



HAL
open science

**Pour une amélioration de la prise en charge du
tabagisme des patients psychiatriques : identification des
forces, faiblesses, opportunités et menaces, et
propositions**

Maya Khodja

► **To cite this version:**

Maya Khodja. Pour une amélioration de la prise en charge du tabagisme des patients psychiatriques : identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces, et propositions. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03586841

HAL Id: dumas-03586841

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03586841v1>

Submitted on 24 Feb 2022

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 : 2022

**POUR UNE AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME DES
PATIENTS PSYCHIATRIQUES - IDENTIFICATION DES FORCES, FAIBLESSES,
OPPORTUNITÉS ET MENACES, ET PROPOSITIONS**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MEDECINE GENERALE

Par Mme Maya KHODJA

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 10/02/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury : M. le Professeur Christophe PISON

Membres :

M. le Professeur Thierry BOUGEROL

M. Le Docteur Farouk BENDAMENE

M. le Docteur Étienne 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.

Résumé

Les patients atteints de pathologies psychiatriques sont le plus souvent des « Hard Core Smokers ». Le tabagisme représente leur principale cause de mortalité avec une réduction de leur espérance de vie pouvant aller jusqu'à 25 ans. La baisse du tabagisme observée dans la population générale entre 2014 et 2019 était significativement moindre chez ces patients.

Depuis 2020, la prévalence du tabagisme s'est stabilisée dans le contexte de l'actuelle crise sanitaire, psychologique, économique et sociale, face à laquelle ils sont plus vulnérables.

Devant ce constat, l'objectif de notre étude était d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces dans l'aide à l'arrêt du tabac à partir de leur perception pour leur proposer des modalités d'accompagnement les plus adaptées.

Nous avons d'abord procédé à un état des lieux de la littérature, que nous avons complété par une étude qualitative réalisée auprès de patients hospitalisés en psychiatrie au CHAI (Centre Hospitalier Alpes Isère). Nous avons réalisé 14 entretiens semi-structurés qui ont été retranscrits puis analysés selon la méthode de l'analyse interprétative phénoménologique.

Les principales forces des patients sont leur désir d'arrêter, leur conscience des enjeux, leur bonne connaissance des ressources et leur intérêt pour la diminution. Les faiblesses, sur lesquelles travailler, sont leur forte croyance que l'arrêt n'est qu'une question de volonté, leur perception négative de soi et leur rejet des aides.

Selon les patients, l'hospitalisation peut représenter une opportunité ou une menace. Elle est le plus souvent vécue difficilement et entraîne une augmentation du tabagisme. Mais pour certains, elle peut représenter une opportunité pour un arrêt ou une diminution : par l'accès aux soins addictologiques pour les patients ayant une autre addiction, ou la mise à distance

avec des conditions de vie difficiles. L'organisation hospitalière peut également représenter une opportunité, surtout par le caractère protecteur des restrictions. Cependant, elle contribue au vécu négatif de l'hospitalisation pour les patients subissant le plus les restrictions, et renforce la perception négative de soi des patients les plus isolés, précaires, ou vulnérables. Afin d'améliorer leur prise en charge, en plus de ce qui est habituellement proposé, nous préconisons d'aborder la possibilité d'une diminution et d'accompagner la prescription des Traitements Nicotiques de Substitution (TNS) d'explications précises sur leur fonctionnement. Un suivi rapproché ainsi qu'une psychothérapie doivent être associés. A l'hôpital, doit s'ajouter une prise en charge dès leur arrivée pour limiter l'augmentation des consommations et accompagner au mieux les patients pour qui l'hospitalisation est une opportunité, avec réévaluation régulière.

En nous basant sur celles des patients, nous faisons des propositions d'amélioration à l'hôpital selon deux axes : premièrement faire de la prise en charge du tabac une priorité (par le moyen d'affiches explicatives, de groupes de paroles...), deuxièmement motiver les patients par des propositions de type incentives (accès à un atelier si démarche d'arrêt...)

Notre travail permet de comprendre les résistances de certains patients à propos de l'hôpital psychiatrique sans tabac. Cependant il apporte un argument fort en sa faveur : l'interdiction de fumer améliorerait le vécu de l'hospitalisation des patients en difficulté avec l'organisation actuelle.

Abstract

FOR AN IMPROVED MANAGEMENT OF SMOKING FOR PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS - IDENTIFICATION OF STRENGTHS, WEAKNESSES, OPPORTUNITIES AND THREATS, AND PROPOSALS

Patients with mental illness are most often “Hard Core Smokers”. Smoking is their main cause of death and reduces their life expectancy by 25 years. The decline in smoking observed in the general population between 2014 and 2019 was significantly less for these patients. Since 2020, the prevalence of smoking has stabilized in the context of the current health, psychological, economic and social crisis, to which they are more vulnerable. In view of this, the objective of our study was to identify the strengths, weaknesses, opportunities and threats in helping people quit smoking based on their perception in order to offer them the most appropriate support methods.

We first have done inventory of the literature, which we completed through a qualitative study with patients hospitalized in psychiatry at the CHAI (Centre Hospitalier Alpes Isère). We conducted 14 semi-structured interviews which were transcribed and then analyzed using the method of interpretative phenomenological analysis (IPA).

The main strengths of patients are their desire to quit, their awareness of the issues, their good knowledge of resources and their interest in reduction. Weaknesses to work on are their strong belief that quitting is just a matter of willingness, their negative self-perception, and their rejection of aids. According to the patients, hospitalization can represent an opportunity or a threat. It is most often experienced with difficulty and leads to an increase in smoking. But for some, it can represent an opportunity to stop or reduce: through access to addiction care for patients with another addiction, or distance from difficult living conditions. The

hospital organization can also represent an opportunity, especially by the protective character of the restrictions. However, it contributes to the negative experience of hospitalization for the most restricted patients, and reinforces the negative self-perception of the most isolated, precarious, or vulnerable patients.

In order to improve care, in addition to what is usually proposed, we recommend addressing the possibility of a reduction and accompanying the prescription of Nicotinic Replacement Therapy (NRT) with precise explanations on their functioning. Close follow-up and psychotherapy must be combined. At the hospital, there must be additional care as soon as they arrive to limit the increase in consumption and best support patients for whom hospitalization is an opportunity, with regular reassessment. Based on those of patients, we make proposals for improvement in the hospital along two lines: firstly, to make tobacco management a priority (by means of explanatory posters, discussion groups, etc.), secondly, to motivate patients with incentive proposals (access to a workshop if stopping procedure, etc.) Our work makes it possible to understand the resistance of certain patients about the tobacco-free psychiatric hospital. However, it brings a strong argument in its favor: the smoking ban would improve the experience of hospitalization for patients in difficulty with the current organization.

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	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
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
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
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

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
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
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 émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
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	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	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
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
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

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
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
PU-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
PR 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	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
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
PR Ass. Méd	MICHY Thiery	Gynécologie-obstétrique
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
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	PERARD Chantal	Immunologie
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 émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	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	Ophthalmologie
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
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
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
PU-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 Gérard	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

Mis à jour le 01 Octobre 2021

Page 4 sur 4

Remerciements

À Monsieur le Professeur Christophe PISON,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury, recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

À Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL et Monsieur le Docteur Farouk BENDAMENE,
Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury, veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Etienne ANDRE,
Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre expertise.

Je remercie Docteur Tiphaine ROELENIS d'avoir accepté d'analyser mes entretiens, merci pour ton temps et merci aussi pour tes conseils méthodologiques.

Merci également à Mme Laurence FABARON pour ton aide dans ma recherche bibliographique.

Un grand merci au Docteur Olivier JENNY de m'avoir mise sur la piste de ce sujet passionnant, merci aussi pour l'initiation à l'addictologie.

Je remercie mes proches, que j'ai beaucoup de chance d'avoir,
Merci mes chers parents pour votre dévouement,
Merci mes petites sœurs, Lina, Yana, je suis si fière de vous,
Merci à vous 4 pour vos encouragements, votre soutien depuis toujours, et pour vos relectures attentives. Si j'en suis là c'est grâce à vous !
Merci à mes amis, sans qui ces années n'auraient pas été les mêmes,
Mes cotos de médecine Alex, Matou, AC, AL, mes amies du lycée, Anne, Mélanie, Alice, Pauline, mes amies du collège Solenne, Léah, Ze Groupe au grand complet, et bien sûr Léa qui fait partie de toutes ces équipes !
Merci Nico pour ta relecture et ton avis pertinent.

Enfin, surtout, merci aux patients qui ont accepté de participer à cette étude, j'espère que ce travail est à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée.

Table des matières

Liste des abréviations	13
Introduction	14
Etat des lieux de la littérature	16
I. Que veulent les patients ?.....	16
II. Quelle réponse leur est apportée ?.....	19
Prise en charge par les soignants	19
Réglementation à l'hôpital	22
III. Que proposer aux patients ?	24
Sevrage tabagique et maladie mentale	24
Aide pharmacologique	26
Cigarette électronique.....	28
Stratégies thérapeutiques	30
Méthode.....	34
Etude.....	34
Population.....	34
Recueil de données	35
Analyse des données	36
Aspects éthiques et réglementaires.....	37
Résultats	38
Description de la population.....	38
I. Des patients éclairés	40
A. Un désir d'arrêter.....	40
B. Une conscience des enjeux	41
C. Une bonne connaissance des ressources.....	42
D. Des raisons de fumer conscientes.....	43
E. Une influence de l'entourage reconnue	45
II. Perceptions de l'arrêt et de la diminution des consommations.....	47
A. Un rejet des aides	47
B. Une perception négative de soi.....	50
C. L'arrêt, une question de volonté ?	53

D. La diminution, un objectif plus accessible ?.....	54
E. Inventivité des patients.....	56
III. Enjeux de l'hospitalisation en psychiatrie.....	58
A. Impact sur les consommations.....	58
B. Perceptions de l'organisation hospitalière.....	66
Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces.....	75
1. Principes du modèle.....	75
2. Tableau FFOM.....	75
Discussion.....	78
Résultats principaux.....	78
Forces et limites de l'étude.....	79
Comparaison avec la littérature.....	80
Propositions.....	88
Conclusion.....	94
Bibliographie.....	95
Annexes.....	99
Guide d'entretien première version.....	99
Guide d'entretien deuxième version.....	100
Guide d'entretien troisième version.....	101
Formulaire d'information et de consentement.....	102
Serment d'Hippocrate.....	105

Liste des abréviations

CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère

CMP : Centre médico-psychologique

FARES : Fonds des Affections Respiratoires

FFOM : Forces Faiblesses Opportunités Menaces

IPA : Interpretative phenological analysis (Analyse Phénoménologique Interprétative)

IRAAT : Institut Rhône-Alpes de Tabacologie

PNLT : Plan National de Lutte contre le Tabac

TNS : Traitements Nicotiniques de Substitution

SIPP : Service Interne de Protection et de Prévention au Travail

Introduction

Les patients atteints de pathologies psychiatriques sont le plus souvent des « Hard Core Smokers », c'est-à-dire qu'ils fument plus de cigarettes, inhalent plus profondément, ont des niveaux de dépendance à la nicotine plus élevée et ont moins de chances de succès dans leurs tentatives d'arrêt du tabac que la population générale (1) . Le tabagisme représente leur principale cause de mortalité (2) et induit une réduction de leur espérance de vie pouvant aller jusqu'à 25 ans, par l'apparition de pathologies cardiovasculaires, respiratoires, et de cancers (3).

De plus, l'association d'un trouble psychiatrique et d'une addiction au tabac représente une pathologie duelle, avec l'apparition de symptômes synergiques entre les deux pathologies (4).

En effet, il a notamment été montré que la consommation de tabac augmente les niveaux d'anxiété sur le long cours, et est également associée à des passages à l'acte suicidaire plus fréquents (5) . Par ailleurs, les hydrocarbures aromatiques polycycliques de la fumée du tabac sont des inducteurs enzymatiques hépatiques, ils accélèrent le métabolisme et diminuent donc les taux sanguins de certains traitements notamment les antipsychotiques (6).

De plus, la nicotine a des effets bénéfiques dans certains domaines de la santé mentale grâce à son action sur le système cholinergique (7). Elle peut favoriser l'amélioration de la concentration et de la cognition, et à court terme, le soulagement du stress et de l'humeur dépressive. Ceci explique en partie pourquoi les taux de tabagisme sont plus élevés chez ces patients.

Le sevrage tabagique, bien qu'il soit, ou parce qu'il est particulièrement difficile à atteindre pour ces patients, est ainsi un enjeu de santé publique majeur. A l'hôpital psychiatrique, de

plus en plus d'initiatives voient le jour pour sa prise en charge, cependant le tabac y occupe toujours une place prépondérante. En ce qui concerne le suivi extrahospitalier, il est également à noter que ces patients sont particulièrement confrontés à une difficulté d'accès aux soins somatiques.

La baisse du tabagisme observée dans la population générale entre 2014 et 2019 était significativement moindre chez les patients atteints de pathologie psychiatrique. Depuis 2020, la prévalence du tabagisme s'est stabilisée dans la population générale (8), dans le contexte de l'actuelle crise sanitaire, psychologique, économique et sociale, face à laquelle les patients psychiatriques sont plus vulnérables.

Devant ce constat, il convient d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces dans l'aide à l'arrêt du tabac à partir de la perception des patients eux-mêmes pour leur proposer des modalités d'accompagnement les plus adaptées. Nous le ferons à partir d'un état des lieux de ce qui a déjà été fait dans la littérature, que notre travail va compléter par 14 entretiens semi-directifs analysés selon la méthode de l'analyse interprétative phénoménologique.

Etat des lieux de la littérature

I. Que veulent les patients ?

Plusieurs études se sont intéressées à la motivation des patients psychiatriques concernant leur sevrage tabagique, et ont montré que contrairement aux idées reçues, ces patients veulent autant arrêter de fumer que les autres.

En effet, une revue de la littérature publiée en 2009 dans la revue *Addictions* a montré que les personnes atteintes de maladies mentales sont aussi motivées à arrêter de fumer que la population générale, bien que celles souffrant de troubles psychotiques puissent être moins motivées que les personnes souffrant de dépression (9). Pour cette revue de la littérature, 14 études s'intéressant à la motivation de patients dépressifs ou atteints de troubles psychotiques ont été retenues, ce qui représente un échantillon combiné de 1247 patients, ainsi que 20 études s'intéressant à la motivation dans la population générale. Des analyses χ^2 ont ensuite été utilisées pour comparer la motivation entre ces deux groupes.

Une étude suisse publiée en 2004 dans le *Schizophrenia Bulletin* de l'*Oxford Academic* a comparé la distribution des stades de changement (pré contemplation, contemplation, préparation) chez les patients atteints de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif et dans la population générale (10). L'étude a été réalisée sur un échantillon représentatif de la population de Genève de 742 personnes et sur 151 patients ayant fréquenté une clinique psychiatrique ambulatoire genevoise en 2000. La distribution des stades de changement était comparable dans les deux groupes et des proportions similaires de fumeurs avaient tenté d'arrêter au cours de l'année.

Par ailleurs, d'autres études, s'intéressant à l'expérience du sevrage chez ces patients, amènent des éléments plutôt encourageants.

Ainsi, une méta-analyse américaine publiée en 2000 a montré que les personnes atteintes de maladies mentales sont environ deux fois plus susceptibles de fumer que les autres personnes, mais que leurs taux d'arrêt de tabac restent conséquents : 37.1% pour les fumeurs ayant des antécédents de maladie mentale versus 42,5 % pour les fumeurs sans maladie mentale (11). Cette méta-analyse s'est appuyé sur des données issues d'une enquête probabiliste sur 4411 répondants âgés de 15 à 54 ans de 1991 à 1992. Dans cette étude, la maladie mentale est définie comme une dépression majeure, un trouble bipolaire, une dysthymie, un trouble panique, une agoraphobie, une phobie sociale, une phobie simple, un trouble anxieux généralisé, un abus d'alcool, une dépendance à l'alcool, une toxicomanie, une personnalité antisociale, un trouble des conduites ou une psychose non affective. Cette dernière comprend la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant et la psychose atypique.

Plus récemment, une étude de 2015 a été réalisée au centre de santé mentale qui a adopté une politique d'établissement sans tabac dans l'état du Connecticut aux Etats-Unis (12). Les patients qui souhaitaient arrêter de fumer recevaient gratuitement un type de TNS ou de la varénicline par la pharmacie du centre. Un examen des dossiers a été effectué pour décrire l'expérience des patients à qui ces médicaments ont été prescrits pour cesser de fumer. Des informations ont été recueillies sur le type de pharmacothérapie, les effets secondaires, le nombre de cigarettes fumées, le nombre de jours d'arrêt, la motivation à arrêter, les envies autodéclarées et l'état émotionnel autodéclaré pendant l'arrêt du tabac. Cette étude réalisée sur

78 patients a montré que des patients atteints de pathologies mentales sévères ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux du sevrage tabagique en rapportaient une expérience globale positive. Ils étaient motivés pour arrêter de fumer et les traitements étaient efficaces pour le sevrage tabagique et le maintien.

Une autre étude s'est intéressée à l'expérience d'anciens fumeurs atteints de maladie mentale et permet d'identifier plusieurs leviers intéressants (13). Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à Baltimore, dans l'état du Maryland, en 2020 : 78 patients anciens fumeurs ont participé à des entretiens semi-directifs. Il apparaît que leur principale raison d'arrêter de fumer était les problèmes de santé, suivi du coût des cigarettes, l'avis d'un médecin, et les conseils des autres. Les principales méthodes citées par les participants étaient le soutien social d'amis ou de la famille, la direction d'un médecin, l'utilisation de traitement de substitution nicotinique, et les conseils d'amis qui ont arrêté.

Une grande partie de l'échantillon a même indiqué qu'ils seraient prêts à s'impliquer pour aider les autres à arrêter de fumer en jouant un rôle de pair-aidant.

