



**HAL**  
open science

# Tabagisme en psychiatrie : représentations des infirmiers de centres médico-psychologiques

Paul Lemonsu, Ivan Louçano

► **To cite this version:**

Paul Lemonsu, Ivan Louçano. Tabagisme en psychiatrie : représentations des infirmiers de centres médico-psychologiques. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03879233

**HAL Id: dumas-03879233**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03879233>**

Submitted on 30 Nov 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 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](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2022

**TABAGISME EN PSYCHIATRIE : REPRÉSENTATIONS DES  
INFIRMIERS DE CENTRES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : PSYCHIATRIE

Par M. Paul LEMONSU

*[Données à caractère personnel]*

Et M. Ivan LOUÇANO

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 24/10/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Thierry BOUGEROL

Membres :

M. le Pr Mircea POLOSAN

M. le Dr Jean CASTAN (directeur de thèse)

Mme le Dr Tiphaine ROELENS

*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.*

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY 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	BÉTRY 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
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	Épidémiologie, 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 émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
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
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
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	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LÉTOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LÉVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAÎTRE 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
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	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

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûrologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES 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	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	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 VÉRICOURT 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

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, 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	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 Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Épidémiologie, 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 - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)



## Remerciements communs

À Monsieur le Professeur Thierry Bougerol,

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre soutien et vos conseils tout au long de notre formation. Veuillez croire à notre plus grand respect.

À Monsieur le Professeur Mircea Polosan,

Merci d'avoir accepté de participer à notre jury. Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail.

À Madame le Docteur Tiphaine Roelens,

Merci de faire partie de ce jury. Ton regard expert sur la méthodologie qualitative et l'addictologie a pour nous une grande valeur. Nous suivons modestement tes pas avec cette thèse qui vient poursuivre le travail que tu entamas jadis.

À Monsieur le Docteur Castan, dit Jean,

Nous pouvons affirmer sans crainte de parjure que tu fus le directeur de thèse idéal. Non content de m'avoir (Ivan) pris pour sbire et enseigné tant de choses à Bassens, tu as accepté d'encadrer notre thèse avec une bonne grâce qui t'honore. Pédagogue patient pour la méthodologie, superviseur vigilant mais détendu de la bonne avancée des travaux, tu nous as ouvert les portes de Barby avec une générosité et un sens de l'accueil sans égal. Mille mercis.

Aux relecteurs, Alitzel et Bastien, merci pour ce regard méticuleux et avisé. A Valérie, dont les talents d'UX Design ont participé à l'élégance de nos illustrations.

À tous les infirmiers qui ont participé à cette thèse et l'ont rendue possible.

## Remerciements de Paul

À mes parents, qui ont toujours été là pour m'encourager et dont la fierté qu'ils éprouvent en me voyant évoluer me comble de bonheur.

À ma sœur, qui a été au plus proche de moi pendant mes premières années avec qui j'ai vécu des fous rires, des pleurs, des moments de joie et de fête. L'amour que tu nous apportes à tous n'a pas d'égal.

À mon frère, avec qui j'ai passé des moments hors du temps à travers des discussions banales ou philosophiques dans des moments clés de mon parcours. Je te remercie pour notre complicité éternelle.

À tout le reste de ma famille, qui me soutient. Même si à vos yeux je suis à la fois médecin généraliste, ophtalmologue, dermatologue, pneumologue etc... (Et accessoirement psychiatre).

À Bastien, pour qui je n'ai pas assez de mot pour décrire tout ce que tu m'apportes au quotidien. Merci pour ta patience, ton soutien, notre amour et pleins d'autres choses encore. Tu es présent pour moi dans les moments les plus durs, mais c'est surtout grâce à toi que les meilleurs moments existent.

À Ivan, pour cette complémentarité dans la réalisation de cette thèse. Je ne pense pas que j'aurais supporté quelqu'un d'autres pour ce travail. J'ai hâte de passer pleins d'autres moments avec toi sans qu'on ait besoin de se dire « il faut qu'on bosse la thèse ».

À mes amis qui me font vivre des moments inoubliables (Léonard, Lila, Alitzel, Melissa, Alexis, Justine, Julie et pleins d'autres encore...).

À tous mes co-internes et chefs, qui de par leurs accompagnements ont forgé les bases du médecin que je deviendrai.

À Juliette et sa sympathie extrême, avec qui j'ai traversé de manière agréable la découverte de la TIP.

À tous les patients que j'ai rencontrés jusqu'à maintenant, qui me font aimer le métier que j'étudie et que j'exercerai.

À toutes les autres personnes, que j'ai croisé au moins une fois dans ma vie et qui font de moi que je suis.

## Remerciements d'Ivan

À mes parents pour votre soutien et votre amour inconditionnel. Je vous dois beaucoup, à commencer par une enfance heureuse faite de livres, de forêt et de crêpes.

Une pensée pour « Papy cocotte », j'admire le courage dont tu as dû faire preuve au cours de ta vie pour donner à ta famille une vie meilleure ; et une pensée pour « Papy Versailles » avec qui j'aurai aimé discuter en tant que confrère. J'embrasse très fort mes mamies, dont la fierté me fait plaisir.

À Inès, David, Franck et Aline, des frères et sœur en or. Je vous souhaite beaucoup de bonheur.

À Marie-Anne, une tante exceptionnelle au savoir encyclopédique et au grand cœur. Et à toute la famille.

À Alitzel, meu bem, pour ces années ensemble, les voyages au bout du monde ou du jardin, la tendresse, les déjeuners au soleil. Merci pour ton enthousiasme, ton soutien, ta clairvoyance et tes engagements.

À Amaury, Jesús et Viviane, pour les bons moments passés et à venir.

Aux amis de longue date, Cyril, PA Bru dit Paula, Valou, Nico. Vous êtes des bons les gars.

Aux amis rencontrés sur le chemin de l'externat, en particulier Ashan, mignon garçon émérite, et à sa famille adorable (Akeel dit papa Hamidon, Fauzia dite maman Hamidon et Fatana la belle gosse), à Guillaume, Damaris et Elie. Merci pour les aventures ensemble, puissent-elles se poursuivre jusqu'à un âge vénérable. Des bisous à Vincent et Bagda, sources d'inspiration, d'émerveillement et d'étonnement intarissables.

À Ismaïl, poète maudit aux muscles désormais saillants, à Temoor, ambitieux chercheur de vérité au regard foudroyant et à Laure la baroudeuse.

À Melba et Ricardo, à Marcos et sa famille, à Ivonete, à Rachida, Kamal et leur famille, à Eric et ses compagnons de la Trinidad, à Bertrand, Norbert, Herculano, Joe, et à toutes les rencontres qui m'ont faites grandir lors de mes voyages.

Aux amis rencontrés à Grenoble, en particulier Bastien (qui a eu la gentillesse de me prêter Paul pendant des soirées studieuses qui heureusement se concluaient souvent par un film et une pizza), Léonard et Lila (étrange créature bicéphale), Jérôme, Marie (merci pour les 6 mois très sympas en ta compagnie), Julie, Polo, Justine, Inès, Sadi, Tim (compagnon de mélomanie et de mélancolie lorsque j'étais estropié), Maxime, Jérôme, Mathilde, Aurélia, Noélie, Vadim,

Chloé, et enfin Geoffroy, un oiseau rare dont le seul ramage espiègle suffit à sublimer tout l'écosystème dauphinois.

À Paul, mon très cher co-thésard et ami, disponible pour les bons moments et les épreuves de la vie. Ton bon sens a été bien utile pour ce travail, ainsi que ton amour pour les puzzles et la symétrie. Ravi d'avoir bossé à tes côtés, comme beaucoup de choses dans la vie, c'est plus sympa à plusieurs et ça l'était particulièrement avec toi. Au plaisir de se retrouver pour des activités plus ludiques, sous d'autres latitudes peut-être !

Merci aux équipes rencontrées en stage, en liaison, à Chambéry Sud, au C3R, à l'UCAP, à l'APEX, à l'UPA, au Centre TCA. Avec une mention spéciale pour l'équipe de médecine légale avec qui c'était un plaisir de travailler, de rigoler et de chanter (avec les autres aussi, pas de jaloux, mais l'ambiance était particulièrement chouette pendant 6 mois).

À « mes maitres » qui m'ont appris la psychiatrie. Bien que fâcheusement fragmentés en plusieurs entités, chacun a apporté par son approche et sa personnalité un fragment à cette chimère, le psychiatre idéal. Avec par ordre d'apparition Paulo (le grand maître brésilien), Hélène, Fabien, Jean, Sylvain, Guillemette, Sophie (bien que non psychiatre, d'une compétence et d'une sensibilité sans pareil), Anaïs et Claire.

Aux patients, qui m'apprennent mon métier et qui en dernière analyse sont la finalité de ce long parcours.

**TABAGISME EN PSYCHIATRIE : REPRESENTATIONS DES INFIRMIERS DE CENTRES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES**

**Introduction.** Le tabac est la première cause de mortalité évitable chez les personnes qui ont des troubles psychiatriques. Cet enjeu est pourtant souvent négligé dans les soins qu'elles reçoivent. L'aide au sevrage tabagique par les infirmiers en centre médico-psychologique (CMP) pourrait être une des réponses à apporter du fait de leur place de soignants de première ligne dans le suivi ambulatoire en psychiatrie. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des infirmiers de CMP à propos du tabagisme de leurs patients afin d'identifier les freins et les leviers à la prise en charge.

**Méthode.** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'infirmiers de CMP en Isère. Analyse thématique inspirée de la méthode IPA par deux investigateurs.

**Résultats.** Dix infirmiers ont participé à l'étude. L'analyse de leur discours a mis en évidence trois thèmes superordonnés. Ceux-ci révèlent un paradoxe dans l'arrêt du tabac en psychiatrie, une hétérogénéité dans les pratiques avec un tabac rarement pris en charge, mais aussi des moyens d'action simples et une motivation globale des infirmiers pour améliorer les pratiques.

**Discussion.** Les résultats de l'étude sont cohérents avec la littérature et apportent plusieurs pistes d'amélioration. La formation des infirmiers des CMP à une prise en charge de premier recours du tabagisme en est le point central. Cette prise en charge infirmière inclut le dépistage, la délivrance d'informations sur le tabagisme et son arrêt, la possibilité de prescription de traitements substitutifs nicotiques et enfin l'orientation des patients ou leur accompagnement au CMP.

**Mots clés.** Psychiatrie, tabagisme, infirmiers, ambulatoire, étude qualitative.

**TOBACCO USE AND PSYCHIATRY : NURSES' VIEWS IN PSYCHO-MEDICAL CENTERS**

**Introduction.** Tobacco is the leading cause of preventable death among people with psychiatric disorders. However, this issue is often neglected. In France, public outpatient care is centered around the *centre médico-psychologique* (CMP). Tobacco cessation programs delivered by CMP nurses could be part of the solution because of their role as first-line caregivers for psychiatric outpatients. The objective of this study was to explore the views of CMP nurses about tobacco use among individuals with psychiatric disorders in order to identify barriers in the way of appropriate care and where improvements can be made.

**Method.** Qualitative study by semi-structured interviews with CMP nurses in Isère, a French department. Thematic analysis inspired by the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) by two investigators.

**Results.** Ten nurses participated in the study. Results obtained from analysis were clustered in three data-driven axes. These reveal a paradox in tobacco cessation in psychiatry, a heterogeneity in practices, tobacco use being rarely taken into account, but also simple interventions and an overall motivation of nurses to improve practices.

**Discussion.** These results are consistent with the literature. Several ideas can emerge from this work. For instance, the training of CMP nurses in first-line management of tobacco use, including screening, nicotine replacement therapy prescribing, information delivery on tobacco use and its cessation, and referral.

**Keywords.** Psychiatry, tobacco use, nurses, outpatient care, qualitative research.

## LISTE DES ABREVIATIONS

CHAI : Centre Hospitalier Alpes-Isère

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EPA : *European Psychiatric Association*

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPA : *Interpretative Phenomenological Analysis*

PNLT : Plan National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Plan National de Réduction du Tabagisme

TNS : Traitement Nicotinique Substitutif

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

## TABLE DES MATIÈRES

I-	Introduction	14
II-	Méthode	18
1.	Échantillonnage et recrutement	18
2.	Recueil des données	19
3.	Analyse des données	19
4.	Réflexivité des chercheurs	20
III-	Résultats	21
1.	L'arrêt du tabac : un paradoxe en psychiatrie	22
i-	L'arrêt impossible	22
ii-	L'arrêt nécessaire	23
iii-	Volonté du patient d'arrêter	24
iv-	Réticence des soignants à l'arrêt	25
2.	De l'inaction aux actions, variété des pratiques	26
i-	Des pratiques hétérogènes	26
ii-	Freins à la prise en charge	27
iii-	Temporalité de la prise en charge	28
iv-	Place de chacun dans la prise en charge	29
3.	Vers une amélioration des prises en charge	31
i-	Outils mobilisables et soignants motivés	31
ii-	Les traitements substitutifs nicotiques (TNS)	33
iii-	Des formations	34
iv-	Adressage et avis extérieurs	35
IV-	Discussion	36
1.	Analyse des principaux résultats	36
2.	Limites et forces	37
3.	Comparaison avec les données de la littérature	38
4.	Pistes d'amélioration et ouvertures	39
V-	Conclusion	44
VI-	Bibliographie	46
	Annexes	49



# I- Introduction

Les personnes ayant des troubles psychiatriques ont une espérance de vie réduite de 15 à 20 ans par rapport à la population générale (1). Les décès prématurés, survenant avant 65 ans, représentent 28% des décès en psychiatrie contre 20% dans la population générale selon une étude française de 2014 (2). Cette surmortalité ne s'explique pas uniquement par un risque plus élevé de suicide et de mort violente ou accidentelle. Elle est déterminée par la présence accrue de facteurs de risque de nombreuses maladies chroniques, au premier rang desquelles les cancers et les maladies cardio-vasculaires (3). De manière générale, les personnes ayant des troubles psychiatriques ont une moins bonne prise en charge somatique que la population générale, notamment en termes d'accès aux soins, de dépistage ou de qualité des soins. Ces constats de surmortalité sont d'autant plus frappants qu'ils sont en grande partie liés à des facteurs modifiables par des actions de prévention et d'adaptation de l'offre de soins. Parmi ces facteurs, le tabagisme occupe une place centrale. En effet, le tabagisme chez les personnes ayant des troubles psychiatriques a des conséquences lourdes sur le plan de la morbi-mortalité, sur le plan social et sur le plan économique.

Dans le monde, le tabac est la première cause de mortalité évitable. Un fumeur sur deux décède d'une pathologie liée au tabac (4). En France 75 000 morts par an sont dues au tabac, soit 13% de l'ensemble des décès (5). Cette situation a amené les autorités sanitaires françaises à en faire un enjeu prioritaire de santé publique via le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT, 2014-2019) (6) puis le Plan National de Lutte contre le Tabac (PNLT, 2018-2022) (7). Ces dernières années, la situation s'est améliorée avec une prévalence qui est passée de 30,0% en 2000 à 25.5% en 2020 (8), avec la mise en place du paquet neutre, l'augmentation du prix du paquet de cigarettes jusqu'à dix euros (9), le remboursement à 65% par l'Assurance Maladie des traitements nicotiques de substitution (TNS) et l'élargissement de leur

autorisation de prescription à plus de 800 000 nouveaux professionnels de santé, dont les infirmiers. Si le PNLT souligne l'importance de s'adapter aux besoins des personnes ayant les revenus les plus bas, chez qui la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté de 35.2% à 37.5% entre 2010 et 2016 (7), il n'inclut pas explicitement les personnes ayant des troubles psychiatriques dans sa définition des publics spécifiques et vulnérables.

Pourtant la prévalence du tabagisme n'y diminue pas contrairement au reste de la population (2). A noter que cette poursuite du tabagisme malgré l'augmentation des prix vient encore accroître la précarité de cette population qui dépense en moyenne 27% de ses revenus dans le tabac (10). La prévalence du tabagisme reste supérieure à 70% chez les personnes ayant une schizophrénie ou un trouble bipolaire. Cette population fume donc en moyenne plus de cigarettes et est plus dépendante que la population générale (11). Beaucoup rentrent dans la définition anglosaxonne des *Hard core smokers* et des *Heavy chronic smokers* (12). Ce lien étroit entre psychiatrie et tabagisme peut être expliqué par différents facteurs. Le tabagisme et les troubles psychiatriques ont des prédispositions génétiques communes. Le tabac peut être employé comme « automédication » par les patients dans une tentative de gestion du stress, des symptômes des troubles psychiatriques et des effets secondaires des médicaments. On peut citer également la « culture du tabac », historique dans les institutions psychiatriques, l'utilisation du tabac pour contrôler et récompenser certains comportements, la normalisation du tabac et son usage par les patients pour combattre l'ennui et l'isolement (13). Enfin, des documents internes de l'industrie du tabac aux Etats-Unis indiquent que celle-ci cible directement les personnes souffrant de troubles psychiatriques et lutte contre les politiques de santé publique dans ce domaine (14,15).

Cette surreprésentation du tabagisme en psychiatrie a amené l'*European Psychiatric Association* (EPA) à écrire dans ses recommandations de 2014 que le traitement du tabagisme est l'une des plus importantes interventions pour les patients hospitalisés et en ambulatoire au

vu du gain en espérance et qualité de vie ainsi que de la balance bénéfice-risque favorable. Elle préconise de mettre en place activement des mesures dans ce domaine négligé, en insistant sur le fait que la prise en charge des addictions fait partie intégrante de la psychiatrie (16). Ces recommandations européennes et celles de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2014 vont dans le même sens et insistent sur leur mise en place systématique par tout professionnel de santé (17).

Malgré ces recommandations, on constate que dans la pratique quotidienne, les patients souffrant de troubles psychiatriques sont loin de recevoir une approche optimale pour l'arrêt du tabac. Il a été montré qu'ils sont moins susceptibles de recevoir des conseils et un accompagnement pour arrêter que ceux qui n'ont pas de trouble psychiatrique (18). Dans une étude rétrospective sur la prévalence des programmes d'arrêt du tabac en milieu psychiatrique aux États Unis, Prochaska et collaborateurs ont montré qu'aucun des 250 patients étudiés n'a reçu de diagnostic de dépendance au tabac et que le statut tabagique n'était pas inclus dans le plan de traitement (19). Seul un patient a reçu un conseil d'arrêt du tabac, un traitement substitutif et a été orienté vers un support d'arrêt du tabac. Une autre étude par la même équipe a trouvé que 52% des patients psychiatriques étudiés reportaient n'avoir jamais été encouragés par des soignants à arrêter de fumer au cours de leur vie (20). Ce contraste entre l'importance du tabagisme en psychiatrie et sa faible prise en compte par les soignants a amené certains auteurs à parler d'épidémie négligée et appellent à une amélioration des pratiques (21).

Avant de mettre en place les interventions nécessaires, il convient de comprendre quels sont les obstacles éventuels qui entravent leur développement. Des études internationales et quelques études françaises ont tenté de répondre à ces questions en examinant les pratiques et les représentations des soignants à ce sujet par des approches quantitatives et qualitatives (22–25). Les principaux résultats de ces études sont les suivants : les soignants en psychiatrie sont souvent moins favorables que ceux d'autres spécialités médicales à la mise en place de

politiques contre le tabagisme des patients. Ils considèrent souvent que le tabagisme peut être bénéfique pour les patients, que ceux-ci ne sont pas en mesure ou ne souhaitent pas arrêter et craignent que le sevrage n'aggrave leur état psychique. Pourtant les dommages du tabagisme sont clairement établis. L'arrêt du tabac dans cette population, quoique sans doute plus difficile, est réalisable selon les mêmes principes qu'en population générale (17). Des études sur les représentations et les attentes des patients révèlent qu'ils possèdent une motivation à l'arrêt comparable à celle de la population générale (26). Enfin les études réalisées sur la question du sevrage en psychiatrie ne retrouvaient pas d'impact négatif sur la santé mentale des patients (27).

En France la psychiatrie publique s'organise entre les soins intra-hospitaliers et extra-hospitaliers. Ces derniers s'articulent autour des centres médico-psychologiques (CMP). Une étude qualitative sur les représentations des infirmiers à propos du sevrage tabagique en psychiatrie a été réalisée en intra-hospitalier en Isère en 2020 (25). Il en ressort entre autres qu'ils considèrent que le temps ambulatoire au CMP est plus adapté pour accompagner l'arrêt du tabac. Aucune étude qualitative française explorant les représentations des soignants sur ce sujet en ambulatoire n'a été retrouvée dans la littérature. Les infirmiers ont une position de soignants de première ligne, plus à même de proposer des rendez-vous suffisamment rapprochés pour accompagner un sevrage.

L'objectif de cette étude était donc d'explorer les représentations des infirmiers de CMP en Isère à propos du tabagisme des patients en psychiatrie, afin de comprendre s'il était possible d'intégrer un abord systématique du tabagisme des patients.

## **II- Méthode**

Pour cette étude, une méthode qualitative a été utilisée afin de rendre compte de l'expérience et des représentations des sujets interrogés. Le protocole, réalisé en suivant la grille de recommandation CORECQ (28), a été soumis au pôle recherche du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble et du Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI). Ce dernier a indiqué qu'il était nécessaire d'obtenir l'accord du directeur des soins de l'hôpital, ce qui a été fait. La réponse obtenue confirmait que cette étude ne nécessitait pas d'autorisation particulière de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) car elle ne contient aucune donnée de patients et ne s'intéresse qu'aux représentations de soignants. Les participants ont tous donné leur consentement éclairé par écrit avec la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment.

Des entretiens semi-structurés avec des infirmiers de psychiatrie de différents CMP du CHAI ont été réalisés. Les guides d'entretien et les verbatims anonymisés sont fournis en annexe.

### **1. Échantillonnage et recrutement**

Les participants ont été recrutés par échantillonnage raisonné avec critères de variabilité maximale. Ainsi, les participants ont été sélectionnés afin que leurs profils diffèrent selon le sexe, l'âge, le nombre d'années d'expérience en CMP, le lieu d'exercice et le statut tabagique en faisant l'hypothèse que ces facteurs pouvaient influencer leurs représentations. Pour ce faire, le recrutement a été effectué en contactant par mail les cadres de santé des différents CMP du CHAI. Ceux-ci ont fait part du projet de recherche aux infirmiers de leur service. Cette méthode de recrutement initiale a été ensuite complétée par une technique de chaînage. L'inclusion de participants s'est achevée lorsque la suffisance des données a été atteinte. Les infirmiers inclus étaient tous âgés de plus de 18 ans.

## **2. Recueil des données**

Les entretiens ont été réalisés pour la majorité en individuel à l'exception d'un entretien regroupant plusieurs participants sous forme d'un focus groupe. Chaque entretien individuel était mené séparément par l'un des deux investigateurs. Le focus groupe a été conduit conjointement par le binôme d'investigateurs. Les participants étaient reçus sur leur lieu d'exercice et pendant leur temps de travail. Seuls les participants et les chercheurs étaient présents.

Des guides semi structurés ont été utilisés de façon souple pour assister les entretiens. Les chercheurs ont utilisé des questions ouvertes pour favoriser l'expression des expériences et des représentations des participants. L'approche qualitative étant un processus de recherche circulaire, ces guides ont été modifiés au fur et à mesure des entretiens afin de faire émerger des résultats pertinents pour le thème de cette recherche. Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone, puis ont été retranscrits, anonymisés, et les enregistrements ont été détruits. Les verbatims ont été renvoyés aux participants afin qu'ils puissent confirmer que le verbatim correspondait bien à l'entretien.

## **3. Analyse des données**

L'analyse des données a été conduite en suivant une approche phénoménologique inspirée de l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) de Smith (29) . Les verbatims ont été segmentés en unités de sens appelés codes, au plus proche du langage des participants et directement issus des données. Les codes ont été regroupés en thèmes, ensuite organisés en thèmes superordonnés. Cette analyse a été menée de façon croisée par les deux chercheurs dans un objectif de triangulation des données afin d'éviter les interprétations individuelles d'un seul chercheur. Le logiciel N-Vivo a été utilisé pour faciliter l'analyse et l'organisation des données.

## 4. Réflexivité des chercheurs

Un travail sur la réflexivité des chercheurs a été mené à chaque stade de la recherche en s'appuyant sur les recommandations de la grille COREC. Les investigateurs sont tous les deux des internes en psychiatrie en 3<sup>ème</sup> année, de sexe masculin. Au moment de l'étude ils étaient en stage sur des postes au CHU de Grenoble et au CHAI. Ils n'ont pas reçu de formation académique à la recherche qualitative mais se sont formés via des conseils des bibliothécaires de l'université, par la lecture d'ouvrages spécialisés et par compagnonnage avec des médecins ayant l'expérience de thèses qualitatives. Ils ne fumaient pas et leur statut tabagique n'a pas changé durant l'étude. Ils présentaient un intérêt commun au sujet de recherche qu'ils percevaient comme un enjeu de santé public négligé au cours de leurs stages respectifs en psychiatrie. Un des deux investigateurs connaissait certains infirmiers interrogés avec qui il travaillait, ces entretiens ont donc été réalisés par le second. Les participants connaissaient l'activité des chercheurs et l'objectif de l'étude, qui a été formulé de manière à ne pas influencer leurs réponses.

### III- Résultats

Cinq entretiens individuels et un entretien en focus groupe ont été conduits d'octobre 2021 à mai 2022. Leur durée moyenne était de 33 min. Au total, dix participants ont été interviewés dont neuf femmes et un homme. Leur âge s'étendait de 33 à 61 ans, leur expérience en CMP variait de 3 mois à 22 ans de pratique. La moitié des participants fumait l'autre moitié n'avait jamais fumé ou avait arrêté. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 1.

	Durée d'entretien	Lieu de l'entretien	Âge	Sexe	Expérience en CMP	Statut tabagique
IDE 1	38 min	CMP 1	33 ans	Femme	3 mois	Fumeuse
IDE 2	29 min	CMP 2	30 ans	Femme	5 mois	Non fumeuse
IDE 3	49 min		58 ans	Femme	22 ans	Fumeuse
IDE 4	33min	CMP 3	54 ans	Femme	12 ans	Fumeuse
IDE 5			45 ans	Femme	8 ans	Fumeuse
IDE 6			52 ans	Femme	10 ans	Fumeuse
IDE 7			53 ans	Femme	3 mois	Non fumeuse
IDE 8			61 ans	Femme	20 ans	Ancienne fumeuse
IDE 9	30 min	CMP 4	48 ans	Homme	8 ans	Non Fumeur
IDE 10	21 min		46 ans	Femme	9 ans	Non fumeuse

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Douze thèmes principaux ont émergé de l'analyse des données. Ces thèmes ont été regroupés en trois thèmes superordonnés :

- L'arrêt du tabac : un paradoxe en psychiatrie
- De l'inaction aux actions, variété des pratiques
- Vers une amélioration des prises en charge

Ces résultats sont résumés sous formes de schémas dans les figures 1, 2 et 3.



