacologie :	69
4.	Habitudes de prescription en intra hospitalier :	70
5.	Dépistage des toxiques :	71

6. Déterminants subjectifs du dépistage et de la prise en charge du tabagisme chez les psychiatres :	71
7. Commentaires libres :.....	73
8. Réponses des infirmiers :	73
B. Forces de l'étude :	75
C. Limites de l'étude :.....	76
D. Implications cliniques et perspectives :.....	77
V. BIBLIOGRAPHIE.....	78
VI. Annexes :	86
VII. Liste des tableaux et des figures :.....	105

I. INTRODUCTION

A. Généralités sur le tabagisme

1. Prévalence en population générale :

En 2018, le nombre de fumeurs de tabac dans le monde est estimé à 1,1 milliards par l’OMS selon un rapport publié en mai 2018 (1). Les actions anti-tabac existent et se renforcent progressivement depuis plus de 50 ans, ce qui semble avoir des effets positifs puisque la proportion de fumeurs dans le monde commence à baisser de manière significative depuis l’année 2000 : elle a été ramenée de 27% en 2000 à 20% en 2016 (1). Cette baisse est cependant jugée insuffisante au regard des conséquences dramatiques sur la santé et la mortalité.

2. Morbi-mortalité du tabagisme

- Dans le monde :

Depuis 2005, la mortalité attribuable au tabac a augmenté (2), et en mars 2018, l’OMS déclare que plus de 7 millions de personnes meurent chaque année à cause du tabac. La moitié des consommateurs de tabac en meurt. (3)

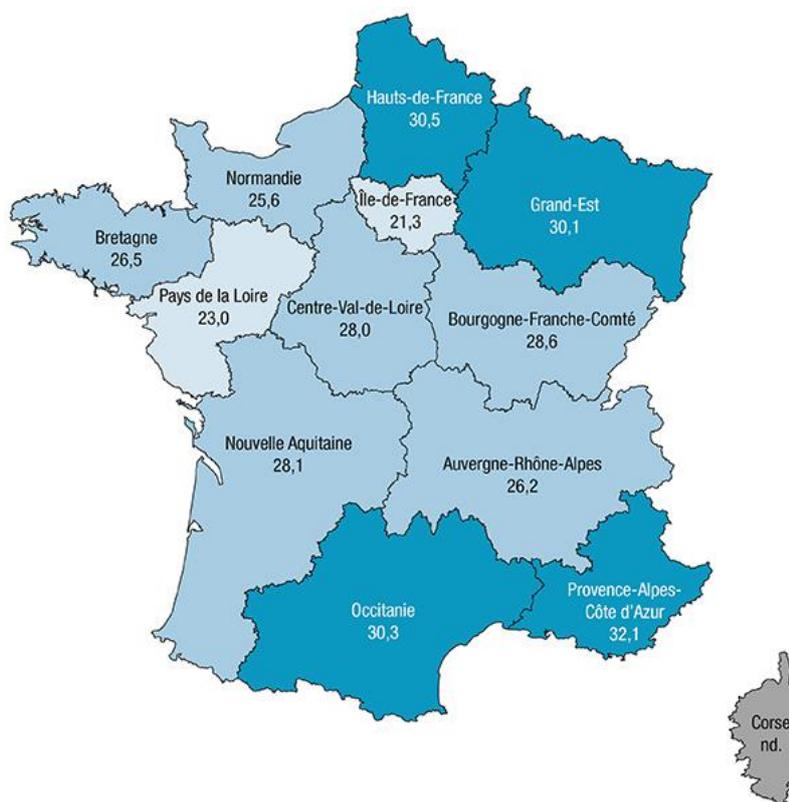
Le tabac est le principal facteur de risque des maladies cardio-vasculaires, des cancers et des maladies respiratoires chroniques, et ce notamment dans les pays développés. (2)

- En France :

Selon le Baromètre santé 2017, 35,1% des adultes français déclaraient fumer. En 2013, 73000 décès étaient attribuables au tabac, soit 200 personnes par jour. Selon l’HAS, le tabac est la première cause de mortalité évitable en France. (4)

La région Occitanie se situe au-dessus des moyennes nationales en ce qui concerne le tabagisme quotidien, avec une prévalence de 30,3%, contre 28,7% au niveau national. (5)

Prévalence (en %) du tabagisme quotidien par région parmi les 18-75 ans, France métropolitaine, 2017 :



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France.

* Différences significatives au seuil de 5% pour la comparaison de chaque région au reste de la France métropolitaine. Les taux sont standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national.

Source : www.santepubliquefrance.fr

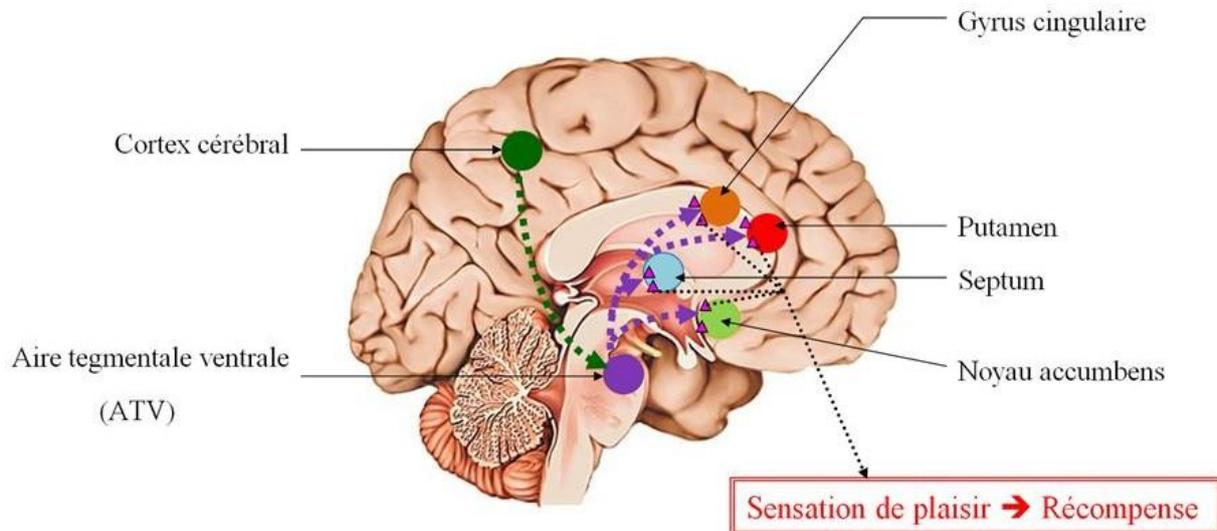
3. L'addiction au tabac :

La nicotine, principal alcaloïde du tabac, joue un rôle majeur dans la dépendance au tabac, bien que sa toxicité soit faible. Les principaux éléments hautement toxiques étant les particules fines (responsables de phénomènes inflammatoires et des thromboses

artérielles), les goudrons (cancérogènes), le monoxyde de carbone (qui crée une hypoxie et des lésions endothéliales entraînant des maladies cardio-vasculaires) et les nitrosamines (cancérogènes). (6)

Après consommation (inhalation d'une bouffée de fumée de tabac), la nicotine est absorbée par les alvéoles pulmonaires puis rejoint le système veineux pulmonaire qui l'amène au cerveau. Elle atteint le cerveau en quelques secondes seulement (entre 9 et 19 secondes (7)). La nicotémie augmente très rapidement dès les premières bouffées et atteint son maximum lorsque le fumeur éteint sa cigarette.

La nicotine agit sur des récepteurs centraux et périphériques. Les récepteurs centraux de la nicotine se situent dans le noyau accumbens et l'aire tegmentale antérieure. En se fixant à ces récepteurs, elle entraîne la libération d'acétylcholine, de dopamine, de noradrénaline, d'acide amino-gammabutyrique, de glutamate et de sérotonine. Cela produit un effet de récompense car il existe une modulation de la libération de dopamine dans le noyau accumbens. (7)



Légendes:

-----> : Trajet des informations reçues et traitées par l'ATV

-----> : Trajet des informations émises par l'ATV

▲ : Libération de dopamine

.....> : "Déclenche"

Source : www.ipubli.inserm.fr

L'addiction à une substance se définit comme une impossibilité de contrôler sa consommation malgré des conséquences négatives, et ce de manière prolongée.

L'addiction au tabac est très répandue, classée comme un « trouble lié à l'usage d'une substance » selon le DSM V (*cf.* annexes), avec différents degrés de sévérité. Selon la CIM 10, l'addiction au tabac est déclinée selon différents degrés de « mésusage » : l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance.

Le tabac est une substance à très haut pouvoir addictif puisque celui-ci dépend en partie de la rapidité entre le comportement d'auto-administration et l'effet de récompense qu'elle procure. (8)

Le tabac est la substance la plus addictive, en tête de liste devant l'héroïne, la cocaïne, puis l'alcool. (9) (10)

4. Prise en charge de l'addiction au tabac :

a) Recommandations de prise en charge actuelles :

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé ont été mises à jour en 2014 : le dépistage individuel de la consommation de tabac doit concerner tous les professionnels de santé de premier recours. Toute personne devrait être questionnée sur son tabagisme et bénéficier d'un conseil minimal par son médecin généraliste. La prise en charge de première intention concerne les fumeurs en demande d'aide et comprend un soutien psychologique, associé à une thérapie cognitivo-comportementale, de la guidance, des conseils et/ou des entretiens motivationnels. La dépendance à la nicotine doit être évaluée par le test de Fagerström. En première intention médicamenteuse, pour les fumeurs dépendants (physiquement) à la nicotine, il convient d'utiliser des substituts nicotiques. En deuxième intention, il existe deux médicaments d'aide au sevrage : la varénicline qui

est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine, et le bupropion qui est un inhibiteur de la recapture des catécholamines. (10) Les autres antidépresseurs, ISRS et IMAO, n'ont pas montré d'intérêt dans le sevrage au tabac. (11)

Pour tout patient hospitalisé, l'HAS recommande un dépistage systématique du tabagisme et une traçabilité dans le dossier médical. En cas de situation d'arrêt contraint par l'hospitalisation, une substitution doit être systématiquement proposée.

b) Conseil minimal et conseil spécifique :

Le conseil minimal consiste en deux questions simples : « Fumez-vous ? » suivie en cas de réponse positive de la question « Souhaitez-vous arrêter ? ». (cf. image ci-dessous) Même en cas de réponse négative à cette deuxième question, il semblerait que ces questions aient un effet positif sur la motivation à arrêter de fumer ; c'est pourquoi commencer par un dépistage simple du tabac est essentiel. Le conseil minimal a montré son efficacité en ambulatoire, tous types de patients confondus (12), en effet ces 2 questions posées par un médecin doublent le taux de succès à l'arrêt (13) ; le conseil plus intensif également (14), mais aussi chez des patients hospitalisés dans tous types de services (15).



Source : <http://www.ssmg.be>

B. Tabagisme et psychiatrie :

1. Données épidémiologiques chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques :

a) Prévalence de la consommation de tabac :

Les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie psychiatrique au cours de leur vie ont un risque plus de 2 fois plus grand d'être fumeurs que les personnes qui n'ont jamais eu de diagnostic de trouble psychiatrique (16) (17) (18). Selon une de ces études, le taux de consommation de tabac chez les personnes ayant un trouble mental actuel serait de 39% et les personnes ayant eu un trouble mental sur la vie entière de 35%, contre 16% chez les personnes n'ayant jamais eu de trouble mental. (16)

Une personne ayant un trouble psychiatrique en cours a alors un risque environ 3 fois plus grand d'être fumeuse. Ces personnes ont un peu moins de chance d'arrêter et plus de risque d'être des *heavy smokers* (définis par une consommation de plus de 24 cigarettes par jour). (16)

L'explication de l'association entre les troubles mentaux et la consommation de tabac est complexe et dépend du trouble mental considéré. Les principales hypothèses qui ont été émises sont l'automédication, une vulnérabilité commune et un lien de cause à effet, dans un sens ou dans l'autre. Celles-ci seront évoquées dans les différentes parties du chapitre B2.

b) Niveau de dépendance à la nicotine :

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ont un niveau de dépendance à la nicotine plus élevé qu'en population générale, avec un nombre de cigarettes fumées quotidiennes plus important. (17) Les patients qui auraient un plus haut niveau de dépendance tel que défini dans le DSM sont ceux souffrant de dépression, de troubles anxieux et de schizophrénie.

c) Morbi-mortalité du tabagisme :

Les conséquences somatiques et la mortalité liées au tabac sont plus importantes qu'en population générale. En effet, la mortalité liée au tabac en population psychiatrique est de 53% chez les patients souffrant de schizophrénie, 48% chez les patients souffrant de troubles bipolaires et 50% chez les patients souffrant de troubles dépressifs (19), ce qui est très largement supérieur à la mortalité par tabac en population générale.

Si l'on compare avec les causes de mortalité pour chaque maladie psychiatrique, le tabagisme est devant le suicide ; par exemple, chez les personnes souffrant de schizophrénie, la mortalité par suicide est bien moindre, aux alentours de 5%. (20)

De manière générale, parmi les personnes souffrant de troubles mentaux, les premières causes de mortalité sont les maladies cardio-vasculaires et respiratoires, imputables en grande partie au tabagisme. Le suicide vient en 3^{ème} position seulement. Ceci peut aussi être expliqué par une moins bonne hygiène de vie sur le plan de l'alimentation, de l'activité physique, et une moins bonne prise en charge des pathologies somatiques. Cette population est également moins visée par les programmes de réduction du tabagisme, malgré un besoin supérieur puisque consommant plus de tabac. (21) (22) Pourtant, ces personnes sont en contact régulier avec des professionnels de santé. Mais il semblerait que leur tabagisme soit moins dépisté, et qu'elles reçoivent moins de conseils à l'arrêt. Cela s'explique en partie par le fait qu'il existe des idées reçues parmi les professionnels

de santé qui entraînent des obstacles à leur prise en charge tabacologique, ce qui sera étudié dans la partie B3.

d) Diminution de la consommation de tabac :

La diminution du tabagisme dans cette population est significativement plus faible que la diminution du tabagisme en population générale. Il semblerait que les programmes de prévention et de réduction du tabagisme qui sont destinés à la population générale aient eu moins d'impact sur les personnes souffrant de pathologies psychiatriques, ce qui pourrait expliquer ces résultats. (23) Il semble donc primordial d'adapter ces programmes aux personnes souffrant de troubles psychiatriques.

2. Lien entre le tabagisme et les principaux troubles psychiatriques :

Seront évoquées dans cette partie le suicide et les principaux troubles mentaux graves de l'axe I, qui sont les principales pathologies que l'on rencontre décompensées en hospitalisation en psychiatrie.

a) Tabagisme et suicide :

De nombreuses études récentes mettent en évidence un lien entre tabagisme et suicide, bien que certaines n'aient pas pris en compte tous les facteurs confondants potentiels.

