

Mémoire

Réflexions sur le tabagisme dans un service de post urgence psychiatrique

Diplôme Inter Universitaire de tabacologie et prise en charge de sevrage tabagique.
Université Grenoble Alpes-Année universitaire 2018-2019.

Laurence Fabaron, infirmière dans l'équipe d'addictologie de liaison, Centre Hospitalier Alpes Isère.
Directeur de Mémoire Dr Etienne André

Sommaire

Remerciements	3
1-Introduction.....	4-5
2-Methodologie.....	6
2.1 Etat des lieux.....	6
2.1.1 Présentation du CHAI.....	6
2.1.2 Présentation de l'Apex.....	6
2.1.3 Spécificités des patients fumeurs en psychiatrie.....	7
2.1.4 La législation.....	7
2.1.5 Le personnel soignant en psychiatrie.....	8
2.2 Le focus Groupe.....	8
2.2.1 Définition.....	8
2.2.2 Compétences.....	9
2.3 La démarche.....	9
2.3.1 Les autorisations.....	9
2.3.2 Les critères d'inclusion.....	9
2.3.3 Les modalités pratiques.....	9
2.4 Les participants.....	9
2.4.1 Description de la population.....	10
2.4.2 Schématisations.....	11-12
2.5 Le recueil de données.....	13
2.5.1 L'entretien semi-dirigé.....	13
2.5.2 Les règles de l'entretien motivationnel.....	13
3-Résultats.....	14
3.1 Le problème matériel.....	14
3.2 Les enjeux relationnels entre les soignants et les patients.....	14
3.2.1 Le levier thérapeutique.....	14
3.2.2 Le distribution du tabac par les soignants.....	14
3.3 La question éthique.....	15
3.4 La question institutionnelle.....	15
4-La discussion.....	16

4.1	Le clivage des soignants selon leur statut personnel de tabagisme.....	16
4.2	Le débat éthique.....	16
4.2.1	La liberté individuelle.....	16
4.2.2	Les enjeux de pouvoir des soignants.....	17
4.3	Les obstacles à la prise en charge du patient fumeur en psychiatrie.....	17
4.3.1	La crise psychique au premier plan.....	17
4.3.2	La confusion des symptômes.....	18
4.3.3	Le manque de formation.....	18
4.3.4	Les peurs et les croyances.....	18
4.4	Les limites de la méthode.....	19
4.4.1	L'échantillonnage.....	19
4.4.2	La durée du groupe focus.....	19
4.4.3	Le biais d'un point de vue unilatéral.....	19
4.4.4	L'objectivité.....	19
4.5	Les perspectives.....	19
4.5.1	L'élaboration d'un protocole.....	19
4.5.2	La formation en tabacologie.....	20
4.5.3	L'intervention de l'ELSA.....	20
4.5.4	La place de l'institution.....	20
4.5.5	La collaboration avec le service de santé au travail.....	21
5-	Conclusion.....	22-23
6-	Bibliographie.....	24-26
7-	Annexes.....	27
7.1	Plaquette de présentation du CHAI.....	27-29
7.2	Plaquette de présentation du Pôle Liaison Urgences Spécificités.....	30
7.3	Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques.....	31
7.4	Recommandations HAS -Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence au premier recours.....	32

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire. En premier lieu, le Docteur Etienne André mon directeur de mémoire qui m'a accordé beaucoup de temps et une aide précieuse. Son expertise et son enthousiasme ont été déterminants. Je remercie aussi le Professeur Pison Christophe, pour son avis critique et sa relecture. Je souhaite particulièrement remercier les acteurs du groupe focus sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir, leur contribution a été essentielle. Enfin, mes proches relecteurs et correcteurs : Céline Fabbri, Laurent et Inès Fabaron.

1.Introduction

Le tabagisme est la première cause de mortalité prématurée pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques (1,2). Il induit des pathologies cardiovasculaires, respiratoires et des cancers à l'origine d'une réduction de l'espérance de vie de 25 ans dans cette population (3). La dépendance au tabac est 2 à 3 fois supérieure chez les patients atteints de troubles psychiatriques que dans la population générale (3). Chez les patients dépressifs la fréquence de fumeurs quotidiens est de 37 %, elle est de 36 à 46% pour des patients avec des troubles anxieux et de 69 % pour les patients bipolaires. La proportion de fumeurs chez les patients souffrants de schizophrénie est de de 60 à 90 % contre 22,5 % chez le sujet sans trouble mental (4).

Le risque suicidaire est quant à lui 2 fois plus élevé chez les fumeurs et jusqu'à 4 fois plus chez la fumeuse qui consomme plus de 25 cigarettes par jour (5,6).

Les causes de ces constats sont multiples. D'abord l'hypothèse de l'auto médication (3). La nicotine et les systèmes de transmissions dopaminergiques et glutaminergiques diminuent les symptômes négatifs des troubles et favorisent les symptômes cognitifs comme les troubles de l'attention, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives (7). Nous savons aussi que les effets extra pyramidaux induits par les neuroleptiques sont atténués par la consommation de tabac (3). Plusieurs études relatent que l'administration de nicotine aurait des effets antidépresseurs (3). Les facteurs génétiques sont également évoqués (8) avec des facteurs communs de vulnérabilité de dépendance au tabac et schizophrénie, ainsi qu'une anomalie génétique sur le gène codant le récepteur nicotinique Alpha 7. En ce qui concerne la personnalité, l'impulsivité et la recherche de nouveauté, elles exposent également plus les patients vulnérables à la consommation de tabac. (9,10). Enfin il a été démontré que le tabac altère également la fonction cérébrale par hypoxie (11).

Ainsi, le tabagisme dans un service de post urgence psychiatrique pose de nombreux problèmes par le nombre ainsi que les variétés et les spécificités des fumeurs concernés, la relation pharmacologique entre nicotine et médiateurs du système nerveux central, par les pratiques soignantes actuelles.

Infirmière dans l'équipe d'addictologie de liaison (ELSA) du Centre Hospitalier Alpes Isère, j'ai été frappé sur plusieurs situations rencontrées dans un service d'urgence psychiatrique, où les patients sont hospitalisés pour des motifs de décompensations psychotiques, ou tentatives de suicides et/ou idées suicidaires sans que soit prise en compte leur pratique addictive.

- La première situation est celle d'un jeune homme de 23 ans, hospitalisé depuis la veille pour idées suicidaires et qui bouleversé par son entretien médical, pleure. L'infirmier présent lors de l'entretien médical lui propose alors d'aller fumer avec lui afin de l'apaiser.
- La deuxième scène est celle de ce collègue infirmier, non-fumeur, récemment diplômé, qui m'explique avoir appris à rouler des cigarettes et à veiller à toujours avoir un briquet sur lui

au cas où un patient en ai besoin pour fumer. Il s'est senti contraint dans sa nouvelle fonction d'infirmier travaillant en psychiatrie à devenir un expert du tabac !

- La troisième expérience vécue est celle d'un patient bipolaire en phase maniaque, entré en hospitalisation depuis 2 jours pour une décompensation de sa maladie. Il a troqué sa montre de grande valeur contre une dizaine de cigarettes auprès d'un autre patient, toxicomane, entré lui pour demande de sevrage à la cocaïne et agitation sur la voie publique.

Toutes ces situations m'ont amené à m'interroger :

<p style="text-align: center;">Quelle est la place des soignants dans la prise en charge du tabagisme des patients fumeurs ayant des troubles psychiatriques aigus ?</p>

Nous constatons un **vide**. Aucune procédure, aucun protocole dans ce service, ni dans le centre hospitalier. Une seule règle est de rigueur : l'interdiction de fumer de 23h à 6h.

Nous choisissons de réfléchir à cette question en réalisant une étude qualitative avec un groupe focus et comme population étudiée, l'équipe de soignants de ce service.

Les objectifs secondaires et le plan de travail sont les suivants :

1. **Amorcer une réflexion sur le tabagisme** du point de vue du personnel de santé dans le service de post-urgence psychiatrique.
2. **Interroger les pratiques individuelles** et d'équipe afin de mieux comprendre les comportements, les causes et les conséquences du tabagisme.
3. **Identifier les freins** dans la prise en charge du patient fumeur dans ce service.
4. Envisager des **propositions** afin d'améliorer cette prise en charge au sein du service et plus largement dans l'ensemble du centre hospitalier.

2.Méthodologie

2.1 État des lieux

2.1.1 Présentation du CHAI

L'établissement Public de Santé Mentale, le Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI) constitue un acteur majeur du soin psychiatrique en Auvergne-Rhône-Alpes en desservant plus de 800 000 habitants sur les deux tiers Sud-Isère. (Annexe 7.1). En effet, une des particularités de cet établissement est d'avoir son site principal sur la commune de Saint Egrève tout en comptant plus de 70 lieux de soins répartis sur l'ensemble du territoire.

