



HAL
open science

Étude des représentations soignantes concernant le sevrage tabagique au cours d'une hospitalisation en psychiatrie

Tiphaine Roelens

► **To cite this version:**

Tiphaine Roelens. Étude des représentations soignantes concernant le sevrage tabagique au cours d'une hospitalisation en psychiatrie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03469197

HAL Id: dumas-03469197

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03469197v1>

Submitted on 7 Dec 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2020

**ETUDE DES REPRESENTATIONS SOIGNANTES CONCERNANT LE SEVRAGE
TABAGIQUE AU COURS D'UNE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

Tiphaine ROELENS

[Données à caractère personnel]

**THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE**

Le : 30/10/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Bougerol

Membres :

M. le Professeur Dematteis

M. le Professeur Pison

M. le Dr André – directeur de thèse

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier tout d'abord le Dr Etienne André, d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse avec beaucoup de patience, merci aussi pour les conseils avisés d'expert.

Je remercie également le Professeur Bougerol de présider le jury de ma soutenance, merci pour votre regard attentif sur le parcours et la formation des internes en psychiatrie à Grenoble.

Je remercie le Professeur Dematteis aux côtés duquel j'ai beaucoup appris dans le domaine de la prise en charge des addictions.

Je remercie le Professeur Pison, d'avoir pris la relève du diplôme interuniversitaire de tabacologie à Grenoble et permettre ainsi à de nombreux professionnels de se former et d'accompagner le plus grand nombre de patients.

Je remercie Jérôme Bourgeois d'avoir mené ce laborieux travail d'analyse d'entretiens avec moi, merci pour ces nombreuses tasses de thé et toutes ces fois où tu as su canaliser mon flot de pensées.

Je remercie tous les participants qui se sont portés volontaires pour participer à l'étude, merci de la richesse des entretiens et du travail accompli au quotidien.

Je remercie mon entourage, les collègues de travail, les amis proches ou moins proches, les membres de ma famille pour votre soutien et votre présence.

Table des matières

Résumé	5
Abstract	6
Introduction	7
Contexte	8
Législation concernant les produits issus du tabac.....	8
Tabagisme irréductible et psychiatrie	10
Etat des lieux des pratiques	13
Pourquoi une recherche qualitative ?	15
Méthodes	16
Echantillonnage et participants	16
Recueil des données	17
Analyse des données	18
Résultats	21
La psychiatrie une question de temporalité.....	21
Enjeux organisationnels.....	21
Le temps de la crise en psychiatrie	23
La post-urgence	24
Paradoxe de la place de soignant en psychiatrie	25
Manque de légitimité perçue	25
Ambivalence du soignant	26
Poids des contraintes	27
Responsabilité vis-à-vis des risques	29
Construction du lien avec le patient	30
Du soin personnalisé aux enjeux de santé publique.....	31

Prise en compte de l'individu	31
Association tabac/cannabis/troubles mentaux	32
Tabagisme à grande échelle.....	34
Enjeux institutionnels	35
Discussion et propositions	38
Sur le plan institutionnel	38
La culture du « sans tabac ».....	38
Les politiques « coup de pouce ».....	39
La temporalité des soins : l'urgence	40
La temporalité des soins : la post-urgence.....	41
La temporalité des soins : l'après hospitalisation	41
A l'échelle individuelle	42
Formation des professionnels	42
Extension de la prescription	43
Prise en charge du tabagisme des soignants	43
Conclusions	44
Bibliographie.....	46
Annexes	48
Guide d'entretien Version 1	48
Guide d'entretien Version 2.....	48
Guide d'entretien Version 3	49
Carnet de conduite des focus groupes.....	49
Lettre d'information aux participants.....	50
Formulaire de consentement	50

Résumé

Le tabagisme représente un enjeu de santé publique majeur. Parmi les populations particulièrement vulnérables on retrouve les personnes atteintes de troubles psychiatriques. L'accès aux soins pour ces patients se fait bien souvent lors d'hospitalisations consenties ou non. C'est ainsi que nous nous sommes posé la question de la prise en charge du tabagisme lors des hospitalisations en milieu psychiatrique. Nous avons choisi de mener une étude qualitative en allant à la rencontre des soignants pour explorer leur expérience de la prise en charge du tabagisme mais aussi les freins à ce type de soins. Nous avons conduit des entretiens semi-structurés. Les interviews ont été retranscrites puis le verbatim a été analysé par deux chercheurs avec une méthodologie inspirée de l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Les résultats ainsi obtenus à l'issue de l'analyse ont été regroupés selon trois axes d'expérience : la question de la temporalité en psychiatrie, le paradoxe de la place de soignant en psychiatrie et enfin la nécessité du soin personnalisé confrontée aux enjeux de santé publique. Nos résultats pointent les incohérences entre la politique de santé publique et les pratiques sur le terrain ce qui, par ailleurs, nous permet de proposer des pistes d'amélioration visant à faire progresser la prise en charge du tabagisme en hôpital psychiatrique.

Mots clés : tabagisme, psychiatrie, recherche qualitative, soignants

Abstract

Tobacco use is a main priority in public health. Individuals affected by psychiatric disorders are among the most vulnerable populations. These patients often access to care through forced or agreed hospitalization. Therefore we studied management of tobacco addiction when patients are hospitalized in psychiatry. We chose to proceed with a qualitative study by interviewing nurses about their experience in management of tobacco addiction and the restraints to such care. We proceeded semi-structured interviews. The content of these interviews were written down and the written transcriptions were analyzed by two researchers with a methodology inspired by the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Thus, the results obtained from analysis were clustered following three lived-experience axes: the temporality issue in psychiatry, the paradox of caregiver position in psychiatry and endly the confrontation between the need of personalized care and public health challenges. Our results point out inconsistencies between health care policy and field practices, which allows us to suggest ways and programs to improving smoking management in psychiatric hospitals.

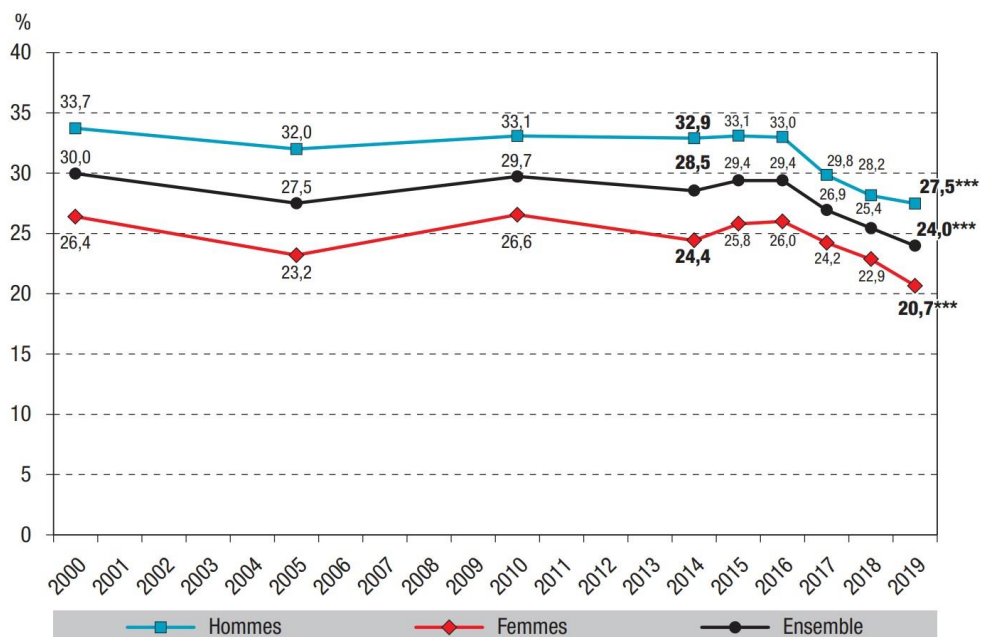
Key words : tobacco use, psychiatry, qualitative research, health professionals

Introduction

Dans le dernier Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) de mai 2020, on apprend que le nombre de décès attribuables au tabagisme en France, est de 75 000 par an (1). Ce qui confirme que le tabac est la première cause de mortalité évitable sur notre territoire. Même si les données de l'enquête ESCAPAD de l'OFDT, parue en 2017, s'intéressant aux usages de drogues à 17 ans, nous montre des résultats encourageants concernant les consommations des jeunes français et bien qu'on observe la même tendance pour la prévalence du tabagisme chez les adultes (figure 1 issue du BEH de mai 2020 (1)), on n'en oublie pas moins que si les fumeurs actuels ne cessent pas de fumer, la fraction des décès attribuable au tabac va fortement progresser dans les prochaines années (2).

Figure 1

Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France. Evolution 2014-2019



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018 et 2019.
Les * indiquent une évolution significative entre 2014 et 2019 : *** p<0,001.

On comprend donc l'importance de la mise en place de soins liés au tabagisme efficaces et ce quelle que soit la population ciblée. Le public qui nous intéresse plus particulièrement ici est celui des personnes présentant un trouble psychiatrique.

Comme point de repère, la conférence d'experts datant de 2008, qui regroupait experts de l'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT) et experts de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) a publié une série de recommandations en janvier 2009. Force est de constater que les éléments avec un niveau de preuve élevé (grade A) sont rares. Ce qu'il est important d'en retenir c'est que la prévalence est élevée chez les personnes atteintes de maladie mentale et que le tabagisme a un impact sur le plan psychique, dans les troubles anxieux et troubles de l'humeur notamment (3).

Dans le champ de la psychiatrie, il est intéressant d'étudier les représentations des soignants exerçant dans ce domaine pour élargir le cadre d'observation au point de vue des professionnels. Plusieurs études se sont effectivement penchées sur les attitudes et représentations soignantes liées au tabagisme. C'est ainsi que dans l'étude menée en Grande-Bretagne par l'équipe de Lisa McNally, il est mis en évidence que le personnel travaillant en institution psychiatrique exprime significativement moins d'attitudes positives à l'égard des politiques anti-tabac et s'investissent également moins dans les soins de sevrage tabac que le personnel travaillant à l'hôpital de soins généraux (4).

Au regard des différentes études quantitatives faites sur le rapport qu'entretiennent les soignants avec le tabac, il nous semblait intéressant de pouvoir mener une recherche au plus près du vécu du personnel soignant. C'est ainsi que vous avons voulu recueillir l'expérience des soignants du Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) pour comprendre quelle est leur place dans les soins liés au tabagisme afin de pouvoir comprendre et proposer des pistes d'amélioration pour la prise en charge des patients hospitalisés.

Contexte

Législation concernant les produits issus du tabac

Alors que les effets cancérigènes du tabac ont été mis en évidence dans les années 1950, notamment grâce aux travaux de Hammond et Horn parus en 1952 (5), et ceux de Hill et Doll

publiés en 1956 (6) sur le cancer du poumon ; en France il faudra attendre les années 1970 et notamment l'instauration de la loi Veil en 1976 pour qu'une législation anti-tabac voit le jour. Cette loi du 9 juillet 1976 instaure une réglementation sur la publicité en faveur du tabac en l'interdisant notamment dans les lieux accueillant un public mineur et en rendant obligatoire la présence d'un message d'avertissement sur les paquets. Ce premier volet législatif avait comme intérêt de protéger les non-fumeurs.

