



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Place et représentations du Tabagisme dans le service de Psychiatrie de  
Boulogne-sur-Mer**

Présentée et soutenue publiquement le 22 Septembre à 18 h  
Au Pôle Formation  
**Par Antoine Mortier**

---

## **JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Docteur François LEFEBVRE**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur François LEFEBVRE**

---



## **AVERTISSEMENT**

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



## Sommaire

RESUME .....	7
INTRODUCTION .....	9
I. Tabagisme dans la population générale .....	9
I.1. Dans le monde .....	9
I.2. En France .....	10
I.3. Evolution de la législation anti-tabac .....	11
I.4. Baromètres de la santé tabac .....	11
II. Tabagisme chez les personnes souffrant de maladies psychiatriques .....	14
II.1. Dans la littérature .....	14
II.2. Réflexion sur la lutte anti-tabac en Psychiatrie .....	17
II.3. Travail du Dr R. Sémal au Centre Psychothérapeutique de St Saulve de Valenciennes .....	19
III. Définition des Objectifs de l'étude .....	20
III.1. Objectif primaire .....	20
III.2. Objectifs secondaires .....	20
PROCEDURES .....	21
I. Présentation du service de psychiatrie de l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer .....	21
II. Présentation des patients inclus .....	22
III. Présentation des soignants inclus .....	24
IV. Matériel : .....	24
IV.1. Questionnaires patients .....	24
IV.2. Questionnaire soignants .....	26
V. ANALYSE STATISTIQUE .....	27
V.1. Questionnaires patients .....	27
V.2. Questionnaire soignants .....	27

RESULTATS .....	28
I. Questionnaire Patients d'entrée d'Hospitalisation .....	28
II. Questionnaire Patients de sortie d'Hospitalisation .....	44
III. Questionnaire Soignant.....	53
IV. Comparaisons avec les résultats du Dr Sémal .....	67
IV.1. Patients.....	67
IV.2. Soignants.....	68
DISCUSSION .....	70
I. Pour les patients .....	70
II. Pour les soignants.....	77
III. Discussion commune pour les patients et les soignants .....	82
IV. Axes possibles d'amélioration de l'enquête ; biais repérés ; perspectives .....	86
CONCLUSION.....	89
BIBLIOGRAPHIE.....	91
ANNEXES .....	96
I. Questionnaire d'entrée d'hospitalisation patients .....	97
II. Questionnaire de sortie d'hospitalisation patients .....	99
III. Formulaire de consentement de participation à l'étude .....	100
IV. Questionnaire soignants .....	101
V. Résultats du questionnaire d'entrée patients .....	103
VI. Résultats du questionnaire soignants NF/F.....	106
VII. Résultats du questionnaire soignants .....	109

# RESUME

**Contexte :** Si le tabagisme est surreprésenté en Psychiatrie, sa prise en charge est fréquemment lacunaire. Les soignants comme les patients semblent parfois résignés malgré les conséquences reconnues en termes de Santé Publique. Nous avons souhaité réaliser un état des lieux de la place et des représentations du tabagisme au sein du service de Psychiatrie de l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer.

**Méthode :** Cette étude prospective descriptive a été réalisée à l'aide de questionnaires pour les soignants et pour les patients, à leur entrée puis à leur sortie d'hospitalisation. Les données ont été analysées à l'aide du test t de Student. Au total, 34 patients fumeurs réguliers (répartis en deux groupes : les patients schizophrènes et ceux présentant un autre trouble psychiatrique) et 66 soignants (répartis en deux groupes : Fumeurs et Non-fumeurs) ont été inclus dans cette étude.

**Résultats :** Les données montrent que près de 75% des patients pensent que le tabac est nécessaire pour gérer leurs troubles. Ils sont pourtant nombreux à prévoir un arrêt ou une diminution de leur consommation, mais plutôt dans un délai supérieur à 6 mois. Si 30% des patients qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer ont reçu une substitution nicotinique, 11% ont été accompagnés par des soignants. Plus du tiers des patients considèrent que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie est impossible. Les patients schizophrènes sont significativement plus nombreux que les patients présentant un autre type de trouble psychiatrique à considérer que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie est déconseillé, ils sont aussi particulièrement peu demandeurs de l'aide des soignants pour leurs tentatives d'arrêt. Les soignants, non-fumeurs à 80%, sont nombreux à penser que l'hospitalisation n'est pas un bon moment pour arrêter le

tabagisme et verbalisent des craintes concernant le comportement des patients lors d'un sevrage. Ils considèrent majoritairement que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie est accessoire, ce qui n'est pas le cas des patients.

**Conclusion :** Cette Thèse met en évidence l'ambivalence des patients comme des soignants. La formation des soignants et l'uniformisation de l'abord de cette problématique, mais aussi l'éducation thérapeutique des patients semblent être des moyens d'améliorer la prise en charge du tabagisme en hospitalisation.

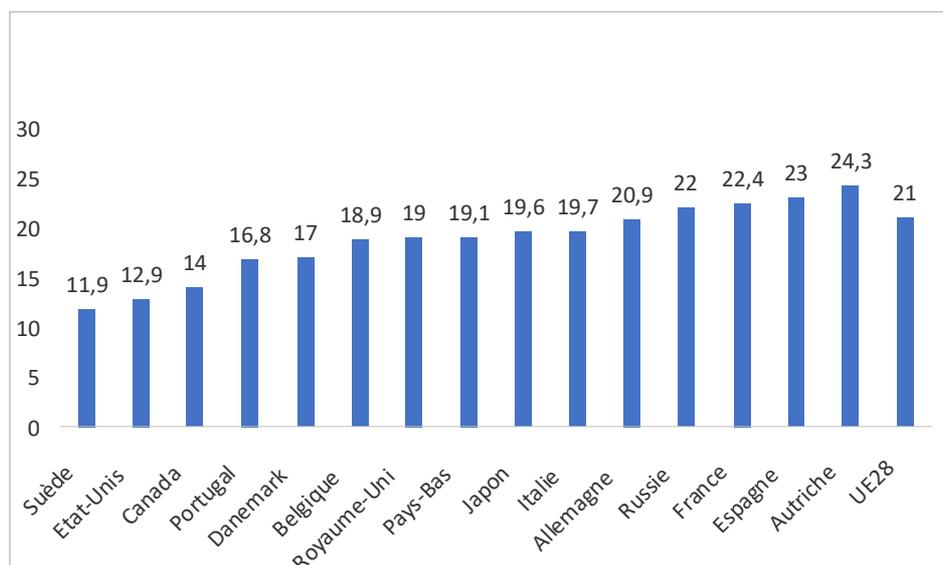
# INTRODUCTION

## I. Tabagisme dans la population générale

### I.1. Dans le monde

Le tabac tue chaque année près de 7 millions de personnes dans le monde, dont 6 millions de fumeurs ou anciens fumeurs et environ 890 000 non-fumeurs exposés involontairement au tabac. Cela représente un décès d'adulte sur 10. Le tabac tue près de la moitié de ses consommateurs [1].

Parallèlement, la plupart des fumeurs informés des dangers que leur consommation fait peser sur leur santé souhaitent s'arrêter de fumer [1].



Graphique n°1 : Pourcentage des 15 ans et plus consommant quotidiennement du tabac en 2014 (Graphique adapté à partir des données de l'OCDE)

Si le tabagisme est l'une des principales causes de décès, de maladie et d'appauvrissement dans le monde [1], c'est aussi le cas en France.

## **I.2. En France**

D'après le rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) et de la Commission Européenne, le pourcentage des 15 ans et plus fumant quotidiennement en France est de 22.4 (pour une moyenne de 21% dans l'ensemble de l'Union Européenne, graphique 1). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) on dénombre en France près de 12 millions de fumeurs quotidiens de tabac.