Enfin, il semblerait que les expériences d'hôpital psychiatrique sans tabac soient finalement bien acceptées par les patients concernés.

C'est le cas du centre Henri Rousselle au centre hospitalier Sainte-Anne, un article sur cette expérience publié en 2004 semble indiquer que cette expérience a été globalement acceptée par les patients (14) : « Les patients nous ont surpris dans leur compréhension. Être hospitalisé dans un hôpital et par conséquent ne pas fumer dans un tel lieu de soins ne leur a pas paru choquant. ». De plus, un effet intéressant observé est que « plusieurs patients suivis

en ambulatoires n'ont pas repris leur consommation tabagique, plutôt satisfaits de cette décision un peu forcée au départ ».

A retenir :

Une proportion non négligeable de ces patients veut donc arrêter de fumer et peut y parvenir. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les patients psychiatriques ne sont pas opposés aux initiatives de prise en charge de leur tabagisme, et ils peuvent même parfois être prêts à s'investir pour aider les autres.

II. Quelle réponse leur est apportée ?

Prise en charge par les soignants

Plusieurs études se sont intéressées au point de vue des soignants prenant en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques et de leur tabagisme.

La thèse du Dr Tiphaine Roelens soutenue en 2020 intitulée « Etude des représentations soignantes concernant le sevrage tabagique au cours d'une hospitalisation en psychiatrie » a permis d'explorer leur expérience de la prise en charge du tabagisme et de mettre en évidence les freins à ce type de soins (15). Les soignants en psychiatrie interrogés ont notamment évoqué leur propre tabagisme, un sentiment de manque de légitimité, et l'impression d'un cloisonnement entre les soins addictologiques et psychiatriques avec l'exclusion dans les deux cas de la prise en charge du tabagisme. Ils expliquaient utiliser le tabac comme un outil de

médiation soignante, et exprimaient une ambivalence par rapport au temps qu'ils dédiaient au tabac, utilisé dans les soins quotidiens alors qu'il s'agit d'un produit toxique. Ils percevaient également que l'institution incite à fumer.

Un étude australienne de 2003 s'est intéressée à l'expérience des patients et du personnel concernant le tabagisme et la violence dans les milieux hospitaliers fermés (16) . Des entretiens ont été réalisés avec 24 patients et 26 membres du personnel d'un hôpital psychiatrique, sur une période de 6 mois.

Il est apparu que le personnel utilisait des cigarettes pour gérer cliniquement les patients et éviter la violence de leur part. Les symptômes de sevrage de la nicotine semblaient être attribués à tort à des signes de violence imminente ou de rechute de la maladie. Aucune stratégie clinique claire pour traiter le sevrage de la nicotine dans les établissements psychiatriques verrouillés ne semblait exister.

Une étude transversale a été réalisée au Royaume Uni en 2014, son objectif était d'enquêter sur les connaissances, les attitudes et la pratique des cliniciens toutes professions confondues, travaillant au sein des services de santé mentale pour enfants et adolescents concernant la dépendance au tabac, son traitement et sa relation avec les troubles mentaux (17). Cinquante cliniciens ont répondu à un questionnaire sur papier, puis les réponses ont été analysées. Les résultats montrent que moins de la moitié des cliniciens pensaient que lutter contre le tabagisme faisait partie de leur responsabilité, et la moitié affirmait avoir confiance en l'accompagnement des patients dans une tentative de sevrage. Des idées fausses concernant le tabagisme étaient présentes dans tous les groupes de personnel : seulement 40 % des répondants étaient au courant des interactions potentielles entre le tabagisme et les

médicaments antipsychotiques. La participation autodéclarée à une formation liée au tabagisme était significativement associée à une pratique clinique plus proactive.

Une enquête a été réalisée en 2013, en Californie, auprès de 324 patients fumeurs hospitalisés en psychiatrie dans des unités sans tabac (18). Il apparaît que la prévalence de l'utilisation de la substitution était moins élevée chez les patients auxquels elle n'avait pas été proposée dès l'admission, et un sous-dosage a été mis en évidence chez les fumeurs les plus dépendants.

Pour ce qui est de la prise en charge du tabagisme de ces patients en ambulatoire, peu d'études sont disponibles.

Une thèse intitulée « étude en CMP des caractéristiques, enjeux, et perspectives du sevrage tabagique » a été réalisée en 2017 (19). Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur 6 mois de 16 patients suivis au CMP de Valenciennes qui ont souhaité bénéficier d'un accompagnement médical et infirmier pour une aide au sevrage tabagique au sein du CMP.

Les patients ont bénéficié d'un traitement psychothérapeutique et médicamenteux par traitement nicotinique substitutif. La moitié des patients ont terminé leur suivi, et si aucun d'entre eux n'était abstinent à la fin du suivi, 75% de ces patients avaient réduit leur consommation tabagique dont la moitié d'au moins 50%.

La prise en charge intégrée du tabagisme en CMP permet donc un accompagnement plus long et d'améliorer l'alliance thérapeutique.

A retenir :

La prise en charge du tabagisme n'est donc pas optimale à l'hôpital psychiatrique, en grande partie parce qu'elle n'est pas identifiée comme une des missions principales par les soignants. Au contraire, le tabac est utilisé comme vecteur de lien avec le patient. On peut cependant répondre au sentiment de manque de légitimité des soignants par des formations adaptées leur permettant de reconnaître les symptômes de sevrage et de proposer une prise en charge adaptée. Par ailleurs, on voit qu'en ambulatoire, lorsqu'elle est proposée, la prise en charge du tabagisme peut être efficace.

Réglementation à l'hôpital

Le 10 janvier 1991, la loi Évin interdit de fumer dans tous les locaux de soins et les lieux recevant du public (20).

Le guide « tabagisme et santé mentale » du RESPADD (21) (Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions) nous rappelle les évolutions de la législation concernant la réglementation à l'hôpital avec notamment l'élaboration de la charte « Hôpital sans tabac » en 1993, et la création du Réseau hôpital sans tabac (RHST) en 1996.

La place du tabac a changé en France avec l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les locaux clos et couverts au 1er février 2007. La lutte contre le tabagisme est désormais une politique de santé publique dont le cadre est fixé par le Code de la santé publique (art. L. 3511-1 à L. 35119, art. R. 3511-1 à R. 3511-8). Les chambres en établissement psychiatrique sont soumises au principe de l'interdiction de fumer, les chambres étant assimilables à des lieux affectés à un usage collectif. Le personnel peut faire valoir son droit d'alerte, puis son droit de retrait s'il estime que sa santé est mise en danger du fait d'être obligé de travailler dans un environnement enfumé.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a élargi la liste des professionnels de santé pouvant prescrire des traitements de substitution nicotinique et autorise, en plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes à les prescrire.

L'année 2017 marque le déploiement de la politique Lieu de santé sans tabac, qui devient un axe majeur de la lutte contre le tabac du Plan national de lutte contre le tabac (PNLT).

L'article « législation antitabac, une chance pour les patients psychiatriques ? » publié en 2009 dans la revue l'information psychiatrique (22) fait un état des lieux de l'application de cette législation. Des aspects positifs de l'interdiction de fumer ont pu être repérés: moins de discussions interminables autour de la négociation de pauses cigarettes lors des activités et moins d'obstacles au bon déroulement des activités liés au craving, augmentation des interactions entre patients, disparition des clivages fumeurs/non-fumeurs, plus de temps passé par les équipes à d'autres activités avec les patients que la gestion du tabac, moins de temps passé par les soignants à gérer le salon fumeur, et des services plus propres, plus «respirables», plus agréables, dans lesquels il est plus facile de travailler ou résider.

Lors du webinaire “Tabac en milieu hospitalier (y inclus psychiatrique)” du Fonds des Affections Respiratoires (FARES) du 17 juin 2021 (23), le responsable SIPP (service interne de protection et de prévention au travail) du CHU de Bruxelles, M. Vincent Leloup revient sur les différents risques liés au tabac. Il s'agit principalement du risque d'incendie lié à la cigarette qui est le plus souvent causé par des patients qui s'endorment en fumant ou par des mégots mal éteints. Les incendies en lien avec le tabagisme sont la première cause de départ de feu à l'hôpital. Ce risque est d'autant plus important depuis la crise sanitaire avec la généralisation de l'utilisation du gel hydroalcoolique, qui est extrêmement inflammable.

Par ailleurs il existe aussi des risques sur le plan de la sécurité (les fumeurs sont notamment plus à risque d'avoir un accident du travail), et au niveau psychosocial, l'absence de politique claire par rapport au tabac peut être source de conflits entre fumeurs et non-fumeurs.

A retenir

La législation concernant le tabac a beaucoup évolué depuis 30 ans, ce qui a permis des modifications importantes de l'organisation de l'hôpital psychiatrique et une nette amélioration de la qualité de vie à la fois des patients et des soignants qui y travaillent. Cependant, les risques liés au tabagisme à l'hôpital restent importants et représentent un argument de plus pour proposer une prise en charge optimale aux patients.

III. Que proposer aux patients ?

Sevrage tabagique et maladie mentale

La HAS a publié en octobre 2014 des recommandations de bonnes pratiques intitulées « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » (24). Les recommandations dans la « situation particulière » des patients présentant des troubles psychiatriques sont fondées en l'absence d'études, sur un accord entre experts du groupe de travail après consultation du groupe de lecture.

Pour ce qui est des troubles anxieux, « il est recommandé de rappeler au patient que les troubles anxieux peuvent être améliorés par l'arrêt de la consommation du tabac ».

Pour ce qui est des fumeurs ayant des antécédents dépressifs, ils sont les plus exposés à la

décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac. En cas d'apparition ou d'aggravation de troubles dépressifs, il est recommandé de mettre en place une prise en charge spécifique de la dépression. En cas d'antécédents dépressifs, il est recommandé, lors du sevrage tabagique, d'être vigilant quant au risque de rechute de la dépression. Enfin, pour les « troubles psychiatriques sévères », en ambulatoire, il convient d'envisager le sevrage tabagique lorsque l'état psychique du patient lui permet de gérer lui-même son traitement. Il est recommandé d'être attentif aux co-addictions, aux variations de l'humeur et à l'adaptation du traitement psychotrope. En cas de trouble psychiatrique sévère, les doses de TNS nécessaires sont fréquemment plus élevées qu'en population générale. Pendant l'hospitalisation, il convient d'envisager un traitement de substitution en accord avec l'équipe psychiatrique.

Cependant, une revue systématique et méta-analyse d'études observationnelles ayant pour objectif d'étudier l'évolution de la santé mentale après l'arrêt du tabac par rapport à la poursuite du tabagisme a été publiée en 2014 (25). 26 études ont été retenues pour cette analyse. Il apparaît que l'arrêt du tabac est associé à une réduction de la dépression, de l'anxiété et du stress, ainsi qu'à une amélioration de l'humeur positive et de la qualité de vie par rapport au fait de continuer à fumer.

Par ailleurs, les études évaluant la symptomatologie psychotique de patients schizophrènes n'ont pas montré d'aggravation après sevrage. C'est ce qui apparaît dans la revue systématique de la littérature publiée en 2019 dans la revue médicale l'Encéphale (26). Pour cette revue, les recherches ont été effectuées sur Medline pour la période de 1980 à 2018.

Aide pharmacologique

Traitements nicotiques de substitution (TNS)

Une analyse incluant 8 essais contrôlés randomisés publiée en 2010 dans la revue *Addictions* a montré l'efficacité des TNS pour les patients atteints de « maladie mentale sévère », terme désignant la schizophrénie et le trouble bipolaire (27). Cette efficacité était significative à 3 mois de suivi, mais ne l'était plus au-delà.

Une méta-analyse publiée en 2013 incluant 34 essais ne retenait pas de preuve de l'efficacité des TNS chez les patients schizophrènes (28).

Cependant, une méta-analyse publiée en 2020 incluant 18 études s'est intéressée aux interventions pharmacologiques pour le sevrage tabagique des personnes atteintes de schizophrénie, troubles schizo-affectifs et psychotiques (29). Les résultats montraient une efficacité des TNS supérieure au placebo, et pas de différence d'efficacité par rapport à la varénicline seule et le bupropion seul.

Varénicline et Bupropion

Une revue systématique et une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés pour comparer l'efficacité et l'innocuité des programmes pharmacologiques et comportementaux pour le sevrage tabagique chez les personnes atteintes d'une « maladie mentale sévère » (schizophrénie ou trouble bipolaire) a été réalisée (30). Au total 28 essais effectués jusqu'en 2018 contrôlés randomisés ont été inclus. Il apparaît que la varénicline et le bupropion sont tous les deux plus efficaces qu'un placebo pour le sevrage tabagique de ces patients. Le bupropion est efficace à 3 mois mais cette efficacité n'est pas retrouvée après 6 mois d'utilisation, tandis que l'efficacité de la varénicline persiste à 3 et à 6 mois. Le bupropion est plus efficace quand il est associé à un TNS.

Pour rappel, l'effet secondaire principal du bupropion est le risque de convulsion, et il ne doit donc pas être prescrit chez un patient épileptique ou étant déjà sous traitement abaissant le seuil épileptogène, comme c'est le cas de bon nombre d'anti psychotiques ou d'antidépresseurs.

La méta-analyse 2013 incluant 34 essais s'est aussi intéressée aux interventions pour le sevrage tabagique des patients schizophrènes (28). Pour ces patients, les résultats montrent une efficacité du bupropion à 3 et à 6 mois, sans effets indésirables majeurs rapportés. La varénicline est également efficace à 3 et 6 mois, mais des effets indésirables psychiatriques avec idées et comportements suicidaires ont été rapportés.

Un essai contrôlé randomisé de 2002 étudiant l'efficacité du bupropion dans le sevrage tabagique a confirmé l'efficacité et l'innocuité de ce traitement pour les patients schizophrène, et suggère également que les antipsychotiques atypiques peuvent améliorer les résultats du sevrage tabagique (31). Cet essai a inclus 32 sujets répondant aux critères du DSM-IV pour la schizophrénie ou le trouble schizo-affectif, et de la dépendance à la nicotine, qui ont été randomisés pour recevoir du bupropion à la dose de 300 mg/jour ou un placebo.

Un autre essai en double aveugle contre placebo s'est également intéressé à la place du bupropion pour le sevrage des patients schizophrènes (32). Cet essai a été réalisé en 2003 et a inclus 53 sujets, 25 ont reçu du bupropion et 28 un placebo. Les sujets du groupe bupropion n'ont eu aucune aggravation des symptômes cliniques et avaient une tendance à l'amélioration des symptômes dépressifs et négatifs. Cependant l'effet du bupropion sur le sevrage n'a pas persisté et le taux de rechute est donc élevé après l'arrêt du traitement.

Cigarette électronique

En 2014 un essai clinique réalisé à San Francisco s'est intéressé à l'utilisation de la cigarette électronique chez les fumeurs atteints de « maladie mentale sévère » (33). 956 fumeurs adultes ont été recrutés pendant une hospitalisation psychiatrique aiguë dans la région de la baie de San Francisco entre 2009 et 2013. Il est apparu que l'utilisation de la cigarette électronique augmentait au fil du temps, en particulier chez les jeunes adultes et ceux qui ont l'intention d'arrêter de fumer. Cependant, l'utilisation de la cigarette électronique n'était pas associée à des changements dans le tabagisme.

Une étude de 2013 a permis de mesurer l'impact de l'utilisation de la cigarette électronique chez des patients schizophrènes fumeurs n'ayant pas l'intention d'arrêter de fumer (34). Il s'agit d'une étude prospective sur un an, menée en condition de vie réelle, 14 patients expérimentaient la cigarette électronique et pouvaient l'utiliser à volonté. A la fin du suivi, la moitié des participants avaient réduit de plus de 50% leur consommation de tabac, et deux participants avaient arrêté de fumer. Des effets indésirables transitoires tels que des nausées, une irritation de la gorge, des maux de tête et une toux sèche ont été observés. Il n'était pas noté d'effets indésirables graves, d'augmentation des symptômes positifs ou négatifs de la schizophrénie, ni de symptômes de sevrage du tabac.

Une étude basée des enquêtes mensuelles transversales auprès des ménages d'échantillons représentatifs de la population adulte en Angleterre a été réalisée entre 2016 et 2017 (35). Au total, 40 831 adultes ont été interrogés, et 1956 qui avaient tenté d'arrêter de fumer au cours de l'année écoulée ont été inclus dans cette étude. Les fumeurs ayant des problèmes de santé

mentale étaient plus susceptibles d'avoir tenté d'arrêter en raison de problèmes de santé et étaient plus susceptibles d'avoir utilisé un soutien de référence (médicaments et soutien comportemental) que les autres fumeurs. Les cigarettes électroniques étaient fortement associées à un succès accru et étaient utilisées de la même manière par ceux avec et sans problèmes de santé mentale.

Une étude de 2017 a étudié la prévalence et les attitudes envers les cigarettes électroniques chez les patients atteints de schizophrénie (36). Soixante patients hospitalisés et ambulatoires ont répondu à une brève enquête : 37% des participants ont déclaré avoir essayé les cigarettes électroniques, 24 % des utilisateurs n'envisageaient jamais de les utiliser et 7 % étaient des utilisateurs actuels. 34 % des patients interrogés pensaient que les effets des cigarettes électroniques sur la santé étaient moins nocifs que les cigarettes ordinaires. Les avantages pour la santé (39 %), la réduction (37 %) et l'arrêt du tabac (37 %) étaient les avantages potentiels les plus fréquemment cités, tandis que le coût (33 %) était l'inconvénient potentiel le plus courant des cigarettes électroniques. Les participants qui étaient des utilisateurs réguliers ont déclaré que les cigarettes ordinaires étaient significativement plus utiles pour réduire les symptômes tels que la dépression ou l'anxiété, les troubles de la concentration et la paranoïa, que les cigarettes électroniques.