# 1. L'arrêt du tabac : un paradoxe en psychiatrie

A travers les entretiens effectués, des avis souvent très proches mais parfois diamétralement opposés ont été observés en ce qui concerne l'arrêt du tabac en psychiatrie. Le paradoxe de cet arrêt, à la fois jugé comme impossible et nécessaire, se retrouve influencé par les réticences des soignants et la volonté des patients, inconstante elle aussi.

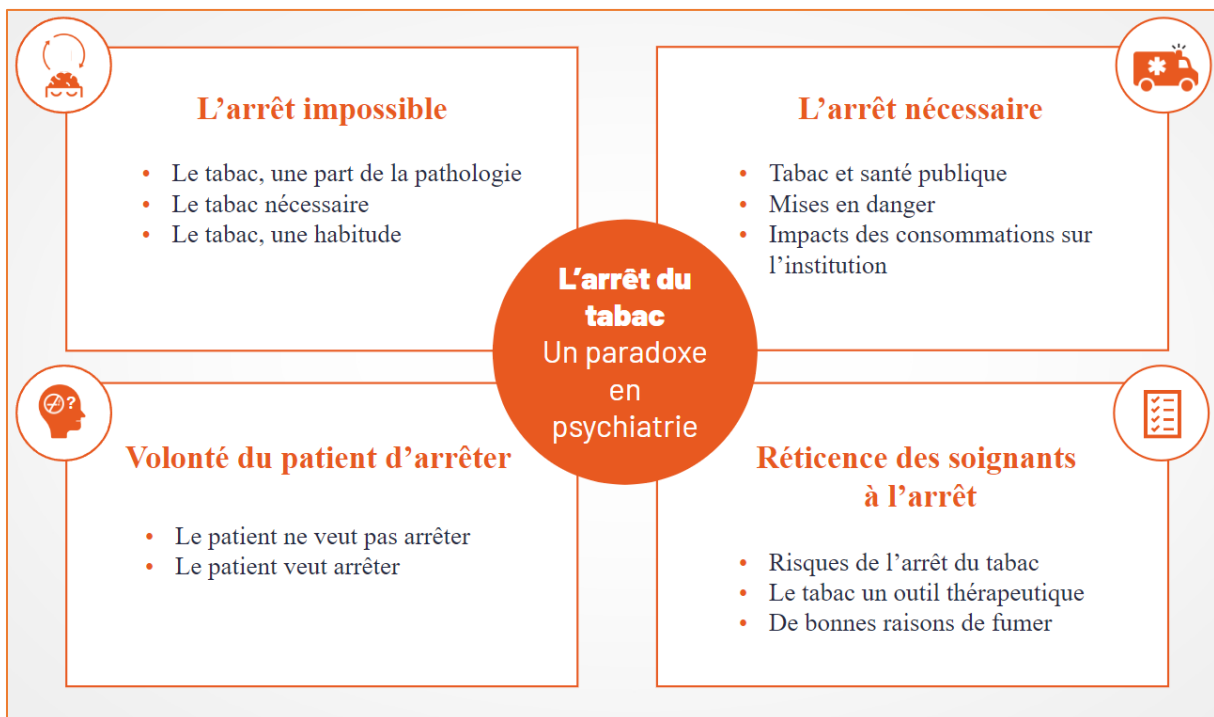


Figure 1 : L'arrêt du tabac, un paradoxe en psychiatrie

## i- L'arrêt impossible

Les infirmiers envisagent difficilement un arrêt du tabac chez les patients suivis en psychiatrie :

*C'est plus complexe chez cette population. (IDE 5)*

Ils considèrent le tabac comme étant inclus dans la pathologie :

*Je pense que ça fait vraiment partie de leur pathologie [...]. Les patients psychotiques sont quand même dans l'oralité [...]. C'est se remplir, se remplir, se remplir [...]. Et je pense que la cigarette fait partie de cette oralité-là. (IDE 3)*

*Je vous dis dans le fonctionnement des psychotiques entre autres, c'est compliqué. Je sais pas si j'en connais qui ne fument pas. (IDE 10)*

Le tabac étant même perçu comme une nécessité pour le patient :

*Je me dis que malheureusement, c'est quelque chose auxquels ils se raccrochent, dont ils ont besoin. (IDE 1)*

*C'est le premier réflexe qu'ils ont, et qui après se transforme en besoin, en nécessité, en quelque chose qui n'est pas décalable pour eux. (IDE 2)*

Et qui devient une habitude immuable :

*Le premier réflexe qu'il avait c'était de fumer et que du coup c'est devenu une habitude maintenant pour lui de se réveiller en plein milieu de la nuit justement pour fumer. (IDE 2)*

*Ils arrivent pas à tenir une heure sur le CMP sans fumer. (IDE 5)*

## **ii- L'arrêt nécessaire**

D'un autre côté, ils s'accordent à dire que la prise en charge du tabac est une nécessité. D'abord en considérant celle-ci comme un enjeu de santé publique :

*[...] C'est quand même un enjeu de santé public, on sait bien que les patients atteints de troubles psychiatriques consomment beaucoup plus que la population générale, ils prennent moins soin de leur santé. Donc oui c'est un gros problème en psychiatrie la cigarette. (IDE 5)*

Ils reconnaissent également que les comportements autour de la consommation de tabac peut présenter un risque supplémentaire pour les patients, qui se mettent parfois en danger pour l'obtenir :

*Souvent aussi il y a beaucoup de trafic de cigarettes avec des mises en danger [...]. J'ai déjà vu des patients récupérer des mégots dans des cendriers, les rallumer et les finir comme ça [...]. En psychiatrie c'est quand même très fréquent. Ou alors de récupérer le peu de tabac qui reste d'un mégot pour le mettre comme ça dans leur pochette de tabac. (IDE 1)*

*[...] Ça peut les mettre en danger, parce que des fois ils rentrent dans des choses pour obtenir leur produit. (IDE 6)*

*Pour que ça soit moins cher ils vont acheter des cigarettes qui viennent de je sais pas où. (IDE 1)*

De plus ces consommations ont des impacts importants sur le fonctionnement de l'institution, surtout en intra-hospitalier où l'accès au tabac est restreint et dans une moindre mesure au CMP, lieu non-fumeur :

*Le patient me dit « mais non mais là il faut que j'aille fumer, ça va pas ». Donc en fait j'accordais 5 minutes de coupure d'entretien pour qu'il puisse sortir aller fumer, parce que je sentais que c'était vraiment quelque chose qui était pressant, qui n'était pas décalable [...]. En l'accompagnant aux urgences [...] encore une fois il n'a pas pu attendre d'être sur le parvis des urgences pour fumer, il a fallu allumer une cigarette dans la voiture. (IDE 2)*

*Quelqu'un qui est un gros fumeur et qui doit être hospitalisé, on lui réduit le truc à cinq clopes par jour, le type tient pas quoi. Et donc du coup ça peut entraîner des attitudes d'agressivité à l'égard de l'équipe soignante quoi. « Je veux ma clope ! Je veux ma clope ! » Il y a des gens qui passent leur temps derrière la porte. Une gestion de dingue. (IDE 3)*

### **iii- Volonté du patient d'arrêter**

Les avis divergent entre soignants sur la volonté du patient à l'arrêt du tabac, certains se disent que les patients n'ont pas de volonté d'arrêter :

*La volonté des patients d'arrêter, je pense qu'ils veulent pas. Ils veulent pas. Je pense que vraiment pour certains [...], c'est comme une espèce de compagnie. (IDE 10)*

*Ce n'est pas des patients qui sont dans une démarche d'arrêter de consommer du tabac. (IDE 9)*

D'autres au contraire, rapportent des arguments allant dans le sens d'une volonté des patients d'arrêter de fumer :

*Il y en a régulièrement des patients qui sont préoccupés par le tabac. (IDE 4)*

*Après ils peuvent demander d'eux-mêmes, moi en tout cas, j'ai eu un des patients qui m'a demandé, où est-ce qu'il pourrait arrêter de fumer, tout ça. (IDE 8)*

#### **iv- Réticence des soignants à l'arrêt**

Cette tension entre un arrêt jugé nécessaire mais impossible est accrue par une réticence de certains soignants à cette prise en charge pour différentes raisons. En effet, le sevrage en tabac est perçu comme un facteur de risque de rechute de la pathologie psychiatrique :

*[Le sevrage tabagique] aurait comme conséquence que... Enfin si on imagine que c'est possible, moi j'aurai un peu peur que... Enfin il faudrait trouver quelque chose qui... enfin il faudrait déplacer le truc sur autre chose. (IDE 3)*

*Ça va peut-être pas les aider d'arrêter, ça va rajouter du mal-être sur du mal-être. (IDE 2)*

Le tabac est également considéré par certains comme un outil thérapeutique :

*Fumer une clope avec un patient c'est déjà rentrer en contact avec lui, complètement. Ça permet d'enclencher quelque chose [...]. Faire les entretiens à l'extérieur en clopant, ouais ça institue autre chose. (IDE 3)*

*C'est la cigarette « gain ». Même si moi je ne fume pas, je peux accompagner le patient fumer, on peut discuter à ce moment là parce qu'il est plus détendu. Il y a aussi ce côté-là. Ça crée des liens entre le patient et nous. (IDE 8)*

Ils jugent que le patient a souvent de bonnes raisons de fumer, justifiant la poursuite de la consommation et donc n'envisagent pas l'accompagnement à l'arrêt :

*J'ai l'impression que ça me préoccupe un peu moins avec des patients psy, chroniques, parce que je me dis que la cigarette a une fonction et qu'ils en ont besoin [...] et qu'ils ont déjà tellement de problèmes ailleurs que du coup je ne me vois pas agir pour un arrêt. (IDE 2)*

*[Les raisons pour lesquels ils fument sont] beaucoup l'anxiété, beaucoup l'isolement aussi... Donc finalement il y en a beaucoup qui vont fumer pour passer le temps concrètement, parce qu'ils sont seuls. (IDE 1)*

*Pour eux c'est un accompagnement aussi dans leur quotidien quoi. Après, je me dis, voilà, si on leur enlève ça, qu'est-ce qu'il reste, je sais pas. (IDE 10)*

## 2. De l'inaction aux actions, variété des pratiques

En ce qui concerne la mobilisation des soignants dans la prise en charge du tabac en psychiatrie, les pratiques divergent. L'implication de chacun dans cet objectif s'étend sur un spectre allant de la valorisation du tabagisme, vu comme un outil pour créer du lien, à la prise en charge personnalisée.

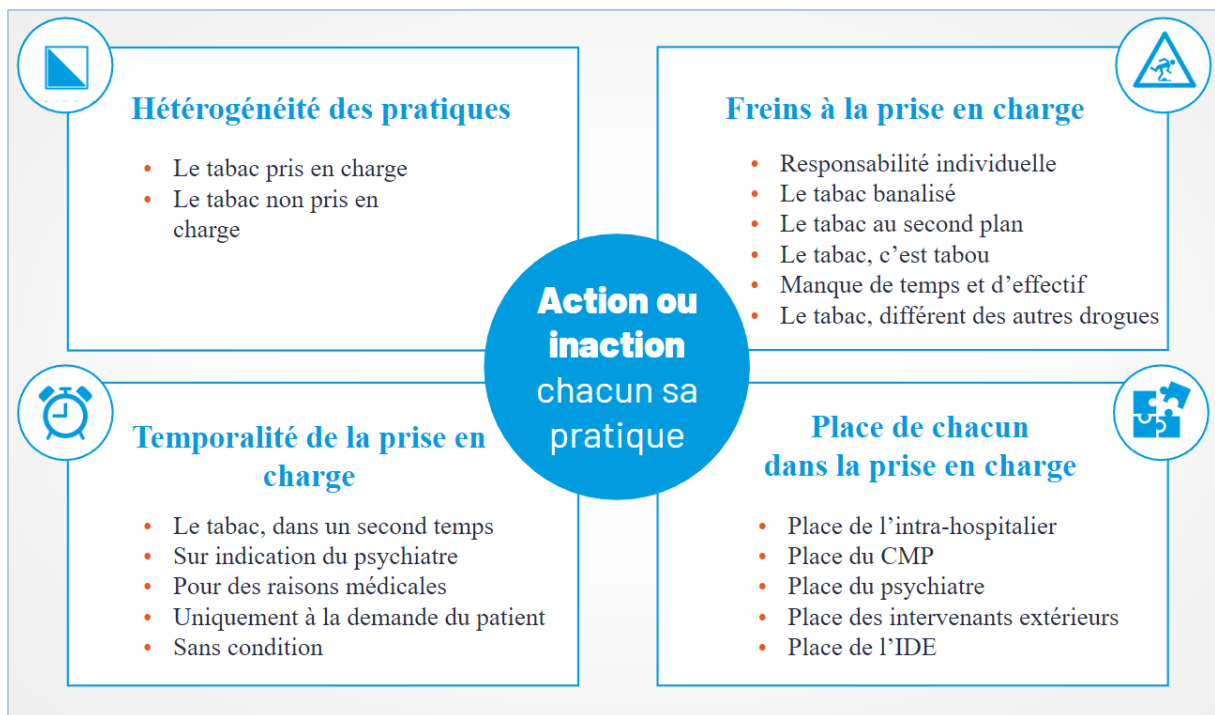


Figure 2: Action ou inaction, chacun sa pratique

### i- Des pratiques hétérogènes

La majorité des infirmiers participants à l'étude reconnaissent ne s'être jamais interrogés sur la question du tabac en psychiatrie et donc ne se mobilisent pas dans cette prise en charge :

*Je reçois beaucoup de gens dans les journées et c'est des sujets que je n'aborde jamais. Je pose des questions tout à fait bateau sur d'autres sujets mais jamais sur le tabac, c'est vrai que ça ne me préoccupe pas. (IDE 2)*

*Moi c'est vrai que je l'aborde jamais. (IDE 3)*

*Alors c'est vrai que moi je suis pas branchée sur l'histoire du tabac. (IDE 10)*

Au contraire pour une minorité de soignants, la question du tabagisme s'intègre dans leur pratique :

*J'ai déjà suivi des patients pour l'arrêt du tabac. (IDE 9)*

*Ça fait partie des questions que je pose, lorsque les patients... les nouvelles demandes qui arrivent, si ils fument, si ils boivent. (IDE 8)*

## **ii- Freins à la prise en charge**

De nombreux éléments sont retrouvés comme facteurs limitant la prise en charge avec tout d'abord la question de la responsabilité individuelle :

*Le tabac c'est d'abord de l'ordre de la responsabilité de chacun. (IDE 1)*

C'est aussi un sujet banalisé, d'autant plus qu'il est omniprésent :

*C'est tellement ancré, discret, c'est tellement naturel qu'on y fait même plus attention en fait. Effectivement comme ce matin, je les ai tous vu fumer, j'ai même pas eu un mot par rapport à leur consommation de tabac. (IDE 9)*

*Autant on y pense pour un proche, par exemple, qu'on va assister à arrêter de fumer. Mais c'est vrai que sur les patients... (IDE 10)*

Il est considéré comme une problématique au second plan :

*On est face à des personnes dont la situation psychiatrique est tellement... parfois explosive, tellement... ça prend tout le champ de notre accompagnement. Et je me dis punaise ! Mais il fume, ok, je vais pas en plus lui demander d'arrêter de cloper quoi. Ouais non, c'est pour ça que ça ne me vient pas à l'idée quoi. Il y a d'autres priorités qui passent avant. (IDE 3)*

*En fonction des personnes, pour moi la priorité, elle est un peu ailleurs que le tabac. Honnêtement, les gens ils sont plus dans des idées de suicide, des hallucinations. On est dans de toutes autres préoccupations, le tabac ça vient bien après. (IDE 5)*

*Mais du coup c'est vrai que quand on leur dit ça « on règle d'abord la décompensation et après on verra », et ben on voit jamais après en fait ! [Rires]. C'est-à-dire que ça passe un peu à la trappe. (IDE 2)*

C'est un sujet tabou :

*Proposer ou suggérer l'arrêt de la cigarette ça peut être un peu vécu comme une intrusion aussi quand les gens n'ont pas fait la demande aussi. (IDE 4)*

*La priorité ça va être d'avoir une relation soignant-soigné de confiance et de qualité donc je ne veux pas rentrer directement dans le sujet du tabac pour ne pas biaiser la relation [...]. Le tabac, les toxiques, ça reste un sujet quand même délicat. (IDE 1)*

Il est fait état du manque de temps pour la prise en charge :

*C'est par manque de moyens, je pense que si on avait plus le temps d'accompagner, dans un sens large... dans ce... j'allais dire détail... Même si on voulait faire cet accompagnement, il faudrait qu'on le prépare longtemps à l'avance, voir si l'effectif est suffisant pour pouvoir l'accompagner. (IDE 6)*

Et enfin une différence est faite entre le tabac et les autres drogues :

*Souvent il y a des consommations qui posent plus problème, comme des drogues donc ça fait relativiser le tabac un petit peu aussi. Finalement c'est presque, ouais bon bah vas-y ok, fume, il fume des cigarettes, mais bon s'il prend pas de cannabis, il prend pas d'autre chose... C'est moins pire j'ai envie de dire. (IDE 1)*

*Peut-être que je mets les choses dans des cases, mais je me dis, autant l'addictologie, l'alcool, tout ça, bah ça se soigne en psychiatrie ça aussi, à Groddeck<sup>1</sup> par exemple. Autant le tabac, ça se soigne pas en psychiatrie en fait. (IDE 10)*

### **iii- Temporalité de la prise en charge**

Une des caractéristiques de la prise en charge du tabac influençant fortement la disparité des pratiques est la question de la temporalité.

Le tabac est considéré par certains comme une problématique à prendre en charge « dans un second temps » :

*Pour certains patients qui veulent arrêter de fumer [...] souvent on leur dit que c'est pas le moment d'arrêter et que non on va peut-être pas prescrire un substitut et que pour l'instant on règle la décompensation et que pour le tabac on verra après. (IDE 2)*

Ou encore, sur indication du psychiatre :

---

<sup>1</sup> Service d'addictologie d'hospitalisation à temps plein au CHAI.

*Je fais toujours en accord avec le médecin, donc souvent c'est quelque chose que...  
En amont, voilà, ils en ont déjà parlé au médecin. (IDE 10)*

Lorsque le patient présente des raisons somatiques justifiant un sevrage tabagique :

*C'est une chose sur laquelle je ne vais pas insister plus que ça avec le patient, à part si du coup il y a des risques pour sa santé, aigus je veux dire, réels. (IDE 2)*

*Si je vois un patient fumeur qui tousse, je lui en touche un mot de ce qui se passe, est-ce que c'est en lien avec sa consommation de cigarette. (IDE 9)*

Uniquement à la demande du patient :

*Moi c'est vrai que je l'aborde jamais... sauf si eux l'abordent effectivement. (IDE 3)*

*J'ai l'impression que quand on traite le sujet c'est uniquement quand ça vient du patient. Enfin moi j'ai jamais vu un soignant, un médecin, aborder ça sans que ça soit le patient lui-même qui le demande. (IDE 2)*

Alors que certains jugent nécessaire de le prendre en charge sans condition :

*Aborder directement le sujet avec chaque patient, je pense que ça serait la base. (IDE 2)*

*C'est un sujet qu'on pourrait aborder assez facilement lors de la préparation des piluliers. (IDE 1)*

#### **iv- Place de chacun dans la prise en charge**

Les structures et professionnels pouvant entrer dans le parcours de prise en charge du tabac sont variés. Les infirmiers interrogés ont exposé différents avis sur les rôles actuels et potentiels de chacun.

L'intra-hospitalier a une grande influence dans la consommation de tabac et pourrait jouer un rôle essentiel de par l'accessibilité au sujet du tabac à travers les nombreuses interactions autour de cette problématique :

*Les patients en CMP, ils sont là qu'un petit moment [...]. Ils font ce qu'ils veulent chez eux donc... On ne peut pas avoir de vision au jour le jour par rapport à leur consommation de tabac [...]. Alors qu'en intra il me semble [...]. Il y a des règles qui permettent, à peu près de savoir combien ils pourraient consommer [...]. Il y a*



*toutes ces interactions avec le tabac en intra-hospitalier, que ce soit avec les soignants, avec les patients entre eux. Il y a des enjeux, des choses qui se passent autour du tabac. Ici c'est moins visible c'est moins flagrant. (IDE 9)*

Le CMP est considéré comme un lieu d'action sous-exploité par manque de directives institutionnelles, les infirmiers font globalement le constat d'un manque de positionnement de l'institution à ce sujet :

*Déjà peut-être que si on affichait la volonté du CMP à les inciter à réfléchir sur cette consommation [...] (IDE 1)*

*Moi j'en suis à mon troisième CMP, dans tous les CMP où je suis passé, il n'y a jamais eu de campagne d'information sur l'arrêt du tabac, ou de panneau d'affichage. (IDE 9)*

Le psychiatre de par ses compétences est un intervenant jugé comme nécessaire à la prise en charge :

*Des fois avec nous quand ils nous disent qu'ils aimeraient diminuer leur consommation ou arrêter, dans ces cas-là on réoriente vers le médecin [...]. Mais du coup ça se fait en entretien avec les psychiatres, où là ils en parlent, de leur envie ou leur projet d'arrêter. (IDE 2)*

Des intervenants extérieurs peuvent également jouer un rôle :

*Le médecin peut orienter en addicto par exemple... [...] il renvoie aussi vers le médecin traitant. (IDE 9)*

Les infirmiers ont une place spécifique, centrale de par leur proximité avec les patients, leurs champs d'action, leur disponibilité et leurs compétences :

*Parce que les patients voient quand même beaucoup plus souvent l'infirmier que le médecin [...]. On est toujours plus disponible que les médecins, pour se dégager même cinq minutes entre deux patients, alors que les médecins ont des plannings plus chargés. (IDE 1)*

*- IDE 7 : Il y a beaucoup de choses qui passent par nous, en direct avec le patient, on peut encore avoir cette latéralité de les accompagner n'importe où en fait, donc ça passe par nous en fait.*

*- IDE 5 : On est souvent les premiers interlocuteurs oui. (IDE 5)*

*-IDE 6 : En général il y a une confiance qui s'instaure et cette confiance-là elle peut être construite depuis des années et du coup on est une référence, un acteur*

*privilegié, un pilier d'accompagnement, il va se confier beaucoup plus facilement et accepter aussi l'accompagnement pour certains. (Focus groupe)*

### 3. Vers une amélioration des prises en charge

Les infirmiers reconnaissent avoir des ressources disponibles, souvent sous-exploitées et leurs idées d'interventions sont multiples pour améliorer la prise en charge.