Organisé en six pôles cliniques de psychiatrie générale et de spécialités, adulte et enfant, il est divisé en pôles de soins selon les secteurs géographiques des patients et un pôle spécifique transversal, le Pôle Liaison Urgences et Spécificité dans lequel se trouvent le service d'addictologie dans lequel je travaille ainsi que le service de post urgence psychiatrique l'APEX.

2.1.2 Présentation du service de l'APEX

L'APEX (Accueil Psychiatrique d'Évaluation) est une unité fermée de 12 lits (Annexe 7.2). Elle possède 2 chambres d'isolements, avec chacune un patio. Elle se situe en RDC, de plain-pied avec un patio central. Le personnel soignant a un accès à l'extérieur par sa tisanerie. Les chambres des patients sont individuelles avec sanitaires et toilettes. Ils peuvent fumer dans le patio central sauf de 23h à 6h.

Les patients proviennent des services d'urgences des hôpitaux périphériques généraux du département, essentiellement du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes et du Centre Hospitalier de Voiron. Ce service, créé en 2009, a pour mission de réaliser une expertise psychiatrique qui fait suite à une évaluation réalisée en amont. Un médecin généraliste réalise également un bilan. Le séjour est de courte durée (moins de 72h). Les patients peuvent être des primo-accédants à la psychiatrie ou avoir un passé plus long dans la maladie psychiatrique. Ils arrivent tous sur le mode de l'urgence.

Plusieurs modes d'hospitalisation sont possibles : Soins libres ou soins contraints comme les soins à la demande d'un tiers ou les soins à la demande d'un représentant de la loi, enfin les soins pour péril imminent. Ils seront orientés en fonction de l'évolution de la maladie : vers un retour à domicile avec soins ambulatoires, soit en hospitalisation complète.

Le personnel se compose de 6 médecins psychiatres (dont 1 chef de pôle et 1 chef de service), un médecin généraliste qui intervient sur plusieurs unités de soins, et des infirmiers qui travaillent sur 2 amplitudes horaires (une équipe de jour et une équipe de nuit). Une cadre de santé, une cadre supérieure de santé de pôle, 2 secrétaires, des agents de service d'hygiène et une assistante sociale viennent compléter cette équipe.

L'équipe de liaison d'addictologie, composée actuellement de 1,8 ETP d'infirmière et dont je fais partie, intervient dans toutes les unités de soins du CHAI sur prescription médicale et dans l'unité d'urgence quotidiennement du lundi au vendredi. Notre équipe a pour objectif de réaliser des entretiens d'évaluation et d'orientation addictologique. Les patients adressés présentent tous des troubles psychiques et des addictions mais il est important de noter que nous ne sommes jamais sollicités pour la seule addiction au tabac ...

A retenir

Le tabagisme n'est pas considéré comme une addiction requérant une intervention lors du passage aux urgences.

2.1.3 Spécificités des patients fumeurs en psychiatrie

Non seulement les patients fumeurs dans ce service sont nombreux pour les raisons que nous venons de voir, mais ils présentent également des singularités qu'il est nécessaire de cerner. Les patients hospitalisés en psychiatrie présentent des comorbidités, c'est à dire qu'ils souffrent de troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, ce qui rend cette population particulièrement complexe à prendre en charge (3 ;12). Ces pathologies nommées également « duelles » dont souffrent les patients nécessitent une approche à la fois diagnostique et thérapeutique simultanées.

Les patients souffrants de pathologies psychiatriques sont dans la plupart des cas des « hard core smokers » ou fumeurs difficiles (13).

Ils présentent les particularités suivantes :

- ils fument quotidiennement
- sont fortement dépendant
- fument plus de 15 cigarettes par jour
- inhalent plus profondément
- n'ont pas de tentative d'arrêt dans l'année écoulée, ni d'intention et de désir d'arrêter dans les 6 mois à venir

Alors que nous observons une diminution de la consommation de tabac dans la population générale, 1 million de fumeurs quotidien en moins (14), elle reste stable chez les patients souffrants de troubles psychiatriques (3).

A retenir

Il s'agit de hardcore smokers. On constate peu de réduction du nombre de consommateurs.

2.1.4 Législation

En France, l'interdiction de fumer dans les lieux publics a été décidée en 1975(loi Veil) et la fin de sa mise en œuvre date de février 2007. Il est en théorie, **strictement interdit de fumer** dans les locaux couverts et fermés de psychiatrie, mais cette application suscite encore bien des débats, surtout au sujet des patients aigus, « contrairement à la conviction initiale de la majorité des psychiatres, aucune exception n'a été prévue pour la psychiatrie »(15). Selon certains auteurs, des

dispositions « particulières » sont prises dans les services de psychiatrie (16), la loi précise que l'application pourra être progressive pour certains patients (15). La loi autorise certaines dispositions que les établissements de psychiatrie ont du mal en mettre en œuvre.

En janvier 2003, une plainte des syndicats a été déposée contre un directeur d'hôpital accusé de ne pas avoir mis en place de dispositifs pour la protection des non-fumeurs (17). Le décret 2004-68 du 16 janvier 2004 **exclut les établissements de santé de la qualité de revendeurs de tabac** et les personnels ne peuvent se substituer aux revendeurs pour répondre aux attentes des patients. Le tabac ne peut donc (en théorie) être fourni que par les familles ou les visiteurs, amis...

A retenir

La loi s'applique aux établissements psychiatriques.

2.1.5 Personnel soignant en psychiatrie

Les équipes de soins en psychiatrie **fument plus** que dans les autres équipes de soins (15). En 2017, la prévalence des infirmiers, sage femmes et assimilés était de 30 % et de 43 % pour les aides-soignants et assimilés (18). Le tabac est utilisé comme **levier thérapeutique** et les équipes éprouvent des difficultés vis-à-vis de l'interdiction de fumer (15). Elles sont très sensibles aux **interactions** avec les patients qui seraient jusqu'à **80 %** autour du tabac (19). « Le personnel soignant banalise les conséquences sanitaires du tabagisme, convaincu d'une place positive dans la gestion clinique des patients ». (15)

En 2003, une enquête diligentée par le ministère de la santé indique que 48% du personnel hospitalier ignore si leur hôpital adhère à la charte sans tabac (17).

A retenir

Le tabac est un objet de relation social voire thérapeutique.

2.2 Le focus groupe

2.2.1 Définition

Dans une démarche qualitative, j'ai choisi de constituer un groupe focus afin de répondre aux objectifs posés. La technique d'entretien de groupe permettait de profiter de la dynamique des échanges oraux de la population ciblée, à savoir le personnel soignant de l'équipe de l'APEX.

Je cherchais à comprendre les comportements existants et de projeter les situations vécues. Cette méthode autorisait à stimuler différents points de vue par la discussion. Elle favorisait aussi l'émergence d'opinions, d'expériences, de débats avec l'expression directe des participants, en reflétant leurs valeurs sociales, éthiques et sanitaires. Enfin cette méthode autorisait à saisir la complexité psychosociale de la problématique exposée.

2.2.2 Les compétences

Pour légitimer ce choix, je me suis appuyé sur mes formations acquises en animation de groupe de paroles.

En effet, j'ai obtenu les niveaux 1 et 2 d'animation de thérapie communautaire intégrative et le niveau 1 de l'entretien motivationnel. J'ai pratiqué ces méthodes lors de groupes de paroles en addictologie et en psychiatrie auprès des patients mais également lors de formations en addictologie auprès des soignants en institut de formation en soins infirmiers.

2.3 La démarche

2.3.1 Les autorisations

Je me suis préoccupée des autorisations nécessaires à la réalisation de ce groupe au près de ma supérieure hiérarchique, ma cadre de santé. Elle m'a orienté vers la cadre supérieure de Pôle et du chef de Pôle, médecin psychiatre qui se sont tous deux montrés favorables et même intéressés.

J'ai ensuite demandé l'autorisation à la cadre de santé du service de l'APEX qui s'est elle-même impliquée dans la démarche, consciente des enjeux du sujet. Nous avons donc convenu ensembles des modalités pratiques.

2.3.2 Critères d'inclusion

La population ciblée était le personnel soignant de l'équipe de l'APEX, sur la base du volontariat. Nous avons organisé une campagne d'affichage dans le service avec une présentation brève du sujet « Dans le cadre de mon Diplôme Universitaire en tabacologie, je souhaite travailler avec vous sur la prise en charge du patient fumeur de l'unité. Si vous êtes intéressé, merci de vous inscrire sur l'affiche ».

Par ailleurs, profitant de mon passage quotidien dans l'unité, j'invitais aussi directement le personnel en insistant auprès des médecins et du chef de service.