Une étude transversale de 2020 a exploré les facteurs associés à l'utilisation de la cigarette électronique de 526 fumeurs adultes avec un diagnostic documenté de « maladie mentale sévère » (37). Les patients inclus avaient un diagnostic de schizophrénie, de trouble psychotique ou de trouble bipolaire. L'utilisation d'une cigarette électronique était associée au niveau d'éducation et aux récentes tentatives d'arrêt.

Cependant, selon les recommandations de la HAS, mises à jour en 2018, « il n'est pas possible de recommander les cigarettes électroniques dans le sevrage tabagique en raison de l'insuffisance de données sur leur efficacité et leur innocuité à long terme. » (24).

Le Directeur général de l'OMS a déclaré en 2021 : « La nicotine crée une forte dépendance. Les inhalateurs électroniques de nicotine sont nocifs et doivent être mieux réglementés » (38).

Stratégies thérapeutiques

Approches combinées

L'essai SCIMITAR+ (intervention d'arrêt du tabac pour les maladies mentales graves), publié en 2019 est une étude contrôlée randomisée et multicentrique réalisée au Royaume Uni sur 526 patients pour tester l'efficacité d'une intervention combinée comportementale et pharmacologique de sevrage tabagique ciblant spécifiquement les personnes atteintes d'une maladie mentale grave (39). L'intervention sur mesure pour le sevrage tabagique consistait en un soutien comportemental d'un praticien en sevrage tabagique en santé mentale et des aides pharmacologiques pour le sevrage tabagique, avec des adaptations pour les personnes atteintes de maladie mentale grave, telles que des séances de pré-arrêt prolongées, une réduction pour arrêter et des visites à domicile. Les résultats retrouvent une proportion de participants qui ont arrêté à 3 mois significativement plus élevée dans le groupe d'intervention que dans le groupe de soins habituels, sans que cette différence ne soit significative à 6 mois.

Une autre étude de 2012 s'est intéressée à la faisabilité d'une approche d'intervention intégrant les conseils et l'exercice physique pour les participants atteints de schizophrénies ou de troubles schizo-affectifs (40). Un échantillon de 12 patients hospitalisés a participé à un

programme appelé « groupe oxygène », un programme combinant cinq séances de conseils sur la réduction du tabagisme et trois séances d'exercices d'intensité modérée sur une période de 8 semaines. Des diminutions significatives ont été trouvées pour la consommation de tabac et le taux de monoxyde de carbone à la fin de l'intervention et ont été maintenues au suivi de 6 semaines. Par rapport aux niveaux de base, il n'y avait aucun changement dans la dépression et l'anxiété. La motivation de sevrage tabagique a augmenté de manière significative. Cette intervention semble faisable et acceptable pour les patients atteints de schizophrénie et il y avait des résultats prometteurs concernant la réduction du tabagisme.

Renforcement contingent monétaire

Une étude de 2002 a été menée sur 14 patients pour examiner les effets du renforcement monétaire contingent pour la réduction du tabagisme chez les personnes atteintes de schizophrénie (41). Trois situations étaient possibles : contingent monétaire combiné avec patch placebo, contingent monétaire combiné avec patch de 21 mg de nicotine, et renforcement non contingent combiné avec patch placebo. Tous les patients inclus restaient 5 jours dans chacune des situations. Les niveaux de monoxyde de carbone ont été mesurés 3 fois par jour et les symptômes de sevrage de la nicotine ont été mesurés une fois par jour dans chaque situation. Dans la situation du renforcement non contingent, les participants recevaient un paiement à chaque visite, tandis que dans celle du contingent monétaire, les patients recevaient un paiement si leur taux de monoxyde de carbone était inférieur à un seuil.

Les résultats ont indiqué que le contingent monétaire réduit le tabagisme, sans que cela soit amélioré par le patch de 21 mg de nicotine.

La méta-analyse publiée en 2013 (28) retenait que le renforcement contingent (RC) avec de l'argent pouvait augmenter les taux d'abstinence tabagique et réduire le niveau de tabagisme chez les patients atteints de schizophrénie. Cependant, il n'est pas certain que ces avantages puissent être maintenus à long terme.

A retenir :

Si les recommandations de la HAS préconisent une vigilance particulière lors du sevrage des patients psychiatriques, les études semblent montrer une amélioration globale de l'humeur et une absence de décompensation des symptômes psychotiques.

Les TNS sont efficaces pour l'aide au sevrage et ont fait la preuve de leur innocuité, ils doivent donc être proposés aux patients.

Le bupropion semble avoir une efficacité transitoire, sans présenter de risque particulier pour la santé, à la condition d'être prescrit en respectant les contre-indications qui sont très limitantes dans un contexte de pathologie psychiatrique.

La varénicline est également efficace mais les risques d'effets secondaires psychiatriques doivent inciter à la prudence.

La cigarette électronique est de plus en plus utilisée et elle est efficace pour la diminution de la consommation du tabac et pour son arrêt chez les patients psychiatriques. Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté dans cette population. Cependant, la cigarette électronique n'est pas un outil actuellement validé par la HAS et l'OMS.

Enfin, les approches combinées, associant traitements médicamenteux, prise en charge psychologique, activité physique, conseils, permettent d'augmenter considérablement leurs taux d'arrêt du tabac. Le renforcement contingent monétaire est également efficace.

Cet état des lieux de la littérature nous permet de mieux appréhender ce que veulent les patients psychiatriques en termes de prise en charge tabacologique, la réponse qui leur est apportée sur le terrain et ce que nous devrions leur proposer. Nous avons décidé de compléter ce travail par une étude qualitative pour recueillir les perceptions de ces patients, afin de proposer une amélioration leur prise en charge.

Méthode

Etude

Il s'agit d'une étude qualitative selon la méthode de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA) (42). Nous avons fait le choix de cette méthodologie qui nous paraît la plus adaptée pour cette étude. En effet, l'objectif de l'IPA est d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise à partir d'un échantillon homogène. L'expérience de vie qui nous intéresse ici est la prise en charge du tabagisme des patients psychiatriques, essentiellement pendant le temps de leur hospitalisation.

Population

La population d'étude est composée de patients hospitalisés en psychiatrie au CHAI (Centre Hospitalier Alpes Isère). L'échantillonnage est homogène quant au vécu du phénomène étudié mais diversifié : nous avons interrogé des patients hospitalisés dans sept unités différentes, d'âges différents, atteints de pathologies psychiatriques variées... (cf. Tableau 1)

Les critères d'inclusions étaient d'être fumeur, capable de communiquer et d'expliquer son expérience en français.

Les critères d'exclusions étaient d'être sous tutelle ou curatelle pour des raisons médico-légales.

Pour recruter les patients, nous avons d'abord procédé ainsi : notre arrivée dans les services était prévue plusieurs jours avant afin que les équipes soient prévenues et puissent nous proposer une liste de patients correspondant à nos critères et qui pourraient être volontaires pour participer à l'étude. Cependant, de nombreuses fois, les patients en question refusaient de participer à l'étude, ou n'étaient pas disponibles au moment de notre arrivée.

Nous avons donc décidé de nous adapter, et la plupart des patients ont donc été recrutés dans des unités où nous n'étions pas attendus, en allant directement à leur rencontre, dans les patios ou dans leurs chambres ; l'échange avec eux en a été d'autant plus spontané !

Recueil de données

Nous avons recueilli l'expérience des patients par le moyen d'entretiens individuels semi-structurés. Ces entretiens ont eu lieu au sein des unités d'hospitalisation, soit dans des bureaux médicaux quand cela était possible, soit dans la chambre du patient.

Quatorze entretiens ont été réalisés entre avril et septembre 2021 par la chercheuse Maya Khodja (MK).

Les entretiens étaient enregistrés sur une application dictaphone sur smartphone, puis retranscrits intégralement et « anonymisés » sur le logiciel de traitement de texte Word par MK.

Les entretiens ont été retranscrits et analysés au fur et à mesure, et les questions du guide d'entretien ont été adaptées au cours de l'étude (cf. les différentes versions du guide en annexe). Nous avons terminé le recueil après avoir atteint la « suffisance » des données (42) : nous avons fait le choix de cesser le recueil des données après deux entretiens successifs n'apportant pas d'information nouvelle significative.

Par ailleurs, pour chaque patient, nous avons recueilli les informations suivantes : sexe, âge, unité d'hospitalisation, pathologie psychiatrique, catégorie socioprofessionnelle, nombre d'hospitalisation, durée du tabagisme, autres addictions. Ces informations représentent des variables d'intérêt pour notre étude et nous permettent de vérifier la diversité de notre échantillon. Elles ont été obtenues soit auprès du patient, soit dans son dossier médical.

Analyse des données

L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une « triangulation » (42) par la confrontation des résultats de 2 chercheuses, Dr Roelens Tiphaine (RT) et Maya Khodja (MK). En cas d'avis différents, le directeur de thèse le Dr Etienne André a été sollicité pour conciliation.

L'étiquetage initial a été réalisé par MK à l'aide du logiciel Nvivo12, et manuellement par RT.

L'analyse s'est faite, selon l'approche par IPA, en plusieurs étapes : d'abord lecture le contenu des entretiens, fractionnement en nœuds puis codage et identification les principaux thèmes, réalisation des connections et création du sens entre les différents thèmes. Dans un second temps, un codage sélectif a permis l'émergence de « thèmes superordonnés » (c'est-à-dire des thèmes permettant de relier entre eux ceux de l'étape précédente).

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

Aspects éthiques et réglementaires

Tous les patients de cette étude ont signé un formulaire d'information et de consentement, qui leur a été lu par la chercheuse avant l'entretien.

Les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription, tous les noms propres ont été supprimés. Les noms des patients ont été remplacés par des codes (P1 pour le premier patient, P2 pour le deuxième...) Nous avons obtenu l'accord du DPO (délégué à la protection des données) du CHAI pour interroger les patients et consulter leurs dossiers médicaux.

Résultats

Description de la population

Nous avons reporté les caractéristiques de notre population dans le tableau 1 page suivante.

Notre échantillon est composé de 8 hommes et de 6 femmes, âgés de 24 à 61 ans. Les entretiens ont duré de 5 à 36 minutes.

Les patients étaient hospitalisés dans 7 unités différentes du CHAI.

Leurs pathologies psychiatriques sont variées : trois patients présentent un syndrome dépressif, une patiente présente un trouble anxiodépressif comorbide à une personnalité borderline, quatre patients sont atteints de troubles bipolaires, deux patients sont atteints de schizophrénie, deux patients étaient hospitalisés pour un premier épisode psychotique, un patient est atteint d'un trouble psychotique chronique, et une patiente est atteinte d'un trouble schizo-affectif.

Pour ce qui est du nombre d'hospitalisation, on peut remarquer que cinq patients ont été hospitalisés plus de 10 fois, et que six patients sont hospitalisés pour la première fois en psychiatrie.

Leurs métiers sont variés, on remarque une sur-représentation de métiers manuels.

La plupart des patients ont commencé à fumer jeune. La moyenne d'âge d'entrée dans le tabagisme est de 15.4 ans, avec un âge minimum de 11 ans et un âge maximum de 39 ans.

Des co-addictions au tabac sont présentes chez 6 patients, avec 5 patients consommant ou ayant consommé régulièrement du cannabis, 3 patients concernés par une consommation problématique d'alcool actuelle ou passée, 2 patients consommant de la cocaïne, et un patient présentant une addiction comportementale aux jeux de grattage.

	Sexe	Age	Unité	Durée de l'entretien (minutes)	Pathologie psychiatrique	Profession	Nombre d'hospitalisation en psychiatrie	Durée du tabagisme (années)	Autres addictions
P1	F	51	Phénix	5	Trouble bipolaire	Sans emploi	4	37	0
P2	F	61	Prévert	14	Trouble bipolaire	Ouvrière textile	>20	46	0
P3	H	36	Prévert	17	Trouble psychotique chronique	Sans emploi, stage en BTP	>10	22	0
P4	F	58	Claudiel	7	Trouble schizo-affectif	Formatrice	>15	43	0
P5	H	40	Phénix	36	1 ^{er} épisode psychotique	Cariste	1 + 1 en addictologie	26	OH sévère Cannabis Cocaïne (crack)
P6	F	32	Phénix	23	Syndrome dépressif	ASH	1	18	OH chronique Cannabis et Cocaïne occasionnels
P7	H	24	Phénix	19	Trouble bipolaire	Ouvrier forestier	1	9	Cannabis
P8	F	47	Hélios	13	Trouble bipolaire	BAFA – monitrice d'auto-école	15	35	0
P9	H	37	Hélios	24	Schizophrénie	Stagiaire, études de design industriel	5	26	0
P10	H	32	Hélios	22	1 ^{er} épisode psychotique	Electricien	1	20	0
P11	F	32	Debussy	10	Trouble anxiodépressif personnalité borderline	Agent d'entretien	1	21	Cannabis occasionnel
P12	H	41	Berlioz	15	Syndrome dépressif (trouble de l'humeur uni ou bipolaire)	Agriculteur	6	2	0
P13	H	37	Cavell	22	Syndrome dépressif	Technicien de maintenance	1	22	OH Cannabis sévère à 21 ans
P14	H	52	Berlioz	15	Schizophrénie	Manutention en ESAT	>10	37	Jeux de grattage

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

Notre travail a permis l'émergence de thèmes superordonnés que nous allons présenter maintenant. Nous commencerons par aborder le premier thème que nous avons appelé « Des patients éclairés », c'est-à-dire leurs connaissances éventuelles du sujet ; nous verrons ensuite les avis qu'ils ont de l'arrêt et de la diminution des consommations ; nous terminerons par leur vécu de l'hospitalisation en psychiatrie avec l'impact sur les consommations, et par leurs perceptions de l'organisation hospitalière.

I. Des patients éclairés

Nous allons voir en quoi les patients psychiatriques peuvent être qualifiés d'éclairés sur la question de l'arrêt du tabac. Nous nous intéresserons à leur désir d'arrêter de fumer, leur bonne connaissance des ressources pouvant les aider, leur conscience de leurs raisons de fumer, l'influence de leur entourage qu'ils reconnaissent, ainsi que leur inventivité pour l'arrêt.

A. Un désir d'arrêter

La majorité des patients de cette étude expriment clairement leur **désir d'arrêter** de fumer.

P6 : « donc la cigarette honnêtement j'espère l'arrêter. »

P10 : « Moi ce que je veux réellement c'est arrêter de fumer une fois pour toute et enfin sortir de cet engrenage-là. »

Ils sont également nombreux à avoir déjà fait l'**expérience** de l'arrêt du tabac.

P14 : « Oh oui, et j'étais resté un mois sans fumer ! »

B. Une conscience des enjeux

Par ailleurs, ils apparaissent très conscients des enjeux à l'arrêt du tabac.

La **santé** est leur première cause de préoccupation.

P10 : « j'ai très bien compris que pour ma santé il fallait que j'arrête de fumer. »

P2 : « Mais bon, il faut pas que je me base que là-dessus, parce que j'ai des problèmes d'emphysème, j'ai des problèmes respiratoires et je fais de l'asthme. »

Une autre raison évoquée est les **problèmes de goût et d'odorat** :

P12 : « qu'on ait moins de goût, moins d'odorat »

Par ailleurs, plusieurs patients ont suffisamment de recul pour remarquer un **effet négatif du tabac sur leur anxiété** :

P2 : « je suis dans une nervosité et je me dis, tiens, je vais me fumer une cigarette ça me calmera ! Mais ça me calme pas, ça m'énerve encore plus. »

P5 : « Sauf que moi à chaque fois que je fume bah je suis tendu, ça me détend pas tant que ça. »

Les patients sont nombreux à évoquer le **coût économique** :

P11 : « Parce que, déjà c'est un budget »

Le fait d'avoir **des projets de vie personnelle** est cité comme une des raisons pour vouloir arrêter de fumer :

P10 : « Parce que je veux une famille. Je veux me marier, je veux avoir des enfants, tout simplement. »

P3 : « Une personne peut arrêter de fumer quand elle a des rêves et des objectifs [...] Et puis ça coûte le mariage [...] Ça coûte l'enfermement. [...] Ça coûte le manque de réussite. Et ça coûte beaucoup trop cher dans une vie, de fumer beaucoup. »

C. Une bonne connaissance des ressources

Les patients connaissent bien les ressources pour l'arrêt du tabac.

En effet, de **nombreux professionnels de santé sont identifiés** comme étant aidants.

Le médecin traitant est cité par plusieurs patients :

P13 : « je vais directement en parler avec mon médecin traitant. »

P6 : « Oui j'en ai déjà parlé avec mon médecin traitant. »

D'autres professionnels de santé sont également reconnus comme aidants : le « *tabacologue* » (P14), la « *médecine du travail* » (P13), « *les pharmaciens* » (P2), et même « *le radiologue* » (P2).

Les **TNS sont bien connus** des patients, et la plupart en ont déjà utilisé.

P10 : « quand j'ai pris mes patchs à l'extérieur de l'hôpital »

P6 : « Oui et grâce aussi aux pastilles »

Une autre **aide médicamenteuse** est également citée par certains patients :

P6 : « il y a un médicament qui s'appelle Champix, si on veut vraiment arrêter »

La **cigarette électronique** est identifiée comme une aide **efficace** et comme un outil de **réduction des risques**.

P3 : « Parce que c'est moins nocif [...]. Ça fait effet de fumer et en même temps ça fait effet de pouvoir arrêter moins difficilement. Ça pourrait presque être médical aujourd'hui. »

Les patients connaissent des **méthodes alternatives** pouvant les aider : « *l'acupuncture* », « *l'hypnose* » (P13), « *la sophrologie* » (P7), « *la méditation* » (P5)

De nombreux patients comptent également sur **l'activité physique** pour arrêter de fumer.