Le tabac reste la première cause de mortalité évitable en France. On y dénombre près de 78 000 décès par an d'après une étude publiée en 2015. Cette étude a aussi mis en avant une explosion du nombre de décès chez les femmes (de 2700 en 1980 à 19 000 en 2010). Par ailleurs, elle attribue au tabac un décès sur trois chez les hommes et un décès sur sept chez les femmes dans la tranche des 35-69 ans [2].

Près de 2 fumeurs sur 3 souhaitent arrêter de fumer, mais 97% d'entre eux ne parviennent pas à arrêter sans aide [3]. Si plus de 85% des fumeurs connaissent les principaux risques liés au tabagisme [4], 3 fumeurs sur 5 ne se sentent pas concernés par le risque de survenu d'un cancer [5].

La législation a dû évoluer au cours du temps afin d'agir plus efficacement sur cette consommation.

### **I.3. Evolution de la législation anti-tabac**

La loi du 9 juillet 1976, dite « loi Veil » instaure une réglementation de la publicité des produits du tabac et rend obligatoire la présence d'un message sanitaire sur les paquets. Elle pose aussi le principe d'un usage limité dans les lieux publics. Le 10 janvier 1991, la « loi Evin » complète ces dispositions avec le principe de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, une interdiction de toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, une information de la teneur en composant des cigarettes sur les paquets, ainsi que le début de l'augmentation des prix des paquets de cigarettes. L'interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs de moins de 16 ans n'est instaurée qu'en 2003, en même temps que l'obligation de la sensibilisation au risque tabagique dans le cadre scolaire. Depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts recevant du public, y compris les établissements de santé.

Comment ont évolué les consommations des Français face à l'instauration de ces nouvelles dispositions ?

### **I.4. Baromètres de la santé tabac**

Santé publique France (anciennement L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) mène, avec d'autres acteurs de santé, une série d'enquêtes auprès de la population. Ces Baromètres de la santé, qui existent pour différents thèmes, établissent un état des lieux des attitudes, comportements et perceptions des personnes résidant en France. Ces enquêtes sur la place du tabagisme en France ont été réalisées sur un échantillon représentatif de personnes âgées de 15 à 75 ans, interrogées lors d'une enquête téléphonique [5].

Le nombre de fumeurs réguliers (fumant quotidiennement) est passé de 29.1% en 2010 à 28.2% en 2014. En 2016, ce pourcentage reste stable avec 28.7% de fumeurs réguliers. La France compterait 34.5% de fumeurs parmi les 15-75 ans en 2016, en ajoutant les fumeurs occasionnels.

La prévalence du tabagisme régulier reste stable chez les hommes (de 32.4% en 2010 à 32.3% en 2014) et 38% déclarent être fumeurs, avec plus de 40% des 20-44 ans. On remarque une diminution du pourcentage de fumeurs quotidiens chez les hommes de 25 à 34 ans (de 47.9% en 2014 à 41.4% en 2016). Chez les femmes, la prévalence du tabagisme régulier diminue chez les 15 à 24 ans (passant de 30% en 2010 à 25.2% en 2016), et chez les 20-44 ans (de 26 à 24.3%), et augmente pour les 55-64 ans (15.5% à 18.6%, prolongeant une tendance observée en 2010).

Le nombre moyen de cigarettes fumées a diminué légèrement entre 2010 et 2014, passant de 11.9 à 11.3. Mais il est resté stable chez les fumeurs quotidiens à 13.5 cigarettes par jour (14.6 chez les hommes et 12.0 chez les femmes). On observe également une diminution à la fois de fumeurs fumant moins de 5 cigarettes par jour (19.2% à 17.4%) et de ceux fumant plus de 15 cigarettes par jour (31.7% à 30.5%). Parallèlement, 35% des fumeurs actuels déclarent avoir diminué leur consommation par rapport à celle de 2010, 42.8% qu'elle est restée stable et 22.1% déclarent l'avoir augmentée.

La proportion d'anciens fumeurs augmente, de 29.2 en 2010 à 31% en 2014, et la part de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année passe de 25.2% en 2010 à 29% en 2014. Ils sont 70.7% à avoir stoppé leur consommation pendant au moins une semaine en 2014 (69% en 2010). Parmi ces personnes, 29.0 % déclarent avoir arrêté leur consommation dans l'année, 8.5 % il y a plus d'un an mais moins de deux ans, 13.2 % il y a plus de deux ans mais moins de cinq ans et 19.4 % il y a plus de cinq ans.

En 2014, la proportion de fumeurs réguliers déclarant souhaiter arrêter de fumer est inchangée par rapport aux données de 2010 (59.5% déclarent avoir envie d'arrêter de fumer, 10.6% dans le mois à venir, 16.7% entre un et six mois, 5.3% entre six et douze mois et 26.5% dans un avenir non déterminé).

Les inégalités sociales en matière de tabagisme, qui se sont renforcées entre 2000 et 2010, sont restées stables en 2014. Le pourcentage de fumeurs quotidiens chez les Français à faible revenus est passé de 35.2% à 37.5% entre 2010 et 2016. A l'opposé, il a diminué chez les Français à haut niveau de revenus, passant de 23.5% à 20.9%. Par contre, les fumeurs les moins favorisés socialement sont aussi nombreux que les autres à déclarer souhaiter arrêter de fumer.

Ces chiffres suggèrent globalement une diminution du tabagisme en France dans la population générale et un accroissement des inégalités sociales. Comment évolue la consommation dans la population souffrant d'une maladie mentale ?

## ***II. Tabagisme chez les personnes souffrant de maladies psychiatriques***

De nombreuses études mettent en avant une prévalence significativement plus élevée des fumeurs parmi les personnes présentant un trouble psychiatrique par rapport à la population générale, tout particulièrement chez les patients schizophrènes ou bipolaires.

### **II.1. Dans la littérature**

Une étude réalisée aux USA au début des années 1990 a pu estimer que 44.3% des cigarettes consommées dans le pays l'étaient par des personnes ayant souffert d'une maladie mentale au cours des derniers mois. Cette même étude mettait en avant que les fumeurs ayant présenté un trouble mental au cours des derniers mois fumaient davantage de cigarettes que ceux ne souffrant pas de tel trouble [6].

La schizophrénie est le trouble psychiatrique où l'on retrouve la plus grande proportion de fumeurs. La plupart des études mettent en avant une prévalence du tabagisme chez les patients schizophrènes entre 60 et 90% et de 45 à 70% dans les autres troubles psychiatriques [7, 8, 9, 10].

Dans une étude s'intéressant au lien entre comorbidités psychiatriques et consommation de toxiques, il est précisé que 22% des fumeurs présentent un trouble psychiatrique, contre 12% des non-fumeurs [11]. Dans le cas de patients atteints de schizophrénie, 66% d'entre eux seraient consommateurs réguliers de tabac [12].

Pathologie	Prévalence de l'abus et de la dépendance à un produit
Schizophrène	82%
Trouble Bipolaire I et II	56%
Dépression majeure	27%
Trouble Anxieux	23%

Tableau n°1 : Prévalence de l'abus et de la dépendance à un produit chez les patients souffrant de pathologies psychiatriques. Tableau adapté à partir des données de Glassman, Alexander H., et al. "Smoking, smoking cessation, and major depression." *Jama* 264.12 (1990): 1546-1549.

Les schizophrènes qui fument de façon importante (15 cigarettes ou plus par jour) semblent aussi percevoir plus d'avantages à leur consommation et privilégient davantage la cigarette comme récompense, comparativement à des fumeurs de la population générale ayant une consommation aussi importante [13].