2.3.3 Modalités pratiques

La campagne était déterminée sur un mois, du 1^{er} Février au 1 Mars 2019, avec rappels lors des réunions de service par la cadre de santé. Le lieu d'affichage a été choisi en fonction de son accessibilité, dans le bureau de transmissions où chaque acteur passe du temps, lisible de toute l'équipe, de jour et de nuit.

Nous avons décidé de 2 dates espacées d'une semaine en fonction des emplois du temps des personnes inscrites sur la liste du focus groupe. Il s'agissait de s'adapter au plus grand nombre, dans un souci de ne pas perturber le fonctionnement du service, et en leur facilitant leur participation, selon

leurs horaires de travail. Chaque groupe a duré 1h30 les vendredis 29 Mars et 5 Avril 2019 de 14h00 à 15h30.

Nous avons déterminé un lieu où se tiendrait le groupe, variable déterminante à la réussite de sa mise en œuvre. Nous avons donc choisi la salle de réunion de Pôle, située dans le même bâtiment que l'APEX, à l'étage supérieur. Je me suis chargée des réservations auprès des secrétaires de Pôle.

Après avoir récupéré l'affichette, j'ai envoyé plusieurs courriels de rappels aux participants sur leurs boîtes mail individuelles professionnelles, en indiquant le lieu, les horaires et en les encourageant à venir ou à me prévenir en cas d'absence.

2.4 Les participants

2.4.1 Description de la population

8 personnels soignants âgés de 23 à 45 ans sont inscrits sur l'affichette.

- Le médecin chef de service, un homme, non-fumeur
- Le médecin généraliste, une femme non fumeuse
- 5 infirmiers de jour (2 femmes dont 1 fumeuse et 3 hommes, fumeurs)
- 1 femme infirmière de nuit, ex-fumeuse

Nous constatons une population mixte, avec équité en sexe et 3 non-fumeurs, une ex fumeuse, 4 fumeurs.

– A la première date étaient présentes 4 personnes :

- Un médecin
- 3 infirmiers

Au total, 2 hommes et 2 femmes. 2 participants se sont excusés, 2 participants absents non excusés.

– A la seconde date étaient présentes 4 personnes également 3 hommes et une femme :

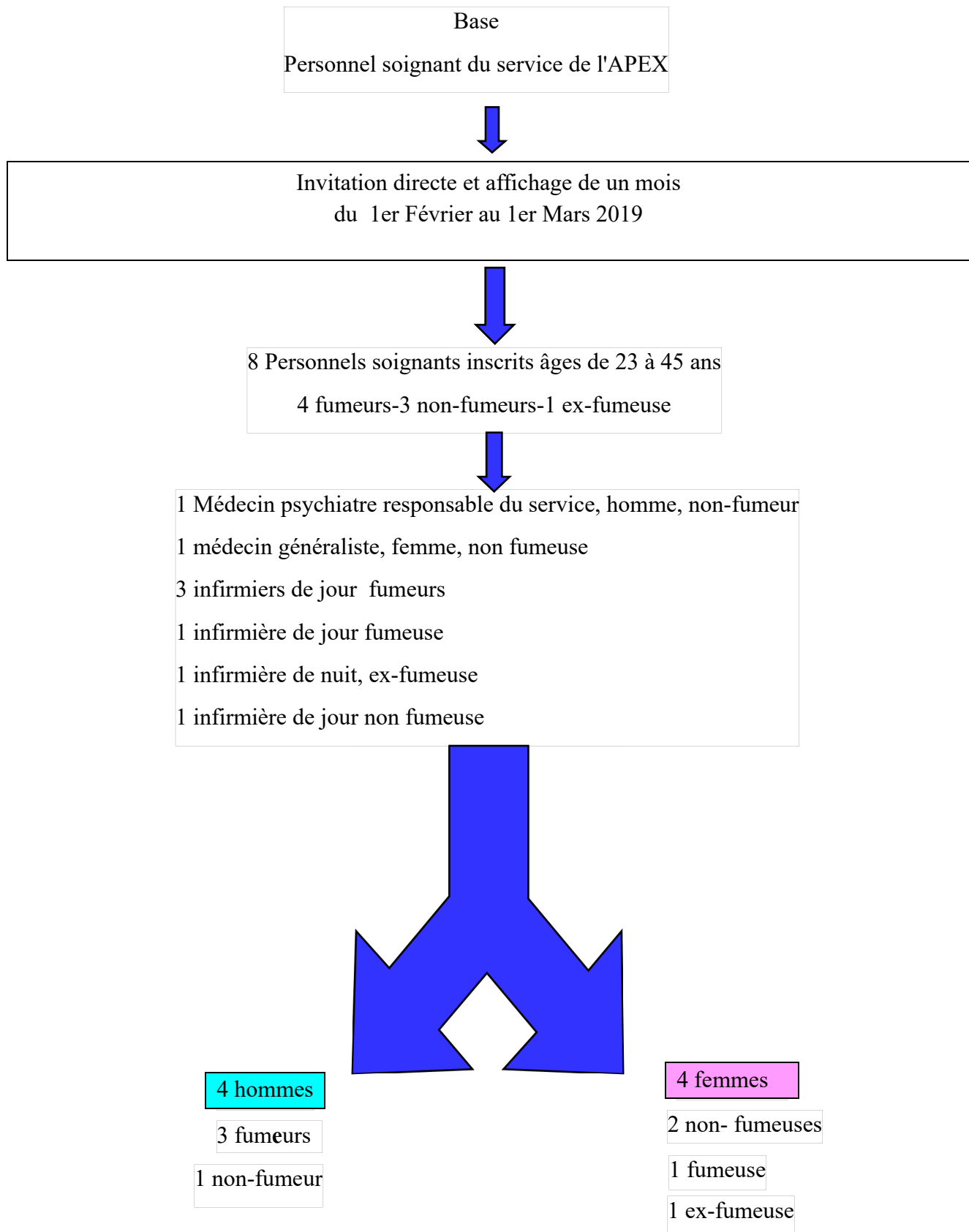
- Un médecin
- 2 infirmiers de jour
- une infirmière de nuit.

A chacune des deux dates il y avait donc 4 absents : 2 excusés, 2 non excusés.

Une personne a participé aux 2 réunions.

2.4.2 Schématisations

1. Schéma explicatif de la méthode

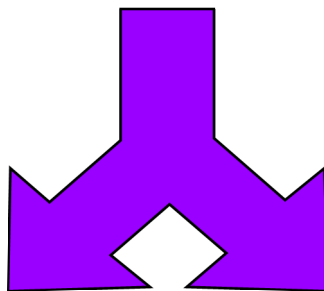


2.Schéma du groupe focus

Groupe focus 8 inscrits



Proposition de deux réunions



1ere date le 29 mars 2019 :

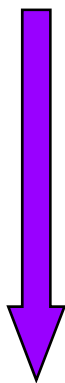
4 participants

- Un médecin généraliste femme, non fumeuse
- une infirmière de jour non fumeuse
- une infirmière de jour fumeuse
- un infirmier de jour fumeur

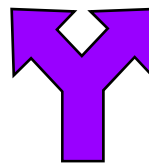
2ème date le 5 avril 2019 :

4 participants

- Un médecin psychiatre, non-fumeur
- deux infirmiers de jour fumeurs
- une infirmière de nuit, ex-fumeuse



2 absents justifiés
2 absents non justifiés



Un participant aux deux réunions



2 absents justifiés
2 absents non justifiés

2.5 Recueil de données

2.5.1 Entretien semi dirigé

Suite à l'état des lieux décrit plus haut et des points « A retenir », le groupe focus a travaillé en entretien semi dirigé à partir des 2 questions suivantes :

- 1° **Selon vous, quels sont les problèmes liés au tabac auxquels les patients hospitalisés dans votre service sont confrontés ?**
- 2° **Quels sont les problèmes liés au tabac qui se posent à vous, dans le cadre de votre travail ?**
La seconde question n'était posée que lorsque les débats sur la première question s'épuisaient.

2.5.2 Les règles de l'entretien motivationnel

Discussion sous forme de *Brain storming* avec la « méthode des 4 R » de l'entretien motivationnel :

- ✓ Recontextualiser
- ✓ Reformuler
- ✓ Résumer
- ✓ Renforcer

Cette méthode permet d'établir un **rapport collaboratif** (20) avec empathie pour comprendre et restituer les vérités des participants en vue de réfléchir aux pratiques professionnelles.

Les mots clés évoqués par les participants étaient inscrits sur un tableau blanc.

3. Résultats

3.1 Le problème matériel

Les patients hospitalisés en urgences n'ont **pas d'argent ni de réserve de tabac**. Ils ont l'interdiction de sortir du service, fermé à clés. C'est de là que résulte un **état de manque** de tabac chez des patients avec des comorbidités souvent fumeurs difficiles, qui manifestent de l'anxiété, de l'irritabilité, le besoin de fumer.