P5 : « un conseil que je peux rajouter pour arrêter de fumer, c'est de faire du sport. »

P10 : « il y a que le sport qui peut nous faire sortir du tabagisme. »

Des **activités artistiques** sont aussi citées : « *le dessin* », « *la couture* » (P5)

D. Des raisons de fumer conscientes

Les patients sont parfois également capables d'expliquer les raisons de leur tabagisme.

La première est une **forte dépendance psychologique** au tabac, avec notamment une utilisation à des effets anxiolytique ou sur l'humeur :

P13 : « Il y a toujours de l'angoisse, du stress, etc. Et la cigarette aide à ce que ça passe ! »

P2 : « Et quand je suis triste, je fume une cigarette. Sans cigarette, je me démoralise. »

La notion de **plaisir** revient également pour plusieurs patients :

P13 : « Oh mais parce que j'aime bien ! »

P9 : « C'est un peu un enfant avec un bonbon quoi. C'est un peu ça, la cigarette c'est un bonbon »

Une **dépendance physique** est également mise en avant par certains patients :

P5 : « On est obligé de fumer par tous les moyens que ce soit. [...] C'est pour ça, moi, je souhaite à personne d'être accro au tabac. »

P8 : « je suis dépendante à la nicotine. »

Par ailleurs, certains patients expliquent que leur tabagisme est lié à leur **dépendance au cannabis** :

P5 : « Et euh comme je vous ai dit moi c'est le cannabis ; et le cannabis c'est dans les cigarettes. [...] Oui j'ai pas le choix. »

P7 : « J'ai déjà fait de l'acupuncture, il avait vu en moi qu'il y avait pas de dépendance au tabac mais qu'il y avait surtout une dépendance au cannabis. »

On note également une **dépendance comportementale** :

P9 : « bah après un repas de toute façon un fumeur il a besoin de cigarette. [...] Et après avoir bu un café, un fumeur il va fumer une cigarette c'est obligatoire. »

Certains patients parlent également d'une **dépendance au geste** de fumer :

P9 : « Ça inscrit dans la mémoire. Et puis c'est répétitif, comme c'est un geste répétitif et un besoin répétitif constant, on peut pas y couper »

E. Une influence de l'entourage reconnue

Les patients sont également capables de reconnaître l'influence de leur entourage sur leurs consommations, qu'elle soit positive ou négative.

Plusieurs citent des proches comme **source d'information** par rapport aux aides :

P14 : « Oui parce que je connais comme ça, parce que y en avait un qui est allé au centre là-bas où je travaillais. Il est allé là-bas et il a réussi à arrêter de fumer avec un tabacologue. »

P6 : « il y a un médicament qui s'appelle Champix [...] C'était il y a des années, c'était une ancienne amie qui m'en a parlé. »

D'autres patients ont pour **modèle des proches** ayant réduit ou arrêté leurs consommations :

P14 « Mon père était fumeur, du jour au lendemain il a dit « je fume plus » et du jour au lendemain il a arrêté. »

P2 : « Eh beh, moi j'ai une copine qui travaillait et qui faisait des stages avec moi, elle fumait une cigarette par jour. Des fois c'était le matin, des fois c'était l'après-midi. »

Plusieurs patients rapportent des **incitations à ne pas fumer** de la part de leur entourage

P2 : « Et puis des amis, plein de monde me le dit. Et même mon mari me le dit : « Ne fume pas trop ! » »

P12 : « Bon bah après, nous si on se faisait prendre à fumer une cigarette, on se prenait une... juste on nous engueulait déjà »

Cependant, de nombreux patients ont conscience d'avoir été **entraînés à la consommation** :

P12 : « Parce que j'ai entraîné avec une fumeuse, avec qui je m'étais mis en couple, et puis en

fait je lui faisais les tubes et j'ai commencé à fumer comme ça »

P2 : « Et mon mari est parti à Paris et lui il m'a fait refumer. Comme dans le train, on pouvait, on était autorisé à fumer, il m'a proposé une cigarette et j'ai repris. Depuis, j'ai pas arrêté »

P9 : « Et puis moi étant petit, j'absorbais la fumée que mes parents dégageaient. »

A retenir

Nous voyons donc que les patients psychiatriques ont le désir d'arrêter de fumer, et qu'ils en ont déjà fait l'expérience. Ils ont conscience des enjeux : des motivations existent que ce soit au niveau de leur santé ou sur le plan économique. Nous remarquons que certains réalisent les effets négatifs de leurs consommations sur leur anxiété. Par ailleurs, au-delà du coût financier, ils font le lien entre l'arrêt du tabac et la réussite dans des projets personnels.

Nous voyons que les patients sont très bien renseignés sur les aides existantes à l'arrêt du tabac. Ils identifient de nombreux soignants comme étant des ressources. Les TNS sont connus et ont souvent été utilisés, et certains patients citent même la Varénicline (Champix) parmi les aides médicamenteuses. La plupart du temps, quand la cigarette électronique est essayée, elle semble être adoptée. Les patients comptent également sur la pratique d'activités sportives et artistiques, ainsi que le recours à des médecines alternatives.

Il semble important de tenir compte du rôle de l'entourage, qui semble avoir une influence majeure sur les consommations de ces patients. Cette influence peut être positive ou négative. En effet, certains patients citent des personnes de leur entourage comme des modèles dans l'arrêt ou la diminution, comme des sources d'informations par rapport aux aides existantes. L'entourage peut également être soutenant, compliant, en encourageant dans une démarche de diminution ou d'arrêt. Cependant, les patients sont également nombreux à avoir des proches fumeurs : conjoints, amis, parents... et à se plaindre de se sentir entraînés à la consommation.

Du fait de très nombreux facteurs personnels et influences extérieurs, on note combien les cas de figures sont divers et qu'il y a, pour ces patients, une forte exigence dans la personnalisation de la prise en charge. Leur vécu, fort bien illustré par leurs propos, de la triple dépendance physique, comportementale et psychologique, est un excellent point de départ pour initier des entretiens thérapeutiques pour aller vers la diminution ou l'arrêt.

II. Perceptions de l'arrêt et de la diminution des consommations

Nous allons maintenant nous intéresser aux perceptions des patients au sujet de l'arrêt et de la diminution des consommations. Nous allons évoquer leur rejet des aides, leur perception négative d'eux-mêmes, leur rapport à la volonté, leur perception que la diminution est plus accessible, ainsi que leur inventivité par rapport à ces objectifs.

A. Un rejet des aides

Les patients sont nombreux à rejeter les aides qu'ils connaissent pour arrêter le tabac.

Pour ce qui est des **professionnels de santé**, plusieurs patients se disent **insatisfaits** de ne pas avoir reçu les informations souhaitées :

P10 : « (...) mon médecin traitant m'a pas dit qu'il fallait diminuer les doses en fait, du coup au bout d'un moment j'ai repris. »

P9 : « Non jamais essayé les patchs, jamais. [...] Donc ouais c'est une faute du médecin traitant je pense, parce qu'il sait, mon médecin de famille connaît mes antécédents médicaux

qu'ont eu mes parents. »

Une **difficulté d'accès** est également évoquée :

P13 : « (...) aucun doute que je vais rencontrer une problématique de place, de temps... »

Un patient fait également part de ses **réticences** à faire appel à un professionnel de santé (addictologue et tabacologue) :

P13 : « C'est pas des personnes qu'on a envie d'aller voir de base ».

Pour ce qui est des aides médicamenteuses, les patients expriment de nombreux freins à l'utilisation des **TNS**.

Les patients les jugent **inefficaces** :

P10 : « (...) le patch que j'ai utilisé il est pas assez puissant. »

P11 : « Et la première fois c'était avec des patches et tout ça, sauf que je fumais à côté, c'était une catastrophe. Pour moi ça n'a pas fonctionné en tout cas. »

Il est également question **d'effets indésirables** :

P6 : « Bah en fait sur moi ça faisait des plaques rouges, et au décollement, même en en le décollant juste après la douche, en ayant pris la douche, ça me faisait horriblement mal et euh j'ai pas supporté en fait. »

D'autres signalent des effets pouvant évoquer un le plus souvent **un sous-dosage**, parfois **un surdosage nicotinique** :

P11 : « Ça me faisait tourner la tête, j'étais pas bien et du coup j'ai arrêté les patches. »

P5 : « Le cœur qui s'emballe, et comme si on avait fumé un joint. [...] Ben on est un peu

vaseux. »

Plusieurs éléments rapportés par les patients laissent supposer une **mauvaise utilisation** :

P10 : « Après mon seul souci c'est que j'ai pas diminué la dose en fait, parce que mon médecin traitant m'a pas dit qu'il fallait diminuer les doses en fait, du coup au bout d'un moment j'ai repris. »

P5 : « (...) le bonbon Nicopass »

Il est également question d'un **goût insatisfaisant** des pastilles :

P8 : « C'est dégueu ! »

Il existe une **méconnaissance** par rapport aux possibilités de **remboursement** d'une prise en charge par le professionnel de santé, et du traitement :

P14 : « Le tabacologue, tout ce qui est fait pour arrêter de fumer, on devrait pas y payer, c'est la sécu qui devrait y payer. »

P2 : « Non, pas ça. Oh, non, pas ça, parce que c'est coûteux ! [...] Par exemple, les patchs, tout ça...ça coûte cher ! »

Enfin, les patients sont également nombreux à exprimer **des craintes** par rapport à leur **dépendance** à la nicotine :

P8 : « (...) si je mets le patch je vais fumer encore plus, parce que ça va me rendre encore plus dépendante à la nicotine. »

P11 : « ce que je vous ai dit c'est que mon corps il absorbait plus de nicotine que j'en avais l'habitude de prendre sans m'en rendre compte [...] Mais vu que je cumule les deux, je reçois une grosse dose de nicotine [...] C'est un trop plein de nicotine ! »

Pour ce qui est du **Champix**, le principal frein identifié à sa consommation est la connaissance de ses **effets indésirables** :

P12 : « (...) il y a un médicament mais celui-là je préférerais l'éviter c'est le Champix [...] à priori comme effet secondaire il y a, comme très peu de médicaments, mais, peut pousser au suicide. »

Pour ce qui est de la **cigarette électronique**, les freins identifiés sont une insatisfaction par rapport au **goût** :

P10 : « La nicotine, le goût. La vapeur qui sort c'est pas la même. [...] Et du coup la cigarette électronique ça passe pas. »

Ainsi qu'une **utilisation difficile** :

P11 : « (...) c'était au début des cigarettes électroniques, au début qu'elles étaient pas parfaites, on avait du produit dans la bouche tout le temps, ça fuyait tout le temps, du coup j'ai repris la cigarette. »

B. Une perception négative de soi

Les patients ont une perception négative d'eux-mêmes.

Ils font preuve d'**autodépréciation** :

P8 : « J'suis débile, j'suis débile hein [...] J'suis mongole j'suis mongole ! »

P6 : « Tous les défauts je les avais. Tous. »

Ils font également part d'un **sentiment d'être jugé** négativement par rapport à leur

tabagisme :

P3 : « Ben, y'a plein de gens bien, ils fument. C'est pas parce qu'on fume qu'on est mauvais. »

P5 : « Mais par contre y a 98% de ces personnes qui ne fument pas et qui boivent pas qui se croient supérieurs. »

Ce sentiment est **renforcé** pour les patients qui consomment du **cannabis** :

P5 : « Tous ceux qui boivent, tous ceux qui fument, et que ce soit la cigarette ou le cannabis, on est considéré comme faible »

P10 : « Il faudrait que, peut-être pas y légaliser, mais il faudrait trouver des solutions, et ça les politiciens eux ils peuvent pas comprendre, ils sont pas à notre place, ils savent pas le vécu, ils se font une image en fait, mais c'est une image erronée, voilà. »

L'arrêt du tabac leur semble apparaître comme un objectif **hors de portée**.

Ils pensent que leur **dépendance est trop forte** :

P5 : « Après moi je parle en tant que fumeur depuis longtemps. Et il y en a qui fument depuis moins longtemps et qui sont peut-être plus aptes à dire « non, moi je fais ce que je veux, si je veux j'arrête ». Après moi ceux-là moi je dis c'est des faux fumeurs. »

P3 « : Et si on fume pas, y'en a, ils pètent les plombs. Y'en a qui sont faits fumeurs, ils fumeront toute leur vie. Et s'ils fument pas, ben ils deviendront encore plus fous. Voilà. »

Plusieurs patients estiment qu'il est **trop tard pour eux** pour arrêter de fumer :

P5 : « Et même ce qui peut aider, c'est de ne pas avoir fumé du tout, tout simplement ».

P9 : « En fait il faut pas commencer du tout et s'écarter de ça tout de suite donc j'aurais mieux fait d'écouter mes parents aussi, mais bon... »

Certains patients proposent des **solutions irréalistes** pour arrêter de fumer :

P12 : « (...) ils ont qu'à stopper la cigarette de partout et puis c'est tout ! »

P9 : « (...) petite désactivation d'une zone cérébrale, mais ça c'est plus pointu je pense... »

Les expériences de tentatives d'arrêt ayant conduit à une **rechute** sont vues comme des **échecs**.

P10 : « (...) je pense que si j'ai des soucis encore qui reviennent, je vais reprendre. Et c'est là que je pense que ça va être un échec et j'aime pas. J'aime pas perdre »

P13 : « En fait si je veux pas arrêter tout de suite c'est uniquement vis-à-vis de moi, parce que sinon j'aurais arrêté tout de suite si j'étais en pleine forme et que j'avais pas besoin d'être ici, j'aurais arrêté, c'est uniquement pour pas avoir à vivre un échec au cas où. »

Les patients semblent avoir tendance à avoir rapidement un avis tranché sur les **méthodes** utilisées, et à les **rejeter**.

P9 : « J'ai essayé ça les gommes nicotine ça n'a aucun effet. Enfin j'ai essayé plus le matin pour voir si je tenais jusqu'à midi, aucun effet, et l'après-midi j'ai fait pareil pour voir si je tenais jusqu'au repas du soir, aucun effet. Et après le repas du soir j'ai essayé aussi, ça a pas marché. »

Ils peuvent également se décourager et **abandonner**.

P14 : « Je me vois pas non-fumeur ! [...] Parce que c'est trop dur ! J'ai déjà essayé et c'est trop dur ! »

C. L'arrêt, une question de volonté ?

Il apparaît nettement que pour la plupart des patients, **l'arrêt du tabac s'envisage sans aide.**

En effet, arrêter **par la volonté** est le moyen cité le plus largement :

P14 : « Mais moi je pense que la plus grande, le plus grand remède, c'est la volonté ! C'est la volonté le plus grand remède. »

P3 : « Bah, en fait c'est la volonté surtout. »

Il est intéressant de voir que ce terme de volonté peut avoir **différentes significations** selon les patients :

Certains y mettent le sens de **motivation**.

P6 : « C'est être fort intérieurement, mentalement »

D'autres y mettent le sens de l'**acte de décision**.

P14 : « La volonté ça veut dire que, on fume plus. Mon père il s'est arrêté comme ça. Mon père était fumeur, du jour au lendemain il a dit « je fume plus » et du jour au lendemain il a arrêté »

Enfin pour d'autres, la volonté semble être une **force supérieure**, presque divine.

P7 : « Bah ça c'est en moi, c'est inconsciemment, c'est tout. Le jour où je voudrai arrêter j'arrêterai c'est tout. Y a rien de plus à dire. »

Cette volonté devrait le plus souvent leur permettre **d'arrêter brutalement**, :

P10 « Je m'y suis pris... bah la première fois du jour au lendemain. »

P6 : « (...) ou arrêter d'un coup, ça ce serait le top. Ouais ce serait le top. »

Cette décision est généralement prise de manière **impulsive**.

P14 : « Moi j'en avais marre, j'ai jeté mon paquet et j'ai dit « allez j'arrête ! ». J'ai tenu un mois. »

P5 : « C'est sur un coup de tête, j'en avais ras le bol, et j'ai réussi à m'abstenir.

Dans d'autres cas l'arrêt peut être **programmé**, mais toujours sans être aidé.

P6 : « Je m'étais dit bon, ben à cette date-là, j'arrête de fumer. Et la date en question, et ben j'avais arrêté de fumer »

D. La diminution, un objectif plus accessible ?

Plutôt qu'un arrêt brutal, certains patients privilégient une **diminution** de leurs consommations, toujours **sans aide** :

P1 : « Pour diminuer ben c'est tout doucement en fait, petit à petit je consommais moins de cigarettes, voilà »

La plupart des patients expriment leur **intérêt à la diminution** de leurs consommations.

P3 : « Si j'arrive à m'en sortir un peu mieux, j'aimerais bien ralentir. »

Cette diminution peut être une **étape** avant un arrêt définitif.

P2 : « Mais je suis pas obligée d'arrêter directement mais arrêter petit à petit. [...] Avoir la volonté de descendre doucement, mais pas définitivement encore, c'est trop tôt. »

Elle peut également être une **fin en soi**.

P14 : « c'est que j'ai pas envie d'arrêter ! Réduire oui. »

Bien que les patients aient une bonne connaissance des ressources pour l'arrêt du tabac, ils semblent **ignorer** qu'elles puissent être utilisées pour une diminution.

En effet, certains ne savent pas qu'ils peuvent être **accompagnés** dans une diminution des consommations :

P14 « Ah pour réduire, je sais pas ! je sais pas s'il y a des... je sais que le tabacologue ça aide euh, est-ce que ça aide à réduire aussi ? je sais pas ! »

D'autres ignorent que les **TNS peuvent être utilisés** dans une diminution des consommations :

P 12 : « Et je le voyais le patch c'est fait pour arrêter, pas forcément, ça peut aussi être mis en place pour diminuer, et chose que je voyais pas. »

Plusieurs patients décrivent une **expérience négative** de la diminution de leurs consommations.

Des **symptômes de manque** ont pu apparaître.