A partir du 10 juillet 1991, la loi Evin vient compléter cette législation de lutte contre le tabagisme. Cette nouvelle loi inscrit que la France est un pays non-fumeur et interdit toute distribution gratuite de produits du tabac, toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabagisme et aussi l'usage de la cigarette dans les lieux dédiés à l'usage collectif en dehors des espaces dédiés par décrets (« zone fumeurs »).

Dans les suites de ces deux lois, un décret datant de 2006, appliqué par les lieux d'usage collectif à partir du 1^{er} février 2007 (2008 pour les discothèques, casinos...) détermine les conditions de l'interdiction de fumer et établit des normes pour les lieux réservés aux fumeurs : les « fumeurs ». Ces lieux sont interdits dans les établissements scolaires du primaire et du secondaire mais également dans les hôpitaux.

Cette circulaire prévoit un aménagement pour certaines situations : « à titre exceptionnel, et au regard des pathologies prises en charge, l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients si la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures. » (7)

Dans l'article de Michel L. et Lang JP., publié dans L'Information Psychiatrique, les auteurs dressent un état des lieux des difficultés rencontrées dans les établissements de soins psychiatriques pour la mise en application de la législation anti-tabac (8).

A la question très concrète « Peut-on fumer dans les services de psychiatrie ? » les auteurs Péchillon é. et Dujardin V. répondent, en 2018, que la réglementation doit être adaptée au statut de la personne : à savoir une interdiction de fumer pour les visiteurs, une nécessaire organisation pour les services accueillant des patients hospitalisés sous contrainte pour mettre

en place des espaces ou des moments à l'air libre pour que les patients puissent fumer et enfin, il revient à chaque établissement de réfléchir à l'éventualité d'une « pause cigarette » pour les soignants (9).

Tabagisme irréductible et psychiatrie

Lorsque l'on s'intéresse plus précisément aux caractéristiques des fumeurs actuels, on découvre que certains auteurs ont proposé une classification des fumeurs et de leur tabagisme, dans laquelle on retrouve la catégorie des « Hard-Core Smokers » (HCS) que l'on peut traduire en français comme les fumeurs irréductibles. Ces fumeurs, considérés comme difficiles, fument, par définition, au moins 15 cigarettes par jour, ont plus de 26 ans, fument quotidiennement depuis au moins 5 ans, n'ont pas tenté d'arrêter de fumer dans l'année précédente et n'ont pas d'intention ni de désir d'arrêter dans les 6 prochains mois. Au-delà de ces critères de consommations, les HCS constituent une population spécifique de fumeurs, comme le montre Erik M. Augustson dans la revue *Nicotine & Tobacco Research* en établissant les caractéristiques socio-démographiques et les paramètres de leur tabagisme. Ainsi les HCS sont plus souvent des hommes, pas mariés, sans emploi, avec un niveau d'éducation inférieur. Ils ont débuté leur tabagisme plus précocement, sont moins convaincus de la toxicité des tabagismes actif et passif, ils ont des niveaux de consommation et de dépendance supérieurs tout en étant peu convaincus d'être dépendants et plus souvent consommateurs d'autres substances psychoactives (10). Il convient aussi de citer le Dr Jean Perriot qui précise, dans son article « l'aide à l'arrêt des fumeurs irréductibles » (11), la définition en ajoutant une distinction entre le HCS et les « Heavy Chronic Smokers en échec », ces derniers étant des gros consommateurs, fortement dépendants au tabac et en échec de leur tentative d'arrêt, il met ainsi l'accent sur le fait que les HCS n'ont pas l'intention d'arrêter. Il propose une extension de la définition issue du Guide d'aide pour les HCS (12) incluant les fumeurs malades de leur tabagisme mais qui persistent à fumer ainsi que les fumeurs avec une pathologie psychiatrique.

Au-delà de cette population cible des HCS, il est important de prendre en compte toutes les comorbidités psychiatriques, comme nous le rappellent les recommandations de bonne pratique de l'HAS (13). Ainsi pour les patients souffrant de troubles de l'humeur, il faut être vigilant au risque de rechute dépressive à l'arrêt du tabac, les patients souffrant de troubles anxieux, à l'inverse peuvent voir leurs troubles s'améliorer en cas de sevrage tabagique. Il n'y a pas de recommandation particulière pour les personnes atteintes de schizophrénie mais l'HAS nous dit qu'« en cas de trouble psychiatrique sévère, les doses de TNS [traitement nicotinique de substitution] nécessaires sont fréquemment plus élevées qu'en population générale ». Ce qui suggère que les patients soignés en psychiatrie ont une dépendance tabagique plus forte. Et les études épidémiologiques vont effectivement dans ce sens (14).

Si l'HAS propose le terme de comorbidité psychiatrique, on rencontre souvent le concept de pathologie duelle, que l'OMS définit comme : « Cooccurrence chez un même individu d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique » (15).

Comme nous le rappellent les auteurs d'un article paru dans le *Lancet Psychiatry* de mai 2019, le tabagisme des personnes atteintes de schizophrénie est premier facteur de risque de mort prématurée pour ces patients, c'est-à-dire que ces patients meurent plus souvent de leur tabagisme que de leur trouble psychiatrique (16).

Durant les enseignements du Diplôme Interuniversitaire de Tabacologie, le Dr Perriot ajoute aussi que pour les personnes souffrant de pathologie duelle, il existe une motivation à l'arrêt mais que les échecs de sevrage entraînent une perte de confiance pour les patients (17).

Enfin, dans l'Atlas de Santé mentale paru en mai 2020, il est souligné dans le chapitre « lien ville – hôpital » que les patients souffrant de troubles mentaux bénéficient d'une moins bonne prise en charge somatique, avec une proportion non négligeable de patients n'ayant pas de médecin traitant (18).

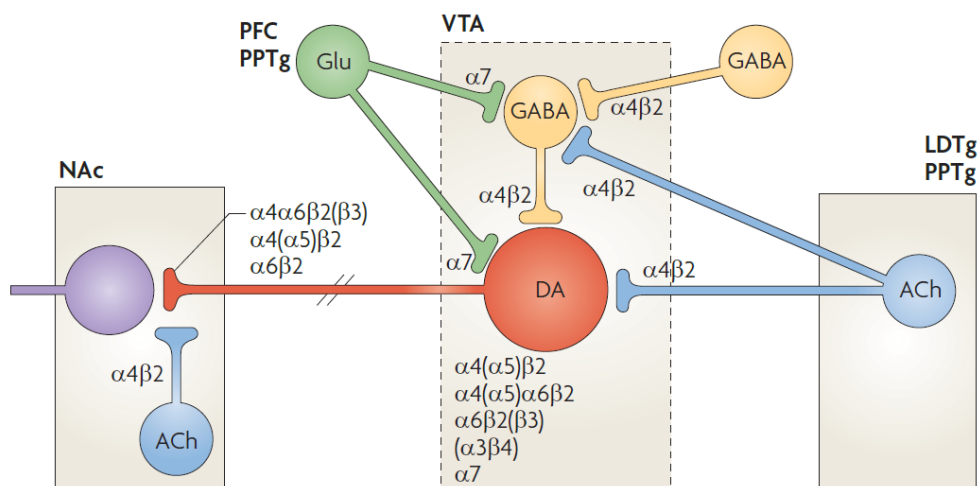
La base de données Cochrane a publié, en 2013, une revue de la littérature faisant le focus sur les interventions proposées aux patients souffrant de schizophrénie pour l'arrêt ou la réduction

du tabagisme. Les auteurs concluent que le Bupropion permet d'aider les patients à arrêter de fumer sans mettre en péril la stabilité sur le plan psychique, la Varénicline permet également d'augmenter le taux d'arrêt du tabac mais au moment de la parution, on ne pouvait pas exclure d'effet neuropsychiatrique. Les stratégies de management des contingences permettent aussi aux patients schizophrènes de réduire ou d'arrêter le tabac sur le court terme (19).

Dans son étude menée à partir de la cohorte NESARC, Yann Le Strat nous explique ainsi que la dépendance à la nicotine est un indice qui doit nous faire rechercher une comorbidité psychiatrique ou addictologique (20).

Pour comprendre les effets psychotropes du tabac, il est important de savoir que les récepteurs nicotiques présents dans l'organisme ont un impact sur la dopamine du circuit mésolimbique, mais également sur la noradrénaline, la sérotonine, l'acétylcholine, le glutamate, le GABA et les endorphines. Ce qui fait de la nicotine un activateur du circuit de la récompense et donc un produit à fort potentiel addictogène. (voir Figure 2).

Figure 2



Les neurones dopaminergiques (DA en rouge) de l'aire tegmentaire ventrale (VTA) reçoivent 2 types de stimulations excitatrices : (1) des neurones cholinergiques (en bleu) du noyau tegmentaire latérodorsale (LGTg) et du noyau pédonculopontin (PPTg) ; (2) des neurones glutamatergiques (en vert) de sources diverses dont le cortex préfrontal (PFC) et le PPTg (Changeux, 2010) (21)

La nicotine a un métabolisme hépatique et interagit avec le cytochrome P450 ce qui accélère le métabolisme de certains traitements psychotropes (notamment l'olanzapine, la clozapine et la chlorpromazine). Cet élément est également à prendre en compte pour les patients souffrant de troubles psychiques et qui prennent ce type de traitement, en effet chez un patient fumeur, les concentrations plasmatiques en antipsychotiques seront plus faibles que chez le non-fumeur et il faudra veiller à adapter les posologies si le patient entreprend un sevrage tabagique.

Etat des lieux des pratiques

En France, le Dr Robin Semal a déjà étudié les représentations soignantes des équipes du centre psychothérapeutique de St Saulve, en comparant par le biais de questionnaires le point de vue des patients hospitalisés et celui du personnel de l'établissement. Il a ainsi mis en évidence que 60% des soignants interrogés considèrent le tabac comme un problème, 39% déclarent toujours aborder la question avec les patients et 59% parfois. 67% seulement considèrent que le tabac est une dépendance qu'il faut inciter à arrêter et 25% estiment que le tabac est un facteur de socialisation. Près de 30% des soignants considèrent que le fait de fumer eux-mêmes est une aide pour établir un lien avec les patients. En regard de ces données, les patients interrogés déclarent quant-à-eux : vouloir arrêter de fumer à 42% et à 67% n'avoir pas reçu de proposition d'aide spécifique (22). Cet exemple rejoint les données épidémiologiques internationales selon lesquelles les soignants travaillant en hôpital psychiatrique fument plus que les soignants en soins généraux et comment leur statut de fumeur entraîne des difficultés pour se positionner vis-à-vis de l'interdiction de fumer (8).

Au fil du parcours de l'internat de psychiatrie, les étudiants sont amenés à effectuer des stages dans différentes structures de soins, en milieu psychiatrique en intra comme en extrahospitalier, en addictologie, en centres experts, auprès d'un public enfant, adolescent ou adulte. Ainsi la formation permet d'appréhender le parcours de soin du patient et les différentes étapes de la pathologie et du soin.