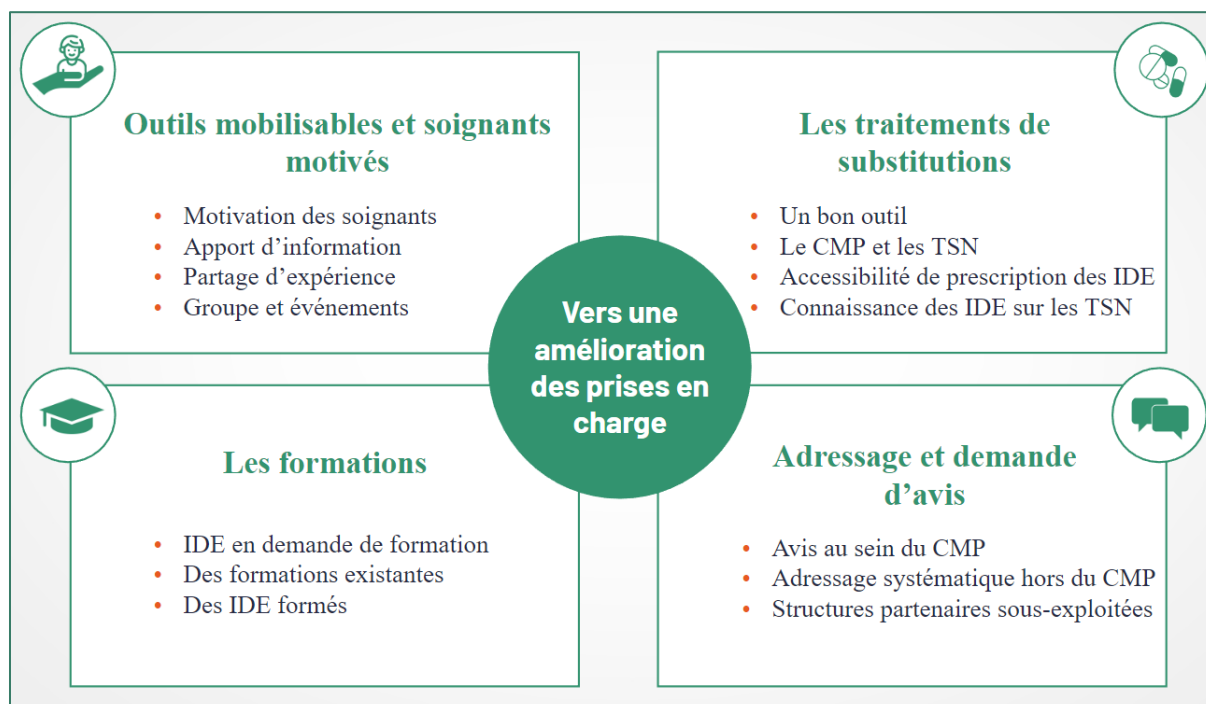


Figure 3 : Vers une amélioration des prises en charge

#### i- Outils mobilisables et soignants motivés

La simple évocation du sujet du tabac a fait émerger des questionnements sur la pratique des différents participants et tous reconnaissent vouloir s'investir davantage dans la prise en charge du tabac :

*Ça questionne sur notre pratique [...], ce genre d'étude [...] ça va me permettre de questionner les patients que je suis qui fument sur leur consommation de tabac. (IDE 9)*

*C'est intéressant de faire ta thèse là-dessus ! Mais du coup moi ça me questionne parce qu'effectivement [...] quand on m'a dit sur quoi c'était je me suis dit « mais pourquoi ? » [Rires]. Mais après en réfléchissant et là en parlant avec toi, c'est vrai*

*que je me rends compte que c'est quelque chose qu'il faut qu'on traite, qu'on s'en occupe et qu'on ne fait pas. Donc c'est bien, ça permet de se questionner ! (IDE 2)*

*Je ne m'étais jamais posé la question, mais je trouve très très intéressante cette discussion parce que finalement ça va cheminer dans ma tête. Ouais. Je pense que ça va être une interrogation qui va... Je dis pas que je vais en faire quelque chose mais c'est dans ma tête quoi. (IDE 3)*

Parmi les compétences des infirmiers l'apport d'information semble être un moyen simple et accessible :

*Je pense qu'on a un rôle à jouer là-dedans, clairement. Même ne serait-ce qu'un rôle d'écoute, pas forcément accompagner un arrêt, mais au moins de discuter de la fonction du tabac et de questionner son importance, qu'est-ce que vient faire le tabac chez le patient, enfin voilà ! Un rôle d'écoute, avoir quelqu'un avec qui les patients puissent aborder le sujet, je pense qu'on est là pour ça. (IDE 2)*

*On leur donne des conseils, en tout cas on essaye. (IDE 6)*

*Et pourquoi pas [...], juste mettre des affiches en salle d'attente, des prospectus. (IDE 2)*

Ils évoquent également le partage d'expériences comme un levier utile dans la prise en charge du tabac :

*[Les soignants fumeurs] on est en connaissance de cause, je suis passé d'un demi paquet à 2 clopes par jour donc c'est une expérience, je sais que c'est difficile [...]. J'ai un patient [...] du coup ça le boost, et il pense lui aussi, il essaie effectivement d'envisager, la diminution déjà.... (IDE 6)*

*Ceux qui nous connaissent depuis longtemps ils peuvent dire « ah bon vous avez réussi donc... ». Et je leur donne un mes des tuyaux. (IDE 4)*

L'organisation de groupes ou encore d'événements sur le tabac sont des idées d'intervention qui leur semblent pertinentes :

*On a un groupe de parole ici au CMP [...] et je ne sais pas quelles sont les thématiques abordées mais peut être que d'aborder en groupe la question du tabac ça pourrait être intéressant, voir ce que les patients en pensent... Fumeurs et non-fumeurs aussi d'ailleurs. (IDE 2)*

*Quand il y a des mois anti-tabac, pourquoi pas faire une journée d'animation au CMP, voilà en partenariat avec les collègues d'addicto on pourrait organiser ce genre de choses. (IDE 6)*

*Il y a de l'addicto de liaison qui existe, alors je me disais pourquoi pas [...] que l'addicto de liaison vienne faire une permanence dans les CMP. (IDE 4)*

## **ii- Les traitements substitutifs nicotiques (TNS)**

Pour les infirmiers interrogés, les TNS jouent un rôle important dans la prise en charge du tabac. :

*La première étape ça va être d'essayer les substituts nicotiques. (IDE 9)*

*On a quand même peu de moyens. A part donner le substitut... (IDE 1)*

En revanche, cet outil est sous-exploité au CMP :

*C'est le généraliste, on demande au généraliste car les médecins psychiatres ne veulent pas forcément prescrire [des TNS] et être là-dedans quoi. (IDE 6)*

*Le temps médical, il est quand même de plus en plus réduit, du coup je pense que c'est aussi pour ça que nos propres médecins ne font pas forcément les prescriptions de patchs mais ça pourrait aussi être intéressant qu'ils puissent eux... Nous on peut pas les faire, on a pas cette prescription. (IDE 5)*

*Ça existe la prescription de substituts par des infirmiers mais ici au CMP ça ne fait pas partie de notre pratique [...]. On ne peut pas prescrire sur le logiciel. (IDE 1)*

Selon les participants à l'étude, l'accessibilité de prescription des TNS par les infirmiers semble être un levier essentiel pour valoriser cet outil :

*- Chercheur 1 : Si [la prescription de TNS] était accessible, vous pensez que ça pourrait être intégré à votre pratique ?*

*- Toutes les IDE : Ah oui.*

*- IDE 5 : Ah bah carrément oui, parce que si le patient il est pas prêt à faire la démarche, faut qu'il aille chez le généraliste.*

*- IDE 6 : Ce serait complet en plus, comme accompagnement. (Focus groupe)*

Encore une fois, les connaissances sur ce sujet sont hétérogènes :

*- IDE 8 : Même si on sait maintenant que les infirmières peuvent prescrire des patchs.*

- IDE 5 et 6 : Ah bon ? Je ne savais pas ?
- IDE 6 : On peut prescrire des patchs ?
- IDE 4 : [...] Il faut calculer aussi, en fonction des nombres de clopes qu'ils ont aussi les dosages, nous.... Ça pour le coup, moi je les ai pas forcément en tête quoi. Donc je leur dis, voilà, il faut qu'ils aillent voir leur pharmacie de quartier...
- IDE 8 : Moi ça m'irait parce que j'ai beaucoup vu en service, donc... Ça me dérangerait pas. (Focus groupe)

### iii- Des formations

La formation des professionnels est identifiée comme un point essentiel dans l'accompagnement d'un patient fumeur. Certains infirmiers se retrouvent en difficulté par manque de formation et sont justement en demande d'enseignements supplémentaires :

*Une formation d'équipe, que toute l'équipe soit sensibilisée, [...] peut être qu'on y serait plus sensible aussi. Peut-être qu'on y est pas sensible parce qu'on y a pas été sensibilisé ! (IDE 2)*

*Peut-être qu'on soit tous formés... Ou en tout cas, éveillés à cette problématique là qu'il y ait des campagnes d'information. (IDE 9)*

Ils rappellent que des formations sont disponibles :

*Il y a une formation qui est en lien avec l'addictologie mais pas spécifique à l'arrêt du tabac. (IDE 9)*

*La formation que nous propose le CHAI [...] franchement elle est intéressante. (IDE 5)*

*Il y avait une intervention aussi, c'était il y a à peu près un an, de l'équipe du CSAPA<sup>2</sup>, en visio. (IDE 7)*

Certains d'entre eux ont des formations, spécifiques au tabac ou non, leur permettant d'accompagner les patients :

*Moi j'avais fait la formation que nous propose le CHAI ici, et puis après moi j'ai beaucoup orienté mes études sur l'addicto du coup j'ai fait le centre méthadone... Toute addiction aux produits sauf les jeux et d'ailleurs j'avais fait mon travail de mémoire sur l'addicto. (IDE 5)*

---

<sup>2</sup> Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

#### **iv- Adressage et avis extérieurs**

La sollicitation d'autres professionnels par l'infirmier est considérée comme essentielle, dans toute prise en charge addictologique. Avec une entraide possible au sein même du CMP :

*Si je suis en difficulté je peux m'adresser aux autres infirmiers, au médecin. (IDE 1)*

Un adressage hors du CMP est parfois le seul moyen de prise en charge envisagé :

*Tout ce qui est addictologie on renvoie en dehors du CMP. (IDE 9)*

*Moi je vais plus les orienter vers un service spécialisé. (IDE 5)*

Dans d'autres cas, l'orientation est considérée comme une stratégie potentielle, lorsque les moyens de prise en charge à disposition semblent saturés ou bien lorsqu'un avis est nécessaire :

*Si je me trouve en difficulté avec un patient, j'aurai tendance à les envoyer vers les infirmières d'addictologie de l'intra qui s'occupent justement de ça. (IDE 1)*

*On a des structures comme Point-virgule<sup>3</sup> [...] où on peut les adresser par exemple. (IDE 10)*

La collaboration avec les structures d'addictologie est souvent sous-exploitée par les équipes du CMP par manque de connaissance de leur champ d'action :

*Les connaissances déjà de tous les réseaux d'addicto qu'il y a [...] c'est quelque chose qu'on demande, moi je demande depuis pas mal de temps et qu'on puisse.... En tout cas nos médecins ou nos cadres puissent faire ces présentations-là pour qu'on puisse aussi orienter... et orienter nos patients de façon nette et précise et du coup avec ces connaissances-là, mieux les accompagner. (IDE 6)*

*Peut-être des temps d'échanges plus réguliers avec les services d'addicto. (IDE 9)*

*Sur la question des partenaires extérieurs comme Point-virgule, je pense que les inclure dans nos prises en charge sur le tabac ça pourrait être riche pour nous. (IDE 2)*

---

<sup>3</sup> CSAPA grenoblois.

# IV-Discussion

## 1. Analyse des principaux résultats

Cette étude a mis en évidence que l'équipe infirmière des CMP avait des représentations négatives sur la prise en charge du tabagisme des patients en psychiatrie. Ces représentations concernent en premier lieu l'absence de possibilité d'arrêter le tabac dans cette population. On retrouve aussi la crainte que l'arrêt du tabac aggrave le pronostic psychiatrique du patient, que l'arrêt n'est pas une priorité voire que le tabagisme peut être bénéfique au patient. Ces représentations, bien que contredites par les données de la littérature à ce sujet, s'appuient sur la réalité d'un tabagisme plus prévalent et souvent plus difficile à prendre en charge dans cette population. Elles participent à créer une tolérance vis-à-vis du tabagisme, ce qui rejoint l'idée de « culture du tabac » en psychiatrie soulignée par d'autres études. Étant donné le lien existant entre les représentations et les comportements, il n'est pas surprenant de constater que les pratiques d'aide au sevrage rapportées par les soignants interrogés sont hétérogènes et même la plupart du temps inexistantes. Cette situation est renforcée par l'absence de positionnement institutionnel et de lignes directrices claires. Les soignants n'avaient pas connaissance de protocoles de service à ce sujet et la problématique du tabac n'est jamais abordée en discussion d'équipe, éclipsée par les autres drogues ou par la symptomatologie psychiatrique. La plupart du temps ce thème ne vient même pas à l'esprit des infirmiers car n'a jamais fait partie de leur pratique de routine. Il est intéressant de constater que les quelques infirmiers qui disaient dépister systématiquement le tabagisme avaient travaillé auparavant dans des hôpitaux généraux. Ce sont des lieux où le tabagisme est plus pris en compte, avec généralement des soignants plus favorables à sa prise en charge. Dans une étude anglaise réalisée auprès de 2 574 personnes travaillant en hôpital général ou en psychiatrie, 1 soignant sur 10 était opposé à l'application d'une interdiction de fumer en médecine contre 1 sur 3 en psychiatrie (30).

Cependant un des résultats importants de notre étude est une motivation soignante mobilisable. Ces entretiens ont amené un nombre important d'infirmiers à s'interroger sur cette problématique et à exprimer une volonté d'amélioration de leurs pratiques. Un bon nombre a formulé que l'aide à l'accompagnement du sevrage tabagique faisait pleinement partie du rôle de l'infirmier de CMP. Malgré un manque perçu de formation à ce sujet, un certain nombre de propositions d'accompagnement a émergé, avec les moyens existants. On peut citer des interventions basées sur des approches motivationnelles, sur l'éducation thérapeutique du patient en individuel ou en groupe, ainsi qu'une collaboration accrue entre infirmiers et psychiatres au sein du CMP et une meilleure coordination avec les structures extérieures.

## **2. Limites et forces**

La principale limite de cette étude tient au mode de recrutement. En effet, les participants ont été contactés par mail via les cadres de santé. Ceux qui ont répondu sont ceux qui manifestaient un intérêt pour le sujet. Le recrutement additionnel par chaînage a compensé en partie ce biais puisque des infirmiers qui n'avaient initialement pas répondu favorablement à la proposition de participation ont finalement été interrogés. Ceci est venu accroître la variabilité de l'échantillon. On note aussi l'absence d'infirmier de sexe masculin fumeur, donc les représentations de ce profil d'infirmier n'ont pas été explorées. Ceci est lié à la surreprésentation de femmes dans la profession et donc la difficulté d'inclure des hommes. Les caractéristiques des participants recrutés reflètent donc de façon correcte la population étudiée et restent donc pertinentes pour explorer le phénomène d'intérêt. Parmi les limites on relève également le manque d'expérience des chercheurs dont c'est la première étude qualitative. Ceci a amené à omettre un des critères de la liste de contrôle COREQ qui veut que le guide d'entretien soit testé au préalable. Pour autant les résultats obtenus sont de qualité satisfaisante dès le premier entretien et cet aspect n'a pas pénalisé l'étude.



La principale force de cette étude est la cohérence des résultats avec les données de la littérature tout en venant les compléter puisqu'il n'existait pas à ce jour d'études qualitatives sur le sujet en langue française. Cette étude vient aussi compléter une thèse précédente et un mémoire qui s'étaient aussi intéressés aux perceptions infirmières sur le sevrage tabagique en Isère mais cette fois-ci en intra-hospitalier.

### **3. Comparaison avec les données de la littérature**

Une méta-analyse a été conduite en 2016 sur les attitudes des professionnels de santé à propos du tabagisme et de son sevrage chez les personnes avec des troubles psychiatriques à la fois en intra et en extra-hospitalier (22). Bien que cette méta-analyse ne comporte que des études provenant de pays anglo-saxons, on note une cohérence forte entre les thèmes retrouvés lorsqu'on les compare avec les résultats qui viennent d'être exposés précédemment. Ceci vient suggérer que les résultats actuels qui ne portent que sur quelques CMP Isérois seraient généralisables à d'autres contextes géographiques.

Enfin il est utile de comparer les résultats de l'étude actuelle à ceux d'une étude iséroise ayant aussi exploré qualitativement les représentations soignantes concernant le sevrage tabagique mais cette fois-ci en intra-hospitalier (25). Un nombre important de thématiques communes sont retrouvées. Par exemple, la perception qu'ont les soignants que leur rôle est d'intervenir sur la crise psychique et non tabacologique, ou encore que le tabac est tellement omniprésent en psychiatrie qu'il en devient invisible. On remarque que les infirmiers en intra-hospitalier considéraient que la prise en charge du tabac était plutôt du ressort de leurs collègues en extra-hospitalier, c'est-à-dire principalement au CMP :

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

*[...] Je dirai que c'est plus en extra qu'ils peuvent travailler cette question-là [...].*

On peut mettre ces citations en miroir avec celles de l'étude actuelle, qui pointent au contraire la place privilégiée du temps intra-hospitalier pour le sevrage tabagique (cf. 2.iv).

Ainsi on constate que la tendance spontanée est d'imaginer que la prise en charge du tabagisme est certes importante mais qu'elle doit se faire ailleurs, par d'autres soignants, qui auraient plus le temps, seraient mieux formés sur la question, ne subiraient pas les mêmes contraintes institutionnelles. L'enjeu est donc de travailler à faire évoluer cette vision vers une autre, plus en phase avec l'importance du phénomène en matière de santé publique. Cette vision, s'appuyant sur les recommandations internationales, partirait du principe que l'intra-hospitalier aussi bien que l'extra-hospitalier, et plus généralement toute situation de soin, sont des opportunités de prise en charge du tabagisme des patients.

Cette question est aussi celle de la continuité de l'accompagnement. En effet on constate qu'à l'issue des travaux locaux réalisés sur la question du tabagisme en intra-hospitalier, les pratiques commencent à changer dans les unités d'hospitalisation du CHAI. Les équipes soignantes, plus sensibilisées, accompagnent davantage leurs patients vers le sevrage le temps de l'hospitalisation. Mais ces efforts seront vains si la question du tabac n'est plus abordée avec le patient après sa sortie et le relai des soins au CMP car la prise en charge du tabagisme en psychiatrie est un accompagnement de moyen voire de long terme.

## **4. Pistes d'amélioration et ouvertures**

Au vu des résultats de cette étude, il apparaît essentiel de développer des outils concrets pour l'accompagnement des équipes soignantes en CMP afin d'améliorer les pratiques dans le domaine de la prise en charge du tabagisme des patients en psychiatrie. De l'analyse des données issues de la littérature et des données recueillies lors des entretiens avec les infirmiers interrogés, on peut identifier différents leviers.

En premier lieu, cette étude permet de mettre en évidence un besoin de sensibilisation et de formation des équipes médicales et paramédicales des CMP à la prise en charge du sevrage tabagique. Les infirmiers interrogés manifestaient un sentiment d'impuissance face au tabagisme des patients mais aussi une demande de développer leurs connaissances dans ce domaine. Ils évoquaient ainsi l'idée de journées thématiques de formation sur leur lieu de travail. On pourrait aussi imaginer une formation systématique sur le sujet lors du recrutement des nouveaux soignants.

La prise en charge initiale peut être résumée par la méthode des 5A : Ask (demander), Advise (conseiller), Assess (évaluer), Assist (Aider) et Arrange (organiser). Elle est brièvement décrite dans ce paragraphe pour montrer que ces quelques lignes directrices sont compatibles avec le rôle de l'infirmier au CMP. Il est recommandé de documenter le statut tabagique de tous les patients à chaque visite (Ask), qui doit figurer dans le dossier du patient. Puis il faut informer des risques du tabagisme et des bénéfices de l'arrêt et conseiller clairement d'arrêter de fumer (Advise). Un simple conseil d'arrêt augmente la probabilité d'abstinence de 30% (31). Les conseils peuvent durer de 30 secondes à 10 minutes. Les outils d'auto-support d'information et les coordonnées des centres de prise en charge doivent être remis au patient ou aux proches. Il est conseillé d'évaluer la dépendance avec le Test de Fagerström ou sa version simplifiée en deux questions, ainsi que la motivation à l'arrêt (Assess). Pour le patient demandeur on propose ensuite un soutien psychologique et une aide pharmacologique pour l'aider à arrêter de fumer (Assist). L'aide pharmacologique repose sur les TNS en première intention (32). Enfin on propose un suivi dès la première semaine suivant la date d'arrêt (Arrange).

Il semble également essentiel que la prise de position de l'établissement et de l'équipe médicale sur le sujet du tabac soit davantage affirmée. L'absence de prise en compte du tabagisme des patients et de la gravité de ses conséquences par l'équipe soignante sont en partie le fruit de ce manque de positionnement institutionnel. Actuellement, un protocole de prise en

charge du tabac est disponible sur le CHAI. Mais celui-ci est très peu connu du personnel soignant et difficile d'accès au niveau informatique. Aucun des participants à l'étude n'a d'ailleurs évoqué son utilisation ni même son existence. Une des réponses pourrait être de développer l'accessibilité à ce protocole de prise en charge clair, standardisé et de rendre son utilisation systématique. En s'en saisissant, l'équipe médicale et infirmière du CMP pourrait changer la tendance actuelle d'indifférence envers les consommations de tabac. Il permettrait d'aller vers une homogénéisation des pratiques soignantes, actuellement disparates et où la question même de la pertinence de l'arrêt du tabac est loin d'être fermement établie.

Il pourrait également être utile de mettre à disposition de chaque CMP un exemplaire du guide gratuit du RESPADD (Réseau de prévention des addictions) « premiers gestes en tabacologie », paru en 2018, qui apporte des informations pratiques et complètes sur les bonnes pratiques en tabacologie (33). Ou encore du « Guide tabagisme et santé mentale » issu du même réseau, paru en 2020 à l'intention des professionnels qui accompagnent les personnes atteintes de troubles psychiques (34). Dans un objectif de sensibilisation des patients, des supports d'informations pourraient être diffusés dans les CMP, sous forme de brochures ou d'affiches par exemple, telles que proposées sur le site de Tabac Info Service.

L'élargissement aux infirmiers de la prescription de TNS, permis par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé est un autre levier actuellement sous-employé. La majorité des participants à l'étude ignorait que les infirmiers pouvaient prescrire des TNS. Ils se montraient enclins à prescrire ces substituts à condition de recevoir une formation brève sur leur utilisation. L'accessibilité à cet outil, à ce jour limitée par le logiciel informatique du CHAI, pourrait à l'avenir permettre une fluidification du parcours du sevrage tabagique des patients. En effet, les soignants interrogés ont plusieurs fois mentionné que la limitation de la prescription de TNS par les infirmiers amenait à réorienter les patients hors des CMP. C'est une perte de chance pour le patient qui voit des obstacles supplémentaires s'ajouter à la prise en

charge de son tabagisme. Un des services intra-hospitalier du CHAI a été récemment sélectionné pour expérimenter cette prescription par les infirmiers avant d'envisager une généralisation à l'ensemble des infirmiers de l'établissement.

En ce qui concerne l'orientation vers des structures extérieures au CMP pour une prise en charge tabacologique, les soignants font état d'un manque de connaissance des structures existantes et de leur champ d'action. Un travail de cartographie des acteurs de soins extérieurs au CMP serait donc utile pour faciliter la lisibilité de ce réseau : ligne d'appel téléphonique (3989), tabacologues, médecins généralistes, pneumologues, psychothérapeutes, psychiatres, centres d'addictologie, etc. Et ainsi améliorer la pertinence des orientations et du parcours de soin du patient.

Enfin il faut souligner la motivation des soignants, importante et encourageante, qui a été perçue au cours des entretiens de cette étude. Ils se sont montrés dans leur majorité tout à fait prêts à discuter et améliorer leurs pratiques dans ce domaine. Ceci laisse penser qu'un soutien des soignants dans cette direction serait de nature à créer une « culture de la prévention », à contre-courant de la « culture du tabac » historique en psychiatrie, avec peut-être des soignants qui se saisissent de manière créative de la question en proposant par exemple des ateliers d'éducation thérapeutique, des groupes de parole, des entretiens motivationnels ou d'autres types d'interventions.

Récemment, un comité appelé « Comitabac » a vu le jour au sein du CHAI. Il regroupe des membres du personnel de l'établissement (soignant ou non) afin de discuter autour de la question du tabagisme des patients mais également du personnel. Son champ d'action s'étend du recueil épidémiologique de données à la sensibilisation et la création d'événements spécifiques. Son objectif principal est la diminution du tabagisme au sein du CHAI. La naissance de ce comité traduit une volonté de donner de l'importance au sujet du tabac dans l'établissement. C'est une évolution pour l'espoir de la mise en place d'interventions futures

innovantes et adaptées aux réalités locales pour une meilleure prise en charge du tabagisme chez les patients psychiatriques en Isère.

## V- Conclusion

Le tabagisme est la principale cause de mortalité chez les patients en psychiatrie et la prise en charge de leurs consommations est encore trop négligée dans nos systèmes de soins. Cette étude qualitative a permis d'explorer les représentations des infirmiers de CMP Isérois à ce sujet. Ces représentations vont souvent dans le sens d'une banalisation du tabagisme. Il est vraisemblable qu'elles influencent leurs pratiques vers une absence de prise en charge. L'analyse des entretiens suggère le rôle d'un manque de sensibilisation et d'un faible soutien institutionnel à la mise en place d'interventions centrées sur l'arrêt du tabac.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de la littérature internationale et complètent l'état des lieux qui avait été réalisé en intra-hospitalier avec une méthode similaire. Ils appuient le besoin de formation et d'accompagnement des équipes soignantes en extra-hospitalier et mettent en avant la motivation des soignants pour aller vers une amélioration de leurs pratiques dans ce domaine. Il est nécessaire que les décideurs et les équipes soignantes se mobilisent sur cette question afin de proposer des soins de qualité à une population qui échappe encore aux mesures de réduction du tabagisme et en subit lourdement les conséquences sanitaires.

THÈSE SOUTENUE PAR : Paul LEMONSU et Ivan LOUÇANO

TITRE :

Tabagisme en psychiatrie : représentations des infirmiers en centre médico-psychologique

CONCLUSION :


Le tabac est la première cause de mortalité évitable chez les personnes qui ont des troubles psychiatriques. Cet enjeu est pourtant souvent négligé dans les soins qu'elles reçoivent. L'aide au sevrage tabagique par les infirmiers en centre médico-psychologique (CMP) pourrait être une des réponses à apporter du fait de leur place de soignants de première ligne dans le suivi ambulatoire en psychiatrie. Nous avons conduit une étude qualitative explorant les représentations des infirmiers de CMP en Isère à propos du tabagisme de leurs patients. L'objectif de cette étude était d'identifier les freins et les leviers à la prise en charge ambulatoire du tabagisme au CMP par l'analyse de l'expérience vécue des infirmiers. Pour cela nous avons conduit des entretiens semi-dirigés auprès d'infirmiers de CMP en Isère puis nous avons procédé à leur analyse thématique croisée à deux chercheurs, s'inspirant de la méthode de l'interpretative phenomenological analysis (IPA). Dix infirmiers ont participé à l'étude. L'analyse de leur discours a mis en évidence trois thèmes superordonnés que nous avons nommé comme suit : l'arrêt du tabac, un paradoxe en psychiatrie ; de l'inaction à l'action, variété des pratiques ; et vers une amélioration des pratiques. Le premier thème superordonné illustre les représentations contradictoires entre un arrêt du tabac jugé impossible dans cette population, une réticence des soignants et des patients à l'arrêt d'une part, et d'autre part un arrêt du tabac qui peut aussi être perçu comme nécessaire, en reconnaissant les enjeux de santé publique et l'existence d'une volonté d'arrêter le tabac chez les patients. Le second thème rassemble les éléments traduisant l'hétérogénéité des pratiques, avec un tabagisme largement accepté. On y relève un ensemble de représentations négatives constituant un frein à la prise en charge, avec notamment le tabagisme vu comme relevant de la responsabilité individuelle, banalisé et considéré comme une problématique de second plan. Les soignants perçoivent une absence de positionnement institutionnel en partie responsable de cette confusion, où la question même de la pertinence de l'arrêt du tabac n'est pas claire. Enfin le dernier thème se rapporte aux leviers existants et ceux à développer pour améliorer l'accompagnement des patients fumeurs au CMP. On y retrouve en premier lieu des soignants qui s'interrogent volontiers sur leurs pratiques et montrent une motivation mobilisable pour mettre en place des actions concrètes. Ils évoquent le besoin de formation, la possibilité de s'appuyer sur la prescription des traitements de substitution nicotiques et la collaboration avec les acteurs au sein et hors du CMP. Les résultats de l'étude sont cohérents avec la littérature. Leur mise en perspective avec la littérature nous permet d'envisager des pistes d'amélioration dans cet enjeu pour l'instant négligé. La formation des infirmiers des CMP à une prise en charge de premier recours du tabagisme en est le point central. Cette prise en charge infirmière inclut le dépistage, la délivrance d'informations sur le tabagisme et son arrêt, la possibilité de prescription de traitements substitutifs nicotiques et enfin l'orientation des patients ou leur accompagnement au CMP.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

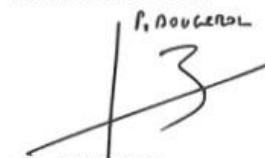
Grenoble, le : 03/10/2022

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE

Pr. Patrice MORAND

  
pour le président  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DU JURY

  
Pr. BOUGEROL



## VI-Bibliographie

1. Chang CK, Hayes RD, Perera G, Broadbent MTM, Fernandes AC, Lee WE, et al. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PloS One*. 2011;6(5):e19590.
2. Coldefy M. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la santé*. sept 2018;(237):8.
3. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. juin 2014;13(2):153-60.
4. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 24 juin 2004;328(7455):1519.
5. Pasquereau A. Le tabagisme au domicile en France en 2014 et son évolution depuis 2005. :7.
6. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [Internet]. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 [Internet]. 2018 [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
8. Pasquereau A. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020: résultats du baromètre de santé publique france. *Bull Epidémiol Hebd*. 2020;8.
9. Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tob Control*. mars 2012;21(2):172-80.
10. Steinberg ML, Williams JM, Ziedonis DM. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tob Control*. juin 2004;13(2):206.
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. Perriot J. Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles ». *Rev Mal Respir*. avr 2012;29(4):448-61.
13. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annu Rev Public Health*. 20 mars 2017;38:165-85.
14. Apollonio DE, Malone RE. Marketing to the marginalised: tobacco industry targeting of the homeless and mentally ill. *Tob Control*. déc 2005;14(6):409-15.