Le risque d'idéation suicidaire est significativement augmenté par rapport aux anciens fumeurs et aux non-fumeurs. (24) Une étude a montré que les fumeurs avaient également un risque de suicide significativement supérieur aux anciens fumeurs et non-fumeurs, et ceci ajusté sur les symptômes dépressifs. En comparant les *heavy smokers* et les *light smokers* (consommation inférieure à 5 cigarettes par jour les jours de consommation, et

consommation non quotidienne), on retrouve un risque supérieur chez les *heavy smokers*. (25)

Plusieurs études montrent ce risque accru de suicide chez les fumeurs et ce de manière dose-dépendante. (26) (27) (28)

La létalité du moyen utilisé dans les tentatives de suicide serait plus importante chez les *heavy smokers*. (29)

Une étude a montré que la consommation de tabac chez les adolescents et les jeunes adultes augmentait le risque d'avoir des idéations suicidaires, et non l'inverse (30), ce qui va dans le sens d'un lien de causalité.

Une étude a comparé les fractions étiologiques de différents troubles mentaux dans le suicide, et a retrouvé que la dépendance à la nicotine était en 3^{ème} position (8,4%), derrière le trouble dépressif majeur (26,6%) et le trouble de personnalité borderline (18,1%). (31)

L'arrêt du tabac aurait donc un intérêt dans la prévention du suicide, puisqu'être un ancien fumeur n'est pas un facteur de risque de suicide. De plus, les idées noires et les idées suicidaires ne font pas partie du syndrome de sevrage et aucune étude n'a étudié spécifiquement la survenue d'idées suicidaires au moment du sevrage tabagique. Cette question semble alors importante à élucider, et le « moment » du sevrage tabagique à préciser. Nous verrons dans la partie B3 que ces données contrastent avec des idées reçues assez répandues.

Plusieurs hypothèses ont été évoquées pour expliquer ce lien de causalité : une inflammation chronique (32), une hypoxie cérébrale chronique, un effet toxique de la nicotine et une inhibition de la mono-amine oxydase. (33)

b) Tabagisme et psychose :

(1) Hypothèses d'explication de la forte prévalence du tabagisme chez les personnes souffrant de psychose :

Un lien statistique est maintenant bien identifié entre les psychoses, notamment la schizophrénie, et la consommation de tabac. Une personne souffrant de schizophrénie aurait environ 6 fois plus de risque d'être fumeur que la population générale, 3 fois plus de risque que les personnes souffrant d'autres troubles mentaux sévères, et significativement plus de risque d'avoir un plus haut niveau de dépendance à la nicotine que la population générale. Leur taux d'arrêt est également plus faible. (34)

La fréquence des consommateurs de tabac chez les patients souffrant de schizophrénie varie de 60 à 90% selon les études, contre 23 à 30% dans la population générale. Ils ont également une façon de consommer différente du reste de la population, avec une inhalation plus profonde de la fumée du tabac et ainsi un taux d'extraction plus élevé de la nicotine. (35)

La principale hypothèse pour expliquer ce lien est l'automédication. Elle viserait à améliorer les compétences cognitives, contrer les effets secondaires des neuroleptiques et certains symptômes psychotiques. Ceci pourrait être expliqué par le fait que la nicotine entraîne un relargage de dopamine et une diminution des taux sanguins d'antipsychotiques par induction enzymatique ; ce qui a été montré principalement pour la clozapine et dans une moindre mesure pour l'olanzapine. (36) En ce qui concerne les patients traités par d'autres neuroleptiques ou encore ceux qui sont non-observants, la réalité clinique de ces effets recherchés est très controversée.

En effet, l'hypothèse de l'automédication afin d'améliorer les performances cognitives a été réfutée par plusieurs études :

Il n'y a pas de différence au moment de l'arrêt du tabac (un jour après et une semaine après), en ce qui concerne : la vitesse de traitement des informations, l'attention, la résolution de conflits, la mémoire de travail, la mémoire verbale, la fluence verbale et les fonctions exécutives. Il n'y a pas non plus de différence après 3 semaines de reprise du

tabac, ni de différence comportementale. Il n'y aurait donc pas de réelle amélioration objective des fonctions cognitives mais plutôt une impression de leur amélioration. (37)

Une autre étude a inclus la PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) dans son évaluation et n'a pas trouvé de lien entre ce score, évaluant les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie, et la dépendance à la nicotine. Plus précisément, le score total de la PANSS, notamment les symptômes positifs, étaient plus élevés chez les fumeurs de dépendance modérée que chez les fumeurs de haute dépendance et les non-fumeurs ; ce qui invalide un lien de causalité. Le lien entre la dépendance nicotinique et les symptômes psychotiques demeure complexe à comprendre. Il n'y a pas non plus de différence significative des symptômes extra-pyramidaux et akathisies chez les patients sous neuroleptiques. Les symptômes de désorganisation étaient plus importants chez les fumeurs à dépendance élevée à la nicotine. (38)

La lutte contre l'ennui chez ces patients dont l'apragmatisme peut souvent être perçu comme de l'oisiveté a également souvent été évoquée, notamment en institution.

Il n'y a pas d'augmentation du risque de tentative de suicide ni de suicide dans l'année suivant le sevrage et pas de différence selon les médicaments utilisés pour le sevrage (incluant la substitution nicotinique, varenicline et bupropion) et le traitement antipsychotique. (39)

(2) Le tabac : un facteur de risque de psychose ?

Le tabagisme quotidien est associé à un risque accru de psychose et un âge plus précoce de début des troubles. Les auteurs suggèrent que cela pourrait s'expliquer par le fait que la consommation régulière de nicotine viendrait accroître la production de dopamine. Le lien de causalité est encore flou, cette association pouvant être expliquée par les symptômes prodromaux de psychose. (40)

Parmi les patients qui font un premier épisode psychotique, la prévalence du tabagisme est élevée (58.9%) et la consommation a débuté en moyenne 5.3 ans avant le premier

épisode. Il y a une forte association entre le premier épisode psychotique et le tabagisme (Odds ratio : 6.04 ; IC : 3.03-12.02). Après traitement de l'épisode, il n'y a pas de différence dans la consommation de tabac. (41) Ces données suggèrent que le tabac pourrait être un facteur de risque de développer une psychose ou qu'il existerait une vulnérabilité commune. Ces pistes de recherche méritent d'être plus explorées, d'autant qu'elles pourraient également expliquer en partie le lien entre consommation de cannabis et psychose, puisque le cannabis se consomme dans la grande majorité des cas avec du tabac. La question d'une vulnérabilité commune entre le développement d'addictions et d'une schizophrénie se pose.

(3) Le rôle de l'industrie du tabac :

Des documents secrets de l'industrie du tabac datant de 1955 à 2004 ont été retrouvés, et ont été analysés par Prochaska en 2008. L'industrie du tabac a financé des recherches qui soutenaient l'idée que le tabac serait moins toxique chez les personnes souffrant de schizophrénie et pourrait avoir des effets bénéfiques sur leur maladie. Elle a fourni certains hôpitaux psychiatriques en tabac et a lutté contre l'instauration de l'interdiction de fumer dans les hôpitaux. Elle a donc contribué à ralentir la baisse de prévalence du tabagisme chez les patients schizophrènes et parasité la recherche sur la relation entre le tabac et la psychose. (42)

c) **Tabagisme et troubles anxieux :**

Le taux de tabagisme chez les personnes souffrant de troubles anxieux est supérieur à celui de la population générale. De multiples études montrent que le tabac semble être un facteur de risque de développer un trouble anxieux, l'inverse n'ayant pas été démontré lorsqu'on ajuste avec de nombreux facteurs de confusion (troubles liés à l'usage de substance), sauf en ce qui concerne la phobie sociale. Les troubles anxieux

principalement concernés sont le trouble anxieux généralisé et le trouble panique. (43)
(44)

Plusieurs études ont également montré un lien entre l'exposition précoce au tabac (en pré-natal, durant l'enfance et l'adolescence) et le risque de développer plus tard un trouble anxieux. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le tabac entraîne de l'inflammation, du stress oxydatif et nitrosatif, des dysfonctions mitochondriales, et certains effets épigénétique, tous ces phénomènes étant impliqués dans la genèse de l'anxiété. (45)

d) Tabagisme et dépression :

Plusieurs études ont montré une association entre la dépression et la consommation de tabac. Une méta-analyse a montré que la consommation de tabac était associée à un risque presque 2 fois plus important de souffrir de dépression que chez les sujets non-fumeurs et les anciens fumeurs. (46)

Le lien de causalité est bidirectionnel. Un antécédent d'épisode dépressif majeur augmente significativement le risque (par 3 environ) d'avoir une consommation tabagique quotidienne. Inversement, la consommation quotidienne de tabac augmente significativement le risque de faire un épisode dépressif majeur (environ 2 fois) (47). L'explication demeure complexe. Les hypothèses qui ont été émises sont l'automédication (à tort) par la cigarette chez un sujet déprimé, et les effets neuropharmacologiques du tabac évoqués plus haut dans le chapitre sur le suicide, qui interviennent également dans le mécanisme de la dépression. La fonction Inhibitrice de Mono-Amine Oxydase des fumeurs est altérée lorsque la consommation est régulière, et elle ne revient à la normale que plusieurs semaines après l'arrêt. Le niveau de sérotonine est moins élevé chez les fumeurs, ce qui est associé à des humeurs plus basses. (48)

Cette association bidirectionnelle a été démontrée également chez les adolescents. Elle est même plus forte pour cette tranche d'âge. (49)

e) **Tabagisme et trouble bipolaire :**

La prévalence du tabagisme chez les personnes souffrant de trouble bipolaire est comprise entre 60 et 70%, c'est-à-dire 2 à 3 fois plus qu'en population générale. (50)

La consommation de tabac est associée à un plus mauvais pronostic de la maladie bipolaire, avec notamment une plus grande fréquence de symptômes psychotiques. (51) (52) (53) Le tabac est associé à un début des troubles plus précoce. A l'instar de la dépression, la causalité semble bidirectionnelle. (50)

Le tabac augmente de manière indépendante le risque de tentative de suicide chez les patients bipolaires. (50). Comme nous l'avons vu plus haut, le lien entre suicide et tabagisme est probablement expliqué en partie par l'inflammation. Les patients suicidaires ont en effet un niveau de CRP sanguin plus élevé que des sujets contrôles sains et des sujets contrôles ayant des maladies psychiatriques, et l'on sait que le tabagisme entraîne également une augmentation de la CRP. Une étude ayant étudié ce lien chez une population de patients bipolaires a montré que les patients bipolaires ayant des antécédents de tentative de suicide ont trois fois plus de risque d'avoir une dépendance sévère au tabac mais ce lien ne semble pas pouvoir être expliqué par une augmentation de la CRP. (54)

Les neurotransmetteurs jouent un rôle majeur dans le lien entre la maladie bipolaire et la consommation de tabac. La nicotine entraîne un relargage de dopamine et de norépinephrine, qui sont des neurotransmetteurs impliqués dans le trouble bipolaire, avec notamment une dysrégulation cyclique de la dopamine. On suppose donc que les patients souffrant de troubles bipolaires sont plus sensibles au renforcement positif de la consommation de tabac. Le stress oxydatif et nitrosatif et l'exposition aux radicaux libres semblent également jouer un rôle. (50)

3. Le sevrage tabagique chez les patients souffrant de troubles psychiatriques :

a) Recommandations qui existent actuellement :

Les dernières recommandations de l'HAS datent de 2014 :

Une comorbidité anxieuse rendra le syndrome de sevrage plus intense, avec une augmentation de l'anxiété dans les 2 semaines suivant l'arrêt. Le niveau d'anxiété sera en revanche plus bas à distance du sevrage que durant la période de tabagisme actif (10), d'où la recommandation de faire une Hospital Anxiety and Depression scale (*cf.* Annexes) pour tout sujet fumeur en vue d'un sevrage : « Il est recommandé de repérer les comorbidités psychiatriques, antérieures ou concomitantes à la consommation de tabac, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique. »

Chez les patients souffrant de trouble anxieux, il est primordial de les informer que leur trouble sera amélioré sur le long terme par l'arrêt du tabac. Chez les sujets ayant des troubles de l'humeur, il est recommandé d'être vigilant quant à une rechute dépressive lors du sevrage. Même s'il a été démontré que les affects dépressifs sont également améliorés à long terme par le sevrage (partie B3), la rechute dépressive peut être un facteur de reprise du tabac et de maintien de l'addiction.

Pour les patients ayant un trouble psychiatrique sévère, il est préconisé d'envisager le sevrage lorsque le patient peut gérer son traitement lui-même. Or selon les recommandations durant une hospitalisation, « il convient d'envisager un traitement de substitution en accord avec l'équipe psychiatrique ».

La FFP a précisé en 2008, lors d'une conférence d'experts, qu'il convenait de prescrire des ISRS aux sujets ayant des troubles anxieux, au moment du sevrage, s'ils n'étaient pas déjà traités.

La Fédération Française de Psychiatrie a émis des recommandations en juin 2015 :

Il faudrait développer la formation des professionnels à la prise en charge spécifique du tabagisme chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Tous les établissements recevant des patients ayant des maladies psychiatriques « devraient

pouvoir offrir à ces patients l'accès rapide à un soignant addictologue et aux traitements adaptés en cas de demande d'aide à la diminution du risque tabagique » et « devraient produire dans leur rapport annuel une statistique sur le nombre de patients fumeurs, le nombre de consultations d'un soignant addictologue et le volume de consommation des traitements de substitution nicotinique ».

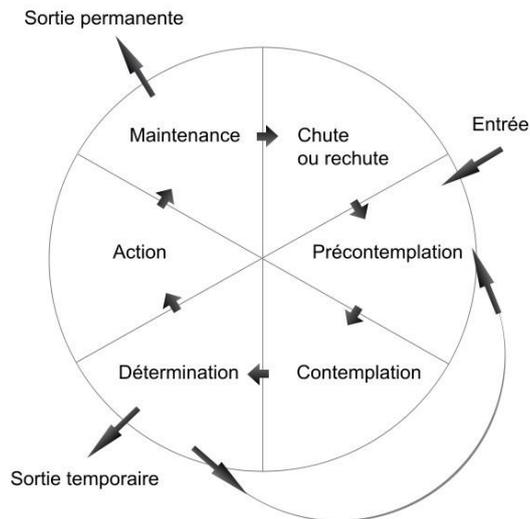
Aux Etats-Unis, les recommandations de bonnes pratiques indiquent que la prise en charge chez les personnes ayant une maladie psychiatrique doit être la même que le reste de la population. (55)

Au regard de la problématique majeure du tabagisme en psychiatrie, nous n'avons actuellement pas assez de recommandations concernant sa prise en soins. Il serait intéressant de pouvoir adapter la prise en charge à la maladie concernée, notamment chez les sujets schizophrènes, pour qui le tabagisme est un problème central.

b) Motivation à l'arrêt chez ces patients :

Les personnes souffrant de maladies psychiatriques seraient tout autant motivées que le reste de la population générale pour arrêter le tabac, toutes pathologies confondues, (56) (57) (58) contrairement à une idée reçue assez largement répandue parmi les psychiatres (*cf* partie « obstacles à la prise en charge »). En comparant la motivation selon les différentes pathologies, il semblerait que la motivation soit moins importante chez les sujets schizophrènes que chez les sujets déprimés.