Le Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) de St Egrève, spécialisé en soins psychiatriques couvre toute la région Grenobloise, le Grésivaudan, le Trièves et le Voironnais. Il compte, pour les secteurs adulte et enfants : 16 unités d'hospitalisation, 45 CMP, 8 HDJ, 19 CATTP, 10 équipes mobiles, 9 unités intersectorielles, 3 centres experts, des services médicaux transversaux, des équipes réseaux et de liaison. Les pratiques sont ainsi riches et variées. On observe également un rapport au tabagisme très différent selon les structures et même à l'échelle individuelle au sein d'une même structure. Ainsi, on n'a pas retrouvé de protocole particulier ni de soins spécialisés en tabacologie fléchés au CHAI, c'est pourquoi entreprendre l'établissement d'un état des lieux précis des pratiques n'a pas été possible. Pour autant ce que nous avons pu observer c'est une présence importante du tabagisme en intra hospitalier, tabagisme des patients mais également des soignants. Il existe des temps de partage des cigarettes entre soignants et patients ainsi que des aménagements architecturaux pour permettre à tous de pouvoir fumer (ex : aménagement d'un patio pour les patients pris en charge en chambre d'isolement).

Le projet d'établissement 2019-2023 ne nomme à aucun moment précisément la question des soins liés au tabagisme chez les patients. Ce projet met en avant le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dont une des actions obligatoires est : « diminuer la prévalence de l'usage du tabac parmi les personnels de l'établissement ». Le projet médical fait état quant à lui d'objectifs généraux :

« - offrir des soins s'inscrivant dans la démarche de qualité et de sécurité des soins dans une perspective d'amélioration de la santé globale mentale et physique des personnes atteintes de troubles psychiatriques ;

- favoriser le rétablissement et l'intégration dans la vie active et sociale ;

- mettre en place des actions de prévention au niveau de la communauté de territoires »

Ainsi la lutte contre le tabagisme s'inscrit tout à fait dans ces objectifs du projet médical du CHAI, que ce soit concernant le tabagisme des soignants mais aussi des patients.

Pourquoi une recherche qualitative ?

La médecine clinique est caractérisée par une double approche, d'un côté une approche quantitative qui se veut analytique et va accorder une place importante au jeu des corrélations et de l'autre une approche expérientielle qui intègre l'ensemble des données non quantitatives et tente plutôt de saisir la réalité vécue par les sujets tout en s'efforçant de la comprendre et de pénétrer à l'intérieur de l'univers observé. C'est dans cet axe que s'inscrivent les études qualitatives.

La recherche qualitative est une méthodologie de recherche issue des travaux des sociologues dans les années 1920, avec la célèbre école de Chicago, et qui se développe actuellement de plus en plus en santé. Il s'agit d'une méthodologie complémentaire des méthodes quantitatives, mais qui s'inscrit dans un tout autre paradigme. A l'instar des recherches quantitatives qui s'inscrivent dans un paradigme hégémonique et qui doivent être basées sur des preuves afin de pouvoir s'intégrer dans la mise en place d'une politique de santé prédictive, la recherche qualitative s'inscrit dans une approche phénoménologique et un paradigme constructiviste.

En d'autres termes, cette méthodologie de recherche s'intéresse à la façon dont les sujets relatent et comprennent ce qu'ils vivent et considère la connaissance comme une co-construction. Le principe est celui du recueil d'expérience de sujets au plus près d'une question de recherche formulée par des chercheurs. Le recueil se déroule le plus souvent au cours d'entretiens de recherche, individuels ou en groupes, mais certains chercheurs utilisent aussi du matériel vidéo d'archive. Ces récits d'expérience sont retranscrits en un verbatim qui sera le matériel utilisé par les chercheurs afin de mener leur analyse. Il s'agit donc de données qui sont le reflet de l'expérience vécue par les sujets qui sont analysées par des chercheurs qui ont participé, ou non, à la co-construction du récit. L'analyse des données se fait au fur et à mesure que les entretiens sont menés, afin que le guide d'entretien puisse évoluer en fonction de la pertinence ou non de certaines questions.

Dans le cas précis de notre projet, nous avons trouvé des études quantitatives qui abordent cette question du tabagisme à l'hôpital psychiatrique. Une étude qualitative menée au Royaume Uni, a cherché à comprendre les liens entre le manque en nicotine et la violence des patients dans les unités de psychiatrie fermées. (23) Les résultats mettent en avant que le personnel utilise les cigarettes comme un moyen de gérer cliniquement les patients et éviter la violence.

Il nous semblait utile de s'intéresser de plus près à l'expérience des soignants afin de mieux comprendre les résistances qu'il peut y avoir en psychiatrie vis-à-vis du tabagisme et surtout co-construire avec eux les axes possibles de changement. Une première enquête a été menée par une collègue tabacologue au sein du CHAI (24) dans l'unité APEX de post-urgence, nos objectifs ont été de pouvoir poursuivre les réflexions engagées et permettre ainsi de formuler des nouvelles propositions.

Méthodes

C'est ainsi que nous avons choisi de mener une étude qualitative auprès de soignants en psychiatrie afin de comprendre leurs rapports avec le tabagisme à l'hôpital mais aussi pour proposer des pistes possibles d'amélioration de la prise en charge du sevrage tabagique. Nous avons choisi un abord phénoménologique pour approcher l'expérience faite par les sujets concernant le tabagisme.

Echantillonnage et participants

Pour mener cette étude, nous avons sollicité les soignants travaillant en unité d'hospitalisation au CHAI. Afin de recruter les volontaires, nous avons contacté, par téléphone et/ou par mail, les cadres-infirmiers des différents services, auxquels nous avons exposé les objectifs et la méthodologie de l'étude. Ce qui est intéressant de souligner à cette étape, c'est l'accueil très hétérogène que nous avons reçu. Certains cadres n'ont jamais répondu à nos sollicitations, d'autres ont répondu qu'il était impossible pour les soignants de quitter les unités, il y a même

eu des rencontres programmées mais aucun soignant n'en a été informé. Malgré tout, plusieurs services ont accepté de dégager un infirmier sur une heure de temps pour participer à notre recherche ; malgré un certain nombre de contraintes hospitalières, les mesures sanitaires qui ont interdit pendant plusieurs semaines les regroupements dans des lieux clos nous avons réussi à mener à bien 6 entretiens individuels et un entretien de focus groupe de 4 participants. Après avoir analysé le contenu des entretiens et formulé des propositions de changement, nous avons mené un nouvel entretien de groupe pour présenter nos résultats à des soignants volontaires, cet entretien n'a pas été retranscrit car l'objectif était d'évaluer l'acceptabilité des propositions et non pas d'analyser leur contenu. Tous les participants travaillaient en secteur adulte. Aucun aide-soignant n'a participé à l'étude. Il n'y a pas eu de sélection selon le statut tabagique des soignants participants.

En accord avec les principes de la déclaration d'Helsinki, une lettre explicative a été remise aux participants ainsi qu'un formulaire de consentement qu'ils ont tous signé avant les entretiens.

Recueil des données

Nous avons recueilli l'expérience des professionnels du CHAI par le moyen d'entretiens semi-structurés avec des soignants. Ces entretiens ont duré environ une heure. Ils se sont déroulés dans l'enceinte de l'hôpital sur le temps de travail des soignants. Dans un premier temps l'objectif était de faire un étalonnage du guide d'entretien et de recueillir les expériences de soignants de façon individuelle pour cerner au mieux les freins et les représentations concernant le tabagisme. Une fois les premiers entretiens individuels analysés selon une méthodologie décrite ci-dessous nous avons pu mettre en place un focus groupe de soignants afin de pouvoir approfondir notre recherche en permettant d'amener des éléments supplémentaires du fait de la rencontre des différents points de vue. La co-construction des connaissances gagnait donc une dimension supplémentaire. Tous les entretiens ont été menés par la même chercheuse (RT) entre avril 2019 et juillet 2020. Ils ont été enregistrés avec

l'accord des sujets. La recherche qualitative étant un processus de recherche circulaire, les entretiens ont été analysés au fur et à mesure, ce qui a conduit à une modification progressive du guide d'entretien initial. Le contenu des entretiens a ensuite été retranscrit après anonymisation des participants.

Analyse des données

Le verbatim ainsi obtenu a été analysé selon une méthodologie inspirée de l'IPA de Smith (25), grâce à Nvivo12, un logiciel spécialisé, qui permet de distinguer les commentaires descriptifs, linguistiques et conceptuels.

La première étape de l'analyse consiste en une écoute et une lecture par les chercheurs : Roelens Tiphaine (RT) et Bourgeois Jérôme (BJ) des contenus des interviews afin de pouvoir s'imprégner du contenu, le fractionner en nœuds puis coder et identifier les principaux thèmes. Smith et coll. recommandent cette double lecture et l'analyse croisée entre plusieurs chercheurs qui doivent se rencontrer en groupe de recherche pour mettre au travail leur réflexivité (25). Les thèmes récurrents dans les différents entretiens reflètent une compréhension commune du phénomène par les participants. Les thèmes nouveaux illustrent quant à eux que la saturation théorique des données n'est pas encore atteinte. Les chercheurs ont ensuite veillé à faire des connections et créer du sens entre les différents thèmes. Il s'agit d'un processus cyclique qui vise à mettre en avant les différences et les similitudes dans les expériences vécues par les soignants. Un travail sur la réflexivité des chercheurs est mené tout au long de l'étude en accord avec les standards définis par O'Brien et collaborateurs (26). Ainsi le statut tabagique des chercheurs ayant évolué au cours de l'étude, la prise en compte par le biais de notes de leurs a priori et présupposés est un élément enrichissant. Les chercheurs échangent entre eux à la fin du processus de codage et leur ressenti est consigné dans les mémos du logiciel. Une fois les thèmes identifiés, la deuxième étape consiste au codage sélectif qui aboutit aux thèmes superordonnés. Les chercheurs ont discuté de ces thèmes ensemble afin d'éviter les interprétations individuelles. Il a été choisi de présenter les

résultats sous forme d'une analyse de type FFOM pour Forces Faiblesses Opportunités et Menaces.

Les extraits des verbatim contenus dans les résultats ont été choisis pour illustrer certains thèmes (S1 pour sujet 1).

Tableau 1 : Récapitulatif du design de l'étude

Approche qualitative	Phénoménologie
Paradigme de recherche	Constructiviste
Stratégie d'échantillonnage	Echantillonnage pensé pour obtenir une variation maximale : <ul style="list-style-type: none"> - Soignants travaillant dans des services différents - Soignants avec statut tabagique différent - Groupes de soignants mixtes - Soignants ayant des expériences professionnelles différentes
Méthode de recrutement	Critères d'inclusion discutés au sein du groupe de recherche et avec la commission médicale d'établissement. Les cadres de santé de chaque service ont été contactés, l'étude leur a été présentée pour qu'ils puissent en discuter avec leurs équipes et nous adresser les soignants volontaires. Plusieurs relances ont été nécessaires pour l'établissement des entretiens. Des soignants de 6 services différents ont participé à l'étude.
Participants	Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - Être majeur - Être soignant au CHAI - Capable de communiquer et d'expliquer son expérience en français Critère d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> - Être mineur
Saturation des données	Après 6 entretiens individuels et un focus groupe nous avons atteint la saturation des données d'après le principe de la suffisance théorique. Le deuxième focus groupe nous a permis de présenter les résultats préliminaires de notre recherche aux soignants.