15. Prochaska JJ, Hall SM, Bero LA. Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry played? *Schizophr Bull.* mai 2008;34(3):555-67.
16. Rütther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, et al. EPA Guidance on Tobacco Dependence and Strategies for Smoking Cessation in People with Mental Illness. *Eur Psychiatry.* févr 2014;29(2):65-82.
17. Haute Autorité de Santé - Recommandation de bonne pratique Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours Octobre 2014 [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours)
18. Prochaska JJ, Reyes RS, Schroeder SA, Daniels AS, Doederlein A, Bergeson B. An online survey of tobacco use, intentions to quit, and cessation strategies among people living with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* sept 2011;13(5-6):466-73.
19. Prochaska JJ, Gill P, Hall SM. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. *Psychiatr Serv Wash DC.* nov 2004;55(11):1265-70.
20. Prochaska JJ, Fletcher L, Hall SE, Hall SM. Return to smoking following a smoke-free psychiatric hospitalization. *Am J Addict.* févr 2006;15(1):15-22.
21. Schroeder SA, Morris CD. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annu Rev Public Health.* 2010;31:297-314 1p following 314.
22. Sheals K. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addict Abingdon Engl.* sept 2016;111(9):1536-53.
23. Twyman L. 'They're going to smoke anyway': a qualitative study of community mental health staff and consumer perspectives on the role of social and living environments in tobacco use and cessation. *Front Psychiatry.* 17 juill 2019;10:503.
24. Rogers ES, Gillespie C, Smelson D, Sherman SE. A Qualitative Evaluation of Mental Health Clinic Staff Perceptions of Barriers and Facilitators to Treating Tobacco Use. *Nicotine Tob Res.* 2018;20(10):1223-30.
25. Roelens T. Étude des représentations soignantes concernant le sevrage tabagique au cours d'une hospitalisation en psychiatrie. 30 oct 2020;57.
26. 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.
27. 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.
28. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* déc 2007;19(6):349-57.

29. Smith JA, Flower P, Larkin L. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. Los Angeles: SAGE; 2009.
30. McNally L. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *J Public Health*. 1 sept 2006;28(3):192-6.
31. World Health Organization. The role of health professionals in tobacco control. Geneva: WHO; 2005.
32. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 mai 2018;5:CD000146.
33. Bonnet N. Livret premiers gestes en tabacologie. Berd’huis. Respadd; 2018 [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2020/05/Livret-Premiers-gestes-01-2020-BAT.pdf>
34. Bonnet N. Guide repère addictions et troubles psychiatriques. Berd’huis : Respadd; 2020.

# **Annexes**

## **Guide d'entretien version 1**

1-Pouvez-vous me donner le dernier exemple d'un accompagnement d'un patient fumeur ?

Relance (R) : Quel a été votre ressenti ?

2-De quels moyens disposez-vous pour accompagner un patient fumeur ?

3-Quels sont les freins à la prise en charge du sevrage tabagique au CMP ?

4-Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prise en charge ?

5-En conclusion, comment vous représentez vous votre place dans la prévention et la prise en charge du tabagisme ?

6-Avez-vous des éléments importants à ajouter ?

## **Guide d'entretien version 2**

1-Pouvez-vous me donner le dernier exemple d'un accompagnement d'un patient fumeur ?

R : Quel a été votre ressenti ?

R : Comment cette situation illustre la place du tabac au CMP ?

2-De quels moyens disposez-vous pour accompagner un patient fumeur ?

R : Formation ?

R : Traitement substitutif ?

R : Collaboration avec d'autres professionnels ?

3- Comment le CMP se positionne face au tabac ?

R : Comment ça se traduit dans le quotidien ?

4-Quels sont les freins à la prise en charge du sevrage tabagique au CMP ?

5-Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prise en charge ?

6-En conclusion, comment vous représentez vous votre place dans la prévention et la prise en charge du tabagisme ?

R : Avez-vous constaté un changement dans votre rapport à cette question ces dernières années ?

7-Avez-vous des éléments importants à ajouter ?

# Formulaire d'information et de consentement

N° d'identification du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nous sommes deux internes en psychiatrie (Paul LEMONSU et Ivan LOUÇANO) et nous préparons une thèse dans le domaine de l'accompagnement des patients fumeur ayant un trouble psychiatrique.

Le sujet concerne les représentations d'infirmiers de CMP à propos du tabagisme des usagers.

Nous menons notre étude en faisant des entretiens ouverts auprès des professionnels concernés dans différents CMP rattachés au Centre Hospitalier Alpes Isère.

Notre objectif est d'échanger sur le vécu et les pratiques des professionnels sur le terrain afin de mieux comprendre leur rôle éventuel dans l'aide au sevrage tabagique et d'en identifier les freins et les leviers.

## Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par \_\_\_\_\_

Il durera de 30 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

## Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel / focus group où nous vous poserons des questions concernant votre vécu et votre expérience. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

## Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Nous réaliserons l'analyse des données personnellement avec la participation de notre directeur de thèse, Dr Jean CASTAN.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de notre thèse et pourront éventuellement être publiés.

À tout moment vous pourrez avoir accès à la retranscription de notre entretien et aux données vous concernant.

## Merci de noter vos initiales après chaque phrase :

Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment.

Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Investigateur :

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

Participant :

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature

# Verbatims

## IDE 1

Chercheur 1 : Pour commencer, est ce que tu peux me donner le dernier exemple que tu as eu d'accompagnement d'un patient qui impliquait la question du tabac ?

IDE1 : Déjà dans les locaux du CMP il y a souvent des patients qui sortent fumer une cigarette en attendant un rendez-vous, parce qu'il y a un petit peu d'attente, et leur premier réflexe c'est de se dire : « je vais fumer une cigarette et je reviens ». Ouais voilà c'est une chose fréquente par rapport au tabac sur le CMP.

Chercheur 1 : Elle a une fonction particulière cette cigarette ?

IDE1 : Oui, l'attente ça peut être anxiogène, quand il y a du retard aussi ça peut être anxiogène, ou d'être dans la salle d'attente avec d'autres patients, qui parfois vont moins bien ou qui n'ont pas envie, c'est anxiogène aussi. Donc c'est un moyen je crois de faire baisser la pression, la tension, ou alors pour s'isoler en attendant le rendez-vous.

Chercheur 1 : Est-ce que le tabac est aussi présent d'autres façons au CMP ?

IDE1 : Et ben moi aussi je fume ! J'ai tendance à aller à l'extérieur, devant le bureau. Je me mets pas à l'entrée principale avec les autres patients, mais je reste à proximité pour être disponible rapidement si je suis appelée. Depuis le mois de septembre que je travaille ici, j'ai pas encore eu l'occasion de fumer une cigarette avec un patient, chose que je faisais plus facilement dans mon dernier poste en intra, à être avec les patients au moment de fumer une cigarette.

Chercheur 1 : Et sur la question de la réduction du tabac, tu as déjà accompagné un patient par rapport à ça ?

IDE1 : Alors pas directement. On y est quand même confrontés parce que souvent les patients prennent des substituts nicotiques, et on peut être amenés à en parler quand on fait leur pilulier ou qu'on regarde leur ordonnance. Sinon c'est le médecin qui fait les prescriptions. Nous on peut aider le patient s'il a des questions sur les substituts, et si nous même on ne sait pas on demande au médecin. Par exemple, ce matin il y avait une patiente qui me demandait une augmentation des doses de gommes par 24 heures, donc j'ai transmis au médecin qui a pu faire l'ordonnance en conséquence, sans avoir à revoir la patiente. Parce que les patients voient quand même beaucoup plus souvent l'infirmier que le médecin donc quand il y a des soucis d'ordonnance ou tout autre problème, voilà. Ils ont leur rendez-vous mensuel avec les médecins, ou parfois tous les deux ou trois mois, donc si il y a des problèmes entre temps, on est toujours plus disponibles que les médecins, pour se dégager même 5 min entre deux patients, alors que les médecins ont des plannings plus chargés.

Chercheur 1 : Vous avez ce rôle d'interlocuteur privilégié en quelque sorte.

IDE1 : C'est ça, on peut être leur interlocuteur. Après on n'est pas forcément formé, même si on peut se former là dessus hein, mais on est pas forcément formés non plus, donc moi en tout cas si je me trouve en difficulté avec un patient, j'aurais tendance à les envoyer vers les infirmières d'addictologie de l'intra qui s'occupent justement de ça.

Chercheur 1 : Tu peux m'en dire plus sur cette équipe ?

IDE1 : A l'époque où je travaillais en intra, il y avait des infirmières qui venaient faire des entretiens avec les patients au sujet de l'addicto, que ce soit pour le tabac, mais aussi pour les autres produits. En CMP par contre honnêtement je sais pas trop si on peut leur adresser aussi. Mais je pense que si j'avais des questions à ce sujet-là je rappellerais les infirmières avec qui je travaillais en intra.

Chercheur 1 : Donc plutôt pour un avis que pour les adresser ?



IDE1 : Pour un conseil, ou pour savoir si eux peuvent éventuellement proposer des consultations pour les patients en CMP. Mais j'avoue que pour l'instant je n'ai pas eu l'occasion. Après ça fait que 3 mois que je suis là donc il faudrait demander à mes collègues comment ils font habituellement ! Voilà mais globalement si je suis en difficulté je peux m'adresser aux autres infirmiers, au médecin, et au réseau d'addictologie de l'intra.

Chercheur 1 : Est-ce qu'il y a d'autres professionnels ou structures avec qui vous travaillez quand il y a des questions en lien avec le tabac ?

IDE1 : Ah sinon il y a tabac info service, le site web, et puis leur service téléphonique, pourquoi pas, si les patients le sentent.

Chercheur 1 : Donc au sein du CMP comment tu décrirais ton rôle vis-à-vis du tabac ?

IDE1 : Concrètement c'est surtout un rôle d'intermédiaire avec le médecin quand il y a une question de sur- ou sous-dosage de substituts nicotiques, nous on ne peut pas faire les ordonnances. Enfin il me semble que ça existe la prescription de substituts par des infirmiers mais ici au CMP ça ne fait pas partie de notre pratique.

Chercheur 1 : Pour quelle raison ?

IDE 1 : On ne peut pas prescrire sur le logiciel. Peut-être qu'on pourrait le faire sur un papier libre, et encore, je sais pas si on a le numéro. A l'époque où je travaillais en libéral je sais que j'avais une possibilité de prescription sur ça, mais là aujourd'hui je sais même pas si je pourrais le faire ou pas. Donc non ça ne fait pas partie de ma pratique ni celle de mes collègues, ça reste un rôle médical.

Chercheur 1 : En dehors de l'orientation et des substituts nicotiques, quels autres moyens vous avez de prise en charge du tabac au CMP ?

IDE1 : Oui bah après c'est un sujet qui peut aussi être abordé lors d'un entretien infirmier éventuellement, si c'est un problème qui pose problème au patient. Par exemple lors d'un entretien sur l'hygiène de vie etc., la prévention des risques. Bon aujourd'hui il y a plus mais avant ça pouvait être aussi dans des groupes d'activité avec de la relaxation etc. Donc si le patient exprime fumer beaucoup ces derniers temps parce qu'il est très angoissé, on va lui proposer une activité pour qu'il se détende un peu, et pourquoi pas, envisager de lui donner des conseils de relaxation à domicile. Pour que dans les moments où il se sent un peu dépassé et où il a envie de beaucoup fumer pour apaiser la crise il puisse mettre en place d'autres choses.

Chercheur 1 : Et tout ça c'est à la demande du patient ou c'est systématique ?

IDE1 : Non c'est à la demande du patient. En plus je viens d'arriver sur le CMP donc les patients il y a en a beaucoup que je ne connais pas encore très bien. Et pour moi c'est pas le sujet de première intention non plus parce que déjà pour moi la priorité ça va être d'avoir une relation soignant soigné de confiance et de qualité donc je ne veux pas rentrer directement dans le sujet du tabac pour ne pas biaiser la relation.

Chercheur 1 : ça pourrait bloquer certains patients ?

IDE1 : C'est possible, le tabac, les toxiques, ça reste un sujet quand même délicat, et en psychiatrie les patients, c'est quand même des choses auxquels ils tiennent beaucoup et... ils ont leurs raisons, je veux dire, c'est valable.

Chercheur 1 : C'est quoi les raisons qu'ils expriment ?

IDE1 : Beaucoup l'anxiété, beaucoup l'isolement aussi... Donc finalement il y en a beaucoup qui vont fumer pour passer le temps concrètement, parce qu'ils sont seuls. Ou aussi ceux qui essayent de diminuer leur consommation de cannabis, ils peuvent avoir tendance à fumer plus de tabac.

Chercheur 1 : Quand il y a une prise en charge du tabac, de qui émane la demande généralement ?

IDE1 : En général ça vient du patient. Ça pourrait être proposé aussi par le soignant mais moi je ne l'ai pas encore fait.

Chercheur 1 : Et quand un patient veut être accompagné sur un arrêt, quelles sont ses motivations ?

IDE1 : Il y a quand même assez régulièrement le motif financier parce qu'aujourd'hui fumer ça coûte quand même très très très cher. Les patients ont quand même des revenus faibles en général donc déjà ça leur prend une bonne partie de leur budget mensuel et c'est compliqué. Souvent aussi il y a beaucoup de trafic de cigarettes avec des mises en danger.

Chercheur 1 : Du trafic ? Hors de l'intra hospitalier aussi ?

IDE1 : Ah oui oui, pour que ça soit moins cher ils vont acheter des cigarettes qui viennent de je sais pas où. Ça leur arrive aussi d'acheter des cigarettes à l'unité, voilà. J'ai déjà vu sinon des patients récupérer des mégots dans des cendriers, les rallumer et les finir comme ça, dans la rue ou devant le CMP, ou en intra. En psychiatrie c'est quand même très fréquent. Ou alors de récupérer le peu de tabac qui reste d'un mégot pour le mettre comme ça dans leur pochette de tabac

Chercheur 1 : La prise en charge du tabagisme a été abordée au cours de ta formation ?

IDE1 : [rires] Honnêtement je ne m'en souviens pas ! Certainement, enfin, je pense que oui. Après comme toute formation c'est pas quelque chose qui reste forcément comme bagage malheureusement.

Chercheur 1 : Et est ce que la question du tabac est parfois abordée au CMP, entre collègues, lors de réunions d'équipe ?

IDE1 : Depuis que je suis là, non, j'en ai pas entendu parler.

Chercheur 1 : Pour quelle raison ?

IDE1 : Parce que le tabac c'est d'abord de l'ordre de la responsabilité de chacun. Et puis souvent il y a des consommations qui posent plus problème, comme des drogues donc ça fait relativiser le tabac un petit peu aussi. Finalement c'est presque, ouais bon bah vas-y ok, fume, il fume des cigarettes, mais bon s'il prend pas de cannabis, il prend pas d'autre chose... C'est moins pire j'ai envie de dire. Et puis aussi je suis un peu mal placée pour dire à quelqu'un... Enfin c'est pas parce que je fume que je peux pas donner des conseils, mais quand même je me sens un petit peu moins légitime pour ça. [rires]

Chercheur 1 : Au niveau du CMP qu'est ce qui pourrait empêcher ou être un frein à une meilleure prise en charge du tabagisme des patients ?

IDE1 : Non je vois pas. C'est un sujet qu'on pourrait aborder assez facilement lors de la préparation des piluliers etc. Après sans formation on a pas vraiment les outils non plus, mais il y a des choses qui pourraient être mises en place.

Chercheur 1 : Quoi par exemple ?

IDE1 : Peut-être des outils pour pouvoir expliquer aux patients les effets du tabac, peut-être s'interroger sur la consommation et les traitements qu'ils prennent quotidiennement, il y a peut-être un espace ici quand même. Peut-être qu'ils n'ont pas toutes les informations que tout le monde peut avoir sur la santé, sur les effets de la consommation de tabac au long cours, en grande quantité. Parce qu'en général les patients sont quand même des gros fumeurs la plupart du temps. S'ils fument, ils fument beaucoup. Ça fait partie du rôle qu'on a de prévention sur la santé physique. On le fait beaucoup plus facilement par exemple sur le sport. Le sport on a tendance en général à en parler assez souvent. « ça serait bien d'aller un peu marcher, de prendre l'air » etc. On le fait aussi sur l'alimentation, on leur pose quand même souvent la question sur ce qu'ils mangent, comment ils se nourrissent. Donc mine de rien on pourrait quand même facilement aborder le sujet du tabac. Mais peut être que du coup en y réfléchissant maintenant, c'est peut-être un sujet un peu tabou quand même.

Chercheur 1 : Pour quelle raison ?

IDE1 : Je sais pas. Enfin peut être que pour moi, enfin, la cigarette est quand même bien liée aux émotions aussi, et peut être qu'à ce moment-là, ils ont des émotions qui sont déjà difficiles à comprendre, à canaliser, à analyser, je me dis que malheureusement, c'est quelque chose auxquels ils se raccrochent, dont ils ont besoin. Donc je pense que ça serait pas si simple d'aborder le sujet. Après peut-être que mes collègues l'abordent plus facilement que moi, c'est peut-être parce que je suis fumeuse aussi que j'en parle moins facilement.

Chercheur 1 : Tu parlais tout à l'heure de l'impact que ça pouvait avoir sur les traitements ?

IDE1 : Oui, on sait que fumer a un fort impact sur l'efficacité des traitements, en tout cas je le sais pour le cannabis, pour le tabac je sais pas.

Chercheur 1 : Pour en revenir sur l'organisation du CMP, est ce que tu vois d'autres choses qui pourraient être mises en place concernant le tabac ?

IDE1 : Déjà peut être que si on affichait la volonté du CMP à les inciter à réfléchir sur cette consommation, ne serait-ce qu'avec une affiche ou quelque chose, peut-être que les patients nous interpelleraient, en nous demandant « pourquoi ? qu'est-ce que c'est ? », et pourquoi pas envisager tout type de projet autour de ça. Ça pourrait être des groupes de parole, des choses à mettre en place avec les infirmières d'addicto. Après il faut voir avec la situation actuelle. Le covid a mis un terme à toutes les activités au sein du CMP. Il y a des patients qui sont demandeurs mais pour l'instant rien n'a été remis en place. Et puis, l'effectif a été diminué et donc la charge de travail a augmenté. Donc malheureusement... C'est d'ailleurs le sujet de notre prochaine réunion d'équipe. On aimerait faire des activités mais actuellement on a pas le temps en fait. On pourra pas faire les choses correctement, et si c'est pour faire de l'occupational, je suis pas sûr que ça ait grand sens.

Chercheur 1 : Donc plus difficile de faire des activités de groupes actuellement sur la question du tabac. Et des activités individuelles ?

IDE1 : Non mais tout est possible, après il faut s'organiser, et il faut que l'équipe soit d'accord aussi. Si le projet n'est pas soutenu, c'est compliqué je pense. Il faut aussi que ça soit validé au niveau de l'encadrement, des médecins...

Chercheur 1 : Il pourrait y avoir des réticences ?

IDE1 : Je ne pense pas, parce que l'équipe est majoritairement non fumeuse. Ils seraient même partisans je pense.

Chercheur 1 : Parce que tu trouves qu'il y a une différence sur la vision du sevrage en fonction du statut tabagique du soignant ?

IDE1 : Non je pense pas. Parce que moi je suis fumeuse et je serai ravie d'aider les patients à arrêter leur consommation et voilà, si c'est leur choix je peux que les accompagner là-dedans, tant mieux pour eux. Je pense qu'on aurait tous le même investissement.

Chercheur 1 : Malgré les bénéfices dont on a parlé tout à l'heure que peut en retirer le patient de sa consommation, l'aide à l'arrêt est toujours souhaitable ?

IDE1 : Oui après il faut travailler avec eux sur ce que ça a de positif, sur les effets négatifs que ça peut engendrer, et après il y a toujours des choses à mettre en place. S'il s'en servait pour gérer le stress, bon en général des traitements anxiolytiques ils en ont en général déjà, mais après on peut mettre en place des activités, des substituts...

Chercheur 1 : Pour résumer un peu ce qu'on a dit, comment tu vois la place de l'infirmier en psychiatrie dans la prévention et l'accompagnement du tabagisme ?

IDE1 : Je pense qu'on devrait être un peu plus investis et faire plus dans ce sens-là. On est beaucoup plus sur le sevrage de drogues, cannabis, cocaïne, et du coup on fait moins sur le tabac, je pense quand même qu'on devrait s'y pencher aussi. Après il faudrait aussi qu'il y ait des formations pour. Il y en a mais c'est toujours pareil, être intéressé par le sujet, avoir envie d'y travailler et après se donner les

moyens pour faire changer les choses à ce niveau-là. C'est des choses qui pourraient se faire facilement en sollicitant l'équipe d'addictologie qui est quand même très présente sur le CHAI, elle travaille beaucoup et je sais que les infirmières qui y travaillent sont disponibles et se donnent les moyens d'aider les patients au mieux.

Chercheur 1 : Est-ce que tu as constaté un changement sur la question du tabagisme en psychiatrie ces dernières années ?

IDE1 : Déjà ils ne fument plus dans les locaux alors qu'avant ils fumaient dans les locaux du CMP, en intra. Donc ça a changé, c'est quand même plutôt bien respecté. Sinon il y en a beaucoup aussi qui se sont mis à vapoter, certainement que ça revient moins cher en terme coût. C'est une autre prise en charge après l'accompagnement à l'arrêt des gens qui vapotent, même si ça reste dans la même idée.

Chercheur 1 : C'est quoi ta position, ton regard sur le vapotage ?

IDE1 : J'aurai tendance à être contre l'idée du vapotage. Après j'ai pas les connaissances pour dire si c'est mieux ou pas. Comme je ne sais pas en tout cas je n'irai pas encourager quelqu'un à arrêter le tabac si c'est pour qu'il vapote derrière. C'est un peu cache misère. Je suis pas sûr que ça ait de meilleurs effets. Même si apparemment, j'ai entendu dire, mais c'est des on-dit, que les pneumologues pensent que c'est mieux. Moi en tout cas je préférerais accompagner le patient dans une diminution de sa consommation de tabac par des substituts etc, plutôt que de passer par la vapoteuse. J'ai pas assez de recul en tout cas.

Chercheur 1 : Donc pour l'arrêt tu privilégierais les entretiens et les substituts. Et les autres médicaments ?

IDE1 : A part les substituts nicotiniques, je ne connais pas. En tout cas sur les ordonnances de mes patients il n'y a pas d'autres traitements spécifiques pour l'aide à l'arrêt. Ou alors des anxiolytiques, mais c'est pas directement pour diminuer leur consommation. On a quand même peu de moyens. A part donner le substitut...

Chercheur 1 : Est-ce que tu te sens suffisamment informée sur l'usage des substituts nicotiniques ?

IDE1 : Oui je connais un peu. Et on trouve facilement les informations nécessaires sur internet. Par exemple avec ma patiente tout à l'heure j'ai pu vérifier pour comprendre de quel dosage elle me parlait et vérifier la posologie avant d'en parler au médecin.

Chercheur 1 : Est-ce que tu as remarqué un profil de patient qui fumerait plus que les autres ?

IDE1 : J'aurai tendance à dire que les psychotiques fument plus. On les voit quand même très souvent avec une cigarette. Et en général c'est des gros fumeurs.

Chercheur 1 : Est-ce que le statut tabagique est toujours demandé aux patients, combien ils fument ?

IDE1 : Pas du tout. En intra plus, mais pas en extra. Et les patients n'en parlent pas spontanément. Ils viennent au CMP pour une raison précise, pour un rendez-vous, pour leur injection, pour voir le médecin. Ils viennent pour quelque chose de précis. Moi personne n'est venu avec cette demande-là, la question du tabac. On est moins dans leur quotidien qu'en intra, ne serait-ce que quand on discute avec quelqu'un qui est en train de fumer, la question est plus facile à poser, le dialogue est plus naturel.

Chercheur 1 : Pour finir, est ce qu'il y a des points importants que l'on n'a pas encore abordé ?

IDE1 : Non je pense qu'on a fait le tour de la question, c'est déjà pas mal !

## IDE 2

Chercheur 1 : Pour commencer, est ce que tu peux me donner le dernier exemple d'accompagnement d'un patient fumeur que tu as pu faire au CMP ?

IDE 2 : [rires] Alors je ne vais peut-être pas bien répondre à cette question parce que j'ai pas l'impression que c'est très pris en charge. Heu... on s'en préoccupe, on fait un peu d'éducation thérapeutique, à leur dire qu'il faut qu'ils fassent attention mais c'est pas un sujet qui est très abordé... heu... Je réfléchis en même temps, hein...

Chercheur 1 : Bien sûr.

IDE 2 : Après la cigarette elle a quand même une place très importante chez les patients ici, que ça soit pour lutter contre l'ennui, que ça soit pour l'anxiété, que ça soit par habitude, que ça soit par mimétisme entre patients aussi pour être inclus socialement, mais du coup je trouve que nous en tant que soignants, enfin moi personnellement, c'est une chose sur laquelle je ne vais pas insister plus que ça avec le patient, à part si du coup il y a des risques pour sa santé, aigus je veux dire, réels. Mais c'est souvent une béquille qu'on leur laisse un petit peu utiliser je pense.