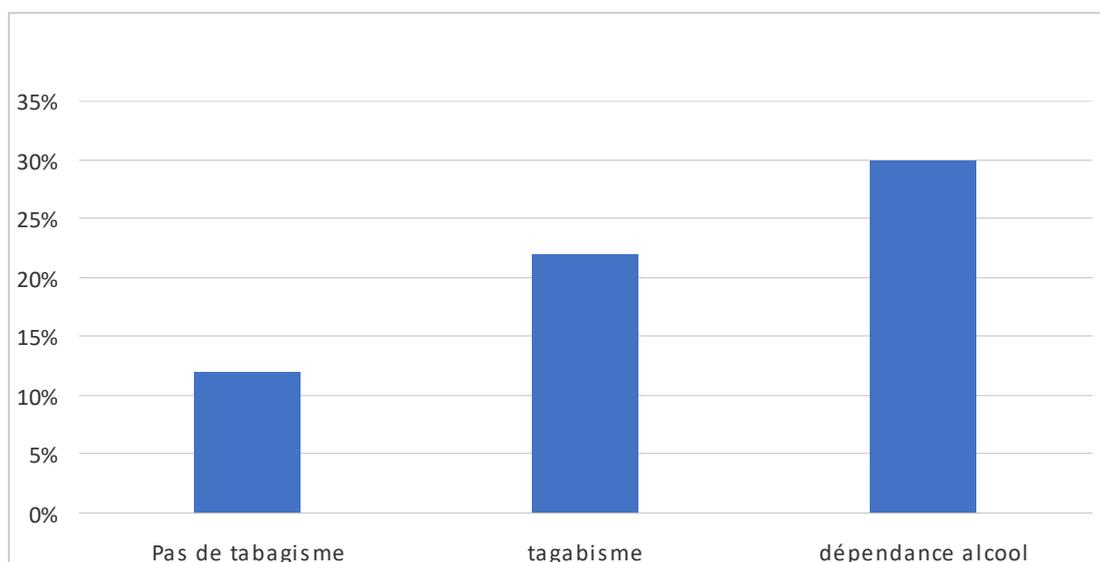
Ils fument pendant une période plus longue que les fumeurs de la population générale. Selon une étude, 80% des fumeurs schizophrènes rapporteraient fumer depuis au moins 16 ans, contre 56% dans la population générale [14]. Ils présentent dans la majorité des cas une plus forte dépendance à la nicotine que les autres fumeurs, et leur taux de réussite lors d'une tentative d'arrêt de consommation de tabac est bien moins élevé que celui évalué dans la population générale [6]. Ils extraient aussi davantage de nicotine de chaque cigarette consommée par différentes techniques d'inhalation, observations corroborées par des mesures de cotinine, un métabolite de la nicotine [15].

Enfin, les patients schizophrènes présentent un taux de mortalité lié à des causes évitables, comme le tabac, 5 fois plus important que celui attendu dans la population générale [16].

Par ailleurs, il existe un lien entre tabagisme et suicide chez les patients souffrant de trouble psychiatrique. Le tabagisme semble être un facteur prédictif de suicide chez les patients schizophrènes et schizo-affectifs [17].

Cette consommation et dépendance plus importantes semblent impliquer que les patients schizophrènes ont plus de difficultés à arrêter de fumer que la population générale et que le taux d'arrêt réussi est plus faible [18].

Ces données mettent en avant, en plus de la particulière nocivité de son usage, la place prépondérante du tabac chez les patients souffrant de troubles mentaux. Comment cette consommation est-elle gérée dans nos institutions ?



Graphique n°2 : Prévalence de trouble psychiatrique chez les non-fumeurs, les fumeurs et les dépendants à l'alcool. Graphique adapté à partir des données de Farrell, M., et al. "Nicotine, alcohol and drug dependence, and psychiatric comorbidity--results of a national household survey." *International Review of Psychiatry* 15.1-2 (2003): 50-56.

## **II.2. Réflexion sur la lutte anti-tabac en Psychiatrie**

Avec le temps, la législation anti-tabac a dû être appliquée dans les services de psychiatrie et de plus en plus d'établissements se sont impliqués dans la lutte anti-tabac ainsi que dans les stratégies de prévention. Cependant, un soignant arrivant dans un service de psychiatrie ne manquera pas de remarquer la place particulière du tabac dans nos institutions. En particulier parfois une certaine tolérance des soignants, alors que la lutte contre l'addiction tabagique doit rester une priorité des soignants, quel que soit leur service.

Nombreux sont les soignants comme les patients rencontrés au cours de mon Internat à considérer que l'institution psychiatrique favorise le début, le maintien ou l'accentuation du tabagisme. Par ailleurs, une des raisons souvent évoquées pour expliquer la forte prévalence du tabagisme en institution Psychiatrique est qu'il permet de lutter contre l'ennui et l'inactivité.

On retrouve également des réticences par rapport à l'arrêt de la consommation de tabac, des perceptions parfois erronées au sein des équipes, qui gênent une prise en charge efficace. Parmi les raisons évoquées de ces réticences, on peut citer la crainte de troubles psychiques (décompensations, troubles du comportement), des effets de manque et l'idée que la cigarette permet d'apaiser la souffrance et les symptômes des patients, mais aussi qu'il s'agit d'un des derniers plaisirs de nos patients. Concernant les craintes liées à la réduction du tabagisme dans nos services, plusieurs études montrent que même si elles sont attendues, elles ne se réalisent pas [19, 20, 21, 22].

On retrouve aussi un argument relationnel : le tabac est à l'origine d'échanges entre les patients mais aussi avec les soignants [23], et chaque échange social est précieux dans nos services. Cependant il limite aussi les possibilités relationnelles, en séparant les patients fumeurs des non-fumeurs, mais aussi possiblement en gênant l'intégration des

patients non-fumeurs devant la forte proportion de fumeurs. Le patient non-fumeur aura alors le choix entre rester à distance des lieux pour fumeurs, s'exposer au tabagisme passif, ou se mettre (ou remettre) à fumer.

Cette tolérance à l'égard de la consommation de tabac dans les services de psychiatrie pose aussi le problème du retour au domicile des patients institutionnalisés. En effet, il existe pour nos patients une vie en dehors des services de psychiatrie, et ils doivent alors se conformer à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, et au travail.

Il ne faut pas non plus négliger la question financière, car la consommation de tabac coûte cher. Pour ces patients, elle peut limiter l'accès à certaines activités ou projets.

Parallèlement, la prévalence du tabagisme dans les équipes soignantes de psychiatrie est souvent considérée comme plus importante que dans d'autres services de médecine, et l'interdiction de fumer dans les établissements de Santé comme moins bien acceptée. Une étude s'intéressant à l'évolution du comportement tabagique dans les 3 ans suivants la mise en application de l'interdiction de fumer dans les services hospitaliers réalisée à Marseille met en évidence que 37.7% des IDE sont fumeurs en Psychiatrie (contre 27.2% en MCO et 30.5% en Réanimation et aux Blocs Opératoires) en 2010, ce qui confirme les données de plusieurs études internationales [24]. D'après le baromètre tabac personnel hospitalier 2003, la prévalence du tabagisme auprès du personnel hospitalier était de 24% (il était de 32.6% en 2001 et de 31% en 2002) [25].

Qu'en est-il actuellement dans le service de Psychiatrie de Boulogne-sur-Mer ? Nous allons tâcher de répondre à cette question par ce travail de Thèse.

Intéressons-nous d'abord plus particulièrement au travail réalisé par le Dr R. Sémal sur Valenciennes, qui concerne aussi les patients comme les soignants en Psychiatrie.