P5 : « Et là maintenant j'arrive à réduire, mais vu que je réduis j'ai des moments de stress. C'est-à-dire que moi je vais pas passer outre à fumer. Et ce qu'il y a c'est que moi je me rends compte que plus je me retiens, plus je vais tirer fort sur ma cigarette. »

La diminution apparaît alors comme inefficace, **non durable** :

P14 : « Je dis ralentir, non c'est pas bon ralentir. C'est ou arrêter de fumer, ou rien, parce que ralentir non. [...] j'ai essayé aussi ça déjà ! j'en fumais une tous les 2 heures, et puis après, j'ai recommencé une tous les... toutes les heures ! »

E. Inventivité des patients

Par ailleurs, plusieurs patients font appel à leur **inventivité** et ont recours à leurs propres **techniques pour moins fumer** : « les faire durer plus longtemps [...] en les re roulant dans des slims » (P7), « boire un coca [...] boire un jus de fruits [...] manger un fruit » (P10), P6 : « j'aime bien à la base les cigarettes mentholées. C'est pour ça que c'est bien que là je fume des Marlboro, au moins elles sont pas mentholées et ça me dégoute. »

Les patients nous ont également fait des **propositions** originales **pour améliorer leur prise en charge** :

P13 : « Pour le patch typiquement, faire une pub : "je ne suis pas forcément là pour arrêter mais aussi pour diminuer" qui pourrait passer « à la télé » ou être affichée « à l'hôpital psychiatrique », à « l'hôpital standard » dans « les pharmacies », au « supermarché », ou « dans un bureau de tabac ».

P13 : « (...) passer par un rabais sur les cigarettes si consultation. »

A retenir

Les soignants doivent proposer un accompagnement au sevrage tabagique aux patients. En effet, ce n'est pas parce qu'ils connaissent l'existence des aides qu'il ne faut pas leur en parler : les patients s'attendent à ce que ce soient les soignants qui abordent le sujet.

Pour ce qui est de l'introduction de TNS, il convient de leur apporter des explications détaillées, afin qu'ils soient capables d'identifier les signes de sous-dosage et de surdosage,

ainsi que de les rassurer par rapport à la crainte d'une aggravation de leur dépendance, qui est une idée très répandue chez ces patients.

Il apparaît également important de leur transmettre l'information de la possibilité d'un remboursement de leur prise en charge, puisque nous découvrons l'existence d'un frein financier au recours au tabacologue et à l'utilisation des TNS.

Pour mieux accompagner ces patients ayant une peur importante de l'échec, il semble pertinent de leur proposer un suivi rapproché avec une adaptation régulière des traitements, et d'essayer de les aider à voir les rechutes comme des étapes, afin d'éviter les abandons.

Par ailleurs, ces patients ont la croyance forte que l'arrêt du tabac se fait du jour au lendemain uniquement grâce à la volonté, et, ayant une perception particulièrement négative de soi, ils ne s'en sentent souvent pas capables.

Il convient de se méfier de la notion de volonté, qui peut prendre différents sens selon la personne qui l'emploie. Ce terme ne devrait pas être utilisé par les soignants pour éviter les confusions. Par contre, s'il est amené par les patients, il sera très intéressant d'explorer la signification qu'ils y mettent.

La diminution des consommations semble être un enjeu intéressant pour ces patients, qui la trouvent plus accessible qu'un arrêt et qui pourrait être une première étape, à la condition de ne pas engendrer une expérience négative qui serait synonyme d'échec pour eux. Les patients semblent ignorer que les ressources à l'arrêt du tabac qu'ils connaissent peuvent également être utiles pour une réduction : c'est un point essentiel à leur transmettre.

Enfin, pour l'arrêt comme pour la diminution, les patients font preuve d'inventivité, en inventant leurs propres techniques, ou en faisant des propositions d'améliorations originales.

III. Enjeux de l'hospitalisation en psychiatrie

Nous allons enfin nous intéresser à leur vécu de l'hospitalisation en psychiatrie, à l'impact de cet événement sur leurs consommations et à leurs propositions d'améliorations, ainsi qu'à leurs perceptions de l'organisation hospitalière autour du tabac

A. Impact sur les consommations

1. *Le plus souvent, une augmentation*

L'hospitalisation entraîne une **augmentation de la consommation** du tabac pour la plupart des patients.

P12 : « On fume beaucoup plus qu'à l'extérieur. »

P7 : « Ah bah elle a augmenté de fois trois, fois quatre, hein. »

Cette augmentation est **déplorée** par les patients :

P14 : « C'est tout mauvais. Parce qu'on fume déjà plus, on fume plus que quand on est dehors. [...] y a rien de positif là. »

P7 : « C'est triste mais je dois fumer un paquet par jour. »

Un patient affirme même avoir **commencé son tabagisme à l'hôpital** :

P12 : « je lui faisais ses tubes, et puis après je lui allumais une et puis bon ça a commencé comme ça. J'en ai fumé une pourtant ça me plaisait pas plus que ça. [...] Non et puis après je m'y suis mis, ça a commencé comme ça. [...] A l'hôpital du CHAI mais dans une autre unité ! »

Cette augmentation est souvent expliquée par un **vécu difficile de l'hospitalisation**.

Les patients se plaignent principalement de l'**ennui**.

P12 : « Parce que là ici on n'a déjà pas grand-chose à faire, là ça nous fait passer 3 minutes. »

P7 : « tout ce que j'ai à dire c'est que en tant que fumeur, à part fumer ici il y a rien à faire, voilà. »

Ils sont également nombreux à faire part d'un **sentiment de privation de liberté**

P7 : « Moi je suis comme un lion en cage. J'ai pleuré des jours et des jours, en mode c'est une épreuve trop dure moi. J'ai qu'une envie c'est de rentrer chez moi. Parce que là y a aucune liberté. »

P9 : « Bah en fait vu que j'ai l'impression personnellement d'être enfermé, mais vraiment, je considère que c'est un peu comme une prison pour moi. »

Ils se plaignent d'un **manque de confort** à l'hôpital :

P6 : « Et en plus de ça il y a deux télévisions dans l'établissement, et le plus simple ça aurait été qu'il y ait une télé par chambre ! »

P7 : « Les repas qu'ils servent le soir j'arrive même plus à les manger [...] j'arrive même plus à dormir dans mon lit, j'arrive même plus à me laver parce que moi j'aime que le pommeau de douche il soit tenu et là c'est tout à la main »

Ils sont également nombreux à souffrir d'**effets indésirables de leurs traitements** :

P3 : « Excusez-moi, ils m'ont shooté à mort. »

P7 : « Non moi c'est pas possible en plus ils me donnent des cachets qui font que j'arrive pas à tenir debout ni assis ni couché. Je sais pas comment me tenir. »

P8 : « Parce que vous voyez la voix que ça me fait ? Alors que j'ai une belle voix normalement. »

Ils se plaignent des **contraintes liées au contexte sanitaire d'épidémie de Covid** :

P7 : « C'est juste que faut que je fasse du sport, et avec le covid c'est tout fermé du coup je peux pas faire de sport. [...] on m'a apporté un bouquet de fleurs, je peux même pas... même pas garder le bouquet de fleurs ! Hier mon père il m'a acheté plein de bouffe, j'ai même pas pu prendre la nourriture. »

P13 : « mais typiquement comme en ce moment où ils nous confinent, ça a tendance à remonter. »

L'hospitalisation en psychiatrie est également un moment de **confrontation à la maladie des autres**, qui peut être violente.

P13 « on se retrouve, vu que moi c'était ma première fois, au milieu d'autres personnes malades, on se demande un peu... on sait ce qu'on fait là mais on se demande quand même qu'est-ce qu'on fait là. »

P7 : « Voilà, il y a des gens faut les surveiller, on est en hôpital psychiatrique. Ici il y a des gens ils sont...ils sont mabouls ! »

P9 : « parce que là, une unité psy c'est quoi ? c'est de la réflexion en fait. Parce que moi j'ai vu des phases de certaines personnes, des phases d'énervement, ça fait bizarre de voir un truc pareil. »

Ils peuvent également faire part d'un sentiment d'**insécurité** :

P7 : « Il y a quelques jours il y en a un qui a mis le feu au palmier. Moi à cause de ça j'ai pas dormi pendant deux jours parce que je suis quelqu'un de très fragile et moi j'ai... j'ai... Ça m'a fait peur ! Je me sentais plus en sécurité ici. »

Les patients expriment un **sentiment d'être incompris par les soignants** :

P2 : « Parce que d'abord, je n'aime pas être punie. Je n'ai rien fait de mal. J'ai toujours dit que, ici pour moi c'est pas en placement d'office que je suis, c'est en placement libre »

P7 « C'est pareil le psychiatre, il y avait un psychiatre intérimaire, il m'a donné du Tercian. Le Tercian, je connais ce que c'est, ça me fait des courbatures aux jambes, j'arrive même plus...presque même plus à marcher, alors je lui dis que... je lui dis de pas m'en donner, il m'en donne quand même ! »

Beaucoup perçoivent un **manque de soignants** :

P10 : « et les infirmières, le soutien qu'elle nous apporte. Mais le problème c'est que je pense aussi qu'ils sont pas assez nombreux. Je pense que l'état devrait investir plus de moyens »

*P6 : « ça me rappelle le docteur G***... et ça m'a tout émue. Parce que j'en ai pleuré qu'il s'en aille. [...] Parce ce que quand on s'habitue à un médecin et qu'on sait qu'on va rester, nous, et lui il s'en va, ah ça a été complètement...un désastre. »*

Par ailleurs, un autre problème décrit par plusieurs patients est la **grande accessibilité des produits toxiques** à l'hôpital.

P 13 : « ! Il y a de tout ici, c'est l'anarchie ! [...] ça deale dehors [...] Donc y a du shit, y a du trafic de cigarette, y a du trafic d'alcool. A l'extérieur hein je parle. »

P5 « Tout le monde peut se procurer tout ce qu'il veut. Tout rentre tout sort. Ici y a pas... c'est plus facile qu'une prison [...] y a du cannabis et de l'alcool qui rentrent, tout simplement. »

Cependant, l'augmentation de la consommation à l'hôpital est aussi en partie expliquée par la **convivialité** associée au fait de fumer :

P1 : « c'est assez convivial quand on fume en fait. »

P8 : « On se réunit. [...] Sans cigarette je suis isolée. »

Le **patio** est identifié comme étant l'espace fumeur :

P10 : « Quand on est fumeur on a une zone, on a un patio pour pouvoir aller fumer. »

Les problèmes évoqués sont de ne **pas être adaptés aux non-fumeurs**, et d'**inciter** les fumeurs à **fumer**.

P13 : « Si quelqu'un n'aime pas l'odeur de cigarette, c'est vrai [...] Y a un groupe qui va fumer d'un côté, un autre de l'autre, pour les non-fumeurs ça peut être compliqué. »

P6 : « Quand on reste dans la cour, dans le patio, bah forcément on va fumer »

Les patients expliquent que cette augmentation est surtout importante en **début d'hospitalisation**.

P13 : « les premiers jours quoi qu'il arrive on fume beaucoup. »

P6 : « Moi au début c'était ça. C'était cigarette sur cigarette. »

Pour beaucoup, dans ce contexte, **arrêter** de fumer à l'hôpital apparait comme **impossible**.

P5 : « je vois pas qu'on puisse s'arrêter de fumer ici. [...] parce que si on décide d'arrêter il y a trop de tentations. [...] On peut pas s'en sortir. Parce qu'on est en milieu hospitalier. »

P6 : « mais je suis obligée là ! Pour l'instant je suis enfermée et peut être, qui sait ? quand je serai sortie ben une semaine après peut être que j'arrêterai la cigarette »

De ce fait, beaucoup semblent **s'opposer** à une éventuelle **interdiction de fumer** à l'hôpital psychiatrique :

P5 : « Bah heureusement qu'on n'est pas interdit de fumer [...] ça serait très difficile de tenir le coup sans tabac. »

P6 : « si on est fumeur et qu'on se retrouve ici et qu'on ne peut pas fumer, là c'est vraiment... Ce serait vraiment dur et insupportable à vivre, ouais insupportable ! »

2. Parfois, une diminution

Cependant, on constate que pour d'autres patients, l'hospitalisation permet au contraire une **diminution voire un arrêt** des consommations.

P10 : « C'est plus facile d'arrêter ici. Je m'y attendais pas parce que j'avais une mauvaise opinion mais c'est vrai que c'est plus facile d'arrêter ici et mon opinion elle a changé. »

L'hospitalisation permet à certains patients d'avoir accès **aux soins d'addictologie** :

P13 : « C'est quelque chose, j'ai discuté avec un addictologue il y a pas longtemps, et jusqu'à ce qu'il m'explique un petit peu sa vision, j'étais plutôt fermé là-dessus. [...] Mais c'est pas simple, parce que moi, c'est par la force des choses que je l'ai vu l'addictologue »

*P6 : « L'addictologue il est en train de me préparer justement [...] Par rapport à l'alcool !
[...] Oui c'est lui qui m'avait expliqué comment on utilisait les pastilles et les patches »*

En effet, la diminution des consommations de tabac peut se faire **via l'arrêt du cannabis**.

*P10 : « Moi si je suis venu c'est parce que j'avais besoin d'arrêter de fumer du cannabis.
Donc comme je vous ai dit j'ai arrêté de fumer une semaine avant de venir ici, et si je suis
venu ici c'est pour ne plus recommencer. »*

L'hospitalisation est également un temps qui permet aux patients ayant un environnement négatif de prendre de la **distance avec les difficultés du quotidien** :

*P10 : « il y a une semaine de ça, enfin maintenant deux, j'ai pris ma voiture et pour les
laisser tranquilles, pour qu'eux au moins ils soient en paix, je suis devenu SDF et je vis dans
mon véhicule. Le seul bémol que j'ai c'est pour prendre ma douche, je sais pas comment faire
ma toilette le matin, me doucher »*

*P5 : « Oui et l'entourage, on choisit pas des fois, au niveau professionnel et même les voisins,
les voisins c'est eux qui viennent. Donc ça c'est encore des stress permanents. »*

Plusieurs patients remarquent une **amélioration clinique** de leur état pendant

l'hospitalisation :

*P13 : « au fur à mesure que je me sentais moins angoissé d'être là ! [...] puis tout seul petit à
petit on prend conscience qu'on est là pour notre bien »*

*P6 : « Ouais là maintenant tout va mieux, je me sens positive, je positive, je suis bien dans ma
tête, je suis bien dans ma peau, ils m'ont aidée à aller mieux et je suis contente de ça. »*

Ils sont par ailleurs beaucoup à dire se sentir **soutenus par les équipes soignantes**.

P 10 « Et d'ailleurs c'est pour ça que je remercie l'équipe des infirmiers, des médecins, pour tout le suivi qu'ils font [...] En fait c'est pas dans ce complexe ici, c'était plus à l'Apex. C'est comment les personnes se sont occupées de moi. Comment elles m'ont parlé. »

L'hospitalisation permet également la création de **liens entre patients** :

P13 : « Les autres patients, merci je cherchais le mot ! Certains, vous arrivez ils vous mettent à l'aise tout de suite, d'autres restent dans leur coin. Ceux qui vous mettent à l'aise, ça aide ! »

P5 : « Entre patient, on se dit tout, c'est comme le téléphone arabe. »

Cela peut permettre une réflexion sur leurs consommations en **considérant les autres patients** :

P2 : « Et ben, du moment que je suis pas avec quelqu'un, j'empoisonne pas les autres. Je m'empoisonne moi-même mais pas les autres. »

P5 « C'est pour les non-fumeurs que ça poserait problème, parce que on les embête mais ils disent rien. »

Fumer à l'hôpital apparaît alors **contradictoire**.

P6 : « On est à l'hôpital pour se soigner et on fume en même temps et euh c'est pas top quoi, c'est pas top »

P9 : « Bah ça montre pas le bon exemple, parce que l'hôpital c'est un lieu pour se remettre en route d'une manière différente sur plein de plans. [...] Ici en unité psy, c'est pas, à ce que je vois, tout le monde fait ce qu'on veut à ce niveau-là donc euh voilà. »

3. Propositions des patients

De nombreux sont **demandeurs** de faire plus **d'activités** :

P6 : « parce que les ateliers ça fait oublier l'envie de fumer, on se concentre sur autre chose et c'est beaucoup mieux, c'est beaucoup, beaucoup mieux. Et il y en a plein qui sont fumeurs et qui aiment les ateliers, il y en a beaucoup, et ça évite qu'on reste dans la cour. »

Un patient propose de mettre en place des activités en rapport avec les **compétences des patients** :

P9 : » Mais par exemple j'sais pas, s'il y a des petites tâches suivant le métier des gens, les faire, leur faire reprendre ne serait-ce que pour changer une ampoule ou un fusible, ou retirer un cache, je parle pour l'électricien, le faire faire par un patient qui pratique ce métier en fait. »

Un autre patient propose la création de **groupes de parole** :

P7 « créer des groupes de parole... je sais qu'il y a des gens que ça peut aider. »

B. Perceptions de l'organisation hospitalière

1. Points positifs

Le CHAI a mis en place toute une organisation pour permettre aux patients de se procurer des cigarettes et de fumer. Plusieurs patients s'en montrent satisfaits.

L'organisation **répond à leurs attentes et besoins.**

P10 : « C'est une organisation normale je trouve que c'est plutôt pas mal. Parce que quand on a besoin de patch ils nous donnent des patchs, si on veut aller fumer on peut aller fumer donc à ce niveau-là il n'y a pas de soucis. »

P1 : « Bah moi ça me convient. »

Les **restrictions** leur semblent **adaptées** à chaque patient.

P9 : « Après euh ce que j'ai cru comprendre c'est réglementé, suivant le degré de compréhension de chaque patient. [...] Donc non c'est restrictif au niveau de la quantité mais c'est suivant les cas en fait, suivant chaque cas, suivant chaque personne. »

Le fait de pouvoir **gérer soi-même** ses consommations est quelque chose de **valorisant** pour eux.