Chercheur 1 : Ouais. Du coup tu n'as pas forcément d'exemple de prise en charge exprès d'un patient par rapport à ça.

IDE 2 : Non.

Chercheur 1 : Mais est ce que tu te rappelles d'un moment où tu as été confronté au tabagisme d'un patient, où ça t'a posé question d'une manière ou d'une autre ?

IDE 2 : Oui, alors pas de prise en charge spécifique effectivement mais pas exemple hier j'ai accompagné un patient aux urgences pour un risque suicidaire et du coup on discutait un petit peu de son mal-être et il me disait qu'il se réveillait plein d'angoisses à 5 heures du matin et que le premier réflexe qu'il avait c'était de fumer et que du coup c'est devenu une habitude maintenant pour lui de se réveiller en plein milieu de la nuit justement pour fumer. Donc on ne savait même pas quelle était la place de l'angoisse, quelle était la place de l'habitude, du besoin de la cigarette. Donc moi ce que j'ai fait c'était de discuter un peu avec lui, de voir comment on pouvait remplacer aussi cette habitude, pas pour qu'il arrête de fumer totalement, mais pour qu'il arrête de se réveiller dans la nuit et que ça soit pas trop gênant pour lui cette consommation. Essayer de voir aussi quelle était la fonction de la cigarette la nuit, qu'est ce qu'elle venait apaiser chez lui. Enfin voilà, l'entretien c'est fait un peu autour de ça. Après je dirais que j'étais pas dans un but de lui interdire ou de le disputer. C'était pas moralisateur mais c'était histoire de comprendre ce que cette cigarette elle venait apaiser chez lui. Voilà...

Chercheur 1 : D'accord, donc il y aurait un gros lien entre tabagisme et anxiété, émotions...

IDE 2 : Oui... Oui, oui clairement. Qui fait même des fois un peu fonction d'anxiolytique pour eux. Plutôt que de prendre un médicament ils vont s'allumer une cigarette, c'est le premier réflexe qu'ils ont, et qui après se transforme en besoin, en nécessité, en quelque chose qui n'est pas décalable pour eux.

Chercheur 1 : Et ça dans l'exemple dont tu me parlais ça s'exprimait dans le discours du patient dont tu me parlais, mais est-ce qu'au sein des locaux du CMP le tabac se manifeste d'une façon particulière ?

IDE 2 : Oui. Par exemple ce patient là que j'ai beaucoup vu cette semaine, j'ai reçu son père en entretien et le temps que j'aie cherché son père en salle d'attente le patient me dit « mais non mais là il faut que j'aie fumer, ça va pas ». Donc en fait j'accordais 5 minutes de coupure d'entretien pour qu'il puisse sortir aller fumer, parce que je sentais que c'était vraiment quelque chose qui était pressant, qui n'était pas décalable encore une fois et qui agissait un peu comme anxiolytique pour dans une phase aigüe de sa situation. En l'accompagnant aux urgences hier c'est moi qui ai conduit et encore une fois il n'a pas pu attendre d'être sur le parvis des urgences pour fumer, il a fallu allumer

une cigarette dans la voiture. Et ça a permis de détendre un peu l'atmosphère pour lui, de redescendre un peu en pression, de pouvoir décaler un peu notre conversation, de pouvoir parler d'autre chose. J'ai trouvé en tout que cette cigarette avait une fonction à ce moment-là qui était intéressante.

Chercheur 1 : Et tu dirais que c'est une situation particulière, spécifique, ou que d'une façon ou d'une autre elle est représentative du tabagisme des patients ?

IDE 2 : Je dirais que c'est quand même assez représentatif des patients qu'on peut rencontrer ici, parce que du coup le CMP est organisé avec une cour juste devant et les patients se retrouvent pour fumer ensemble, c'est aussi un moment d'échange. Donc la cigarette à mon sens elle a quand même une place très importante, entre eux et dans les soins et dans la manière dont ils vont se retrouver entre patients. Ça va permettre de créer du lien, c'est un peu le moment rituel [rires] avant de voir le médecin ou l'infirmière, « je fume ma clope », alors qu'ils viennent de dehors, ils pourraient très bien fumer avant, mais ils s'arrêtent juste devant le CMP, discuter entre eux et fumer leur clope. Donc j'ai l'impression tout de même que ça permet de faire rencontre et peut être faire descendre un peu la pression avant l'entretien avec un médecin qui peut parfois être anxiogène.

Chercheur 1 : Donc à la fois un aspect de socialisation et anxiolytique. Et du coup tu disais qu'il y avait un lieu dédié dans le CMP.

IDE 2 : [rires] Alors pas dédié pour ça mais en tout cas ils se le sont approprié, juste devant l'entrée, et ils se retrouvent tous au même endroit, sans que ce soit clairement dit que c'était ici qu'on fume. Il y a peut-être quelque chose qui se transmet par habitude, par mimétisme. Mais en tout cas ça rassemble les patients. Et c'est comme ça qu'ils se rencontrent parce que sinon dans la salle d'attente personne ne se croise, surtout qu'en temps de covid on ne fait plus trop d'activités, plus trop de sorties donc c'est la seule façon qu'ils d'être en lien entre eux aussi.

Chercheur 1 : Et est ce qu'il y a d'autres endroits ?

IDE 2 : C'est vraiment juste devant, non non, il n'a pas d'autre endroit. Dans le passé je sais que ça pouvait se faire dans les locaux mais maintenant non, c'est plus possible. C'est juste dans cette situation d'urgence comme je te disais où je l'ai autorisé à fumer dans la voiture mais parce que je sentais que c'était pas possible autrement. Mais ici les règles sont tellement rigoureuses que personne ne fumera à l'intérieur, même en cas de situation d'urgence on ne laissera pas faire.

Chercheur 1 : Et les temps pour fumer se font parfois avec les professionnels ?

IDE 2 : A ma connaissance il y a juste la secrétaire qui fume, et temps en temps elle sort devant son bureau pour fumer et dans ces cas-là elle reste un peu dans son coin. Moi je ne suis pas fumeuse personnellement mais quand j'ai un patient avec qui j'ai un bon lien ou que j'ai du temps, ça m'arrive des fois d'aller avec eux, de discuter avec eux, de participer à ce temps-là sans pour autant partager une cigarette avec eux. Eux ils fument mais ça permet d'avoir un échange à ce moment-là. Mais c'est pas souvent, c'est surtout quand il fait beau ! [rires]

Chercheur 1 : Au niveau du CMP, est ce qu'il y a un positionnement particulier concernant le tabagisme ?

IDE 2 : Non. Pas que je sache. Alors après je ne suis arrivée qu'il y a 6 mois donc peut être que quelqu'un d'autre te dira autre chose, mais pas que je sache, il n'y a pas de conduite à tenir ni de protocole particulier. Après juste faire attentions aux mégots, [rires] des règles environnementales d'hygiène. Parce que des fois il y a en a qui jettent leurs mégots par terre et on leur demande de ne pas faire ça.

Chercheur 1 : C'est une situation fréquente ?

IDE 2 : Non pas plus que ça, j'ai l'impression qu'ils sont très bien rodés, qu'ils ont l'habitude, donc c'est une fois de temps en temps quand il y a un patient un peu décompensé qui n'est pas capable de penser à mettre son mégot dans le cendrier. Dans ce cas-là on fait un petit rappel.

Chercheur 1 : Si je résume au CMP le tabac n'a pas l'air de poser tellement de problème, c'est plus une façon pour les patients de se retrouver.

IDE 2 : Non ça ne pose pas de problème mais effectivement ça a cette fonction de rassembler, de passer un moment, et de se rencontrer. Et c'est souvent dans ces moments-là, on finit une activité, les soignants sont en train de faire autre chose, on regarde par la fenêtre et ils sont en train de fumer leur clope et de discuter entre eux, alors que c'est pas forcément des gens qui se seraient rencontrés ou rapprochés dans un contexte différent, mais là voilà la cigarette c'est le seul lien qu'ils ont pour être ensemble, pour des personnes complètement différentes, qui seraient peut-être pas allées les unes vers les autres si il y avait pas ça justement.

Chercheur 1 : Sinon est ce qu'ici au CMP vous disposez de moyens pour accompagner les patients fumeurs ?

IDE 2 : Les accompagner dans quel sens ?

Chercheur 1 : Si tu devais par exemple proposer à un patient une discussion autour du tabac, une réduction ou un sevrage, est ce que tu sens qu'il y a ce qu'il faut au CMP ?

IDE 2 : Alors ça se fait plus souvent au niveau des médecins. Des fois avec nous quand ils nous disent qu'ils aimeraient diminuer leur consommation ou arrêter, dans ces cas-là on réoriente vers le médecin ou alors on leur donne le numéro de tabac info service. Mais à ma connaissance, enfin moi en tout cas je suis pas vraiment formée pour aller là-dedans et je me sentirais peut être pas parce que j'ai pas les informations nécessaires. Mais du coup ça se fait en entretien avec les psychiatres, où là ils en parlent, de leur envie ou leur projet d'arrêter, et il y a souvent ou presque tout le temps une prescription de patchs, de gommes, de substituts quoi. Mais j'ai pas l'impression qu'il y ait un accompagnement plus important que celui-ci. En plus de la prescription et du numéro vert, enfin, il y a pas grand-chose d'autre.

Chercheur 1 : Et donc vous votre rôle là-dedans ça serait plus d'orienter vers le médecin ?

IDE 2 : Oui, oui je pense. En plus souvent les patients savent qu'on ne peut pas prescrire, et ils sont à la recherche de ça. La plupart des patients qui m'en ont parlé, ils savent vers quoi ils veulent aller, une prescription, et donc ils passent par moi pour que je puisse en parler au médecin ou que je puisse leur transmettre une ordonnance du médecin. Donc oui je dirais que c'est un rôle de réorientation vers le médecin. Après quand le sujet est abordé en entretien infirmier, j'en profite pour leur demander où ils en sont, faire le point mais je dirais que j'ai pas trop d'outils non plus pour les accompagner plus que ça. Et ça manque parce que je pense que ça pourrait être intéressant d'avoir plus de moyens pour les aider.

Chercheur 1 : Ça pourrait être quoi justement ?

IDE 2 : Oh je dirais une petite formation pour avoir des connaissances un peu plus poussées, savoir comment diriger un entretien en lien avec la problématique du tabac. Oui voilà, une formation.

Chercheur 1 : Qui serait proposée par qui ?

IDE 2 : Par l'hôpital, ou par des soignants qui sont formées, mais que la question puisse être plus souvent abordée. Là c'est vrai que ça passe un peu à la trappe. C'est pas sur le devant de la scène parce qu'on traîne d'autres choses qui semblent, pour nous, plus importantes, mais pour eux c'est pas toujours le cas parce qu'ils ont le tabac en tête, qu'ils ont besoin ou envie d'arrêter. Et du coup pour nous c'est un peu mis de côté. Enfin c'est le sentiment que j'en ai.

Chercheur 1 : Donc il y a des patients qui arrivent avec une demande d'arrêt de tabac spontanément par eux même, qui savent ce qu'ils veulent.

IDE 2 : Mais oui, oui, et c'est souvent le cas et du coup ils se sont déjà renseignés, « j'ai un ami qui a ça », « je veux ça », « je veux des gommes », donc ils font la demande au médecin qui prescrit ce qu'ils demandent.

Chercheur 1 : Donc il y a une demande qui émane du patient.

IDE 2 : Oui et j'ai l'impression que quand on traite le sujet c'est uniquement quand ça vient du patient. Enfin moi j'ai jamais vu un soignant, un médecin, aborder ça sans que ça soit le patient lui-même qui le demande.

Chercheur 1 : La prescription des traitements substitutifs c'est uniquement les médecins qui le font ?

IDE 2 : Oui. Et par exemple quand on fait des piluliers avec ces patients qui ont cette prescription, nous on a l'ordonnance avec tous les traitements avec en plus par exemple un patch, nous on s'occupe du pilulier, on remplit tout, mais le patch c'est le patient qui gère. Donc c'est complètement mis à part des traitements psy. Nous on le laisse gérer sa boîte et va s'occuper du reste, et en tout cas moi je vais pas forcément le questionner à savoir où est ce qu'il en est avec le tabac. Et c'est un peu dommage je trouve... On devrait s'y pencher.

Chercheur 1 : En ce qui concerne la collaboration avec les autres professionnels, tu as parlé des médecins, de tabac info service, est ce qu'il a autre chose ?

IDE 2 : Alors moi je ne les connais pas. C'est vrai que pour l'addictologie qu'on rencontre ici, l'alcool, le cannabis, l'héroïne, on a tendance à orienter vers des partenaires extérieurs, mais c'est vrai que pour le tabac... D'ailleurs c'est vrai qu'on pourrait peut-être les orienter de la même façon sur ces structures comme point-virgule, mais... je ne sais pas [rires]. A part les médecins pour les prescriptions et tabac info service pour ceux qui le souhaitent, ça s'arrête là.

Chercheur 1 : Donc si je résume c'est un problème qui est amené par certains patients qui souhaitent arrêter et qu'on règle quand ça se présente, sur le moment, par les substituts.

IDE 2 : Oui c'est ça. Et pour certains patients qui veulent arrêter de fumer mais qui sont dans d'autres problématiques comme des décompensations psychiatriques et qui veulent arrêter de fumer, souvent on leur dit que c'est pas le moment d'arrêter et que non on va peut-être pas prescrire un substitut et que pour l'instant on règle la décompensation et que pour le tabac on verra après [rires].

Chercheur 1 : Quelle est la crainte si on s'occupait du tabac au moment d'une décompensation ?

IDE 2 : On préfère prioriser, se focaliser sur le mal-être qui est déjà présent, que ça va peut-être pas les aider d'arrêter, que ça va rajouter du mal-être sur du mal-être et qu'ils sont peut-être pas en mesure de gérer ça vu qu'ils sont pas en pleine possession de leurs moyens sur le moment. Donc on recentre la problématique sur ce qu'ils vivent en ce moment. Mais du coup c'est vrai que quand on leur dit ça « on règle d'abord la décompensation et après on verra », et ben on voit jamais après en fait ! [rires]. C'est-à-dire que ça passe un peu à la trappe.

Chercheur 1 : Donc tu avais l'air de dire qu'il serait souhaitable de mettre en place plus d'intervention à ce sujet au CMP, si ça ne se fait pas actuellement tu dirais que c'est quoi les causes ?

IDE 2 : Je pense que c'est une histoire de priorisation. Ça passe après parce qu'on considère que c'est pas si grave que ça par rapport aux troubles qu'ils ont ou aux autres addictions qu'ils ont. J'ai l'impression que c'est plutôt ça. Peut-être aussi par manque de temps, pas manque de moyens, de formation. Et peut-être parce qu'on ne mesure pas la gravité de cette problématique telle qu'elle est. Enfin moi je pense que c'est plutôt pour ça.

Chercheur 1 : Si demain un soignant voulait mettre en place des choses concrètes à ce sujet est ce qu'il y aurait des obstacles ?

IDE 2 : Non. Non je pense pas parce qu'on a toutes des spécificités différentes et qu'on a toutes mise en place des choses qui ne l'étaient pas avant, sur des problématiques de santé publique autres que le tabac et qui sont tout à fait bien accueillies, et il y a la place pour ça. Donc je pense que c'est tout à fait personnel dépendant. Et donc par rapport aux représentations que l'on a, peut être que c'est tout simplement un manque d'intérêt, je ne sais pas.



Chercheur 1 : Parmi ces représentations dont tu parles, lesquelles pourraient être un levier ou un frein à cette prise en charge là ?

IDE 2 : C'est pas une question facile ! [rires] Non mais peut être que si un soignant se sent engagé ou se sent impliqué dans la lutte contre le tabac, peut être que ça pourrait aider les choses. Mais j'ai pas l'impression que ça soit le cas... Vraiment j'ai l'impression que c'est personnel-dépendant et qu'il faut qu'il y ait quelqu'un avec cette vision qui veuille porter ça. Mais vraiment j'ai l'impression qu'il y aurait la place pour ça, qu'il n'y aurait pas d'obstacle mais qu'au contraire ça pourrait être très intéressant dans la prise en charge globale du patient. Maintenant c'est une question d'intérêt et il faut attendre que ça vienne d'un soignant informé, motivé, qui sensibiliserait le reste de l'équipe. Et je me dis, je ne sais pas si ça se fait sur le CHAI, mais même une formation d'équipe, que toute l'équipe soit sensibilisée, et même qu'il y ait un soignant qui vienne nous en parler, nous montrer qu'il y a la place pour cette prévention-là, et bien peut être qu'on y serait plus sensible aussi. Peut être qu'on y est pas sensible parce qu'on y a pas été sensibilisé ! [rires]

Chercheur 1 : Et bien sans vouloir te mettre la pression, imaginons que ça soit toi ce soignant motivé qui voudrait mettre des choses en place, qu'est-ce que tu pourrais imaginer ?

IDE 2 : [rires] Et bien je dirais déjà m'en préoccuper sur chacun de mes entretiens avec les personnes fumeuses. Parce que je reçois beaucoup de gens dans les journées et c'est des sujets que je n'aborde jamais. Je pose des questions tout à fait bateau sur d'autres sujets mais jamais sur le tabac, c'est vrai que ça ne me préoccupe pas. Donc déjà juste poser la question au patient, d'inclure cette thématique-là dans mes entretiens ça serait une bonne chose. Et pourquoi pas, c'est con mais juste mettre des affiches en salle d'attente, des prospectus, en plus c'est vrai qu'il y a la place ! Donc voilà mettre ça en place. Mais déjà juste d'aborder directement le sujet avec chaque patient je pense que ça serait la base.

Chercheur 1 : Très bien. D'autres idées ?

IDE 2 : Je réfléchis... On a un groupe de parole ici au CMP qui est animé par la psychologue et une infirmière et je ne sais pas quelles sont les thématiques abordées mais peut être que d'aborder en groupe la question du tabac ça pourrait être intéressant, voir ce que les patients en pensent... Fumeurs et non-fumeurs aussi d'ailleurs. Donc peut être oui qu'un groupe de patients sur le sujet du tabac animé par des soignants ça pourrait être intéressant. De la même manière qu'actuellement on a un groupe de parole, de jeux de société, de gymnastique, de relaxation et de mandalas. Mais on ne parle jamais du tabac ! [rires]

Et après sur la question des partenaires extérieurs comme point-virgule, je pense que les inclure dans nos prises en charge sur le tabac ça pourrait être riche pour nous.

Chercheur 1 : Très bien. Bon a déjà dit beaucoup de choses. Pour résumer, de manière générale, comment tu te représentes ta place d'infirmière de CMP dans la prévention du tabagisme chez les patients ?

IDE 2 : Et bien je pense qu'elle pourrait avoir une place importante ! [rires] Bien qu'aujourd'hui cette place soit inexistante parce qu'encore une fois je n'y suis pas sensibilisée, je n'y suis pas formée. Mais effectivement je pense qu'on a un rôle à jouer là-dedans, clairement. Même ne serait-ce qu'un rôle d'écoute, pas forcément accompagner un arrêt, mais au moins de discuter de la fonction du tabac et de questionner son importance, qu'est-ce que vient faire le tabac chez le patient, enfin voilà ! Un rôle d'écoute, avoir quelqu'un avec qui les patients puissent aborder le sujet, je pense qu'on est là pour ça et que... Mais du coup on le fait pas ! [rires] Enfin moi en tout cas je ne le fais pas. Mais du coup c'est intéressant de pouvoir te rencontrer parce que ça me pose question et maintenant je me dis que j'aurais une petite pensée pour le tabac pendant mes entretiens ! Mais vraiment je pense qu'une formation, ou même juste une sensibilisation serait quand même importante.

Chercheur 1 : Sinon est ce que tu as constaté un changement dans ton rapport à la question du tabac chez les patients dans ces dernières années ?

IDE 2 : Alors oui, j'ai l'impression que ça me préoccupait plus avant, dans le sens où j'ai l'impression qu'il y avait plus de gens. J'ai l'impression que ça se calme un petit peu qu'il y a moins de gens qui

fument donc du coup ça me préoccupe un peu moins à l'heure actuelle. Et aussi j'ai l'impression que ça me préoccupe un peu moins avec des patients psy, chroniques, parce que je me dis que la cigarette a une fonction et que qu'ils en ont besoin et que... Enfin voilà il y a plus de souplesse dans mes représentations quand il s'agit d'un patient psychiatrique. Je pense que la cigarette elle vient combler quelque chose, et qu'ils en ont besoin, et qu'ils ont déjà tellement de problèmes ailleurs que du coup je ne me vois pas agir pour un arrêt. Alors que c'est con ! [rires] Je pense que la cigarette apporte beaucoup à ces patients parce qu'ils sont très isolés la plupart du temps et que grâce à ça, ça crée un lien social quoi est facile et qui en un sens peut être bénéfique aussi pour eux. Je suis pas sûre qu'ils parviendraient à créer autrement un lien avec quelqu'un sur le parvis du CMP.

Chercheur 1 : Est-ce que tu as des éléments importants à ajouter ?

IDE 2 : Non, mais je trouve que c'est intéressant de faire ta thèse là-dessus ! Mais du coup moi ça me questionne parce qu'effectivement quand j'ai vu ton mail, quand on m'a dit sur quoi c'était je me suis dit « mais pourquoi ? » [rires] Mais après en réfléchissant et là en parlant avec toi, c'est vrai que je me rends compte que c'est quelque chose qu'il faut qu'on traite, qu'on s'en occupe et qu'on ne fait pas. Donc c'est bien, ça permet de se questionner !

### IDE 3

Chercheur 1 : Alors pour commencer, peux-tu me donner le dernière exemple d'accompagnement d'un patient fumeur ?

IDE 3 : Ouuh là... Mais tu veux dire un accompagnement dans le cadre de... de sa consommation ? Ou simplement d'un fumeur ?

Chercheur 1 : ça peut être les deux

IDE 3 : Parce que dans le cadre d'un arrêt de la clope... Et si, c'était un patient des Oréades... Enfin ça m'est arrivé effectivement une fois euh... oui, aux Oréades. Un monsieur qui fumait beaucoup, c'est-à-dire l'équivalent de... je sais pas trop maintenant, les boites là qu'on roule... voilà, ça, et donc il fumait deux boites par semaine. Et c'était un monsieur en fait ce qui le motivait, c'était l'argent. Il souhaite faire des économies, pour se faire plaisir. Donc la motivation de l'arrêt de la clope c'était ça, faire des économies. Donc moi je lui ai conseillé d'aller au CHU. C'est où qu'il y a le centre de... ?

Chercheur 1 : Tabacologie ?

IDE 3 : Oui...

Chercheur 1 : Il y en a CHU oui.

IDE 3 : Et ben c'était au CHU, il a tenté effectivement un accompagnement et... en fait il a pas tenu. En fait c'est quelqu'un qui est très isolé donc du coup la cigarette c'était sa copine. Quand j'allais chez lui on sent vraiment que c'était l'appartement du fumeur. Tout est imprégné de tabac froid.

Chercheur 1 : Donc dans cette situation c'est lui qui avait une demande d'arrêt.

IDE 3 : Voilà, mais motivée, c'est vraiment important, par rapport à l'argent. Il avait un rapport à l'argent qui était... particulier.

Chercheur 1 : C'était sa principale source de motivation.

IDE 3 : C'était son unique source de motivation....

Sinon je suivais une vieille dame-là qui était au foyer logement, très baba cool, qui a fumé toute sa vie, et je suis pas sûre qu'elle ait fumée que du tabac d'ailleurs... peu importe... et qui vient d'arrêter de fumer. Et en fait, pareil, c'est fou ça, par rapport à l'argent. Sauf qu'elle a fait un syndrome confusionnel brutal et j'ai appris après coup qu'elle s'était arrêtée de fumer brutalement. Elle a arrêté du jour au lendemain, et je me suis posé la question effectivement de savoir s'il y avait pas un lien.

Chercheur 1 : On n'a pas retrouvé de cause à ce syndrome confusionnel ?

IDE 3 : Non, mais chez la personne âgée le syndrome confusionnel généralement ça masque un problème organique. Donc là j'ai fait intervenir le médecin traitant qui n'a rien trouvé.

Chercheur 1 : Par curiosité, même si on s'écarte du sujet qui nous occupe, elle prenait des antipsychotiques ?

IDE 3 : Oui elle était sous clozapine.

Chercheur 1 : D'accord. Il y a peut-être un lien, du fait de l'augmentation du métabolisme de la clozapine avec le tabac, à l'arrêt il a pu y avoir une augmentation des concentration, se retrouver en surdosage et donc confuse.

IDE 3 : Ah ben ça c'est intéressant, on n'en avait pas parlé avec le médecin. Ah ouais, ouais, intéressant.

Chercheur 1 : Et donc pour revenir aux situations dont on a parlé, quel était ton rôle dans la prévention du tabac ?

IDE 3 : Franchement... c'est pas quelque chose dont je me préoccupe moi. Parce que les patients psychotiques sont quand même dans l'oralité. Et que la cigarette c'est quand même... j'avoue que pour le coup ça serait intéressant de voir le pourcentage de psychotiques qui fument. Je pense que c'est énorme. Enorme, énorme. Beaucoup plus que l'alcool. Ça fait vraiment parti de leur quotidien quoi.

Chercheur 1 : Donc ça serait presque constitutif de la pathologie ?

IDE 3 : Ouais, parce que moi je pars du principe que c'est une maladie de... Moi je suis très ancienne école, hein, ça fait 35 ans que je suis infirmière psy donc effectivement, stade oral, anal, etc. Donc pour le coup ça vient effectivement combler... ça vient parler de leur oralité quoi.

Chercheur 1 : C'est-à-dire ?

IDE 3 : Alors oralité c'est tout ce qui passe par la bouche, c'est se remplir, se remplir, se remplir. Donc la cigarette... On peut voir des gens qui s'enfilent une bouteille de coca d'un litre cinq en quelques secondes. Le rapport à la nourriture est très particulier, ça veut dire qu'il y a pas de notion de plaisir, c'est vraiment manger pour manger. Et je pense que la cigarette fait partie de cette oralité-là.

Chercheur 1 : D'accord. Et donc c'est quelque chose sur lequel on ne peut pas avoir de prise ?