Période de recueil des données	Avril 2019 à juillet 2020
Méthode de recueil des données	<p>Entretiens individuels semi-structurés</p> <ul style="list-style-type: none"> - A réponses libres - Pour obtenir du matériel détaillé et intéressant sur l'expérience de chaque participant - Utilise les thèmes principaux : Expérience du tabagisme à l'hôpital Place du tabac à l'hôpital et dans le lien avec le patient Rôle des soignants dans le sevrage tabac <p>Entretiens de groupe en co-animation (RT et BJ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire rédigé à partir de l'analyse des premiers entretiens individuels - Nécessité pour chaque soignant d'exprimer son point de vue - Thème principal : identification des freins à la prise en charge du tabagisme <p>Les entretiens ont eu lieu dans une salle du CHAI Ils ont été enregistrés avec l'accord des participants, anonymisés puis retranscrits en verbatim Ils ont duré de 38 à 63 minutes</p>
Analyse des données	<p>Analyse thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Démarche inductive - Analyse évolutive, pendant la collecte des données - Analyse croisée par deux chercheurs - Permettre l'émergence d'une structure d'expérience
Critères de validité	<p>Analyse conduite par deux chercheurs : Roelens Tiphaine (RT) et Bourgeois Jérôme (BJ) de façon indépendante afin de s'assurer que les thèmes émergents sont un reflet des données</p> <p>Triangulation des données avec la littérature scientifique actuelle</p> <p>Réunions du groupe de recherche pour discuter et trouver un consensus sur les résultats</p> <p>Travail sur la réflexivité des chercheurs au cours de l'étude</p>

Résultats

Onze soignants ont participé à notre étude. Tous travaillent comme infirmier au CHAI, dans huit services différents, aucun aide-soignant n'a participé bien qu'ils aient été invités également.

Nous avons interviewé quatre femmes et sept hommes entre 24 et 51 ans. Le statut tabagique des participants n'était pas directement questionné, mais au fil des interviews nous avons appris que deux sujets au moins étaient fumeurs et un était ancien fumeur.

Nous avons procédé à l'analyse thématique phénoménologique du contenu des entretiens. Se sont dégagés douze thèmes principaux que nous avons choisi de répartir en trois axes d'expérience :

- La psychiatrie, une question de temporalité
- Paradoxe de la place du soignant en psychiatrie
- Du soin personnalisé aux enjeux de santé publique

Nos résultats sont présentés sous forme de synthèse dans le tableau 2.

La psychiatrie une question de temporalité

Enjeux organisationnels

Dans les interviews que nous avons menées, le rapport au temps est très souvent évoqué : le temps considéré comme long pour les patients, le temps passé par les soignants à se procurer du tabac... Il nous a semblé intéressant de mettre l'accent sur le rapport à la cigarette dans l'organisation des temps de soins :

« C'est un temps qui se prévoit pour. On sait qu'après le repas, il y a la cigarette, après le petit déjeuner, il y a la cigarette, le matin à 7h, juste après les transmissions, il y a la cigarette. Pour beaucoup de patients et puis ils viennent tous demander la cigarette à ce moment-là, et puis on le sait très bien » (S2)

Tableau 2 : Thèmes émergents	
<i>La psychiatrie une question de temporalité</i>	
Enjeux organisationnels	Le rapport à la cigarette dans l'organisation des temps de soins
Le temps de la crise en psychiatrie	La crise est psychiatrique et non pas tabacologique
La post-urgence	L'articulation des soins extra/intra-hospitaliers
<i>Paradoxe de la place du soignant en psychiatrie</i>	
Manque de légitimité perçue	Les soignants ne se sentent pas légitimes pour les soins en lien avec le tabagisme
Ambivalence du soignant	Temps tabac utilisé dans les soins quotidiens alors qu'il s'agit d'un produit toxique
Poids des contraintes	Vécu négatif des contraintes budgétaires/contraintes de soins
Responsabilité vis-à-vis des risques	Assurer la sécurité des patients et des professionnels
Construction du lien avec le patient	L'outil tabac utilisé comme outil de médiation soignante
<i>Du soin personnalisé à des enjeux de santé publique</i>	
Prise en compte de l'individu	Proposer des soins individualisés, soigner au cas pas cas
Association tabac/cannabis/troubles mentaux	Tenir compte des facteurs de risques psychiatriques
Tabagisme à grande échelle	Perception d'une omniprésence du tabac en psychiatrie
Enjeux institutionnels	Perception que l'institution incite à fumer

« On va faire des plannings, établir un protocole avec les cigarettes, où ils sont d'accord. Ça fait comme un contrat de soins. On lui dit « bah voilà, le matin vous allez avoir 5 cigarettes, l'après-midi 5 cigarettes, la nuit 2, voilà, avant que vous vous couchiez ». » (S3)

« Il y a facilement oui, jusqu'à une dizaine de patients dont il faut gérer les cigarettes et si c'est une distribution plusieurs fois dans la journée, voilà ! Fin, on voit comme ça, ça rythme la journée, et s'il y en a 2 ou 3 à qui ça va manquer, très vite ça vient, ça vient perturber la journée. » (S7)

« [les patients ont] un contrat avec une distribution qui peut être par demi-journée ou pour ceux qui sont le plus dépendant ça peut être une cigarette toutes les heures ou toutes les 2h, et certains euh, ça peut être un paquet de tabac qui leur est donné à la journée ou, fin oui, un paquet de cigarettes sur une journée ou paquet de tabac pour 2 ou 3 jours voilà. Et d'autres ça ne concerne pas les soignants ils s'auto-gèrent plus facilement. Mais ça, ceux-là, ils sont plus rares, ouais. » (S7)

Le temps passé à fumer une cigarette est utilisé comme repère temporel :

« Y'a... autour des repas : les temps de voilà... il y a quelques fois, donc il peut y avoir entre les repas, une... un temps : « pause-cigarette » » (S7)

Le temps de la crise en psychiatrie

Il est très clair pour les soignants interrogés que chaque hospitalisation correspond à un temps de crise. Ce qui apparaît assez clairement aussi dans nos entretiens c'est que pour les soignants, la crise est avant tout psychiatrique et non pas tabacologique.

« Parce que nous on a plus l'habitude de gérer la crise, de travailler sur certaines problématiques mais quand ça touche à tout ce qui est bien spécifique comme les addictions,

bah nos médecins psychiatres en tous cas, ils font souvent appel... On travaille souvent en tous cas avec les infirmiers du service d'addicto » (S3)

« Quand ils sont suffisamment stabilisés ils fument à l'extérieur avec les autres mais quand ils sont en crise clastique ou délirante il faut qu'ils fument dans la chambre d'isolement. Donc on va, même l'hiver, ouvrir la fenêtre et c'est parti ! » (S6)

« C'est [le tabagisme] pas ça qui est en premier plan heu pour nous, parce qu'on sait que les patients ils fument en psychiatrie c'est, enfin je veux dire voilà on le sait tous, donc après je pense que effectivement c'est pas près de passer en, en premier » (S4)

« Je dirais que nous on est habitué à gérer la crise, la décompensation, voilà, bah la crise aigüe et du coup ça ne peut pas être la priorité le tabac. » (S9)

« Avec les troubles du comportement ou les problèmes psychiatriques qui se présentent, c'est sans doute pas au tout premier plan effectivement mais qu'on peut assez rapidement se mettre en objectif sur ces problèmes de tabagisme. » (S8)

La post-urgence

Toujours autour de l'expérience faite de la temporalité des soins, les sujets interviewés évoquent l'articulation soins « extra/intra hospitaliers » comme point d'appui pour les soins liés au tabagisme :

« On s'occupe de la crise alors que les infirmiers ou les... soignants en extra c'est plus sur le chronique... ils voient le patient plus longtemps... c'est pas le même rôle du tout ! » (S10)

« C'est pas quelque chose sur lequel on peut agir, là, tout de suite. [...] je dirai que c'est plus en extra qu'ils peuvent travailler cette question-là... euh.. quand on dit « soignants » c'est au sens large en intra c'est dans les services, l'extra aussi, l'extra aussi c'est des soignants dans

les CMP. Je dirai que même si on est tous soignants c'est pas, quand même, le même métier quoi [...] Et en extra il n'y a pas cette tension autour des cigarettes de l'un, de l'autre » (S10)

« Les médecins vous faisaient confiance parce qu'on passait plus de temps avec eux, j'avais l'impression d'être plus valorisé par les médecins traitants, que par exemple dans un service où on fait à peu près les mêmes observations mais où le tabac en fait dans un hôpital il est pas, pas prioritaire, quoi, en fait. » (S6)

Paradoxe de la place de soignant en psychiatrie

Manque de légitimité perçue

Lorsqu'on pose la question de la place du tabagisme à l'hôpital et qu'en regard, on interroge le soignant sur son rôle dans les soins liés au tabagisme, c'est le paradoxe de la place des soignants qui ressort. En effet, durant les entretiens, les infirmiers nous ont confié leur manque de légitimité perçue concernant les soins liés au tabagisme :

« Mais on pourra jamais prescrire des substituts, ça me paraît trop compliqué pour le faire, donc, moi je trouve que notre place elle est bien comme ça ». (S6)

« Il y a très peu de choses qu'on peut prescrire nous, même en libéral de toutes façons, on est quand même limité. Et il n'y a pas que le fait de prescrire de dire « allez, je prescris un patch » il y a quand même derrière de la surveillance il a quand même beaucoup de choses à... même si c'est que des patchs... Il y a d'autres choses... ou après effectivement, il faudrait être formé » (S4)

« On... en fait on va plutôt gérer pour le tabac avec les prescriptions du médecin de [...] substituts pour le tabac. Et sinon ça sera plus pour du cannabis ou des choses comme ça où

là par contre on se tourne un petit peu vers l'addicto en fait et il y a une infirmière d'addicto qui vient et qui prend le relais à ce moment-là » (S2)

Ambivalence du soignant

Les sujets interrogés ont également pu expliquer que le temps tabac est utilisé dans les soins au quotidien alors qu'il s'agit d'un produit toxique et ont ainsi pu mettre en avant leur ambivalence dans leur rapport au tabagisme :

« C'est ambivalent hein, parce que bah, en tant que soignant, on se dit tous que, on sait très bien tous que c'est pas bon pour la santé, on sait très bien tous les risques que ça peut engendrer, et en même temps comme nous en psychiatrie, nos patients ils sont très vulnérables, ils ont leur problématique avec leurs troubles psychiatriques, parfois très graves et on sait que bah voilà, ça fait partie d'eux et vouloir les accompagner à tout prix pour nous faire plaisir, pour arrêter de fumer c'est contre-productif » (S3)

« Pour beaucoup de patients, et ils nous disent eux-mêmes, ils me disent qu'ils fument beaucoup plus. Du fait qu'ils sont peu occupés à l'hôpital et du coup ça multiplie leur consommation de tabac. Quand je disais deux paquets, au final, c'est rare qu'ils fument ça chez eux, mais à l'hôpital ils voudraient plus fumer ». (S5)

« Il y a des patients aussi qui nous disent, qu'ils nous voient avec la blouse blanche, ils ont peut-être des représentations. « Vous êtes infirmière, mais vous fumez ? – Bah oui, oui, oui ». » (S3)

« Le tabac on ne lui fait pas la guerre. Clairement on ne lui fait pas la guerre. Au contraire, dès que ça peut aider, on l'utilise. » (S2)