Les participants sont unanimes :

« Ce n'est pas une priorité de s'occuper du tabac dans cette hospitalisation de crise ».

Un infirmier reconnaît même qu'il déconseille à un patient émettant le souhait d'un sevrage au tabac car pour lui c'est le reflet d'une « désorganisation psychique ».

3.2 Les enjeux relationnels entre les soignants et les soignés

3.2.1 Le levier thérapeutique

Les interactions avec les soignants sont axées sur le tabac et sa recherche, ce qui fait écran aux autres difficultés psychiques qui emmène le patient en hospitalisation. Les participants évoquent alors la différence d'attitude si le soignant est fumeur ou non. Il est parfois utilisé comme **levier thérapeutique**, facilitateur d'échange et d'alliance thérapeutique :

« C'est un moment de convivialité, d'échanges »

« Je n'aurais pas eu le même échange sans le partage de la cigarette avec ce patient »

Les **bénéfices relationnels** au tabac ont parlé : *« Ils sont plus calmes une fois qu'ils ont fumé » ;*

« On est plus tranquille ».

Analyse

La relation est pacifiée dans ce moment de crise et d'urgences. Les échanges sont cristallisés par cette recherche et peut être une source de **tensions et de conflits** avec les soignants et les autres patients. Mais c'est aussi une **monnaie d'échange** entre les patients qui peut générer des conflits. Le personnel non-fumeur évoque le tabagisme passif subi par eux et par les patients non-fumeurs. Le **clivage** dans la prise en charge du patient selon son statut personnel de fumeur ou non-fumeur est discuté également et soulève des questionnements.

3.2.2 La distribution de tabac par les soignants

Les patients hospitalisés sont souvent **contraints** par leur mode d'hospitalisation (SDT-SDRE-SPI) et peuvent être en chambre d'isolement où la consommation maximum de tabac autorisée est de 10 cigarettes par 24h durant les sorties accompagnées par le personnel soignant, toutes les 2-3h à raison de 1 ou 2 cigarettes à chaque sortie. Certains patients ont accès libre à leur tabac mais d'autres en fonction de leur état psychique sont **soumis à la distribution des soignants** sans règle pré établie.

Ils n'ont donc pas le choix et dans ces circonstances les réponses des soignants sont les suivantes :

- Trouver et donner du tabac, en faisant appel à la famille du patient, à ses éducateurs s'il est en institution ou par l'assistante sociale mais aussi grâce à une « réserve » du service alimentée par les oublis de précédents patients.
- Donner le traitement « **si besoin** » (neuroleptiques et /ou anxiolytique)
- Proposer un traitement de substitution oral ou en patch, un participant (fumeur) s'exprime :
« *De toute façon le patient refuse systématiquement les patchs lorsque je lui propose* »

3.3 La question éthique

Cette question se pose à différents niveaux. D'abord, la contrainte d'hospitalisation est une première « privation de liberté ». En effet un patient présentant un trouble mental empêchant de se prendre en charge ou présentant un risque pour lui ou pour autrui peut être hospitalisé sans son consentement. A celle-ci se rajoute la contrainte de diminuer la consommation de tabac du patient sans que cela soit son choix : « *On leur change leur mode de vie en imposant des horaires pour fumer et un nombre limité de cigarettes de quel droit ?* » ; « *Déjà qu'il n'a pas choisi d'être hospitalisé alors qu'on le laisse fumer !* »

Fournir du tabac en tant que soignant divise sur le plan éthique : « *pas moral* » pour certains, levier relationnel pour d'autres : « *Sans le tabac je n'aurais pas eu la même alliance thérapeutique* »

Enfin, est évoqué le cas de plusieurs patients s'étant mis à fumer lors de leurs hospitalisations « *par ennui et par stress aigu* », dans un lieu de soins où la population vulnérable devrait être protégée.

Analyse

L'absence d'homogénéité des réponses, l'absence de protocole, conduisent à des risques d'incompréhension voire de chantage.

3.4 La question institutionnelle

La **seule règle** établie clairement est l'interdiction de fumer de 23h à 6h du matin. L'équipe de nuit s'y appuie comme le cadre à respecter, et les patients l'entendent. L'équipe de soignants de nuit est venue en réunion de service pour réclamer des protocoles si besoin de substituts nicotiques mais n'avaient pas à ce jour obtenu de résultats à leur requête.

Inexistence de protocole sevrage tabagique.

Il n'y a pas non plus de règle sur la distribution de tabac comme déjà mentionné.

Par ailleurs, la psychose présente comme trait un vide existentiel auquel le patient tente de répondre avec le tabac. Il y a cependant une salle de sport dans le service qui peut être utilisée avec un accompagnement de soignants. Mise en évidence du manque d'activités proposées dans l'institution.
« *C'est leur seule occupation* » ; « *Ils n'ont que ça à faire* ».

Analyse

Un besoin de positionnement de l'institution.

4.La discussion

Dans nos objectifs de travail, nous avons celui de la réflexion du tabagisme dans ce service de post urgence psychiatrique. Nous verrons qu'il est source de clivage chez les soignants, que les questions éthique sur la liberté individuelle et l'autorité des soignants font débats. Puis nous discernerons les freins à cette prise en charge.

4.1 Le clivage des soignants selon leur statut personnel de tabagisme

Le soignant qui fait figure de référence et d'**identification** du patient souffrant de troubles psychiques en fumant avec lui, l'**autorise et l'encourage** à poursuivre cette consommation. Dans une étude en Angleterre auprès de 2 574 personnels hospitaliers, 1 soignant sur 3 était opposé à l'application d'une interdiction stricte de fumer contre **1 soignant sur 10** en soins généraux (26)

Le **manque de cohésion** sur cette question, divise l'équipe soignante. Le **clivage est** directement issu de la position personnelle de soignant vis à vis du tabac. Sans règle, chacun se débrouille avec sa propre expérience, ses convictions et ses croyances propres.

La règle claire et acceptée de l'interdiction de fumer de 23 h à 6h du matin facilite par exemple le positionnement des soignants. La mission est claire, limitée. La difficulté rencontrée par l'équipe de nuit se situe au niveau de l'accès aux substituts nicotiques. Un défaut de prescription, provenant certainement du fait que le **tabagisme est toujours au second plan** après les troubles psychiatriques de crise mieux connus et gérés par les psychiatres. Pourtant l'existence de réglementations et de dispositions claires de gestion du tabagisme constitue une opportunité unique (27).

4.2 La débat éthique

4.2.1-La liberté individuelle

La question éthique interroge sur la **liberté individuelle** du patient.

Est-on en droit de le priver de sa consommation de tabac habituelle ? D'autant plus que l'hospitalisation sous contrainte les prive déjà d'une forme de liberté. Le **sentiment d'injustice** retransmis par les soignants, qui ont à cœur de faire preuve d'humanité envers cette population vulnérable suscite le débat. Oui mais, « N'y a-t-il pas un problème **éthique à fermer les yeux** en tant que soignant sur le tabagisme sévère de nos patients ? » (15).

En effet, le constat de la mort prématurée liée au tabagisme de ces patients reste une réalité.

L'hôpital est un lieu censé protéger les patients qui y sont soignés et le personnel qui y travaille. Le **tabagisme passif** subi par les patients non-fumeurs et l'ensemble du personnel non-fumeur interroge aussi sur cette question éthique de liberté individuelle. Alors que l'on sait que les victimes du tabagisme passif font actuellement plus de tués que les accidentés de la route.(31)

4.2.2- Les enjeux de pouvoir du soignant

Sur la gestion du tabac, le patient est **soumis à la distribution de cigarettes par le soignant** qui détient alors le « **pouvoir** » et peut faire naître et vivre un sentiment d'humiliation et d'injustice. Comment justifier ce **rapport de force** dans un endroit où la **population vulnérable** devrait être protégée et où le personnel soignant aussi devrait se sentir **sécurisé** par un cadre protecteur ?

La question du tabagisme se pose au niveau **institutionnel**. La tolérance particulière au regard de la loi tient aussi à la hiérarchisation des priorités « la santé mentale du sujet prime sur les autres impératifs de santé et le tabagisme doit respecter cet ordre des priorités » (17). La **distribution arbitraire de tabac** variable selon les intervenants est évidemment discutable et relève le manque de règles institutionnelles. Ceci génère l'inconfort des soignants qui font comme ils peuvent dans ce flou réglementaire qui est source d'insécurité professionnelle car non cadré. L'investissement de la hiérarchie et de l'institution est fondamental pour la cohésion et la réussite de la prise en charge du patient fumeur.

