



**UNIVERSITÉ DE LILLE**  
**DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
**Année : 2023**

**MÉMOIRE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE**

**MENTION : Santé Mentale et Psychiatrie**

**Prise en soin de la dépendance tabagique en psychiatrie :  
État des lieux au sein du GHT Psy Nord-Pas-De-Calais.**

**Présenté et soutenu publiquement le 5 juillet 2023 16H00 à Lille  
(Département facultaire de médecine Henri WAREMBOURG)**

**Par Cécile COLLET**

**JURY :**

**Président du jury : Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Michael HENON**

**Enseignant infirmier : Madame Séverine BOUKLATA**

**Tuteur professionnel : Madame Gwladys ACOULON**

**Département facultaire de médecine Henri WAREMBOURG  
Avenue Eugène Avinée  
59120 LOOS**

*« Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible »*

**Antoine de Saint-Exupéry.**

# Remerciements

## **Aux membres du Jury,**

Au Président du jury, Monsieur le Professeur François PUISIEUX.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

À Madame Séverine BOUKLATA, enseignante infirmière.

Je vous remercie également de me faire l'honneur de juger mon travail.

À mon Directeur de mémoire, Monsieur le Docteur Michael HENON.

Je te remercie pour ton soutien, ta bienveillance, tes encouragements et ton implication tant au sein du travail de rédaction du mémoire que dans le projet de mon implantation au sein du pôle Tourquennois de psychiatrie.

À mon Tuteur professionnel, Madame Gwladys ACOULON, Infirmière en Pratique Avancée.

Je te remercie pour tes conseils, ta disponibilité, et ton soutien. Tu as participé à faire grandir mon intérêt pour la recherche en Sciences Infirmières. Merci également pour avoir accepté de m'encadrer dans le contexte de ta récente implantation.

## **À l'Université de Lille,**

À Monsieur le Professeur François PUISIEUX, responsable universitaire de la formation menant au Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée, pour votre soutien et votre confiance pendant ces deux années de formation. Merci aussi pour ce que vous faites pour le développement de la profession infirmière.

Au secrétariat pédagogique des études paramédicales, pour votre accueil toujours chaleureux et votre disponibilité malgré une charge de travail importante.

À Madame Gwladys ACOULON, Directrice des études IPADE, pour l'énergie, la créativité pédagogique que tu insuffles au sein de la formation.

À tous les enseignants et intervenants, pour votre investissement au sein de la formation IPADE.

À mes collègues étudiants en Pratique Avancée et du Master coordination et trajectoires de santé qui m'ont permis d'élargir mon horizon. Un merci tout particulier à Charlotte, Justine, Marion, David et Marc-Anthony pour cette belle dynamique positive très soutenante pour moi.

**À l'équipe médicale du pôle Tourquennois,**

Merci à tous, pour votre soutien depuis ces nombreuses années, pour votre présence bienveillante et à l'écoute, dans les bons moments comme les moins bons.

Merci pour la confiance que vous m'offrez et pour votre ouverture en ce qui concerne cette nouvelle mission.

**Aux professionnels du pôle 59G11,**

Je remercie les équipes de l'unité Baudelaire et du CMP pour leur accueil.

Je remercie tout particulièrement Adrien, Sébastien, Christophe, Emilie, Caroline, Marie-Laure, Eulalie, Anne Sophie, les Stéphanie, Angela, Lucile, Iysiane, Agathe, Ludivine, Ali, Anita, Arnaud, Elise, Maria et le reste de l'équipe pour leur soutien, leurs encouragements et la bonne ambiance générale.

Merci au Dr Maxime BUBROVSKY pour son ouverture, sa bienveillance et ses conseils.

Merci au Dr Clara DUNYK, pour le temps passé à débriefer les entretiens et la richesse de nos échanges.

Merci à Mr Arnaud DESCAMPS, Cadre Supérieur de Santé, que j'ai eu plaisir à retrouver, pour sa disponibilité et sa réactivité. Merci également pour ton aide au moment de la diffusion de l'enquête.

Merci à Mr Cédric LOËZER, Cadre de Santé, pour son accueil.

J'ai passé, grâce à vous tous, un excellent stage de seconde année de formation, me permettant à la fois d'étendre mes connaissances et de me projeter dans mes futures missions.

**À Mme Geneviève BOURZGUI, Infirmière Diplômée d'Etat.**

Je te remercie pour ta disponibilité et m'avoir permis d'assister à tes consultations de tabacologie.

**À Mme le Docteur Perrine BOCQUILLON,**

Je te remercie pour ta relecture attentive ainsi que pour tes conseils avisés.

**À Mr Homar BIHYA, Infirmier en Pratique Avancée.**

Je te remercie pour tes conseils et ta patience dans la partie méthodologique de ce mémoire.

**À la Fédération de Recherche en Santé Mentale (F2RSM),**

Merci à toute l'équipe de la fédération pour votre accueil.

J'ai rencontré de belles personnes, passionnées, qui ont contribué également à mon souhait de poursuivre la recherche.

**À Mr le Docteur Thierry PIQUET,**

Merci pour ce que tu m'as transmis en terme de connaissances, j'ai beaucoup appris de mon métier d'infirmière à tes côtés lors de mon arrivée au CMP en 2001.

**À Mme Nathalie LARDEUR, Cadre Supérieur de Santé,**

Merci à vous qui avait soutenu mon projet.

Merci pour vos petites attentions, même à distance.

**Au Dr Antoine MILLEQUANT et au Dr Sophie COLLEAU,**

Merci à vous deux pour cet excellent stage de première année de formation IPADE, pour le temps passé à me former.

Vous m'avez permis de faire le lien entre la théorie et la pratique.

**À mes collègues et amis,**

Merci à Marie, Lallia, Fredo, Céline, Caroline P, Caroline V, Gregory et Pierre pour leur soutien et leurs encouragements pendant ces deux années de formation.

Une pensée pour Ingrid,

Merci à toute l'équipe du Dac qui a su me laisser une place malgré ma présence intermittente pendant ces deux années.

**À ma famille,**

Merci à Christophe, pour ton soutien inconditionnel. Tu es toujours là pour moi, et sentir que tu crois en moi me nourris de ce qui me manque tellement.

Merci à Pierrick et Marius, d'avoir réalisé des sacrifices pendant ces deux années avec une maman « étudiante », je sais que vous garderez en vous l'idée que tout est possible, si peu que l'on s'en donne la peine.

## **AVERTISSEMENT**

---

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# Sommaire

<b>Remerciements</b> .....	B
<b>Sommaire</b> .....	F
<b>Glossaire</b> .....	G
<b>Introduction générale</b> .....	I
<b>Partie 1 : Introduction</b> .....	1
1. Le tabac .....	1
2. Le trouble psychique .....	12
3. Problématique et hypothèse principale.....	17
<b>Partie 2 : Sujet et méthode</b> .....	18
1. Critères d'inclusion .....	18
2. Conception de l'enquête .....	19
3. Objectifs de l'étude .....	20
4. Données recueillies .....	20
5. Méthodologie statistique .....	22
<b>Partie 3 : Résultats</b> .....	23
1. Caractéristiques socio-démographiques de la population .....	23
2. Analyse univariée et bivariée des résultats : .....	25
<b>Partie 4 : Discussion</b> .....	32
1. Échantillon étudié.....	32
2. Résultats .....	33
3. Forces .....	37
4. Limites.....	37
5. Perspectives .....	38
<b>Conclusion</b> .....	K
<b>Table des illustrations</b> .....	L
<b>Table des matières</b> .....	M
<b>Annexes</b> .....	O
<b>Bibliographie</b> .....	Q

# Glossaire

ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
BAI	Beck Anxiety Inventory (Inventaire d'anxiété de Beck)
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CAGE-DETA	Cute down, Annoyed, Guilty, Eye opener -Diminuer, Entourage, Trop, Alcool
CAM	Consultations d'Aide Méthodologique
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CSAPA	Centre de Soins et de Prévention en Addictologie
CCLAT	Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte ANTITABAC
CCOMS	Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé
CLCC	Comité de Lutte Contre le Cancer
CME	Commission Médicale d'Établissement
CMP	Centre Médico Psychologique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSE	Comité Social et Économique
DAC	Dispositif d'Accueil et de Crise
DGS	Direction générale de la santé
DIM	Département d'Information Médicale
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
DU	Diplôme Universitaire
EBN	Evidence Based Nursing
ELSA	Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EM3P	Équipe Mobile de Psychiatrie Prévention Pass
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
F2RSM	Fédération de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospital Anxiety-Depression Scale
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier diplômé d'état
IFAQ	Incitation Financière à l'Amélioration de la qualité
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IPADE	Infirmière en Pratique Avancée Diplômée d'Etat
IQSS	Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
LSST	Lieu de Santé Sans Tabac
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
NESAC	National Epidemiologic Survey on Alcohol

OFDT	Observatoire Français des drogues et des tendances addictives
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PNLT	Plan National de Lutte Contre le Tabac
RESPADD	Réseau de Prévention des Addictions
SPF	Santé Publique France
THC	Tétrahydrocannabinol
TNS	Traitement Nicotinique de Substitution

# Introduction générale

Première cause de mortalité évitable, le tabac est responsable de 75 000 décès par an (1). L'état Français a donc fait de la lutte contre le tabagisme une priorité de santé publique. Selon l'Observatoire Français des drogues et des tendances addictives (OFDT), depuis 1990, les différentes lois de santé publique et les plans gouvernementaux ont permis de diminuer progressivement la prévalence du tabagisme (2). Récemment, la pandémie liée à la COVID 19 a provoqué un arrêt de cette réduction, mobilisant à nouveau les pouvoirs publics, avec la diffusion d'une campagne de lutte contre le tabac à destination des plus précaires (3). Au sein des hôpitaux, depuis 1997, cette dynamique se diffuse petit à petit grâce au label « lieux de santé sans tabac » sous l'impulsion d'établissements volontaires (4). A ce jour, la prévalence de patients souffrant de troubles psychiques présentant une addiction tabagique reste élevée (5) et participe à la réduction de leur espérance de vie, de 20 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes (6). Alors, qu'en est-il de la lutte anti-tabac au sein des établissements psychiatriques ?

Infirmière en psychiatrie depuis 22 ans au sein du Groupement Hospitalier de Territoire Psy Nord-Pas-De-Calais, j'ai accompagné de nombreux patients souffrant de troubles psychiques présentant une addiction tabagique associée. La difficulté à laquelle j'ai été confrontée est double. D'abord, auprès des patients que j'ai accompagnés, j'ai pu faire le constat de mon propre manque de formation au sujet de la dépendance tabagique, même si j'en possédais certains outils tels que la pratique de l'entretien motivationnel.

C'est lors du stage de première année de formation d'Infirmière en Pratique Avancée (IPADE) auprès de médecins généralistes que j'ai pris connaissance, par exemple, de la possibilité pour tous les infirmiers diplômés d'état de prescrire des traitements de substitution nicotinique depuis 2016.

Par ailleurs, l'évaluation de la dépendance tabagique des patients souffrant de troubles psychiques devrait être davantage explorée selon moi. En effet, face à une consommation de tabac en psychiatrie qui semble banalisée, on peut s'interroger sur l'existence d'une évaluation de la dépendance tabagique par les professionnels alors qu'elle apparaît comme la première étape de la prise en soin du tabagisme, d'après la HAS (7). De fait, on peut se questionner également sur la proposition de sevrage consécutive à cette évaluation.

En conséquence, face à la forte proportion de patients souffrant de troubles psychiques présentant une dépendance au tabac, à l'impact sur leur espérance de vie, et, au regard des recommandations HAS, l'objectif principal de cette étude mesure la proportion de soignants qui évalue la dépendance tabagique des patients souffrant de troubles psychiques au sein du GHT Psy Nord-Pas-De-Calais.

Les objectifs secondaires sont liés :

- Évaluer la proportion de professionnels proposant le sevrage tabagique à leurs patients.
- Mesurer la proportion de professionnels sensibilisés par une formation à l'accompagnement au sevrage tabagique.
- Identifier l'impact de cette sensibilisation sur la proposition de sevrage tabagique.

Cette étude quantitative exploratoire descriptive multicentrique a pour outil une enquête numérisée, proposée aux professionnels exerçant en psychiatrie adulte ainsi que de l'enfant et de l'adolescent, à la fois en structure intra et extra hospitalière, au sein du GHT Psy Nord-Pas-De-Calais.

# Partie 1 : Introduction

## 1. Le tabac

### 1.1 Définition

D'après le Larousse, « *le tabac est une plante herbacée (solanacée) dont plusieurs espèces sont cultivées comme ornementales et l'espèce principale pour ses feuilles riches en nicotine et constituant le tabac pour fumer, priser, chiquer ou pour fabriquer des cigares, des cigarettes.* » (8).

La nicotine est la molécule psychoactive responsable de l'addiction, mais on trouve également dans le tabac d'autres substances telles que le goudron, le monoxyde de carbone et des gaz oxydants qui engendrent des pathologies liées à la consommation du produit (9).



Figure 1: Molécule de nicotine(10)



Figure 2 : Feuille de tabac(11)

### 1.2 Épidémiologie du tabac

#### 1.2.1 Dans le monde

Au niveau mondial, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le tabac est responsable de 8 millions de décès par an dont 7 millions de consommateurs et d'ex consommateurs et 1.2 millions de fumeurs passifs.

Il tue la moitié des personnes qui l'utilisent.

En 2020, 22.3% de la population mondiale est concernée par la dépendance tabagique soit 36.7% d'homme et 7.8% de femmes (12).

### 1.2.2 En France

En France, d'après Santé Publique France (SPF), en 2020, 31.8 % de la population des 18-75 ans consommait régulièrement du tabac avec quelques variations au moment des confinements / déconfinements liés à la crise sanitaire. La prévalence du tabagisme en France est donc supérieure à la prévalence mondiale (22.3%), soit de 9.5 points (13). En 2015, le tabac était responsable de 75 000 décès prématurés, soit 13% des décès en France métropolitaine, avec une diminution de l'espérance de vie de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur. C'est la première cause de décès évitable (14).

### 1.2.3 Dans les Hauts de France

En 2018, au sein des Hauts de France, 1.3 millions de personnes étaient concernées par la dépendance tabagique soit 30.8% de la population des 18-75 ans. En 2015, avec 8040 décès, l'intoxication au tabac représentait 14.5% des décès (5.7% de femmes et 23.2% d'hommes), classant les Hauts de France comme la région la plus touchée de l'hexagone, probablement en lien avec le faible niveau socio-économique (15).

## 1.3 Qu'est que la dépendance ?

En ce qui concerne la consommation de substances psychoactives, l'OMS différencie trois catégories de comportement :

- a. L'usage simple, sans conséquence néfaste sur l'état de santé.
- b. L'usage nocif qui porte préjudice à la santé, avec des complications physiques ou psychiques.
- c. La dépendance correspondant à une poursuite de la consommation du sujet malgré des conséquences significatives sur son état de santé, ce qui nous concerne dans ce travail.

Toujours d'après l'OMS, *"la dépendance est tout autant un dysfonctionnement du cerveau que n'importe quelle autre maladie neurologique ou psychiatrique ; la dépendance vis-à-vis des substances psychoactives est chronique et récurrente, elle a une base biologique et génétique, et elle n'est pas simplement due à l'absence de volonté ou de désir d'arrêter"* (14).

C'est pourquoi la dépendance au tabac est définie avec des critères établis au sein du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5)<sup>(16)</sup>:

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf. diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
  - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

\* Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE

\* Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE

\* Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

On note ici que le DSM 5 place au premier plan des critères, la perte de contrôle de l'individu sur sa consommation. En effet, d'après GOODMAN (1990), « *La dépendance est le processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de conséquences négatives* » (17).

Cette perte de contrôle est liée au « craving », facteur de récurrence considérable, qui se manifeste par des pensées obsédantes persistantes (ou susceptibles d'être réactivées) malgré un sevrage.

A l'arrêt de la consommation, les signes du sevrage tabagique apparaissent rapidement tels que :

- ✓ Humeur dépressive
- ✓ Troubles du sommeil
- ✓ Irritabilité, frustration
- ✓ Anxiété
- ✓ Troubles de la concentration
- ✓ Agitation, nervosité
- ✓ Diminution de la fréquence cardiaque
- ✓ Augmentation de l'appétit, prise de poids éventuellement

La dépendance au tabac est d'origine multifactorielle, liée à la substance elle-même (nicotine), aux rituels, mais aussi aux vertus relaxantes injustifiées attribuées au tabac par les consommateurs. L'outil préconisé par la HAS pour l'évaluer est le test de « Fagetsröm » en 2 ou en 6 questions (18,19) (annexe 1).

Longtemps minimisée, le tabagisme est en réalité la dépendance la plus difficile à traiter, le pouvoir addictif de la nicotine étant supérieur à l'héroïne, l'alcool et la cocaïne (20).

La nicotine se fixe sur les récepteurs cholinergiques nicotiques (le plus connu étant celui de la jonction neuromusculaire) (9).

Elle active le système de récompense et la libération de dopamine qui favorise la dépendance. En effet, au contact des neurones dopaminergiques, la nicotine induit des effets sur le cerveau, provoquant le renforcement du comportement et de l'anxiété (21).

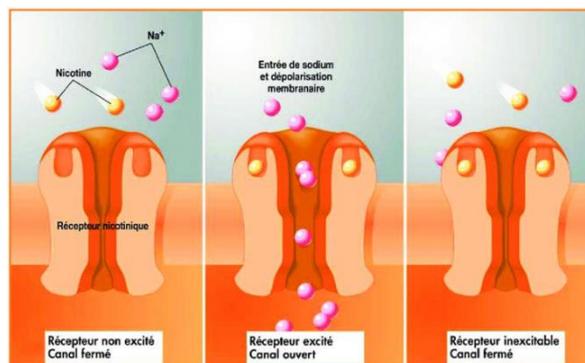


Figure 3: Représentation schématique d'un récepteur nicotinique cholinergique(9)

D'ailleurs, selon l'étude de cohorte nationale américaine « National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) » représentative de la population générale, la proportion des usagers de tabac qui devenaient dépendants était de 67 %, alors qu'elle était de 23 % pour l'alcool, 21 % pour la cocaïne et 9 % pour le cannabis (14).

De plus, à un niveau pharmacodynamique, la dépendance est renforcée par la demi-vie courte d'élimination de la nicotine. Variant entre 1h00 et 4H00 selon les consommateurs, celle-ci les incite à fumer à nouveau, afin de maintenir une nicotémie stable.

#### 1.4 Les comorbidités

Il n'y a pas de seuil en dessous duquel fumer soit sans risque, c'est pourquoi toute consommation, si minime soit-elle, augmente la mortalité en multipliant les comorbidités (14).

- Le cancer

Contenant 4800 produits chimiques dont 50 listés « cancérogènes » par le Centre Internationale de Recherche contre le Cancer (CIRC) (20), le tabac cause 81% de décès par cancer broncho-pulmonaires en France. Impliqué dans 25% des diagnostics de cancer en France, il entraîne également des atteintes des voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage), de la vessie, des voies urinaires et du rein, de l'estomac, du pancréas, du colon, du rectum, du col de l'utérus, de l'ovaire, du sein et des leucémies.

- Les maladies cardio-vasculaires

Le monoxyde de carbone favorise l'athérosclérose pendant que d'autres substances, comme l'acétone, entraînent des lésions inflammatoires chroniques (22). Les plaques d'athérome majorent les risques d'infarctus du myocarde et d'Accidents Vasculaires Cérébraux ischémiques en obstruant les vaisseaux. Une autre complication fréquente qui impacte la qualité de vie des patients est l'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs. Elle affecte leur périmètre de marche et peut conduire à l'amputation en cas d'ischémie aiguë. Le tabac est impliqué dans un décès cardio vasculaire sur dix dans le monde (23) .