La principale limite de ces études est que l'évaluation de la motivation est complexe. La notion de motivation, qui pourrait se définir grossièrement par ce qui nous pousse à agir, évolue dans le temps. Prochaska et Di Clemente ont bien théorisé cette notion à la fin des années 70, le « modèle transthéorique du changement », une des principales théories utilisées actuellement, comprenant 6 stades de la motivation, schématisée ci-dessous :



Stade de **pré-contemplation** : le fumeur ne se sent pas concerné par l'idée d'arrêter. Il ne perçoit pas d'effets négatifs à sa consommation.

Stade de **contemplation** : le fumeur ressent les effets négatifs de sa consommation et envisage l'arrêt. Il établit les arguments pour et contre un arrêt de la consommation.

Stade de **détermination** : le fumeur commence à mettre en œuvre un plan d'action à appliquer dans un futur proche.

Stade d'**action** : le changement de comportement opère et le patient stoppe sa consommation.

Stade de **maintenance** : le changement de comportement se poursuit et le fumeur maintient son abstinence. A ce niveau-là, le sujet est encore fragile face à la rechute, qui entraîne une nouvelle période de pré-contemplation.

Sortie permanente : le fumeur consolide ses comportements acquis et pérennise son abstinence.

c) Difficultés rencontrées pour arrêter le tabac :

Malgré une motivation présente, l'arrêt du tabac semble plus difficile chez les fumeurs ayant une pathologie psychiatrique, avec un taux d'arrêt plus faible bien qu'étant quand même conséquent. (16)

Mais parmi les symptômes de sevrage, environ la moitié est attribuable aux symptômes de la maladie psychiatrique, entraînant ainsi un biais dans l'évaluation de la difficulté au sevrage, de son vécu (58) Cette difficulté à distinguer certains symptômes psychiatriques et symptômes de sevrage peut se retrouver aussi bien chez les patients que chez les soignants.

Si l'on compare les différentes pathologies psychiatriques, on retrouve des difficultés bien plus importantes chez les sujets avec un trouble anxieux que chez ceux ayant un trouble de l'humeur. (59) Les sujets ayant un trouble anxieux ont souvent une exacerbation anxieuse avant même d'avoir arrêté leur tabagisme, définis comme des « symptômes de pré-sevrage », et les premières 24h de sevrage sont associées à une humeur particulièrement basse. (56) Le fait de fumer venant calmer ces symptômes anxieux liés au syndrome de sevrage, induit une forte récompense. Des croyances et cognitions s'installent autour du tabagisme et l'impossibilité de s'en passer. C'est pourquoi, comme nous l'avons vu plus haut, il est indispensable d'informer précisément ces patients de la relation entre anxiété et sevrage tabagique.

d) Effets du sevrage tabagique sur la santé mentale :

Il y a encore relativement peu de données scientifiques sur la question. En tout cas, l'arrêt du tabac n'aggrave pas les maladies psychiatriques, contrairement à des idées reçues. (60)

Il n'y a notamment pas de rechute dépressive chez les sujets aux antécédents de dépression. Selon une étude, il n'y aurait non seulement pas de transfert de dépendance

vers une autre substance mais même une réduction significative de la consommation d'alcool. (61)

L'anxiété, l'humeur dépressive et le stress diminuent de manière significative plus de 7 semaines et plusieurs années après l'arrêt, avec une augmentation significative de la qualité de vie et des affects positifs. La taille d'effet chez les personnes dépressives serait égale ou supérieure à celle des antidépresseurs. (62)

Ce sont des arguments supplémentaires pour se préoccuper du sevrage chez nos patients, sans risque pour leur santé mentale, au contraire.

e) Obstacles à la prise en charge tabacologique des patients souffrant de troubles psychiatriques :

Une proportion assez importante de psychiatres perçoit des freins à la prise en charge du sevrage chez leurs patients. Une des idées reçues les plus répandues est le fait que ces patients ne sont pas motivés pour arrêter de fumer. (63) (64) (65) Et comme nous l'avons vu précédemment, cette « motivation » n'est pas figée, ce qui rend cet argument fragile.

Les principaux autres freins à la prise en charge retrouvés dans les études sus-citées sont la difficulté des patients à arrêter, le fait que la consommation de tabac pourrait leur être utile sur certains symptômes psychiatriques et le manque de confiance dans la capacité à donner des conseils à l'arrêt du tabac. (63) (64)

Certains de ces freins sont des idées fausses, comme nous l'avons vu plus haut. Il y a donc un travail d'information à faire pour les professionnels de santé mentale, d'autant que dans ces études, une proportion importante de psychiatres déclaraient être intéressés par une formation en tabacologie pour pouvoir l'adapter à leurs patients.

Une étude réalisée auprès de tabacologues a retrouvé que 37% pensaient que le tabac pourrait aider les malades ayant des maladies psychiatriques à améliorer leur symptômes, 17% pensent que l'arrêt du tabac peut exacerber les symptômes psychiatriques et seulement 11% disaient que leurs services pourraient convenir à ces patients. (66) Le

travail d'information mériterait donc d'être complémentaire entre psychiatres et tabacologues.

f) Quelle prise en charge proposer ?

(1) Moyens thérapeutiques ciblés ?

Alors que les patients souffrant de troubles psychiatriques étaient souvent exclus des essais thérapeutiques évaluant notamment les thérapies médicamenteuses (67), des études émergent cette dernière décennie et les résultats sont largement encourageants.

Une prise en charge comprenant une psychothérapie (entretien motivationnel ou thérapie cognitivo-comportementale) associée à un traitement de substitution nicotinique a prouvé de façon significative sa supériorité par rapport au placebo, chez des sujets souffrant de troubles psychiatriques, y compris chez les sujets souffrant de schizophrénie. (68) (69)

L'efficacité du bupropion et de la varénicline a été évaluée dans plusieurs méta-analyses chez les personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Ces 2 molécules sont significativement plus efficaces que le placebo et sans effet secondaire notable. Il n'y a pas de symptômes psychiatriques surajoutés et pas de risque suicidaire, (70) (71) (72) ce qui a souvent été controversé pour la varenicline, suspectée de comporter un risque thymique et suicidaire. Au contraire elle serait particulièrement adaptée chez les personnes ayant des troubles dépressifs. (73)

Dans une méta-analyse, il a été démontré que le bupropion avait une efficacité similaire chez les personnes souffrant de troubles mentaux que dans la population générale. (69) Il convient toutefois d'être vigilant quant à son utilisation chez les sujets souffrant de troubles bipolaires, même si le risque de virage de l'humeur semble faible. Il apparaît même être efficace sur la sévérité de la maladie bipolaire. (74)

Il y a en revanche peu de données dans la littérature sur la fréquence d'utilisation de ces traitements en psychiatrie.

Comme nous l'avons vu plus haut, les sujets souffrant de troubles anxieux semblent avoir des symptômes de pré-sevrage du fait de l'anticipation anxieuse. Or dans la population

générale, une prise en charge par substitution nicotinique pré-sevrage montre des résultats plutôt prometteurs. (75) (76) Cela pourrait être intéressant de l'étudier spécifiquement chez les sujets anxieux.

(2) Conseils à l'arrêt:

Alors que le conseil à l'arrêt a montré son efficacité, notamment en médecine générale, que ce soit du conseil minimal ou plus intensif, pouvant inclure des programmes par appels téléphoniques, il n'a pas été beaucoup étudié chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Une revue de la littérature a cherché les essais contrôlés randomisés sur l'efficacité de conseils d'arrêt du tabac chez des personnes avec un trouble mental grave comparés à des soins de routine ou à une délivrance simple d'information mais aucune étude n'a été retrouvée. (77)

La question du conseil en tabacologie chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques nécessiterait plus de recherche.

(3) Prise en charge en milieu hospitalier psychiatrique :

Des entretiens motivationnels associés à une substitution nicotinique sont une thérapie efficace lorsqu'elle est débutée en milieu intra-hospitalier psychiatrique. Elle est également associée à moins de ré-hospitalisation en psychiatrie. (78)

En hospitalisation en psychiatrie, il y a un taux élevé de fumeurs et leur dépendance à la nicotine est élevée. Une étude évaluant les stades motivationnels auxquels étaient ces patients au moment de l'hospitalisation a trouvé qu'une proportion importante (36.2%) était au stade d'action, bien que ceux-là aient reçu assez peu de conseils à l'arrêt durant leur hospitalisation. (79)

Une étude a interrogé à la fois les patients et les soignants d'un service de psychiatrie (IDE, psychologues, assistants sociaux) et a trouvé des résultats intéressants : 52% des patients et 37.3% déclaraient fumer et souhaiter réduire leur consommation. Un nombre important parmi eux étaient intéressés pour participer à un programme de réduction du tabagisme au sein du service. (80)

C. Consommation de tabac dans les hôpitaux psychiatriques :

1. Rappels sur la législation :

La loi Veil du 9 juillet 1976 est la première visant à lutter contre les complications du tabagisme, obligeant l'industrie du tabac à inscrire la mention « abus dangereux » sur tous les paquets de cigarettes. Elle interdit de fumer dans les locaux utilisés pour l'accueil, les soins, et l'hébergement des malades.

La loi Evin du 10 janvier 1991 dicte l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Le propriétaire des lieux peut en revanche s'il le souhaite aménager un espace dédié à la consommation de tabac, sauf s'il s'agit d'un établissement d'enseignement. Cette loi interdit la publicité autour du tabac.

En 1996 est créé le Réseau Hôpital Sans Tabac, association visant à prévenir et prendre en charge le tabagisme des patients mais aussi du personnel. Depuis 2009 ce réseau est devenu le Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD) et a élargi ses missions : information et sensibilisation des établissements pour la prévention des conduites addictives et leurs complications, leur accompagnement dans la prise en charge des personnes concernées et la promotion d'une dynamique de réseau dans le champ de l'addictologie.

Le plan cancer 2003-2007 inclut des mesures de prévention : l'augmentation du prix du paquet de manière significative et régulière, l'interdiction de vente de tabac aux mineurs

de moins de 16 ans, et une aide à l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs.

En 2004, un décret exclut les établissements de santé de la qualité de revendeur de tabac, les membres du personnel ne pouvant pas se substituer. Les modalités d'accès aux cigarettes pour les patients incombent uniquement à la famille ou aux visiteurs.

Le décret du 15 novembre 2006 vient modifier la loi Evin, en élargissant l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics. Un responsable d'établissement peut décider de créer des emplacements réservés aux fumeurs seulement après soumission au comité d'hygiène et selon des normes strictes. Les établissements de santé, d'enseignement et d'accueil n'ont pas cette possibilité.

La circulaire du 8 décembre 2006, « relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé » prévoit une exception pour certains patients : « au regard des pathologies prises en charge, l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients sur la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide ».

L'application de ces lois a permis de nettes avancées quant à la gestion du tabagisme au sein des hôpitaux psychiatriques, en rendant les espaces fermés entièrement non-fumeurs. L'idée n'étant pas d'imposer un sevrage aux patients, mais de les protéger, ainsi que le personnel, du tabagisme passif. L'institution psychiatrique a une histoire particulière avec le tabac, rappelons que les cigarettes ont longtemps été distribuées en pécule aux patients en échange de travaux et il a un temps été admis que les patients fument avec leur psychiatre dans le bureau.

Malgré la politique de lutte contre le tabac à l'hôpital, il persiste en psychiatrie des difficultés à faire appliquer les lois. Il y a des espaces-fumoirs extérieurs dans la majorité des services, y compris à l'hôpital de la Colombière à Montpellier.

2. Réflexions sur ce qu'implique la législation à l'hôpital :

a) Composante sociale de l'acte de fumer :

Les patients hospitalisés constituent des groupes au sein des services. Et comme dans tout groupe social, il s'y inscrit une norme sociale. L'acte de fumer peut être un facteur d'amélioration ou de détérioration des capacités relationnelles : cela dépend de la norme du groupe. Compte tenu de l'histoire du tabagisme dans l'institution psychiatrique et du fait que les patients souffrant de pathologies psychiatriques sont souvent dans des situations financières précaires, la norme sociale aux seins des services a souvent été de fumer. L'interdiction de fumer a semble-t-il entraîné une modification de cette norme sociale. Elle a pu valoriser l'acte de ne pas fumer, et a limité son caractère intégratif dans un groupe. Le regroupement de fumeurs devant les établissements crée des réseaux relationnels différents puisque les non-fumeurs et fumeurs sont plus amenés à entrer en relation dans les espaces non-fumeurs, alors que les fumeurs se regroupent dans les espaces fumeurs et devant les services.

b) Rapports entre les soignants et les patients :

Historiquement le tabac a très souvent été utilisé comme outil relationnel entre patients et soignants dans les hôpitaux psychiatriques. Pourtant, ce bénéfice relationnel n'a jamais été prouvé (*Conférence d'experts 2008 : « Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques »*).

Pour appliquer l'interdiction de fumer dans les services, ce sont souvent les soignants qui gardent les paquets de cigarettes, et délivrent les cigarettes aux patients, avec un cadre particulièrement strict dans les services d'hospitalisation sous contrainte. Cela a modifié la relation soignant/patient par rapport au tabac.

La délivrance des cigarettes peut être perçue comme une stratégie de contrôle comportemental, basée sur la récompense mais pouvant aussi être punitive. Le patient en

quête (pénible) de cigarettes auprès du soignant voit alors la cigarette fumée comme un moment réconfortant, ce qui vient renforcer la croyance liée aux bienfaits de la consommation, en plus du fait que le soulagement de symptôme de manque peut être assimilé à l'apaisement de symptômes psychiatriques.

Il persiste une différence dans la prévalence du tabagisme parmi les soignants en psychiatrie, celle-ci est plus élevée que les soignants des autres services, même si cette différence s'est atténuée. Or il a été montré que les soignants fumeurs éprouvent des difficultés à se situer vis-à-vis de l'application de l'interdiction de fumer, avec une banalisation des risques liés à la santé, une utilisation plus fréquente des cigarettes comme levier thérapeutique ou aide relationnelle. (81)

Après l'apparition de lois sur l'interdiction de fumer dans les hôpitaux, les équipes de soins ont verbalisé des craintes vis-à-vis d'une recrudescence d'agressivité des patients lors de son application. Pourtant la littérature a montré que cela n'a pas été le cas. Il semble même que cela a diminué l'agressivité et les conflits. (82)

A distance de l'application et malgré les appréhensions initiales, la majorité des soignants ne souhaite pas de retour en arrière. (83)

c) Conséquences médicales :

Même si le but n'est pas d'imposer un sevrage au patient et qu'il se pose de toutes façons une question éthique fondamentale, celle de la privation de liberté, peut-on se saisir de cette interdiction dans la prévention et la prise en charge du sevrage tabagique ? Peut-elle avoir un effet positif sur la consommation ? Ces questions commencent à être abordées dans la littérature.