### **II.3. Travail du Dr R. Sémal au Centre Psychothérapeutique de St Saulve de Valenciennes**

Un travail intitulé « Quelles représentations soignantes pour quelles prises en charge de tabac en psychiatrie en 2016 » a été réalisé par le Dr Sémal au sein du service Psychothérapeutique de St Saulve à Valenciennes [26].

Une évaluation par un questionnaire rempli par 68 patients (sur 69 distribués) a pu mettre en évidence le fait que 70% des patients interrogés se déclarent fumeurs et que 42% des fumeurs déclarent souhaiter arrêter de fumer, mais que 67% n'ont pas reçu de proposition d'aide spécifique.

La deuxième partie de ce travail a consisté en une évaluation réalisée par un questionnaire distribué auprès des soignants du service (44 répondants). Parmi les résultats de ce questionnaire, on note que 1 soignant sur 5 est fumeur, que pour 60% d'entre eux, le tabac est un problème, et que 9 soignants sur 10 considèrent l'interdiction du tabac à l'Hôpital comme une évidence et 27% comme une bonne chose. De plus, 39% déclarent toujours aborder la question du tabac avec les patients et 59% parfois. Seulement 40% des soignants considèrent le temps de l'hospitalisation en Psychiatrie comme un bon moment pour la prise en charge du tabac, 67% des soignants considèrent le tabac comme une dépendance qu'il faut inciter à arrêter et 81% comme un facteur de risque et de vulnérabilité supplémentaire. Le tabac est considéré comme un facteur de socialisation pour 25% des soignants. Ils sont également 30% à considérer que le fait de fumer eux-mêmes est une aide pour établir le lien avec leurs patients et 56% des soignants considèrent l'aide pour l'arrêt du tabac comme étant peu accessible.

### **III. Définition des Objectifs de l'étude**

#### **III.1. Objectif primaire**

L'objectif principal de ce travail est d'établir un état des lieux du tabagisme et des représentations qui en découlent parmi les patients et les soignants du Centre de Psychiatrie de l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer.

#### **III.2. Objectifs secondaires**

Evaluer les différences et les similitudes dans les représentations et croyances entre les patients, selon le type de pathologie présentée, et entre les soignants, selon leur consommation ou non consommation de tabac.

Evaluer l'évolution des représentations et de la consommation de tabac des patients durant l'hospitalisation.

# PROCEDURES

## **I. Présentation du service de psychiatrie de l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer**

Le service de Psychiatrie de l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer est composé de 3 unités (le Large, les Dunes, la Vallée) et prend en charge tout type de pathologies psychiatriques lors d'hospitalisation avec ou sans le consentement du patient.

Le Large est l'unité d'hospitalisation libre de durée courte et moyenne, La Vallée est l'unité d'hospitalisation libre de plus longue durée, pour des patients dont le projet est en cours de constitution. Les Dunes est l'unité fermée pour les hospitalisations en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers et les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat.

En 2016, 26 505 journées en hospitalisations complètes ont été réalisées avec une moyenne de 72.4 lits occupés (soit un taux total d'occupation de 91% des 80 lits disponibles).

Le service de Psychiatrie de l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer compte un cadre supérieur de santé, 3 cadres, 75 infirmiers (pour 70.60 équivalents temps pleins), 2 psychologues, 6 psychiatres et un médecin Généraliste à temps partagé.

Pour aider à gérer les problématiques addictologiques dont la gestion de l'arrêt du tabac, une équipe de liaison en addictologie est disponible et se rend régulièrement dans le service à la demande des patients et des soignants pour rencontrer les patients désirant arrêter de fumer.

## II. Présentation des patients inclus

Le Critère d'inclusion est :

- Tous les patients hospitalisés dans le service de Psychiatrie de l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer pendant la période de l'étude, soit de février à juin 2017.

Les critères d'exclusion sont :

- Délai entre l'entrée du patient et le remplissage du questionnaire d'entrée supérieur à 14 jours.
- Refus de participer à l'étude dans le formulaire de consentement.

Au total, 40 questionnaires ont été récupérés au terme de cette étude. Pour 3 de ces questionnaires, les données concernant l'âge, le sexe, le formulaire de consentement sont manquantes, et pour 3 autres questionnaires, le patient a refusé de participer à l'étude sur le formulaire de consentement. Au total, 34 patients ont été inclus dans cette étude. Le pourcentage de refus de participation à l'étude est de 7.5%.

Afin de pouvoir comparer nos résultats à ceux de la littérature et de pouvoir mettre en évidence d'éventuelles différences entre les patients schizophrènes, dont la consommation de tabac est particulièrement étudiée, et les patients présentant d'autres troubles psychiatriques, nous avons décidé, en utilisant le diagnostic CIM-10 utilisé pour le codage des patients inclus, de séparer les patients inclus en deux groupes :

- Le groupe A : regroupant les patients souffrant de schizophrénie (5 patients présentant une schizophrénie paranoïde, 1 trouble schizo-affectif et 3 patients souffrant d'une schizophrénie non précisée).

- Le groupe B : regroupant 12 patients présentant un syndrome dépressif, 8 présentant un trouble de l'adaptation et 3 patients présentant un trouble de la personnalité.

Dans deux cas, le diagnostic CIM-10 retrouvé n'a pas permis d'inclure les patients dans un des deux groupes. Au final, 32 patients ont été inclus dans les groupes, 9 patients dans le groupe A et 23 dans le groupe B.

Les données calculées l'ont été pour les 34 patients inclus (afin de réaliser les comparaisons avec les données du travail du Dr Sémal), et pour les patients répartis dans chacun des groupes A et B.

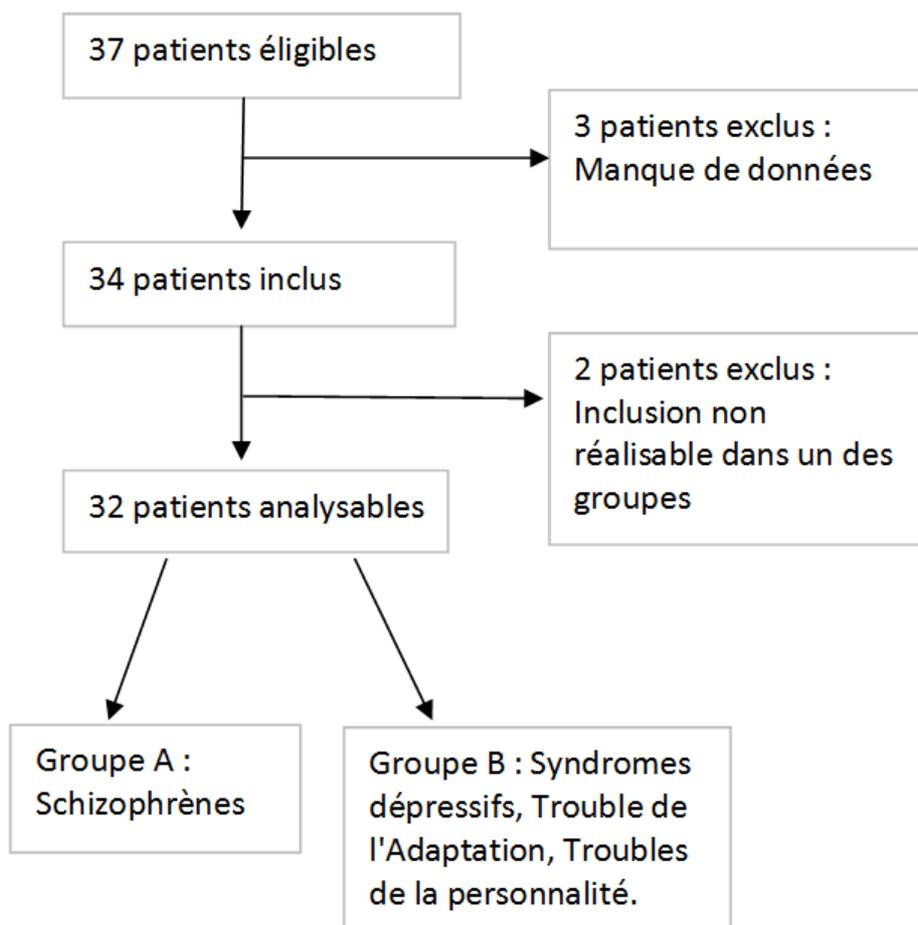


Figure n°1 : Diagramme de Flux

### **III. Présentation des soignants inclus**

66 questionnaires soignants ont été récupérés et analysés.