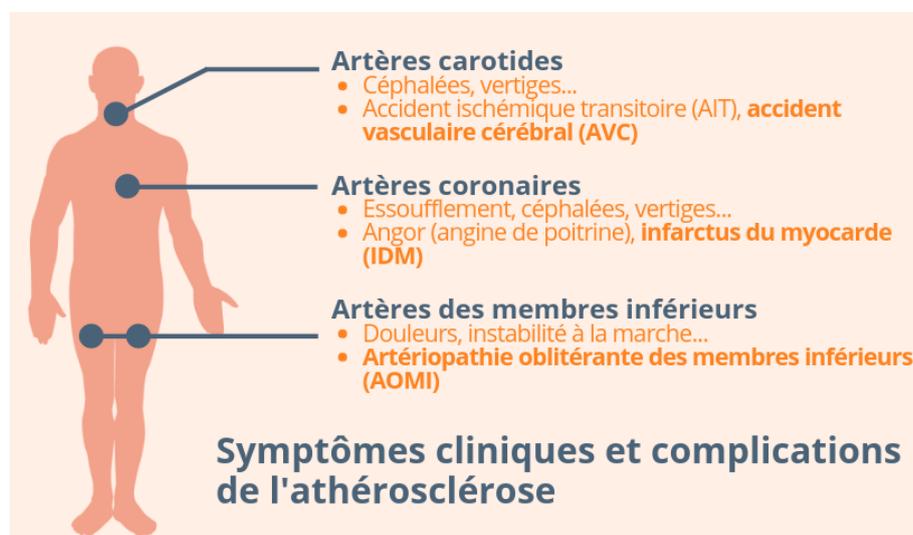


Figure 4: Symptômes cliniques et complications de l'athérosclérose(22)

- La broncho pneumopathie obstructive : selon la HAS 15% des fumeurs déclareront une BPCO, provoquant une insuffisance respiratoire impactant gravement leur qualité de vie et leur espérance de vie (20).
- Le diabète de type 2 : selon la HAS, le risque de diabète de type 2 est majoré de 1.3 à 1.6 en fonction du nombre de cigarettes consommées par jour.
- La maladie parodontale.
- La consommation de tabac augmente par 2 le risque de déclarer une maladie de Crohn et majore également les symptômes lorsque la pathologie est installée.
- L'altération des capacités de cicatrisation et l'augmentation des risques de complications infectieuses post opératoires.

## 1.5 La prévention

Face à cet enjeu de santé publique, des mesures de prévention ont été prises afin d'enrayer la consommation de tabac. Celles-ci : « évitent l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités » (HAS) (24).

On en différencie 3 types :

- La prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : protéger les jeunes et éviter la consommation de tabac)
- La prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (ex : aider les fumeurs à s'arrêter)
- La prévention tertiaire qui agit sur les complications ainsi que sur les risques de récidives

### 1.5.1 au niveau mondial

Au niveau mondial, en 2004, l'OMS a rédigé l'unique traité international de santé publique pour lutter contre le tabagisme, nommé « Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac » (CCLAT) incluant 180 pays (25). En 2008, cette même organisation a mis en place le programme MPOWER constitué de 6 mesures afin d'aider tous les pays qui le souhaitent à réduire la consommation de tabac (26).

### 1.5.2. Au niveau national

En France, 3 grandes mesures ont marqué la lutte contre le tabagisme :

- La loi Veil du 9 juillet 1976 qui limite la publicité du tabac et tenter de réduire la consommation de tabac au sein des lieux publics (27).
- La loi Évin du 10 janvier 1991 qui renforce la loi précédente en terme de publicité, d'interdiction de fumer dans les lieux publics et surtout protéger les jeunes en augmentant le prix du paquet de cigarettes et en interdisant la vente de tabac au moins de 16 ans (28).
- Le décret du 15 novembre 2006 qui élargit l'interdiction de fumer à tous les lieux à usage collectif extérieurs (gare, restaurant, cours d'école etc...) (29).

En parallèle, la lutte contre le tabac mobilise tous les gouvernements français depuis 2002 avec les plans cancer, dont l'actuel « Plan Cancer IV 2021-2025 » (30) et le Plan National de Lutte contre le Tabagisme (PNLT) (31).

Ils visent à :

- Eviter le tabagisme chez les jeunes.
- Encourager et soutenir les fumeurs vers le sevrage. Exemple : le numéro unique 3989 pour un accompagnement personnalisé par un tabacologue ainsi que la plateforme numérique de « tabacinfoservice.fr ».
- Agir sur l'économie du tabac avec l'augmentation régulière du prix du paquet de cigarette par exemple.

Depuis 2016, pour faciliter l'accès au sevrage tabagique, la loi de Modernisation de la Santé élargit la possibilité de prescription des produits de substitution nicotinique (TSN) aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers diplômés d'état (IDE) (32). Or, ces derniers se saisissent peu de cette possibilité de prescription, même si les sites de prévention en font la promotion, les TSN augmentant l'abstinence à 6 mois de 50 à 70% selon [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr) (33).

Ce sujet est peu traité dans la littérature mais l'ordre infirmier l'explique en partie par le manque de formation des IDE et l'impossibilité de côter l'acte « consultation infirmière » pour les infirmiers libéraux (34).

### *1.5.3 Au niveau régional*

En ce qui concerne les Hauts de France, une étude de Santé Publique France de janvier 2019 intitulée « Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France » souligne l'impact important du tabac au sein de la région avec un nombre de fumeurs élevé (2<sup>ème</sup> rang des régions), une consommation plus intensive que sur le reste du territoire ainsi que des conséquences somatiques majeures chez les hommes (13).

C'est pourquoi, l'Agence Régionale de Santé (ARS) fait désormais de la lutte anti-tabac une priorité de son Projet régional de santé (2018-2028) (35).

Les Hauts de France sont donc particulièrement mobilisés lors du mois sans tabac, à la 3<sup>ème</sup> place des régions les plus dynamiques (35), avec des actions variées :

- ✓ Projet « unplugged » en milieu scolaire, démarches dans des « lieux de santé sans tabac » (hôpitaux, maison de santé pluridisciplinaire) (36),
- ✓ Consultations dédiées au sein de maternités,
- ✓ Programmes d'expérimentations de réduction du tabac avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), développement de villages de prévention, sensibilisation des professionnels éducatifs et sociaux...

#### 1.5.4 Au sein de l'hôpital

Les conséquences du tabagisme à l'hôpital sont nombreuses :

- ✓ Le regroupement de patients et de leurs accompagnants, des professionnels de santé à l'entrée des lieux de soin favorisent l'agglomération de mégots au sol malgré les cendriers, amenant un coût d'entretien supplémentaire, et peut discréditer l'image de la structure de soins.
- ✓ Selon l'OMS, le statut tabagique des soignants pourrait avoir un impact négatif sur la qualité des soins perçue par les patients (manque d'exemplarité) et freinerait l'investissement des professionnels de santé dans la lutte contre le tabagisme (37).
- ✓ Un risque accru d'incendie.
- ✓ Un risque de fugue supérieur, afin de se procurer du tabac.

C'est pourquoi, depuis 1997, le réseau hôpital sans-tabac tente de fédérer les hôpitaux qui font de cette lutte une priorité, à l'aide d'une charte de 10 points (38). En 2019, seuls 311 établissements de santé volontaires (4) sont référencés lieu de santé sans tabac (LSST) sur un total de 2989 établissements de santé en France (39).

Au sein de ces établissements labélisés, la question du tabac est travaillée dans les instances (Commission Médicale d'Établissement [CME], le Comité Social et Économique [CSE], Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge [CRUQPC]), avec les différents acteurs des établissements (Direction des Ressources Humaines [DRH], les directions de la communication, du budget, des travaux, des affaires médicales, de la qualité des soins) et fait partie du projet d'établissement. En parallèle, les services de santé au travail proposent une consultation de tabacologie dédiée aux professionnels de santé.

La méthodologie de l'hôpital sans tabac est une dynamique progressive, planifiée, qui repose sur :

- ✓ La réalisation d'un état des lieux de la situation au moyen d'un audit « hôpital sans tabac » (outil d'auto évaluation européen) et la restitution de ses résultats.
- ✓ La réalisation de l'enquête « tabagisme en blouse blanche » pour évaluer la prévalence du tabagisme des professionnels de santé et son impact sur la qualité des soins perçus par les patients et leurs proches.
- ✓ Les informations répertoriées par le comité de pilotage « hôpital sans tabac ».
- ✓ Le soutien du RESPADD (réseau de prévention des addictions, réseau hôpital sans tabac, prévenir les pratiques addictives).
- ✓ Un bilan des actions mises en place.

D'après le guide de l'hôpital sans tabac, le comportement « proactif » dans la lutte contre le tabac des soignants (médecins, infirmiers, aides-soignants, pharmaciens hospitaliers, équipes de liaison et de soins en addictologie ELSA etc...) et donc leur sensibilisation sur le sujet, est essentiel dans l'accompagnement des patients tabagiques pendant leur hospitalisation (40).

L'objectif est de sensibiliser également les étudiants des Instituts de Formations en Soins Infirmiers (IFSI), de kinésithérapie, les sages-femmes, ainsi que les internes lors des réunions de début de semestre.

Des journées « prévention du tabagisme » favorisent la dynamique en incluant les patients, les accompagnants, les soignants et les autres professionnels du lieu de soin autour d'ateliers.

Le RESPADD recommande, pour les établissements qui possèdent des supports numériques, la sensibilisation des patients à cette problématique avant leur hospitalisation, dès leur inscription via internet. De cette façon, le sevrage tabagique peut se préparer en amont et être réalisé pendant le séjour, tout en accomplissant le lien avec le médecin généraliste et/ou le pharmacien au moyen d'un courrier de liaison à la sortie. Les coordonnées du réseau d'addictologie de proximité sont également transmises aux patients.

Pour ce qui est des établissements de santé mentale, la dynamique de l'hôpital sans tabac est encore plus difficile à s'instaurer. L'article « un service de soins psychiatriques sans tabac » publié dans l'information psychiatrique en 2007, basé sur l'expérience du centre Henri Rousselle au centre hospitalier Saint Anne propose des pistes de compréhension (41). Elle s'explique par « une culture » du tabac liée à l'histoire même des établissements psychiatriques, qui fournissaient aux patients du tabac sous forme de pécule afin de les remercier pour leur participation aux tâches quotidiennes de la vie de l'hôpital. De plus, en psychiatrie, l'usage du tabac est banalisé. Il peut être utilisé comme lien social entre les professionnels et les patients, afin de faciliter la communication, initier des entretiens infirmiers informels, et apaiser les situations de crise. Ces derniers peuvent aussi le considérer comme un recours à l'inactivité lors des hospitalisations, ou comme une façon de structurer le rythme des journées (distribution horaire des cigarettes). L'achat de tabac pour les patients par les professionnels de psychiatrie ainsi que « les dépannages » en tabac font souvent partie de l'organisation et du fonctionnement des services. Enfin, le nombre de structures hospitalières en psychiatrie compliquerait la transmission d'information et la formation des professionnels sur le sujet. Malgré tout, l'expérience du centre Henri Rousselle a pu voir le jour suite à la création d'un groupe de prévention tabac initié par la CME. La mise en place d'un protocole de sevrage tabagique a porté ses fruits : l'évaluation de la dépendance et la prescription de substituts nicotiques sont entrés dans les pratiques des équipes du service d'hospitalisation temps plein et les patients poursuivent leur sevrage lors de leur prise en charge ambulatoire.

D'ailleurs, en ce sens, le RESPADD recommande de proposer le sevrage tabagique dans une logique de parcours, c'est-à-dire quel que soit le lieu de soin du patient (hospitalisation temps plein, CATTP, CMP, hôpital de jour...), le lieu de santé étant par définition, l'endroit opportun pour la prise en soin du tabagisme.

#### 1.6 Traitement médicamenteux et non médicamenteux.

La tabacologie est une discipline médicale récente, avec la création du premier diplôme universitaire de tabacologie en 1986 à la faculté de Paris V, reconnu par le conseil de l'ordre des médecins en 1997 (42).

Malheureusement, il semble que l'enseignement de la tabacologie au sein des formations initiales en santé soit encore insuffisant selon le Dr Le Faou, tabacologue (43).

En effet, dilué au sein de l'addictologie, le discours se concentre sur les substances « illicites », faute d'investissement des différents plans gouvernementaux, comme l'a mis en avant la cour des comptes en 2012 (postes médicaux d'enseignement, praticiens hospitaliers et infirmiers formés en tabacologie non pérennisés par exemple). La formation des professionnels de santé est pourtant primordiale afin de sensibiliser les futurs professionnels et d'encourager le comportement « proactif » en matière de lutte contre le tabac. De plus, des financements additionnels permettraient d'améliorer la prise en soin des patients, en développant plus de centres spécialisés en tabacologie, ainsi que la recherche sur ce sujet.

Concrètement, la première étape de la prise en soin du tabagisme selon la HAS consiste en la recherche systématique par les soignants de la consommation de tabac (ou des antécédents de consommations afin de prendre en charge les comorbidités éventuelles) pour conseiller l'arrêt de manière « directe et personnalisée » ainsi que des soins adaptés à l'addiction. La HAS rappelle également de ne pas considérer la dépendance tabagique comme un manque de volonté mais comme une réelle addiction nécessitant des soins spécifiques (44).

Le professionnel de santé évalue la motivation du patient au regard du modèle de Prochaska et DiClemente dont les étapes sont (45) :

- Pré-intention lorsque le patient n'a pas encore considéré l'arrêt du tabac
- Intention lorsque le patient envisage l'arrêt mais se montre ambivalent
- Décision lorsque le patient fait le choix d'arrêter de fumeur et a déterminé une stratégie pour atteindre son objectif
- Action lorsque le patient arrête sa consommation
- Maintien lorsque le patient ne présente plus de dépendance tout en ayant conscience qu'il doit rester prudent face au risque de rechute

### Changement transthéorique de Prochaska et DiClemente



Figure 5: Changement transthéorique de Prochaska et DiClemente

Une échelle analogique peut aussi être proposée au patient, en plaçant le curseur entre 0 soit « *ce n'est pas du tout important pour moi d'arrêter de fumer* » et 10 soit « *c'est extrêmement important pour moi d'arrêter de fumer* ».

Toujours d'après la HAS, les traitements recommandés en première intention sont l'association d'un soutien psychologique s'appuyant sur l'entretien motivationnel (1 fois par semaine en début de sevrage, puis, 1 fois par mois en phase de consolidation) avec des traitements nicotiques de substitution ou TNS. La posologie des TNS sous forme orale et de patch est à déterminer en fonction de l'état clinique du patient et doit être ajustée dès la première semaine en fonction des symptômes :

- De sous-dosage : fléchissement thymique, insomnie, irritabilité, anxiété, trouble de la concentration, majoration de l'appétit, craving.
- De surdosage : palpitations, céphalées, sécheresse buccale, nausées, diarrhées, lipothymies.

Il existe 4 formes de TNS :

- ✓ La forme transdermique ou patch qui libère une dose constante à faible vitesse de nicotine dans l'organisme. On évalue à approximativement le dosage du dispositif en fonction du nombre de cigarettes consommées par jour soit 20 cigarettes par jour = +/- 20 mg de patch.
- ✓ La forme orale avec les gommes à mâcher ou les comprimés sublinguaux à action rapide.
- ✓ Les inhalateurs.
- ✓ Les sprays buccaux à effet très rapides.

L'entretien motivationnel a pour but d'éveiller la motivation du patient en explorant son ambivalence, grâce à la posture empathique du professionnel de santé. Outil issu de l'addictologie, il nécessite 20 à 30 minutes par séance lors desquelles le professionnel va renforcer le sentiment d'auto-efficacité du patient. Ce concept, développé par Bandura (46), est essentiel pour provoquer un changement de comportement de santé et doit être consolidé au moyen de 3 autres méthodes (47) :

- ✓ La réussite d'une expérience où le patient a été acteur, et qu'il a jugé difficile au préalable
- ✓ L'expérience « vicariante » où le patient constate le succès d'un de ses pairs dans une situation similaire à la sienne
- ✓ L'apprentissage de la gestion des émotions, pour éviter toute association entre une émotion négative et l'échec d'une expérience, du type « je suis trop angoissé pour m'arrêter de fumer »

Pour les patients qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas être accompagnés directement par un professionnel, un soutien téléphonique gratuit, sur rendez-vous par « *tabac-info-service* » au 3989 de 8h à 20h est possible ainsi que l'utilisation d'outils d'auto supports internet proposés par *tabac-info-service.fr*.

Des traitements médicamenteux sont également utilisés : La Varénicline et le Bupropion sont les 2 molécules disponibles en France ayant pour indication le sevrage tabagique d'après la HAS mais uniquement en 2ème intention en raison des effets indésirables graves associés (48).

## 2. Le trouble psychique

### 2.1 Définition du trouble psychique

D'après l'OMS : « *Un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficience fonctionnelle dans des domaines importants. Il existe de nombreux types de troubles mentaux, désignés aussi sous le nom de problèmes de santé mentale.* » (49).

Un classement des troubles psychiques peut être réalisé de la manière suivante :

- Les troubles anxieux caractérisés par une peur excessive avec symptômes physiques (essoufflement, vertiges, sueurs, tachycardie) associés à des comportements d'évitement.
- Le syndrome dépressif caractérisé avec une thymie basse, l'aboulie, l'anhédonie, les troubles de concentration et du sommeil, l'anxiété, les idées de dévalorisation et les idées suicidaires.
- Les troubles bipolaires caractérisés par une alternance d'épisodes maniaques et dépressifs.
- La schizophrénie caractérisée par des symptômes dit « positifs » (idées délirantes et hallucinations) et des symptômes dit « négatifs » (repli, apragmatisme) ainsi qu'une désorganisation psychique.
- Les troubles du comportement alimentaire.
- Les troubles post traumatiques.

Des facteurs comme l'absence d'étayage, la précarité, la maltraitance, l'exposition à des traumatismes psychiques, ainsi que les consommations de produits psychoactifs sont des facteurs de risque de déclenchement de trouble psychique.

Paradoxalement, on sait que le fait de souffrir d'un trouble psychique complique l'accès aux soins. En effet, il arrive que des symptômes dit « résiduels » soient persistants, malgré l'observance régulière du traitement. A cela, s'ajoutent des troubles cognitifs inhérents à certaines pathologies psychiatriques, altérant les capacités cognitives et d'adaptation des patients (troubles de la mémoire, de la concentration), qui limitent ainsi leur accès au système de soin.

L'étude menée par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) parue en 2014, sur une cohorte de 428 000 individus de 18 à 65 ans souffrant d'un trouble psychique sévère, confirme un moindre accès aux soins, de manière générale, ainsi qu'à la prévention, pour ce type de patients.

Cela explique, en partie, la surmortalité de cette population, soit une espérance de vie diminuée de 16 ans chez les hommes et de 13 ans chez les femmes d'après l'IRDES (50), mais il faut y ajouter d'autres facteurs comme une moins bonne hygiène de vie, les comportements à risque, la sédentarité (50).

Cette difficulté d'accès aux soins est également la conséquence d'un manque d'intégration de cette population dans la société. En effet, pour de nombreux patients souffrant de troubles psychiques, l'isolement et la précarité sociale engendrent les phénomènes d'auto-stigmatisation et de stigmatisation, qui peuvent être un frein à la demande de soins, par manque de confiance en soi et/ ou par la peur du jugement et du regard de l'autre.