Une étude sur 100 patients hospitalisés en psychiatrie dans un service non-fumeur a montré que quelque soit la pathologie psychiatrique, le fait que le service soit non fumeur augmentait la chance d'arrêter le tabac. (84) Selon une autre étude, une bonne proportion des patients seraient favorables à l'interdiction de fumer, et pensent que l'interdiction de fumer est applicable en pratique. (85) L'hôpital sans tabac a montré un impact positif sur

la réduction de la consommation de tabac, la motivation des patients, leurs croyances autour du tabac, à la fois durant l'hospitalisation mais aussi à distance de la sortie. (86)

L'hôpital psychiatrique est donc un lieu et moment propices pour la prévention et l'initiation du sevrage en tabac.

Au total,

La haute prévalence du tabagisme chez les personnes souffrant de troubles mentaux sévères est maintenant bien connue. Elles ont un plus haut niveau de dépendance à la nicotine. Les conséquences médicales de cette addiction sont plus importantes qu'en population générale et sont les principales causes de morbi-mortalité. La réduction du tabagisme est plus faible qu'en population générale, ces patients ayant été moins touchés par les programmes de prévention. C'est pourquoi il nous a paru important de commencer par faire un état des lieux sur ce qu'il se fait en pratique en hospitalisation de psychiatrie, ce qui permettra d'affiner dans un second temps la prise en charge. Nos patients souhaiteraient arrêter de fumer mais ils rencontrent des difficultés au sevrage. On peut se questionner sur ce taux d'arrêt qui est moins important : est-il lié uniquement à la maladie psychiatrique ? Les patients atteints de maladies psychiatriques sont-ils aussi bien pris en charge que le reste de la population ? Les infirmiers sont en première ligne dans les services de psychiatrie en ce qui concerne la gestion du tabac, c'est pourquoi nous avons souhaité questionner également les infirmiers de l'hôpital de la Colombière sur leur perception du tabagisme des patients et les ressorts relationnels. L'hospitalisation en psychiatrie doit être un lieu de prise en charge préventive ou du sevrage. L'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques médicales en termes de prévention et prise en charge du tabagisme au sein des services d'hospitalisation complète de l'hôpital de la Colombière au CHU de Montpellier.

D. QUESTION POSEE :

L'**objectif principal** de cette étude était d'évaluer les pratiques des psychiatres et internes en psychiatrie en termes de dépistage du tabagisme des patients hospitalisés dans les services d'hospitalisation complète en psychiatrie du CHU sur le site de la Colombière.

Les **objectifs secondaires** de cette étude étaient :

- Evaluer les pratiques des psychiatres et des internes en psychiatrie dans la prise en charge du tabagisme des patients en hospitalisation.
- Evaluer la perception du tabagisme des patients chez les infirmiers, les tenants et aboutissants de la relation entre soignants et patients autour du tabac, et leurs habitudes thérapeutiques, notamment le dépistage et la proposition de substituts nicotiniques.

II. Méthodes :

A. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, et transversale. Elle s'est déroulée au sein de l'hôpital psychiatrique de la Colombière au CHU de Montpellier.

B. Population étudiée :

1. Population cible :

Elle était constituée de l'ensemble des psychiatres, internes en psychiatrie et des infirmier(e)s travaillant au moment de l'étude dans un service d'hospitalisation complète de la Colmbière.

2. Constitution des échantillons :

Les adresses mails professionnelles du CHU de tous les psychiatres séniors, via le réseau l'annuaire de l'intranet du CHU, ont été recueillies, ainsi que les adresses mails personnelles de tous les internes en psychiatrie. Quarante et une adresses mails de psychiatres ou internes ont été obtenues au total. Les adresses mails des soignants ont été récupérées via les cadres de chaque service de psychiatrie de la Colmbière.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

3. Objectifs et critères de jugement :

L'**objectif principal** de cette étude était d'évaluer les pratiques des psychiatres et internes en psychiatrie en termes de dépistage du tabagisme des patients hospitalisés dans les services d'hospitalisation complète en psychiatrie du CHU sur le site de la Colmbière.

Les **objectifs secondaires** de cette étude étaient :

-Evaluer les pratiques des psychiatres et des internes en psychiatrie dans la prise en charge du tabagisme des patients en hospitalisation

-Evaluer la perception du tabagisme des patients chez les infirmiers, les tenants et aboutissants de la relation entre soignants et patients autour du tabac, et leurs habitudes thérapeutiques, notamment le dépistage et la proposition de substituts nicotiques.

Le **critère de jugement principal** était la fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation en psychiatrie parmi les psychiatres et internes en psychiatrie.

Les **critères de jugement secondaires** étaient :

-la fréquence du dépistage du tabac en consultation

-les habitudes de prescription de substituts nicotiques et autres médicaments du sevrage en hospitalisation

-le(s) formation(s) en tabacologie et leurs attentes vis-à-vis de celles-ci

-la fréquence de dépistage d'autres substances chez les patients hospitalisés

-les freins à entamer une prise en charge tabacologique durant l'hospitalisation

-la gestion et la perception du tabagisme des patients par l'équipe infirmière au sein des services

-les habitudes en termes de proposition de substituts nicotiques

4. Elaboration de questionnaires et modalités de passation :

Deux questionnaires ont été élaborés en concertation avec la directrice de thèse :

-Un questionnaire à destination des psychiatres (Cf. Annexes), les données recueillies étaient les suivantes :

- Caractéristiques socio-démographiques :

- tranche d'âge

- sexe
- fonction hospitalière
- subdivision d'internat d'origine
- Statut tabagique
- Fréquence d'interrogation des patients sur le statut tabagique en hospitalisation et en consultation
- Habitudes de prescription :
 - substituts nicotiques : gommes, pastilles, patchs transdermiques
 - varénicline
 - bupropion
 - ISRS
 - envoi vers une consultation spécialisée dans la prise en charge tabacologique
- Questions sur la ou les formations en tabacologie :
 - cours théoriques durant l'externat
 - cours théoriques durant l'internat
 - stages pratiques durant l'externat
 - stages pratiques durant l'internat
 - DU de tabacologie
 - DU d'addictologie
 - DESC d'addictologie

Et la volonté d'être davantage formé sur le sujet

- Autres données addictologiques : fréquence du dépistage des autres toxiques en entretien et via un examen biologique :
 - alcool
 - cannabis

- opiacés
- cocaïne
- amphétamines
- autres toxiques

- Questions d'opinion sur l'utilité du dépistage du tabac en psychiatrie et les obstacles perçus à la prise en charge tabacologique des patients.

-Un questionnaire à destination des infirmiers (Cf. Annexes), les données recueillies étaient les suivantes :

- Caractéristiques socio-démographiques :
 - tranche d'âge
 - sexe
 - ancienneté dans le service de psychiatrie
- Statut tabagique
- Questions sur la ou les formations en tabacologie :
 - cours théoriques à l'école d'infirmier(e)s
 - stages pratiques durant les études
 - formations supplémentaires (exemple : Diplôme Universitaire)
- Questions sur la gestion de la consommation de tabac dans les services d'hospitalisation :
 - délivrance des cigarettes par l'équipe soignante
 - achat de cigarettes à la place du patient
 - don de cigarettes et dans quels contextes
 - accompagnement des patients dans les espaces fumeurs
- Questions d'opinion :

- utilité du dépistage du tabagisme en psychiatrie
- obstacles à entamer une prise en charge tabacologique
- perception de l'accompagnement des patients pour fumer une cigarette
- impact du tabagisme et de l'arrêt du tabac sur les symptômes psychiatriques
- impact du refus de délivrance d'une cigarette sur le comportement des patients et impact de la régulation de l'accès aux cigarettes dans les services

Les questionnaires ont été mis en forme sur la plateforme Google Forms, avec un texte introductif pour expliquer le contexte de cette étude, informer les sujets de l'anonymat des données et motiver les personnes à y répondre. La réponse aux questionnaires était basée sur le seul volontariat, le consentement des psychiatres à la participation de l'étude étant donné par le simple fait de répondre. Les données recueillies ont été entièrement anonymisées.

5. Durée et dates de l'enquête :

En octobre 2018 ont été envoyés des mails aux 23 psychiatres de l'intra-hospitalier ainsi qu'aux 10 internes de l'intra-hospitalier. Fin novembre 2018 ont été envoyés des mails au nouveau psychiatre sénior et aux 7 nouveaux internes en psychiatrie, leur laissant un mois de pratique afin d'avoir le recul nécessaire pour répondre en fonction des habitudes du service. Donc, au total 41 questionnaires ont été envoyés, avec 2 relances à quelques semaines d'intervalle.

En octobre 2018 également, les questionnaires destinés aux infirmiers ont été envoyés aux 178 infirmiers travaillant dans les unités d'hospitalisation de la Colombière. En amont, les équipes avaient été informées du fait qu'elles allaient recevoir un questionnaire par mail. Environ 2 semaines après le premier envoi du questionnaire, une première relance a été faite. Des relances par mail et par affichage dans les différents services ont été faites durant toute l'étude.

6. Analyses statistiques :

Les données ont été extraites de Google forms afin de constituer un fichier Excel. Les premières analyses statistiques étaient qualitatives et descriptives.

Des analyses qualitatives univariées ont été faites à partir du logiciel Shinystat GMRC, avec utilisation d'un test exact de Fisher pour le croisement des données et obtention d'odds ratios. Par souci d'interprétation, les variables ont été dichotomisées de la façon suivante :

-2 catégories d'âge : moins de 30 ans et plus de 30 ans

-2 catégories de fonction : internes et séniors

-2 catégories de statut tabagique : fumeurs/anciens fumeurs et non-fumeurs

-2 catégories de réponses : toujours/souvent et parfois/jamais

Des analyses supplémentaires ont été faites avec le logiciel R, en utilisant un test de Kruskal Wallis afin d'analyser les variables à plus de 2 catégories.

III. Résultats :

A. Taux de réponse des psychiatres :

Sur 41 questionnaires envoyés, 23 médecins ont répondu, soit un taux de réponse de 56,1%.

B. Caractéristiques socio-démographiques :

Le **tableau 1** montre la répartition des effectifs selon le sexe, la tranche d'âge, la fonction hospitalière, la subdivision d'origine et le statut tabagique. La majorité des sujets

interrogés avaient entre 25 et 34 ans. Les 2 fonctions hospitalières les plus représentées étaient les internes et les assistants. La grande majorité effectuait ou avait effectué leur internat de psychiatrie à Montpellier-Nîmes. Un peu plus de la moitié d'entre eux déclaraient être non-fumeurs (moins de 100 cigarettes/vie entière).

Tableau 1: *Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon*

	Effectifs (n=23)	Pourcentage (%)
Sexe		
Homme	12	52,2
Femme	11	47,8
Tranche d'âge (années)		
25-29	10	43,5
30-34	7	30,4
35-39	1	4,3
40-44	1	4,3
>45	4	17,4
Fonction hospitalière		
Interne	9	39,1
Assistant	7	30,4
Chef de clinique	2	8,7
Praticien hospitalier	5	21,7
Subdivision d'origine		
Montpellier-Nîmes	20	87
Nice	2	8,7
Paris	1	4,3
Statut tabagique		
Fumeur actif	8	34,8
Ancien fumeur	2	8,7
Non-fumeur	13	56,5

C. Dépistage du tabac en hospitalisation :

Une majorité de sujets déclaraient **dépister le tabac en hospitalisation** « toujours » et « souvent », respectivement 43,5% et 34,8%. Une minorité déclarait le dépister « parfois » (4 personnes) et « rarement » (1 personne) (**Figure 1**)

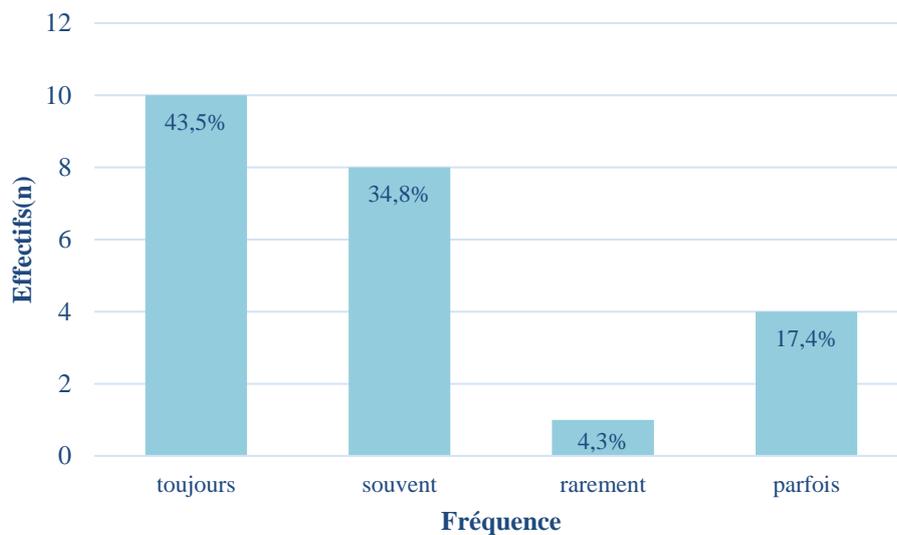


Figure 1 : *Fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation*

Le **tableau 2** résume la fréquence de dépistage du tabac en hospitalisation selon le sexe, la fonction hospitalière, et la tranche d'âge :

Tableau 2: *Fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation*

Variables	Parfois et rarement		Souvent et toujours		OR[IC95%]	p-value
	Effectifs (n)	Pourcentage (%)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)		
Sexe						
Homme	3	60	9	50	0,68[0,05 ;7,51]	1
Femme	2	40	9	50		
Age						
Moins de 30 ans	1	20	9	50	0,26[0 ;3,40]	0,34
Plus de 30 ans	4	80	9	50		
Fonction						
Interne	0	0	9	50	0[0 ;1,5]	0,12
Sénior	5	100	9	50		
Statut tabagique						
Fumeurs et anciens fumeurs	3	60	7	38,9	2,27[0,20 ;33 ;77]	0,62
Non fumeurs	2	40	11	61,1		

• Il n’y avait pas de différence significative de la fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation en fonction de l’âge (Rapport de cote=0,26 ; IC95% [0 ;3,40] ; **p-value=0,34**).

• Il n’y avait pas de différence significative de la fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation selon la fonction, interne en psychiatrie ou psychiatre sénior (Rapport de cote=0 ; IC95% [0 ;1,50] ; **p-value=0,12**).

• Il n’y avait pas de différence significative du dépistage du tabac en hospitalisation selon le sexe (Rapport de cote=0,68 ; IC95% [0,05 ;7,51] ; **p-value=1**).