En étant **contraints par l'hospitalisation** et ses **règles de sécurité**, les patients se retrouvent en sevrage partiel **de fait** et il est donc dérangent sur le plan éthique de ne pas traiter cette « diminution forcée », de ne pas apporter de **réponse adaptée** à cet état de manque

Il y a un **vide que la fumée du tabac remplit**, au détriment de la santé des patients et du personnel hospitalier. Donne-t-on de l'alcool à un patient alcoolique ? La réponse est négative. Dans ce service les protocoles de prise en charge de l'alcoolisme sont clairs et connus.

4.3 Les obstacles à la prise en charge du fumeur en psychiatrie

4.3.1 La crise psychique au premier plan

La crise psychique nécessite parfois la contrainte en chambre d'isolement avec encore plus de restriction tabagique, chez des fumeurs difficiles habitués à fumer beaucoup plus que les **10 cigarettes maximum délivrées en 24h, distribuées toutes les 2-3h de 6h à 23h**. Dans cet état d'agitation manifeste, le personnel soignant **priorise** la prise en charge de l'état aigu psychique et **relaye la prise en charge tabagique au second plan**. Dans ce contexte, **donner du tabac est la première réponse** à la demande incessante de ces patients à la recherche d'apaisement. La seconde réponse après la distribution de tabac est de donner les traitements « **si besoin** », neuroleptiques et anxiolytiques. Enfin les **traitements de substitution sont peu utilisés** par manque de conviction de leur efficacité et méconnaissances de leur utilisation.

Les **conséquences sanitaires n'ont jamais été débattues** spontanément dans le groupe focus. En fait, il y a un **manque de connaissances** sur le tabagisme : la mortalité, les maladies et les conséquences du tabagisme sur les patients atteints de troubles psychiatriques. Mais aussi un **manque de formation** car les différents usages possibles des substituts nicotiques sont peu connus.

Peut-on parler d'une **forme de déni**, avec un personnel, lui-même en difficultés avec le tabac ?

La question du tabac n'est **pas intégrée dans les missions premières** mais reléguée au second plan dans ces situations de crise psychique et d'urgence. Laurent Michel (15) parle de « **dissonance**

cognitive » entre les savoirs acquis et la pratique ; la prise en charge globale et non pas seulement psychologique mais aussi sociale et somatique fait pourtant bien parti de nos missions de soignants.

Le tabagisme n'est pas une priorité

4.3.2 La confusion des symptômes

Nous constatons que le tabagisme est omniprésent. Il est donc important de débattre à son sujet. Dans cette étude, l'intérêt par le personnel soignant sur la question du tabagisme est certain. L'état de manque étant maximal après 24h à 48 h (4), il se superpose à la crise psychiatrique aigue prise en charge dans ce service ce qui peut générer une confusion dans l'évaluation des symptômes (symptômes liés à l'état psychique, à l'état de manque ou les deux ?). L'anxiété et l'irritabilité sont là. Ces symptômes, qui peuvent résulter des 2 causes, ne facilitent pas l'évaluation. (4)

4.3.3 Le manque de formation

Le **manque de formation en tabacologie** est manifeste. Les professionnels en psychiatrie ne savent pas si le patient peut fumer avec un patch, ni comment évaluer la dépendance. Et puisque ce n'est pas la demande du patient d'arrêter de fumer, le personnel soignant n'envisage pas de leur proposer un **substitut nicotinique** pour aider à l'état de manque constaté, tout cela traduit la méconnaissance des indications des substituts nicotinique. Cependant, plusieurs études démontrent l'intérêt d'un traitement de substitution nicotinique dans de pareilles circonstances. (3,21) les recommandations de la Haute Autorité à la Santé préconisent « l'utilisation des substituts nicotinique en première ligne ». L'Office Français de prévention du Tabagisme a édité un recueil de 20 messages clés *-Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques-* auquel on peut se référer. Ce recueil, qui explique les interactions du tabac et de la maladie psychiatrique, donne des recommandations et précise **qu'une prise en charge spécifique** est justifiée (Annexe 7.3). Il existe également les recommandations de la Haute Autorité de la Santé d'octobre 2014 (Annexe 7.4). « Tous les professionnels de santé sont impliqués dans le repérage précoce, l'intervention brève et l'aide à l'arrêt du tabac ».

4.3.4 Les peurs, les croyances

Les **craintes d'accentuation des symptômes de crise**, comme l'anxiété, l'irritabilité, la dépression, par les soignants si on empêche le patient de fumer sont au-devant de la scène. Elles sont le principal **frein** à la prise en compte du tabagisme. Le « clash », tant redouté, est d'abord évité par la distribution de tabac.

N'est-ce pas nier que le patient « hard core smoker » est de toute façon en sevrage partiel de tabac car il fume beaucoup moins que ses habitudes à son domicile et qu'il serait plus approprié de l'aider dans cette situation ?

L'étude de Boumaza (21) portant sur l'impact sur le risque de violence dans une unité de soins intensifs psychiatriques se veut rassurante. Sur une cohorte de 72 patients hospitalisés en unité psychiatrique fermée de soins intensifs, **le risque de violence ne différait pas** entre le groupe de

patients fumeurs en sevrage tabagique stricte et le groupe témoin. La peur de mal faire son travail est aussi débattue.

Les conséquences du tabagisme apparaissent à long terme, contrairement à l'alcool ou les autres drogues où le patient psychotique présente des difficultés avec les notions temporelles. C'est donc bien à nous, personnel de santé, de lui faire prendre conscience des risques encourus avec le tabagisme (28).

4.4 Les limites de la méthode, la validité des résultats

4.4.1 L'échantillonnage

Le **nombre est effectivement limité** sur un groupe de **8** participants inscrits, il y a eu 2 groupes de 4 participants. Ce qui est peu proportionnellement au nombre de soignants de l'équipe. Les résultats sont donc représentatifs quant à l'identification et l'énoncé des problèmes mais leur importance les uns par rapport aux autres mérite d'être approfondie par une enquête élargie à un groupe plus représentatif des professionnels de santé en psychiatrie.

4.4.2 La durée du groupe focus

La réalisation de deux sessions d'une durée d'**1h30** est-elle suffisante au débat ? Les questions étaient nombreuses et les participants se montraient intéressés, curieux, de mieux comprendre. Le sujet est en effet vaste et complexe et nécessiterait d'y consacrer plus de temps pour tenter d'y répondre. On peut alors parler d'une ébauche de résultats et d'un début de réflexion, mais aussi la traduction d'une demande de mieux comprendre le sujet et d'en maîtriser les réponses aux questions qu'ils posent.

4.4.3 Le biais d'un point de vue unilatéral

N'ayant que le **point de vue unilatéral** des soignants, on peut se poser la question du vécu réel des patients. C'est donc avec eux directement qu'il serait intéressant de débattre sur le sujet du tabac au décours de cette hospitalisation mais la courte durée du séjour et l'état psychique de crise, permettait peu ce projet.

4.4.4 L'objectivité

Le groupe était composé de volontaires. Qu'en serait-il si le débat avait été réalisé avec des soignants septiques, non curieux sur ce sujet ? Une résistance, un rejet ?

4.5 Les perspectives

4.5.1 L'élaboration d'un protocole

Le médecin chef de service a décidé de mettre en place au sein de l'hôpital un groupe dans le but d'élaborer un **protocole nicotinique** avec les médecins généralistes, des psychiatres, des addictologues, pharmaciens, le personnel non soignant (ingénieur qualité, direction des soins...) et auquel je participe,

également. Plusieurs médecins tabacologues, sages-femmes tabacologues rencontrés lors du DIU m'ont d'ailleurs fait parvenir leurs protocoles hospitaliers (annexes) et nous nous en servons pour élaborer ce protocole.

Le médecin généraliste a décidé de mettre le **conseil minimal dans son questionnaire d'entrée**. Il s'agit d'une réflexion déjà présente en amont que le débat a permis de concrétiser. Il va le diffuser à l'ensemble de ses collègues médecins généralistes.

4.5.2 La formation en tabacologie

On sait que la formation aux professionnels est indispensable (15).

Les participants m'ont demandé de leur fournir mes cours de DIU concernant le tabagisme et la psychiatrie. Le personnel m'a sollicité pour avoir des **formations sur le tabac**. Je suis en cours de réalisation d'un diaporama. Le rôle de l'infirmière dans l'aide au sevrage tabagique (29) intéresse particulièrement et la **mission d'enseignement** aux professionnels de santé fait partie de mes missions en tant qu'infirmière en addictologie de liaison. Cela suscite un questionnement autour de notre responsabilité en tant qu'ELSA (Equipe de liaison et de Soins d'Addictologie) à ce manque évident de prise en charge adaptée dans ce service où nous passons quotidiennement. Et dans l'ensemble de l'hôpital où nous travaillons.