L'auto-stigmatisation consiste à s'associer à des stéréotypes négatifs liés à la maladie mentale (51). Elle est induite par l'imaginaire collectif de la société (danger, violence, incurabilité...), les conduites discriminatoires quotidiennes (telles que la difficulté d'accéder à un logement, à un travail...), ainsi que par les professionnels exerçant en psychiatrie eux même, involontairement, en associant le trouble psychique à une perte de capacités définitive (52).

L'étude menée sur la cohorte multicentrique REHABase (738 patients avec un trouble psychique sévère, suivi en centre de réhabilitation psychosociale) par Dubreux et al. en février 2020 parue dans *European Psychiatry* souligne la prévalence importante de ce phénomène chez les patients souffrant de troubles psychiques, quel que soit leur diagnostic (31.2 %), les patients schizophrènes étant fortement impactés (41.7 %), ainsi que les patients border line (43.8%) et bipolaire (21.7%). Cette analyse montre également une corrélation entre le vécu d'auto-stigmatisation et l'accès aux différentes étapes du processus de rétablissement, accéder aux soins étant logiquement un pré-requis à cette dynamique (53).

## 2.2 Les représentations des professionnels de santé quant aux troubles psychiques

La revue systématique réalisée en 2020 par le laboratoire de recherche de psychologie de l'université de Bordeaux indique que d'une manière générale les professionnels de santé ont moins de convictions stigmatisantes que la population générale au sujet des patients souffrant de troubles psychiques, notamment au sujet de la dangerosité. Toutefois, lorsqu'il s'agit des convictions stigmatisantes quant au pronostic de la pathologie psychiatrique, l'écart se restreint (54). En effet, paradoxalement, les professionnels de santé pourraient avoir un « a priori » négatif quant aux possibilités de rétablissement des patients souffrant de troubles psychiques, ainsi qu'un ressenti d'inefficacité à les aider qui les pousserait à croire que « *ce qu'ils font n'a pas d'importance* » (55).

Le statut tabagique des professionnels de santé a un impact sur leurs représentations liées au sevrage et donc sur la façon d'aborder la prise en soin de la dépendance des patients souffrant de troubles psychiques, en décuplant l'émotion ressentie lors des situations de sevrage ou même de perspectives de sevrage (56).

## 2.3 Le tabac et les particularités des patients souffrant de troubles psychiques

La prévalence du tabac est plus importante en psychiatrie qu'en population générale, quelle que soit la pathologie : schizophrénie, trouble bipolaire, syndrome dépressif (cf. tableau n°1). En conséquence, les patients souffrant de troubles psychiques voient leur qualité de vie impactée et leur espérance de vie limitée. Aux États-Unis, on estime que 7% des individus avec un trouble psychique consomment 34% des cigarettes (57).

Diagnostic	Fumeurs (%)	Fumeurs et ex-fumeurs (%)	Taux d'arrêt du tabac (%)*
<b>Pas de trouble psychique</b>	22,5	39,1	42,5
<b>Troubles anxieux</b>			
• Phobie sociale	35,9	54	33,4
• Stress post-traumatique	45,3	63,3	28,4
• Agoraphobie	38,4	58,9	34,5
• Anxiété généralisée	46	68,4	32,7
• Trouble panique	35,9	61,3	41,4
<b>Troubles de l'humeur</b>			
• Dépression majeure	36,6	59	38,1
• Dysthymie	37,8	60	37
• Trouble bipolaire	68,8	82,5	16,6
<b>Trouble psychotique</b>	49,4	67,9	27,2

Tableau 1: Prévalence du tabagisme et de l'arrêt du tabac selon le diagnostic psychiatrique durant la vie (\* Taux d'arrêt du tabac : proportion de fumeurs et ex-fumeurs qui ont cessé de fumer).(58)

En France, d'après Poirier (2002), la prévalence du tabagisme chez les patients souffrant de troubles psychiques est de 62% pour la consommation récente, et de 69% pour la consommation sur toute une vie. 66 % des patients schizophrènes sont fumeurs (59). La proportion de patients souffrant de schizophrénie dépendant au tabac est donc très élevée. Une méta-analyse de 42 études sur l'addiction au tabac chez les patients schizophrènes évalue la prévalence du tabagisme entre 55 et 95 % sur la vie entière (60).

D'après l'article de M.Hajbi et S.Tahri (information psychiatrique février 2010), « il apparaît que la proportion de consommation de cigarettes des patients schizophrènes soit particulièrement élevée (22 à 27 par jour) et que, par des techniques d'inhalation différentes, comme fumer jusqu'au filtre ou le serrer avec les doigts, le taux de nicotine extrait soit majoré ». Cette forte prévalence s'expliquerait d'après ces auteurs, par une tentative inappropriée des patients à lutter contre les troubles cognitifs et le syndrome négatif, par l'action de la nicotine sur le cortex préfrontal (en contribuant à la diffusion glutamatergique et dopaminergique). Or, on sait également que le tabac est responsable de la diminution des taux plasmatiques des neuroleptiques nécessitant des majorations de posologie pour maintenir une efficacité, amenant ainsi plus d'effets secondaires. Lors du sevrage, il est donc conseillé de réaliser un dosage sérique de la molécule afin d'adapter la posologie du traitement (60).

Par ailleurs, d'après la revue médicale suisse de novembre 2022, les patients souffrant de schizophrénie nécessitent un étayage soutenu lors du sevrage, l'entretien motivationnel multipliant par 3 les chances de réussite chez ce type de patients. L'utilisation d'anti psychotiques atypiques est priorisée, dont la Clozapine (58).

Chez les patients souffrant de syndrome dépressif caractérisé, la prévalence du tabagisme est importante d'après la HAS<sup>(61)</sup>. Selon Glassman et al (1990), « *le pourcentage de troubles dépressifs majeurs seraient deux fois plus élevé chez les fumeurs que chez les non- fumeurs* » (62). En conséquence, celle-ci recommande donc de rechercher au préalable un éventuel syndrome dépressif au moyen de l'échelle « Hospital Anxiety-Depression scale »(HAD) (63) afin d'ajuster la prise en soin du sevrage, puis, d'associer le traitement standard du sevrage aux soins psychothérapeutiques et pharmacologiques habituels dans le cadre des troubles dépressifs (58).

Le tabagisme aggrave les troubles bipolaires d'une manière générale d'après le RESPADD, en augmentant le rythme des épisodes maniaques et dépressifs (64).

On retrouve également de nombreux consommateurs de tabac chez les patients souffrant de troubles anxieux (Khazaal et al. 2004) avec deux fois plus de fumeurs chez les anxieux qu'en population générale (65). Cela s'expliquerait par l'effet anxiolytique ressenti lié aux mécanismes du tabac ainsi qu'aux stratégies de coping des fumeurs. Ces derniers l'utiliseraient donc comme « une tentative » d'auto médication et de gestion des émotions. Toutefois, les périodes de « micro sevrages » du fumeur (pendant le sommeil, le travail etc...), génèrent un état de stress. C'est pourquoi la HAS<sup>(61)</sup> rappelle le bénéfice du sevrage chez les anxieux et recommande l'évaluation de l'anxiété par l'inventaire d'anxiété de BECK(BAI Beck Anxiety Inventory) avant et pendant le sevrage (66).

De plus, il faut savoir que, comme les neuroleptiques, le métabolisme des benzodiazépines et de certains antidépresseurs, tel que l'imipramine et la Clomipramine, est modifié également (Hajbi et al. 2010) par les produits de la combustion du tabac, nécessitant aussi des posologies plus importantes pour être efficace.

Les consommations multiples de produits psychoactifs sont courantes chez les patients souffrant de troubles psychiques. On parle alors de « co-addictions » (tabac/ alcool, tabac/ Tétrahydrocannabinol ou THC, tabac/ cocaïne etc...) qui compliquent le sevrage et peuvent nécessiter l'appui de structures spécialisées, type CSAPA selon les recommandations de la HAS.

Chez les sujets soumis à une poly-intoxication alcoolo-tabagique, il existe une corrélation entre l'importance des consommations d'alcool et le nombre de cigarettes fumées (67). C'est pourquoi, dans le cadre des co-addictions, la HAS (48) recommande l'évaluation de la dépendance au cannabis par l'échelle Cannabis Abuse Screening Test (CAST<sup>(68)</sup>) et de l'alcool, par le questionnaire CUTE down, Annoyed, Guilty, Eye opener -Diminuer, Entourage, Trop, Alcool (CAGE- DETA) (69).

En outre, lorsqu'un patient est hospitalisé en psychiatrie et qu'un arrêt de la consommation a été provoqué en raison du contexte de soin, la HAS recommande de tirer profit de cette expérience pour proposer des rendez-vous dédiés à cette problématique au sein du service, puis, une prise en soin/maintien de l'abstinence à l'issue de l'hospitalisation, en ambulatoire, et d'en informer le médecin généraliste au moyen du courrier de sortie.

Par ailleurs, du point de vue de la motivation, une méta analyse de 2009 (Siru R et al.) sur une cohorte de 1247 patients souffrant de troubles psychiques présentant une dépendance tabagique associée démontre que ces derniers ont autant de motivation au sevrage que la population générale (70).

Cette étude invite donc à « dépasser » l'absence de motivation « perçue » par certains professionnels de santé chez les patients souffrant de troubles psychiques dans le cadre du sevrage tabagique : « *Lorsqu'un patient ne paraît pas motivé pour le changement, on en déduit souvent que le problème vient de lui et qu'on n'y peut pas grand-chose. Cette supposition est habituellement erronée. Personne n'est complètement dénué de motivation* » (71).

Pour cela, le RESPADD préconise de « devancer » la demande de sevrage des patients souffrant de troubles psychiques avec un positionnement « pro-actif » des professionnels de santé qui (64) :

- ✓ Favoriseront l'instauration d'une alliance thérapeutique de bonne qualité.
- ✓ Prescriront de TNS à des posologies plus élevées, sur une durée plus importante qu'en population générale.
- ✓ Proposeront un suivi prolongé après le sevrage.

En 2021, face à cette problématique, en pleine crise sanitaire, l'attention de la HAS a été portée sur la question de la prise en soin de la dépendance tabagique en psychiatrie par la Fédération Française de Psychiatrie (72). Elle souligne alors l'importance de l'identification « des conduites addictives de façon systématique chez les patients présentant des troubles psychiatriques sévères, en raison des conséquences de la comorbidité et de mettre en place une prise en charge de ces conduites en ambulatoire, durant et après les hospitalisations en psychiatrie ».

C'est pourquoi, en mars 2022, la HAS instaure 5 nouveaux indicateurs qualité concernant le dossier patient en psychiatrie et santé mentale dont « l'évaluation et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes » (72).

La prise en soin du tabagisme fait donc partie des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) (73) ainsi que du dispositif d'Incitation Financière à l'Amélioration de la qualité (IFAQ) (74) instaurés au sein des établissements Publics de Santé Mentale.

### **3. Problématique et hypothèse principale**

Malgré des politiques de prévention et des traitements efficaces recommandés par la HAS, il semble que la dynamique de l'hôpital sans tabac soit difficile à déployer en général, et plus particulièrement encore au sein des établissements de psychiatrie. La prévalence du tabagisme des patients souffrant de troubles psychiques est élevée, associée à de nombreuses comorbidités qui impactent leur qualité de vie et compliquent leur rétablissement.

Pourtant, le tabac participe à la forte réduction de leur espérance de vie, ainsi qu'à la proportion de décès, 2 à 3 fois plus élevée qu'en population générale selon l'IRDES<sup>(6)</sup>.

La littérature justifie la complexité de la prise en soin du tabagisme des patients souffrant de troubles psychiques par la spécificité des troubles, et ainsi que par le manque de formation des professionnels de santé. D'autres paramètres semblent y participer comme la stigmatisation/ auto-stigmatisation des patients, la demande de soins, les représentations des professionnels de santé. Alors que la HAS a établi que l'évaluation de la dépendance tabagique est la première étape de la prise en soin du tabagisme, l'hypothèse principale de cette étude est donc que, malgré cela, l'évaluation de la dépendance tabagique des patients souffrant de troubles psychiques est insuffisamment réalisée par les professionnels exerçant en psychiatrie.

# Partie 2 : Sujet et méthode

Cette étude est une recherche quantitative exploratoire descriptive multicentrique au sein du GHT Psy Nord-Pas-De-Calais ayant pour objectif principal de mesurer la proportion de professionnels qui évalue la dépendance tabagique des patients souffrant de troubles psychiques, au moyen d'une enquête numérisée anonymisée.

Cette étude correspond à la méthodologie de référence MR-004 qui garantit la sécurité du traitement des données à caractère personnel dans le but d'effectuer une recherche d'intérêt public n'impliquant pas la personne humaine (75).

## 1. Critères d'inclusion

Ont été ciblés les professionnels de santé du GHT intervenant dans la prise en soin du patient tout au long du parcours, en structures intra ou extra hospitalières de psychiatrie adulte, de l'enfant et de l'adolescent. Soit aides-soignants, infirmiers, médiateurs de santé-pair, psychologues, médecins généralistes de pôle, psychiatres, addictologues, éducateurs et assistants sociaux, conformément aux recommandations du guide de l'hôpital sans tabac du RESPADD (40).

L'étude a été réalisée sur toute l'entité du GHT Psy Nord -Pas-De -Calais qui est composé de 4 Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM) dont :

✓ L'EPSM Val de Lys -Artois

Composé de 9 secteurs (dont 7 de psychiatrie générale, 2 de psychiatrie infanto-juvénile) et 18 lits d'addictologie.

On y trouve un centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

✓ L'EPSM des Flandres

Composé de 6 secteurs de psychiatrie générale adulte et 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

✓ L'EPSM de l'Agglomération Lilloise

Composé de 11 secteurs dont 8 de psychiatrie adulte, 3 de psychiatrie infanto juvénile, et 1 pole intersectoriel d'addictologie dont un centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

✓ L'EPSM Lille Métropole

Il comprend 9 secteurs de psychiatrie adulte, 1 secteur de psychiatrie infanto-juvénile, une Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité Pass (EM3P).

Le GHT Psy Nord-Pas- de Calais n'est pas labélisé Lieu de Santé Sans Tabac (LSST) d'après le RESPADD (4) et seuls les EPSM Val de lys Artois et de l'Agglomération Lilloise possèdent des structures dédiées à l'addictologie.

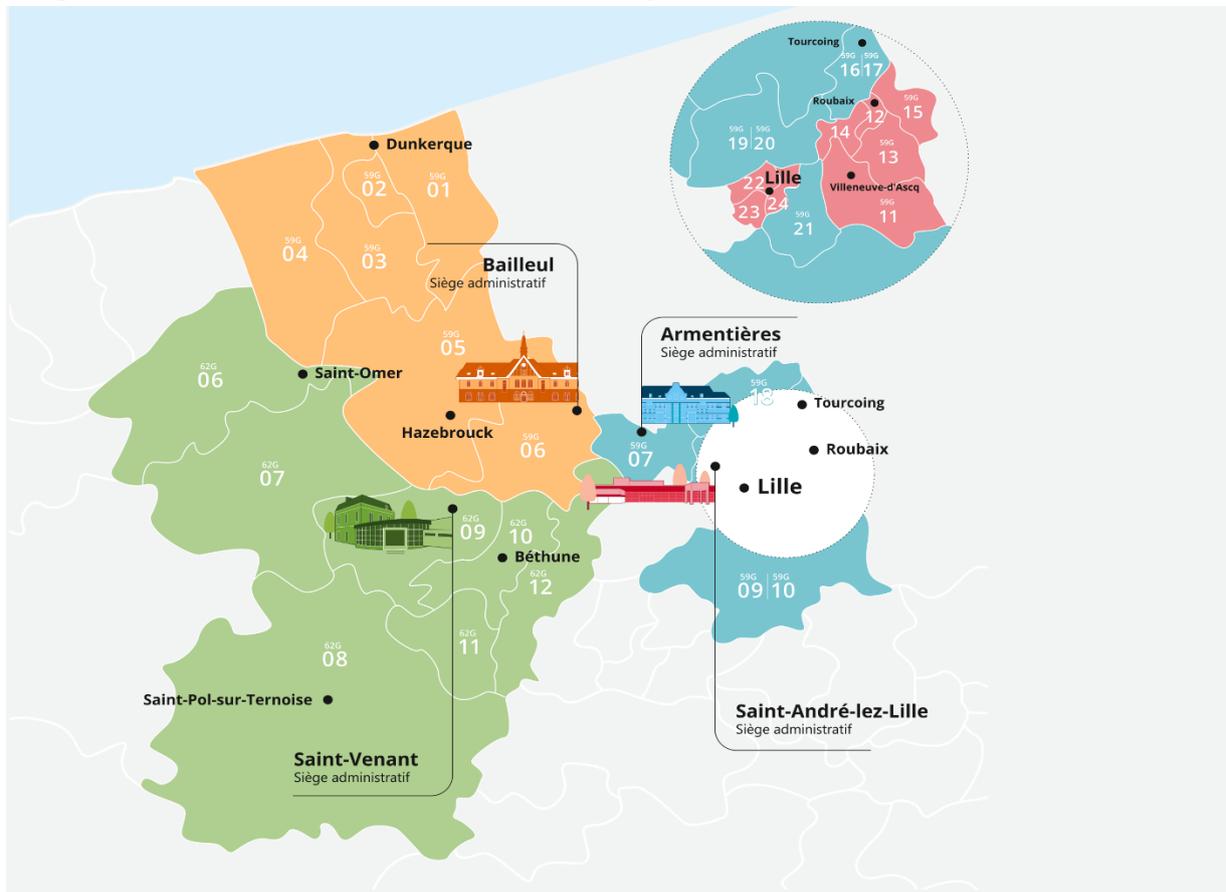


Figure 6 : Carte des secteurs du GHT Psy Nord Pas de Calais

## 2. Conception de l'enquête

Pour répondre à l'hypothèse posée, une enquête a été diffusée aux professionnels intervenants dans le parcours de soin des patients souffrant de troubles psychiques des 4 établissements du GHT Psy Nord-Pas-De-Calais.

Elle a été construite avec le concours du Dr Vosgien, chef de pôle d'addictologie à l'EPSM de l'agglomération Lilloise et de Mme BOURZGUI, infirmière titulaire d'un Diplôme Universitaire en tabacologie.

Une fois validée au cours d'une consultation méthodologique à la F2RSM psy, et calibrée pour le traitement statistique par le Département d'Information Médicale (DIM), elle a été diffusée le 17.01.23, via un lien par mail au moyen du logiciel SPHINX (outil d'enquête et d'analyse de données sécurisées) à l'ensemble des professionnels du GHT sur leurs messageries professionnelles avec l'accord de Mme BÉNÉAT-MARLIER, Directrice Générale du GHT, avec le soutien du Dr HÉNON, du service de la Communication ainsi que du Pôle Recherche du GHT.

### 3. Objectifs de l'étude

Au regard du nombre de patients souffrant de troubles psychiques présentant une addiction au tabac et de leur importante réduction d'espérance de vie, l'*objectif principal* de cette étude est de mesurer la proportion des soignants qui évalue la dépendance tabagique des patients souffrant de troubles psychiques.

Le critère de jugement principal est défini par la proportion de réponses positives à la question « lorsque l'état du patient le permet, évaluez- vous la dépendance tabagique lors de vos entretiens ? » (Question 21)

L'*objectif secondaire n°1* est de calculer la proportion de professionnels proposant le sevrage tabagique à leurs patients souffrant de troubles psychiques.