P1 : « Ah bah moi, c'est moi qui gère ma consommation. »

P4 : « Depuis peu bah comme je sors en perm j'achète mes cigarettes et je gère mes cigarettes [...] Et ça change beaucoup quoi. »

L'organisation crée du **lien entre patients et soignants** :

P1 : « (...) on se réapprovisionne en cigarettes souvent en demandant aux infirmières de nous accompagner au bureau de tabac »

P11 : « Pour moi ça se passe bien, je donne mes cartouches de cigarettes aux infirmières et quand j'en ai plus je leur demande un paquet et la plupart du temps, quand ils ont du temps et tout, il y a pas de souci. »

Une solution provisoire est proposée pour les patients n'ayant pas la possibilité de se procurer des cigarettes : le **dépannage**.

P3 : « Ou même là, ils en donnent aussi les infirmiers, quand on n'en a pas. Ils peuvent nous en donner. »

P4 : « Au départ, avant j'étais eu dépannage. [...] C'est-à-dire que c'est 4 cigarettes par jour qu'il faudra rembourser. »

Les **limitations par les soignants** peuvent être perçues comme **protectrices**.

Certains patients demandent à être protégés contre les **vols et le taxes**.

P11 : « Oui, à ma demande. Sinon j'aurais pu garder mes cigarettes ici mais je préfère qu'elles soient... parce qu'ici il y a quand même des gens qui... qui piquent des cigarettes et un peu tout. [...] Je pense que c'est plutôt bien, plutôt sécurisant. »

P7 : « Après y en a leurs clopes elles sont contrôlées et y en a, moi, au début on me donnait une clope par une clope parce que tout le monde me les grattait. »

Pour d'autres ces limitations leur permettent de **contrôler leurs consommations**.

P6 : « Ça m'est déjà arrivé de leur demander de gérer mes cigarettes. [...] Oui c'était ma demande [...] j'arrivais pas en fait à me retenir de fumer »

Par ailleurs, une **solidarité entre patients** est décrite par certains.

P5 : « (...) quand il y a une main généreuse qui vient pour offrir du tabac, bah moi, depuis que j'ai déjà vu quelqu'un qui faisait les mégots, je vais le chercher... cette personne, et mon butin, je vais le partager avec lui »

P9 : « (...) j'ai pas eu le droit à des sorties répétitives [...] donc j'ai demandé à un autre patient qu'il me procure, voilà je lui ai donné un billet et puis pour le temps du séjour il m'a procuré la quantité de tabac que je voulais. »

2. Points négatifs

Plusieurs problèmes sont rapportés par les patients.

Leur principale plainte est un sentiment de **perte d'autonomie** qui engendre une souffrance chez ces patients.

P2 « J'aimerais bien y aller les acheter moi-même, j'ai pas besoin d'une boniche ! »

P3 : « Faut donner sa carte bleue, avec son code. Et donc bon, c'est pas très raisonnable. On préfèrerait garder ça pour soi quoi. »

P4 : « Et euh le fait de ne pas avoir à gérer ses cigarettes c'est très difficile »

La **limitation des consommations par les soignants** est parfois perçue comme une **punition**.

P8 : « Oui j'en ai ! mais ils veulent pas m'en donner ! [...] Oui, j'ai fait des conneries ! j'ai assez payé ! »

Les patients **les plus isolés** sont en **difficulté**.

P13 : « Bah moi j'ai de la chance d'avoir la famille. Pour ceux qui ont pas cette chance là je pense que ça doit être compliqué. »

P4 : « C'est difficile, surtout quand on arrive démuni et euh quand on n'a personne qui peut nous ramener les cigarettes. »

Les patients partagent un **sentiment de honte**, en particulier les plus démunis qui **dépendent des dons** des autres pour consommer :

P3 : « On est obligé de galérer, de demander tout le temps, de demander. Tout le temps demander, demander...Partir à la chasse, quoi. Essayer de voir qui c'est qui fume pour essayer de lui en demander. »

P8 : « Je suis obligée de demander aux autres. »

D'autres patients en sont réduits à récupérer **vieux mégots** dans les cendriers.

P5 : « C'est comme si on faisait la manche quand on fait les mégots dans les cendriers. Ça nous rabaisse. »

Devoir **solliciter ses proches** pour se procurer des cigarettes est également mal vécu.

P8 : « Mais c'est le mauvais exemple pour mon fils ! »

Des **tensions entre patients** en découlent.

D'un côté, les patients **les plus démunis taxent** les autres.

P3 : « Les bons comptes font les bons amis. Et moi je suis fâchée avec tout le monde ici à cause de ça. [...] Ils en ont ras le bol, j'ai pas de feu, j'ai pas de clopes, ils en ont ras le bol de moi quoi ! J'ai pas de feu et j'ai pas de clopes, et j'ai pas d'argent. »

De l'autre, les patients **les plus vulnérables** se plaignent d'être **taxés**.

P14 : « (...) il faut aller dans un coin se cacher pour fumer et puis rentrer tout de suite, ou alors vivre comme ça, ou vivre normalement. Et je sors rarement de la chambre, quand je sors je fume. Et on me taxe beaucoup [...] je sais pas dire non. »

Plusieurs patients font part de l'existence d'un **trafic de cigarettes** à l'hôpital.

P12 : « (...) y a du trafic de cigarettes »

P7 : « Voilà on me demande une clope, bah c'est payant, t'as 50 centimes je te donne une clope, t'as pas 50 centimes eh bah pas de clopes. Parce que clairement euh les clopes ça coûte cher et c'est pas gratuit. Voilà. »

L'organisation est **différente selon les unités**, ce qui génère de l'**incompréhension** chez les patients

P4 : « Pour un exemple, il y a quelques temps j'ai été hospitalisée à Jacques Prévert et là-bas le cadre prenait bien la carte pour acheter des cigarettes. [...] Et je n'ai pas compris pourquoi à Jacques Prévert c'était possible d'acheter avec la carte et pas ici »

A retenir

L'hospitalisation en psychiatrie est bien souvent vécue comme une épreuve par les patients, et l'augmentation du tabagisme qui en découle est vue comme étant quasiment inévitable.

Il est vrai que les difficultés rencontrées semblent inhérentes à l'hospitalisation : l'ennui, le manque de confort, le manque de soignants, les effets des traitements, les restrictions en rapport avec la crise sanitaire... Auxquelles s'ajoutent également des spécificités de la psychiatrie : privations de liberté, violence de la confrontation à la maladie des autres patients, accessibilité des toxiques... Cela dans un contexte de pathologie psychiatrique décompensée justifiant une hospitalisation, avec ce sentiment d'être incompris décrit par les patients qui peut être en partie justement l'expression de la maladie.

On peut donc comprendre que ces patients souffrent, qu'ils ne se sentent pas dans de bonnes conditions pour arrêter de fumer, et qu'ils puissent trouver insupportable l'idée d'une interdiction.

Pour autant, ces patients regrettent de fumer plus à l'hôpital, ils sont demandeurs d'activités pour les occuper et éviter cette augmentation de leurs consommations.

On verra dans la discussion l'intérêt ou non de leur proposer, *a minima*, un accompagnement à leur arrivée, non pas pour arrêter ou diminuer mais simplement pour prévenir l'augmentation de leurs consommations à l'hôpital, soit bien accueilli. Cela pourrait être l'occasion de se familiariser avec l'utilisation des TNS, dans un contexte hospitalier permettant de surveiller les effets et les éventuelles interactions avec les autres traitements, avec une adaptation possible au quotidien, et sera être une première étape vers une éventuelle démarche ultérieure d'arrêt ou de diminution.

Pour autant il est intéressant de remarquer que pour certains patients, l'expérience de l'hospitalisation est vécue de manière bien plus positive, et qu'une diminution voire même un arrêt du tabagisme est alors possible.

On remarque que les patients ayant une autre addiction que le tabac ont accès pendant leur hospitalisation à des soins d'addictologie, et qu'ils bénéficient ainsi d'une évaluation et d'un suivi également tabacologique approfondi. L'hôpital permet donc à ces patients qui souffrent d'une co-addiction d'initier un suivi addictologique, et de traiter la question du tabac en parallèle.

On voit également que les patients qui vivent dans un environnement instable, précaire, ont moins tendance à se plaindre de souffrir notamment du manque de confort et de la privation de liberté, et que l'hospitalisation représente pour eux une mise à distance des difficultés du quotidien.

Il est donc important de repérer les patients pour lesquels l'hospitalisation est une opportunité afin de leur donner la possibilité de bénéficier d'une prise en charge de leur tabagisme.

La plupart des patients remarquent que leur état clinique s'améliore avec le temps, et qu'ils finissent par comprendre la nécessité de leur hospitalisation, et de voir l'équipe soignante comme un soutien. Il paraît donc pertinent de proposer aux patients de les revoir en cours d'hospitalisation, pour refaire avec eux le point sur leurs consommations et leur proposer de nouveau une prise en charge adaptée à leur état clinique.

Les patients qui sont le plus satisfaits de l'organisation hospitalière pour les cigarettes sont ceux sur lesquels les contraintes pèsent le moins lourd, soit parce que malgré certaines restrictions, ils ont la possibilité de fumer à leur convenance, soit parce qu'ils sont en capacité de comprendre le bien-fondé des restrictions et qu'elles sont en partie choisies.

Pour les patients qui subissent les restrictions les plus sévères sans forcément les comprendre, cette organisation va renforcer leur sentiment de privation de liberté à l'hôpital, ainsi que générer le sentiment de ne pas être respecté dans leur autonomie, et cela va donc participer à leur vécu très négatif de l'hospitalisation.

On notera par ailleurs qu'il paraît important d'uniformiser cette organisation au sein des différentes unités de l'hôpital afin de diminuer les incompréhensions et les tensions qui en découlent.

Il est intéressant de constater que le patio est identifié comme étant l'espace fumeur, et qu'il est difficile d'accès pour les non-fumeurs.

L'organisation pose également problème pour les patients qui n'ont pas les moyens financiers de se procurer des cigarettes, ou qui n'ont pas de proches pouvant leur en amener. Ces patients vont dépendre des dons ou taxer les autres patients, voire récupérer d'anciens mégots pour pouvoir fumer. Cela fragilise encore d'avantage leur perception déjà négative d'eux-mêmes. L'hôpital ne propose que la solution provisoire qui est le dépannage, et si son rôle n'est à priori pas de fournir gratuitement des cigarettes à ces patients, on peut quand même regretter que les patients les plus isolés et démunis soient mis en difficulté dans ce contexte où les consommations de la plupart des patients explosent. Il est également regrettable que certains patients débutent leur tabagisme à l'hôpital, ou que d'autres n'osent plus sortir de leurs chambres de peur d'être taxés.

Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

1. Principes du modèle

Nous avons décidé d'utiliser le modèle d'analyse FFOM, acronyme pour Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces, qui vient de l'anglais SWOT pour Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats. (43)

Ce modèle est un outil d'analyse stratégique particulièrement utilisé en marketing. Le but de l'approche est de prendre en compte dans la stratégie, à la fois les facteurs internes et externes, en maximisant les potentiels des forces et des opportunités et en minimisant les effets des faiblesses et des menaces.



Pour chaque résultat de notre étude, nous nous sommes appliqués à déterminer si son origine est interne ou externe aux patients, et si ses conséquences sont positives ou négatives pour la prise en charge du tabagisme. Ainsi, nous avons identifié les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces, et nous les avons reportées dans le Tableau 2 page suivante.

2. Tableau FFOM

Tableau 2 (voir pages suivantes)

Forces	Faiblesses
<p>Désir d'arrêter</p> <p>Expériences d'arrêt</p> <p>Conscience des enjeux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé/ Goût – odorat/ Effets sur l'anxiété • Coût économique / Projets personnels <p>Bonne connaissance des ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé identifiés • Aides médicamenteuses : TNS déjà utilisés, Champix • Cigarette électronique efficace et moins nocive • Méthodes alternatives • Activités : Sportives +++ / artistiques <p>Intérêt pour la diminution : une étape plus accessible ou une fin en soi</p> <p>Perception que fumer à l'hôpital est contradictoire et qu'il est une bonne opportunité de s'arrêter</p> <p>Inventivité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Techniques • Propositions 	<p>Perception négative de soi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autodépréciation et sentiment d'être jugé négativement • Arrêt perçu hors de portée • Rechutes perçues comme des échecs • Expérience négative => rejet, abandon <p>Raisons du tabagisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépendance psychologique dont le plaisir • Dépendance physique • Dépendance comportementale dont le geste <p>Rejet des aides :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé : insatisfaction, difficulté d'accès, réticences • TNS : inefficaces, effets indésirables, mauvaise utilisation ? craintes • Méconnaissance du remboursement => frein financier • Croyance qu'arrêter n'est qu'une question de volonté <p>Méconnaissance des aides à la diminution</p> <p>Perception qu'arrêter à l'hôpital est impossible</p> <p>Perception qu'interdire de fumer à l'hôpital serait insupportable</p> <p>Consommation de cannabis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consommation de tabac liée • Renforce la perception négative de soi

Opportunités	Menaces
<p>Entourage positif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Source d'informations • Modèles • Incitations à arrêter <p>Hospitalisation => Diminution ou arrêt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expérience positive : <ul style="list-style-type: none"> - Soutien de l'équipe - Accès aux soins addicto/tabacologique - Amélioration clinique pendant l'hospitalisation - Distance avec les difficultés du quotidien - Liens entre patients <p>Considérations envers les autres patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fumer seul pour protéger les autres • Respecter les non-fumeurs <p>Organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correspond aux attentes et besoins • Restrictions adaptées à chacun • Gérer ses cigarettes : valorisant, reprise d'autonomie • Lien avec les proches • Limitations protectrices <ul style="list-style-type: none"> -contre les vols et taxes -éviter augmentation du tabagisme • Solidarité entre patients • Lien avec les soignants 	<p>Entourage négatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non soutenant, manque de compliance • Incitations à la consommation <p>Conditions de vie difficiles</p> <p>Hospitalisation => Augmentation du tabagisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vécu difficile : <ul style="list-style-type: none"> - Ennui et privation de liberté - Sentiment d'incompréhension - Insécurité - Manque de confort et de soignant - Effets indésirables des traitements, Contraintes Covid • Surtout en début d'hospitalisation • Tabagisme convivial • Début du tabagisme • Grande accessibilité des toxiques (cannabis, alcool...) <p>Organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte d'autonomie • Honte : dépendre des dons, « faire » les cendriers, solliciter ses proches • Patients isolés en difficulté • Limitations vécues comme une punition • Tensions entre patients : les plus démunis taxent les plus vulnérables • Trafic de cigarettes • Tensions patients/équipe • Organisation non homogène = confusion • Patio qui incite à fumer et n'est pas adapté aux non-fumeurs

Discussion

Résultats principaux

Nous avons reporté l'intégralité de nos résultats dans le tableau FFOM.

La lecture de ce tableau nous permet d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces afin d'améliorer la prise en charge du tabagisme des patients psychiatriques.

Les principales forces des patients sont leur désir d'arrêter, leur conscience des enjeux, leur bonne connaissance des ressources et leur intérêt pour la diminution des consommations.

Leurs principales faiblesses sur lesquelles nous pouvons essayer de travailler sont leur forte croyance que l'arrêt n'est qu'une question de volonté, leur perception négative d'eux-mêmes les conduisant à voir les rechutes comme des échecs et l'arrêt comme un objectif hors de portée, et leur rejet des aides.

Il est intéressant de constater que selon les patients, l'hospitalisation peut représenter soit une opportunité soit une menace. Elle est le plus souvent vécue difficilement et entraîne une augmentation des consommations. Mais pour certains, l'hospitalisation permet de transformer des faiblesses ou menaces en opportunités : en permettant l'accès aux soins addictologiques aux patients ayant une autre addiction que le tabac, où en éloignant de leur environnement les patients ayant des conditions de vie difficiles. La diminution voire l'arrêt des consommations est alors possible.

L'organisation hospitalière par rapport au tabagisme peut également représenter une opportunité, surtout par le caractère protecteur des restrictions, que certains patients sont capables d'apprécier. Cependant, elle représente le plus souvent une menace, en contribuant au vécu négatif de l'hospitalisation pour les patients subissant le plus les restrictions, et en renforçant la perception négative de soi des patients les plus isolés, précaires, ou vulnérables.

Forces et limites de l'étude

Une des forces de notre étude est notre échantillon diversifié : nous avons pu interroger des patients de différents âges, atteints de différentes pathologies psychiatriques, hospitalisés dans différentes unités du CHAI, présentant ou non des co-addictions...

Une autre force est de ne pas avoir filtré les patients, nous avons fait le choix d'inclure tout patient volontaire correspondant à nos critères et qui était disponible au moment de notre arrivée dans l'unité.

Une des limites de cette étude est d'exclure les patients sous tutelle ou curatelle, et ceux n'étant pas capables d'exprimer leur expérience en français.

Une autre limite est la réalisation des entretiens en période de crise sanitaire, parfois dans le contexte d'unité figée (les patients n'avaient pas le droit de sortir de leurs chambres) ce qui a pu influencer les résultats, notamment le vécu négatif de l'hospitalisation, le sentiment de privation de liberté... probablement exacerbés.

Il nous semble également important de préciser que nous avons essuyé beaucoup de refus pour la participation à notre étude, nous n'avons pu recueillir les perceptions que des patients volontaires.

Comparaison avec la littérature

Nous allons dans un premier temps comparer nos résultats avec ceux des études présentées dans l'état des lieux.