En fonction des réponses à la première question (« combien de cigarettes fumez-vous par jour ? ») les soignants répondants ont été répartis dans deux groupes :

- Le groupe NF : regroupant les soignants déclarant fumer aucune cigarette, comprenant 53 personnes.
- Le groupe F : regroupant les soignants déclarant fumer au moins une cigarette par jour, comprenant 13 personnes.

### **IV. Matériel :**

Nous avons choisi de mettre en place trois questionnaires courts au format papier, basés en grande partie sur des questions à choix multiples.

#### **IV.1. Questionnaires patients**

Nous avons décidé de mettre en place deux questionnaires, le premier rempli rapidement après l'entrée du patient, le deuxième à sa sortie. Les questionnaires ont été réalisés entre février et juin 2017.

- Questionnaire d'entrée d'hospitalisation (en annexe I) :

Ce questionnaire recueille les données concernant la consommation de tabac des patients, les antécédents et projets d'arrêts ou de réduction et moyens utilisés, ainsi que la perception de ces patients sur la place du tabagisme pour les personnes hospitalisées en Psychiatrie.

Afin d'augmenter le taux de réponse, le questionnaire d'entrée a été réalisé par le même médecin Généraliste examinant systématiquement tout entrant dans chacune des 3 ailes.

Le questionnaire d'entrée ne pouvant pas être systématiquement réalisé dès l'admission du patient (les entrées ayant lieu à toute heure, 7 jours sur 7, l'examen clinique par le médecin réalisant le questionnaire pouvant être réalisé plusieurs jours après l'entrée, le patient pouvant ne pas être en état de répondre aux questions ou de donner son consentement), le nombre de jours passés entre l'admission dans le service et le remplissage du questionnaire a été collecté, mais n'a pas été analysé. Nous avons choisi 14 jours comme délai maximum entre le début de l'hospitalisation et le remplissage du questionnaire d'entrée.

- Questionnaire de sortie d'hospitalisation (en annexe II) :

Il reprend une partie du questionnaire d'entrée, afin de constater l'évolution de la consommation, des projets d'arrêt et de réduction, et de leur perception durant l'hospitalisation.

Le questionnaire de sortie a été réalisé lors de l'entretien systématique avec un psychiatre lors de toute sortie d'hospitalisation, programmée ou non. Il a été réalisé par le psychiatre réalisant la sortie, et uniquement pour les patients ayant accepté de participer à l'étude, en

signant le formulaire de consentement et en répondant au questionnaire d'entrée d'hospitalisation.

- Un formulaire de consentement de participation à l'étude (en annexe III) a été donné à remplir aux patients, leur permettant d'accepter ou de refuser de participer à ce travail de Thèse.

## **IV.2. Questionnaire soignants**

Cet auto-questionnaire anonyme a été distribué durant la période de février à avril 2017. Il comporte des questions sur leur propre consommation de tabac mais aussi sur celle de leurs patients, sur leur perception de la place du tabac dans leur service et dans leur pratique professionnelle. Afin de permettre la comparaison des résultats avec le travail du Dr Sémal, les 9 questions posées lors de l'étude sur Valenciennes ont été intégrées au questionnaire soignant utilisé lors de ce travail de Thèse (en annexe IV).

Ont été invités à remplir ce questionnaire les infirmiers, étudiants infirmiers, aides-soignants, psychiatres, psychologues. Soit les membres du personnel en contact régulier avec les patients.

Au cours de ces deux mois, 66 questionnaires ont été récupérés et analysés.

## **V. ANALYSE STATISTIQUE**

Les données recueillies ont été manuellement rentrées sous la forme d'un tableau à l'aide du logiciel EXCEL, question par question, afin de permettre le calcul des pourcentages, moyennes et de réaliser des comparaisons.

Les comparaisons de moyennes et de fréquences ont été réalisées à l'aide du logiciel Statistica, en utilisant un test t de Student avec un seuil de significativité fixé à 0.1.

Afin de réaliser des comparaisons avec les résultats obtenus par le Dr Sémal, nous avons fait le choix de présenter les données pour chaque groupe constitué, mais aussi pour l'ensemble des patients puis des soignants pour chaque questionnaire.

### **V.1. Questionnaires patients**

Concernant le questionnaire de sortie d'hospitalisation, les résultats ont été analysés sans tenir compte des groupes mis en place pour le questionnaire d'entrée. Cette décision a été prise devant le faible nombre de questionnaire recueillis. Au total, 11 questionnaires de sortie ont été récupérés.

Les pourcentages de réponses à chacune des questions du questionnaire d'entrée d'Hospitalisation des patients sont présentés en annexe V.

### **V.2. Questionnaire soignants**

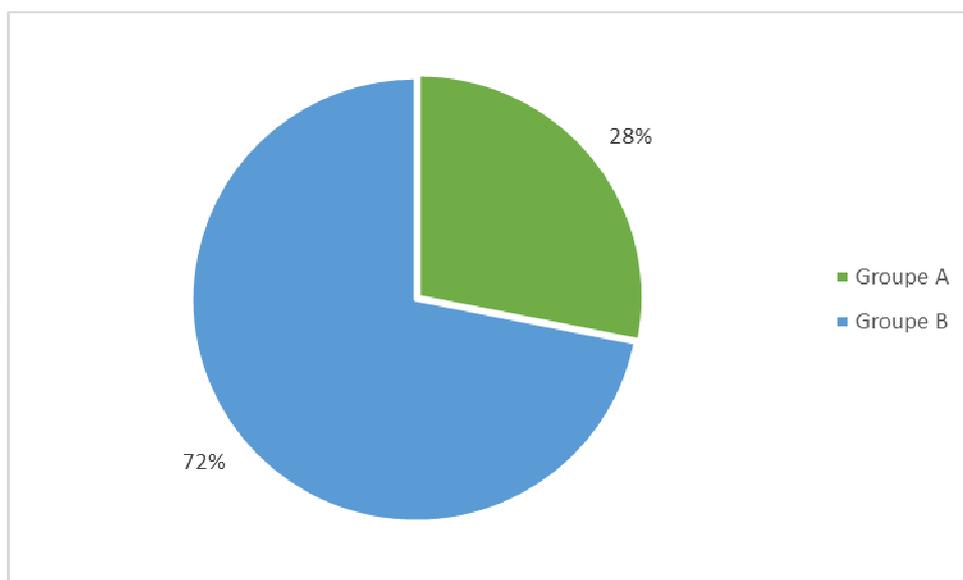
Etant donné la différence importante d'effectif dans les 2 groupes (NF et F), les comparaisons de proportions ou de moyennes ont été réalisées en intra-groupe

Les pourcentages de réponses à chacune des questions du questionnaire soignant sont présentés en annexe VI et VII.