IDE 3 : Heu... Moi je ne pense pas... heu... alors... Peut-être, en tout cas moi je n'accompagne pas les gens par rapport à la cigarette, je pense qu'il y a un besoin, et c'est pas ça qui va me préoccuper. Je suis davantage sur la prise en charge des troubles psychiatriques.

Chercheur 1 : Donc il n'y aura jamais d'abord direct ou indirect de cette question-là ?

IDE 3 : Moi c'est vrai que je l'aborde jamais... sauf si eux l'abordent effectivement... Mais en tout cas... Non, non... J'ai tellement vu... parce que moi j'ai fait de l'intra quand même, à une époque, pour dire à quel point, à une époque en intra hospitalier, ça existe toujours hein, les chambres d'isolement, mais elles avaient une autre fonction à l'époque. Je trouve que la psychiatrie a beaucoup évolué. En tout cas la chambre d'isolement c'était un soin d'urgence au départ, et à l'époque on fumait encore dans les institutions. Et effectivement moi à l'époque j'aimais beaucoup travailler l'urgence en psychiatrie donc je m'occupais beaucoup des chambres d'isolement. Mais en fait quand on mettait un patient en chambre d'isolement il y passait toute la journée. Et on passait toutes les demi-heures, pour vérifier. Et du coup je fumais avec les patients. Soit ils avaient pas de clope et donc je leur roulais une clope, en tout cas c'était aussi un moyen de se rencontrer. Effectivement la personne était soit complètement inaccessible, en tout cas voilà, il y avait quand même un champ, à travers la cigarette. C'était intéressant.

Chercheur 1 : Donc ça c'était en intra, est ce qu'en CMP aussi la cigarette peut avoir un rôle similaire ?

IDE 3 : Tout à fait, fumer une clope avec un patient c'est déjà rentrer en contact avec lui, complètement. Ça permet d'enclencher quelque chose. Bon moi je fume plus hein, ça fait... Moi j'étais une très très grosse fumeuse mais je ne fume plus. Mais en tous cas si je continuais à fumer en effet, faire les entretiens à l'extérieur en clopant, ouais ça institue autre chose.

Chercheur 1 : Et les patients ils sont pas demandeurs d'arrêter de fumer ?

IDE 3 : Alors moi ça, ça m'est arrivée qu'une seule fois. Je pense que ça fait vraiment partie de leur pathologie.

Chercheur 1 : Est-ce que tu pourrais m'expliquer le lien du coup entre schizophrénie et oralité ? Comment ça s'articule ?

IDE 3 : L'oralité effectivement... Comment je peux t'expliquer ça moi... C'est un concept qu'est pas forcément reconnu parce qu'actuellement il y a quand même un panel de théories différentes. En tout cas l'oralité, on considère que la personne n'a pas pu dépasser le stade oral. Il y a le stade anal, le stade

phallique, et en fait le stade oral finalement c'est le stade de la tétée, du sein, et donc tout le lien du bébé avec la maman passe par la bouche, par le sein, et le patient n'a pas pu le dépasser.

Chercheur 1 : Et c'est ça qui cause sa maladie ?

IDE 3 : Non j'irais pas jusque-là, enfin certain le disent. En tout cas voilà comment on nous a expliqué ça à l'époque, en effet ils auraient fait une fixette, ils auraient pas dépassé ce stade, et la psychose serait déjà là, inscrite dans leur développement.

Chercheur 1 : Ok. Et venir proposer de façon active un sevrage, ça aurait quelles conséquences dans ce contexte-là ?

IDE 3 : Bah ça aurait comme conséquence que... Enfin si on imagine que c'est possible, moi j'aurai un peu peur que... Enfin il faudrait trouver quelque chose qui... enfin il faudrait déplacer le truc sur autre chose. Pour le coup moi je suis très attirée par les techniques psychocorporelles, donc si je devais effectivement, pour des raisons de santé voilà... imaginons que quelqu'un doit arrêter de fumer pour des raisons pulmonaires, voilà. Donc là moi du coup je proposerais de le prendre en charge sur un plan corporel. Je suis formée à la médiation corporelle. J'ai essayé sur moi donc je connais les effets bénéfiques. Parce que ça déplace le problème. J'ai par exemple des patients qui me disent, « je me shoot au sport ». Voilà. Donc on vient se remplir autrement.

Chercheur 1 : Ça vient se substituer à la fonction que remplissait la cigarette.

IDE 3 : Ouais.

Chercheur 1 : parce que la cigarette remplit quelle fonction chez les patients ?

IDE 3 : Ça a avoir avec l'anxiété et les angoisses. Elle vient calmer cette sensation de vide, se remplir avec autre choses. Ça veut rien dire hein, mais moi en tout cas ça me parle [rires].

Chercheur 1 : Pour en revenir au CMP, dans quelle mesure le tabac est présent en ce qui concerne le lieu, les habitudes des patients ?

IDE 3 : La cigarette c'est dehors, tout simplement. Il est interdit de fumer dans les locaux. Donc les patients, lorsqu'ils sont en avance et veulent trainer dans le CMP, d'eux même ils vont sortir et fumer là, juste devant.

Chercheur 1 : Ils fument entre eux ?

IDE 3 : Oui, ça peut, s'il y a des liens effectivement. La secrétaire ! La secrétaire. Elle fume et en fait elle rencontre pas mal de patients qui viennent fumer avec elle. La secrétaire en plus elle a une place particulière parce qu'elle connaît tous les patients, c'est vraiment la mémoire, le pivot du CMP. Elle connaît tout-le-monde. Et elle a des rapports très particuliers avec eux forcément : elle est pas soignante, elle fume devant son bureau, et donc les gens quand ils sont suffisamment en confiance, ils s'autorisent à passer le temps avec elle, à cloper quoi.

Chercheur 1 : Donc les patients ne fument plus du tout à l'intérieur ?

IDE 3 : A non c'est interdit hein.

Chercheur 1 : Il y a une époque où c'était le cas ?

IDE 3 : Ah oui, oui, oui, jusqu'en... ça date de quand déjà cette loi ? T'ain parce que moi j'ai fumé avec les patients jusqu'en... A la fin ça me revenait tellement cher [rires]. J'avais toujours une clope dans la main avec un petit briquet. Il y avait des cendriers partout dans le service. Et donc je laissais ma clope, je partais faire autre chose, machin, et je retrouvais ma clope ! Les patients savaient que c'était ma clope. Et tout le temps avec mon briquet, je leur disais bah oui, j'ai un briquet de greffé ç la main quoi. Et on fumait ensemble quoi.

Chercheur 1 : Ça changeait les rapports ?

IDE 3 : Ah ouais je pense. Je vois bien quand je vais faire des visites en intra, les soignants peuvent être harcelés quoi. Parce qu'effectivement, quelqu'un qui est un gros fumeur et qui doit être hospitalisé, on lui réduit le truc à cinq clopes par jour, le type tient pas quoi. Et donc du coup ça peut entraîner des attitudes d'agressivité à l'égard de l'équipe soignante quoi. Je veux ma clope ! Je veux ma clope ! Il y a des gens qui passent leur temps derrière la porte. Une gestion de dingue. Donc là pour le coup au CMP on est protégés de ça effectivement.

Chercheur 1 : Et à l'époque où on pouvait fumer dans les CMP ?

IDE 3 : Ah non, moi j'ai démarré les CMP... Alors, parce que j'ai démarré les CMP à Lyon... Par contre c'était un autre boulot, ça a tellement changé ! A l'époque il y avait 6 médecins, 4 psycho et deux infirmières. Maintenant il y a deux médecins, un psycho et 5-6 infirmières. Donc en fait on est plus du tout dans le même paradigme. Quand je bossais à Lyon effectivement je pouvais fumer dans le CMP et heu... On faisait pas le même travail. On recevait les patients, uniquement les gros psychotiques chroniques, qui venaient pour faire leur injection retard par exemple. Et puis sinon on assistait beaucoup aux entretiens avec les médecins. On ne fumait pas par contre dans les bureaux médicaux. En tout cas les médecins avec lesquels je bossais.

Chercheur 1 : Et ici au CMP de [...] est ce qu'il y a un positionnement particulier par rapport à la question du tabac ? Un protocole, des directives... ?

IDE 3 : Non, non, soit ça m'a échappé, mais... non c'est pas quelque chose qui vient sur le tapis. Par contre on est vigilants sur le cannabis. Mais ça c'est un autre sujet, c'est pas celui dont tu traites. On pose la question à tous les patients, savoir s'ils prennent des drogues.

Chercheur 1 : Mais on ne leur demande pas systématiquement s'ils fument.

IDE 3 : Moi non, jamais. En tout cas ça ne me semble pas être la priorité.

Chercheur 1 : Donc ça ne fait pas partie des missions du CMP ?

IDE 3 : Alors c'est une bonne question, parce qu'on a quand même un rôle un peu éducatif, mais moi je me situe pas là quoi, franchement heu...

Chercheur 1 : Un rôle éducatif.

IDE 3 : C'est vrai que par rapport au tabagisme on pourrait peut-être l'introduire dans notre manière d'accompagner les gens. On pourrait faire là même chose par rapport à la clope quoi. « Vous savez, le risque que vous prenez », enfin voilà quoi, « c'est pas anodin, etc. ». Et puis par rapport aux interactions avec les neuroleptiques, leur donner de l'information.

Chercheur 1 : Mais du coup est ce que ça serait le rôle du CMP ? D'autres acteurs ?

IDE 3 : [silence] Ouais, ouais, c'est une très bonne question. Je me la suis jamais posée. Moi je pense qu'on s'adresse de plus en plus à des situations extrêmement complexes, le fait qu'il y a pas de lit, on peut pas hospitaliser les gens, et qu'on est face à des personnes dont la situation psychiatrique est tellement... parfois explosive, tellement... ça prend tout le champ de notre accompagnement. Et je me dit punaise ! Mais il fume, ok, je vais pas en plus lui demander d'arrêter de cloper quoi. Ouais non, c'est pour ça que ça ne me vient pas à l'idée quoi. Il y a d'autres priorités qui passent avant.

Chercheur 1 : Et si les patients étaient moins sévères ?

IDE 3 : Alors en effet. En effet. Sauf qu'aujourd'hui on est tellement... les CMP prennent plus personne, tu verras. Il y a au moins un an d'attente, on prend plus de nouvelle demande. Et moi j'ai bien vu le changement de la population. Il y a 15 ans en arrière c'était très ouvert, on faisait du psycho-social. Il y a des gens qui venaient dans la précarité psychologique mais pas psychiatrique. Parce qu'on avait effectivement le temps de se préoccuper d'une certaine population. Psychologique c'est-à-dire qu'on est pas dans la psychiatrie mais qu'on peut dériver sur de la psychiatrie. On pouvait

faire de la prévention en les accueillant au CMP. Et c'était des prises en charge de courte durée. On les accompagnait sur des événements de vie, qui fait que les gens étaient dans une situation, sur des trucs réactionnels. Là en effet ça aurait eu du sens de les accompagner sur ce travail-là. Ouais ça aurait eu du sens.

Chercheur 1 : Aujourd'hui il n'y a plus le temps de faire ce travail ?

IDE 3 : Je sais pas si on a plus le temps, mais je trouve que la population a tellement changé... Je me souviens quand je travaillais au CMP de Villefontaine, une femme qui était sous oxygène et qui fumait. Donc là effectivement on a passé pas mal de temps à en parler, et j'ai fini par lui dire « faites gaffe quand même de pas vous faire exploser avec votre oxygène ». Et là ça a fait tilt, elle a dit ah ouais c'est vrai... Bon, ça l'a pas empêché de continuer tellement elle était. Ouais c'est une prison quoi la clope.

Chercheur 1 : Et pour les patients comme ça qui souhaiteraient arrêter, de quels moyens tu disposerais pour les aider ?

IDE 3 : Moi à titre perso je passerais par le corporel. Je pourrais aussi les adresser dans les centres. Et puis il y a aussi là, je sais plus... A l'époque il y avait les semaines là... comment dire... d'arrêt du tabac, ça se fait toujours ces trucs-là ?

Chercheur 1 : le mois sans tabac en novembre ?

IDE 3 : Oui ! Donc il y a ça, pouvoir les orienter vers ce genre d'endroit ou manifestation, je sais pas comment je peux dire ça. Mais moi je les adresserais aussi auprès de leur médecin traitant par rapport aux patches. Et puis les trucs à bouffer là, nicorette, enfin tout ça. Et puis je pense que le CHAI il ont un service d'addicto où on s'occupe de la cigarette aussi non ?

Chercheur 1 : Et si demain au niveau du CMP il y avait un soignant qui voulait implémenter des interventions spécifiques sur le tabac, est ce qu'il y aurait des freins ?

IDE 3 : Ah non moi je pense que ça serait une très très très bonne idée. Ah ouais. On pourrait le proposer comme une activité thérapeutique, ouverte à ceux qui souhaiteraient s'y intégrer. Un groupe de sensibilisation, peut-être pas parler d'emblée de l'arrêt de la cigarette mais une sensibilisation autour des risques jusqu'à éventuellement aller jusqu'à... ouais, parler de l'arrêt du tabac. Ça ça serait génial pour le coup ouais ! Et je pense que ça pourrait interroger des gens qui ne se posent même pas la question et qui se diraient « ah mais oui tiens si je pouvais me faire accompagner ça serait pas mal ». Ouais, ouais et il pourrait comme ça en avoir un certain nombre qui pourrai s'en saisir sans avoir l'idée par eux même.

Chercheur 1 : Mais tout à l'heure tu disais que ce n'était plus la même population, plus la même gravité qu'avant, ça pourrait s'intégrer quand même ?

IDE 3 : Ah bah oui ! Un groupe comme ça bien évidemment, je vois pas ce qui pourrait bloquer. En plus ici on a un CATTP donc on fait beaucoup de groupes, en termes organisationnels il y aurait pas de problème du tout pour faire des sessions sur le tabac. Parce qu'on est débordés, il y a des problèmes de sous effectifs, mais on arrive à tenir nos activités mine de rien.

Chercheur 1 : Est-ce que tu vois d'autres interventions qui pourraient être pertinentes dans le cadre du CMP ?

IDE 3 : En tout cas faire de l'information ça c'est pas mal déjà. Chose qu'on ne fait pas. Si on présente les choses comme ça je pense que ça peut attirer un certain nombre de personnes. Et ça peut amener des gens à se dire, tiens c'est vrai pourquoi pas. Et si c'est le cas à ce moment on réoriente, ou on propose aussi des interventions, corporelles par exemple, la relax. Si on imaginait qu'on monte ici un groupe d'information machin truc bidule, moi ça m'intéresserait d'imaginer un groupe qui soit dans cette complémentarité. Ça serait une combinaison intéressante.

Chercheur 1 : En guise de conclusion comment tu te représentes ta place comme infirmière de CMP au niveau de la prévention du tabagisme ?

IDE 3 : Ma conclusion pour tout te dire c'est que je ne m'étais jamais posée la question, mais je trouve très très intéressante cette discussion parce que finalement ça va cheminer dans ma tête. Ouais. Je pense que ça va être une interrogation qui va... Je dis pas que je vais en faire quelque chose mais c'est dans ma tête quoi.

Chercheur 1 : Et pour finir est-ce qu'il y a des éléments que tu souhaiterais ajouter ?

IDE 3 : Non, ça me demanderait un peu de recul parce que, je me répète hein je ne m'étais jamais posée la question.



## IDE 4 à 8

Chercheur 1 : Est-ce que vous pouvez me donner le dernier exemple de l'accompagnement d'un patient fumeur au CMP ?

IDE 4 : Pour une demande de soin ? De suivi ? D'arrêt ?

Chercheur 1 : Peu importe.

IDE 4 : Une préoccupation, ouais, il y en a régulièrement des patients qui sont préoccupés par le tabac mais ça passe vite, ils ne vont pas aller plus loin que ça, ils vont dire "oui je fume beaucoup" et ils ne vont pas avoir une demande proprement dite d'arrêter le tabac. En tout cas moi...

IDE 5 : Si, moi j'en ai eu une la semaine dernière, Charlotte, parce qu'elle a eu des soucis de santé, elle a eu très peur et du coup elle était un peu en panique.

Chercheur 1 : Qu'est-ce qu'il lui est arrivé ?

IDE 6 : Elle pensait avoir de l'emphysème pulmonaire, elle est déjà BPCO, tout ça, elle se voyait déjà arrêter le tabac... Et c'est vrai que c'est une dame qui a eu des multiples addictions et qui a réussi à sortir de ses addictions mais il lui reste plus que le tabac et du coup elle vivait ça très très mal voilà dans le truc : "il me restait plus que ça et il va falloir que je lâche ça" et on sentait que c'était très compliqué pour elle d'imaginer arrêter le tabac quoi.

Chercheur 1 : C'est-à-dire que ça devenait nécessaire mais c'est un des derniers trucs qui lui restait ?

IDE 6 : on sentait qu'il y avait quelque chose de très compliqué.

IDE 5 : Du coup je pense que ce ne sera plus à l'ordre du jour puisqu'elle a été rassurée sur.... Si ?

IDE 6 : Bah quand même ça l'a aidée à faire avancer, puisque bon elle n'a pas d'emphysème pulmonaire mais elle a pu rencontrer un pneumologue, parce qu'elle voulait tout de suite se mettre à la cigarette électronique tout ça, je lui ai dit "alors attendez, on va demander un avis médical" parce qu'on ne sait pas non plus si la cigarette électronique c'est mieux ou moins bien adapté que... Voilà. Et elle voyait le pneumologue le mardi, moi je l'avais vu le jeudi, il y avait pas des délais très très long, je lui ai dit "attendez, ne stressez pas" tout ça. Et en fait le pneumologue lui a proposé de l'aider, de l'accompagner un peu dans la baisse de tabac avec pas forcément comme objectif premier un arrêt mais une diminution, voilà. Donc elle a commencé un processus là avec le pneumologue qui la revoit dans quelques temps et là il lui a demandé de faire un exercice je trouvais ça assez intéressant avec un cahier où il faut qu'elle écrive à quel moment elle prend une cigarette, le contexte, ce qu'elle ressent, pourquoi elle va vers la cigarette. Enfin un petit peu de décrire tout ça, et il lui a dit que dans un premier temps qu'elle fasse ce relevé là et qu'ils regardent ensemble les cigarettes qui étaient pour elle indispensables et lesquelles elle pourrait éventuellement se passer pendant la journée, donc elle a commencé quelque chose.

Chercheur 1 : Donc c'était le pneumologue qui était engagé dans cette démarche-là. Vous, vous aviez un rôle à jouer ?

IDE 6 : Alors devant ce tableau là je préférerais moi d'abord qu'elle voit le pneumologue.

Chercheur 2 : C'était vous qui l'aviez orientée vers le pneumologue ?

IDE 6 : Non non c'était après qu'elle ait fait le scanner en fait, mais des fois, quand c'est comme ça nous on leur propose aussi de se faire accompagner par un tabacologue ou des choses comme ça.

Chercheur 1 : Vous êtes en lien avec les tabacologues ?

IDE 7 : Un peu oui... Mais aussi les médecins traitants. Moi j'ai en tête un monsieur qui a régulièrement des demandes pour arrêter le tabac donc... Il y arrive pas trop à diminuer et souvent il retourne vers son médecin généraliste qui l'aide avec des dispositifs.

Chercheur 1 : C'est fréquent que des patients fassent des demandes d'arrêt ?

IDE 7 : Ça peut arriver.

IDE 5 : Bah moi je trouve pas, enfin pas trop. Même s'ils souffrent de BPCO ou.... Je rebondis parce que ça me rappelle une patiente qui a eu 2 nodules pulmonaires qui a été opérée qui fumait, et c'est vrai qu'elle en parlait mais elle arrivait pas à faire cette démarche-là d'aller voir un addicto, alors c'est vrai qu'elle était suivie par son pneumo elle a essayé de diminuer la cigarette mais elle était toujours présente. Mais l'arrêt c'était pas concevable.

IDE 8 : Parce que souvent, pour eux, c'est une alternative à leur angoisse, même s'ils arrêtent un moment souvent après ils rechutent parce que... ça les aide à lutter contre leur angoisse. C'est ce que j'ai remarqué, les rechutes.... Parce que j'ai eu un patient qui avait arrêté et qui a repris à cause de ça parce que c'était la seule solution pour répondre à son mal être.

Chercheur 1 : Donc pour les patients en psychiatrie c'est encore plus dur que pour la population générale ?

Toutes les IDE en même temps : Oui c'est ça !

IDE 8 : Oui c'est un sacré outil, on le voit ici d'ailleurs des fois, quand ils sont en attente du rendez-vous "ha bah je vais vite descendre fumer", même s'ils n'ont que 5 minutes à attendre.

IDE 5 : C'est aussi occupationnel le tabac.

IDE 4 : Oui tout à fait parce qu'il y a quand même un vide hein chez ces patients.

IDE 7 : C'est l'oralité, c'est vraiment le truc simple.

IDE 5 : C'est plus complexe chez cette population

IDE 7 : C'est une sacrée compagnie.

IDE 4 : Dans cette population, il y a quand même une grosse proportion de fumeurs.

IDE 8 : Après ils peuvent demander d'eux-mêmes, moi en tout cas, j'ai eu un des patients qui m'a demandé, où est-ce qu'il pourrait arrêter de fumer, tout ça. C'est là que je lui ai parlé qu'il y a un truc à Échirolles d'addicto.

IDE 4 : Le SAM non ?

IDE 8 : Oui c'est ça, après en parallèle, on leur donne des tuyaux, des conseils d'hygiène.

Chercheur 1 : Quand c'est eux qui demandent ?

IDE 8 : Oui voilà, déjà pour préparer le terrain.

IDE 5 : Quand après la demande est vraiment enclenchée, on va plus les orienter, en tout cas moi je vais plus les orienter vers un service spécialisé.

IDE 8 : Et moi en tout cas ça fait partie des questions que je pose, lorsque les patients... les nouvelles demandes qui arrivent s'ils fument, si ils boivent.

Chercheur 1 : D'accord, c'est des questions systématiques ?

IDE 8 : Oui, pour la prévention au niveau somatique oui.

Chercheur 1 : Pour le cannabis, on avait pu se rendre compte que c'était souvent demandé, pour le tabac, ça fait aussi partie de vos pratiques ?

Plusieurs IDE : oui, oui.

IDE 4 : Bah c'est vrai que moi, je mettrais plus l'accent, plus mon attention sur d'autres addictions que le tabac, qui pose bien plus problème moi je trouve, entre l'alcool, la coke... Le cannabis, c'est presque banalisé tellement qu'il y en a, autant que la clope en fait.

Chercheur 1 : Donc quand un nouveau patient arrive au CMP, vous connaissez son statut tabagique. Ensuite l'accompagnement, l'orientation, est-ce qu'elle est faite à la demande du patient ou de manière systématique ?

IDE 8 : C'est une prévention, c'est préventif.

IDE 5 : En fonction des personnes, pour moi la priorité, elle est un peu ailleurs que le tabac. Honnêtement, les gens ils sont plus dans des idées de suicide, des hallucinations. On est dans toute autre préoccupation, le tabac ça vient bien après. Nous on sait qu'ils sont fumeurs...

IDE 4 : Ça vient plutôt d'une demande de leur part.

IDE 5 : En tout cas, une fois que la situation s'est un peu posée pour eux... La situation psychiatrique, ils sont quand même là pour des soins psychiatriques, en second temps s'est repris après.

Chercheur 1 : Une fois que le travail est fait et qu'il n'y a plus d'urgence quoi

IDE 4 : Et puis s'ils en parlent quoi, on va travailler avec les outils qu'ils nous tendent, on va pas...

IDE 8 : Après si c'est quand il y a d'autres pathologies beaucoup plus graves par exemple, j'ai une patiente qui s'est fait opérée au niveau du tube digestif, d'une grosse opération et elle a des problèmes de cicatrisation et de là j'ai enchaîné sur le fait qu'elle fume et que ça retarde les effets de, voilà dans les situations comme ça on peut dire à la personne "Il faut..."...

IDE 6 : Mais c'est souvent en lien avec des causes somatiques, là oui on en parle.

Chercheur 1 : Est-ce que vous avez une formation en ce qui concerne le tabac ?

IDE 4 : C'est plutôt l'expérience, parce qu'à l'école d'infirmière on nous parle des drogues tout ça oui, mais c'est des grandes lignes, mais après c'est plutôt sur le terrain.

IDE 6 : Il y a des formations aussi, en formation continue.

Chercheur 1 : Vous avez pu participer à certaines ou vous savez juste qu'elles existent ?

IDE 8 : Sur l'alcoolisme moi j'ai fait.

IDE 6 : Moi je vais la faire bientôt sur l'addicto, après j'ai fait une formation sur les cours de DU qui sont en ligne qui sont assez complètes et auxquelles je suis en train justement de...

Chercheur 1 : Sur l'addictologie en général ?

IDE 6 : Oui, l'addiction en général.

IDE 5 : Moi j'avais fait la formation que nous propose le CHAI ici, et puis après moi j'ai beaucoup orienté mes études sur l'addicto du coup j'ai fait le centre méthadone... Toute addiction aux produits sauf les jeux et d'ailleurs j'avais fait mon travail de mémoire sur l'addicto.

Chercheur 1 : La formation proposée par le CHAI consiste en quoi ?

IDE 5 : Franchement elle est intéressante, c'est sur 4 jours c'est ça ?... 5 ? Et ça se passe, je sais pas si c'est encore le cas maintenant, mais c'était dans l'unité Groddeck.

IDE 7 : Ouais, c'est toujours un intervenant de Groddeck.

IDE 5 : C'était des intervenants qui venaient, qui nous expliquaient un petit peu les mécanismes, les phénomènes de craving, enfin toutes ces choses-là quoi... Autour des... des mécanismes déjà de l'addiction de comment on rentre dedans, des cercles, comment en sortir, des différentes méthodes, voilà pleins plein de choses, franchement elle est... Tu vas la faire toi ?

IDE 6 : Mmh, Début juin là, oui

IDE 5 : Plusieurs éclairages avec des médecins, avec des psychologues, vraiment... elle est vraiment très très bien.

IDE 7 : Et puis il y avait une intervention aussi, c'était il y a à peu près un an de l'équipe du CSAPA en visio, c'était l'addiction chez le sujet âgé, les addictions en général et il y avait aussi le tabac et l'addiction à l'alcool aussi.

Chercheur 1 : Donc avec ça, s'il y a un patient qui se présente avec une demande d'arrêt, de quels moyens vous disposez ?