Le critère de jugement est défini par la proportion de réponses positives à la question : « lorsque vous constatez la dépendance tabagique d'un patient et que son état le permet, est ce que vous lui proposez un sevrage ? » (Question 22)

L'*objectif secondaire n°2* est de connaître la proportion de professionnels sensibilisés par une formation à l'accompagnement au sevrage tabagique :

Le critère de jugement est défini par la proportion de réponses positives aux questions 10 ou 11, soit :

- 1- « Avez-vous été sensibilisé par une formation à la prise en soin des patients tabagiques au cours de votre formation initiale ? »
- 2- « Avez-vous été sensibilisé par une formation à la prise en soin des patients tabagiques au sein de votre établissement ? »

L'*objectif secondaire n°3* est d'identifier l'impact d'une sensibilisation par une formation sur la proposition de sevrage tabagique des professionnels.

Le critère de jugement : la comparaison des réponses aux questions 10, 11 (citées précédemment) avec la question 22, soit « Lorsque vous constatez la dépendance tabagique d'un patient et que son état le permet, est ce que vous lui proposez un sevrage ? »

### 4. Données recueillies

Le recueil de données a été effectué entre le 17 janvier et le 1<sup>er</sup> mars 2023, anonymement, et stocké sur un serveur sécurisé.

Afin de favoriser au maximum la participation des professionnels, la non réponse aux questions rédactionnelles n'entravent pas l'avancée au sein de l'enquête. Celles-ci permettent juste d'approfondir la question et de dégager les thématiques majoritaires.

Cette enquête de 24 questions (annexe 2), en 4 blocs, interroge :

- ✓ Le profil sociodémographique des répondants :
  - Le sexe,
  - L'âge,
  - La profession,
  - L'ancienneté d'exercice en psychiatrie,
  - L'établissement d'exercice au sein du GHT,
  - Le type d'exercice professionnel à savoir l'intra, l'extra hospitalier ou les 2,
  - Le statut des répondants quant au tabagisme (fumeur ou non-fumeur, ancien fumeur).
  
- ✓ Les connaissances et formations des professionnels sur la thématique du tabac dont les connaissances législatives et les recommandations.
  
- ✓ La connaissance d'une échelle d'évaluation standardisée de la dépendance tabagique, la prise en soin du sevrage tabagique proposée au sein des services de psychiatrie ainsi que les représentations des professionnels avec :
  - Les professionnels susceptibles d'initier une démarche de sevrage d'après les répondants.
  - Le ressenti de la dangerosité du tabac par les professionnels.
  - Le ressenti des professionnels quant à l'impact du tabac sur l'efficacité des traitements psychiatriques.
  - Le ressenti des professionnels quant à la pertinence de la proposition de sevrage chez les patients souffrant de troubles psychiques (psychose, trouble de l'humeur, trouble anxieux généralisé).
  
- ✓ Les pratiques individuelles des professionnels vis-à-vis du patient tabagique (annexe 1, question 21) :
  - Fréquence de la connaissance du réseau d'addictologie de proximité.
  - Fréquence de l'évaluation de la dépendance des patients par le professionnel interrogé.
  - La fréquence de la proposition de sevrage aux patients par le professionnel interrogé (annexe 1, question 22).
  - La fréquence de l'accompagnement au sevrage tabagique proposé au sein du service des professionnels.
  
- ✓ Les attentes des professionnels avec la fréquence du ressenti de besoin de formation vis-à-vis du sevrage tabagique.

## 5. Méthodologie statistique

### 5.1 Données obtenues

Différents fichiers ont été générés :

- Un fichier « *univariées* » qui reprend l'ensemble des analyses descriptives pour chacune des variables recueillies.
- Un fichier « *graph\_connaissance* » pour la réalisation du graphique (barplot) sur les connaissances théoriques.
- Un fichier « *graph\_pratique* » pour la réalisation du graphique (barplot) sur les pratiques.
- Un fichier « *bivariées* » qui compare les professionnels ayant reçu ou non une formation (formation initiale et/ou au sein de leur établissement).
- Des représentations graphiques :
  - « *barplot\_etab* » : Répartition des participants par établissement.
  - « *barplot\_conso\_tabac* » : Répartition des participants selon leur consommation de tabac.
  - « *barplot\_connaissances* » qui représente les réponses obtenues aux questions des connaissances théoriques.
  - « *barplot\_pratiques* » : Réponses obtenues aux questions sur la prise en charge des patients tabagiques en pratique.
  - « *pie\_formation* » : Répartition des participants selon la réalisation ou non d'une formation (pendant leur cursus initial et/ou au sein de leur établissement).
  - « *pie\_loi\_2016* » : Répartition des participants selon leur connaissance de la loi de modernisation de 2016.
  - « *pie\_rapport\_has\_2022* » : Répartition des participants selon leur connaissance du rapport HAS 2022.

### 5.2 Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

- 1<sup>er</sup> temps : réalisation d'analyses univariées (et de graphiques) afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.
- 2<sup>ème</sup> temps : réalisation d'analyses bivariées :

Les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont < 5).

**Pour l'ensemble de l'étude, le seuil de significativité a été fixé à  $p < 0,05$ .**

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R Studio et R version 4.2.1

# Partie 3 : Résultats

L'ensemble des résultats sont disponibles en annexe 3 et 4.

## 1. Caractéristiques socio-démographiques de la population

434 répondants ont participé à l'enquête, diffusée au sein du Groupement Hospitalier Territorial (GHT) PSY Nord-Pas-De-Calais, soit 4 établissements (cf tableau n°2).

Les professionnels représentés sont : psychiatres, addictologues, généralistes de pôle, IDE, aide-soignant, psychologues, éducateurs, assistants sociaux et médiateurs de santé-pair. Cet échantillon est essentiellement féminin (74.9%).

Des professionnels des 4 établissements du GHT y ont participé, leur proportion étant en rapport avec la dimension des établissements (cf. figure n°7). Une attention particulière sera portée aux infirmiers, car fortement représentés (74.4% des répondants) ainsi qu'aux 2 établissements dotés d'un pôle d'addictologie (EPSM Val de lys -Artois ainsi que l'EPSM de l'Agglomération Lilloise) afin de mettre en lumière d'éventuelles particularités. L'ancienneté moyenne dans la profession des répondants est de 14 ans. 47.7% des répondants de l'échantillon global sont non-fumeurs, 27.6% sont fumeurs, 24.4% sont des ex-fumeurs (cf. figure n°8).

Données sociodémographiques	
<b>Sexe</b>	<b>n (%)</b>
Homme	104 (24.0)
Femme	325 (74.9)
NA	5 (1.2)
<b>Age, Min : 23 ; Max : 65 ; Médiane : 40</b>	
<b>Profession</b>	<b>n (%)</b>
IDE	323 (74.4)
Psychologue	26 (6.0)
Médecin psychiatre	23 (5.3)
Educateur	22 (5.1)
Assistante sociale	16 (3.7)
Médecin généraliste du pôle	10 (2.3)
Aide-soignant	9 (2.1)
Médecin addictologue	3 (0.7)
Médiateur de santé pair	2 (0.5)
<b>Ancienneté, Min : 0 ; Max : 40 ; Médiane : 14</b>	
<b>Etablissement</b>	<b>n (%)</b>
EPSM Lille Métropole	161 (37.1)
EPSM Agglomération Lilloise	108 (24.9)
EPSM Val de Lys Artois	96 (22.1)
EPSM des Flandres	69 (15.9)

Tableau 2 : Profil sociodémographique des répondants

## Répartition des participants par établissement

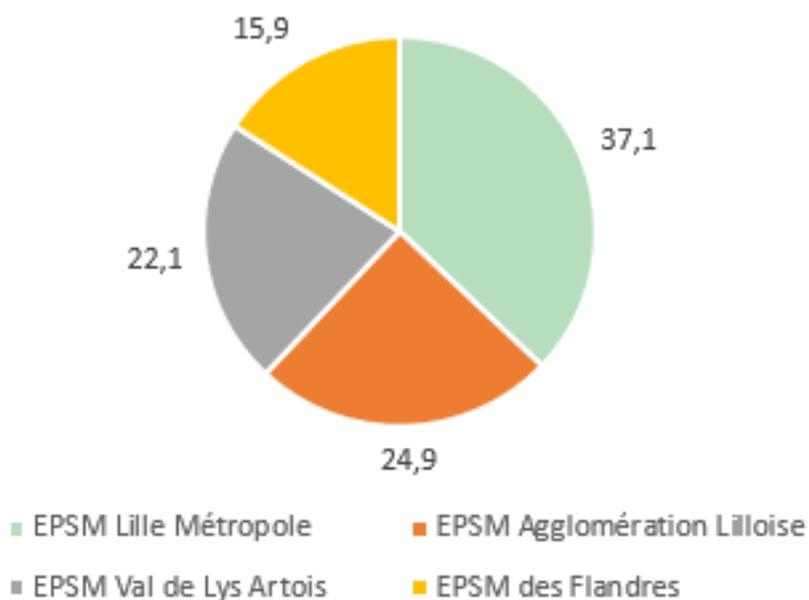


Figure 7: Répartition des répondants par établissement du GHT PSY Nord-Pas-De-Calais

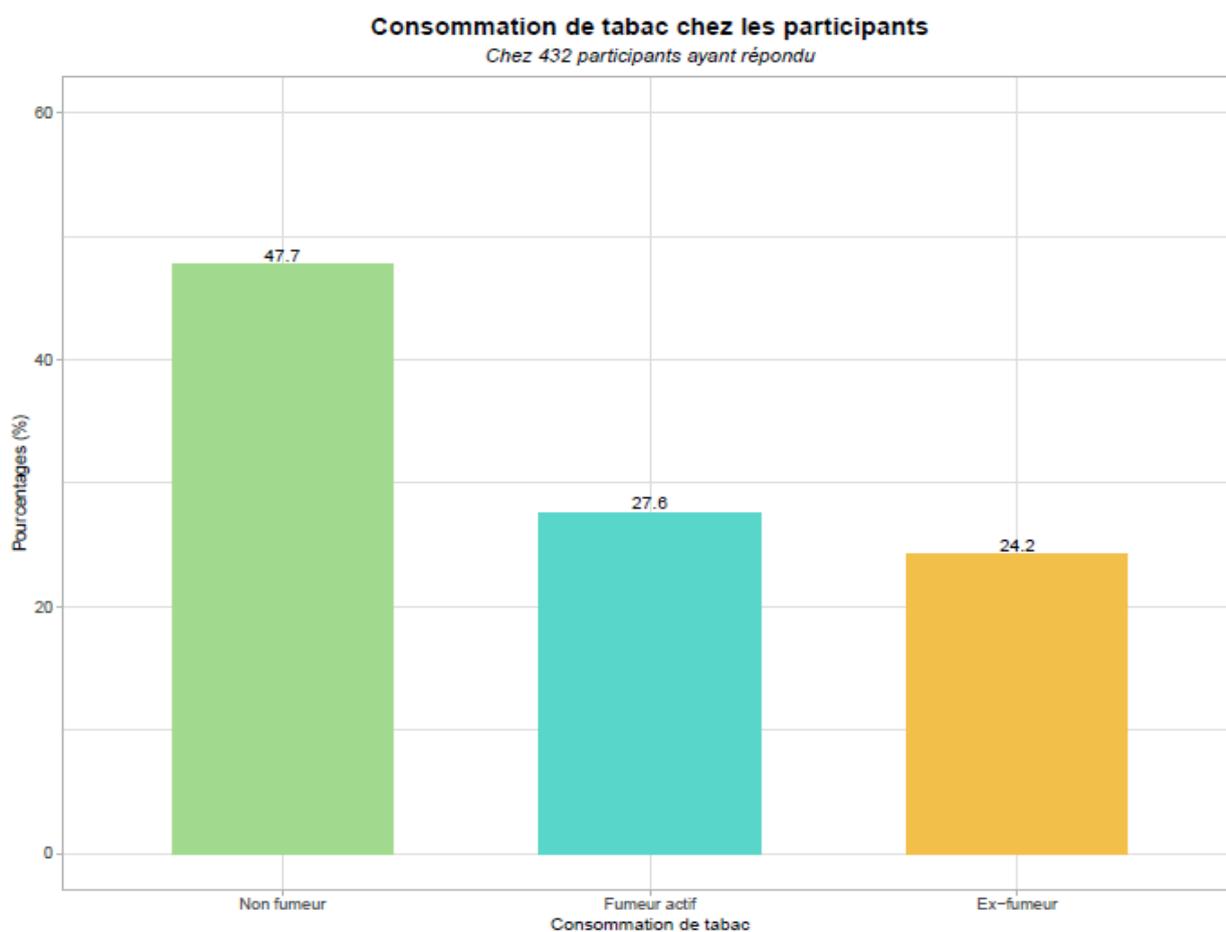


Figure 8 : Consommation de tabac chez les répondants

## 2. Analyse univariée et bivariée des résultats :

- ✓ Critère de jugement principal : proportion de professionnels évaluant la dépendance tabagique des patients souffrant de troubles psychiques.

Évaluation de la dépendance en entretien, n (%)				
	Tous professionnels	IDE	EPSM doté d'un pôle d'addictologie	EPSM sans pôle d'addictologie
Oui	289 (66.6)	233 (72.1)	135 (66.2)	154 (67.0)
Non	145 (33.4)	90 (27.9)	69 (33.8)	76 (33.0)
			p=0.944	

Tableau 3: Évaluation de la dépendance

- ✓ Critère de jugement secondaire n°1 : proportion de professionnels proposant le sevrage tabagique aux patients souffrant de troubles psychiques.

Proposition d'un sevrage, n (%)				
	Tous professionnels	IDE	EPSM doté d'un pôle d'addictologie	EPSM sans pôle d'addictologie
Oui	264 (60.8)	211 (65.3)	148 (75.5)	116 (50.4)
Non	170 (39.2)	112 (34.7)	56 (27.5)	114 (49.6)
			p<0.001*	

Tableau 4 : Proposition d'un sevrage

En pratique	
<b>Accompagnement au sevrage proposé au sein du service</b>	<b>n (%)</b>
Oui	235 (54.1)
Non	199 (45.9)

Tableau 5 : Proportion de professionnels qui témoignent de la proposition d'accompagnement au sevrage tabagique au sein de leurs services, échantillon global.

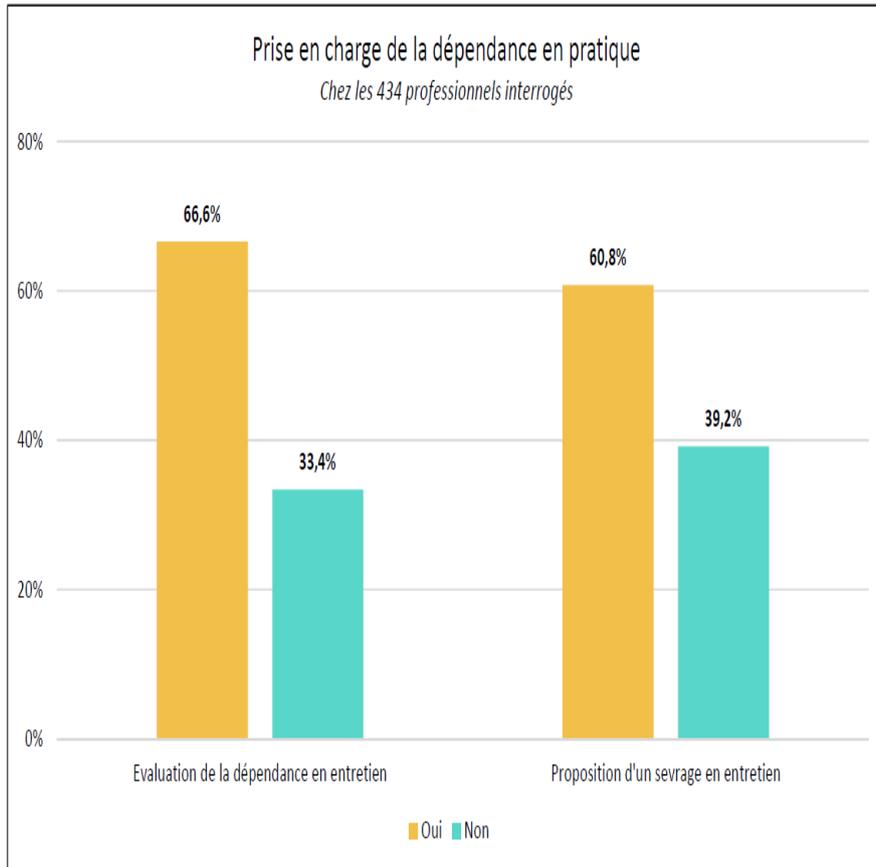


Figure 9 : « Prise en soin du sevrage en pratique », échantillon global, récapitulatif du critère de jugement principal et secondaire n°1.

- ✓ Critère de jugement secondaire n°2 : proportion de professionnels sensibilisés par une formation à l'accompagnement au sevrage tabagique.

**Participants ayant reçu une formation spécifique à la prise en charge des patients tabagiques**  
Lors de leur formation initiale et/ou au sein de leur établissement

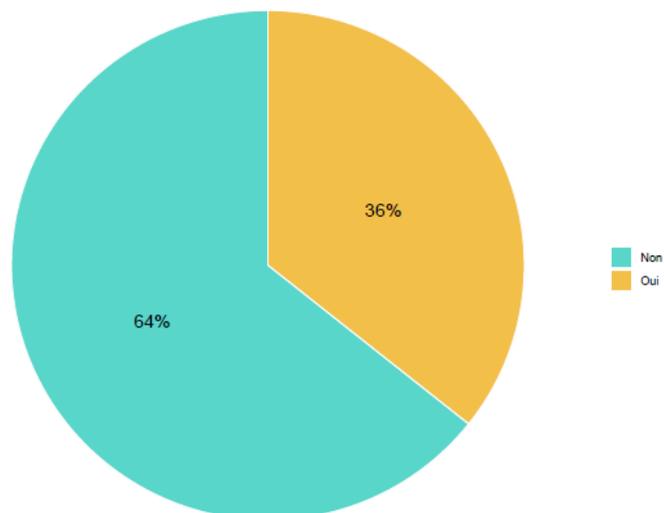


Figure 10 : Proportion de professionnels exerçant en psychiatrie ayant été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques.

**IDE ayant reçu une formation spécifique à la prise en charge des patients tabagiques**  
Lors de leur formation initiale et/ou au sein de leur établissement

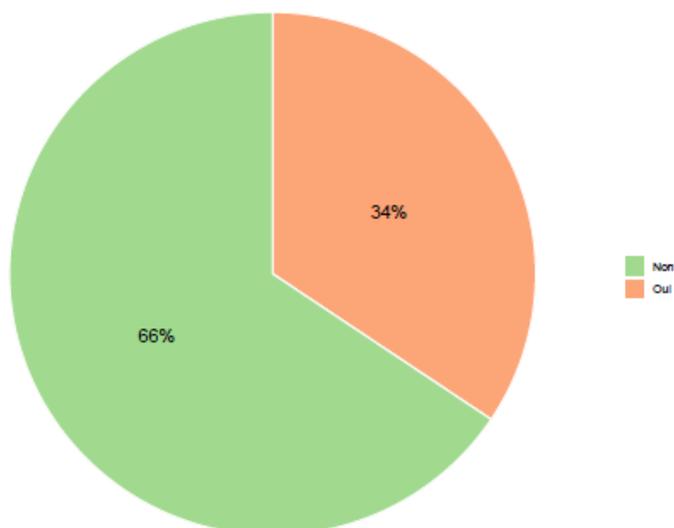


Figure 11 : Proportion d'IDE exerçant en psychiatrie ayant été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques.