# RESULTATS

## *I. Questionnaire Patients d'entrée d'Hospitalisation*

### Répartition des patients selon le groupe

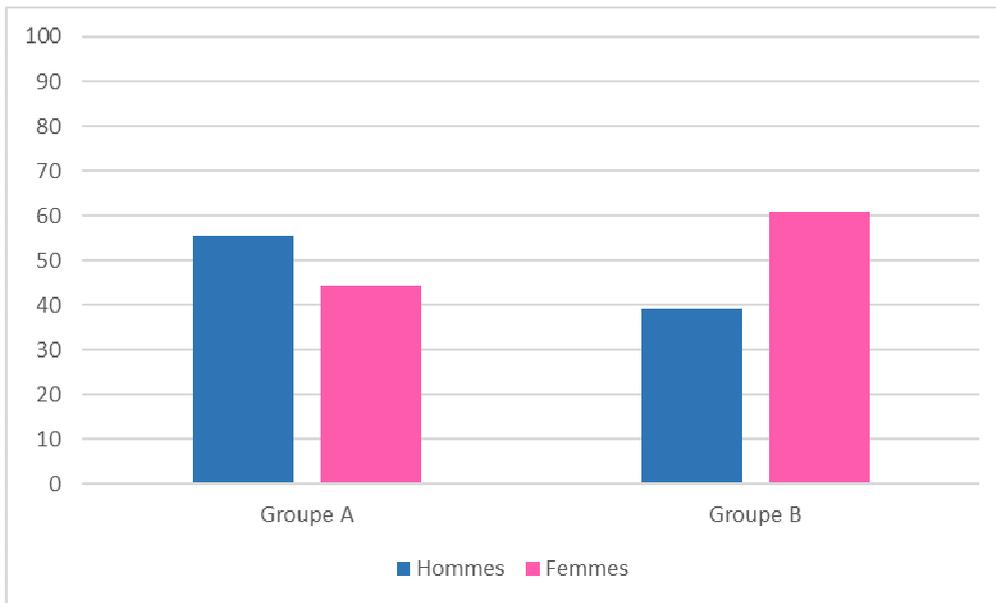


Graphique 1.1

### Répartition des patients selon leur sexe

Parmi les patients du groupe A, on retrouve 55.6% d'hommes et 44.4% de femmes.

Parmi les patients du groupe B, on retrouve 39.1% d'hommes et 60.9% de femmes.



Graphique 1.2 : Proportion des patients inclus selon le sexe par groupe.

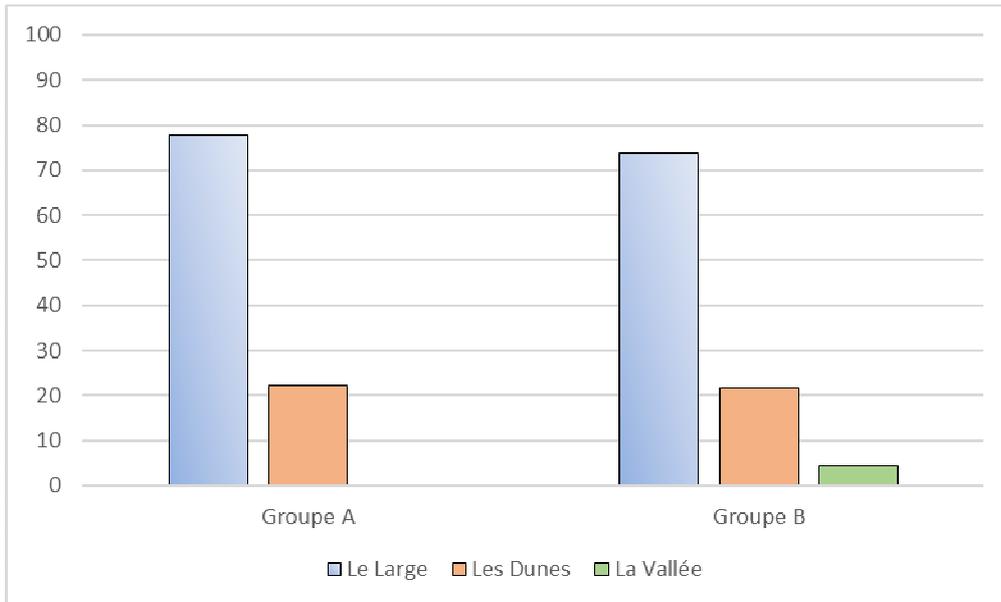
### Age Moyen des patients

Les patients A ont un âge moyen de 36,2 ans et les patients B de 39.8 ans.

### Répartition des patients selon leur unité d'inclusion

Parmi les patients A, 77.8% ont été inclus dans l'unité Le Large (unité ouverte d'hospitalisations courtes) et 22.2% dans l'unité les Dunes (unité fermée).

Pour les patients B, 73.9% ont été inclus dans l'unité Le Large, 21.7% les Dunes et 4.3% la Vallée (unité ouverte d'hospitalisations longues).



Graphique n°1.3 : Répartition des patients inclus selon leur unité d'hospitalisation.

**Première question :**

**Rappel de la question posée : « Depuis combien d'années fumez-vous ? »**

Les patients du groupe A fument en moyenne depuis 11.9 ans et ceux du groupe B depuis 21.1 ans ( $p = 0.01$ ).

L'âge moyen du début de la consommation tabagique est de 20 ans (24 ans pour les patients A et 19 ans pour les patients B).

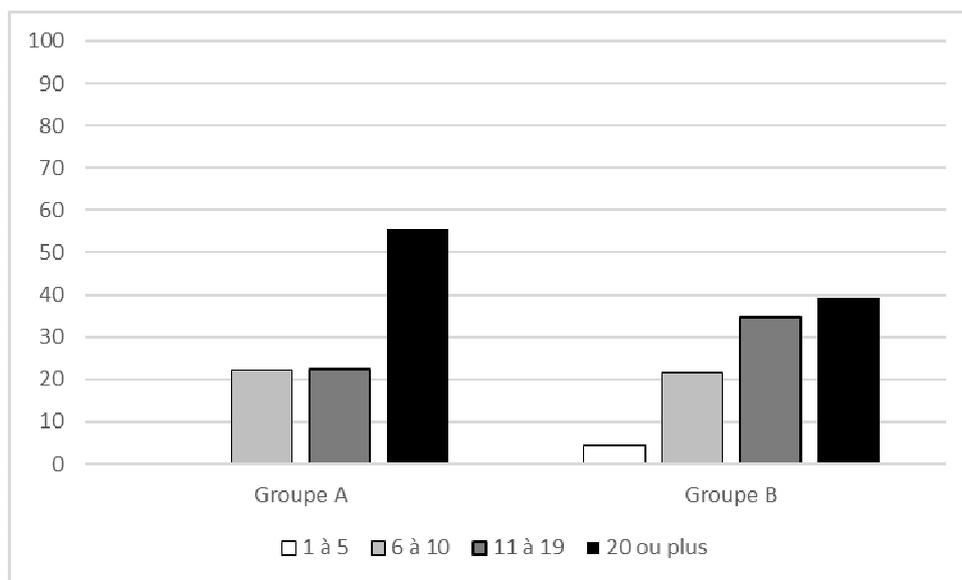
## Deuxième question :

### Rappel de la question posée : « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? »

La totalité des patients dont les questionnaires ont été analysés sont des fumeurs quotidiens actuels.

Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 19.2. Les hommes fument en moyenne 17 cigarettes par jour et les femmes en fument 17.8.

Les patients du groupe A fument en moyenne 20.5 cigarettes par jour et ceux du groupe B 16.2.