• Les fumeurs et non-fumeurs avaient tendance à dépister plus fréquemment le tabac en hospitalisation que les anciens fumeurs, il n’y avait aucun ancien fumeur dans les groupes « toujours » et « souvent » (**p-value = 0,094**) (**Figure 2**):

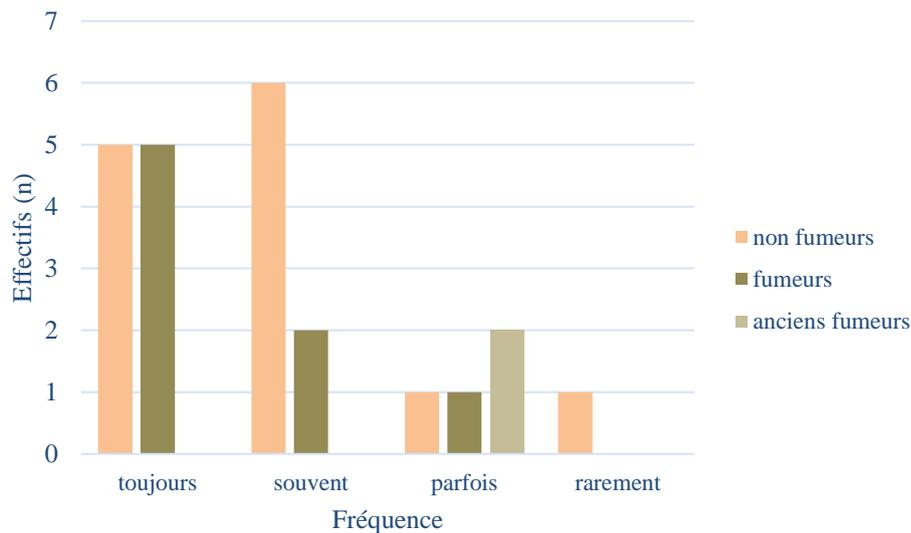


Figure 2 : Fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation en fonction du statut tabagique

D. Fréquence du dépistage du tabac en consultation :

Pour le **dépistage du tabac en consultation**, il n’y avait aucune réponse « jamais ». 60,9% déclaraient le dépister « souvent » et 26,1% « toujours ». Seulement 2 personnes ont répondu « rarement » et une seule personne « parfois ». (**Figure 3**)

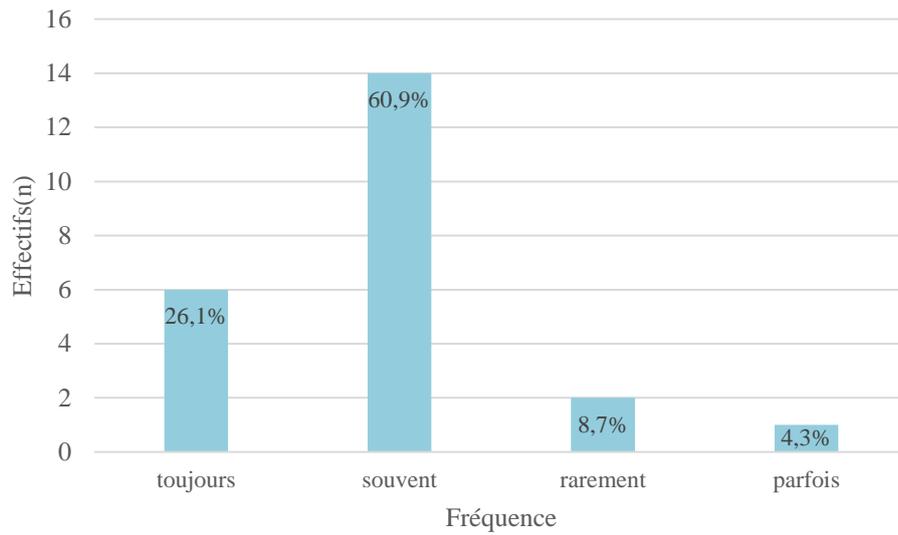


Figure 3 : *Fréquence du dépistage du tabac en consultation*

Le **tableau 3** résume la fréquence de dépistage du tabac en consultation en fonction du sexe, de l'âge, de la fonction hospitalière et du statut tabagique :

Tableau 3: Fréquence du dépistage du tabac en consultation

Variables	Parfois et rarement		Souvent et toujours		OR[IC95%]	p-value
	Effectifs (n)	Pourcentage (%)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)		
Sexe						
Homme	3	100	9	45	0[0 ;2,51]	0,22
Femme	0	0	11	55		
Age						
Moins de 30 ans	1	33,3	9	45	0,62[0,01 ;13,88]	1
Plus de 30 ans	2	66,7	11	55		
Fonction						
Interne	1	33,3	8	40	0,76[0,01 ;16,99]	1
Sénior	2	66,7	12	60		
Statut tabagique						
Fumeurs et anciens fumeurs	1	33,3	9	45	0,62[0,01 ;13,88]	1
Non fumeurs	2	66,7	11	55		

· Il n'y avait pas de différence significative de la fréquence de dépistage en consultation ni en fonction de l'âge (rapport de cote=0,62 ; IC95%[0,01 ;13,88] ; p-value=1), ni en fonction du statut hospitalier, interne ou psychiatre sénior (rapport de cote=0,76 ; IC95%[0,01 ;16,99] ; p-value=1), ni en fonction du statut tabagique (rapport de cote=0,62 ; IC95%[0,01 ;13,88] ; p=1)

· Il y avait significativement plus de femmes que d'hommes qui dépistaient le tabac en consultation (**p-value=0,018**) (**Figure 4**)

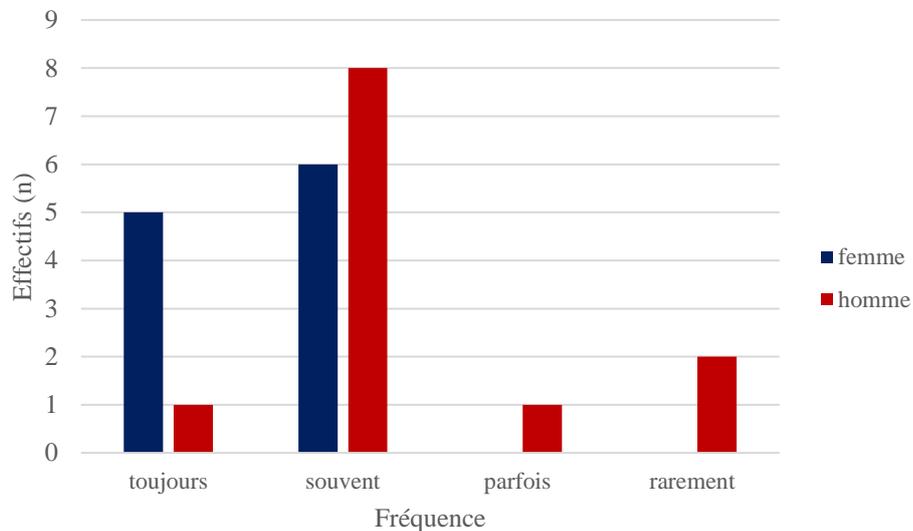


Figure 4 : Dépistage du tabac en consultation en fonction du sexe

E. Formations en tabacologie :

La totalité des psychiatres n'avaient pas fait de stages pratiques durant l'internat, de DU de tabacologie, de DU d'addictologie, et la quasi-totalité (une seule exception) n'avait pas fait le DESC d'addictologie.

La majorité avait eu des cours théoriques durant l'externat (87%), environ la moitié avait eu des cours théoriques durant l'internat (52,2%), et une faible proportion avaient eu des stages pratiques durant l'externat.

87% souhaiteraient plus de formation en tabacologie et 95,7% souhaiteraient des protocoles de prise en charge du sevrage tabagique en hospitalisation.

F. Habitudes de prescription en intra-hospitalier :

La majorité des psychiatres interrogés prescrivait souvent des substituts nicotiniques, notamment des gommes et des patchs transdermiques. La majorité ne prescrivait ni varenicline, ni bupropion, ni ISRS. La majorité déclarait envoyer parfois les patients en consultation spécialisée dans la prise en charge du tabac (**tableau 4**).

Tableau 4 : *Habitudes de prescription des médicaments du sevrage*

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Substituts nicotiniques					
Gommes	13%	8,7%	17,4%	60,9%	0%
Pastilles	13%	8,7%	21,7%	56,5%	0%
Patchs	0%	0%	8,7%	87%	0%
Champix	95,7%	4,3%	0%	0%	0%
Bupropion	100%	0%	0%	0%	0%
ISRS	82,6%	17,4%	0%	0%	0%
Envoi vers consultation spécialisée addictologie/tabacologie	4,3%	13%	69,6%	13%	0%

· Les sujets fumeurs et non-fumeurs avaient tendance à plus prescrire des gommes nicotiniques que les sujets anciens fumeurs (p=0,052) (**Figure 5**)

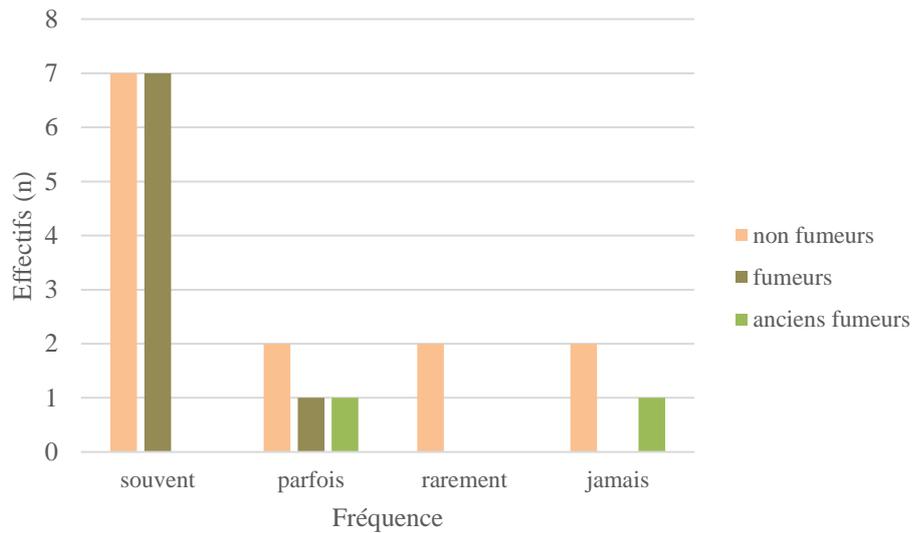


Figure 5 : Prescription de gommes nicotiniques en fonction du statut tabagique

G. Dépistage des toxiques en entretien :

La majorité des psychiatres dépistaient systématiquement à l'interrogatoire la consommation de cannabis, d'alcool, de cocaïne, d'amphétamines, d'opiacés et autres toxiques (**tableau 5**).

Tableau 5 : Fréquence de dépistage des toxiques en entretien

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Cannabis	0%	0%	8,7%	8,7%	82,6%
Alcool	0%	0%	4,3%	8,7%	87%
Cocaïne	4,3%	0%	13%	21,7%	60,9%
Amphétamines	4,3%	4,3%	8,7%	21,7%	56,5%
Opiacés	4,3%	4,3%	8,7%	26,1%	56,5%
Autres	8,7%	13%	13%	17,4%	47,8%

H. Dépistage des toxiques via un examen biologique :

La majorité des psychiatres dépistaient systématiquement par le biais d'un examen biologique en hospitalisation la consommation de cannabis, de cocaïne, d'amphétamines et d'opiacés. L'alcool était beaucoup moins dépisté avec une majorité de psychiatres qui déclaraient le faire « parfois ». Les autres toxiques étaient également demandés « parfois » (**tableau 6**).

Tableau 6 : *Dépistage biologique de la prise de toxiques*

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Cannabis	0%	0%	21,7%	34,8%	43,5%
Alcool	17,4%	4,3%	60,9%	13%	4,3%
Cocaïne	0%	0%	30,4%	26,1%	43,5%
Amphétamines	0%	4,3%	26,1%	26,1%	43,5%
Opiacés	0%	0%	34,8%	26,1%	39,1%
Autres	21,7%	17,4%	34,8%	8,7%	17,4%

I. Déterminants subjectifs du dépistage et de la prise en charge du tabagisme chez les psychiatres :

La grande majorité des psychiatres pensaient que le dépistage du tabac est utile en psychiatrie (91,3%). Un seul a répondu « non » et un seul a répondu ne pas savoir.

La quasi-totalité des psychiatres déclaraient percevoir des freins à la prise en charge tabacologique des patients souffrant de pathologies psychiatriques, les 2 freins les plus souvent perçus étant la gravité de la pathologie psychiatrique en cours (86,4%) et le manque de motivation à arrêter chez ces patients (54,5%). Seul un psychiatre ne percevait aucun frein à la prise en charge. (**Figure 6**)

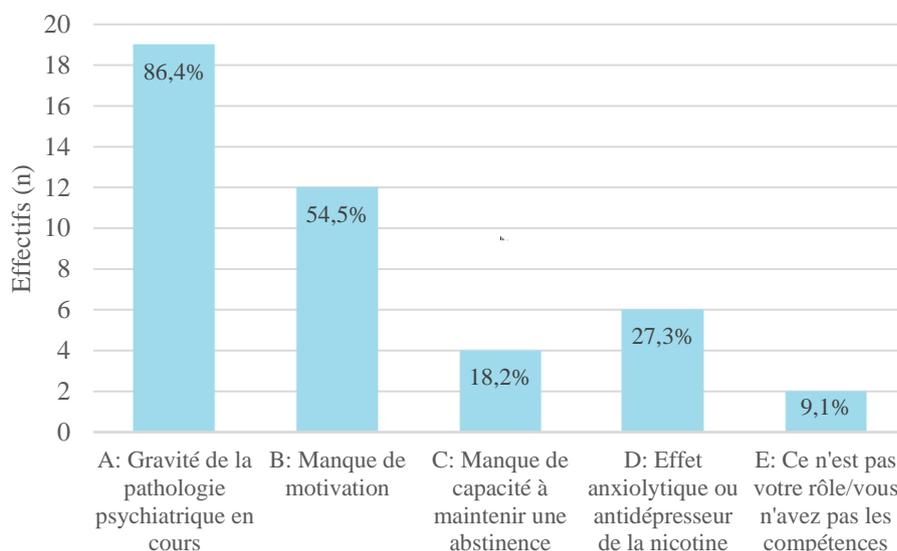


Figure 6 : *Freins perçus à la prise en charge tabacologique des patients souffrant de pathologies psychiatriques*

J. Commentaires libres des psychiatres :

Trois psychiatres ont ajouté des commentaires libres à la fin du questionnaire :

- « *Le tabac est une liberté individuelle pour laquelle nous pouvons rappeler les recommandations sanitaires et proposer une aide adaptée au sevrage.* »
- « *Il y aurait un intérêt à mieux comprendre l'usage du tabac pour les patients, la lutte contre les effets secondaires des antipsychotiques en particulier qui sont souvent ignorés.* »
- « *D'autres freins [à la prise en charge du sevrage chez nos patients] pourraient être le manque d'occupation et d'activité en intra-hospitalier, l'organisation des services autour*

des pauses cigarettes et la proportion énorme de fumeurs chez les autres patients hospitalisés. »

K. Réponses des infirmiers :

Sur 178 mails, 14 infirmiers ont répondu, soit un taux de réponse à 7,9 %. Les résultats ont été jugés ininterprétables d'un point de vue statistique du fait du très faible taux de réponse.