« On sait quand même que c'est un moyen aussi de détendre le pa... fin c'est quelque chose qui [...] les calmer quoi donc moi je trouve que c'est un moyen quand même thérapeutique aussi à certains moments... Attention, je sais que c'est pas, enfin voilà, ça reste... le tabac

quoi, mais malgré tout, ça reste un point pour certains patients en tout cas qu'on peut pas leur enlever et qu'on peut travailler aussi avec ça pour la relation donc euh... qu'on utilise pour certains » (S4)

« Normalement c'est pas nous, c'est pas dans nos compétences, on n'est pas distributeur de clopes quoi donc ... On n'est pas sensé gérer ça. C'est faire de la santé, c'est pas à nous de s'occuper des... des cigarettes. » (S2)

« Mais je pense que l'hôpital oui, c'est le, c'est le, c'est le deux poids-deux mesures, de ce que je disais au début, que je trouvais que c'était bien qu'on, qu'on laisse les patients fumer, c'est que l'autre, l'autre versant c'est que pour ceux qui veulent arrêter c'est plus difficile par contre. » (S6)

Poids des contraintes

Les soins en psychiatrie riment avec la notion de contrainte. Ils abordent la contrainte de soins sous l'angle de la privation de liberté, celles liées au manque d'effectif et d'autres contraintes dans leur travail au quotidien. Illustrations :

- En relation avec le manque d'effectif :

« Malgré tout ça peut aussi créer des tensions avec le patient hein ! sur le fait qu'on lui explique que « Ben non là aujourd'hui on n'est pas, problème d'effectif, on n'est pas assez nombreux, on peut vraiment pas accompagner » et ça peut créer quand même quelque chose, parce qu'il sait que c'est nous qui irons donc ça peut créer un... parfois... un biais... » (S4)

- Au plan organisationnel :

« C'est plutôt les contraintes liées à l'organisation, comme je disais, trouver les solutions pour qu'ils soient approvisionnés, ça demande de l'énergie et du temps... Mais il n'y a pas de solution non plus » (S6)

« C'est toute une organisation à prendre, parce qu'il y a un effectif minimum et si on n'a pas l'effectif minimum bah on est embêté s'il y a un patient qui n'a plus de cigarette, on ne peut pas sortir pour acheter de cigarettes, pour celui qui n'a plus de cigarette ça peut très vite monter » (S2)

« Si on disait on veut pas y aller [chercher des cigarettes] en fait on sait que derrière ça peut engendrer tellement de choses le comportement, de cassure aussi de la relation avec le patient, parce que bon après des fois, on peut pas y faire hein, ils le savent aussi hein, on a aussi des problèmes d'effectif, des choses comme ça, mais si on peut c'est sûr que ça pourra que être mieux pour la relation patient. » (S4)

- En terme budgétaire, dans les services qui restreignent le champ des activités thérapeutiques ou occupationnelles possibles et laissent ainsi la place au désœuvrement et au tabagisme :

« Du coup c'est même le manque d'autre moyens à disposition qui amène à faire que c'est la cigarette qui devient, qui est devenue, par manque de moyens... un moyen pas cher de faire une activité, qui prend pas beaucoup de temps, qui plaît au patient, y' pas un patient fumeur qui dira « non, non ça me dit pas de faire un entretien cigarette » » (S2)

- En terme budgétaire, mais vu du côté des patients, ceux qui ont bien souvent de faibles ressources, bien amputées par le budget « tabac » :

« Nos patients bien souvent, ils ont très peu de moyens financiers, ils veulent diminuer, justement pour, avant tout (rires) alléger, faire au mieux pour leur budget et voilà ça va leur permettre bah de mieux respirer et tout ça, mais ça vient au second plan malheureusement. » (S3)

« Dans notre service, il y avait un patient, qui, un patient déficitaire, qui voulait, qui disait qu'il voulait acheter une clope électronique, une clope électronique pour arrêter de fumer...

donc là c'était aussi un travail de l'équipe qu'on a dû faire, pour l'accompagner sur plusieurs semaines du coup, pour qu'il, bah réduise son budget pour que l'A.S. ou la cadre je sais plus, puisse lui acheter la clope électronique. » (S9)

Responsabilité vis-à-vis des risques

Certains soignants ont également parlé de la dimension sécuritaire de leur travail. Ainsi, assurer la sécurité des patients fait partie de leurs responsabilités et leurs expériences racontent comment le tabagisme, les soins liés au tabagisme et les échanges de cigarettes peuvent venir mettre à mal la sécurité des uns et des autres :

« En tant qu'infirmière, on est garant de la sécurité. Il y a des patients qui ont foutu le feu, voilà, qui, qui étaient pas bien. Qui cherchaient la provoc ou quoi, qui ont foutu le feu dans une poubelle ou qui ont brûlé des matelas. Il y a quelques années de ça, c'était dans un service, le patient il s'était immolé, le patient avait rentré son briquet, il l'avait caché et heu, il s'était immolé en chambre d'isolement. Donc ça a été dramatique pour les collègues, parce que du coup, la question de la sécurité, forcément... » (S3)

« Après, il y a aussi pas mal de trafic je reviens sur ça, sur la sécurité dont je parlais tout à l'heure, en tant qu'infirmier, on veille aussi, notamment pour les patients déficitaires qui sont encore plus vulnérables que tous les autres, qui eux, pour la plupart, vont avoir souvent plus de cigarettes, voilà ils sont sous tutelle, en tout cas ça va être géré de manière plus rigoureuse et ils vont se faire taxer par les autres patients, au même titre que la sécurité, Voilà. » (S3)

« La sédation des personnes en fauteuil qui fument, qui lâchent leur cigarette et qui se crament le blouson c'est arrivé, il y en a beaucoup oui qui fument et puis y'a tout qui tombe » (S5)

« Nous, enfin personnellement, j'évite les NICORETTES et les NICOPASS en CI [chambre d'isolement] parce que comme on n'a pas toujours un œil sur eux, s'ils font une fausse route, qu'on... avec par exemple un NICOPASS et qu'on le voit pas bah c'est pour nous... donc on privilégie plutôt les patchs. » (S6)

« Et aussi le problème de l'exposition des soignants par rapport au tabagisme passif [...] le tabagisme passif qui est mieux cadré maintenant, s'il y a des lieux fumeurs, fin pour fumer à l'extérieur. » (S8)

« Avant les patients ils pouvaient déjà fumer dans le parc à côté des services, donc le patio, fin du coup, au contraire je dirais pour moi, dans les nouveaux bâtiments, les patios en fait ils sont au centre, et du coup je trouve que ça entraîne plus de tabagisme passif au final. » (S9)

Construction du lien avec le patient

Les soignants, fumeurs comme non-fumeurs, décrivent comment le tabagisme et la cigarette sont utilisés dans leur quotidien comme moyen d'interagir avec les patients :

« une chose qui est sûre c'est que la cigarette est un moyen de réhumaniser le soignant et de remettre un peu plus du lien avec le patient hein... On peut l'utiliser comme ça, mais alors on peut utiliser plein d'autres choses hein... tout support est bon à prendre et peut humaniser la personne. La cigarette fait juste partie d'une des, d'un des moyens. » (S2)

« Il y'en a qui disent, « au moins on reste avec les patients, on fume avec le patient, ça fait du lien, on fume ensemble. » Il y a des fois des patients qui sont en train de fumer et les soignants, ils arrivent. Il y a vraiment une proximité, ils peuvent se dire des choses par ce biais-là. Voilà peut-être qu'auparavant ils n'auraient pas osé. Donc pour ceux qui fument avec les patients ils disent que c'est assez précieux parce que bah, ils sont un petit noyau, ils sont souvent ensemble. » (S3)

« Sans tabac y avait plus du tout moyen de faire du lien. Pour certains effectivement on sait

quand même que c'est un moyen aussi de détendre le pa... fin c'est quelque chose qui qui peut et qui qui peut les calmer quoi donc moi je trouve que c'est un moyen quand même thérapeutique aussi à certains moments » (S4)

« [fumer une cigarette] ça pallie, ça pallie l'ennui en fait. Vraiment ça pallie l'ennui donc, je ne dis pas que c'est une bonne chose mais du fait du manque d'autre chose pour pallier ces temps d'ennui en fait, bah malheureusement, le stimulant étant le truc qui leur plait le plus. » (S2)

Du soin personnalisé aux enjeux de santé publique

Prise en compte de l'individu

Dans les premiers entretiens individuels que nous avons menés, le rapport à l'individu et aux soins au « cas par cas » était prégnant :

« Il y a plusieurs années j'avais un peu ça en tête, bah voilà c'est, c'est une addiction et il faut arrêter de fumer, j'étais sur quelque chose de plus rigide et par le biais de cette formation, j'ai appris aussi à vraiment m'adapter à la personnalité, de faire au cas par cas, de pas faire un modèle pratique et d'aller vers quelque chose de plus souple et qui est adapté au patient. » (S3)

« Donc c'est vraiment une adaptation au cas par cas ». (S3)

« Ça dépend de ce qu'il veut faire aussi, si c'est une diminution ou ... il peut voir le généraliste, voire même, voir l'addictologue. Il y en a qui l'ont déjà fait. Mais c'est à la demande du patient quand même souvent, enfin nous on leur demande pas d'arrêter en arrivant le tabac » (S4)

« Je dirais que ça dépend de la sédation, ça dépend des patients, et c'est un peu au cas par cas, mais bon il y a des choses qui viennent de nous aussi, ça dépend de la personne aussi [les

patients en chambre d'isolement] *ils veulent pas spécialement, ils veulent moins fumer aussi, enfin ça dépend des patients. On ne met pas systématiquement des patches. » (S4)*

Association tabac/cannabis/troubles mentaux

Les soignants nous rappellent également, que dans cette prise en charge individualisée, il est impératif de tenir compte des facteurs de risque psychiatriques.