4.5.3 L'intervention de l'Equipe de Liaison et de Soins d'Addictologie

A ce jour, l'ELSA est plus sollicitée sur la question du tabac, est-ce suite à ce débat ?

Ce qui pose désormais la question du temps consacré à cette problématique.

Sommes-nous actuellement en capacité de répondre à cette demande ? En soulevant ces questionnements et en suscitant la demande encore fallait-il envisager cette retombée et la possibilité matérielle et humaine d'y répondre. La mise en œuvre d'une **consultation tabagique réalisée par une infirmière** a fait ses preuves (29) et nous pourrions en débattre avec les responsables du centre hospitalier Alpes Isère.

Enfin 2 infirmiers m'ont demandé des adresses de lieux ressources pour arrêter le tabac !

D'une manière générale, le fait d'avoir pu parler de cette problématique a éveillé la curiosité et a suscité de l'intérêt. Une partie de l'équipe envisage de remettre en cause leurs pratiques professionnelles, en faisant preuve d'une grande ouverture d'esprit. Leur professionnalisme les pousse à s'améliorer. Leur demande de formation a été entendue. Il reste à consolider les attentes et à pérenniser la demande.

4.5.4 La place de l'institution

Le CHAI fait partie du Groupement des Hôpitaux territorial, c'est **un hôpital sans tabac**. Comme le veut la loi. Mais la plupart des professionnels de santé l'ignorent. J'en veux pour illustration ces propos d'un infirmier qui m'a dit :

« *J'espère que tu ne vas pas nous faire un hôpital sans tabac !* »

Le règlement intérieur spécifie en termes de respect de la législation que « des aménagements spécifiques en

extérieur sont proposés ». L'amélioration de la prise en charge du tabagisme ne sera possible qu'avec un **engagement collectif et cohérent** de chaque acteur de l'hôpital.

Il ne s'agit pas d'interdire uniquement mais de diffuser, d'informer, de former les membres du personnel sur le tabagisme (28) afin qu'ils adhèrent au projet et en soient acteurs.

Derrière l'écran de fumée, l'offre de soins est malheureusement à ce jour trop réduite. Pour les patients il s'agit de développer les activités structurantes et thérapeutiques afin de combler ce vide, leur ennui.

L'exemple du service du centre Henri Rousselle au centre hospitalier de Sainte Anne (17) démontre que la voie d'un **hôpital psychiatrique sans tabac** est pourtant réalisable, mais il nécessite un engagement collectif sur le long terme. Ce service qui, depuis mai 2004 est un **service de psychiatrie non-fumeur** à réussi son pari, en faisant preuve d'une démarche innovante avec peu de supports théoriques, il a réalisé une démarche collective sur plusieurs mois auprès des familles, des patients, du personnel hospitalier :

« En tant que psychiatre et médecin, notre position devenait quelque peu paradoxale en contraignant ces patients (...) et en même temps, en les exposant à un facteur de risque somatique supplémentaire ». Ce changement a nécessité du temps, de l'engagement et de l'innovation dans un milieu où la prise en **charge du tabagisme est confidentielle**.

4.5.5 Travail de collaboration avec le service de santé au travail

Nous avons été contactés par le service de santé au travail afin de travailler sur un questionnaire pour le personnel hospitalier qui fume. Nous avons décidé de travailler ensemble à l'élaboration de projets de prévention du tabagisme, comme la mise en place d'un groupe de parole, de consultations spécialisées et d'actions communes pour le « mois sans tabac ».

L'infirmière de ce service peut dire que jusqu'à présent elle se sentait gênée d'aborder la question du tabagisme avec le personnel, là encore la formation et l'information a toute sa place.

5. Conclusion

Le soignant a une place dans la prise en charge du patient ayant des troubles psychiatriques aigus. Ce mémoire d'investigation qualitative souhaite contribuer à une meilleure compréhension de ce contexte clinique particulier.

Nous avons vu que le tabac **favorise les échanges** avec les soignants, les patients ont donc des **bénéfices à fumer** dans ces conditions. Un prétexte à échanger, à parler de soi de façon plus intime et confidentielle. Ce vécu est renforcé en chambre d'isolement car chaque échange soigné-soignant se crée autour de cet objet. Le fait que des patients se mettent à fumer au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, démontre l'ampleur du travail à accomplir. Du point de vue des soignants, le tabac est utilisé comme **levier thérapeutique** pour favoriser ces interactions et donc le soin. Le soin en psychiatrie se faisant essentiellement autour de la parole, l'objet de la cigarette est un support dans cette relation. Dans les asiles, le tabac était le pécule des patients, il y a donc un héritage ancien de ces pratiques autour du tabac.

Mais le tabac est aussi une source de **conflits** entre les patients et aussi avec l'équipe soignante. On ne peut plus ignorer le troc, le monnayage dans une population vulnérable.

Le tabac **monopolise les échanges** entre soignants et soignés, la **quête du tabac** par le patient est perpétuelle, elle prend une large place dans les interactions, les échanges et les soins, plaçant le tabagisme au-devant de la scène.

Le tabagisme est au-devant de la scène mais il n'est pas une priorité.

Ce travail amorce une réflexion, en identifiant des pratiques, en repérant des freins dans la prise en charge du patient fumeur de ce service. Concernant les **freins**, la crainte d'une accentuation des symptômes de décompensation psychiatrique se superpose aux symptômes de manque et complexifie la prise en charge. Les croyances sur ce sujet et la méconnaissance donnent des pistes d'éclairage. Enfin, le groupe focus aura permis aux soignants de **s'interroger sur leurs pratiques professionnelles** vis à vis du tabagisme et d'envisager des changements.

« La jeunesse soignante a le gout de la réinvention tout en étant demandeuse de repères » (30).

Lorsque j'étais étudiante infirmière en 1997, au décours de mon premier stage en psychiatrie et du haut de mes 19 ans, je me souviens clairement de cet infirmier, dans une unité de psychiatrie au sein du même hôpital qui m'avait dit :

« Laurence tu ne bois pas de café et ne fume pas de tabac, donc tu ne pourras jamais venir travailler en psychiatrie ! »

Il est vrai qu'à l'époque un nuage de fumée perpétuel inondait l'ensemble des locaux, les chambres des patients, la tisanerie, le réfectoire. Le chemin parcouru grâce aux différentes politiques menées me laisse espérer une future évolution mais avec un **décalage** avec les soins généraux, une

forme de singularité de la psychiatrie, qui fièrement brandit le droit à la différence et qui en fait son identité depuis toujours.

Les perspectives d'évolution se dessinent, nous sommes loin d'**appliquer la loi de l'hôpital sans tabac**. Nous sommes les héritiers en psychiatrie des anciennes traditions asilaires où les patients recevaient du tabac comme pécule (17). Mais si déjà le sevrage par réduction progressive de ces « hard core smokers » peut être plus **confortable** à vivre pour eux et les équipes soignantes, un grand pas sera franchi avant de pouvoir envisager une interdiction stricte. Le projet de protocole de mise en œuvre de traitement de substitution sera alors applicable à l'ensemble des services. Mais ce groupe focus m'a donné de l'élan dans ma démarche de devenir infirmière tabacologue afin de venir en aide à des collègues finalement **démunis face à un problème sanitaire majeur**, mais qui veulent changer au regard de toutes les questions posées. (19)

Le tabagisme à l'hôpital reste ce jour un écran de fumée qu'il faudra dissiper avec un travail sur le long terme. Je reste persuadée que ce changement, cette évolution des croyances et des pratiques ne sera possible qu'à travers **l'information et la formation faite aux soignants** et au-delà, **aux soins** que l'on peut leur apporter sur leur propre tabagisme. Proposer une consultation, gratuite, accessible sur l'hôpital pour le personnel, comme cela fut le cas d'ailleurs dans le passé (proposé par un médecin tabacologue) sera à mon sens une vraie chance pour les soignants et donc également pour des patients par effet de cascade.

6. Bibliographie

1) CALLAGHAN et al

Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia
Journal Psychiatric Research, 2014 48:102-110

2) LOMHOLT et al

Mortality rate trends in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide study with 20 years of follow-up.
International journal of bipolar disorders, Mars 2019

3) DERVAUX, LAQUEILLE

Tabac et schizophrénie : aspects thérapeutiques
Encéphale, 33, Sept 2007, cahier 1 p 629-632.