IV. Discussion :

A. Interprétation des résultats :

1. Caractéristiques de l'échantillon :

Dans notre échantillon de psychiatres nous avons 34,8% de fumeurs actifs, ce qui se rapproche sensiblement du taux de la population générale en France (35,1% des français déclaraient fumer dont 30,3% quotidiennement), bien que la petite taille de notre échantillon ne nous permette pas de conclure à une comparabilité. Nous n'avons pas de données épidémiologiques sur le tabagisme des psychiatres en France. On peut néanmoins comparer à celles des médecins généralistes en 2015 : 16% déclaraient fumer dont 14% quotidiennement, ce qui est en forte baisse depuis 2003 (29% déclaraient fumer), et largement inférieur à la prévalence en population générale, selon une enquête de l'Inpes réalisée en octobre 2017.

On peut se poser la question de l'influence du statut tabagique du psychiatre sur le fait de répondre ou non au questionnaire. Le fait d'être fumeur rend-il le praticien plus concerné par le sujet ou au contraire pourrait-il vouloir éviter le sujet ? Comme nous le verrons plus loin, le statut fumeur des médecins généralistes influence l'abord du sujet du tabagisme en consultation avec leurs patients. (87) (88) Dans ces 2 études il a été

retrouvé parmi les répondeurs aux questionnaires des proportions de fumeurs actifs, anciens fumeurs et non fumeurs respectivement de 26%, 30% et 44% (87) et 18%, 34% et 47% (88). Dans notre étude la proportion des anciens fumeurs était largement inférieure à celles-ci (8,7%) et celle des fumeurs était supérieure, mais il est difficile d'interpréter cette comparaison du fait de notre faible échantillon.

De plus, ces données étant déclaratives, elles peuvent faire l'objet d'un biais de désirabilité sociale, et ce d'autant plus qu'il s'agit d'une question sur un comportement néfaste sur la santé posée à des professionnels de santé. Est-il possible que certains psychiatres fumeurs se soient arrêtés à la question « fumez-vous » ?

On peut supposer que le statut tabagique influence d'une manière ou d'une autre la réponse au questionnaire, mais il est difficile de se prononcer sur la direction qu'elle peut avoir dans notre étude.

2. Dépistage de la consommation de tabac :

Quantifier la fréquence de dépistage du tabagisme est compliquée, d'une part car il s'agit de réponses déclaratives, et d'autre part car les réponses « parfois », « souvent », etc... sont reliées à des impressions et des exigences personnelles. Par exemple, deux psychiatres dont l'un pose la question à un patient par semaine et l'autre à un patient par jour pourront tous les deux répondre « parfois ». Les réponses obtenues ne sont donc que des estimations.

Si l'on regroupe les réponses « toujours » / « souvent » et « parfois » / « rarement », la différence entre la fréquence du dépistage en consultation et en hospitalisation semble faible (respectivement 87% et 78,3%). Peu de données dans la littérature permettent d'analyser ce résultat. Une étude réalisée aux Etats-Unis par Himeloch et al. (65), où des psychiatres de 9 établissements de santé différents ont été interrogés sous forme de questionnaires également, a montré un résultat différent du notre : seulement 42% des psychiatres déclaraient « toujours » et « souvent » poser la question de la consommation tabagique.

L'hospitalisation devrait être vue comme un moment propice pour aborder le sujet du tabac, puisque cela peut se faire à plusieurs instants de l'hospitalisation et par plusieurs intervenants, médicaux ou paramédicaux.

En ce qui concerne le fait que les fumeurs et non fumeurs avaient tendance à dépister plus souvent le tabagisme que les anciens fumeurs, ce résultat se rapproche de celui de l'étude d'Himeloch et al. qui retrouve que le statut tabagique des psychiatres n'influe pas sur le dépistage du tabagisme et sa prise en charge. En revanche notre résultat discordé par rapport aux résultats des études sus-citées dans lesquelles on note que le statut fumeur d'un médecin généraliste est associé significativement à une moindre fréquence du dépistage du tabagisme en consultation (88) (89).

Dans notre étude, les femmes psychiatres dépistent plus souvent le tabagisme que les hommes, cette donnée n'est pas décrite dans la littérature chez les psychiatres. Ceci ne semble pas pouvoir être expliqué par la prévalence des fumeurs parmi les médecins hommes et les médecins femmes, puisque selon la dernière enquête (Inpes 2017) il n'y avait pas de différence significative entre les médecins généralistes hommes et les médecins généralistes femmes alors que dans la population générale la différence persiste (en 2017, 29,7% des hommes fument versus 24,2% des femmes). (5)

3. Formation en tabacologie :

Presque tous les sujets interrogés déclaraient avoir eu des cours théoriques durant l'externat et environ la moitié, des cours théoriques durant l'internat. Très peu d'entre eux avaient eu des formations pratiques ou supplémentaires (DU ou DESC). Effectivement, dans notre formation de DES de psychiatrie à Montpellier les stages en addictologie étant optionnels, le sujet est peu enseigné. Plus spécifiquement, il n'y a aucune formation sur le tabagisme chez les patients ayant des maladies psychiatriques.

L'immense majorité des psychiatres souhaiterait plus de formation en tabacologie et des aides à l'application de protocole dans les services. Cela montre un intérêt certain pour la discipline. Les psychiatres semblent avoir conscience qu'il est primordial de prendre en

charge le tabagisme des patients. Un commentaire a d'ailleurs été rajouté à ce propos: « *Il y aurait un intérêt à mieux comprendre l'usage du tabac pour les patients, la lutte contre les effets secondaires des antipsychotiques en particulier qui sont souvent ignorés.* »

4. Habitudes de prescription en intra hospitalier :

La majorité des psychiatres déclarait prescrire « souvent » des substituts nicotiques sous différentes formes. Les substituts les plus prescrits étaient les patchs nicotiques. La délivrance de pastilles ou gommes nicotiques à plusieurs moments de la journée se fait selon le craving du patient et en pratique il est parfois compliqué que le soignant puisse répondre dans l'immédiat à cette demande. Si les traitements de substitution nicotique ont montré leur efficacité en psychiatrie, il existe peu de données dans la littérature sur leur fréquence d'utilisation en milieu hospitalier psychiatrique.

La grande majorité des psychiatres déclarait ne jamais prescrire de varénicline, de bupropion et d'ISRS. Ce résultat est cohérent avec le fait que ce sont des traitements de deuxième intention, prescrits le plus souvent par des tabacologues. Ce résultat peut également s'expliquer par les effets secondaires psychiatriques, notamment de la varénicline sur l'humeur et les idées suicidaires, qui sont souvent redoutés par les psychiatres, bien qu'il s'agisse d'idées fausses (cf. partie B.6.f). En ce qui concerne la prescription d'ISRS, elle n'a pas montré d'efficacité pour le sevrage chez tous fumeurs confondus mais il est conseillé dans les recommandations, comme nous l'avons vu plus haut, de traiter toute comorbidité anxieuse ou dépressive en cas de sevrage tabagique (Conférence d'experts de la FFP en 2008). La recherche mériterait d'être approfondie sur l'utilisation d'ISRS au moment du sevrage tabagique chez les sujets souffrants de troubles anxio-dépressifs.

La majorité des psychiatres déclarait envoyer « parfois » leurs patients tabagiques vers des consultations spécialisées. Or selon les recommandations, tout patient fumeur devrait avoir facilement accès à une prise en charge spécifique s'il le souhaite (Recommandations de la FFP, juin 2015).

5. Dépistage des toxiques :

Il a été intéressant de comparer le dépistage du tabagisme versus les autres toxiques en entretien. En effet, il y avait environ 2 fois plus de psychiatres qui déclaraient « toujours » dépister le cannabis et l'alcool, 1 fois et demi plus qui dépistaient « toujours » la cocaïne et 1,3 fois plus les amphétamines et les opiacés. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en psychiatrie, le dépistage des toxiques a d'autres intérêts. Le dépistage de la consommation d'alcool et notamment d'une dépendance est indispensable à la fois pour ne pas méconnaître un risque de syndrome de sevrage, qui pourrait être difficile à prendre en charge en hospitalisation de psychiatrie, mais aussi pour éliminer un diagnostic différentiel d'ivresse pathologique ou de delirium tremens. La consommation de cannabis doit être recherchée notamment pour éliminer un diagnostic différentiel de pharmacopsychose mais aussi car on connaît le lien statistique entre cannabis et schizophrénie. Les autres toxiques (cocaïne, amphétamines), peuvent aussi être responsables de pharmacopsychoses et doivent être recherchés. En plus d'être recherchés en entretiens, ces toxiques sont très souvent recherchés dès l'entrée en hospitalisation, cela fait partie pour certains services du protocole d'entrée. Le dépistage du tabac, bien que faisant partie des questions types proposées sur le logiciel Dxcare utilisé au CHU de Montpellier dans l'entretien d'entrée, devrait être plus systématique et ce dès l'entrée du patient.

6. Déterminants subjectifs du dépistage et de la prise en charge du tabagisme chez les psychiatres :

La quasi-totalité des psychiatres a répondu « oui » à la question de l'utilité du dépistage en psychiatrie, ce qui est prometteur car c'est un contexte favorable faire avancer la prise en charge tabacologique au sein des services de psychiatrie.

Les freins perçus à cette prise en charge étaient fréquemment retrouvés dans d'autres études : manque de motivation ou d'intérêt chez les patients ayant une maladie psychiatrique, manque de réussite du sevrage, aggravation de symptômes psychiatriques à l'arrêt du tabac, manque de confiance dans le fait de pouvoir donner des conseils à l'arrêt du tabac ou penser que ce n'est pas le rôle des psychiatres. (63) (65)

Dans notre étude, 96% des psychiatres ont coché au minimum une réponse à la question concernant les freins perçus à entamer une prise en charge tabagique, ce qui est bien supérieur à la méta-analyse de Sheals et al. (63) où l'on retrouvait que 42,2% des psychiatres percevaient des barrières à la prise en charge tabacologique des patients. Cette différence peut s'expliquer par les méthodes totalement différentes de ces 2 études. On peut se demander si la question sous forme de questions à choix multiples peut induire un biais, en choisissant des propositions qu'ils n'auraient pas spontanément formulées. Du fait de notre faible échantillon, on peut imaginer que cette proportion est sur-évaluée.

Dans notre étude, 54,5% des psychiatres considéraient que l'un des freins à la prise en charge était le manque de motivation des patients, ce qui est un résultat très proche de la méta-analyse de Sheals et al. (51,4%) mais inférieur à celui de l'étude d'Himeloch et al. (77%). Dans notre étude, 9,1% des répondants pensaient ne pas avoir les compétences pour une prise en charge tabacologique ou que ce n'était pas leur rôle, ce qui contraste avec la faible proportion (26%) de psychiatres qui déclaraient penser être capable de donner des conseils à l'arrêt dans l'étude d'Himeloch et al. Ce résultat est positif, car cela sous-entend que les psychiatres de la Colombière sont enclins à participer à la prise en charge tabacologique de leurs patients. Ainsi on imagine que les psychiatres pourraient faire au minimum un dépistage et la proposition d'une prise en charge (c'est-à-dire les questions du conseil minimal). Dans cette étude (Himeloch et al.) une proportion plus importante de psychiatres déclarait penser que le manque de réussite au sevrage dans cette population de patient était un frein (48% versus 18,2% dans notre étude).

7. Commentaires libres :

L'un des répondeurs a fait le commentaire suivant : « *D'autres freins [à la prise en charge du sevrage chez nos patients] pourraient être le manque d'occupation et d'activité en intra-hospitalier, l'organisation des services autour des pauses cigarettes et la proportion énorme de fumeurs chez les autres patients hospitalisés.* » En effet, en pratique il arrive souvent que les patients verbalisent un certain ennui et un manque d'activité. Le manque de personnels et de moyens financiers en psychiatrie pour développer plus d'activités est souvent évoqué pour expliquer cela. Pour certains de nos patients, l'inactivité s'explique aussi par leur symptomatologie : aboulie, apragmatisme, clinophilie... Parmi les méthodes thérapeutiques utilisées pour lutter contre les moments de craving, qui ne durent généralement que quelques minutes, trouver une occupation alternative à celle de la consommation d'une cigarette est un bon outil. Il semble important de réfléchir à la manière dont on pourrait encore plus aider nos patients à lutter contre cette inactivité en hospitalisation.

8. Réponses des infirmiers :

Le très faible taux de réponse des infirmiers (14 sujets sur 178) a soulevé plusieurs questions. Les infirmiers sont-ils suffisamment sensibilisés au sujet du tabac ? Y sont-ils intéressés ? Comme nous l'avons vu plus haut, le statut fumeur des infirmiers influe sur la conception et la prise en charge du tabagisme en institution. Les infirmiers fumeurs, qui sont plus nombreux parmi ceux travaillant en psychiatrie que dans les autres services, ont tendance à minimiser les risques du tabagisme sur la santé et utilisent plus souvent la cigarette comme levier relationnel ou thérapeutique. (81) En France, nous manquons de données sur le tabagisme des infirmiers en psychiatrie. Selon un rapport de l'Inpes en octobre 2017, le taux de fumeurs parmi les infirmiers en 2010 était de 30% quotidiennement et 23% occasionnellement, ce qui se rapproche du taux de la population générale mais est nettement supérieur à celui des médecins généralistes. On peut alors se

questionner sur le taux de fumeurs parmi les infirmiers travaillant à la Colombière, est-il élevé ? A-t-il influé sur la non-réponse à ce questionnaire ?

Parmi les 14 sujets ayant répondu, 12 sujets avaient répondu oui à la question « Avez-vous déjà désamorcé une situation avec une cigarette (exemples : donner une cigarette au patient s'il prend son traitement, si son comportement est calme) » (question 9, cf. Annexes). Les situations décrites étaient les suivantes :

- « *Début de crise ou d'agitation* »
- « *Se poser avec le patient et partager un moment de plaisir* »
- « *Patient sthénique en chambre d'isolement* »
- « *Un patient devenait de plus en plus tendu, je l'ai accompagné fumer pour parler avec lui* »
- « *Menace de passage à l'acte hétéro-agressif sur un des membres de l'équipe* »
- « *Patient en chambre d'isolement. On prend l'excuse de la pause cigarette pour créer l'alliance thérapeutique, créer un espace de confiance et de confidences. La cigarette devient un tiers convivial, qui dédramatise la situation d'isolement et l'hospitalisation sous contrainte* »
- « *Conflit évité ou clash désamorcé en prenant le temps de discuter avec une cigarette à la fenêtre* »
- « *Patient agité ou tendu* » (cité plusieurs fois)

Ce qui ressort de ces commentaires est le fait que les croyances selon lesquelles la cigarette calme les patients, peut éviter les conflits, et est un levier relationnel, semblent encore bien présentes. Cela rejoint la question « pensez-vous que refuser une cigarette au patient pourrait le rendre violent/agressif ? » (question 14) où la totalité des infirmiers a répondu oui. A la question sur le moment où l'infirmier accompagne le patient fumer, la totalité des sujets a coché la proposition « un moment d'échange privilégié, donc avec une valeur potentiellement thérapeutique » (question 10).