	EPSM dotés d'un pôle d'addictologie N = 204	EPSM sans pôle d'addictologie N = 230	<i>p</i>
<b>Professionnels formés au sein de l'établissement, n (%)</b>			
Oui	51 (25.0)	43 (18.7)	<i>P</i> =0.140
Non	153 (75.0)	187 (81.3)	

Tableau 6 : Proportion de professionnels sensibilisés par une formation à la prise en soin du tabagisme en fonction de leurs lieux d'exercice (EPSM avec ou sans pôle d'addictologie).

## Tableaux et graphiques étayant le critère de jugement secondaire n°2

**Connaissance du contenu de la loi de modernisation de la santé 2016**  
Concernant la prise en charge du tabagisme par les soignants

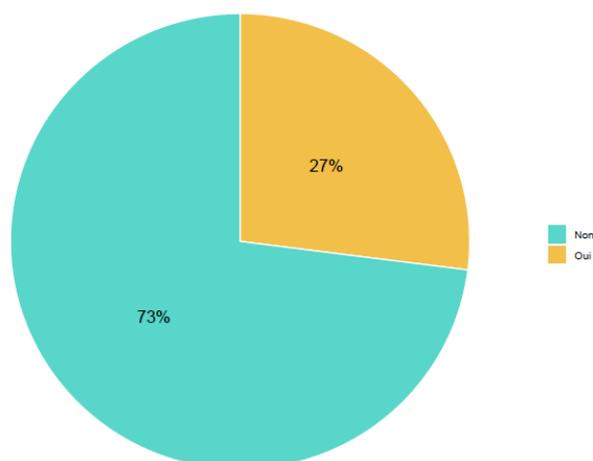


Figure 12: Proportion de professionnels connaissant la loi de modernisation de santé 2016, échantillon global.

## Connaissance du rapport des résultats des mesures volontaires de qualité HAS 2022

Concernant la prise en charge du tabagisme chez les patients en psychiatrie

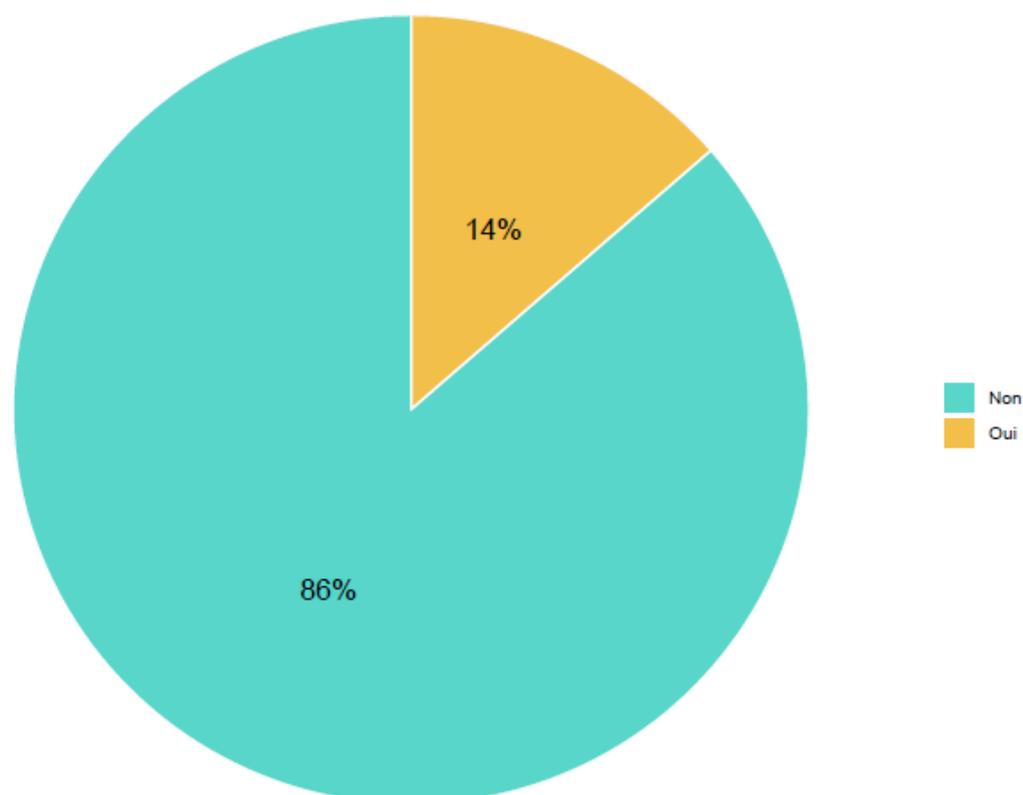


Figure 13 : Proportion de professionnels ayant connaissance du rapport des résultats des mesures volontaires de qualité HAS 2022, échantillon global.

Connaissances	
<b>Connaissance du test de Fagerström</b>	<b>n (%)</b>
	Oui 146 (33.6)
	Non 288 (66.4)
<b>Utilisation du test de Fagerström, Pour les 146 professionnels concernés</b>	<b>n (%)</b>
	Oui 50 (34.2)
	Non 92 (63.0)
	NA 4 (2.7)

Tableau 7 : Proportion de professionnels connaissant et utilisant la grille d'évaluation standardisée du Fagerström, échantillon global.

- ✓ Critère de jugement secondaire n°3 : présence d'une différence de proportion de la proposition de sevrage entre les professionnels ayant été ou non sensibilisés par une formation.

	Répondants ayant été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques N = 155	Répondants n'ayant pas été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques N = 279	p
<b>Evaluation de la dépendance en entretien, n (%)</b>			
Oui	117 (75.5)	172 (61.6)	<b>0.0047*</b>
Non	38 (24.5)	107 (38.4)	
<b>Proposition d'un sevrage en entretien, n (%)</b>			
Oui	117 (75.5)	147 (52.7)	<b>&lt; 0.001*</b>
Non	38 (24.5)	132 (47.3)	

Tableau 8 : Proportion de professionnels ayant été ou non sensibilisés à la prise en soins des patients tabagiques, qui évalue ou non la dépendance et propose ou non le sevrage, échantillon global, P<0.05.

	IDE ayant été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques N = 111	IDE n'ayant pas été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques N = 212	p
<b>Evaluation de la dépendance en entretien, n (%)</b>			
Oui	86 (77.5)	147 (69.3)	0.156
Non	25 (22.5)	65 (30.7)	
<b>Proposition d'un sevrage en entretien, n (%)</b>			
Oui	85 (76.6)	126 (59.4)	<b>0.003*</b>
Non	26 (23.4)	86 (40.6)	

Tableau 9 : Proportion d'IDE ayant été ou non sensibilisés à la prise en soins des patients tabagiques, qui évalue ou non la dépendance et propose ou non le sevrage tabagique, échantillon IDE, P<0.05.

### Tableaux étayant le critère de jugement n° 3

	Répondants ayant été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques N = 155	Répondants n'ayant pas été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques N = 279	p
<b>Impact de la consommation de tabac sur l'efficacité des traitements psychiatriques, n (%)</b>			
Oui	119 (88.1)	157 (74.1)	<b>0.002*</b>
Non	16 (11.9)	55 (25.9)	

Tableau 10 : Proportion de professionnels ayant connaissance de l'impact de la consommation de tabac sur l'efficacité des traitements psychiatriques, échantillon global, P<0.05.

	IDE ayant été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques N = 111	IDE n'ayant pas été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques N = 212	p
<b>Impact de la consommation de tabac sur l'efficacité des traitements psychiatriques, n (%)</b>			
Oui	81 (83.5)	125 (74.0)	0.101
Non	16 (16.5)	44 (26.0)	

Tableau 11 : Proportion d'IDE ayant connaissance de l'impact de la consommation de tabac sur l'efficacité des traitements psychiatriques.

✓ Connaissance du réseau d'addictologie de proximité

Les professionnels, dans leur majorité, disent avoir connaissance du réseau d'addictologie de proximité à 88.2%., avec qui ils ont des contacts pour 71.5% d'entre eux, principalement par téléphone (94.2%), par mail (51.1%), et au moyen de réunion pour 25.5% d'entre eux.

✓ Les éléments connus par les professionnels

91% des professionnels pensent qu'il n'y a pas de consommation minimale de tabac qui soit sans risque.

Les professionnels identifiés comme étant en mesure d'initier une démarche de sevrage en psychiatrie sont les médecins addictologues à 91.7%, les médecins généralistes de pôle à 91.5%, les psychiatres à 82.7% puis viennent les infirmiers à 80.4%, les psychologues à 58.3% et les aides-soignants à 50.5%.

✓ Les représentations des répondants

88% des professionnels répondent qu'il est utile de proposer le sevrage tabagique aux patients souffrant de troubles psychiques en général.

Les professionnels pensent qu'il est possible de le réaliser chez les patients souffrant de psychose (84.6%), chez les patients souffrant de troubles anxieux (90.1%), chez les patients souffrant de troubles de l'humeur (90.6%).

Pour terminer, 75.6 % des professionnels expriment leur souhait de bénéficier d'une sensibilisation à la gestion du sevrage tabagique.

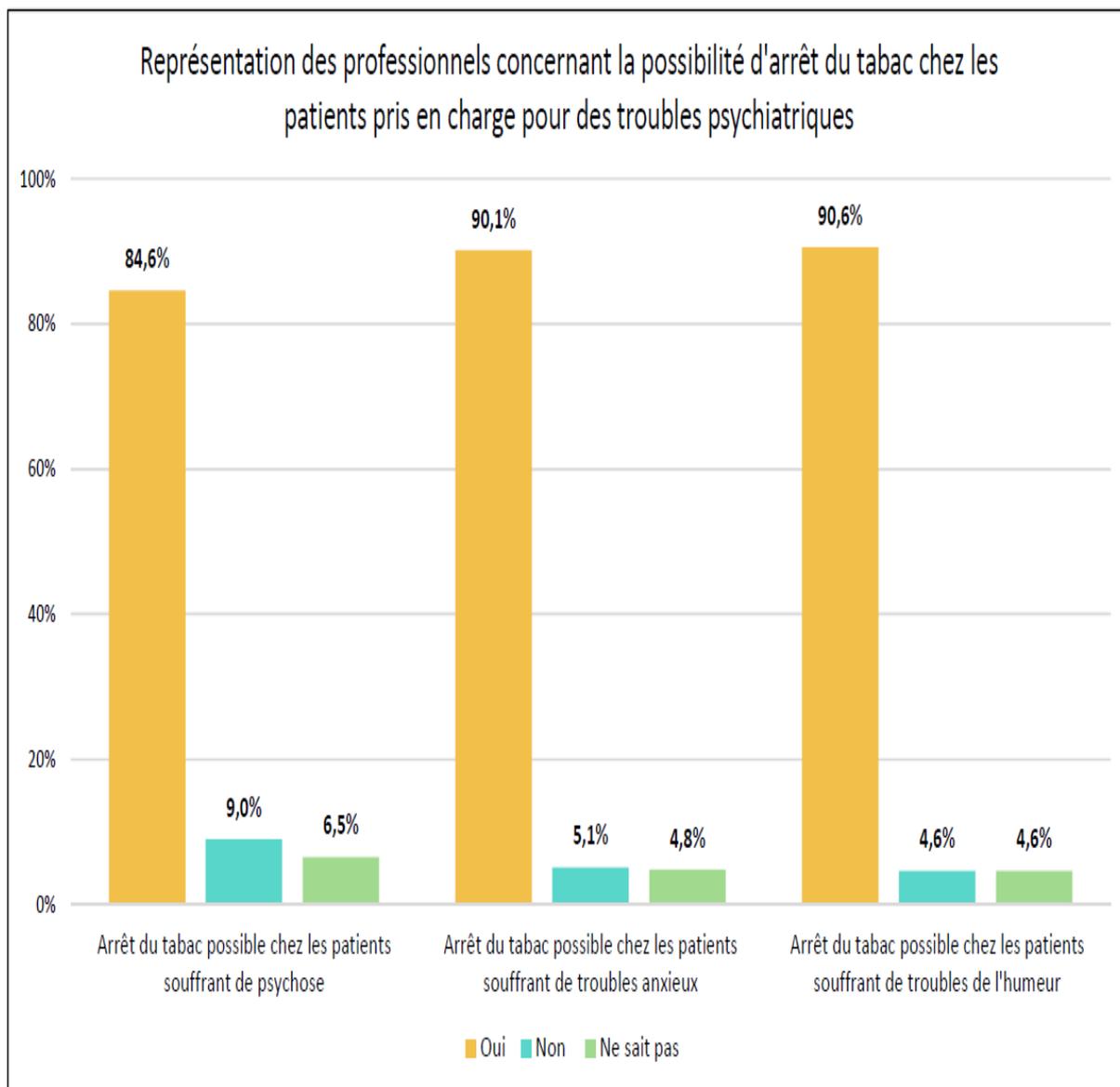


Figure 14 : Représentation des professionnels concernant la possibilité d'arrêt du tabac chez les patients pris en soin pour des troubles psychiatriques, échantillon global.

## Partie 4 : Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'objectiver la proportion de professionnels du GHT Psy Nord-Pas-De-Calais qui évaluent la dépendance tabagique de leurs patients. Le résultat est étonnamment satisfaisant, avec une majorité de professionnels qui disent l'évaluer. Pour ce qui est des objectifs secondaires, il s'agissait d'abord de mesurer la proportion de professionnels qui proposaient le sevrage tabagique à leurs patients.

Les résultats sont à peu près similaires, en cohérence avec ceux de l'objectif principal. Cependant, un résultat particulièrement significatif concerne les professionnels exerçant au sein des EPSM dotés d'un pôle d'addictologie. En effet, alors qu'ils n'ont pas été plus sensibilisés par une formation que leurs collègues exerçant dans les EPSM sans pôle d'addictologie, ils proposent d'avantage le sevrage à leurs patients. Cela pourrait s'expliquer par une accessibilité facilitée aux soins d'addictologie ou par l'apprentissage informel induit par le contact de professionnels spécialisés dans la discipline.

Puis, les professionnels du GHT expriment dans l'ensemble, ne pas être formés à la prise en soin du tabagisme.

Pour conclure, les résultats significatifs du dernier objectif secondaire mettent en lumière une majoration de la proposition de sevrage lorsque les professionnels ont été sensibilisés par une formation, ce qui confirme le bénéfice de celle-ci sur l'évolution des pratiques professionnelles (Tant pour l'échantillon global que IDE).

### 1. Échantillon étudié

Tout d'abord, la proportion de l'échantillon de professionnels mobilisée par l'enquête reste faible, soit 434 répondants sur un total de 5300 professionnels. Cela interroge la perception du tabac par les professionnels de psychiatrie : est-il vraiment considéré comme un problème ? La littérature confirme la place particulière du tabac au sein des établissements de psychiatrie avec une consommation banalisée et inscrite dans l'organisation des structures de soin (41).

La proportion de femme représentée est importante (74.9%) et est probablement liée à la forte représentativité du corps infirmier (74.4%), très féminisé (76).

On constate également une proportion de professionnels fumeurs (27.6%) légèrement inférieure aux taux nationaux (31.9%) (77).

Cela peut s'expliquer en partie par la féminisation des infirmiers et par le fait que les professionnels de santé consommeraient moins de tabac que la population générale d'après Santé Publique France(78).

## 2. Résultats

L'ensemble des résultats sont en annexe 3 et 4.

### **Une évaluation de la dépendance satisfaisante.**

Afin de contribuer à l'amélioration de l'espérance de vie des patients, l'objectif principal de l'étude est de mesurer la proportion de professionnels exerçant en psychiatrie qui évalue la dépendance tabagique des patients, la HAS ayant désigné l'évaluation, comme la première étape de la démarche de sevrage.

Le résultat principal de l'étude démontre que l'évaluation de la dépendance tabagique des patients souffrant de troubles psychiques est intégrée aux pratiques de 66.6% des professionnels et de 72.1% des IDE. Contre intuitif, ce résultat est plutôt satisfaisant et ne varie que très peu entre les établissements pourvus d'un pôle d'addictologie et les autres. Il peut s'expliquer en partie par l'utilisation d'une trame informatisée guidant l'entretien type d'admission ou de première consultation, où la question des dépendances est abordée. Ce résultat peut également se justifier par le fait que les répondants qui ont choisi de participer à l'enquête, se sentent particulièrement concernés par la problématique. La possibilité de réponse positive en lien avec un biais de désirabilité sociale peut également entrer en ligne de compte.

Les professionnels, ayant répondu positivement, rapportent transmettre majoritairement au sein du dossier patient le nombre de cigarettes consommées par jour (70.3%), puis le nombre d'année de consommation (14.9%), et la motivation à arrêter (12.9%). Les notions de paquet par année, d'antécédent de sevrage ou les résultats au test de Fagerström sont très peu représentées.

En ce qui concerne la proportion de l'échantillon ayant répondu négativement à la question de l'évaluation de la dépendance (annexe 4), des tendances quant aux raisons de cette absence se dessine, avec en tête, le fait que les patients « *ne fassent pas de demande quant à leur consommation* », puis que « *le tabagisme n'est pas la priorité du moment* » ou « *que les professionnels n'y pensent pas* ». Une part d'entre eux disent que cela ne fait pas parti des missions qui leur sont attribuées ou en parler uniquement si le tabac « *est source de problème* » pour le patient.

### **Une proposition de sevrage fidèle aux recommandations de bonnes pratiques, mais nuancée selon les établissements.**

La proportion de professionnels proposant le sevrage tabagique aux patients est de 60.8%, conformément aux recommandations de la HAS et du RESPADD, avec une résultat de l'échantillon des IDE similaire (65.3%). Cela semble concorder avec la proportion de professionnels qui évaluent la dépendance tabagique. D'ailleurs, 54.1 % d'entre eux confirme l'existence d'un accompagnement au sevrage tabagique au sein de leurs unités.

De plus, les professionnels de l'échantillon global estiment avoir une très bonne connaissance du réseau d'addictologie (88.2%), et avoir des contacts réguliers avec ces structures (71.5%), principalement par téléphone (94.2%).

Il est intéressant de noter qu'un résultat significatif ( $< 0,001$ ) apparaît entre les différents établissements. De fait, les professionnels issus des EPSM avec un pôle d'addictologie ( $n= 204$ ) proposent le sevrage pour 75.5% d'entre eux contre 50.4% pour ceux issus des EPSM sans pôle d'addictologie ( $n= 230$ ). Par conséquent, on constate une démarche d'avantage « proactive » des professionnels en matière de prévention du tabagisme lorsqu'ils sont au contact de collègues exerçant en addictologie.

Cela peut nous amener à penser que la proximité de collègues spécialisés dans la prise en soin des addictions, sensibiliserait de façon informelle le reste des professionnels de l'établissement. Cette pratique interdisciplinaire entre la psychiatrie et l'addictologie pourrait induire des échanges de connaissances, de compétences et de savoir-faire entre professionnels, facilitant la prise en soin du tabagisme des patients souffrant de troubles psychiques. En effet, on retrouve dans la littérature des arguments en faveur de la formation informelle qui serait à la base d'une grande partie des assimilations dans le cadre de la formation des adultes (jusqu'à 90% dans certains cas), notamment au moyen de l'observation, de l'écoute et de lecture (79).

Nous reviendrons plus tard sur le rôle que pourrait avoir l'Infirmier(e) en Pratique Avancée Diplômé(e) d'Etat (IPADE) à ce niveau.

Il se peut aussi que l'accessibilité à une « réponse » à la problématique du tabagisme favoriserait la mise en action de la proposition de sevrage. Du reste, la charte d'OTTAWA (1986) insiste sur le fait que, pour promouvoir une action de santé publique, il faut évidemment identifier la problématique mais aussi les moyens pour la dépasser (80). Assurément, il paraît difficilement envisageable de projeter une action de prévention sans avoir l'accès à des moyens pour y parvenir. L'intervention rapide des équipes ELSA au sein des structures de psychiatrie est peut-être une des raisons pour lesquelles les professionnels se montrent plus interventionnistes au niveau de la proposition de sevrage.