4) DERVAUX, LAQUEILLE -

Tabagisme et comorbidités psychiatriques
La Presse médicale, Décembre 2016, Tome 45/N°12

5) LI, YANG

Cigarette smoking and risk of completed suicide. A meta analysis prospective cohort studies
Journal Psychiatric Research, 10/10/2012, Vol46 ; p 1257-1266

6) OQUENDO MA et al

Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder.
Am J Psychiatry, 2004, 161(8) :1433-41

7) HERRAN et al

Determinants of smoking behavior in outpatients with schizophrenia
Schizophr. Res-2000, 21:373-81

8) HU et al

Analysing the genes related to nicotine addiction or schizophrenia via a pathway and network based approach, 2018

9) EDWARD et KENDLER

A twin study of depression and nicotine dependence: shared liability or causal relationship?
J Affect Disord., 2012, 15;142(1-3):90-7

- 10) SMITH PH, MAZURE C, MCKEE S
Smoking and mental illness in the US population-Nov 2015,
- 11) AUBIN HB et al
Current smoking, hypoxia and suicide
Am j. Psychiatry, 2011,168:326,327
- 12) MATHEW et al
Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model.
Addiction, 2016,112(3):401-412
- 13) PERRIOT J et al
Helping the "hard-core" smokers.
Rev Mal Respir, 2012,29(4):448-61
- 14) PASQUEREAU A et al
Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2018,N°14-15
- 15) MICHEL LANG
Législation antitabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? Cairn info.
L'information psychiatrique 2009/7-vol 85 p621-628.
- 16) PECHILLON, DUJARDIN
Peut-on fumer dans les services de psychiatrie ?
Santé Mentale,Mars2018,2 26.
- 17) FOUILLET, MASSE, PUCHEAULT
Un service de soins psychiatriques sans tabac : l'expérience du centre Henri Rousselle au centre hospitalier
Sainte Anne. Cairn info.
L'information psychiatrique 2007/2 vol 83
- 18) ANDLER A et al
Baromètre français,santé publique,2017, p 5
- 19) Olivier et al
Tabacco smoking within psychiatric inpatient settings biopsychosocial perspective
Austria NZJ psychiatry, 2007,41:572-80
- 20) CUNGI S
Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive, 2007, Retz
- 21) BOUMAZA, LEBAIN, BRAZO-

Interdiction stricte du tabac : impact sur le risque de violence dans une unité de soins intensifs psychiatrique.
L'encéphale, Juin 2015,vol41n°51 p1-6.

22) USSHER MH et al-

Cochrane database syst revue, 2014,1 :CD002295

23) UNDERNER et al

Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac,2015

24) ZIDONIS DM et al

Managment of smoking in people with psychiatric disorders

Current opinion in psychiatry, 2003, 16:305-15

25) FRIARD

Oser la relation !

Santé Mentale, Janvier 201923.4

26) MC NALLY et al

A survey of staff attitudes smoking. Related policy and intervention in psychiatric and general health care settings

J. Public health, 2006, 28:192-6

27) DUMONT

- Psychiatrie et gestion du tabagisme. Pistes de réflexion. Réseau francophone Belge des hôpitaux sans tabac. FARES. 2015
- Parler du tabagisme avec les patients en psychiatrie. Réseau francophone Belge des hôpitaux sans tabac. FARES. 2015

28) BOUVET C

Tabagisme et psychiatrie

L'information psychiatrique, 2007, Volume 83, pages 41 à 47

29) MAGDELAINE, Le FAOU

Le rôle de l'infirmière dans l'aide au sevrage tabagique

Mars 2018, Soins-N°823

30) MEDART

Nous ne sommes pas si démunis que ça

Santé mentale, janvier 2019,p 22 (234)

31) Britton, Godfrey

Lifting the smokescreen. European

Respiratory journal, 2006 ,27 :871-873

7.ANNEXES

7.1 Plaquette du CHAI



Edito



➔ Vous êtes ou allez être au Centre Hospitalier (CHAI).
Ce séjour, nécessaire à votre état de santé, doit se faire dans les meilleures conditions possibles.

hospitalisé(e)
Alpes-Isère

pour améliorer
votre état de santé
doit se faire
dans les meilleures
conditions

Vous allez être accompagné(e) tout au long de votre séjour par des professionnels ayant différents domaines de compétences et spécialités.

L'amélioration de la qualité de vos soins, de l'accueil et de votre information est une préoccupation quotidienne de l'ensemble des équipes.

Dans ce cadre, vous pouvez apporter votre contribution en remplissant le questionnaire de satisfaction qui vous sera remis.

Vous pouvez également, durant votre séjour, demander à contacter les représentants des usagers ou le chargé des relations usagers.

En vous souhaitant un prompt rétablissement...

Le présent livret d'accueil a été conçu afin de vous donner toutes les informations utiles concernant le fonctionnement de votre établissement, l'exercice de vos droits et le respect de vos devoirs.

Le présent livret d'accueil a été conçu afin de vous donner toutes les informations utiles concernant le fonctionnement de votre établissement, l'exercice de vos droits et le respect de vos devoirs.



Véronique Bourrachot
Directrice du Centre Hospitalier Alpes-Isère

Établissement Public de Santé Mentale (EPSM), le Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI) constitue un pôle de soins reconnu en psychiatrie et dessert les 800 000 habitants des deux tiers du département de l'Isère grâce à son maillage géographique.

Une de ses particularités est d'avoir son site principal sur la commune de Saint-Egrève tout en comptant

plus de **70** lieux de soins répartis sur l'ensemble du territoire.

Ses missions sont d'assurer les examens de diagnostic, le suivi et le traitement des patients, la continuité des soins et aussi la participation à des actions de prévention et d'information.

Le CHAI est dirigé par un directeur, un directoire et un conseil de surveillance.

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE se prononce stratégiques de l'établissement, la politique risques, la sécurité des soins et assure la santé financière de l'établissement.

LE DIRECTOIRE, composé de représentants de l'équipe de direction, conseille et assiste le de l'établissement.

Fort de ses racines, le **CHAI a entrepris de bâtir son futur, en construisant son nouvel hôpital.**

L'ensemble du site de Saint-Egrève est modernisé afin de s'ajuster à la nouvelle offre de soins en adéquation avec les évolutions environnementales et sociétales. La construction de plusieurs plateaux de santé ambulatoires permet au CHAI de renforcer sa présence en Isère et de garantir au mieux l'accès aux soins.

sur les orientations qualité, la gestion des contrôle de la gestion et la

corps médical et de directeur sur la conduite

7.2 Plaquette de présentation du pôle Liaison Urgences spécificités

PÔLE LIAISON URGENCE ET SPÉCIFICITÉS

Le Pôle Liaison Urgence et Spécificités (PLUS) est un pôle transversal et de spécificités qui regroupe les urgences, la médecine interne et les spécialités médicales, l'addictologie et le Centre Référent Réhabilitation Psychosociale et Remédiation Cognitive (C3R).

Il intervient en support sur ses champs de compétences au service des pôles de psychiatrie générale adulte et infanto-juvénile. Son implantation sur le territoire couvre les urgences du CHU Grenoble Alpes ainsi que du Centre Hospitalier de Voiron et ce en articulation avec l'APEX, l'unité de post-urgence du Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI), et le Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif (CTAI).

Il en est de même pour l'addictologie qui intervient en liaison sur de multiples sites en coordination avec l'unité d'hospitalisation Georges Groddeck, l'hôpital de jour et la consultation spécialisée.

Le Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif (CTAI) a ouvert ses portes en octobre 2018 au Centre Ambulatoire de Santé Mentale à Saint-Martin-d'Hères. Cette structure de soins intersectorielle accueille les personnes traversant une crise psychique et/ou suicidaire en post urgence immédiat.

La prise en charge somatique des patients hospitalisés est assurée par une équipe de médecins généralistes, spécialistes et chirurgiens dentaires qui s'appuient sur un plateau technique de radiologie conventionnelle et d'électroencéphalogramme ainsi qu'un ensemble de professionnels divers, dont les kinésithérapeutes et les diététiciennes.

Le C3R, à travers les soins de réhabilitation psychosociale, a pour vocation de promouvoir le rétablissement, l'inclusion sociale et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. Les Centres Experts Schizophrénie et Autisme Asperger réalisent des évaluations diagnostiques et fonctionnelles ainsi que des propositions thérapeutiques.

DES PARTENARIATS FORTS

Le pôle, de par son positionnement et sa pratique, est en articulation constante avec l'ensemble des acteurs du soin, hôpitaux et cliniques privées ainsi que les partenaires médicosociaux et sociaux implantés sur le territoire du CHAI.

LE PÔLE EN QUELQUES CHIFFRES

 30 lits



153 Equivalents Temps Plein (ETP)



4 820 patients*
pris en charge par an

*File active : 2016 : 4 879 patients ; 2017 : 4 789 patients ; 2018 : 4 829 patients.