Effectivement s'intéresser aux effets psychotropes du tabac permet de mieux percevoir les liens entre tabagisme et psychiatrie. Comme le rappellent Alain Dervaux et Xavier Laqueille la relation entre tabagisme et dépression est bidirectionnelle (27). C'est-à-dire qu'un épisode dépressif peut favoriser le tabagisme et le tabagisme peut favoriser les troubles dépressifs. Ainsi la cooccurrence du tabagisme et de troubles dépressifs peut s'expliquer par :

- Une vulnérabilité commune : des facteurs génétiques communs à la dépression et au tabagisme (comme il en existe pour la schizophrénie (28))
- L'automédication de l'humeur dépressive par le tabac
- Des arguments neurobiologiques notamment de l'action de la nicotine sur les systèmes sérotoninergiques

Il est important aussi de souligner les co-addictions tabac-alcool, tabac-café et surtout tabac-cannabis, ce dernier est souvent associé au tabagisme et surajoute des risques pour la santé psychique :

« Pour moi du point de vue médical, enfin c'est [le tabagisme] un facteur de risque cardiovasculaire, de cancer, de décompensation de pathologie psychiatrique, de pathologie bronchique chronique par exemple, c'est un facteur de risque sur le plan médical. » (S1)

« Ça [partage d'une cigarette] a pu apporter quelque chose et ça a fait du lien qu'auparavant on n'a pas pu mettre en place parce que voilà, le patient était pas du tout accessible, par le biais du traitement on le faisait monter encore plus qu'il était, donc il y avait plusieurs facteurs de risques, l'hospitalisation, la contrainte, le traitement qu'on lui imposait heu... tout ça et bah il était vraiment près de l'explosion » (S3)

« [en psychiatrie] c'est des patients qui doivent avoir derrière, on va dire, un suivi pour un pti moment en plus et heu pas forcément avec leur consentement, qui sont consommateurs de cannabis. Si on leur dit, il faut arrêter la cigarette aussi en même temps, ils vont bloquer directement, dire « Oh c'est bon, chui... j'arrête, j'arrête, laissez-moi sortir » et puis ils vont tout de suite reprendre en fait. » (S2)

« « Je viens à l'hôpital, je veux tout arrêter » Et des fois les médecins psychiatres, ils leur disent « attention c'est peut-être une bonne démarche mais ça fait peut être trop. Le cannabis bah c'est très bien vous êtes sevré, bah peut être la cigarette on va y aller progressivement, peut-être pas là, si vous fumez peut-être deux paquets de cigarettes chez vous, vous allez essayer d'en fumer 15 cigarettes... » » (S3)

« Souvent les personnes qui ont fumé du cannabis en plus ils sont dépendants au cannabis, ils fument beaucoup de cannabis, et souvent c'est l'appel de la nicotine en fait qui leur font fumer du cannabis. Ils ont envie d'une clope, mais ils vont rouler un... ils vont rouler un joint à la place » (S2)

« Je sais pas le manque [de cannabis] par contre, hum des crises paranoïdes avec un joint, oui ! Qui ont amené en chambre d'isolement, ouais ! C'était même ma crise la plus violente quand j'étais à P* d'ailleurs. Je me souviens que le patient avait aucun antécédent psy, il est arrivé complètement fou, mais incroyable ! » (S6)

« Par exemple sur le, sur les dosages sanguins, clozapinémie ou... où on a pu constater des patients qui fument énormément, ils arrivent pas à synthétiser le traitement et, et du coup, du coup le traitement a besoin d'être majoré pour avoir l'efficacité » (S5)

Enfin, certains soignants craignent les effets psychiques du sevrage tabagique chez leurs patients souffrant de troubles mentaux :

« Un monsieur qui fumait 3 paquets par jour qui associait une... sa consommation de cigarettes qui était déjà très grande, à une compensation par le café, une quinzaine de tasses par jour... donc on était à la fois sur un problème de sevrage tabac/caféine et à la fois sur un problème plus social, parce que ça lui coûtait énormément d'argent, sur un profil en plus bipolaire donc associé à des états maniaques » (S6)

« Moi je trouve qu'en psychiatrie, il faut respecter le besoin du patient de fumer. Donc déjà, je trouve que c'est très bien qu'on puisse mettre en place une organisation pour qu'il fume parce que ça nous causerait quelques problèmes ! » (S6)

« Il y a des patients qui en ont besoin, c'est, c'est leur anxiolytique et ça, c'est des rituels qui les, qui les rassurent, qui rassurent leurs angoisses donc quelque part c'est bien de le garder comme ça, de leur donner la possibilité de fumer et de ne pas les forcer. » (S6)

« S'il est hospitalisé, c'est aussi parce qu'il y a une recrudescence des symptômes psychiatriques il est peut-être moins accessible aussi à une réflexion pour, pour s'arrêter de.../[fumer] » (S7)

Tabagisme à grande échelle

En s'attardant sur le contenu des entretiens, même si cette dimension n'était pas questionnée directement, nous sommes également arrivés à la conclusion suivante : la perception de l'omniprésence du tabagisme dans les services de psychiatrie est partagée par un bon nombre de soignants :

« En psychiatrie, ils fument majoritairement tous. » (S6)

« Enfin je pense qu'il y a 90 ou 95% des patients qui fument » (S1)

« Beaucoup, beaucoup de patients fument » (S7)

« Je trouve que pour la plupart ils fument quand même ici » (S4)

« Parce qu'en général on n'a pas des petits fumeurs en général... » (S1)

Et cette omniprésence perçue représente un frein majeur pour les soignants et de fait pour les patients également :

« Enfin dans les services de psychiatrie il y en a beaucoup qui fument donc pour arrêter déjà c'est compliqué euh donc là déjà il faut prendre ça en compte ... » (S6)

« Ce que ramènent très souvent les patients c'est « tout le monde fume dans le patio, c'est un espace qui est très petit, donc si je ne fume pas, je me sens tout seul, dans le service, quoi. » » (S1)

« C'était pas vraiment un choix mais tout le monde dans ma famille, mon père, ma mère, tout le monde fume, du coup j'ai commencé à fumer. » (S3)

« Ça dépend de plein de facteurs, mais c'est vrai que d'être entouré de fumeurs, beaucoup disent que c'est compliqué » (S6)

« Parce que finalement tous ceux qui sortent ils fument, tous, parce que c'est le seul endroit où ils peuvent fumer, et ceux qui fument pas, moi y'a déjà un patient qui m'a dit, qu'il pouvait pas sortir, fin qu'il ne voulait pas plutôt, sortir » (S9)

Enjeux institutionnels

Ainsi cette culture du « tout-tabac » et de la présence accrue du tabac dans les services amènent également les soignants à percevoir l'institution comme incitant au tabagisme :

« Pour certains même j'ai envie de dire, l'institution les amène à fumer aussi quelque part. »

(S2)

« L'institution amène peut-être à, amène à ritualiser aussi une petite consommation de cigarettes » (S2)

« La dérive en fait c'est que, c'est institutionnel, ça a toujours été comme ça [que les soignants aillent chercher le tabac pour les patients] et du coup pour euh, pour les patients bah c'est normal quoi, c'est normal, ils viennent nous voir « bah j'ai plus de tabac ou j'ai bientôt plus de tabac, donc voilà ! » et là, il faut une solution » (S5)

« Le frein c'est qu'il [le patient] peut rechercher à travers le tabac, fin, une occupation ou ça vient, ça vient apaiser pour lui ce temps d'hospitalisation. Donc dans ce temps d'hospitalisation, le tabac peut être utile pour, pour s'occuper » (S7)

« L'organisation amène à ce qu'on aille vers la cigarette. Moi j'ai connu des patients qui ne fumaient pas en rentrant et qui sont repartis, fumeurs. » (S2)

De ces résultats nous avons essayé de faire une analyse de type Forces Faiblesses Opportunités Menaces (FFOM) afin de pouvoir la présenter à un groupe de soignants de façon simplifiée (Tableau 3). L'idée étant ainsi d'évaluer la transférabilité des expériences vécues à d'autres soignants. La transférabilité, et non pas la représentativité, des résultats nous laisse supposer une bonne acceptabilité des propositions faites aux soignants.

Les résultats ainsi rapportés ont été présentés et expliqués à un groupe de quatre soignants et un cadre infirmier n'ayant pas participé à l'étude. La présentation a été faite après un temps de relève infirmière. Cet échange n'a pas été enregistré car le but n'était pas d'en analyser le contenu.

Tableau 3 : Forces Faiblesses Opportunités Menaces	
<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des professionnels intéressés - Adaptabilité - Diversité des approches et des expériences - Travail en équipe - Prise en compte bio-psycho-sociale 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabagisme des soignants - Sentiment d'insécurité/violence - Manque de légitimité perçue - Rapport à la temporalité - Exclure le tabac de l'addictologie/Exclure le tabagisme de la psychiatrie - Que le logiciel ne permette pas l'accès à la prescription de la part des soignants
<p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouvoir prescrire quand on est soignant - Formation des professionnels qui intègrent la structure - Mise en place d'un protocole à l'essai dans un service - CPOM - Mise en place d'une politique d'établissement 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'une ligne de conduite claire - Ne pas prendre en compte la dimension addictologique en psychiatrie - Cloisonnement intrahospitalier/extrahospitalier

Les professionnels se sont reconnus tant concernant les forces que les faiblesses : adaptabilité, prise en compte globale du patient, sentiment d'insécurité notamment. Mais les éléments présentés comme des opportunités et de menaces ont moins été compris : protocole de sevrage mis en place dans l'unité Apex, politique d'établissement sont des éléments qui n'ont pas trouvé d'écho (« impossible à faire bouger » « on ne voit pas comment »). En revanche la proposition de formation des professionnels intégrant la structure et la prise en charge du tabagisme des soignants via le budget du CPOM ont suscité des réactions plus positives. Par ailleurs un soignant a expliqué que pour lui, le cloisonnement que nous avons soulevé entre les soins intra et les soins extrahospitaliers n'était pas vécu comme cela, mais il décrivait plutôt un cloisonnement entre les soins spécifiques addictologiques et les soins psychiatriques qu'il qualifie de plus généraux.

Discussion et propositions

Les résultats ici présentés de notre étude, permettent de faire le constat des différents axes et niveaux d'action possibles pour envisager une progression des soins liés au tabagisme.

Les principales limites de notre étude et des propositions que nous pouvons formuler concerne la méthodologie de ce type de recherche. Effectivement la recherche qualitative n'inclut que des sujets volontaires et intéressés par la question soulevée. Ainsi on peut imaginer que la transférabilité des expériences et la recevabilité des propositions formulées serait différente chez un groupe de soignants réticents à faire évoluer les choses.

Il semble toutefois important de considérer chaque niveau d'intervention possible afin de faire plusieurs propositions spécifiques pour que la réponse apportée soit globale.

Nous avons fait le choix d'organiser nos propositions de l'échelle institutionnelle à l'échelle personnelle.

Sur le plan institutionnel

La culture du « sans tabac »

Le rôle de l'institution est celui de définir un projet et d'en organiser le cadre. Par cadre nous entendons, un cadre législatif, en d'autres termes veiller à faire respecter la loi. Si le rappel à la loi peut sembler punitif, il permet principalement un soutien sur lequel les soignants peuvent s'appuyer avec la possibilité pour construire des solutions. Ainsi, en se basant sur le même modèle que la transition entre la loi Veil et la loi Evin (cf paragraphe « Législation concernant les produits issus du tabac » Chapitre Contexte), il faudrait considérer l'hôpital comme un lieu non-fumeur où les patients (et les soignants) fumeurs seraient l'exception et non plus la règle. Il s'agit de passer de la culture de l'omniprésence du tabagisme en psychiatrie à la culture du « sans-tabac ». Pour cela on peut imaginer une transition progressive par le biais d'affichage et de tout autres moyens de communication : il s'agirait par exemple de proposer des groupes de travail régulièrement, de s'ouvrir aux suggestions de l'ensemble du personnel, de prendre part aux instances de l'hôpital : CHSCT (Comité

d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail), CME (Commission Médicale d'Etablissement), comité d'éthique. Ainsi, même si le personnel ne se saisit par forcément des propositions de groupe de travail, au moins, l'atmosphère et le climat du « sans tabac » s'inscrira dans les esprits. Cela permettra de recueillir les idées de l'ensemble des membres du personnel qui le souhaitent et qui n'ont pas forcément été ciblés dans notre étude. L'acceptabilité des autres propositions devrait alors être meilleure.

Les politiques « coup de pouce »

Les politiques qui ont montré leur efficacité en population générale ont également toute leur place en milieu psychiatrique, c'est pourquoi nous avons également formulé une proposition inspirée de politiques « coup de pouce » dites nudge.