En ce qui concerne la proportion de l'échantillon qui déclare ne pas proposer le sevrage tabagique (annexe 5), les réponses rejoignent en partie celles liées à l'absence d'évaluation de la dépendance. Le fait que les patients n'expriment pas de demande de soins est majoritairement représenté, puis arrive l'argument que le sevrage tabagique « *n'est pas la priorité du moment* », le manque de formation, et le fait que proposer le sevrage ne fasse pas parti de leurs attributions. Une faible proportion met en avant le fait que cela ne soit pas une habitude du service où ils exercent.

Les résultats encourageant de l'évaluation de la dépendance et de la proposition de sevrage pourraient s'éclairer par les représentations des professionnels.

Alors que la littérature fait part d'une difficulté pour les professionnels de psychiatrie à être confiant quant au potentiel de rétablissement de leurs patients, les répondants déclarent très majoritairement qu'il est utile de proposer le sevrage aux patients souffrant de troubles psychiques, qu'elles que soient leurs pathologies : psychose, troubles de l'humeur ou troubles anxieux (54).

Ce résultat étonnant pourrait s'expliquer par l'implication des répondants vis-à-vis de cette problématique. Les études évoquées étant particulièrement récentes, l'argument de la dynamique du rétablissement psychique actuel en psychiatrie ne peut pas entrer en ligne de compte.

### **Des professionnels peu formés dans l'ensemble.**

Contrairement aux préconisations du RESPADD, la proportion de professionnels de santé sensibilisés par une formation à la prise en soin du tabagisme est minoritaire (36% pour l'échantillon global). Le résultat est similaire pour l'échantillon spécifique des infirmiers (34%).

En ce qui concerne les EPSM dotés d'un pôle d'addictologie, les résultats semblent confirmer la piste de la formation informelle car il semblerait que leurs professionnels (n= 204) ne soient pas plus sensibilisés par une formation à la prise en soin du tabagisme (75%) que leurs collègues issus d'EPSM sans pôle d'addictologie (n=230) soit 81.3%. En effet, comme évoqué précédemment, l'addictologie est une discipline récente, et la tabacologie ne semble pas priorisée dans l'enseignement au profit de la prise en soin de la dépendance aux produits illicites. On retrouve ce manque de formation tant au niveau de la formation initiale que de la formation professionnelle au sein des EPSM.

D'ailleurs, cette lacune pédagogique semble se vérifier plus loin dans l'enquête, au niveau de la connaissance du cadre législatif et gouvernemental de la lutte contre le tabac.

En effet, 86% des professionnels (échantillon global) disent ne pas connaître le rapport de la HAS concernant les mesures volontaires récentes dans la prise en soin du tabagisme des patients en psychiatrie et pour 73% d'entre eux, l'axe de prévention du tabagisme de la loi de modernisation de la santé (32).

De plus, bien que recommandée par la HAS, l'existence de l'échelle d'évaluation standardisée de la dépendance « Fagerström » est inconnue de 66.4% des professionnels, qui ne l'utilisent donc pas à 63%, malgré la pertinence reconnue des échelles en médecine (Hatfield et al., 2010). En effet, elles permettent de guider le questionnement des professionnels, de limiter les oublis, et d'objectiver l'évaluation. L'utilisation du Fagerström participerait donc à l'amélioration des soins proposés et de la recherche, en permettant la comparabilité des données.

Face à ce dernier résultat, il faut savoir que 3 des 4 établissements fonctionnent avec le logiciel « Cariatides », qui n'intègre pas cette grille d'évaluation. Le dernier établissement (doté d'un pôle d'addictologie) utilise le logiciel « Crossway » qui l'a intégré au dossier patient en février 2023 mais dont l'accessibilité reste laborieuse.

La proportion de professionnels exprimant un défaut de formation à la prise en soin du tabagisme semble non négligeable pour des acteurs de première ligne du soin. D'ailleurs, l'OMS le considère comme un obstacle et dénonce de faibles apports théorico -pratiques. Il invite donc toutes les institutions de formation en santé à majorer le temps dédié à l'enseignement de la prise en soin du sevrage tabagique (81).

Pour ce qui est du corps infirmier, cette lacune est déplorée également par l'Ordre National des Infirmiers. Il l'identifie comme un frein qui participe au fait que les infirmiers diplômés d'état ne s'emparent pas de la possibilité de prescription de TNS (15) qui leur est offerte depuis la loi de modernisation de la santé (32).

### **Un impact important de la formation sur la prise en soin du tabagisme.**

Grace à l'échantillon global de professionnels, un résultat significatif ( $p < 0.001$ ) est mis en lumière, entre les 2 groupes « sensibilisés/ non sensibilisés par une formation ». En effet, 75.5% des professionnels sensibilisés ( $n=155$ ) disent proposer le sevrage contre 52.7% des professionnels non sensibilisés par une formation ( $n= 279$ ). Cela se confirme également lorsque l'on se focalise sur l'échantillon des infirmiers, pour qui le résultat est à nouveau significatif ( $p=0.003$ ) avec 76.6% ( $n=111$ ) de proposition de sevrage chez les infirmiers sensibilisés par une formation contre 59.4% ( $n=212$ ) chez les infirmiers non sensibilisés par une formation.

Par ailleurs, la place fondamentale de la formation est renforcée par le fait que, pour les professionnels sensibilisés par une formation, on observe également une augmentation significative ( $p < 0.0047$ ) de leur évaluation de la dépendance. Au sein de l'échantillon global de professionnels, ceux-ci ( $n= 155$ ) sont alors 75.5% à l'évaluer, contre 61.6% pour ceux qui n'ont pas été sensibilisés ( $n=279$ ).

On observe cette même tendance au sein de l'échantillon spécifique des IDE, mais avec un résultat non significatif, ce qui peut être lié à un taux de réalisation de l'évaluation de la dépendance déjà convenable au départ (évoqué précédemment).

De plus, lorsque les répondants ont été sensibilisés, leurs connaissances quant à l'impact de la consommation de tabac sur l'efficacité des traitements psychiatriques est majorée de façon significative, passant de 74.1% à 88.1% ( $p < 0.002$ ). L'échantillon d'IDE tendrait vers la même direction mais sans que cela soit significatif.

En outre, lorsqu'on porte attention aux réponses rédactionnelles des professionnelles qui ne réalisent pas d'évaluation de la dépendance et ne proposent pas le sevrage, les réponses sont significatives d'un manque de formation (annexes 5 et 6). La question de l'absence de demande de soin revient majoritairement au premier plan dans les cas, alors que les études soulignent une motivation au sevrage tabagique aussi forte chez les patients souffrant de troubles psychiques qu'en population générale (70). Les représentations des professionnels centrées sur l'expression d'une demande de soins dans le cadre de l'addiction, paraissent donc être un frein aux comportements « proactifs » recommandés, l'idée étant de devancer cette demande des patients.

Ces résultats confirment l'influence importante de la formation, qu'elle soit formelle ou informelle, nous laissant entrevoir une belle marge de progression quant à l'amélioration des pratiques des professionnels dans le cadre du sevrage tabagique. Dans ce sens, les professionnels expriment majoritairement leur intérêt pour une formation à la prise en soin du tabagisme (75.6%).

### **3. Forces**

Une des forces de cette étude est liée à l'enjeu de santé publique qu'est le tabac. En effet, la population des patients souffrant de troubles psychiques y est particulièrement exposée, ce qui participe à leur mortalité prématurée.

De plus, l'intérêt de cette étude se justifie également dans le contexte de l'instauration récente d'indicateur de qualité concernant l'évaluation du tabagisme à l'hôpital (73).

Enfin, la proportion d'infirmiers ayant répondu permet de dessiner une tendance quant aux pratiques infirmières actuelles de prise en soin du tabagisme et entrevoir ainsi des pistes d'amélioration.

### **4. Limites**

Une des limites de l'étude réside dans la proportion de réponse obtenues, soit 8.1% de participation, malgré la diffusion de l'enquête par mail et les trois relances effectuées. L'échantillon obtenu est conséquent mais pas représentatif. Le mode de diffusion de l'enquête, en utilisant le service de communication puis, le pôle Recherche du GHT, a peut-être aussi influencé la proportion de réponse dans la mesure où les informations relayées par ces dispositifs peuvent manquer de visibilité parmi la quantité de mails adressés aux professionnels. Afin de susciter plus de motivation à la participation, il aurait pu être pertinent de proposer un retour sur les résultats de l'étude, la complexité étant que la participation est anonymisée.

Par ailleurs, l'outil de l'étude étant une enquête, elle repose donc sur le déclaratif des répondants, ce qui peut altérer l'objectivité des réponses.

D'autre part, l'enquête ne permet pas de cibler spécifiquement la proportion de professionnels qui évalue la dépendance tabagique des patients suivi en psychiatrie au long court, dans le cadre de maladie chronique.

En outre, cette étude possède plusieurs biais. Dans la mesure où la participation à cette étude est basée sur le volontariat, il y a un biais de sélection dans la constitution de l'échantillon des répondants. En effet, les répondants ont possiblement participé à l'étude parce qu'ils se sont sentis concernés par le sujet.

Comme dans toutes les enquêtes, un biais de déclaration est également possible, les répondants modifiant éventuellement certaines de leurs réponses, parce qu'ils agissent dans le cadre d'une étude (biais de désirabilité sociale).

## 5. Perspectives

Grâce aux résultats de cette étude, plusieurs perspectives s'offrent à nous au sujet de la prise en soin du tabagisme des patients souffrant de troubles psychiques, pour ainsi, participer à la réduction de leur mortalité prématurée.

Tout d'abord, la présence de 2 pôles d'addictologie au sein du GHT semble être un atout indéniable dans la prise en soin du tabagisme et pourrait être un des leviers pour favoriser une démarche proactive des professionnels exerçant dans les EPSM sans pôle d'addictologie. Une réflexion pourrait être menée quant à une coopération des établissements du GHT : stages croisés pour les professionnels, partage de supports de prévention et/ou d'éducation thérapeutique, d'informations quant aux réseaux et aux ressources disponibles par exemple. D'autre part, en ce qui concerne les EPSM sans pôle d'addictologie, le lien pourrait être renforcé avec les structures d'addictologie de proximité (type Cédragir etc..). En effet la nature des échanges avec ces dernières semble essentiellement se réaliser à distance, sans contact direct, car très majoritairement par téléphone. Or, on peut imaginer que pour les EPSM dotés de pôle d'addictologie, ce qui participe à la sensibilisation du reste des professionnels sont les contacts « directs », grâce aux interventions des équipes mobiles notamment (ELSA). Des réunions cliniques pluridisciplinaires, des consultations avancées (de psychiatrie en CSAPA et d'addictologie en CMP) pourraient être des moyens de faire évoluer ce lien.

Effectivement, cette évolution vers une pratique transdisciplinaire permettrait d'améliorer la prise en soin complexe des patients souffrant de pathologies duelles (addictions/ troubles psychiques) en dépassant les disciplines et en intégrant toutes les dimensions du sujet (biologique, psychologique, sociale, environnementale).

Ensuite, la mise à disposition et l'accessibilité simplifiée pour tous les professionnels du GHT de l'échelle d'évaluation standardisée du FAGERSTÖM au sein du dossier patient informatisé, faciliterait l'évaluation de la dépendance. La systématisation de son utilisation, comme pour d'autres échelles d'évaluation déjà utilisées en psychiatrie, pourrait être un point de départ à de nouveaux automatismes dans la prise en soin du tabagisme. Cette piste pourrait se concrétiser grâce à l'instauration prochaine d'un dossier patient informatisé commun, uniformisé pour les quatre établissements du GHT.

Par ailleurs, face à l'enjeu de santé publique qu'est le tabac et aux conséquences de celui-ci sur l'espérance de vie des patients souffrant de troubles psychiques, le rôle de ce nouvel acteur de soin qu'est l'Infirmier(e) en Pratique Avancée Diplômé(e) d'État (IPADE) prend tout son sens à plusieurs niveaux.

La dynamique de la pratique avancée s'est développée aux Etats-Unis dès la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, pour être officiellement nommée comme telle en 1954 par Hildegard PEPLAU, qui souhaitait mettre en lumière l'expertise infirmière et le développement de nouvelles compétences. En France, c'est le rapport Berland en 2003 (82) qui valorise l'intérêt de la formation à la pratique avancée, puis, la loi de modernisation de la santé en 2016 (32) qui invite à étendre les compétences de certaines professions paramédicales telles que les IDE, et qui prendra corps via le décret de 2019 (83).

L'IPADE est défini par le conseil international des IDE comme « *ayant acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de la profession* » (84).

Ces missions ont été modélisés par Hamric qui identifie une compétence principale, la pratique clinique directe au contact des patients et cinq compétences complémentaires que sont la guidance, la recherche ou « *evidence based nursing* », le leadership clinique, la collaboration et la prise de décision éthique (85). De fait, la pratique avancée correspond à une prise en soin globale, basée simultanément sur des valeurs humanistes, éthiques et scientifiques, que l'on peut mettre en lien avec l'école du « *Caring* » et au modèle de J. Watson (86).

Ainsi, dans le cadre de la prise en soin du tabagisme des patients souffrant de troubles psychiques, le socle de base de la formation en pratique avancée, centré sur l'aspect somatique, confère des compétences d'évaluation clinique et de repérage des vulnérabilités, qui sont pertinentes face aux conséquences du tabac sur la santé des patients. Le regard clinique de l'IPADE et sa fonction de coordination lui permettent d'orienter les patients vers le médecin spécialiste indiqué dans la problématique, de manière judicieuse.

De plus, l'approfondissement de ses connaissances, grâce à la mention psychiatrie santé-mentale, en clinique et en pharmacologie, lui permet de prendre en soin les patients sur un plan bio-psycho-social en y intégrant les éventuelles spécificités inhérentes aux troubles présentés et aux traitements suivis (modification des taux sériques des traitements psychotropes avec le tabac, prodromes, gestion du stress etc...).

En outre, la place de l'IPADE dans la mise en œuvre des projets de soin des patients, lui permet d'intégrer, de manière pondérée et adaptée, la prise en soin du tabagisme, en co-construction avec ces derniers, et en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Puis, l'IPADE, actrice de prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, peut mener des actions directes ou indirectes auprès des patients tabagiques et réaliser l'éducation thérapeutique spécifique (87).

Sa place centrale au sein de l'équipe de soin et du réseau, par la dimension de coordination qui lui incombe, lui permet d'actionner la dynamique de prévention du tabagisme au sein de son pôle de façon transversale : mise à disposition la documentation nécessaire, information des patients vis à vis des risques encourus, des moyens à leur disposition pour les aider. Elle travaille la motivation au sevrage des patients grâce à l'entretien motivationnel. Elle peut aussi avoir un rôle éducatif en ce qui concerne l'utilisation des TNS afin d'optimiser leur efficacité et favoriser la réussite du sevrage.

Son leadership clinique permet également de faire évoluer, de manière informelle, les représentations des professionnels quant au tabagisme des patients et de transmettre les messages clés, nécessaires à sa prise en soin et aux bonnes pratiques. L'IPADE peut, par exemple, encourager un comportement d'avantage pro actif des professionnels en matière de sevrage tabagique, en les invitant à devancer la demande de soins des patients afin d'adopter de nouveaux comportements de santé.

Exerçant en transversalité, elle participe à la dynamique du parcours, avec l'idée que tous les lieux de soins peuvent être le lieu où l'on arrête de fumer, quelles que soient les structures (intra ou extra hospitalier) et le moment. De ce fait, celle-ci intervient au sein du parcours de santé, en déployant la prévention et le soutien médico-social, au sein du parcours de soins, en proposant des soins adaptés à la situation et au sein du parcours de vie, en s'adaptant aux patients et à leurs environnements.

De façon formelle cette fois-ci, l'IPADE a, par sa connaissance du réseau territorial et du fonctionnement de l'institution, la possibilité d'identifier les partenaires légitimes pour l'aider dans la démarche de sensibilisation de ses collègues infirmiers. Une des pistes en matière de sevrage tabagique en psychiatrie serait de s'appuyer sur les pharmaciens de l'établissement, sur le médecin généraliste du pôle, sur les documents spécifiques à la psychiatrie prévus par le RESPADD, et les structures d'addictologie de proximité ou du GHT. Elle aura pour objectif d'une part, de sensibiliser ses collègues à l'évaluation de la dépendance, puis d'autre part, à encourager la proposition de sevrage, jusqu'à la prescription de TNS par les infirmiers, conformément à la loi de modernisation de la santé. Par ailleurs, ce type de « sensibilisation » réalisée par les professionnels de l'établissement a l'avantage d'être peu coûteux.

Pour finir, initiée à la recherche au cours de sa formation, elle participe à l'évolution des pratiques infirmières en étant à l'initiative ou en participant à des travaux de recherche ayant pour but d'optimiser les soins proposés dans le cadre du tabagisme des patients, fondés sur des données probantes (Évidence Based Nursing ou EBN). Fédératrice, l'IPA familiarisera ses collègues à la recherche infirmière et la diffusera au sein de son pôle, ce qui collaborera à valoriser la profession infirmière et ainsi, à la rendre plus attractive.

En ce qui concerne la recherche sur cette thématique, il pourrait être intéressant de poursuivre le travail avec une prochaine étude. Il s'agirait de consulter au hasard des dossiers de patients, suivis depuis plus de 2 ans dans un centre de santé mentale (CSM) et d'y rechercher la fréquence à laquelle la dépendance tabagique y est évaluée afin la mesurer lors d'une prise en soin au long cours. Interroger des patients tabagiques sur leurs besoins en termes de soins pourrait également être une piste de recherche à investiguer au moyen d'une étude qualitative cette fois-ci.

# Conclusion

Cette étude dévoile des résultats satisfaisants tant sur la question de l'évaluation de la dépendance que sur la proposition de sevrage tabagique en psychiatrie.

Toutefois, des nuances se dessinent. On constate que les professionnels exerçant au sein d'un EPSM doté d'un pôle d'addictologie sont davantage « proactifs » en matière de proposition de sevrage, alors qu'ils ne sont pas plus sensibilisés par une formation à la prise en soin du tabagisme que les professionnels des autres établissements (deuxième objectif secondaire). Cela pourrait donc s'expliquer par une forme d'apprentissage « informel » entre les professionnels et aussi par l'identification plus « aisée » d'une solution à proposer aux patients tabagiques.

Grâce au dernier objectif secondaire, on constate que la sensibilisation par une formation améliore significativement la proposition de sevrage.

Ces résultats nous permettent donc d'envisager différents leviers afin d'améliorer la prise en soin des patients tabagiques souffrant de troubles psychiques. Renforcer le lien avec les pôles d'addictologie et/ ou les structures d'addictologie de proximité en favorisant la transdisciplinarité est une des pistes considérées.

L'uniformisation prochaine du dossier patient informatisé avec l'ajout d'une échelle d'évaluation standardisée de la dépendance tabagique pourrait participer à l'amélioration des pratiques professionnelles. Le nouvel acteur de soin qu'est l'IPA pourrait améliorer la prise en soin des patients tabagiques souffrant de troubles psychiques tant sur le plan de la formation informelle que formelle. `

Une prochaine étude, ciblée cette fois ci sur une population de patients souffrant de troubles psychiques chroniques, au moyen de la consultation de dossiers patients, permettrait d'évaluer de façon plus représentative la question de l'évaluation de la dépendance et la proposition de sevrage chez ce public spécifique. Par ailleurs, une étude qualitative interrogeant des patients souffrant de troubles psychiques présentant une dépendance tabagique pourrait permettre d'envisager d'autres pistes d'amélioration de la prise en soin.