Suite à cette question, plusieurs commentaires ont été écrits :

- « *accompagner le patient fumer*) permet un moment d'échange et d'observation » (les mots « *échange* » et « *observation* » ont été cités par plusieurs personnes)

- « *c'est un temps où les patients communiquent avec nous, se détendent* »

La cigarette a-t-elle vraiment un rôle relationnel ? N'est-ce pas le fait que l'infirmier soit seul avec le patient et à l'écart des autres patients et soignants qui en fait un moment vu comme « privilégié » ? Cela pourrait être intéressant de comparer avec des entretiens infirmiers dans un bureau ou dans un autre lieu, sans cigarette.

Un des sujets a écrit ce commentaire : « *Je pense qu'institutionnaliser la pause cigarette est à double tranchant car on favorise la consommation d'un toxique (légal) qui potentialise des comorbidités. Mais je ne vois pas l'intérêt de risquer de faire monter un patient en tension psychique et de limiter la création de l'alliance thérapeutique en interdisant cette pause. La cigarette de 8h est souvent l'agitation de 10h qu'on ne verra jamais...les soignants se protègent de la violence avec cette cigarette.* »

Dans ce commentaire l'accompagnement du patient pour fumer semble être vu presque comme une nécessité à l'alliance thérapeutique et à la prévention de la violence. Il met en lumière la confusion qu'il existe entre l'interdiction de fumer à un instant t et le travail de prévention qui devrait être abordé en entretien. En effet, le contexte dans lequel est abordé le tabac est primordial. Très souvent, dans les services de psychiatrie, il est demandé aux médecins de « recadrer » le patient suite à une consommation de cigarette dans sa chambre ou dans un autre lieu où cela est interdit. Il faut faire attention à ne pas être dans la confrontation vis-à-vis de la consommation dans ces moments-là, ce qui pourrait être contre-productif. Nous devrions suivre les recommandations, c'est-à-dire faire du conseil minimal lors des entretiens, et surtout ne pas être dans le jugement vis-à-vis de leurs consommations, ce qui est un des postulats fondamentaux de l'entretien motivationnel.

B. Forces de l'étude :

Les forces de cette étude étaient les suivantes :

- le taux de réponse était plutôt élevé parmi les psychiatres
- elle était novatrice, peu d'étude dans la littérature ont évalué la fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation
- les données étaient anonymes, ce qui permet plus de liberté pour les répondants et des réponses plus objectives
- le questionnaire était un questionnaire en ligne et progressif, ce qui laissait au répondeur la possibilité de répondre en un temps et contexte choisis
- dans notre échantillon de psychiatres il y avait autant d'hommes que de femmes, et des fonctions hospitalières variées (interne, praticiens hospitaliers, assistantes, chefs de cliniques) donc possiblement représentatif d'une population de médecins psychiatres.

C. Limites de l'étude :

Les limites de l'étude étaient les suivantes :

- l'étude était monocentrique et la majorité des répondants faisaient ou avaient fait leur internat à la faculté Montpellier-Nîmes, les résultats ne sont donc pas transposables à d'autres établissements ou CHU
- l'échantillon de psychiatres interrogés était faible
- le type de réponse en QCM avec des réponses « toujours », « souvent », « parfois », « rarement », « jamais » ne permettait pas une quantification précise des données et la réponse manquait d'objectivité
- les auto-questionnaires sont soumis à un biais déclaratif
- il existe un biais de désirabilité sociale, lié d'une part à l'interrogation des médecins sur leur statut tabagique mais également à l'évaluation des pratiques médicales de manière plus générale.

D. Implications cliniques et perspectives :

Les résultats de notre étude sont encourageants : un certain nombre de psychiatres de la Colombière dépistent le tabagisme de leurs patients en hospitalisation. Nous pourrions encore améliorer notre prise en charge en rendant plus systématique le dépistage du tabagisme à chaque hospitalisation. Nous pourrions également répondre aux demandes des psychiatres d'être mieux formés sur la question. Hormis l'utilisation des substituts nicotiques, qui semble aisée pour beaucoup de psychiatres, il serait bien dans ces formations d'enseigner le conseil minimal voire d'aborder quelques notions de l'entretien motivationnel.

Il semble nécessaire de sensibiliser les infirmiers à la question du tabagisme, par le biais de cours ou de formations, d'autant plus qu'ils ont la possibilité de prescrire en autonomie les substituts nicotiques depuis 2016.

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Le tabagisme régresse, mais trop lentement. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/31-05-2018-world-no-tobacco-day-tobacco-and-heart-disease>
2. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 13 mai 2017;389(10082):1885-906.
3. Tabagisme. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
4. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
5. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. [cité 28 nov 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html
6. item-73_Tabac-2017_04.pdf. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur: http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2017/04/item-73_Tabac-2017_04.pdf
7. expcol_2004_tabac_03ch.pdf. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/149/expcol_2004_tabac_03ch.pdf?sequence=8
8. Netgen. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2452/23277>
9. Addictions. Inserm - La science pour la santé. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
10. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
11. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 janv 2014;(1):CD000031.

12. Wu L, Jiang B, Zeng J, He Y. [Minimal-Intervention on smoking cessation: a Meta-analysis]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*. juin 2015;36(6):658-62.
13. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control*. juin 1995 [cité 17 avr 2019];4(2):162-9.
14. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 2017;3:CD001292.
15. Sherman SE, Link AR, Rogers ES, Krebs P, Ladapo JA, Shelley DR, et al. Smoking-Cessation Interventions for Urban Hospital Patients: A Randomized Comparative Effectiveness Trial. *Am J Prev Med*. 1 oct 2016 [cité 14 déc 2018];51(4):566-77.
16. Smith PH, Mazure CM, McKee SA. Smoking and mental illness in the U.S. population. *Tob Control*. nov 2014;23(e2):e147-153.
17. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 22 nov 2000;284(20):2606-10.
18. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health [Internet]*. 2009 [cité 16 nov 2018];9:285.
19. Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, et al. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *J Psychiatr Res*. janv 2014;48(1):102-10.
20. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. mars 2005;62(3):247-53.
21. Ha C. MORTALITÉ DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX. ANALYSE EN CAUSES MULTIPLES DES CERTIFICATS DE DÉCÈS EN FRANCE, 2000-2013 / MORTALITY IN PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS. MULTIPLE CAUSE-OF-DEATH ANALYSIS IN FRANCE, 2000-2013. :9.
22. Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juin 2009;194(6):491-9.
23. Lê Cook B, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in Smoking Among Adults With Mental Illness and Association Between Mental Health

- Treatment and Smoking Cessation. *JAMA*. 8 janv 2014 [cité 20 déc 2018];311(2):172-82.
24. Clarke DE, Eaton WW, Petronis KR, Ko JY, Chatterjee A, Anthony JC. Increased risk of suicidal ideation in smokers and former smokers compared to never smokers: Evidence from the Baltimore ECA follow-up study. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. août 2010 [cité 9 nov 2018];40(4):307-18.
 25. Evins AE, Korhonen T, Kinnunen TH, Kaprio J. Prospective association between tobacco smoking and death by suicide: a competing risks hazard analysis in a large twin cohort with 35-year follow-up. *Psychol Med*. 12 avr 2017;1-12.
 26. Lucas M, O'Reilly EJ, Mirzaei F, Okereke OI, Unger L, Miller M, et al. Cigarette smoking and completed suicide: results from 3 prospective cohorts of American adults. *J Affect Disord*. déc 2013 [cité 9 nov 2018];151(3).
 27. Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PloS One*. 2016;11(7):e0156348.
 28. Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, et al. Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res*. oct 2012;46(10):1257-66.
 29. Heavy tobacco dependence in suicide attempters making recurrent and medically serious attempts - ScienceDirect. [cité 18 sept 2017].
 30. Zhang X, Wu L-T. Suicidal ideation and substance use among adolescents and young adults: a bidirectional relation? *Drug Alcohol Depend*. 1 sept 2014;142:63-73.
 31. Bolton JM, Robinson J. Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. *Am J Public Health*. déc 2010;100(12):2473-80.
 32. Ganança L, Oquendo MA, Tyrka AR, Cisneros-Trujillo S, Mann JJ, Sublette ME. The Role of Cytokines in the Pathophysiology of Suicidal Behavior. *Psychoneuroendocrinology*. janv 2016 [cité 21 déc 2018];63:296-310.
 33. Aubin H-J, Berlin I, Reynaud M. Current smoking, hypoxia, and suicide. *Am J Psychiatry*. mars 2011;168(3):326-7; author reply 327.
 34. Leon J de, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 15 juill 2005 [cité 9 nov 2018];76(2):135-57.
 35. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques. /data/revues/00137006/v34i3/S0013700607000541/. 11 oct 2017 [cité 18 nov 2018];

36. Lowe EJ, Ackman ML. Impact of Tobacco Smoking Cessation on Stable Clozapine or Olanzapine Treatment. *Ann Pharmacother.* 1 avr 2010 [cité 8 févr 2019];44(4):727-32.
37. Boggs DL, Surti TS, Esterlis I, Pittman B, Cosgrove K, Sewell RA, et al. Minimal effects of prolonged smoking abstinence or resumption on cognitive performance challenge the «self-medication» hypothesis in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2018;194:62-9.
38. Aguilar MC, Gurpegui M, Diaz FJ, de Leon J. Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mars 2005;186:215-21.
39. Wu I-H, Chen H, Bordnick P, Essien EJ, Johnson M, Peters RJ, et al. Comparison of Suicide Attempts/Behaviors Following Smoking Cessation Treatments Among Schizophrenic Smokers. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(1):62-7.
40. Gurillo P, Jauhar S, Murray RM, MacCabe JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* août 2015;2(8):718-25.
41. Myles N, Newall HD, Curtis J, Nielssen O, Shiers D, Large M. Tobacco use before, at, and after first-episode psychosis: a systematic meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* avr 2012;73(4):468-75.
42. Prochaska JJ, Hall SM, Bero LA. Tobacco Use Among Individuals With Schizophrenia: What Role Has the Tobacco Industry Played? *Schizophr Bull.* mai 2008 [cité 19 févr 2019];34(3):555-67.
43. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Med.* 19 oct 2012;10:123.
44. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychol Bull.* mars 2007;133(2):245-72.
45. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: a critical review of biological pathways. *Brain Behav.* mai 2013;3(3):302-26.
46. Luger TM, Suls J, Vander Weg MW. How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addict Behav.* oct 2014;39(10):1418-29.
47. Breslau N, Peterson EL, Schultz LR, Chilcoat HD, Andreski P. Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry.* févr 1998;55(2):161-6.

48. Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, et al. Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles ». *Rev Mal Respir*. 1 avr 2012 [cité 3 janv 2019];29(4):448-61.
49. Chaiton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health*. 22 sept 2009;9:356.
50. Thomson D, Berk M, Dodd S, Rapado-Castro M, Quirk SE, Ellegaard PK, et al. Tobacco Use in Bipolar Disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. avr 2015 [cité 19 nov 2018];13(1):1-11.
51. Ostacher MJ, Nierenberg AA, Perlis RH, Eidelman P, Borrelli DJ, Tran TB, et al. The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. déc 2006;67(12):1907-11.
52. Dodd S, Brnabic AJM, Berk L, Fitzgerald PB, de Castella AR, Filia S, et al. A prospective study of the impact of smoking on outcomes in bipolar and schizoaffective disorder. *Compr Psychiatry*. oct 2010;51(5):504-9.
53. Corvin A, O'Mahony E, O'Regan M, Comerford C, O'Connell R, Craddock N, et al. Cigarette smoking and psychotic symptoms in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry*. 2001;179:35-8.
54. Ducasse D, Jaussent I, Guillaume S, Azorin JM, Bellivier F, Belzeaux R, et al. Increased risk of suicide attempt in bipolar patients with severe tobacco dependence. *J Affect Disord*. 1 sept 2015;183:113-8.
55. Panel TU and DG. Specific Populations and Other Topics. US Department of Health and Human Services; 2008 [cité 3 janv 2019].
56. Piper ME, Cook JW, Schlam TR, Jorenby DE, Baker TB. Anxiety Diagnoses in Smokers Seeking Cessation Treatment: Relations with Tobacco Dependence, Withdrawal, Outcome, and Response to Treatment. *Addict Abingdon Engl*. févr 2011 [cité 28 déc 2018];106(2):418-27.
57. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addict Abingdon Engl*. mai 2009;104(5):719-33.
58. Smith PH, Homish GG, Giovino GA, Kozlowski LT. Cigarette smoking and mental illness: a study of nicotine withdrawal. *Am J Public Health*. févr 2014;104(2):e127-133.
59. Okoli CTC, Wiggins A, Fallin-Bennett A, Rayens MK. A retrospective analysis of the comparative effectiveness of smoking cessation medication among individuals with mental illness in community-based mental health and addictions treatment settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. oct 2017;24(8):610-9.

60. Capron DW, Allan NP, Norr AM, Zvolensky MJ, Schmidt NB. The effect of successful and unsuccessful smoking cessation on short-term anxiety, depression, and suicidality. *Addict Behav.* avr 2014;39(4):782-8.
61. Prochaska JJ, Hall SM, Tsoh JY, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, et al. Treating Tobacco Dependence in Clinically Depressed Smokers: Effect of Smoking Cessation on Mental Health Functioning. *Am J Public Health.* mars 2008 [cité 20 déc 2018];98(3):446-8.
62. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 13 févr 2014 [cité 9 nov 2018];348:g1151.
63. Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addict Abingdon Engl.* 2016;111(9):1536-53.
64. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addict Abingdon Engl.* mai 2009;104(5):719-33.
65. Himelhoch S, Riddle J, Goldman HH. Barriers to Implementing Evidence-Based Smoking Cessation Practices in Nine Community Mental Health Sites. *Psychiatr Serv [Internet].* 1 janv 2014 [cité 3 janv 2019];
66. Simonavicius E, Robson D, McEwen A, Brose LS. Cessation support for smokers with mental health problems: a survey of resources and training needs. *J Subst Abuse Treat.* 2017;80:37-44.
67. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of Tobacco Dependence in Mental Health and Addictive Disorders. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr [Internet].* juin 2009 [cité 28 févr 2019];54(6):368-78.
68. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *Am J Psychiatry.* nov 2006;163(11):1934-42.
69. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addict Abingdon Engl.* juill 2010;105(7):1176-89.
70. Roberts E, Eden Evins A, McNeill A, Robson D. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: a systematic review and network meta-analysis. *Addict Abingdon Engl.* avr 2016;111(4):599-612.
71. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 28 févr 2013;(2):CD007253.