Nous avons présenté une étude qui a mis en évidence les principales raisons d'arrêter de fumer d'anciens fumeurs atteints de maladies mentales (13). Notre étude retrouve les causes de santé ainsi que les raisons économiques, les patients n'ont par contre pas cité les conseils des médecins ou des autres comme des raisons à proprement parler mais ils évoquent les médecins comme étant des aides possibles à l'arrêt et citent leur entourage comme étant des sources d'informations et des modèles. Il est intéressant de noter que notre étude montre qu'au-delà de la simple question économique, les patients font le lien entre l'arrêt du tabac et une réussite personnelle dans des projets comme fonder une famille, se marier..., ce qui montre à quel point c'est un objectif qui peut leur tenir à cœur : cette dimension affective est fondamentale dans la construction d'une motivation solide.

Pour ce qui est des principales méthodes utilisées, notre étude confirme l'utilisation des TNS, le recours au médecin ou le fait de s'appuyer sur un entourage soutenant. Nous pouvons compléter ces méthodes par les autres aides citées par les patients dans notre étude : cigarette électronique, méthodes alternatives, activités physiques et artistiques, inventivité pour imaginer leurs propres techniques. Il semble surtout très important de noter qu'un des résultats de notre étude est la forte croyance que l'arrêt du tabac se fait du jour au lendemain, sans aide, uniquement par la volonté, or cela n'est pas décrit par les patients anciens fumeurs de cette étude. Cela représente un argument de plus pour affirmer qu'il s'agit d'une idée fausse contre laquelle il faut lutter.

La thèse réalisée en CMP (19) montrait un effet d'une approche combinant TNS et psychothérapie dans la diminution des consommations, sans qu'il n'y ait d'arrêt. Cela va dans le même sens que nos résultats montrant que la diminution des consommations est vue comme un objectif plus accessible, et suggérant qu'elle peut effectivement être atteinte en mobilisant les ressources nécessaires.

Il est intéressant de constater que les recommandations de la HAS (24) fondées sur un accord d'expert, qui indiquent notamment que l'arrêt du tabac améliore les troubles anxieux ou entraîne un risque de rechute dépressive, coïncident avec les perceptions des patients de notre étude par rapport à leur dépendance psychologique ou des effets négatifs du tabagisme sur leur stress. Cela montre à quel point il est pertinent de tenir également compte de l'expertise des patients pour améliorer leur prise en charge, ce qui est précisément l'objet de cette thèse.

La littérature est globalement en faveur d'une efficacité des TNS chez les patients psychiatriques (27) (29). Pourtant, un résultat de notre étude est que les patients rejettent les TNS, et la première raison avancée est justement celle d'une inefficacité.

Nous avons également vu une étude indiquant que les patients les plus dépendants étaient souvent sous-dosés en TNS à l'hôpital (18) . Cela correspond aux résultats de notre étude, qui suggèrent une mauvaise utilisation des TNS, avec le plus souvent des signes de sous-dosage rapportés. Nous avons vu avec notre étude que ce sous-dosage pouvait rapidement entraîner une impression d'inefficacité et donc un rejet des TNS de la part des patients. Nos résultats suggèrent l'importance d'encadrer le mieux possible leurs prescriptions en donnant aux patients des explications claires et complètes sur leur utilisation, et en leur proposant un suivi attentif à l'instauration de ces traitements.

Par ailleurs, notre étude confirme l'utilisation de la cigarette électronique dans une démarche de diminution des consommations par les patients psychiatriques, qui l'identifient comme étant une aide efficace et un outil de réduction de risque.

Les approches combinées intégrant une thérapie de soutien en plus des TNS ont fait la preuve d'une efficacité (39). Elles paraissent en effet particulièrement adaptées au vu de nos résultats montrant la perception très négative d'eux-mêmes qu'ont les patients, leur peur de l'échec et leur tendance à rejeter les méthodes et à abandonner.

Les approches intégrant l'exercice physique (40) semblent aussi adaptées aux patients de notre étude qui plébiscitent largement le sport comme moyen d'arrêter de fumer.

Nous avons présenté une étude montrant que le contingent monétaire est efficace chez ces patients (41). Il est intéressant de voir que cela est repris par un des patients de notre étude, qui suggère la mise en place d'un rabais sur les cigarettes en cas de consultation chez le tabacologue.

Par rapport à la prise en charge hospitalière de ces patients, la littérature décrit une bonne acceptation des initiatives d'hôpital sans tabac (14). Notre étude nuance ce propos au vu de nos résultats montrant que la plupart des patients souffrent de l'hospitalisation, ne se sentent pas dans de bonnes conditions pour arrêter de fumer et expriment clairement que l'interdiction serait pour eux insupportable. Des résistances à ce type d'initiatives sont donc prévisibles, et elles sont compréhensibles quand on s'intéresse au vécu de l'hospitalisation des patients.

Il est intéressant de comparer les représentations soignantes au vécu des patients. Dans la thèse du Dr Roelens (15), les soignants exprimaient l'impression d'un cloisonnement entre les soins addictologiques et psychiatriques avec l'exclusion dans les deux cas de la prise en charge du tabagisme. Nos résultats suggèrent que les patients ayant accès à des soins addictologiques bénéficient en parallèle d'une prise en charge tabacologique approfondie. L'ambivalence ressentie par les soignants est partagée par les patients de notre étude qui trouvent contradictoire de fumer à l'hôpital. Les soignants percevaient également que l'institution incite à fumer, ce qui est également un ressenti des patients.

L'étude sur l'utilisation des TNS à l'hôpital psychiatrique montrait qu'elle était plus fréquente quand elle était proposée dès l'admission (18). Notre étude ajoute un argument pour proposer les TNS aux patients dès leur arrivée qui est d'essayer de prévenir l'augmentation de leur consommation qui est particulièrement attendue en début d'hospitalisation.

Un risque d'incendie lié au tabagisme est décrit (23), cela est confirmé par nos résultats et nous pouvons ajouter que cela crée un sentiment d'insécurité à l'hôpital chez les patients, ce qui contribue à un vécu négatif de l'hospitalisation.

Nous avons vu que plusieurs aspects positifs de l'interdiction de fumer ont été décrits (22). Le temps passé par les équipes avec les patients à d'autres activités que la gestion du tabac est un argument très pertinent à opposer aux patients quand on voit dans notre étude à quel point ils souffrent de l'ennui, sont demandeurs de plus d'activités, et regrettent le manque de soignants. Notre étude permet également de compléter ces points positifs. En effet, selon nos résultats, l'interdiction de fumer à l'hôpital permettrait aussi d'éviter que des patients

débutent leur tabagisme à l'hôpital, qu'il y ait des tensions entre patients par rapport au trafic et aux taxes de cigarettes, au point que les patients les plus vulnérables n'osent plus sortir de leurs chambres, que les patients les plus isolés et démunis soient en difficulté par rapport à un environnement qui incite à la consommation alors qu'ils n'ont pas la possibilité de se procurer des cigarettes. L'interdiction permettrait que les restrictions soient les mêmes pour tous, ce qui serait sûrement mieux compris, et permettrait de faire de l'hospitalisation une opportunité pour l'arrêt du tabac pour tous les patients.

Nous avons enfin vu la législation concernant la réglementation à l'hôpital (21). Les patients de notre étude ont identifié le patio comme étant leur espace fumeur. Or sur le plan légal, il n'y a aucune raison que le patio qui représente le seul espace commun en plein air, soit réservé aux patients fumeurs et soit plus difficile d'accès aux patients non-fumeurs.

Nous allons maintenant compléter cette discussion en présentant des études supplémentaires qui sont pertinentes à confronter à nos résultats.

Nos résultats montrent que les patients rejettent souvent les TNS, à cause de l'apparition de signes évoquant le plus souvent un sous-dosage ou parfois un surdosage, et nous avons vu l'importance de donner des informations précises aux patients pour leur permettre de reconnaître ces signes.

Il nous paraît important de préciser ici quels sont ces signes, d'autant plus qu'il n'est pas toujours évident de faire la différence entre des signes de surdosages et un syndrome de manque. C'est ce que nous pouvons voir dans le tableau suivant :

Surdosage	Syndrome de manque
Pas d'envie de fumer Diarrhée Céphalées Insomnie sévère Confusion mentale Pâleur, sudation Faiblesse musculaire Lipothymie, palpitations Bouche pâteuse Nausées, vomissements	Envie de fumer Constipation Maux de tête Troubles du sommeil Anxiété, dépression Prise de poids Somnolence diurne Irritabilité, nervosité Difficultés de concentration

Tableau présenté par le Dr Etienne André au congrès de la Société Francophone de Tabacologie de 2013.

Chez les patients psychiatriques qui sont le plus souvent des « hard core smokers », le sous-dosage avec syndrome de manque est bien plus fréquent que le surdosage.

En cas de doute, le signe le plus discriminant à retenir est la présence ou l'absence d'envie de fumer.

A propos des TNS, un des autres résultats de notre étude est l'existence de craintes par rapport à la possibilité d'aggravation d'une dépendance à la nicotine. Nous savons par expérience que cette crainte est parfois partagée par des soignants qui peuvent se montrer réticents à prescrire des TNS aux patients, surtout dans un contexte où le patient ne semble pas encore prêt à s'arrêter.

Cependant, les dernières actualités en tabacologie ne vont pas dans ce sens, en effet, lors du dernier congrès de la Société Française de Tabacologie (44) qui a eu lieu en novembre 2021, le Professeur Peiffer a réalisé une présentation intitulée « Arrêter ou réduire, l'important : prescrire un traitement ».

Il s'appuie, entre autres, sur un essai clinique randomisé réalisé sur 849 patients non motivés pour arrêter (45). Les patients ont été répartis en 2 groupes : un groupe bénéficiant pendant une durée de 6 semaines d'une intervention motivationnelle seule et un autre bénéficiant pendant une durée de 6 semaines d'une intervention motivationnelle associée à des TNS. Les patients ont été suivis pendant 6 mois. Le groupe bénéficiant de l'intervention motivationnelle associée à des TNS présente plus de tentatives d'arrêt (49% vs 40% ; RR 1.2 95% CI : 1.1-1.4), plus d'arrêts de 24 heures (43% vs 34% ; RR 1.3 95% CI : 1.1-1.45) et plus d'abstinence de 7 jours (19% vs 15% ; RR 1.3 95% CI : 1.0-1.7.). Il n'y avait pas de différence à 6 mois entre les deux groupes.

Par ailleurs, l'*American Thoracic Society* a publié en 2020 son guide officiel de pratique clinique intitulé « Initier un traitement pharmacologique chez les adultes dépendants du tabac. » (46). Une des cinq recommandations fortes du groupe d'expert est l'initiation de la varénicline chez les adultes même s'ils ne sont pas prêts à arrêter de fumer.

Il apparaît donc qu'initier un traitement doit se faire même si le patient n'est pas encore prêt à un arrêt.

Nous avons vu dans l'état des lieux que la distribution des stades de changement était similaire chez les patients psychiatriques que dans la population générale (10). Si nous nous basons sur les dernières recommandations que nous venons de présenter, il semblerait que ce modèle de stades du changement ne doit plus être une base en tabacologie pour décider d'initier ou non un traitement.

Un autre point important à évoquer concerne la diminution des consommations de tabac. Un de nos résultats est que les patients atteints de pathologies psychiatriques s'intéressent à la diminution et la voient comme un objectif plus accessible que l'arrêt. Il faut cependant garder à l'esprit que cette diminution ne leur apportera pas de réel bénéfice sur leur santé. En effet, une revue de la littérature ayant retenu 19 études a été publiée en 2018 dans la Revue de Pneumologie Clinique (47). La conclusion est que la réduction de consommation de tabac n'est pas associée à une réduction significative du risque de morbidité et de mortalité cardiovasculaire et pulmonaire. L'arrêt du tabac est donc la seule stratégie efficace pour réduire les dangers liés au tabagisme.

Il est cependant évident que cette diminution des consommations présente un intérêt pour nos patients puisqu'il peut s'agir d'un premier pas vers les soins tabacologiques, et d'un objectif intermédiaire avant un arrêt. De plus, cela peut leur permettre de renforcer leur sentiment d'auto efficacité, ce qui est un enjeu important pour ces patients avec une perception de soi négative.

Propositions

Nos résultats donnent quelques pistes pour améliorer la prise en charge du tabagisme des patients psychiatriques. Nous voulons nous appuyer sur les forces et les opportunités identifiées, et travailler sur les faiblesses et les menaces pour qu'elles deviennent des éléments positifs.

Les premières pistes concernent les professionnels de santé qui les suivent en dehors de l'hôpital, notamment le médecin généraliste.

1. Nos résultats confirment l'importance d'aborder systématiquement la question du tabagisme avec les patients.

Si l'arrêt n'est pas encore envisagé, il semble pertinent d'informer de la possibilité d'un accompagnement pour une diminution, et de le proposer.

2. Toute prescription de TNS doit être accompagnée d'explications précises sur leur mode de fonctionnement, et notamment sur les signes de surdosage et de sous-dosage nicotinique.

3. Idéalement un suivi rapproché devrait être proposé pour pouvoir adapter les doses.

4. Selon la HAS et l'OMS, la cigarette électronique ne devrait pas être recommandée, mais si elle est utilisée, ce qui est le cas de nombreux patients fumeurs psychiatriques, il ne faut pas la déconseiller.

5. Si l'arrêt est envisagé, il paraît important de discuter en amont des rechutes, afin que le patient puisse les considérer comme des étapes normales, en tous cas comme un moment privilégié pour mieux comprendre ses forces et ses faiblesses.

6. Il est dans ce sens pertinent de proposer, en parallèle des prescriptions médicamenteuses, une psychothérapie dans le but d'améliorer la perception de soi de ces patients et le maintien

de son traitement psychiatrique (comme cela est recommandé par les précédents consensus d'experts).

Un suivi psychiatrique plus rapproché peut être nécessaire, notamment pour la surveillance des effets de la modification du tabagisme sur les traitements.

7. Il est également intéressant d'encourager un patient, dans une démarche de diminution ou d'arrêt, à pratiquer une activité physique.

8. Le recours à des médecines alternatives ou la pratique d'une activité artistique sont des aides citées par les patients, tout particulièrement pour leur permettre de renforcer leur estime de soi.

9. La notion de volonté est très importante pour les patients, cependant, devant la richesse des sens qui peuvent être attribués à ce mot, il convient de s'en méfier. Ce terme ne doit pas être employé par les professionnels de santé accompagnant ces patients car le risque d'incompréhension est important. Mais s'il est amené par le patient, il devient très intéressant à explorer dans un dialogue avec le patient pour lui demander d'expliquer le sens qu'il lui donne, la signification positive ou négative qu'il lui confère.

10. Il est par ailleurs important d'explorer l'environnement du patient pour le prendre en charge de manière optimale.

Si l'entourage est identifié comme une menace par rapport à un arrêt du tabac, il est intéressant, quand cela est possible, de le rencontrer et de l'informer pour l'impliquer davantage dans cette démarche.

Si l'entourage est positif, il sera utile de s'appuyer sur lui. Les modèles ayant réussi à arrêter de fumer peuvent jouer le rôle de pairs-aidants. Ils apportent au patient leur expérience, témoignent que l'arrêt est possible, tout en transmettant de l'affection. Le rôle du soignant auprès de la famille est alors tout à fait complémentaire : il pourra leur expliquer, par son expertise, les outils adaptés au patient.

Nous pouvons également apporter des pistes pour les professionnels de santé les prenant en charge à l'hôpital psychiatrique.

11. Il semble important de proposer aux patients une prise en charge de leur tabagisme dès leur arrivée, ce qui correspond à leur demande. En effet cela permettrait, d'une part, d'effectuer un travail de repérage des patients qui voient leur hospitalisation comme une opportunité pour une diminution ou un arrêt, afin de leur permettre d'être accompagnés. D'autre part, pour les autres patients, l'objectif pourra être simplement dans un premier temps de limiter l'augmentation des consommations, particulièrement importante en début d'hospitalisation.

12. Les patients devront être revus pendant l'hospitalisation après l'amélioration de leur état clinique pour leur proposer de nouveau une prise en charge adaptée.

Nos suggestions par rapport à la prescription de TNS par les médecins de ville restent valables en contexte hospitalier.

Notre travail permet également de faire des propositions d'améliorations à l'hôpital, en nous basant sur les suggestions des patients.

Nous proposons d'une part d'instaurer un climat où la prise en charge du tabagisme serait considérée, par l'hôpital, comme une priorité, d'autre part de prendre les mesures suivantes pour faciliter les initiatives individuelles d'arrêt du tabac.

13. Nous pouvons reprendre la proposition des affiches explicatives à propos des TNS, qui pourraient être affichées dans les salles communes, ou de spots pourraient passer à la télévision. Les patients pourraient également recevoir à leur arrivée des prospectus explicatifs, ainsi qu'un outil d'aide à la gestion de leurs consommations, par exemple un agenda sur lequel ils noteraient les cigarettes consommées. Cela pourrait leur permettre de prendre

conscience concrètement de l'impact de l'hospitalisation sur leurs consommations, et de les motiver à une diminution ou à un arrêt. Ces outils existent en version « papier » et numérique.

14. Pour mémoire, la Loi EVIN de 1992 a décrété que la « France est non-fumeur » et que doivent être créés des espaces pour permettre aux fumeurs de satisfaire leurs besoins en nicotine, et pas l'inverse ! Ainsi, dans le respect de cette loi, les patios ne doivent pas être les zones fumeurs de l'hôpital : nous suggérons que les horaires d'ouverture pour les fumeurs soient précisés, et que le reste du temps, les patios soient strictement non-fumeurs. Ainsi, cela garantirait aux patients non-fumeurs des conditions d'hospitalisation plus satisfaisantes, afin qu'ils n'aient pas à subir un tabagisme passif, ou qu'ils ne débutent pas leur tabagisme à l'hôpital. Par ailleurs, cela pourrait également être profitable aux patients fumeurs qui auraient alors une raison supplémentaire de s'intéresser aux TNS.

15. Les patients étant nombreux à s'appuyer sur des modèles de leur entourage, il serait intéressant de leur proposer l'intervention d'anciens fumeurs atteints de pathologies psychiatriques qui joueraient le rôle de pairs-aidants ou de patients experts. Ce modèle qui existe dans l'accompagnement d'autres addictions, n'a pas pour objectif d'être pérenne pour un patient mais contribuera à être un facteur déclenchant de la décision d'arrêt.