# Table des illustrations

## Figures

Figure 1: Molécule de nicotine(10) .....	1
Figure 2 : Feuille de tabac(11) .....	1
Figure 3: Représentation schématique d'un récepteur nicotinique cholinergique(9) .....	4
Figure 4: Symptômes cliniques et complications de l'athérosclérose(22) .....	5
Figure 5: Changement transthéorique de Prochaska et DiClemente .....	10
Figure 6 :Carte des secteurs du GHT Psy Nord Pas de Calais .....	19
Figure 7: Répartition des répondants par établissement du GHT PSY Nord-Pas-De-Calais...	24
Figure 8 : Consommation de tabac chez les répondants .....	24
Figure 9 : Prise en soin du sevrage en pratique », échantillon global, récapitulatif du critère de jugement principal et secondaire n°1. ....	26
Figure 10 : Proportion de professionnels exerçant en psychiatrie ayant été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques. ....	26
Figure 11 : Proportion d'IDE exerçant en psychiatrie ayant été sensibilisés par une formation à la prise en soin des patients tabagiques. ....	27
Figure 12: Proportion de professionnels connaissant la loi de modernisation de santé 2016, échantillon global. ....	27
Figure 13 : Proportion de professionnels ayant connaissance du rapport des résultats des mesures volontaires de qualité HAS 2022, échantillon global.....	28
Figure 14 : Représentation des professionnels concernant la possibilité d'arrêt du tabac chez les patients pris en soin pour des troubles psychiatriques, échantillon global. ....	31

## Tableaux

Tableau 1: Prévalence du tabagisme et de l'arrêt du tabac selon le diagnostic psychiatrique durant la vie (* Taux d'arrêt du tabac : proportion de fumeurs et ex-fumeurs qui ont cessé de fumer).(58) .....	14
Tableau 2 : Profil sociodémographique des répondants.....	23
Tableau 3: Évaluation de la dépendance .....	25
Tableau 4 : Proposition d'un sevrage.....	25
Tableau 5 : Proportion de professionnels qui témoignent de la proposition d'accompagnement au sevrage tabagique au sein de leurs services , échantillon global. ....	25
Tableau 6 : Proportion de professionnels sensibilisés par une formation à la prise en soin du tabagisme en fonction de leurs lieux d'exercice (EPSM avec ou sans pôle d'addictologie). ..	27
Tableau 7 : Proportion de professionnels connaissant et utilisant la grille d'évaluation standardisée du Fagerström, échantillon global. ....	28
Tableau 8 : Proportion de professionnels ayant été ou non sensibilisés à la prise en soins des patients tabagiques, qui évalue ou non la dépendance et propose ou non le sevrage, échantillon global, P<0.05.....	29
Tableau 9 : Proportion d'IDE ayant été ou non sensibilisés à la prise en soins des patients tabagiques, qui évalue ou non la dépendance et propose ou non le sevrage tabagique, échantillon IDE, P<0.05. ....	29
Tableau 10 : Proportion de professionnels ayant connaissance de l'impact de la consommation de tabac sur l'efficacité des traitements psychiatriques, échantillon global, P<0.05. ....	29
Tableau 11 : Proportion d'IDE ayant connaissance de l'impact de la consommation de tabac sur l'efficacité des traitements psychiatriques. ....	30

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	B
<b>Sommaire</b> .....	F
<b>Glossaire</b> .....	G
<b>Introduction générale</b> .....	I
<b>Partie 1 : Introduction</b> .....	1
1. Le tabac .....	1
1.1 Définition .....	1
1.2 Épidémiologie du tabac .....	1
1.3 Qu'est que la dépendance ? .....	2
1.4 Les comorbidités .....	5
1.5 La prévention .....	6
1.6 Traitement médicamenteux et non médicamenteux .....	9
2. Le trouble psychique .....	12
2.1 Définition du trouble psychique .....	12
2.2 Les représentations des professionnels de santé quant aux troubles psychiques .....	13
2.3 Le tabac et les particularités des patients souffrant de troubles psychiques .....	14
3. Problématique et hypothèse principale .....	17
<b>Partie 2 : Sujet et méthode</b> .....	18
1. Critères d'inclusion .....	18
2. Conception de l'enquête .....	19
3. Objectifs de l'étude .....	20
4. Données recueillies .....	20
5. Méthodologie statistique .....	22
5.1 Données obtenues .....	22
5.2 Analyse statistique .....	22
<b>Partie 3 : Résultats</b> .....	23
1. Caractéristiques socio-démographiques de la population .....	23
2. Analyse univariée et bivariée des résultats : .....	25
<b>Partie 4 : Discussion</b> .....	32
1. Échantillon étudié .....	32
2. Résultats .....	33
3. Forces .....	37
4. Limites .....	37
5. Perspectives .....	38

<b>Conclusion</b> .....	K
<b>Table des illustrations</b> .....	L
<b>Table des matières</b> .....	M
<b>Annexes</b> .....	O
Annexe 1 : Test de Fagerström en 2 ou 6 questions.....	1
Annexe 2 : Questionnaire .....	2
Annexe 3 : Résultats analyse, tableau univarié échantillon global .....	5
Annexe 4 : Résultats analyse, tableau univarié, échantillon IDE.....	8
Annexe 5 : Graphique radar des réponses à la question 21 bis, les raisons pour lesquelles les professionnels n'évaluent pas la dépendance tabagique.....	11
Annexe 6 : Graphique radar des réponses à la question 22 bis, les raisons pour lesquelles les professionnels ne proposent pas de sevrage tabagique.....	11
<b>Bibliographie</b> .....	Q

# Annexes

Annexe 1 : Test de Fagerström en 2 et 6 questions.....	1
Annexe 2 : Questionnaire.....	2
Annexe 3 : Résultats analyse, tableau univarié échantillon global.....	5
Annexe 4 : Résultats analyse, tableau univarié, échantillon IDE.....	8
Annexe 5 : Graphique radar des réponses à la question 21 bis, les raisons pour lesquelles les professionnels n'évaluent pas la dépendance tabagique.....	11
Annexe 6 : Graphique radar des réponses à la question 22 bis, les raisons pour lesquelles les professionnels ne proposent pas de sevrage tabagique.....	11

## Annexe 1 : Test de Fagerström en 2 ou 6 questions

### Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
 

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
 

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

### TEST DE DÉPENDANCE À LA NICOTINE (FAGERSTRÖM)

▶ Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
▶ Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
▶ À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
▶ Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
▶ Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
▶ Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
<b>Score de votre test ▶</b>		

▶ **Score de 0 à 2 :** vous n'êtes pas dépendant(e) de la nicotine. Vous pouvez vous arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Si toutefois vous redoutez cet arrêt, prenez conseil auprès de votre pharmacien ou de votre médecin traitant.

▶ **Score de 3 à 4 :** vous êtes faiblement dépendant(e) de la nicotine.

▶ **Score de 5 à 6 :** vous êtes moyennement dépendant(e). L'utilisation de substituts nicotiniques va augmenter vos chances de réussite. Demandez conseil à votre médecin traitant ou à votre pharmacien pour choisir le traitement le plus adapté à votre cas.

▶ **Score de 7 à 10 :** vous êtes fortement ou très fortement dépendant(e) de la nicotine. L'utilisation de substituts nicotiniques est recommandée pour vous aider à surmonter votre dépendance à la nicotine. Le traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, prenez conseil auprès de votre médecin traitant ou de votre pharmacien.

Annexe 2 : Questionnaire

**ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS EXERCANT EN PSYCHIATRIE AU SUJET DE LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME DES PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES**

Actuellement en Master 2 de pratique avancée mention psychiatrie santé mentale à la faculté de LILLE et accompagnée par la Fédération de Recherche en Santé Mentale, je souhaite réaliser un état des lieux des pratiques des professionnels exerçant en psychiatrie au sujet de la prise en charge du tabagisme des patients présentant des troubles psychiques, à partir d'un questionnaire.

Il est anonyme et prends moins de 5 minutes à remplir.

Je vous remercie d'avance pour l'attention que vous m'aurez accordé.

Mme Collet Cécile, IDE

Mail : [cecile.collet@ghtpsy-npdc.fr](mailto:cecile.collet@ghtpsy-npdc.fr)

Données socio-démographiques

1. Etes-vous ?

Une femme

Un homme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Quelle est votre profession ?

3. Quelle est votre profession ?

IDE

Médecin psychiatre

Psychologue

Aide-soignant

Médecin addictologue

Educateur

Médecin généraliste du pôle

Médiateur de santé pair

Assistante sociale

4. Quelle est votre ancienneté en psychiatrie ?

*En année*

5. Dans quel établissement exercez-vous principalement ?

EPSM des Flandres

Val de Lys Artois

Lille Métropole

Agglomération Lilloise

6. Travaillez-vous :

En intra hospitalier

En extra hospitalier

7. Etes-vous fumeur ?

Oui

Non

Ex fumeur

Connaissances et formations

Questions

Oui Non

8. Avez-vous connaissance du contenu de la loi de modernisation de la santé de 2016 en ce qui concerne la prise en charge du tabagisme par les soignants ?

Oui Non

Questions	Oui	Non
9. Avez-vous connaissance du rapport des résultats des mesures volontaires de qualité de la HAS de mars 2022 quant à la prise en charge du tabagisme chez les patients en psychiatrie ?	Oui	Non
10. Avez-vous été sensibilisé par une formation à la prise en charge de patient tabagique au cours de votre formation initiale ?	Oui	Non
11. Avez-vous été sensibilisé par une formation à la prise en charge du patient tabagique au sein de votre établissement ?	Oui	Non
12. Connaissez-vous le test de Fagerström ?	Oui	Non

#### Prise en charge du sevrage tabagique

13. Selon vous, qui peut initier une démarche de sevrage au sein d'une structure de psychiatrie ?

L'aide-soignant  
L'IDE  
Le psychologue

Le médecin généraliste du service / du pôle  
Médecin psychiatre  
Un professionnel d'addictologie

Questions	Oui	Non	Je ne sais pas
14. D'après vous, y a-t-il une consommation de tabac minimum en dessous de laquelle il ne présente pas de risque ?	Oui	Non	Je ne sais pas
15. D'après vous, la consommation de tabac a-t-elle un impact sur l'efficacité des traitements psychiatriques ?	Oui	Non	Je ne sais pas
16. D'après vous, en dehors des phases aiguës, l'arrêt du tabac est-il possible chez les personnes souffrant de psychose ?	Oui	Non	Je ne sais pas
17. D'après vous, en dehors des phases aiguës, l'arrêt du tabac est-il possible chez les patients souffrant de troubles anxieux ?	Oui	Non	Je ne sais pas
18. D'après vous, en dehors des phases aiguës, l'arrêt du tabac est-il possible chez les patients qui souffrent de troubles de l'humeur ?	Oui	Non	Je ne sais pas

#### En pratique

19. Avez-vous connaissance des structures d'addictologie de votre pôle ?

Oui Non

19 bis. Si oui, avez-vous des contacts ?

Oui Non

19 ter. Par quels biais ?

Téléphone Réunion de concertation / synthèse Mail

20. Pensez-vous qu'il soit utile de proposer le sevrage tabagique aux patients suivis en psychiatrie ?

Oui

Non

Je ne sais pas

21. Lors de vos entretiens, lorsque l'état du patient le permet, évaluez -vous la dépendance au tabac ?

Oui

Non

21 BIS, si non pourquoi ?

21 ter. Si oui, que notifiez-vous dans le dossier ?

22. Lorsque l'état du patient le permet et que vous constatez une dépendance tabagique, lui proposez-vous un sevrage ?

Oui

Non

22.bis si non, pourquoi ?

23. Un accompagnement au sevrage tabagique est-il proposé au sein de votre service ?

Oui

Non

Les attentes

24. Seriez-vous volontaire pour bénéficier d'une sensibilisation à la prise en charge du sevrage tabagique des patients au sein de votre service ?

Oui

Non

Annexe 3 : Résultats analyse, tableau univarié échantillon global

Analyses univariées	
	<b>N      434</b>
<b>Données sociodémographiques</b>	
<b>Sexe, n (%)</b>	
Homme	104 (24.0)
Femme	325 (74.9)
NA	5 (1.2)
<b>Age, moy (sd)</b> <b>Min : 23 ; Max : 65 ; Médiane : 40</b>	40.3 (9.0)
<b>Profession, n (%)</b>	
IDE	323 (74.4)
Psychologue	26 (6.0)
Médecin psychiatre	23 (5.3)
Educateur	22 (5.1)
Assistante sociale	16 (3.7)
Médecin généraliste du pôle	10 (2.3)
Aide-soignant	9 (2.1)
Médecin addictologue	3 (0.7)
Médiateur de santé pair	2 (0.5)
<b>Ancienneté, moy (sd)</b> <b>Min : 0 ; Max : 40 ; Médiane : 14</b>	14.0 (8.8)
<b>Etablissement, n (%)</b>	
EPSM Lille Métropole	161 (37.1)
EPSM Agglomération Lilloise	108 (24.9)
EPSM Val de Lys Artois	96 (22.1)
EPSM des Flandres	69 (15.9)
<b>Activité, n (%)</b>	
En extra hospitalier	197 (45.4)
En intra hospitalier	149 (34.3)
Les 2	88 (20.3)
<b>Consommation de tabac, n (%)</b>	
Non	207 (47.7)
Oui	120 (27.6)
Ex fumeur	105 (24.2)
NA	2 (0.5)

<b>Connaissances</b>	
<b>Connaissance du contenu de la loi de modernisation de la santé 2016 concernant la PEC du tabagisme par les soignants, n (%)</b>	Oui 117 (27.0) Non 317 (73.0)
<b>Connaissance du rapport des résultats des mesures volontaires de qualité HAS 2022 concernant la PEC du tabagisme chez les patients en psychiatrie, n (%)</b>	Oui 59 (13.6) Non 375 (86.4)
<b>Sensibilisation à la PEC du tabagisme chez les patients au cours de la formation initiale, n (%)</b>	Oui 108 (24.9) Non 326 (75.1)
<b>Sensibilisation à la PEC du tabagisme chez les patients au sein de l'établissement, n (%)</b>	Oui 94 (21.7) Non 340 (78.3)
<b>Connaissance du test de Fagerström, n (%)</b>	Oui 146 (33.6) Non 288 (66.4)
<b>Utilisation du test de Fagerström, n (%) Pour les 146 professionnels concernés</b>	Oui 50 (34.2) Non 92 (63.0) NA 4 (2.7)
<b>Professionnel pouvant initier une démarche de sevrage au sein d'une structure de psychiatrie, n (%)</b>	Aide-soignant 219 (50.5) IDE 349 (80.4) Psychologue 253 (58.3) Médecin généraliste du pôle 397 (91.5) Médecin psychiatre 359 (82.7) Professionnel d'addictologie 398 (91.7)
<b>Existence d'une consommation de tabac minimum qui ne présente pas de risque, n (%)</b>	Oui 22 (5.1) Non 395 (91.0) Je ne sais pas 17 (3.9)
<b>Impact de la consommation de tabac sur l'efficacité des traitements psychiatriques, n (%)</b>	Oui 276 (63.6) Non 71 (16.4) Je ne sais pas 87 (20.0)
<b>Arrêt du tabac possible chez les patients souffrant de psychose, n (%)</b>	Oui 367 (84.6) Non 39 (9.0) Je ne sais pas 28 (6.5)

<b>Arrêt du tabac possible chez les patients souffrant de troubles anxieux, n (%)</b>	Oui 391 (90.1) Non 22 (5.1) Je ne sais pas 21 (4.8)
<b>Arrêt du tabac possible chez les patients souffrant de troubles de l'humeur, n (%)</b>	Oui 393 (90.6) Non 20 (4.6) Je ne sais pas 20 (4.6) NA 1 (0.2)
<b>Connaissance de structures d'addictologie à proximité du pôle, n (%)</b>	Oui 383 (88.2) Non 51 (11.8)
<b>Contacts avec ces structures, n (%) Pour les 383 professionnels concernés</b>	Oui 274 (71.5) Non 105 (27.4) NA 4 (1.0)
<b>Moyens de contact avec ces structures, n (%) Pour les 274 professionnels concernés</b>	Mails 140 (51.1) Téléphone 258 (94.2) Réunions 70 (25.5)
<b>Utilité de proposer le sevrage tabagique aux patients suivis en psychiatrie, n (%)</b>	Oui 382 (88.0) Non 17 (3.9) Je ne sais pas 35 (8.1)
<b>En pratique</b>	
<b>Evaluation de la dépendance en entretien, n (%)</b>	Oui 289 (66.6) Non 145 (33.4)
<b>Proposition d'un sevrage, n (%)</b>	Oui 264 (60.8) Non 170 (39.2)
<b>Accompagnement au sevrage proposé au sein du service, n (%)</b>	Oui 235 (54.1) Non 199 (45.9)
<b>Attentes</b>	
<b>Volontaire pour bénéficier d'une sensibilisation à la gestion du sevrage tabagique, n (%)</b>	Oui 328 (75.6) Non 106 (24.4)

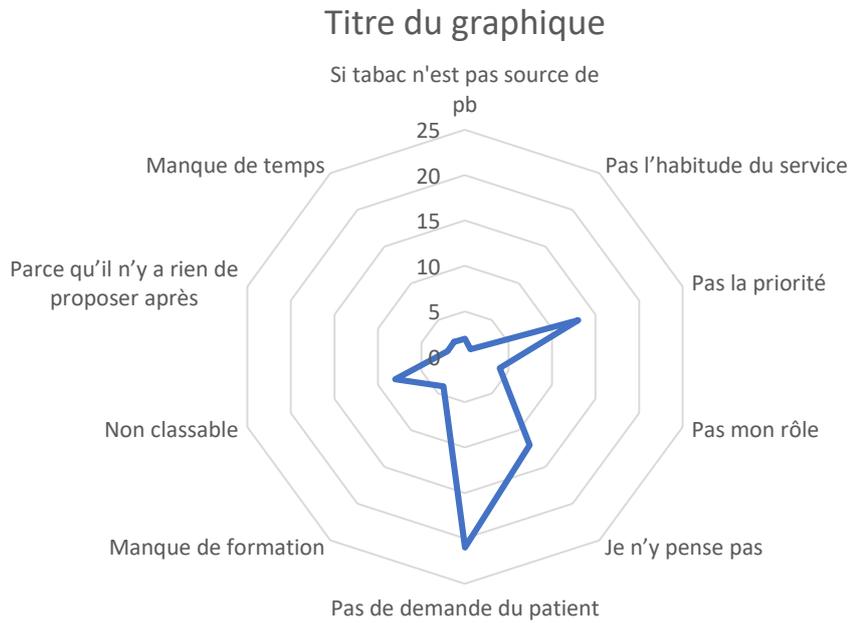
## Annexe 4 : Résultats analyse, tableau univarié, échantillon IDE