Au sein de l'établissement, afin de lutter contre le gaspillage alimentaire, en 2018, le self du personnel avait mis en place un tri des restes alimentaires à la sortie du réfectoire. Après la première semaine de tri, les bacs transparents contenant les restes de pain étaient exposés à l'endroit même où les membres du personnel étaient invités à jeter leur reste. Les bacs restaient exposés trois semaines durant afin que chacun puisse apprécier les efforts fait par tous concernant le gaspillage du pain. Il a fallu moins d'un mois pour voir les quantités de pain gaspillées diminuer de moitié. Sur ce même modèle, on peut imaginer le remplacement de tous les cendriers disposés dans les patios par des cendriers aux parois transparentes. On peut accentuer l'effet coup de pouce en graduant sur toute la hauteur du cendrier le budget correspondant au niveau atteint par les mégots (ex : 5cm de mégots dans le cendrier correspondent à 200 € de cigarettes fumées).

Toujours en lien avec la dynamique du « Moi(s) sans tabac », nous avons également pensé à l'installation, dans un premier service-test, d'un vélo de type « home-trainer » relié à un compteur digital du temps passé à pédaler. Les patients et soignants seraient donc incités à prendre quelques minutes pour pédaler plutôt que de fumer une cigarette.

Ce type d'action permet d'encourager la prise de décision de changer de comportement.

Pour poursuivre l'usage des techniques marketing appliquées aux soins, nous proposons également la mise en place d'un groupe de travail en lien avec le service de communication du CHAI qui serait destiné à la rédaction d'une phrase type, sorte de slogan, que tous pourraient s'approprier pour réagir notamment à une situation qui les rend mal à l'aise (exemple : « en novembre on arrête ensemble », « le tabac c'est tabou »). Avec le soutien de l'équipe communication, ce slogan pourrait être diffusé très largement et « inonder » l'établissement.

La temporalité des soins : l'urgence

Ayant entendu les discours de soignants autour de la crise et de l'urgence sous l'angle de la psychiatrie, nous avons eu l'idée qu'immiscer la prise en charge du tabagisme dans les soins d'urgence permettrait de sensibiliser le plus grand nombre aux bénéfices de ces soins. Dans cette optique nous allons proposer d'intégrer une case suggérant la prescription de TSN sur les fiches de prescriptions d'isolement et contention. Par exemple :

Mise en place TSN : OUI : Lesquels NON

Les fiches de prescriptions d'isolement et de contention doivent être reprises et prescrites quotidiennement. Elles concernent en premier lieu les médecins et internes des services d'hospitalisations, mais également les médecins exerçant en extrahospitalier durant leurs astreintes les week-ends et jours fériés. Les soignants des unités s'assurent quotidiennement que ces fiches sont remplies correctement et elles servent de référence pour les soins dispensés en chambre d'isolement.

Rajouter cet alinéa au formulaire de prescription c'est s'assurer que chaque personne prescrivant de telles mesures s'interroge sur l'intérêt d'une substitution dans de telles circonstances.

Dans son rapport sur la contention et l'isolement, publié en 2016, le contrôleur général des lieux de privation de liberté consacre tout un paragraphe aux soins liés au tabagisme en

chambre d'isolement (Chapitre 2 - Une implication faible et discordante de la communauté hospitalière, Section 2 - L'atteinte aux droits fondamentaux, point commun de ces disparités. Alinéa VII – « Le droit de fumer ou les modalités de gestion du tabac ») (29). Il soulève aussi le paradoxe de ce type de situations et estime que les aspects sanitaires de la dépendance au tabac sont faiblement pris en compte.

La temporalité des soins : la post-urgence

Vient ensuite le temps de la « post-urgence », cette période où l'agitation de la crise laisse la place au flottement pour ce qui concerne les soins liés au tabagisme : Qui s'en occupe ? Qui prescrit ? A la demande de qui ? Et qui évalue ? Au cours des entretiens nous avons pu comprendre qu'il n'y avait pas une organisation commune à l'ensemble des services d'hospitalisation mais des pratiques différentes qui sont fonction des expériences et des sensibilités des soignants. Ce qui paraît en revanche commun à un bon nombre de services c'est l'accueil positif réservé à l'équipe d'addictologie de liaison régulièrement sollicitée dès lors qu'il y a une consommation de cannabis ou d'alcool. Il semblerait que ces soignants soient rarement amenés à intervenir pour une problématique tabacologique seule, mais si on imagine qu'ils encouragent la prescription de TSN en parallèle des entretiens motivationnels pour les patients qui présentent une addiction au cannabis, alors la culture de la substitution s'ancrera un peu plus et les soignants des unités pourront ainsi gagner en compétences dans ce domaine. En tant qu'organisatrice des événements liés au « Moi(s) sans tabac », l'équipe d'addictologie de liaison a toute la légitimité pour être ambassadrice des soins de tabagisme à l'hôpital et même au-delà, puisque les soignants interviennent également dans les structures ambulatoires de type hôpitaux de jour.

La temporalité des soins : l'après hospitalisation

Afin de permettre une levée du cloisonnement entre les différents acteurs de soins, la proposition de renforcer les liens entre l'addictologie en général et les structures ambulatoires

paraît prometteuse. Ainsi le travail initié lors d'une hospitalisation pourrait être soutenu et poursuivi après la sortie du patient mais on peut également imaginer que des soins spécifiques pourraient être amorcés en amont d'une décompensation nécessitant un retour en hospitalisation. Pour exemple, il serait intéressant de profiter de l'opportunité offerte par le « Moi(s) sans tabac » et des restrictions sanitaires de cette année pour proposer, à la place des actions événementielles mises en place habituellement, un tour d'horizon des hôpitaux de jour et CMP du secteur au cours duquel nous pourrions présenter les kits de Santé Publique France et ainsi aborder la question du tabagisme, des soins de sevrage et créer de l'intérêt chez les soignants.

A l'échelle individuelle

Formation des professionnels

Dans cette veine, renforcer les compétences des soignants est une proposition qui s'inscrit dans la valorisation des expériences et des pratiques de chacun. Dans 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, Xavier Bertrand évoquait la nécessité de formation du personnel soignant. « Cette suppression [des emplacements fumeurs] devra être accompagnée d'une information ciblée auprès des personnels médicaux, soignants, administratifs et techniques sur les motivations de la réglementation, son caractère normatif et les sanctions prévues en cas de non-respect [...]. De plus, il est souhaitable que les personnels soient formés afin d'être en mesure de relayer l'information auprès des personnes accueillies dans l'établissement. » (7)

Une formation courte et pragmatique de tous les membres du personnel nouvellement recrutés nous paraît le plus efficace : cette formation aborderait d'une part l'aide concrète et pragmatique aux premiers jours sans tabac et des éléments de réflexion sur les résistances au changement telles qu'évoquées dans ce travail. En effet, un temps de formation est déjà prévu

après la phase de recrutement. Il serait ainsi possible de sensibiliser les futurs soignants du CHAI, tous services confondus et d'instaurer la culture du « sans tabac ».

Extension de la prescription

Il semble également indispensable de mener à bien les démarches pour que les soignants puissent obtenir les autorisations de prescriptions de patches et autres substituts nicotiques dans les services hospitaliers comme l'article L3511-3 du code de santé publique l'autorise depuis mai 2016 (30). Ouvrir la prescription au plus grand nombre permet d'étendre les populations ciblées et de valoriser les savoirs de chacun.

Prise en charge du tabagisme des soignants

Enfin, pour terminer avec les propositions de changement à l'échelle individuelle : il est important de pouvoir prendre en charge le tabagisme des soignants. Portés par l'élan du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), il est important que l'on puisse guider et accompagner les soignants vers des soins liés au tabagisme. Si le tabagisme actif des soignants représente un frein à la réduction du tabagisme des patients, on peut également penser qu'à l'inverse, la réduction, l'arrêt puis le maintien de l'arrêt du tabac chez les soignants pourront permettre de faire le lien avec le patient au moyen du partage non pas d'une cigarette, mais du savoir expérientiel. Les soignants anciens fumeurs deviendraient alors les plus légitimes auprès des patients pour les accompagner dans ce processus de sevrage tabagique. A notre échelle et avec les moyens humains dont nous disposons actuellement, nous envisageons de proposer une hotline de type « info tabac » pour les soignants du CHAI sur les créneaux 13 – 14H. Cette proposition se construit dans un contexte où la rencontre en « présentiel » doit à tout prix être évitée et où le télétravail est encouragé.

TITRE :

ETUDE DES REPRESENTATIONS SOIGNANTES DU SEVRAGE TABAGIQUE AU COURS D'UNE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Conclusions

Ce travail a permis une démarche d'ouverture vers les soignants travaillant en milieu psychiatrique pour recueillir leurs expériences et mettre en avant les contraintes et difficultés à rendre cohérente une politique de santé publique sur le tabagisme et leurs pratiques du terrain. L'enquête que nous avons menée permet de formuler une série de propositions détaillées dans la discussion à mettre en place aux différents niveaux de responsabilité et d'engagement dans le but de voir les soins liés au tabagisme évoluer vers plus d'efficacité et de pertinence. Les enjeux sont nombreux et tous les acteurs doivent être mobilisés.

Tout d'abord concernant la politique de l'établissement, les soins liés au tabagisme doivent figurer parmi les priorités tant concernant le tabagisme des patients que des membres du personnel. La formation et la valorisation des compétences des soignants sont des solutions nécessaires à envisager afin de faciliter l'accès aux aides spécifiques. Pour soutenir cela, les Agences Régionales de Santé (ARS), peuvent encourager les établissements médico-sociaux dans le cadre du CPOM et les inciter ainsi à la mise en place d'actions spécifiques. Il y a plusieurs autres leviers de sensibilisation et de mise en action avec le soutien de l'ARS :

- la journée mondiale sans tabac le 31 mai, qui pourrait avoir pour thème ou pour population cible les personnes souffrant de troubles psychiques
- l'organisation du Mois Sans Tabac qui pourrait proposer des outils spécifiques pour les HCS, les patients hospitalisés, les personnes précaires et les personnes qui présentent un trouble mental.