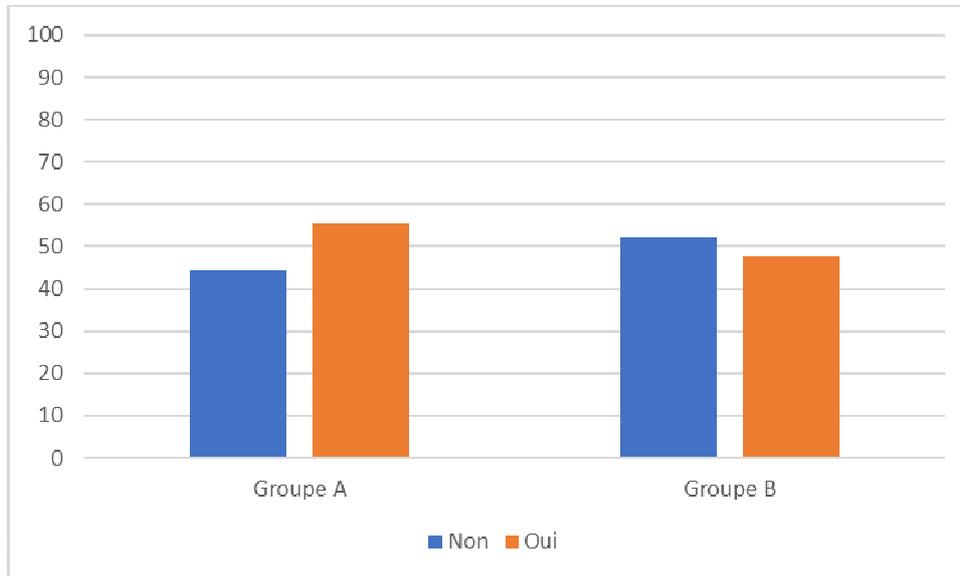
Graphique 1.4 : Répartition des patients inclus selon le nombre de cigarettes consommées.

### Commentaires :

Il n'y a pas de différences significatives entre les consommations de tabac des patients A et des patients B.

### Troisième question :

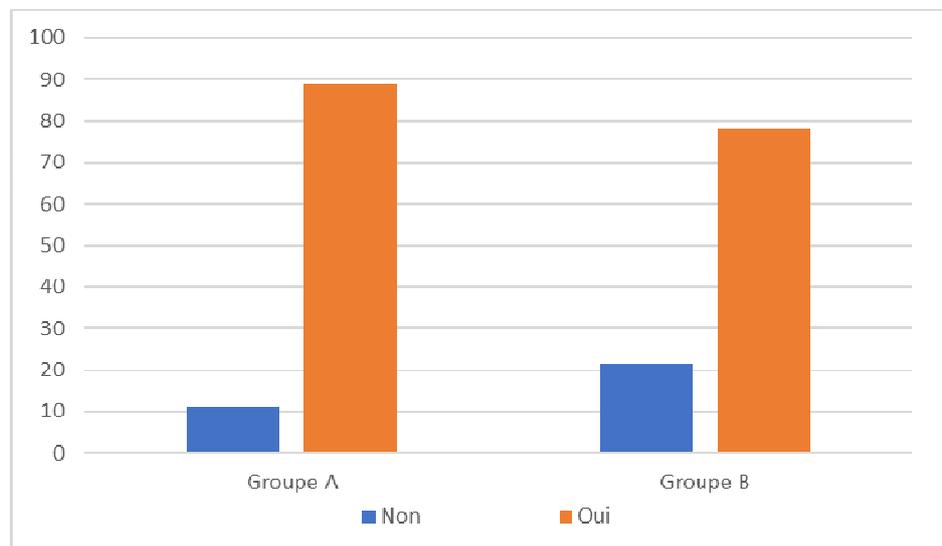
Rappel de la question posée : « Votre consommation vous pose-t-elle problème ? »



Graphique 1.5 : Réponse à la question n°3 du questionnaire d'entrée d'hospitalisation selon le type de trouble présenté.

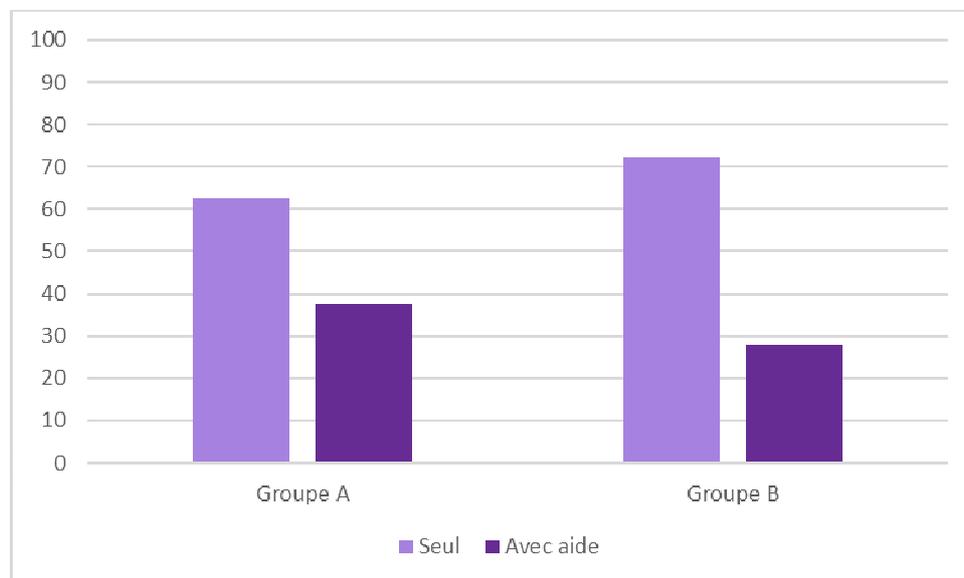
#### Quatrième question :

Rappel de la question posée : « Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? »



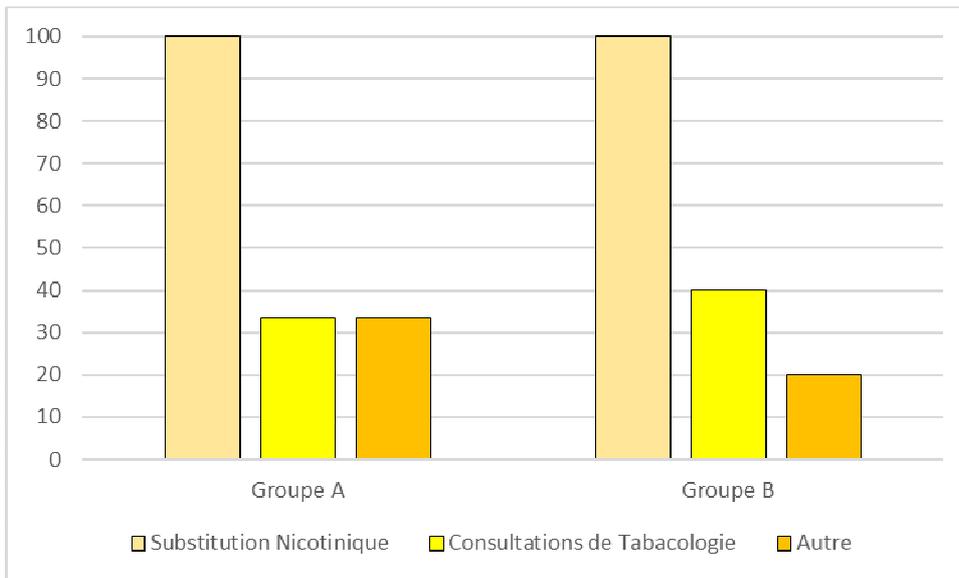
Graphique 1.6 :

« Si oui, avez-vous essayé seul(e) ou avec une aide ? »