16. Une idée d'un patient que nous pouvons également reprendre est la création de groupes de paroles autour de la question du tabagisme : ce temps de rencontre, également pratiqué par ailleurs a fait ses preuves. Des vrais groupes d'aide à l'arrêt pourraient également être mis en œuvre.

17. Nous faisons également des propositions de type incentives dont le but est de renforcer la motivation et la dynamique des patients dans leur démarche d'arrêt ou de diminution par différentes formes de récompenses. Les patients étant nombreux à être demandeurs de faire plus d'activités, nous suggérons la mise en place de temps d'ateliers artistiques qui seraient

réservés aux patients impliqués dans une démarche d'arrêt ou de diminution et d'activités physique adaptée telle que la loi sport-santé le propose aujourd'hui.

18. Il pourrait également être possible de proposer des activités plus ludiques dans les patios aux horaires non- fumeurs, hors démarche de type incentive, cela renforcerait l'image du patio comme un lieu de vie sans tabac et l'hospitalisation représenterait une opportunité positive (et non pas qu'une contrainte) pour la prise en charge du tabagisme pour tous les patients.

19. Probablement difficile à mettre en œuvre, mais indispensable tant pour des raisons réglementaires que pour permettre une meilleure cohérence de la prise en charge, nous suggérons d'uniformiser au sein des différentes unités l'organisation hospitalière autour du tabac, afin de permettre aux patients une meilleure compréhension et acceptation des règles et des restrictions.

20. Enfin, notre travail nous amène à réfléchir à la question de l'hôpital psychiatrique sans tabac. Dans un centre hospitalier psychiatrique, cadre, cohérence mais également justice contribuent à la qualité de la prise en charge de nos patients (15); ils sont particulièrement fragiles comme en témoigne leur perte d'estime de soi. Dans l'accompagnement que nous leur devons et qu'ils nous demandent concernant leur tabagisme, ce cadre et cette cohérence sont les piliers d'une politique de santé.

Nous devons anticiper et comprendre des résistances des patients vivant difficilement leur hospitalisation. Nous devons également accueillir les patients voyant l'hôpital comme une opportunité, qui trouvent contradictoire d'y fumer et qui sont au contraire favorables à cet engagement de l'hôpital.

De plus, ce changement majeur permettrait de mobiliser des ressources soignantes, actuellement occupées à la gestion du tabagisme, vers d'autres activités, comme celles que nous avons proposées, qui seraient plus profitables aux patients.

Par ailleurs, notre travail permet de prendre conscience que l'organisation actuelle occasionne des souffrances, surtout chez les patients les plus précaires, isolés et vulnérables, que l'interdiction de fumer à l'hôpital pourrait éviter. Ceci représente un argument supplémentaire pour ce changement.

Conclusion

THÈSE SOUTENUE PAR : Maya KHODJA

TITRE :

POUR UNE AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES - IDENTIFICATION DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES, ET PROPOSITIONS

CONCLUSION :

L'objectif de cette étude était, en donnant la parole aux patients psychiatriques, de s'intéresser à leurs perceptions de la gestion du tabagisme à l'hôpital psychiatrique et à l'extérieur de l'hôpital, afin d'identifier des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces dans le but d'améliorer la prise en charge de leur propre tabagisme.

Nos principaux résultats montrent que les patients psychiatriques maîtrisent le sujet : ils désirent arrêter de fumer car ils ont conscience des enjeux, connaissent les ressources existantes et sont conscients des raisons de leur tabagisme.

Pour ce qui est de l'arrêt du tabac, ils rejettent les aides suite à des expériences négatives et ont la forte croyance que l'arrêt du tabac n'est qu'une question de volonté. Leur perception de soi négative leur fait voir l'arrêt comme un objectif inatteignable. La diminution leur paraît plus accessible, mais ils ignorent qu'ils peuvent être accompagnés. L'hospitalisation est le plus souvent vécue difficilement et entraîne une augmentation des consommations, mais elle est parfois, au contraire, une opportunité pour diminuer ou arrêter.

L'organisation autour du tabac contribue au vécu difficile de l'hospitalisation des patients subissant le plus de restrictions et à la perception négative de soi des patients les plus précaires, isolés et vulnérables.

Afin d'améliorer la prise en charge, nous préconisons d'aborder systématiquement la question du tabagisme, d'informer de la possibilité d'un accompagnement pour une diminution préalable ou non à un arrêt, d'accompagner toute prescription de TSN d'explications précises et complètes sur leur fonctionnement. Idéalement un suivi rapproché permettant d'adapter les dosages ainsi qu'une psychothérapie de soutien doivent être associées.

A l'hôpital, doit s'ajouter une prise en charge dès leur arrivée pour limiter l'augmentation des consommations. Un travail de repérage des patients pour lesquels l'hospitalisation représente une opportunité est également préconisé, afin de leur permettre de bénéficier d'une prise en charge adaptée. Devant l'amélioration clinique en cours d'hospitalisation rapportée par les patients, avec une évolution du vécu de l'hospitalisation, il convient de réévaluer et d'adapter la prise en charge régulièrement.

Notre travail permet également de faire des propositions d'amélioration à l'hôpital, en se basant sur les suggestions des patients.

Premièrement nous proposons d'instaurer un climat où la prise en charge du tabagisme serait une priorité. Cela pourrait se faire par le moyen d'affiches ou prospectus explicatifs à propos de l'utilisation des TSN, la mise en place de groupes d'arrêt du tabac, le recours à des pairs aidants, ou encore par le respect d'horaires où les patients seraient strictement non-fumeurs. Cela permettrait que les patients puissent profiter de l'hospitalisation pour débiter une prise en charge, et garantir aux patients non-fumeurs des conditions d'hospitalisation plus satisfaisantes, afin d'éviter qu'ils ne débutent leur tabagisme à l'hôpital.

Deuxièmement, nous avons également fait des propositions incitatives dont le but est de motiver les patients dans leur démarche d'arrêt ou de diminution. Nous suggérons la mise en place d'ateliers sportifs ou artistiques qui seraient réservés à ces patients.

Enfin, nos résultats nous permettent d'anticiper et de comprendre les résistances de certains patients à propos de l'hôpital psychiatrique sans tabac. Cependant ils apportent un argument fort en sa faveur : l'interdiction de fumer améliorerait le vécu de l'hospitalisation des patients en grande difficulté avec l'organisation actuelle.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 24/12/2

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE

LE PRÉSIDENT DU JURY

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation

Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Pr Christophe Pison

Pr. Christophe PISON

Bibliographie

1. Perriot J. L'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs « irréductibles » – Helping the Hard-core smokers. 2010;3.
2. Lomholt LH, Andersen DV, Sejrsgaard-Jacobsen C, Øzdemir CM, Graff C, Schjerning O, et al. Mortality rate trends in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide study with 20 years of follow-up. *Int J Bipolar Disord.* 1 mars 2019;7(1):6.
3. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques. *L'Encéphale.* 1 juin 2008;34(3):299-305.
4. Boumendjel M, Benyamina A. 15. Les « pathologies duelles » en addictologie : état des lieux et prise en charge [Internet]. Vol. 2. Lavoisier; 2016 [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-139.htm>
5. Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, et al. Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res.* oct 2012;46(10):1257-66.
6. Masson E. Tabac et schizophrénie : aspects thérapeutiques [Internet]. EM-Consulte. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/135357/article/tabac-et-schizophrenie-aspects-therapeutiques>
7. Aubin H-J, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. *Neurosci Biobehav Rev.* janv 2012;36(1):271-84.
8. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_1.html
9. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addict Abingdon Engl.* mai 2009;104(5):719-33.
10. Etter M, Mohr S, Garin C, Etter J-F. Stages of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophr Bull.* 2004;30(2):459-68.
11. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA.* 22 nov 2000;284(20):2606-10.
12. Annamalai A, Singh N, O'Malley SS. Smoking Use and Cessation Among People with Serious Mental Illness. *Yale J Biol Med.* 3 sept 2015;88(3):271-7.
13. Dickerson F, Bennett M, Dixon L, Burke E, Vaughan C, Delahanty J, et al. Smoking cessation in persons with serious mental illnesses: the experience of successful quitters. *Psychiatr Rehabil J.* 2011;34(4):311-6.

14. Fouillet M, Massé G, Pucheault M. Un service de soins psychiatriques sans tabac : l'expérience du centre Henri Rousselle au centre hospitalier Sainte-Anne. *Inf Psychiatr.* 2007;Volume 83(2):129-36.
15. Roelens T. Étude des représentations soignantes concernant le sevrage tabagique au cours d'une hospitalisation en psychiatrie [Thèse d'exercice]. [2020-....., France]: Université Grenoble Alpes; 2020.
16. Nicotine Withdrawal: Pathway to Aggression and Assault in the Locked Psychiatric Ward? - Sharon Lawn, Rene Pols, 2003 [Internet]. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1046/j.1039-8562.2003.00548.x>
17. Kulkarni M, Huddleston L, Taylor A, Sayal K, Ratschen E. A cross-sectional survey of mental health clinicians' knowledge, attitudes, and practice relating to tobacco dependence among young people with mental disorders. *BMC Health Serv Res.* 26 nov 2014;14(1):618.
18. Leyro TM, Hall SM, Hickman N, Kim R, Hall SE, Prochaska JJ. Clinical Management of Tobacco Dependence in Inpatient Psychiatry: Provider Practices and Patient Utilization. *Psychiatr Serv Wash DC.* 1 nov 2013;64(11):1161-5.
19. Boccara E, Semal R. Tabac et psychiatrie: étude en CMP des caractéristiques, enjeux, et perspectives du sevrage tabagique. Lille ; 1969-2017, France; 2017.
20. LOI no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (1). 91-32 janv 10, 1991.
21. Lieu de santé sans Tabac – RESPADD [Internet]. [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/le-respadd/lieu-de-sante-sans-tabac/>
22. Michel L, Lang J-P. Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? *Inf Psychiatr.* 2009;Volume 85(7):621-8.
23. asbl F. Webinaire "Tabac en milieu hospitalier (y inclus psychiatrique)" [Internet]. 2021 [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://vimeo.com/565567421>
24. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
25. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 13 févr 2014;348:g1151.
26. Masson E. Arrêt et réduction du tabac chez le patient souffrant de schizophrénie [Internet]. EM-Consulte. [cité 11 août 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1317678/arrêt-et-réduction-du-tabac-chez-le-patient-souffr>

27. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addict Abingdon Engl.* juill 2010;105(7):1176-89.
28. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 28 févr 2013;(2):CD007253.
29. Siskind DJ, Wu BT, Wong TT, Firth J, Kisely S. Pharmacological interventions for smoking cessation among people with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review, meta-analysis, and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* sept 2020;7(9):762-74.
30. Pearsall R, Smith DJ, Geddes JR. Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open.* 28 nov 2019;9(11):e027389.
31. George TP, Vessicchio JC, Termine A, Bregartner TA, Feingold A, Rounsaville BJ, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 1 juill 2002;52(1):53-61.
32. Evins AE, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, Culhane MA, Olm-Shipman CM, et al. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol.* juin 2005;25(3):218-25.
33. Prochaska JJ, Grana RA. E-cigarette use among smokers with serious mental illness. *PloS One.* 2014;9(11):e113013.
34. Caponnetto P, Auditore R, Russo C, Cappello GC, Polosa R. Impact of an Electronic Cigarette on Smoking Reduction and Cessation in Schizophrenic Smokers: A Prospective 12-Month Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health.* févr 2013;10(2):446-61.
35. Brose LS, Brown J, McNeill A. Mental health and smoking cessation—a population survey in England. *BMC Med.* 25 juin 2020;18(1):161.
36. Miller BJ, Wang A, Wong J, Paletta N, Buckley PF. Electronic cigarette use in patients with schizophrenia: Prevalence and attitudes. *Ann Clin Psychiatry.* 1 févr 2017;29(1):4-10.
37. Peckham E, Mishu M, Fairhurst C, Robson D, Bradshaw T, Arundel C, et al. E-cigarette use and associated factors among smokers with severe mental illness. *Addict Behav.* sept 2020;108:106456.
38. L'OMS fait état de progrès dans la lutte contre l'épidémie de tabagisme [Internet]. [cité 22 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/27-07-2021-who-reports-progress-in-the-fight-against-tobacco-epidemic>

39. 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*. 1 mai 2019;6(5):379-90.
40. Bernard PPN, Esseul EC, Raymond L, Dandonneau L, Xambo J-J, Carayol MS, et al. Counseling and exercise intervention for smoking reduction in patients with schizophrenia: a feasibility study. *Arch Psychiatr Nurs*. févr 2013;27(1):23-31.
41. Contingent monetary reinforcement of smoking reductions, with and without transdermal nicotine, in outpatients with schizophrenia. - *PsycNET* [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1064-1297.10.3.241>
42. Initiation à la recherche qualitative en santé, Jean-Pierre Lebeau, 2021, GM santé [Internet]. VG Librairies. [cité 22 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vg-librairies.fr/specialites-medicales/8856-initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante.html>
43. SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, Threats) | Capacity4dev [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: https://europa.eu/capacity4dev/evaluation_guidelines/wiki/swot-strengths-weakness-opportunities-threats
44. Distanciel – CSFT 2021 – 15e Congrès de la Société Française de Tabacologie [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.csft2021.fr/distanciel/>
45. Carpenter MJ, Hughes JR, Gray KM, Wahlquist AE, Saladin ME, Alberg AJ. Nicotine Therapy Sampling to Induce Quit Attempts Among Smokers Unmotivated to Quit. *Arch Intern Med*. 28 nov 2011;171(21):1901-7.
46. Leone FT, Zhang Y, Evers-Casey S, Evins AE, Eakin MN, Fathi J, et al. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 juill 2020;202(2):e5-31.
47. Underner M, Peiffer G, Perriot J, Harika-Germaneau G, Jaafari N. La diminution de la consommation de tabac est-elle associée à une réduction du risque de morbi-mortalité cardiovasculaire et pulmonaire ? *Rev Pneumol Clin*. 1 juin 2018;74(3):188-95.

Annexes

Guide d'entretien première version

- **Expliquez-moi comment on fait quand on est fumeur et qu'on est hospitalisé au CHAI ?**
- **S'il y a des périodes dans votre vie où vous fumiez moins ou pas du tout, pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé ?**
- **Que pensez-vous du fait d'arrêter de fumer ?**
- **Qui pourrait vous aider à arrêter de fumer ?**
- **Comment aimeriez-vous être aidé ?**
- **Quel serait pour vous le meilleur moment pour arrêter de fumer ?**
- **Est-ce que cette hospitalisation serait un bon moment pour arrêter de fumer, et pourquoi ?**

Guide d'entretien deuxième version

- **Racontez-moi comment ça se passe ici quand on est fumeur.
Qu'est-ce que vous en pensez ?**
- **Que pensez-vous du fait de fumer à l'hôpital ?**
- **Comment votre consommation a évolué depuis que vous êtes ici ?
A votre avis, pourquoi ?**
- **Est-ce que vous avez déjà entendu parler des moyens pour aider quelqu'un à arrêter de fumer ou diminuer ?
Lesquels ?
Qui vous en a parlé ?**
- **Depuis que vous avez commencé à fumer, est-ce que vous avez déjà pensé à arrêter ? (ou diminuer)
Pour quelles raisons ?**
- **Dans les prochaines années, comment aimeriez-vous que votre consommation évolue ?**
- **Est-ce qu'il y a quelque chose que vous souhaitez ajouter ?**

- **Racontez-moi comment ça se passe ici quand on est fumeur.**

- **Vous êtes à l'hôpital et vous fumez.**
En quoi c'est une bonne chose ?
En quoi c'est une mauvaise chose ?

- **Comment votre consommation a évolué depuis que vous êtes ici ?**
A votre avis, pourquoi ?
Que proposez-vous ?

- **Si un jour vous envisagiez d'arrêter de fumer, avez-vous déjà entendu parler des moyens qui peuvent vous aider ?**
Comment on pourrait vous aider à franchir le pas de les utiliser ?

- **Est-ce qu'un jour vous vous voyez non-fumeur ? Pourquoi ?**

- **J'aimerais que vous me fassiez 2 propositions pour améliorer la prise en charge de votre tabagisme.**

Formulaire d'information et de consentement

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je mène un projet de recherche au moyen d'une étude qualitative. Le but de cette étude est de s'intéresser au point de vue des patients atteints de pathologies psychiatriques sur la prise en charge de leur tabagisme.

Pour cela j'effectue des entretiens individuels avec des patients du CHAI de Saint Egrève, afin de recueillir leurs expériences et leurs avis.

Je vous propose de participer à cette étude. Les entretiens se dérouleront au sein du CHAI. Ils seront réalisés par Maya KHODJA. 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. L'entretien est anonyme et confidentiel. Aucun élément concernant votre identité ne sera ni enregistré ni divulgué.

Vous pouvez me contacter si vous le souhaitez : Maya KHODJA mayakhodja@gmail.com
Si vous désirez être tenu informé des résultats de notre recherche, vous pouvez me contacter via nos coordonnées ci-dessus.

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 : Point de vue des patients atteints de pathologies psychiatriques sur la prise en charge de leur tabagisme

Personnes responsables du projet Cette recherche est menée par Maya KHODJA dans le cadre de sa thèse de médecine générale. Cette recherche est sous la direction du Dr Etienne André.

Objectifs du projet : Mieux comprendre les patients atteints de pathologies psychiatriques sur la question de la prise en charge de leur tabagisme, afin de mieux les accompagner

Raison et nature de la participation Votre participation à ce projet sera requise lors d'un entretien individuel 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 : La participation est anonyme. 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. 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 Maya KHODJA, 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 :

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”