IDE 8 : Moi en tout cas j'ai pas d'échelles, je lui demande la quantité, la fréquence... heu... à quel moment il fume, j'évalue ces choses-là,

IDE 5 : Évaluer les automatismes, les envies.

IDE 6 : Le rôle de la cigarette.

IDE 8 : C'est une mise en lien.

IDE 5 : Voir si c'est plutôt à visée d'angoisse, d'occupation, la fonction qu'elle a.

Chercheur 1 : Une fois que vous avez fait cette phase d'évaluation, il y a des choses que vous pouvez faire éventuellement ?

IDE 6 : On leur donne des conseils, en tout cas on essaye. Moi j'essaie de leur expliquer que l'envie en soi ne dure pas très longtemps qu'on peut peut-être la déjouer, voilà au niveau du cerveau, boire un verre d'eau enfin des choses... Je sais que c'est pas simple, donc de le rassurer que c'est quelque chose qui n'est pas évident mais qu'il y a ... voilà, ne serait-ce que de prendre une clope "tiens, est ce que j'en ai vraiment envie" déjà voir cette notion d'envie.

IDE 7 : Et puis de diminuer, Est-ce que celle-là est vraiment nécessaire quoi ?

IDE 5 : Et puis de se poser la question aussi de savoir si c'est le bon moment pour la personne, je pense que c'est important. Parce que des fois on en a, hein, des patients qui sont comme ça qui mettent tout en même temps, tous pleins de projets.

IDE 4 : Et puis des fois ils ont plusieurs addictions et ils veulent tout enlever en même temps.

IDE 5 : Et on peut pas à un moment donné avoir assez d'énergie pour autant de chose en même temps donc là il faut hiérarchiser.

IDE 7 : Parce qu'en fait ils se font plus violence qu'autre chose en se mettant cette pression là et c'est voué à l'échec... forcément.

IDE 6 : Et l'enjeu c'est pas qu'ils se retrouvent dans une situation d'échec et que moralement ça les perturbe encore donc voilà, c'est peut-être les aider à trouver dans leur vie le bon moment pour qu'il y ait quelque chose qui se produise de ce côté-là quoi. Moi en général, je ne les oriente pas tout de suite vers un arrêt brut.

IDE 7 : Et puis je crois que maintenant on n'est plus dans des arrêts comment ça.

IDE 6 : C'est plutôt voilà, l'évaluation et dire "Quelle cigarette vous pourriez peut être commencer à arrêter" ou voilà la petite astuce "le matin, plutôt que de prendre le paquet de clope complet, vous prenez le nombre de cigarettes que vous avez prévu dans votre journée et le reste du paquet vous le mettez hors de vu loin et vous commencez à diminuer comme ça, au lieu de prendre 10 clopes vous en mettez 8 etc..." des petites astuces comme ça pour commencer déjà à descendre et voir comment il supporte déjà la baisse, parce que voilà il y a aussi l'enjeu que ça joue au niveau psy quoi...

IDE 8 : Et puis il y a l'environnement aussi, parce qu'on voit, il y a même des gens qui ont pas de sous, qui ont rien et qui arrivent à fumer quand même.

IDE 7 : Ouais, et des fois ça peut être un facteur qui fait qu'ils demandent à arrêter, enfin à diminuer justement le budget cigarette.

Chercheur 1 : ça peut être une motivation importante ?

IDE 4 : Ouais ça peut.

IDE 5 : Ouais bah ça pèse lourd, quand ils fument un paquet par jour et qu'ils gagnent l'AAH.

IDE 6 : Et puis ça peut les mettre en danger, parce que des fois ils rentrent dans des choses pour obtenir leur produit.

IDE 7 : Nous on a un patient, là, qui achète le tabac le moins cher, de plus mauvaise qualité. Actuellement ce patient il utilise tout son argent de poche en tabac et ce que dit son éducatrice c'est qu'il achète le plus mauvais pour pouvoir fumer le plus possible alors qu'il était passé à un moment donné à la vapoteuse et là du fait d'angoisse parce qu'il était pas bien, du coup il est repassé au tabac mais il essaie justement de repasser un peu à la vapoteuse... Mais c'est compliqué.

IDE 6 : Après il y a aussi l'orientation peut être avec le médecin généraliste, pour ce faire aider, avec des patchs, des Nicorettes, enfin des choses comme ça quoi, d'autant plus que c'est pris en charge maintenant sur toute l'année donc... Voilà.

Chercheur 1 : Les patchs, est-ce que vous en donnez au CMP ?

IDE 6 : Ha nous non.

IDE 4 : Nous on n'en a pas.

IDE 6 : C'est le généraliste, on demande au généraliste car les médecins psychiatres ne veulent pas forcément prescrire et être là-dedans quoi.

IDE 8 : Même si on sait maintenant que les infirmières peuvent prescrire des patchs.

IDE 6 et 7 : Ah bon ? je ne savais pas ?

IDE 6 : On peut prescrire des patchs ? T'as des ordonnances de prescription ?

IDE 8 : Moi non mais en libéral je pense que...

Chercheur 1 : Pour vous ce n'est pas possible ?

IDE 8 : Non, on peut pas.

Chercheur 1 : Si c'était accessible, vous pensez que ça pourrait être intégrer à votre pratique ?

Toutes les infirmières : Ah oui.

IDE 5 : Ah bas carrément oui, parce que si le patient il est pas prêt à faire la démarche, faut qu'il aille chez le généraliste.

IDE 6 : Ce serait complet en plus, comme accompagnement.

IDE 4 : Bah moi en général, je leur dis aussi de passer voir les pharmaciens, quand même, d'aller à leur pharmacie, parce qu'après il faut calculer aussi, en fonction des nombres de clopes qu'ils ont aussi les dosages, nous.... Ça pour le coup, moi je les ai pas forcément en tête quoi. Donc je leur dis, voilà, il faut qu'ils aillent voir leur pharmacie de quartier...

IDE 8 : Moi ça m'irait parce que j'ai beaucoup vu en service, donc... Ça me dérangerait pas.

IDE 5 : Mais il leur faut pas une ordonnance quand même ?

IDE 7 : Ah si, pour que ce soit pris en charge par la Sécu.

IDE 4 : Ha bah écoute moi... Aaaaah mais ça devait être pendant le mois anti-tabac.

IDE 5 : Parce que sinon faut qu'ils le payent, tu peux l'acheter sans ordonnance mais t'es pas remboursée.

IDE 4 : Parce que moi j'ai eu quelqu'un qui a eu les patchs comme ça sans ordo, sans rien mais c'était pendant le mois anti-tabac... C'était peut-être ça la nuance.

IDE 7 : Ceci-dit c'est quand même bien qu'ils soient accompagnés par des soignants ou un médecin quoi.

Chercheur 1 : Est-ce que vous voyez dans l'organisation du CMP quels peuvent être les freins à la prise en charge du tabac ?

IDE 6 : Parce que c'est pas notre priorité, C'est comme elle le disait tout à l'heure, c'est pas notre priorité, on est pris par autre chose.

IDE 5 : Bah par des trucs qui sont plus importants, les idées suicidaires, les violences.

IDE 4 : Mais je pense que s'il y a une demande du patient, ça peut être un plus.

IDE 8 : Oui ça peut être un plus.

IDE 6 : Dans l'accompagnement du handicap global, si effectivement, c'est vraiment une demande, qu'il a vraiment envie qu'on l'accompagne vers son généraliste... Ou nous, voilà on le fera... Mais il faut que ça s'organise que ça se programme à l'avance avec les moyens qu'on a.

IDE 8 : Et si par exemple, on parlait de la prescription, nous former sur les dosages et tout ça.

IDE 7 : Hmm plus de connaissances.

IDE 8 : et pouvoir faire la prescription. Parce que souvent, ils ont pas de généraliste.

IDE 5 : Et ça de plus en plus.

IDE 4 : Qu'on soit les déclencheurs, quand il y a une demande, ça peut partir de nous.

IDE 5 : Moi je vois un patient, il est poly-toxico, il fume du cannabis, et il est sevré de... comment on dit quand il boit plus d'alcool... Abstiné. Et là en sortant, il est sorti de l'hospitalisation, parce qu'il fumait beaucoup, il est sorti avec des patchs, maintenant il fume plus de cannabis, il achète du CBD et il est dans ce processus... Alors je dirais pas d'arrêter de fumer mais... Je pense qu'il a envie de diminuer. Mais... Voilà, ses patchs ils restent dans le placard, je l'ai vu aujourd'hui, je lui ai dit d'en mettre quand même parce que on a appris qu'on pouvait mettre un patch et fumer quand même, alors qu'à une époque on nous disait "faut absolument pas" sinon il y a la crise cardiaque à la clé. Bah lui je peux essayer de l'accompagner parce qu'il est parti avec ce projet de l'hôpital d'arrêter ou de diminuer la cigarette et je peux essayer bah de lui rappeler qu'il avait ce projet quoi.

IDE 8 : Après ce qu'on a pas parlé aussi c'est la cigarette "gain". Même si moi je ne fume pas, je peux accompagner le patient fumer, on peut discuter à ce moment là parce qu'il est plus détendu. Il y a aussi ce côté-là. Ça crée des liens entre le patient et nous.

IDE 5 : Après je trouve que ça se fait plus en intra.

IDE 4 : Oui oui en intra.

IDE 8 [s'adresse à IDE 5] : Mais je t'ai déjà vue faire ça, il y a pas longtemps, ça m'a interpellé avec...

IDE 5 : Ici ?

IDE 8 : Oui, avec heu...

IDE 5 : ha bon j'ai fait ça moi ?

IDE 8 : Si si, tu ne t'en rends pas compte mais tu... Si si, avec une patiente, tu es partie avec elle...

Chercheur 1 : Vous disiez tout à l'heure, qu'il y a d'autres urgences qui sont aux premiers plans, qui font que le tabac n'est pas une priorité. Ça m'évoque la question : est-ce que c'est parce qu'il y a d'autres choses qui font qu'on n'y pense pas ou est-ce que c'est par manque de moyen ?

IDE 6 : Je le disais tout à l'heure, c'est par manque de moyen, je pense que si on avait plus le temps d'accompagner, dans un sens large... dans ce... j'allais dire détail... Même si on voulait faire cet accompagnement, il faudrait qu'on le prépare longtemps à l'avance, voir si l'effectif est suffisant pour pouvoir l'accompagner à l'extérieur et peut être un véhicule... Tout ça quoi, dans son ensemble.

Chercheur 1 : Au contraire des freins qu'on vient d'évoquer, quelles seraient les suggestions que vous aurez à soumettre pour améliorer la prise en charge du tabac ?

IDE 4 : Bah les connaissances je dirais, la marche à suivre.

IDE 6 : Ouais, les connaissances déjà de tous les réseaux d'addicto qu'il y a.

IDE 4 : Oui ça oui.

IDE 6 : On s'y perd, on sait pas, parce qu'il y en a pas mal qui se sont ouverts.

IDE 4 : Il y en a beaucoup.

IDE 6 : c'est quelque chose qu'on demande, moi je demande depuis pas mal de temps et qu'on puisse.... En tout cas nos médecins ou nos cadres puissent faire ces présentations là pour qu'on puisse aussi orienter... et orienter nos patients de façon nette et précise et du coup avec ces connaissances-là, mieux les accompagner.

IDE 4 : Pourquoi pas, imaginer, il y a de l'addicto de liaison qui existe, alors je me disais pourquoi pas. Parce que ça arrive qu'on oriente nos patients vers... Même l'addicto au CHAI et tout ça et c'est vrai qu'ils habitent Echirrolles, il faut aller à Saint Egrève, il y en a beaucoup qui perdent la motivation, c'est un frein et clairement ils y vont 2 ou 3 fois et ils arrêtent. Et je me disais on pourrait imaginer pourquoi pas avec l'addicto de liaison, finalement qu'il y ait des nouveaux postes qui soient créés parce que je pense qu'aujourd'hui ils sont que 2. Et d'imaginer pourquoi pas, même une fois par mois que l'addicto de liaison viennent faire une permanence dans les CMP. Pourquoi ce ne serait pas envisageable ce genre de chose ?

IDE 7 : Après je pense qu'on a pas forcément le réflexe de les appeler, mais je pense que si on les appelle ils peuvent venir, alors, au cas par cas, si on a besoin. Je pense qu'ils se déplacent.

IDE 4 : Tu vois c'est très à la mode ça la chasse aux sorcières, les fumeurs, on monte le prix du tabac, il y a tout un truc là-dessus, on va pas se mentir. Et du coup si vraiment on voulait nous donner les moyens aussi, à la santé, d'être en première ligne... Prévention, machin. Ça pourrait être quand même intéressant que les services d'addicto ils aient peut-être des temps comme ça, dans les CMP, au cœur de la cité quoi.

IDE 6 : Et qu'ils viennent se présenter déjà, se serait pas mal, pouvoir faire le lien.

IDE 8 : Oui pour savoir comment on peut les interpeller.

IDE 7 : Ce serait bien vraiment.

Chercheur 1 : D'autres idées de suggestion d'amélioration de la prise en charge ?

IDE 8 : Et bin, j'ai jamais vu d'affiche de prévention dans le CMP par exemple sur...

IDE 6 : C'est vrai.

IDE 8 : A la salle d'attente par exemple.

IDE 5 : Comme quand tu vas chez le médecin généraliste.

IDE 8 : T'as pleins de choses sur l'alimentation, sur le cancer, sur le tabac.

IDE 5 : C'est dommage parce que le temps médical, il est quand même de plus en plus réduit, du coup je pense que c'est aussi pour ça que nos propres médecins ne font pas forcément les prescriptions de patchs mais ça pourrait aussi être intéressant qu'ils puissent eux... Nous on peut pas les faire, on a pas cette prescription.

IDE 4 : Il y en a eu, mais très très peu.

IDE 5 : Oui de temps en temps mais c'est très rare.

IDE 7 : Pour les prospectus, Pendant cette année de pandémie, il y avait un distributeur, il y en avait quand même quelques-uns et c'est vrai que c'était un... Il est pas vieux en plus ce truc il a même pas été inauguré avec cette pandémie.

Chercheur 1 : Il y a un présentoir ?

IDE 7 : Oui il y a un présentoir.

Chercheur 2 : Et il y avait des prospectus en rapport avec le tabac ?

IDE 7 : Oui il y en avait pour les addictions.

IDE 4 : Ça il faut que ce soit tape-à-l'œil.

IDE 5 : Ça pourrait être aussi des plaquettes à donner aux patients aussi.

IDE 6 : C'est peut-être aussi par manque d'effectif, par manque de temps et tout ça, mais quand il y a des mois anti-tabac, pourquoi pas faire une journée d'animation au CMP, voilà en partenariat avec les collègues d'addicto on pourrait organiser ce genre de chose.

IDE 4 : Ouais.

IDE 6 : Mais on est un peu tous sous pression.

Chercheur 1 : D'accord, en conclusion, comment vous vous représentez votre place dans la prise en charge du tabac ?

IDE 7 : Il y a beaucoup de choses qui passent par nous, en direct avec le patient, on peut encore avoir cette latéralité de les accompagner n'importe où en fait, donc ça passe par nous en fait.

IDE 5 : On est souvent les premiers interlocuteurs oui.

IDE 6 : En général il y a une confiance qui s'instaure et cette confiance-là elle peut être construite depuis des années et du coup on est une référence, un acteur privilégié, un pilier d'accompagnement, il va se confier beaucoup plus facilement et accepter aussi l'accompagnement pour certains.

IDE 4 : Oui parce que proposer ou suggérer l'arrêt de la cigarette ça peut être un peu vécu comme une intrusion aussi quand les gens n'ont pas fait la demande aussi.

IDE 6 : C'est peut-être pour ça qu'on la fait pas en premier lieu, il y a tellement de choses à travailler qu'on va pas aller en rajouter... On se saisit de la demande.

Chercheur 1 : De manière plus global, est-ce que la prévention du tabac c'est du ressort de la psychiatrie.

IDE 8 : Oui moi je dis, oui, ça a sa place, comme en somatique.

IDE 6 : De partout. Oui, surtout à l'heure actuelle oui.

Chercheur 1 : D'accord, est-ce que vous avez des éléments à ajouter qui vous viennent en tête ?

IDE 7 : Bah je dirais que dans l'histoire de la psychiatrie et de la cigarette, à un moment donné, on disait, on peut pas... Enfin comment dire... A un moment donné, dans les services il y avait des fumeurs alors qu'on avait plus le droit. On a toujours beaucoup toléré, parce qu'on s'est dit "les



patients psy, ils ont besoin de leurs cigarettes, du café”, c’était global et du fait de l’angoisse et de la pathologie, c’était un support aussi. Et je pense qu’on est peut-être en train de changer de mentalité et que malgré la pathologie, tout ça, on essaie de changer de mentalité.

Chercheur 1 ; Est-ce que c’est quelque chose qui va dans le bon sens pour le patient ?

IDE 7 : Non moi je dirais que ça va dans le bon sens... Pour leur santé on va dire, après...

IDE 6 : Je pense que ça aseptise quelque chose... La représentation “clope-café”, c’est vraiment ça la psychiatrie, que ce soit en intra ou en extra, ils l’ont tous, les gros psychotiques surtout, c’est impressionnant et c’est quelque chose d’excitant pour se maintenir, une sensation de vie, d’être là quoi. Après j’ai pas le savoir nécessaire ou les compétences pour pouvoir en dire plus là-dessus mais en tout cas c’est une association qui est vraiment très très présente et très très forte... Mais d’existence, au quotidien.

IDE 4 : Mais je pense qu’on peut aider, même sans complètement arrêter de fumer, à diminuer, à prendre conscience en fait... On peut en tout cas essayer et puis trouver d’autres choses dans la vie

IDE 5 : L’addiction saine.

IDE 6 : Il faut les remplir d’autres choses.

IDE 4 : Il faut leur trouver autre chose parce que souvent, un tempérament addict, ils auront tendance à aller vers autre chose.

Chercheur 2 : Une petite question qu’on a pas beaucoup abordée, quand vous évoquez la question du tabac avec le patient, comment vous le ressentez, Est-ce que vous vous sentez à l’aise ?

IDE 6 : Parce qu’on est fumeurs ?... Bah ouais. On se patche avant d’en parler [rires]. Non justement, on est en connaissance de cause, même si je fume plus ici, voilà je suis passé d’un demi paquet à 2 clopes par jour donc c’est une expérience, je sais que c’est difficile. Voilà et puis de les rassurer aussi en leur disant que voilà c’est pas facile et que chacun est unique face à ça.

Chercheur 1 : Est-ce que ça vous arrive de leur parler de votre propre expérience ?

IDE 5 : Bah moi personnellement je m’en sers.

IDE 8 : Oui quand on a des bons liens avec les patients, on peut lui dire.

IDE 4 : Et ceux qui nous connaissent depuis longtemps ils peuvent dire “ah bon vous avez réussi donc...”. Et je leur donne mes tuyaux.

IDE 8 : Et ils se raccrochent à ça d’ailleurs, moi j’ai un patient, un gros fumeur et tout il me dit “alors vous en êtes toujours à 2 clopes ?” et du coup ça le booste, et il pense lui aussi, il essaie effectivement d’envisager, la diminution déjà... Bah déjà, être décalé par rapport au tout ou rien “ouais il faut arrêter, il faut, je dois arrêter plus rien” bah non... peut-être déjà enlever celles qui servent à rien.

Chercheur 1 : Parce que c’était ça le discours avant ?

IDE 4 : Ho oui il y a 10-15ans, les addictions on arrêtaient, du jour au lendemain il n’y avait plus rien. Arrêt sec.

IDE 6 : Oui “il faut tout que j’arrête” non c’est pas possible ça. Il faut s’adapter en tout cas, et sans se faire violence quoi.

Chercheur 2 : Vous avez d’autres choses qui vous viennent en tête sur le tabac en psychiatrie ?

... [Pause]

Plusieurs IDE : Non rien...

Chercheur 1 : Et bien on vous remercie

## IDE 9

Chercheur 2 : Est-ce que vous pourriez me donner le dernier exemple d'un accompagnement d'un patient fumeur ?

IDE 9 : Heu... Bah je ne sais pas, par exemple tout à l'heure, au cours d'une activité thérapeutique, ya eu un moment où le groupe est sorti pour aller fumer donc moi j'étais présent et bah voilà ça a été un moment d'échange et souvent le tabac c'est plutôt je dirais un média pour échanger, autre que dans un bureau d'entretien

Chercheur 2 : Donc une façon d'échanger avec le patient d'une autre façon que dans un moment formel.

IDE 9 : Oui, dans un moment un peu plus informel.

Chercheur 2 : Comment ça se passe cet échange ?

IDE 9 : Moi j'avais préparé du café, et souvent le café est associé à la cigarette, donc voilà il y avait 4 patients 3 qui fumaient, c'est un moment où ils roulent leurs cigarettes, il y a des échanges, "est-ce que tu peux me rouler une clope ?".

Chercheur 2 : Il y a des échanges entre eux mais aussi avec vous ?

IDE 9 : Oui ça se fait de manière très tranquille, ce n'est pas des patients qui sont dans une démarche d'arrêter de consommer du tabac. Notamment un patient, c'est un fumeur de longue date.

Chercheur 2 : Et quelles sont vos relations avec eux ? Vous discutez du tabac ou plutôt d'autres choses ?

IDE 9 : Ha non on discute vraiment d'autre chose, après dans ce groupe il y a un patient qui nous fait part systématiquement de son expérience d'avoir fumé du cannabis, à chaque fois on dit que ce n'est pas l'endroit d'aborder ce sujet-là, ma collègue qui est sa référente lui en parle souvent.

Chercheur 2 : D'accord, donc vous parliez d'un moment d'échange en lien avec la consommation de tabac, est-ce qu'il y a des moments où vous avez des interventions un peu plus ciblées sur le tabac au CMP ?

IDE 9 : Heu .... Alors dans ce CMP ça fait que 6 mois que je suis dans ce CMP. Mais dans le précédent CMP, vu que je suis formé à l'hypnose j'ai déjà suivi des patients pour l'arrêt du tabac

Chercheur 2 : Donc ça a pu être un de vos rôles de cibler le tabac.

IDE 9 : Oui, donc j'avais des indications médicales pour les aider à arrêter le tabac.

Chercheur 2 : Est-ce que le moment d'échange que vous pouvez avoir lorsque les patients vont fumer illustre bien la place qu'a le CMP par rapport au lien qu'il peut y avoir avec le tabac ?

IDE 9 : Alors je trouve que le ... [rire] Je n'ai jamais remarqué que ce soit un problème ou une problématique au sein des CMP ni dans la prise en charge des patients en CMP. Avant j'ai travaillé longtemps en intra, plus de 10ans, c'était bien plus présent au quotidien, là les patients, en attendant les rendez-vous vont fumer, ça ne pose pas de problème et rarement les patients font part de leur envie de fumer en entretien.

Chercheur 2 : Ici rarement.

IDE : Oui alors qu'en intra c'est une problématique bien plus présente au quotidien, au jour le jour, tous les jours, à tout moment il y a cette problématique du tabac.

Chercheur 2 : Donc par rapport à l'intra, comment est la relation au tabac ?

IDE 9 : Elle est omniprésente en intra.

Chercheur 2 : Alors qu'ici on en parle un peu moins ?

IDE 9 : Ici c'est comme si.... [pause] C'est un lieu de soin ouvert donc les gens passent, ils vont fumer, ils reviennent ici, dans les salles d'entretien, ils ne fument pas.... C'est pas....

Chercheur 2 : D'accord... Est-ce que vous avez l'impression que le CMP se positionne face au tabac ?

IDE 9 : Non, Moi j'en suis à mon 3ème CMP, dans tous les CMP où je suis passé, il n'y a jamais eu de campagne d'information sur l'arrêt du tabac, ou de panneau d'affichage.

Chercheur 2 : Du coup vous diriez qu'il se positionne comment le CMP ?

IDE 9 : Je dirais que, s'il n'y a pas de demande du patient pour arrêter de fumer, il ne se passe pas grand-chose... La consommation de tabac c'est ... C'est discret, on n'en parle pas.

Chercheur 2 : Du coup dans le quotidien ça se traduit comment ?

IDE 9 : Bah je dirais que le CMP ne se positionne pas face au tabac.

Chercheur 2 : Ok, donc chacun fait sa prise en charge comme il le sent... Le CMP n'a pas de position propre face au tabac... De quels moyens vous disposez pour accompagner un patient fumeur ?

IDE 9 : De quels moyens... Il y a l'entretien... En tant qu'infirmier pas grand-chose... Le médecin peut orienter en addicto par exemple....

Chercheur 2 : Donc le médecin à sa place.

IDE 9 : Oui il a sa place, il peut aussi prescrire des patchs, il renvoie aussi vers le médecin traitant, les infirmières ASALE.

Chercheur 2 : Et vous en tant qu'infirmier...

IDE 9 : Nous en tant qu'infirmier, on peut insister en entretien motivationnel pour les accompagner dans cet arrêt du tabac. Ça, ça fait partie de nos compétences, on sait faire.

Chercheur 2 : Donc plutôt sous forme d'entretien motivationnel... Est-ce que vous avez des formations particulières ?

IDE 9 : Alors les entretiens motivationnels, oui ça fait partie des formations qu'on peut avoir.... Et... Ben oui moi du coup ma compétence... Comme j'ai été formé en hypnose, ça je peux aussi...

Chercheur 2 : C'est quelque chose d'assez fréquent d'avoir des formations en lien avec le tabac ?

IDE 9 : Non... Je ne dirais ni en extra ni en intra. Après il y a une formation qui est en lien avec l'addictologie mais pas spécifique à l'arrêt du tabac.

Chercheur 2 : Donc vous avez cité les entretiens motivationnels, les formations spécifiques si vous les demandez par vous-même et la place du médecin... Est-ce que vous êtes familiarisé avec les substituts nicotiques ?

IDE 9 : Non pas vraiment, je connais les patchs avec les différents grammages, les gommes à mâcher...

Chercheur 2 : Est-ce que l'infirmier à une place donnée par rapport aux substituts nicotiques ?

IDE 9 : Si c'est des patients qui... La majorité des patients prennent leur traitement comme ils veulent. Si effectivement, il y a un substitut nicotinique dans un semainier qu'on doit préparer, là effectivement on a une place au même titre que n'importe quel autre traitement.

Chercheur 2 : Donc, sur l'ordonnance, s'il y a quelque chose de prescrit, vous pouvez intervenir.