L'objectif est d'aller vers un maximum de personnes concernées et de faciliter leur accès aux soins et à une aide tabacologie, population qui, rappelons-le, est moins bien suivie sur le plan somatique et pour qui le tabagisme représente la première cause de mortalité prématurée.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 15/10/13

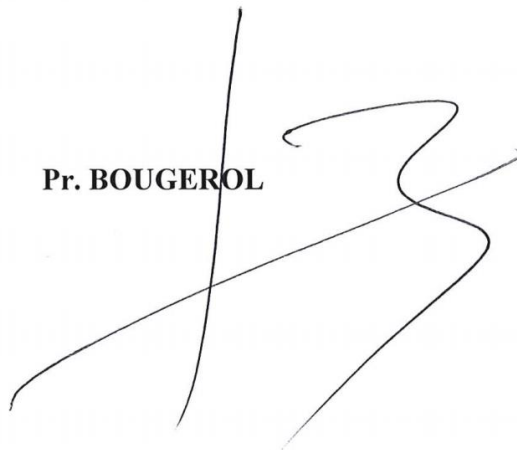
LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. BOUGEROL

Bibliographie

1. Pasquereau A, Andler R. Consommation de tabac parmi les adultes: bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. [cité 29 juill 2020]; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html
2. Bank TW. Curbing the epidemic - governments and the economics of tobacco control [Internet]. The World Bank Publications; 1999 mai [cité 8 mars 2020] p. 1- 140. Report No.: 19638. Disponible sur: <http://documents.worldbank.org/curated/en/914041468176678949/Curbing-the-epidemic-governments-and-the-economics-of-tobacco-control>
3. OFT, FFP. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. 2008 nov.
4. 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*. 1 sept 2006;28(3):192- 6.
5. Hammond EC, Horn D. Tobacco and lung cancer. *CA Cancer J Clin*. 1952;2(3):97- 8.
6. Hill AB, Doll R. Lung Cancer and Tobacco. *Br Med J*. 19 mai 1956;1(4976):1160- 3.
7. Bertrand X. Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en oeuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000458344&categorieLien=id>
8. Michel L, Lang J-P. Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? *Inf Psychiatr*. 2009;85(7):621.
9. Péchillon E, Dujardin V. Peut-on fumer dans les services de psychiatrie? [Internet]. Santé Mentale. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/en-ligne/le-droit-en-pratique/peut-on-fumer-dans-les-services-de-psychiatrie.html>
10. Augustson EM, Marcus SE. Use of the Current Population Survey to characterize subpopulations of continued smokers: A national perspective on the "hardcore" smoker phenomenon. *Nicotine Tob Res*. 1 août 2004;6(4):621- 9.
11. Perriot J. L'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs « irréductibles » – Helping the Hardcoresmokers. 2010;3.
12. Seidman DF, Covey LS. Helping the Hard-core Smoker: A Clinician's Guide. Routledge; 1999. 336 p.
13. Haute Autorité de Santé - Recommandation de bonne pratique Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours Octobre 2014 [Internet] [cité 30 mai 2019]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours.
14. Hajbi M, Tahri ST. Comorbidité - schizophrénie - tabagisme : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Inf Psychiatr*. 2010;86(2):171.

15. WHO | Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
16. Gilbody S, Peckham E, Bailey D, Arundel C, Heron P, Crosland S, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. mai 2019;6(5):379- 90.
17. Perriot J. Le fumeur « difficile » : comment le définir ? Principe de prise en charge. 2014 janv 9.
18. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. :160.
19. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 28 févr 2013 [cité 29 sept 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007253.pub3>
20. Le Strat Y, Ramoz N, Gorwood P. In Alcohol-Dependent Drinkers, What Does the Presence of Nicotine Dependence Tell Us About Psychiatric and Addictive Disorders Comorbidity? *Alcohol Alcohol*. 1 mars 2010;45(2):167- 72.
21. Changeux J-P. Nicotine addiction and nicotinic receptors: lessons from genetically modified mice. *Nat Rev Neurosci*. juin 2010;11(6):389- 401.
22. Semal R. Quelles Représentations soignantes pour quelles prises en charge de tabac en psychiatrie en 2016? Csft2016S2Semalpdf Internet Consulté 9 Août 2019 Dispon Sur <Httpsociete-Francaise--Tabacologiecomdlcsft2016S2Semalpdf>.
23. Lawn S, Pols R. Nicotine Withdrawal: Pathway to Aggression and Assault in the Locked Psychiatric Ward? *Australas Psychiatry*. juin 2003;11(2):199- 203.
24. Fabaron L. Réflexions sur le tabagisme dans un service de post urgence psychiatrique. Disponible sur: <https://www.iraat.fr/sites/default/files/laurencefabaron2019.pdf>
25. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. Los Angeles: SAGE; 2009. 225 p.
26. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med*. sept 2014;89(9):1245.
27. Dervaux A, Laqueille X. Tabagisme et comorbidités psychiatriques. *Presse Médicale*. déc 2016;45(12):1133- 40.
28. Koukouli F, Rooy M, Tziotis D, Sailor KA, O'Neill HC, Levenga J, et al. Nicotine reverses hypofrontality in animal models of addiction and schizophrenia. *Nat Med*. mars 2017;23(3):347- 54.
29. Contrôleur général des lieux de privation de liberté (France). Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris: Dalloz; 2016.
30. Article L3511-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032550536/

Guide d'entretien Version 1

Questionnaire entretien semi-structuré pour étude qualitative :

- En introduction, décrivez votre dernière expérience avec une cigarette sur votre lieu de travail

- Question du libre arbitre : que pensez vous de la place du libre arbitre en psychiatrie ? Quel lien pourriez vous faire avec le tabagisme ?

- Quels pourraient être les impacts directs et indirects du tabagisme sur les patients ? Sur les soignants ?

- En quoi est ce que le tabac représenterait une vulnérabilité pour le patient ?

- Quelle importance occupe le tabac dans les liens avec le patient ? Que diriez vous de la place qu'on lui donne à l'hôpital ?

- Qu'en est il du sevrage tabagique en intrahospitalier ?

Guide d'entretien Version 2

Questionnaire entretien semi-structuré pour étude qualitative :

- Racontez moi une expérience marquante que vous avez vécue en lien avec la cigarette sur votre lieu de travail.

- Expliquez moi en quoi est ce que ça peut être représentatif de la place du tabac dans l'hôpital ?

- Quels pourraient être les impacts directs et indirects du tabagisme sur les patients ? Sur les soignants ?

- Quelle importance occupe le tabac dans les liens avec le patient ?

- Expliquez moi le rôle que jouent les soignants dans la prise en charge du sevrage tabagique en intrahospitalier ?

- Décrivez quels seraient vos besoins en terme de formation concernant la tabacologie ?

Guide d'entretien Version 3

Guide d'entretien semi-structuré :

- Racontez moi une expérience marquante vécue sur votre lieu de travail en lien avec la cigarette. En quoi est-ce représentatif de la place du tabac à l'hôpital.
- Décrivez l'organisation propre du service dans lequel vous travaillez vis-à-vis du tabac.
- Expliquez moi comment est abordée la question de la diminution ou de l'arrêt du tabagisme à l'hôpital.
- Quels sont les freins aux soins liés au tabac ?
- Quelle est la place des soignants dans cette dimension

Carnet de conduite des focus groupes

Introduction :

Nous travaillons sur le tabagisme à St Egrève. Nous nous demandons si une évolution de la prise en charge du tabagisme est possible ? Nécessaire ?

Dans les entretiens que nous avons menés, plusieurs des soignants interviewés ont posé le problème éthique lié à ce sujet. Le groupe qui se réunit a pour objectif unique un brainstorming sur le sujet, ce n'est en rien un groupe de décision.

L'idée que nous avons eue, c'est sous forme de questionnaire à choix multiple pour recueillir votre avis. Pour chaque proposition, vous devrez nous dire si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord. (Dessiner tableau sur paperboard)

Phrases à étudier :

- Renoncer au tabac, c'est renoncer à une ... liberté
- La moitié des patients fumeurs meurent de leur tabagisme, notre ... est donc de s'occuper de leur tabagisme
- Au plan éthique, il est préférable de prioriser l'intérêt individuel par rapport à l'intérêt collectif
- Le tabagisme est un comportement avec des conséquences médicales, c'est aux médecins de s'en occuper.

Lettre d'information aux participants

Lettre d'information aux participants

Dans le cadre de mon travail de thèse et en partenariat avec l'hôpital psychiatrique de St Egrève, je mène un projet de recherche au moyen d'une étude qualitative.

Le but de cette étude est de s'intéresser à la place du tabagisme en psychiatrie et mieux comprendre les freins à la mise en place d'un sevrage tabagique le temps de l'hospitalisation.

Pour cela nous effectuons des entretiens individuels et/ou de groupe (focus groupe) avec des soignants du CHAI de Saint Egrève afin de recueillir leurs expériences et leurs avis

Nous vous proposons de participer à cette étude.

Les interviews se dérouleront au sein du CHAI, sur le temps de travail des soignants.

Ils seront réalisés par Tiphaine ROELENs, pour une durée d'environ une heure. Afin de faciliter le recueil, et si vous êtes d'accord, l'entretien sera enregistré.

Votre participation est volontaire. Vous êtes libre de mettre fin à l'entretien dès que vous le souhaitez ou de ne pas répondre à certaines questions.

Le contenu de l'entretien sera anonymisé et confidentiel. Aucun élément concernant votre identité ne sera ni enregistré ni divulgué.

Vous pouvez nous contacter si vous le souhaitez :
Tiphaine Roelens : 06 84 21 42 58 / tiphaine.roelens@gmail.com

Si vous désirez être tenu informé des résultats de notre recherche, vous pouvez nous contacter via nos coordonnées ci-dessus.

Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de celui-ci. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer et dater le consentement.

Titre du projet

Représentations soignantes du tabagisme et du sevrage tabagique en psychiatrie, idées reçues et expériences vécues.

Personnes responsables du projet

Cette recherche est menée par Tiphaine Roelens dans le cadre de son travail de thèse pour le titre de docteur en médecine. Cette recherche est sous la direction du Dr André.

Objectifs du projet

Comprendre la fonction du tabac à l'hôpital psychiatrique.

Explorer les attentes des soignants.

Raison et nature de la participation

Votre participation à ce projet sera requise lors d'un entretien individuel ou d'un focus groupe, au cours duquel nous allons mener une discussion de type questions-réponses au sujet du tabagisme. Vous êtes libre de refuser de répondre et ceci sans justifier votre décision. La discussion sera enregistrée vocalement avec votre accord.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision.

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision.

Confidentialité :

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, votre identité sera codifiée avant enregistrement et dans le contenu des travaux.

Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : âge, sexe, profession, enregistrement vocal de l'entretien.

Les données recueillies seront utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques fixés.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées lors de discussions scientifiques.

Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes ayant participé à l'étude n'apparaîtra dans les travaux.

Consentement libre et éclairé

Je soussigné M. ou Mme.....déclare avoir lu et compris le présent formulaire et avoir reçu un exemplaire ainsi qu'une lettre d'information. Je comprends la nature et le motif de ma participation. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à _____, le _____ Signature du participant :

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je soussignée Tiphaine ROELENS, déclare que je suis responsable du déroulement du présent projet de recherche. Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et à vous informer de tout élément susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Je certifie avoir expliqué au participant intéressé les termes du présent formulaire, d'avoir répondu aux questions qui en découlent et d'avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Fait à _____, le _____ Signature :

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Mis à jour le 4 septembre 2020

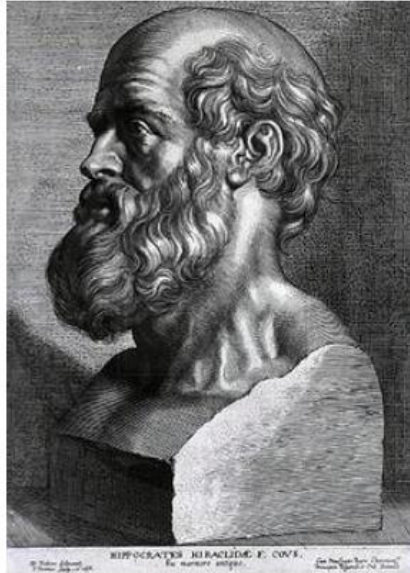
Page 1 sur 4

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.