72. Peckham E, Brabyn S, Cook L, Tew G, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental ill health: what works? an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 14 2017;17(1):252.
73. Okoli CTC, Wiggins A, Fallin-Bennett A, Rayens MK. A retrospective analysis of the comparative effectiveness of smoking cessation medication among individuals with mental illness in community-based mental health and addictions treatment settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. oct 2017;24(8):610-9.
74. Li D-J, Tseng P-T, Chen Y-W, Wu C-K, Lin P-Y. Significant Treatment Effect of Bupropion in Patients With Bipolar Disorder but Similar Phase-Shifting Rate as Other Antidepressants: A Meta-Analysis Following the PRISMA Guidelines. *Medicine (Baltimore)*. mars 2016;95(13):e3165.
75. Hajek P, Lewis S, Munafò M, Lindson N, Coleman T, Aveyard P, et al. Mediators of the effect of nicotine pre-treatment on quitting smoking. *Addict Abingdon Engl*. déc 2018;113(12):2280-9.
76. Aveyard P, Lindson N, Tearne S, Adams R, Ahmed K, Alekna R, et al. Nicotine preloading for smoking cessation: the Preloading RCT. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2018;22(41):1-84.
77. Khanna P, Clifton AV, Banks D, Tosh GE. Smoking cessation advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 2016;1:CD009704.
78. Prochaska JJ, Hall SE, Delucchi K, Hall SM. Efficacy of initiating tobacco dependence treatment in inpatient psychiatry: a randomized controlled trial. *Am J Public Health*. août 2014;104(8):1557-65.
79. Solty H, Crockford D, White WD, Currie S. Cigarette Smoking, Nicotine Dependence, and Motivation for Smoking Cessation in Psychiatric Inpatients. *Can J Psychiatry [Internet]*. 1 janv 2009 [cité 14 déc 2018];54(1):36-45.
80. Melamed et al. - Psychiatric Inpatient and Staff Attitudes Regarding.pdf [Internet]. [cité 14 janv 2019].
81. McNally L, Oyefeso A, Annan J, Perryman K, Bloor R, Freeman S, et al. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *J Public Health Oxf Engl*. sept 2006;28(3):192-6.
82. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16809790>
83. Michel L, Lang J-P. Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? *Inf Psychiatr*. 2009 [cité 7 mars 2019];Volume 85(7):621-8.

84. Shmueli D, Fletcher L, Hall SE, Hall SM, Prochaska JJ. Changes in Psychiatric Patients' Thoughts About Quitting Smoking During a Smoke-Free Hospitalization. *Nicotine Tob Res.* 1 mai 2008 [cité 14 déc 2018];10(5):875-81.
85. Beyraghi N, Mazaheri Meybodi A, Jafarian Bahri RS. Smoking Ban in Psychiatric Inpatient Unit: An Iranian Study on the Views and Attitudes of the Mental Health Staff and Psychiatric Patients. *Psychiatry Journal.* 2018 [cité 14 janv 2019].
86. Stockings EA, Bowman JA, Prochaska JJ, Baker AL, Clancy R, Knight J, et al. The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* juill 2014;48(7):617-33.
87. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir.* 1 nov 2006 [cité 26 mars 2019];23(5, Part 1):426-9.
88. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Rev Mal Respir.* 1 mai 2010 [cité 26 mars 2019];27(5):431-40.
89. Underner M, Laforgue A-V, Chabaud F, Meurice J-C. Influence du tabagisme des médecins sur la pratique du "conseil minimal": Enquête auprès de 369 médecins généralistes de la Vienne. *Presse Médicale.* 1 août 2004 [cité 10 avr 2019];33(14, Part 1):927-9.

VI. Annexes :

Critères de l'addiction au tabac selon le DSM 5 :

Source : Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)

Mode d'utilisation problématique du tabac conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des éléments suivants, survenant sur une période de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit
4. Craving ou envie intense de consommer le produit
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Poursuite de l'utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit (par exemple : conflits avec d'autres personnes au sujet de l'usage du tabac)
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit

8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux

9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

a. besoin de quantités notablement plus grandes du produit pour obtenir l'effet désiré

b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes:

a. syndrome de sevrage du produit

b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

- Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
- Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
- Présence de 6 critères ou plus: ADDICTION SÉVÈRE

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014

© Haute Autorité de Santé – 2014

Scores :

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation :

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Questionnaires destinés aux psychiatres et internes de psychiatrie travaillant dans un pavillon de la Colombière :

Chers confrères,

*J'effectue une thèse sur la prise en charge du tabagisme chez les patients hospitalisés à la Colombière à Montpellier. Vos habitudes et votre avis me seront précieux pour mon travail de thèse. Les données seront **entièrement anonymes**, et le but n'est pas du tout de vous juger.*

*Ce questionnaire ne prend pas plus de **4 minutes** à remplir...*

En vous remerciant par avance de votre aide.

1/ Qui êtes-vous ?

1a/ sexe ?

-une femme

-un homme

1b/ âge ?

-25 à 29 ans

-30 à 34 ans

-35 à 39 ans

-40 à 44 ans

-plus de 45 ans

1c/ statut ?

-interne

-assistant

-chef de clinique

-vacataire

-PH

-PUPH

1d/Dans quelle subdivision avez-vous/effectuez-vous votre internat ? (menu déroulant avec toutes les villes)

2/Quel est votre statut tabagique ?

-Fumeur actif

-Ancien fumeur

-Non fumeur (< 100 cigarettes/vie entière)

-Ne se prononce pas

3/ A quelle fréquence interrogez-vous vos patients sur leur statut tabagique en consultation ?

-jamais

-rarement

-parfois

-souvent

-toujours

4/ A quelle fréquence interrogez-vous vos patients sur leur statut tabagique en hospitalisation ?

-jamais

-rarement

-parfois

-souvent

-toujours

5/ Habitudes thérapeutiques en intra-hospitalier pour vos patients tabagiques :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Pour tous les patients tabagiques
Gommes					
Pastilles					
Patchs					
Champix					
Bupropion					
ISRS					
Envoi vers consultation spécialisée addictologie/tabacologie					

6/ Qu'avez-vous eu comme formation en tabacologie ? (zéro à plusieurs réponses possibles)

-cours théoriques durant l'externat

- cours théoriques durant l'internat
- stages pratiques durant l'externat
- stages pratiques durant l'internat
- DU tabacologie
- DU addictologie
- DESC addictologie

7/ Souhaiteriez-vous avoir des formations supplémentaires en tabacologie ?

Oui/Non

8/ Souhaiteriez-vous des protocoles de prise en charge du tabac en hospitalisation ou une aide pour celui qui existe déjà sur le logiciel dxcare ?

Oui/Non

7/Quelles consommations de toxiques recherchez-vous chez vos patients **en entretien** ?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Cannabis					
Alcool					
Cocaïne					
Amphétamines					
Opiacés					
Autres					

8/ Quelle consommation de toxiques recherchez-vous par le biais d'un examen biologique ? (toxiques urinaires ou sanguines)

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Cannabis					
Alcool					
Cocaïne					
Amphétamines					
Opiacés					
Autres					

9/ Pensez-vous que le dépistage de l'addiction au tabac est utile en psychiatrie ?

Oui/Non/Ne sais pas

10/ Selon vous, quels pourraient-être les freins à entamer une démarche de sevrage tabagique avec vos patients ? Une à plusieurs réponses sont possibles. Si plusieurs réponses sont données, classez-les du frein le plus important au moins important.

-Gravité de la pathologie psychiatrique en cours (sevrage à différer)

-Manque de motivation chez les patients qui ont une maladie psychiatrique

-Manque de capacité à maintenir une abstinence

-Effet anxiolytique ou anti-dépresseur de la nicotine

-Ce n'est pas votre rôle/vous n'avez pas les compétences

10/Commentaires libres (facultatif)

Questionnaire à destination des infirmiers travaillant dans les services d'hospitalisation complète de la Colombière :

Chers collègues,

*J'effectue une thèse sur la prise en charge du tabagisme chez les patients hospitalisés à la Colombière à Montpellier. Vos habitudes et votre avis me seront précieux pour mon travail de thèse. Les données seront **entièrement anonymes**, et le but n'est pas du tout de vous juger.*

*Ce questionnaire ne prend pas plus de **4 minutes** à remplir...*

En vous remerciant par avance de votre aide.

1/ Qui êtes-vous ?

1a/ sexe ?

-une femme

-un homme

1b/ âge ?

-moins de 25 ans

-25 à 29 ans

-30 à 34 ans

-35 à 39 ans

-40 à 44 ans

-plus de 45 ans

2/ Depuis combien de temps travaillez-vous dans un service de psychiatrie ?

- moins de 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- entre 10 et 15 ans
- plus de 15 ans

3/ Quel est votre statut tabagique ?

- Fumeur(se) actif(ve)
- Ancien(ne) fumeur(se)
- Non fumeur(se) (<100 cigarettes/vie entière)
- Ne se prononce pas

4/ Quelle formation avez-vous eu en tabacologie ?

- Cours théoriques à l'école d'infirmier(e)s
- Stage pratique durant vos études
- Formation(s) supplémentaire(s) (exemple : Diplôme Inter Universitaire)
- Aucune

5/ Dans le service où vous travaillez, est-ce l'équipe soignante qui garde les cigarettes personnelles (ou paquet de cigarette) des patients fumeurs, de façon adaptée à chaque patient, avec délivrance des cigarettes petit à petit ?

- Oui
- Non

6/ Avez-vous déjà acheté des cigarettes pour un patient hospitalisé ? (Patient en isolement ou dans l'impossibilité d'y aller lui-même)

-Oui

-Non

7/ Avez-vous déjà donné une (ou plusieurs) cigarettes de votre réserve personnelle à un patient ?

-Oui

-Non

-Je ne suis pas fumeur(se)

8/ Avez-vous déjà accompagné un patient fumer en fumant vous aussi votre cigarette ?

-Oui

-Non

-Je ne suis pas fumeur(se)

9/ Avez-vous déjà désamorcé une situation avec une cigarette (exemples : donner une cigarette au patient s'il prend son traitement, donner une cigarette au patient si son comportement est calme...)

-Oui

-Non

-Si oui, quelle était la situation ?

10/ Les moments où vous devez accompagner le patient fumer (patient en isolement ou autre cas de figure) sont selon vous : (plusieurs réponses possibles)

-Un moment d'échange privilégié, donc avec une valeur potentiellement thérapeutique.

Commentez si vous le souhaitez

-Moralement discutables

-Je n'accompagne jamais les patients fumer

-Un temps institutionnel comme un autre

-Autres : ..., *commentez*

11/ Pensez-vous que le repérage de l'addiction au tabac est utile en hospitalisation en psychiatrie ?

-Oui

-Non

-Je ne sais pas

12/ Selon vous, quels pourraient-êtré les freins à entamer une démarche de sevrage tabagique avec vos patients ?

*Gravité de la pathologie psychiatrique en cours (sevrage à différer)

*Manque de motivation chez les patients qui ont une maladie psychiatrique

*Manque de capacité à maintenir une abstinence

*Effet anxiolytique ou anti-dépresseur de la nicotine

*Ce n'est pas votre rôle/vous n'avez pas les compétences

13/ Selon vous, quel impact peut avoir l'arrêt du tabac sur le trouble psychiatrique ?

-Aggravation du trouble

-Amélioration du trouble

-Aucun impact

-Je ne sais pas

14/ Pensez-vous que refuser des cigarettes aux patients pourrait les rendre violent/agressifs ?

-Oui

-Non

-Je ne sais pas

15/ Pensez-vous que le fait de réguler/limiter l'accès aux cigarettes aux patients : (plusieurs réponses possibles)

-est une atteinte à leur liberté

-peut les aider à diminuer leur consommation

-peut les aider à arrêter le tabac

-n'a pas d'impact (seule réponse possible si celle-ci est cochée)

16/ Pensez-vous que la cigarette peut calmer les symptômes tels que l'anxiété, la dépression... ?

-Oui

-Non

-Je ne sais pas

17/ Pour vos patients tabagiques, proposez-vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Pour tous les patients tabagiques
Gommes					
Pastilles					
Patches					
Envoi vers consultation spécialisée addictologie/tabacologie (exemple : ELSA...)					

18/ Pensez-vous que la cigarette électronique puisse avoir un intérêt dans l'aide au sevrage tabagique chez vos patients ?

-Oui

-Non

-Ne sait pas

18/ Commentaires libres :

VII. Liste des tableaux et des figures :

Figure 1 : Fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation.....	57
Figure 2 : Fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation en fonction du statut tabagique	59
Figure 3 : Fréquence du dépistage du tabac en consultation	60
Figure 4 : Dépistage du tabac en consultation en fonction du sexe	62
Figure 5 : Prescription de gommes nicotiques en fonction du statut tabagique	64
Figure 6 : Freins perçus à la prise en charge tabacologique des patients souffrant de pathologies psychiatriques	66
Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.....	56
Tableau 2 : Fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation.....	58
Tableau 3 :Fréquence du dépistage du tabac en consultation.....	61
Tableau 4 : Habitudes de prescription des médicaments du sevrage	63
Tableau 5 : Fréquence de dépistage des toxiques en entretien	64
Tableau 6 : Dépistage biologique de la prise de toxiques	65

Serment d'Hippocrate :

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

RESUME

Introduction : La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques que dans la population générale. Les conséquences en termes de morbi-mortalité sont plus importantes également. En plus des risques somatiques, le tabac est un facteur de détérioration de la santé mentale. La prise en charge du tabagisme de ces patients est donc un enjeu majeur.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques médicales en termes de prévention et prise en charge du tabagisme au sein des services d'hospitalisation complète de psychiatrie de l'hôpital « La Colombière » au CHU de Montpellier.

Matériel et méthodes : Cette étude était observationnelle, descriptive et transversale. Elle était monocentrique : des auto-questionnaires ont été envoyés à tous les internes en psychiatrie et psychiatres y travaillant. Le critère de jugement principal était la fréquence du dépistage du tabac en hospitalisation en psychiatrie parmi les psychiatres et internes en psychiatrie.

Résultats : Une majorité de sujets interrogés parmi les psychiatres et internes en psychiatrie déclaraient dépister le tabac en hospitalisation « toujours » et « souvent », respectivement 43,5% et 34,8%. Il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'âge, du sexe, de la fonction hospitalière et du statut tabagique. Dans les résultats secondaires, la grande majorité des psychiatres considéraient que la gravité de la pathologie psychiatrique du patient était un frein à une prise en charge tabacologique et environ la moitié considéraient que le manque de motivation des patients en était un.

Conclusion : Un bon nombre de psychiatres et internes en psychiatrie dépistent le tabagisme des patients en hospitalisation. Pour améliorer encore la prise en charge tabacologique des patients hospitalisés, il semble primordial de former davantage les psychiatres au sevrage tabagique et de sensibiliser les équipes soignantes au sujet.

Mots-clés : tabagisme, prévalence, dépistage, prévention, troubles psychiatriques, hospitalisation, statut tabagique, santé mentale