Analyses univariées - IDE	
	N 323
<b>Données sociodémographiques</b>	
<b>Sexe, n (%)</b>	Homme 81 (25.1) Femme 240 (74.3) NA 2 (0.6)
Age, moy (sd) Min : 23 ; Max : 64 ; Médiane : 40	39.9 (8.4)
Ancienneté, moy (sd) Min : 0 ; Max : 40 ; Médiane : 15	14.6 (8.5)
<b>Etablissement, n (%)</b>	EPSM Lille Métropole 116 (35.9) EPSM Agglomération Lilloise 83 (25.7) EPSM Val de Lys Artois 70 (21.7) EPSM des Flandres 54 (16.7)
<b>Activité, n (%)</b>	En extra hospitalier 159 (49.2) En intra hospitalier 129 (39.9) Les 2 35 (10.8)
<b>Consommation de tabac, n (%)</b>	Non 150 (46.4) Oui 91 (28.2) Ex fumeur 81 (25.1) NA 1 (0.3)
<b>Connaissances</b>	
<b>Connaissance du contenu de la loi de modernisation de la santé 2016 concernant la PEC du tabagisme par les soignants, n (%)</b>	Oui 96 (29.7) Non 227 (70.3)
<b>Connaissance du rapport des résultats des mesures volontaires de qualité HAS 2022 concernant la PEC du tabagisme chez les patients en psychiatrie, n (%)</b>	Oui 43 (13.3) Non 280 (86.7)
<b>Sensibilisation à la PEC du tabagisme chez les patients au cours de la formation initiale, n (%)</b>	Oui 74 (22.9) Non 249 (77.1)
<b>Sensibilisation à la PEC du tabagisme chez les patients au sein de l'établissement, n (%)</b>	Oui 72 (22.3) Non 251 (77.7)

<b>Connaissance du test de Fagerström, n (%)</b>	Oui 102 (31.6) Non 221 (68.4)
Utilisation du test de Fagerström, n (%) Pour les 102 professionnels concernés	Oui 33 (32.4) Non 66 (64.7) NA 3 (2.9)
<b>Professionnel pouvant initier une démarche de sevrage au sein d'une structure de psychiatrie, n (%)</b>	Aide-soignant 163 (50.5) IDE 263 (81.4) Psychologue 183 (56.7) Médecin généraliste du pôle 296 (91.6) Médecin psychiatre 269 (83.3) Professionnel d'addictologie 295 (91.3)
<b>Existence d'une consommation de tabac minimum qui ne présente pas de risque, n (%)</b>	Oui 17 (5.3) Non 292 (90.4) Je ne sais pas 14 (4.3)
<b>Impact de la consommation de tabac sur l'efficacité des traitements psychiatriques, n (%)</b>	Oui 206 (63.8) Non 60 (18.6) Je ne sais pas 57 (17.6)
<b>Arrêt du tabac possible chez les patients souffrant de psychose, n (%)</b>	Oui 278 (86.1) Non 29 (9.0) Je ne sais pas 16 (5.0)
<b>Arrêt du tabac possible chez les patients souffrant de troubles anxieux, n (%)</b>	Oui 295 (91.3) Non 17 (5.3) Je ne sais pas 11 (3.4)
<b>Arrêt du tabac possible chez les patients souffrant de troubles de l'humeur, n (%)</b>	Oui 296 (91.6) Non 16 (5.0) Je ne sais pas 10 (3.1) NA 1 (0.3)
<b>Connaissance de structures d'addictologie à proximité du pôle, n (%)</b>	Oui 288 (89.2)          Non 35 (10.8)

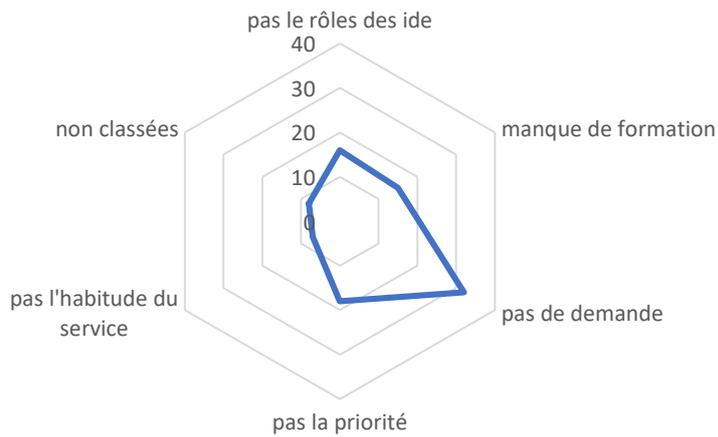
<b>Contacts avec ces structures, n (%)</b> Pour les 288 professionnels concernés	Oui 209 (72.6) Non 76 (26.4) NA 3 (1.0)
<b>Moyens de contact avec ces structures, n (%)</b> Pour les 209 professionnels concernés	Mails 95 (45.5) Téléphone 199 (95.2) Réunions 55 (26.3)
<b>Utilité de proposer le sevrage tabagique aux patients suivis en psychiatrie, n (%)</b>	Oui 289 (89.5) Non 11 (3.4) Je ne sais pas 23 (7.1)
<b>En pratique</b>	
<b>Evaluation de la dépendance en entretien, n (%)</b>	Oui 233 (72.1) Non 90 (27.9)
<b>Proposition d'un sevrage, n (%)</b>	Oui 211 (65.3) Non 112 (34.7)
<b>Accompagnement au sevrage proposé au sein du service, n (%)</b>	Oui 177 (54.8) Non 146 (45.2)
<b>Attentes</b>	
<b>Volontaire pour bénéficier d'une sensibilisation à la gestion du sevrage tabagique, n (%)</b>	Oui 251 (77.7) Non 72 (22.3)

Annexe 5 : Graphique radar des réponses à la question 21 bis, les raisons pour lesquelles les professionnels n'évaluent pas la dépendance tabagique.



Annexe 6 : Graphique radar des réponses à la question 22 bis, les raisons pour lesquelles les professionnels ne proposent pas de sevrage tabagique.

répartition par thème de réponses



# Bibliographie

1. Tabagisme, conséquences sur la santé - Santé publique France [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
2. Tabac : évolution des ventes - OFDT [Internet]. [cité 2 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes/>
3. L'interruption de la baisse de la prévalence du tabagisme se confirme en 2021 [Internet]. [cité 2 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/l-interruption-de-la-baisse-de-la-prevalence-du-tabagisme-se-confirme-en-2021>
4. Audit Lieu de santé sans tabac : cartographie des réponses 2019 – RESPADD [Internet]. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/blog/2020/03/23/audit-lieu-de-sante-sans-tabac-cartographie-des-reponses-2019/>
5. Bouvet C. Tabagisme et psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2007;83(1):41-7.
6. Gandré C, Coldefy M. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Quest Econ SANTE IRDES.* sept 2018;(237):8.
7. 2014 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire\\_scientifique\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire_scientifique_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf)
8. Larousse É. Définitions : tabac - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tabac/76279>
9. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac [Internet]. *Revue Medicale Suisse.* [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2003/revue-medicale-suisse-2452/pharmacologie-de-la-nicotine-et-dependance-au-tabac>
10. FAURESTIER SL. Dose mortelle de nicotine : un mythe éculé [Internet]. *La Vape Du Cœur.* 2022 [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://lavapeducoeur.fr/dose-mortelle-de-nicotine-un-mythe-ecule/>
11. Feuilles De Tabac Sur Fond Blanc | Photo Premium [Internet]. Freepik. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: [https://fr.freepik.com/photos-premium/feuilles-tabac-fond-blanc\\_18050598.htm](https://fr.freepik.com/photos-premium/feuilles-tabac-fond-blanc_18050598.htm)
12. Tabac [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

13. Pasquereau A. CONSOMMATION DE TABAC PARMIS LES ADULTES EN 2020 : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / TOBACCO USE AMONG ADULTS IN 2020: RESULTS FROM THE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER. :8.
14. Haute Autorité de santé. 2014;562.
15. Mois sans tabac 2021: 6ème édition [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/mois-sans-tabac-2021-6eme-edition>
16. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
17. Loonis E. L'article d'Aviel Goodman : 10 ans après. :18.
18. outil\_tests\_fagerstrom.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_tests\\_fagerstrom.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf)
19. test-dependance\_cpam-gers.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/test-dependance\\_cpam-gers.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/test-dependance_cpam-gers.pdf)
20. referentiel\_tabac.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf)
21. La face cachée de la nicotine | INSB [Internet]. [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insb.cnrs.fr/fr/cnrsinfo/la-face-cachee-de-la-nicotine>
22. Athérosclérose · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/atherosclerose/>
23. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation). Ann Dermatol Vénéréologie. févr 2007;134(2):199-206.
24. Prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_410178/fr/prevention](https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention)
25. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>
26. WHO EMRO | MPOWER | TFI [Internet]. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <http://www.emro.who.int/fr/tfi/mpower/index.html>
27. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
28. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

29. Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 nov 15, 2006.
30. feuille\_de\_route\_-\_strategie\_decennale\_de\_lutte\_contre\_les\_cancers.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille\\_de\\_route\\_-\\_strategie\\_decennale\\_de\\_lutte\\_contre\\_les\\_cancers.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-_strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf)
31. 180702-pnlt\_def.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt\\_def.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf)
32. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
33. Nouveaux prescripteurs et substituts nicotiques [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://pro.tabac-info-service.fr/Nouveaux-prescripteurs-et-substituts-nicotiques>
34. Conseil National - Novembre - Mois sans tabac [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/actu/novembre-mois-sans-tabac.html>
35. Le Projet régional de sante Hauts-de-France 2018-2028 [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028>
36. P2RT - Hauts-de-France [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.programme-sante-tabac-hdf.fr/page-9-114-0.html>
37. OMS | L'OMS exhorte les professionnels de la sante a s'engager dans la lutte contre le tabagisme [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr22/fr/index.html>
38. Charte Hôpital Sans tabac (Grand format) – RESPADD [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/produits/charte-hopital-sans-tabac-grand-format/>
39. Les établissements de santé - édition 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/les-etablissements>
40. guide\_hst\_bat.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_hst\\_bat.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_hst_bat.pdf)
41. Fouillet M, Massé G, Pucheault M. Un service de soins psychiatriques sans tabac : l'expérience du centre Henri Rousselle au centre hospitalier Sainte-Anne. *Inf Psychiatr*. 2007;83(2):129-36.
42. Petite histoire de la tabacologie en France... - Tabacologue francophone [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.tabacologue.fr/spip.php?article294>

43. 25922.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/25922.pdf>
44. 2014 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf)
45. James Prochaska [Internet]. PhD2050 (Philippe Destatte). [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: <https://phd2050.org/tag/james-prochaska/>
46. BANDURA\_Theorie.pdf [Internet]. [cité 4 mars 2023]. Disponible sur: [https://ent2d.ac-bordeaux.fr/disciplines/hotellerie/wp-content/uploads/sites/46/2018/05/BANDURA\\_Theorie.pdf](https://ent2d.ac-bordeaux.fr/disciplines/hotellerie/wp-content/uploads/sites/46/2018/05/BANDURA_Theorie.pdf)
47. BANDURA , Albert. Auto-efficacité: Le sentiment d'efficacité personnelle. 2ème. DE BOECK SUP; 2007. 859 p.
48. HAS. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014.
49. Troubles mentaux [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
50. Gandré C, Coldefy M. Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. *Quest Econ SANTE IRDES*. sept 2020;(250):8.
51. réhabilitation C ressource. L'autostigmatisation dans les troubles psychiques sévères et les troubles du spectre de l'autisme : résultats de la cohorte REHABase [Internet]. Centre ressource réhabilitation. 2022 [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/l-autostigmatisation-dans-les-troubles-psychiques-severes-et-les-troubles-du>
52. admin. L'autostigmatisation [Internet]. Centre Franco Basaglia. 2015 [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.psychiatries.be/reconnaissance-et-emancipation/lautostigmatisation/>
53. Dubreucq J, Plasse J, Gabayet F, Faraldo M, Blanc O, Chereau I, et al. Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: Results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort. *Eur Psychiatry*. ed 2020;63(1):e13.
54. stigmatisation-chez-les-professionnels-de-la-sante-mentale-et-facteurs-associes.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.firah.org/upload/activites-et-publications/revue-de-litterature/stigma/stigmatisation-chez-les-professionnels-de-la-sante-mentale-et-facteurs-associes.pdf>
55. Navez - Étude de la représentation des personnes atteintes.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03382321/document>

56. KETTERER, Frédéric, ROELANDT, Jean Luc, CHEVREUL, Karine. Le tabagisme en psychiatrie : réalités et implications pour sa prise en charge. *Santé Publique*. oct 2022;34(5):643 à 651.
57. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine Dependence and Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 1 nov 2004;61(11):1107.
58. Arrêt du tabac chez les patients avec un trouble psychiatrique [Internet]. *Revue Medicale Suisse*. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-210/arret-du-tabac-chez-les-patients-avec-un-trouble-psychiatrique>
59. POIRIER MF, CANCEIL O, BAYLE F, MILLET B, BOURDEL MC, MOATTI C, et al. Prevalence of smoking in psychiatric patients. *avr 2022*;26:529-37.
60. Hajbi M, Tahri ST. Comorbidité - schizophrénie - tabagisme : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Inf Psychiatr*. 2010;86(2):171-9.
61. [strategies\\_therapeutiques\\_aide\\_sevrage\\_tabagique\\_rapport\\_2007\\_01\\_22\\_\\_16\\_28\\_14\\_826.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_aide_sevrage_tabagique_rapport_2007_01_22__16_28_14_826.pdf) [Internet]. [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/strategies\\_therapeutiques\\_aide\\_sevrage\\_tabagique\\_rapport\\_2007\\_01\\_22\\_\\_16\\_28\\_14\\_826.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_aide_sevrage_tabagique_rapport_2007_01_22__16_28_14_826.pdf)
62. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, et al. Smoking, Smoking Cessation, and Major Depression. *JAMA*. 26 sept 1990;264(12):1546-9.
63. [outil\\_\\_echelle\\_had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf) [Internet]. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_\\_echelle\\_had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf)
64. [Guide-tabag...-et-sante-mentale-BAT2.pdf](https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2020/05/Guide-tabag%20%80%A6-et-sante-mentale-BAT2.pdf) [Internet]. [cité 2 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2020/05/Guide-tabag%20%80%A6-et-sante-mentale-BAT2.pdf>
65. Khazaal Y, Cornuz J, Zullino D. Les troubles anxieux sont-ils associés à un tabagisme particulier ? Stress-anxiété et tabagisme. *Santé Ment Au Qué*. 2004;29(1):73-80.
66. [inventaire-de-beck-pour-l\\_anxic3a9tc3a9.pdf](https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/inventaire-de-beck-pour-l_anxic3a9tc3a9.pdf) [Internet]. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: [https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/inventaire-de-beck-pour-l\\_anxic3a9tc3a9.pdf](https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/inventaire-de-beck-pour-l_anxic3a9tc3a9.pdf)
67. Alcool et tabagisme - des risques cumulés pour la santé [Internet]. *Stop-tabac.ch*. [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/sante/risques-pour-la-sante/alcool-et-tabagisme/>
68. [outil\\_questionnaire\\_cast.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cast.pdf) [Internet]. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_questionnaire\\_cast.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cast.pdf)

69. outil\_questionnaire\_cage.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_questionnaire\\_cage.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cage.pdf)
70. DUMONT, Jacques. PSYCHIATRIE, SANTE MENTALE ET GESTION DU TABAGISME : 10 ANS DE PISTES DE REFLEXION / RECUEIL D'ARTICLES DE REFERENCE. FARES Fonds des Affections Respiratoires; 2019.
71. MILLER, William R., ROLLNICK, Stephen. L'entretien motivationnel - 2e éd. - Aider la personne à engager le changement. INTERÉDITIONS. 2019. 448 p. (Soins et Psy).
72. rapport\_resultats\_campagnes\_2021\_\_psy\_sma\_volontaire\_31\_mars\_2022.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/rapport\\_resultats\\_campagnes\\_2021\\_\\_psy\\_sma\\_volontaire\\_31\\_mars\\_2022.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/rapport_resultats_campagnes_2021__psy_sma_volontaire_31_mars_2022.pdf)
73. psy\_smhosp\_fiche\_\_descriptive\_add\_2022.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/psy\\_smhosp\\_fiche\\_\\_descriptive\\_add\\_2022.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/psy_smhosp_fiche__descriptive_add_2022.pdf)
74. Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/incitation-financiere-la-qualite-ifaq-1>
75. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ghtpsy-npdc.fr/sites/default/files/2022-06/carte-adultes.svg>
76. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):17-33.
77. Tabagisme en 2021 : des chiffres en hausse chez les femmes et les moins diplômés [Internet]. vie-publique.fr. 2022 [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/287557-tabagisme-319-de-fumeurs-en-2021>
78. SPF. Tabagisme des professionnels de santé en France [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/tabagisme-des-professionnels-de-sante-en-france>
79. Cristol D, Muller A. Les apprentissages informels dans la formation pour adultes. Savoirs. 2013;32(2):11-59.
80. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA.
81. 9242593206.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43234/9242593206.pdf;jsessionid=1CB37BD856A652619C29370EED96F0DC?sequence=1>
82. Contexte d'apparition dans la législation en France [Internet]. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/contexte-d-apparition-dans-la-legislation-en-france.html>

83. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale. 2019-836 août 12, 2019.
84. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
85. E9782851000248.pdf [Internet]. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: [http://www.editions-setes.com/extraits\\_pdf/E9782851000248.pdf](http://www.editions-setes.com/extraits_pdf/E9782851000248.pdf)
86. Henderson V, Orem D, Abdellah F. (V. HENDERSON) - La capacité de la personne d'effectuer ses auto-soins (Dorothea OREM).
87. Mes défis somatiques - Google Drive [Internet]. [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://drive.google.com/drive/folders/1GO9nBLXrEUSEwZ301HBxtB-JsrAA7DYU>

**AUTEURE : NOM : COLLET**

**Prénom : Cécile**

**Date de soutenance : 5 juillet 2023**

**Tabagisme des patients : évaluation des pratiques des professionnels en psychiatrie.**

**Mots-clés libres : tabac ; dépendance ; patients souffrant de trouble psychique.**

**Résumé :**

*Objectifs : mesurer la proportion de professionnels qui évalue la dépendance tabagique et propose le sevrage de leurs patients souffrant de trouble psychique/ mesurer la proportion de professionnels ayant été sensibilisés par une formation à la prise en soin du tabagisme / évaluer s'il y a présence d'une différence de proportion au niveau de la proposition de sevrage entre les professionnels formés et non formés.*

*Méthode : étude quantitative exploratoire descriptive multicentrique.*

*Résultats : 66.6% des professionnels déclarent évaluer la dépendance tabagique de leurs patients souffrant de trouble psychique ; 60.8% des professionnels déclarent leur proposer le sevrage avec un écart de 25.1% pour ceux exerçant dans un établissement avec un pôle d'addictologie*

*36% des professionnels déclarent être sensibiliser par une formation à la prise en soin du tabagisme ; 52.7% des professionnels non formés proposent le sevrage contre 75.5% des professionnels formés.*

*Conclusion : la sensibilisation des professionnels par une formation à la prise en soin du tabagisme apparait comme un levier décisif pour améliorer les pratiques des professionnels.*

**Abstract:**

*Purposes: knowing the proportion of professionals who assess tobacco dependence and suggest withdrawal to their patients suffering from mental disorders; measuring the proportion of professionals who have been sensitized by training in the care of smoking; assessing whether there is a difference in proportion in the cessation proposal between trained and untrained professionals.*

*Method: quantitative exploratory descriptive multicenter study*

*Results: 66.6% of the professionals assess the tobacco dependence of their patients suffering from mental disorder. 60.8% of professionals offer weaning with a difference of 25.1% for those working in an establishment with an addictology unit. 36% of professionals sensitized to smoking management through training; 52.7% of untrained professionals offer weaning compared to 75.5% of trained professionals.*

*Conclusion: the training of professionals in smoking cessation care seems to be an asset to improve the quality of care.*

**Directeur de mémoire :**

- Monsieur le Docteur Michael HENON