CHEFFERIE DE PÔLE

Chef de pôle :
Docteur Mustapha Bensaadi

Cadre supérieur de santé :
Elsa Gauvin

Cadre administratif :
Lucie Darley

Secrétariat de pôle :
Laure Vallon
Téléphone : 04 76 56 49 01

SERVICES DU PÔLE

2 Unités d'hospitalisation

2 Services de consultations implantés sur les services des urgences

1 Hôpital de jour



1 Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

4 Unités intersectorielles extra hospitalières : le C3R, le CTAI, les consultations en addictologie, le service des spécialités somatiques

2 Équipes de liaison



7.3 Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques







CONFÉRENCE D'EXPERTS 2008

Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques

Janvier 2009

Avec le soutien de la Direction générale de la Santé

LES 20 MESSAGES CLÉS

1. Les maladies liées au tabac sont une des principales causes de décès chez les adultes souffrant d'affections psychiatriques (niveau de preuve : A).
2. Les fumeurs avec des troubles psychiatriques consomment plus de tabac que les fumeurs sans troubles psychiatriques (A). Une prévalence de tabagisme plus élevée que dans la population générale a été démontrée pour les troubles anxieux (à l'exception des TOC), les troubles de l'humeur (deux à trois fois plus d'antécédents de dépression chez les fumeurs ; états dépressifs et troubles bipolaires sont associés à une consommation quotidienne de tabac élevée), la dépression et la schizophrénie avec un OR 5,5 (IC 4,9-5,6) pour l'association schizophrénie tabagisme actuel (A).
3. Il est démontré une co-relation bidirectionnelle entre le tabagisme et la dépression : tabagisme et dépendance à la nicotine augmentent la probabilité de dépression et la dépression augmente la probabilité de tabagisme et la dépendance à la nicotine (A).
4. En population générale, fumer augmente le risque suicidaire (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides) (A). Le tabagisme augmente le risque suicidaire qu'il y ait ou non trouble dépressif (B).
5. Le tabagisme augmente la probabilité de survenue de troubles bipolaires et réduit l'efficacité de leurs traitements (B).
6. Il existe des facteurs génétiques communs prédisposant au tabagisme et aux troubles de l'humeur (A).
7. La prévalence élevée et la forte intensité du tabagisme chez les patients atteints de troubles psychiatriques expliquent que ces patients aient six fois plus de mortalité par maladies cardio-vasculaires et cinq fois plus de mortalité respiratoire (B).
8. Les cigarettes sont utilisées par certains patients atteints de troubles psychiatriques comme un moyen de contrôler les émotions, l'humeur et les troubles cognitifs. L'administration aiguë de nicotine améliore à court terme les performances cognitives, en particulier chez les patients atteints de schizophrénie (A).
9. Les symptômes de sevrage du tabac sont généralement plus graves chez les patients atteints de troubles psychiatriques (B). Par exemple, chez les patients atteints de troubles de l'anxiété, l'anxiété augmente au cours des deux premières semaines du sevrage (A), puis diminue progressivement dans les quatre semaines suivantes (C).
10. L'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie a changé la représentation sociale de tabac dans cet environnement. Le concept d'unités psychiatriques non-fumeur est accepté par les patients et les professionnels de santé. Son application produit plus d'effets positifs que effets négatifs (E).
11. Selon la norme sociale du groupe, l'acte de fumer peut augmenter ou diminuer les capacités relationnelles. Les rapports sociaux sont modifiés chez les patients souffrant de troubles psychotiques. La relation entre les patients est plus souvent dégradée qu'améliorée par l'acte de fumer (E).
12. Les spécificités du tabagisme des patients atteints d'affections psychiatriques justifient un accompagnement médicalisé et coordonné du sevrage tabagique par le psychiatre, le tabacologue et/ou les autres soignants (médecin traitant, psychologue, infirmière...) (E). Des protocoles de délivrance des substituts nicotiniques doivent être mis à la disposition des équipes soignantes (E).
13. Chez les patients atteints de troubles de l'humeur, l'arrêt du tabac est de préférence envisagé à distance des épisodes aigus (E). En phase aiguë, une réduction du tabagisme sous substitution nicotinique est cependant souhaitable (E).
14. Chez ces patients, comme dans la population générale, la prescription de nicotine conduisant à une réduction de plus de 50 % du tabagisme est bien tolérée, réduit l'envie de fumer, réduit les symptômes liés au sevrage et augmente la probabilité d'une décision d'arrêt (B).
15. La substitution nicotinique, utilisée durant les séjours hospitaliers pour arrêter temporairement ou réduire le tabagisme, est efficace. Elle doit cependant être prescrite dès l'admission, à posologie suffisante et réajustée par les soignants en fonction des signes de manque (E).
16. La varénicline est, selon les méta-analyses disponibles, le médicament qui, en monothérapie, apparaît le plus efficace pour le sevrage tabagique en population générale (A).
17. Le bupropion est contre-indiqué, notamment chez les patients souffrant de trouble bipolaire, d'alcoolisme, d'anorexie et utilisateurs de médicaments épiléptogènes (cf. Afsaps).
18. Pour les raisons ci-dessus, et en raison de l'absence d'études suffisantes avec varénicline et bupropion chez les patients psychiatriques, des recherches sont nécessaires avant de pouvoir éventuellement recommander ces médicaments chez certains patients atteints de troubles psychiatriques (E).
19. Il n'existe pas d'interactions médicamenteuses cliniquement importantes entre les substituts nicotiniques ou la varénicline et les différents médicaments psychotropes (C). Les interactions avec le bupropion sont répertoriées par l'Afsaps.
20. L'existence de co-addictions, de mauvaises conditions sociales, tout comme l'absence de prise en charge financière des traitements compliquent l'arrêt du tabac et la réduction du tabagisme (E). Une prise en compte spécifique de ces facteurs est justifiée (E).

Office français de prévention du tabagisme • 66 bd Saint-Jacques 75006 Paris • www.ofp-t.fr • Tél. +33 (0)1 48 04 73 41 • Fax +33 (0)1 48 04 73 13 • Réalisation Imagerie et de psychanalyse http://psydo.c.fr/oca_in_som.fr

7.4 Recommandations HAS -Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence au premier recours

Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours

Population concernée

Usagers de tabac (toutes formes) actuels ou anciens usagers.

Professionnels concernés

Ces recommandations s'adressent en priorité aux médecins généralistes, naturellement concernés par la prévention dans le cadre de la prise en charge globale et du suivi au long cours de leurs patients, et qui rencontrent en premier lieu la grande majorité des patients visés par ces recommandations.

Ces recommandations concernent également les professionnels de santé de premier recours que peuvent être les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes.

Tous les professionnels de santé peuvent être impliqués dans le dépistage et l'aide à l'arrêt de l'usage du tabac, tels que les chirurgiens-dentistes, psychiatres, pneumologues, oncologues, cardiologues, infectiologues, médecins du travail, infirmiers, médecins et infirmiers scolaires, pharmaciens et psychologues.

Ces recommandations ne s'adressent pas aux professionnels de santé tabacologues.

Situation clinique

Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne.

► Définitions de la dépendance tabagique

La caractéristique essentielle de la dépendance (ou addiction) est la perte de la liberté de s'abstenir. Les manifestations de sevrage ou de tolérance ne sont ni suffisantes ni nécessaires. La rechute est un des aspects essentiels de l'addiction, car la dépendance tabagique persiste après l'arrêt. Pour cette raison, les addictions sont considérées comme des maladies chroniques. Les critères de la CIM-10 sont la référence pour la classification clinique¹ (cf. annexes).

► Conséquences de la consommation de tabac

Le tabagisme présente des risques de complications quelles que soient la durée et la quantité fumée.

Le tabagisme :

- représente la deuxième cause de mortalité mondiale (5,1 millions de décès par an, soit 8,7 % du total) ;
- représente la première cause de mortalité évitable ;
- est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers et de 90 % des cancers bronchopulmonaires en France ;
- est le principal facteur de risque de BPCO : environ 85 % des BPCO surviennent chez des fumeurs ou des anciens fumeurs, et une fois la BPCO diagnostiquée, le risque de présenter un cancer bronchopulmonaire est multiplié par 2 ;
- représente la plus importante cause de mortalité cardio-vasculaire évitable.

Le tabagisme en début d'adolescence est prédictif de dépendance au tabac à l'âge adulte et est un facteur de risque de développement d'autres dépendances (alcool, cannabis, etc.).

Concernant la reproduction, le tabagisme :

- réduit la fertilité de l'homme et de la femme ;
- diminue les chances de succès en cas d'assistance médicale à la procréation du couple ;
- allonge le délai de conception ;
- potentialise l'effet négatif de l'âge sur la fécondité ;

¹ La CIM-10 est la nomenclature utilisée pour le codage des diagnostics (principal ou associés) lors du recueil d'information médicalisée dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information du champ d'activité de psychiatrie public et privé (Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 2012). Les critères du DSM-IV, utilisés dans les publications internationales, sont donnés à titre indicatif en annexe.