IDE 9 : Après effectivement au niveau de l'éducation thérapeutique, dès qu'on a un moment, si je vois un patient fumeur qui tousse, je lui en touche un mot de ce qui se passe, Est-ce que c'est en lien avec sa consommation de cigarette.

Chercheur 2 : Ça vous arrive d'initier la discussion autour de la cigarette ?

IDE 9 : Oui oui, souvent.

Chercheur 2 : Dans quel contexte, plutôt au cours des entretiens infirmiers ?

IDE 9 : Non, non justement dans tous ces moments informels. Dans toutes ces sorties qu'on peut faire en dehors du CMP.

Chercheur 2 : Tout à l'heure vous évoquiez "si le patient fait une demande". En dehors de cette demande, il n'y aura pas forcément de prise en charge systématique ?

IDE 9 : Oui il me semble... Et après on renvoie beaucoup sur le médecin traitant.

Chercheur 2 : Ça peut être un de vos collaborateurs le médecin traitant ?

IDE 9 : Oui, ou comme je disais tout à l'heure, l'infirmière ASALE, ou alors les services spécifiques type Point-virgule dont leur axe de travail c'est vraiment ça... Je trouve qu'on sépare quand même pas mal, tout ce qui est addictologie on renvoie en dehors du CMP.

Chercheur 2 : D'accord, quand il y a une demande ? Ou... ?

IDE 9 : Et bien quand il y a une demande, on l'accueille cette demande, je pense que la première étape ça va être d'essayer les substituts nicotiques et en parallèle on l'oriente aussi vers un service d'addicto pour prendre le relais... Ou pas forcément prendre le relais mais qu'il y ait au moins... Qu'ils sachent que ça existe.

Chercheur 2 : Donc ça peut faire partie du rôle du CMP d'orienter ?

IDE 9 : Ah oui.

Chercheur 2 : Quels pourraient être les freins à la prise en charge du sevrage tabagique en CMP ?

IDE 9 : Et bien c'est que [rire] les patients en CMP, ils sont là qu'un petit moment, on les voit qu'un petit moment, on n'est pas là au quotidien avec eux donc... Ils font ce qu'ils veulent chez eux donc... On ne peut pas avoir de vision au jour le jour par rapport à leur consommation de tabac, ils font comme ils veulent en fait. Alors qu'en intra il me semble... Il y a déjà "pas fumer dans les chambres", il y a des règles qui permettent, à peu près, de savoir combien ils pourraient consommer.

Chercheur 2 : Donc le fait qu'ils soient là que temporairement c'est un frein à la prise en charge.

IDE 9 : Ha ben oui, oui.

Chercheur 2 : Est-ce que vous voyez d'autres freins ?

IDE 9 : ... Humm...

Chercheur 2 : Des choses qui pourraient vous empêcher d'aider le patient au sevrage ?

IDE 9 : ... Peut-être qu'on soit tous formés... Ou en tout cas, éveillés à cette problématique là qu'il y ait des campagnes d'information.

Chercheur 2 : Donc ça pourrait être des suggestions...

IDE 9 : Bah ouais, qu'il y ait, je sais pas, une journée sans tabac au CMP, qu'on fasse des actions de prévention... Des choses qui ne se font pas quoi.

Chercheur 2 : Plutôt que les freins, vous mettez en avant des suggestions... Est-ce que vous en avez d'autres ?

IDE 9 : Oui peut être des temps d'échanges plus réguliers avec les services d'addicto.

Chercheur 2 : Des temps plus formels d'échange entre les professionnels ?

IDE 9 : Oui ça se serait pas mal.

Chercheur 2 : En conclusion, comment vous représentez-vous votre place dans la prévention et la prise en charge du tabagisme ?

IDE 9 : Humm.... [Longue pause]

Chercheur 2 : Je peux reformuler, Quel pourrait être votre place dans la prévention et la prise en charge du tabagisme en tant qu'infirmier ?

IDE 9 : Finalement on est plutôt en première ligne... Donc oui de l'information.... De l'éducation thérapeutique je dirais, on pourrait faire de l'éducation thérapeutique, pourquoi pas faire des groupes d'éducation thérapeutique en lien avec le tabagisme, ça pourrait se faire. Sous forme de groupe ou en individuel. Mais ça dépend de la sensibilité de chacun par rapport au tabac. Mais néanmoins je reviens sur l'idée de faire une journée ou une demi-journée style "journée sans tabac", où on pourrait faire venir nos collègues d'addicto et tous les patients qui viendraient ce jour, faire de la prévention, expliquer les risques... comment on pourrait faire pour arrêter de fumer, réduire sa consommation.

Chercheur 2 : Donc avec l'intervention d'une équipe extérieure, plutôt avec les patients ? Avec les professionnels ?

IDE 9 : Oui ça pourrait être avec les professionnels et avec les patients, peut-être en 2 temps, peut-être 2 journées séparées... Après le tabac moi je trouve qu'il y a quand même moins de patients qui fument qu'avant. Qu'il y a 4 ou 5 ans. L'augmentation du prix du paquet de tabac, il y a quand même beaucoup plus de patients qui sont en demande de réduire leur consommation, parce que ça leur revient trop cher.

Chercheur 2 : Et ils vous font les demandes en général ?

IDE 9 : Et ils peuvent faire la demande, et les médecins et nous on les oriente assez facilement vers nos collègues de l'addicto.

Chercheur 2 : Est-ce que vous avez vu une évolution ces dernières années sur votre rapport avec le tabac au CMP ?

IDE 9 : D'un point de vue économique il y a de moins en moins de patients qui fument des cigarettes sous forme de paquet, il y a de plus en plus de patient qui fument du tabac à rouler, parce que c'est moins cher.

Chercheur 2 : Est-ce que vous avez l'impression que ça à changer les choses dans les pratiques ?

IDE 9 : ... [Longue pause] Heu.... Non, en extra non, non je ne pense pas que ça ait changé non...

Chercheur 2 : Est-ce qu'il y a des choses que vous auriez aimé rajouter ?

IDE 9 : ... [Longue pause] Oui, après je trouve que ce genre d'étude est intéressante, ça questionne sur notre pratique, on passe, ou on n'entend pas les demandes de patients quand ils veulent réduire leur consommation, ou alors dans les entretiens qu'on fait régulièrement, on s'arrête pas assez sur cette problématique-là donc oui ce genre d'étude ça permet, en tout cas moi ça va me permettre de questionner les patients que je suis qui fument sur leur consommation de tabac.

Chercheur 2 : Ça vous met en évidence des choses...

IDE 9 : Ben oui puisqu'effectivement à force de... Comme c'est.... C'est tellement ancré, discret, c'est tellement naturel qu'on y fait même plus attention en fait. Effectivement comme ce matin, je les ai tous vu fumer, j'ai même pas eu un mot par rapport à leur consommation de tabac.

Chercheur 2 : Ça vous remet en question ?

IDE 9 : Bah oui ça remet en question.

Chercheur 2 : Qu'est-ce que ça remet en question ?

IDE 9 : Bah peut être, être un peu plus vigilant sur leur consommation de tabac, les questionner, est-ce ne que se serait pas... Est-ce qu'ils n'ont pas l'envie d'arrêter de fumer ? Quand on voit un patient fumer, peut-être que je fais pas assez attention à ça, peut être prendre un temps avec lui.

Chercheur 2 : Finalement, ce que vous mettez en évidence c'est un manque d'attention envers la problématique du tabac ?

IDE 9 : Oui, c'est ça oui... Oui vraiment, Je trouve qu'il y a une différence entre l'intra et l'extra par rapport à ça.

Chercheur 2 : Alors qu'est-ce qu'il y a de différent entre l'intra et l'extra ?

IDE 9 : Bah en intra il y a des endroits où on peut fumer et des endroits où on ne peut pas fumer, alors qu'au CMP ils savent pertinemment qu'en salle d'entretien on ne fume pas, le seul endroit où ils peuvent fumer c'est en allant dans le parc en attendant la consultation et puis après ils retournent chez eux donc ils fument comme ils veulent. En intra c'est balisé, il y a des temps où ils peuvent fumer et des temps où ils ne peuvent pas fumer, les temps de repas, les choses comme ça. Et il y a toutes ces interactions avec le tabac en intra hospitalier, que ce soit avec les soignants, avec les patients entre eux. Il y a des enjeux, des choses qui se passent autour du tabac. Ici c'est moins visible, c'est moins flagrant, c'est furtif, ça passe vite quoi.

Chercheur 2 : Plus difficile à accéder finalement ici ?

IDE 9 : Oui c'est ça, si on ne va pas les chercher sur cette problématique du tabac, c'est rare que les patients (mais ça arrive aussi) viennent nous interpeller sur leur consommation de tabac.

Chercheur 2 : Et du coup comment il faudrait faire selon vous ?

IDE 9 : Par exemple quand on fait des entretiens de première demande, dans nos recueils de données, souvent on interroge sur la consommation d'alcool, sur la consommation de tabac et ben voilà même si on entend qu'un patient peut fumer 30 cigarettes par jour bon bah ma foi, il consomme 30 cigarettes par jour, ça va pas forcément faire l'objet d'un entretien particulier sur ce sujet-là, s'il n'en fait pas la demande, si ce n'est pas un problème pour lui.

Chercheur 2 : Donc en fait si le patient ne fait pas la demande, se sera en quelque sorte mis sous le tapis.

IDE 9 : Oui donc c'est pour ça que moi je disais, ça va me remettre un peu dans ce questionnaire-là, je vais refaire le tour de mes patients qui fument et les requestionner là- dessus.

Chercheur 2 : Parce que vous, votre vision du tabac c'est quoi ?

IDE 9 : Je ne sais pas... Un moyen de souffler, faire une pause. J'en ai pas forcément un avis négatif sur les personnes qui consomment du tabac, elles font comme elles peuvent... Voilà l'arrêt d'arrêt du tabac est plus compliqué que de continuer à consommer.

Chercheur 2 : Donc vous disiez "être plus attentif" donc vous décrivez un intérêt à prendre en charge.

IDE 9 : Bah oui parce que c'est quand même un enjeu de santé publique, on sait bien que les patients atteints de troubles psychiatriques consomment beaucoup plus que la population générale, ils prennent moins soin de leur santé. Donc oui c'est un gros problème en psychiatrie la cigarette. Certainement qu'on ne fait pas assez de prévention, notamment en extrahospitalier.

Chercheur 2 : Est-ce que vous avez des choses à ajouter.

IDE 9 : Nous c'est bon pour moi.

## IDE 10

Chercheur 2 : Est-ce que vous pourriez me donner le dernier exemple d'un accompagnement d'un patient fumeur.

IDE 10 : Accompagnement dans quel sens alors ?

Chercheur 2 : L'accompagnement sur le plan tabagique.

IDE 10 : Oui, alors, c'est pas vraiment un accompagnement, alors la dernière chose qui m'avait frappée alors, je faisais partie d'un groupe de randonnée au CMP axé sur la vie à l'extérieur, le bien-être et ce qui m'a vraiment frappé, c'était qu'il pouvait pas s'abstenir de fumer toutes les 10min quoi. Et c'est là-dessus qu'on avait essayé, avec ma collègue, de sensibiliser... Le rapport entre s'aérer les poumons et s'intoxiquer les poumons. Voilà.

Chercheur 2 : Est-ce que vous pourriez décrire un petit peu comment ça s'est passé ?

IDE 10 : En fait, donc, on faisait... alors à la base, c'était des randonnées, on partait sur la journée, donc ça durait 5-6h. Comme les patients en psychiatrie, c'est quand même des gros fumeurs... Donc on avait demandé aux patients (on était toutes les 2 non-fumeuses celles qui faisaient la rando). On avait demandé qu'ils fument aux pauses, on faisait une petite pause en milieu de matinée, une pause repas et une pause avant de repartir. Et puis voilà. Sauf que on se rendait compte que du coup, il y en a qui marchaient vite pour attendre les autres plus rapidement et pendant ce temps, prendre le temps de fumer. Et c'était arrivé jusqu'au point où ils fumaient en marchant quoi. Donc nous, notre sensibilisation, elle a été d'essayer de leur faire prendre conscience que bah, tant qu'on marche déjà, on a déjà des difficultés pour marcher parce qu'évidemment des gros fumeurs, ils étaient vite essoufflés. Donc, sensibiliser le fait qu'ils étaient plus fatigables parce qu'ils fumaient et que ben de diminuer un peu l'usage du tabac, en tout cas dans cette activité, ça leur permettrait d'avoir une capacité pulmonaire un peu plus importante, on va dire. On avait déjà axé là-dessus. Sauf que concrètement, ça leur parlait pas, hein, c'était, je sais pas, trop médical, j'en sais rien. Enfin ça leur parlait pas donc on a accès après sur le côté nature. Parce qu'ils avaient une tendance à jeter les mégots en plus dans la nature, donc sensibilisation sur les feux occasionnés par les mégots enfin, de voilà, on a, on a tenté une sensibilisation là-dessus. Qui n'a pas marché... Bon, concrètement, ouais, c'est quand même assez un échec.

Chercheur 2 : D'accord, quel a été votre ressenti à ce moment-là, par rapport à cette prise en charge ?

IDE 10 : Alors moi ça a été, moi comme je suis non fumeuse, du coup c'était assez difficile parce que j'ai moins de tolérance que ma collègue qui était ancienne fumeuse. J'ai pas cette tolérance du coup de ces gens qui fumaient à tout bout de champ. Et c'est vrai que en plus, marcher derrière quelqu'un et recevoir la fumée, enfin, même pour moi c'était pas agréable. Donc c'est vrai que moi, j'ai vraiment essayé de le rabâcher quoi, mais rabâcher, rabâcher, rabâcher.

Chercheur 2 : En quoi cette situation illustre ce qui peut se passer au CMP ?

IDE 10 : Bah, elle illustre dans le sens où c'est... Ils ont du mal les patients à ne pas fumer alors... Ici, c'est moins compliqué qu'à l'hôpital où ils ont des horaires pour fumer, ils ont tant de cigarettes par jour et tout. Nous, on n'est pas là-dedans, hein. Ils font ce qu'ils veulent, hein. Mais, c'est omniprésent chez eux en fait. Et du coup c'est... Alors dans le quotidien du travail moi je le ressens pas du coup, puisqu'en entretien... Mais c'est après, au sein du CMP où voilà, on prend l'air dehors 5 min... Et ben y en a toujours un qui vient fumer. Mes collègues, après, je m'en fous, ça fait partie de leur pause de temps de travail, je veux dire, mais il y a toujours un patient ou deux qui vient fumer. Ils arrivent pas à tenir 1 heure sur le CMP sans fumer.

Chercheur 2 : C'est par exemple un patient qui vient pour un entretien ?

IDE 10 : Voilà, il dit que bah, le médecin a du retard, bah je peux aller fumer. Bon bah oui il va fumer. Voilà, c'est ça, c'est un peu occupationnel pour eux quelque part, j'ai l'impression. C'est voilà un temps occupationnel. Comme nous on irait boire un café... cela dit, ils boivent du café aussi... Comme on irait boire un verre d'eau, ben oui, eux ils vont fumer quoi.

Chercheur 2 : De quels moyens est-ce que vous disposez au CMP pour accompagner un patient fumeur ?

IDE 10 : Alors, honnêtement, il y a pas énormément de demandes d'arrêter de tabac déjà chez les patients, c'est pas quelque chose, c'est voilà, c'est une habitude, ça fait vraiment partie de leur quotidien, il faut bien se dire qu'ils ont... il y en a beaucoup qui ont une vie pauvre, quoi. Ils font pas grand chose, donc fumer c'est occupationnel aussi hein pour eux. Donc il y a peu de demande. Après, c'est plus au niveau médical, du coup, le médecin va prescrire des patchs ou des trucs à mâcher, ce genre de chose. Moi au niveau infirmier ça ne m'est pas encore arrivé d'accompagner purement en individuel.... Alors je suis formée en hypnose, donc j'essaye de proposer ça dans ma pratique du coup. Mais bon j'ai pas de demande encore pour le moment.

Chercheur 2 : Ça vous arrive de proposer aux patients ?

IDE 10 : Oui, ça m'est déjà arrivé. Après, je fais toujours en accord avec le médecin, donc souvent c'est quelque chose que... En amont, voilà, ils en ont déjà parlé au médecin. Elle a déjà prescrit des patchs, des trucs. Après, il faut savoir aussi qu'ils fument avec les patchs, ça ne les arrête pas.

Chercheur 2 : du coup, quand vous parlez de l'hypnose, c'était tout le temps à la demande du patient, c'est pas vous qui aviez initié la demande ?

IDE 10 : La dessus non.

Chercheur 2 : Est ce que vous voyez d'autres moyens dont vous disposez pour prendre en charge un patient fumeur ?

IDE 10 : Alors après nous... alors c'est vrai que moi je suis pas branché sur l'histoire du tabac. Mais en partant du principe que c'est une addiction... On a des structures comme point-virgule sur Saint Marcellin où on peut les adresser par exemple. Au même titre que les alcooliques ou autre chose quoi donc, c'est vrai que on les adresse plus là. Après ceux qui font la demande, ben... J'ai une patiente là, qui a réussi toute seule. Je l'avais dans un autre groupe donc bon ben, on comptait les jours ensemble quoi. Voilà, je l'ai accompagnée plus là-dedans, à compter les jours avec elle. Et je l'ai revu là, elle me dit "l'autre jour j'avais envie de fumer, ça m'a traversé l'esprit" puis ça faisait déjà 2 ans en fin de compte qu'elle avait arrêté. J'avais même oublié que ça avait été compliqué. Après, je me suis souvenue, on en a parlé, ça avait été compliqué, elle avait eu du mal. Mais du coup, elle s'en est sortie toute seule.

Chercheur 2 : Donc vous parliez de point-virgule. Il peut y avoir des entretiens infirmiers ? ça peut être un moyen ?

IDE 10 : Alors entretien infirmier, oui... \*temps de réflexion\*. On pourrait axer là-dessus, mais je pense qu'on peut plus travailler sur une réduction de consommation de tabac que sur un arrêt de tabac dans le cadre d'un entretien infirmier. A mon avis, on peut plus jouer sur la réduction. Après bon, il y a peut-être d'autres choses mais... Ouais... les patchs, c'est vrai et point-virgule...

Chercheur 2 : Donc les patchs, vous dites que c'est plutôt au niveau médical que c'est prescrit.



IDE 10 : Oui, elle les prescrit, après les patients ils vont à la pharmacie ils s'achètent des pastilles à mâcher... il y a jamais, quand même... Il y a jamais trop une volonté de leur part, je trouve de...  
\*pause\*

Chercheur 2 : Peu de demande...

IDE 10 : Ouais

Chercheur 2 : Toujours dans les moyens, est-ce que vous disposez de formations par rapport au tabac ?

IDE 10 : Il y en a peut-être, moi j'en ai jamais fait. À ma connaissance, j'en vois pas.

Chercheur 2 : Mis à part l'hypnose que vous avez fait par vous-même, c'est ça ?

IDE 10 : Ouais...

Chercheur 2 : En tout cas le CMP ne vous propose pas de formation... Ni dans votre cursus...

IDE 10 : Non

Chercheur 2 : Vous parliez de point-virgule à qui vous pouvez orienter, est-ce qu'il y a d'autres coordinations qui peuvent être faites par rapport au tabac ?

ID 10E : Non ça me dit rien non.

Chercheur 2 : Selon vous, comment le CMP se positionne-t-il par rapport au tabac ?

IDE 10 : Bah le CMP Je pense que c'est... C'est pas spécifique au CMP, c'est la psychiatrie, il y a une énorme tolérance sur le tabac... café-tabac, pour les patients. Ça rythme leur vie déjà à l'hôpital. Il y en a quand même une bonne partie qui ont déjà séjourné à l'hôpital. Quand ils sortent de l'hôpital, il garde ce truc, café-tabac. Ils arrivent ici, ils demandent un café, ils vont fumer dans le jardin. C'est vraiment quelque chose qui fait partie de leur routine, quoi. Et c'est vrai que nous, alors là on est une équipe, on est un peu moins fumeurs mais on a une équipe qui était plus fumeuse avant. Les collègues allaient fumer avec les patients, du coup, c'est un moment de convivialité aussi du coup pour eux à ce moment-là. Donc c'est vrai qu'on... on ne les incite pas, enfin moi à mon niveau, à ma connaissance, moi je ne les incite pas à arrêter. Peut-être à réduire s'ils en parlent, mais sinon non...

Chercheur 2 : Donc, la position du CMP vous diriez que c'est plutôt la tolérance, c'est ça ?

IDE 10 : Oui !

Chercheur 2 : Comment ça se traduit au quotidien ?

IDE 10 : Voilà, c'est... Mes collègues, ceux qui fument encore, ils vont fumer avec les patients. Et c'est vrai que bon même nous, quand on va dehors, qu'ils sont déjà en train de fumer, on reste un petit temps avec eux, ça fait un petit temps d'échange aussi. Après ouais, c'est... Moi j'ai l'impression qu'on s'en occupe pas tant que ça quoi.

Chercheur 2 : Et pour vous, quels sont les freins à la prise en charge du sevrage tabagique au CMP ?

IDE 10 : Ben moi... Honnêtement... je me dis que c'est pas notre rôle quelque part. On est dans le soin psychique et psychiatrique. Peut-être que je mets les choses dans des cases, mais je me dis, autant l'addictologie, l'alcool, tout ça, bah ça se soigne en psychiatrie ça aussi, à Groddeck par exemple. Autant le tabac, ça se soigne pas en psychiatrie en fait, c'est un accompagnement médical, peut être avec des gens formés... Peut-être que c'est ça qui me manque, une formation, je sais pas. Et du coup

je trouve que c'est pas forcément de notre ressort... Alors que ça doit être j'imagine le ressort de tout soignant, mais heu... En tout cas, je me sens pas armé pour le faire moi. Je ne saurais pas quoi faire, à part... En fait j'adapte ce que j'ai appris pour l'alcool, j'adapte sur le tabac.... Parce que j'ai pas d'autres choses, pas d'autres outils quoi.

Chercheur 2 : Donc un manque d'outil... Et vous dites que ce n'est pas votre rôle.

IDE 10 : Ouais j'ai l'impression, c'est pas ça, mais j'ai l'impression que c'est pas notre rôle.

Chercheur 2 : Est ce que vous voyez d'autres freins ?

IDE 10 : Bah la volonté des patients d'arrêter, je pense qu'ils veulent pas. Ils veulent pas. Je pense que vraiment pour certains, c'est, c'est comme une espèce de compagnie. Il y a des patients qui voient personne de toute la semaine, ils viennent nous voir une fois par semaine, ils voient personne d'autre de la semaine, et je pense que c'est... pour eux c'est un accompagnement aussi dans leur quotidien quoi. Après, je me dis, voilà, si on leur enlève ça, qu'est-ce qu'il reste, je sais pas.

Chercheur 2 : Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge du tabac ?

IDE : Moi je pense que déjà faudrait qu'on soit formés, qu'on soit plus sensibilisés à ça. Je pense que ça serait déjà pas mal parce que... La preuve, je suis dans l'incapacité de vous dire quoi faire à part point-virgule et les patches... J'en sais rien en fait.... Dans ma formation infirmière, je pense qu'on ne m'en a pas parlé. Et du coup ouais, on n'est pas sensibilisés là-dessus en tout cas. Peut-être un peu plus de sensibilisation.... Des formations si ça existe.

Chercheur 2 : Donc une sensibilisation des professionnels ?

IDE 10 : Ouais.... Oui comme on a d'autres formations. Ça fait partie aussi de la réduction des risques. Voilà, ça, ça pourrait faire un truc, quelque chose. Ouais, peut être une sensibilisation, une formation ou des gens qui viennent, voilà nous.... Comme pour les produits, on a des représentants qui viennent nous présenter la nouvelle injection "machin" et ben peut être que quelqu'un pourrait venir nous expliquer les enjeux, comment faire...

Chercheur 2 : Est-ce que vous auriez d'autres suggestions ?

IDE 10 : Ben après ouais je sais pas quoi parce que je vous dis dans le fonctionnement des psychotiques entre autres, c'est compliqué. Je sais pas si j'en connais qui ne fument pas. Je ne sais pas s'ils ont envie d'arrêter en fait.

Chercheur 2 : En conclusion, comment vous représentez-vous votre place dans la prévention et la prise en charge du tabagisme ?

IDE 10 : Et Ben voilà, peut être que ça fait partie de mon boulot. Ouais je suis infirmière donc... Mais, je sais pas quoi faire en fait du coup je... Ça me traverse pas l'esprit de... Quand on m'en parle, bon bah je veux bien encourager à réduire... mais après, spontanément, c'est vrai que ça ne me viendrait pas à l'idée de dire à un fumeur, enfin à quelqu'un qui vient fumer, qui me fait pas la demande en plus, dire "bon bah faudrait arrêter de fumer, qu'est-ce que vous en pensez ?" Enfin, je me verrais pas faire ça. Je trouve que c'est.... C'est pas que c'est pas mon rôle pour le coup parce que ouais c'est dans la santé mais.... Ouais, je saurais pas faire, je saurais pas faire...

Chercheur 2 : Donc, finalement, votre place ne serait pas forcément d'intervenir face au tabac.

IDE 10 : Si il n'y a pas la demande en tout cas. Et puis si il y a la demande ben oui faut qu'on nous dise comment faire. On nous le dit bien pour l'alcool donc il doit y avoir aussi quelque chose pour le tabac donc.

Chercheur 2 : Est ce que depuis les dernières années vous avez vu un changement par rapport à cette question ?

IDE 10 : Non. Non franchement. Il y en a toujours autant qui fument, il y en a beaucoup, hein. Il y en a toujours autant qui fument. Y a pas de volonté d'arrêter. Aucune évolution dans un sens où dans l'autre.

Chercheur 2 : Très bien. Est-ce que vous avez des choses supplémentaires à ajouter sur la question du tabac au CMP ?

IDE 10 : Ben non, mais du coup ça m'interpelle cet échange sur... Peut-être qu'il faut faire quelque chose, je sais pas. Ouais c'est... Ça questionne. Ça questionne, parce qu'autant on y pense pour un proche, par exemple, qu'on va assister à arrêter de fumer. Mais c'est vrai que sur les patients... Non, moi du coup ça je pense que ça va me questionner. Oui, je me dis... pourquoi pas ?

Chercheur 2 : Est-ce qu'il y a des questions que vous voudriez approfondir un petit peu ?

IDE 10 : Non, non. On a dit l'essentiel je pense.

Chercheur 2 : Je vous remercie

IDE 10 : Merci à vous.

# 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. ”