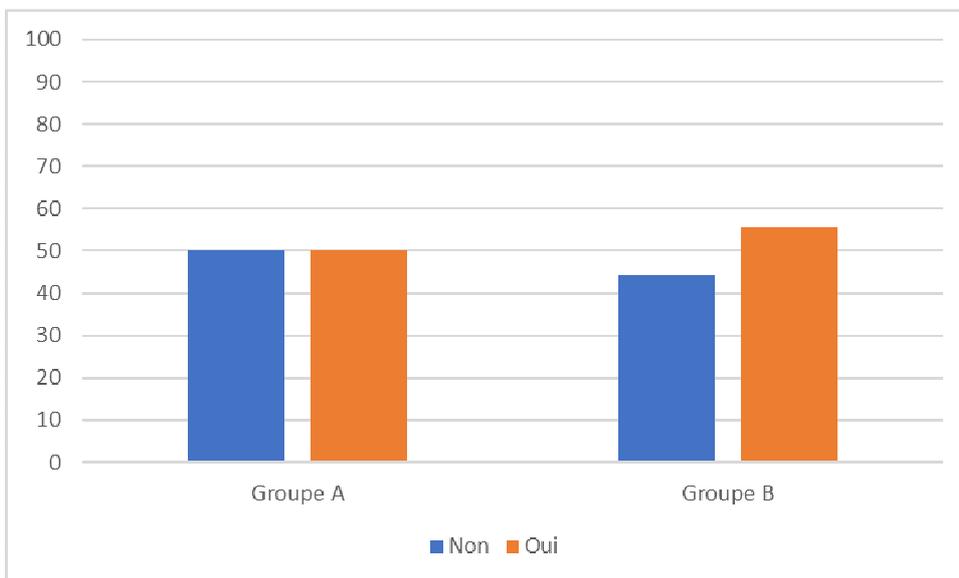
Graphique 1.7 :

« De quelle aide avez-vous eu besoin ? »



Graphique n°1.8 :

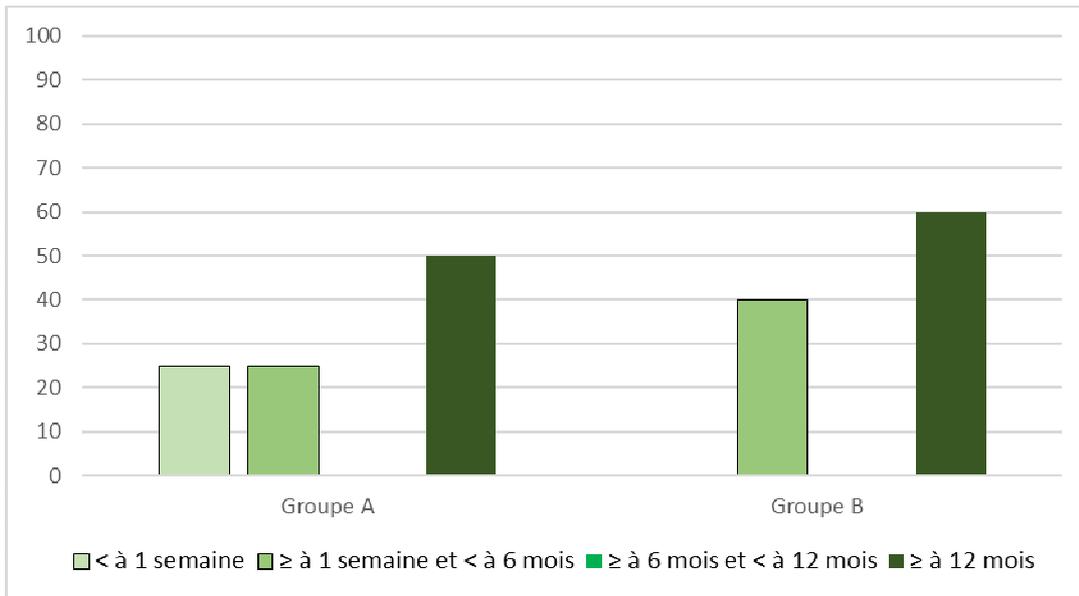
« Avez-vous pu arrêter de fumer ? »



Graphique 1.9 :

## « Si oui, pendant combien de mois / années ? »

En moyenne, les patients A et les patients B qui déclarent avoir déjà réussi à arrêter de fumer ont prolongé cet arrêt respectivement pendant 9.5 et 37.5 mois.



Graphique n°1.10

### Commentaires :

Les patients sont significativement plus nombreux à déclarer avoir déjà essayé d'arrêter de fumer. La différence est significative aussi bien pour les patients A que pour les patients B ( $p < 0.01$  dans les deux cas).

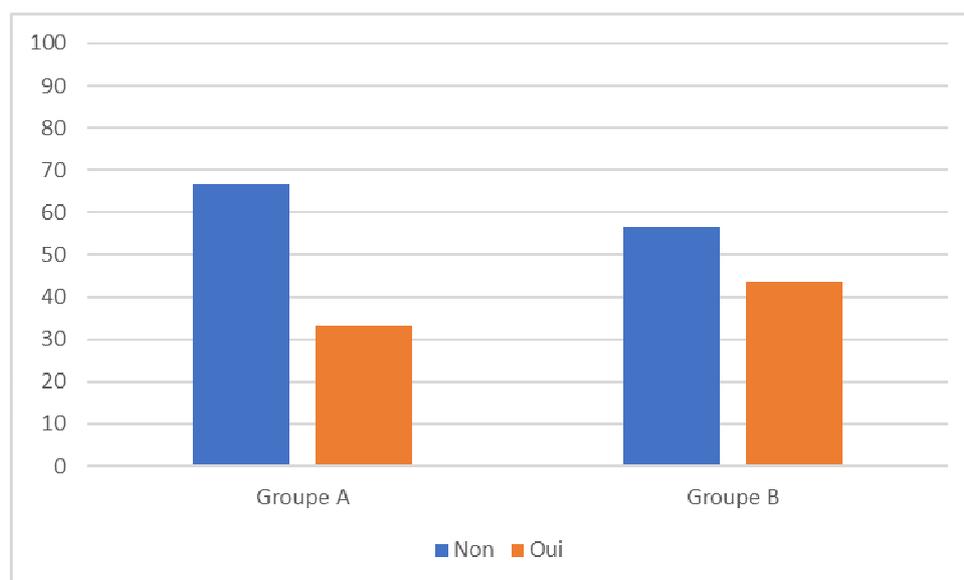
Significativement plus de patients ont essayé d'arrêter de fumer seuls plutôt qu'avec une aide ( $p < 0.01$ ), la différence n'étant significative que pour les patients B ( $p = 0.01$ ). Parmi les patients ayant déjà réalisé une tentative d'arrêt, 33.3% ont été aidés (29.6% ont déjà utilisé une substitution nicotinique et 11.1% un accompagnement par des soignants) et 55.6% déclarent avoir réussi à arrêter de fumer.

De plus, 93.3% des patients qui déclarent avoir réussi à arrêter ont maintenu cet arrêt pendant au moins une semaine. Au total, 41.2% des patients interrogés ont déjà réussi à arrêter de fumer pendant une semaine au moins (33.3% des patients A et 43.5% des patients B).

Parmi le groupe de patient A comme celui de patient B, le pourcentage d'arrêt de 6 mois ou plus et celui d'arrêt de 12 mois ou plus est identique. Il n'existe pas de différence significative entre les patients A et les patients B déclarant avoir réussi à arrêter et ayant réussi à arrêter pendant 12 mois ou plus. Ils sont respectivement 50% et 60% à avoir réussi à prolonger cet arrêt pendant 12 mois ou plus.

#### Cinquième question :

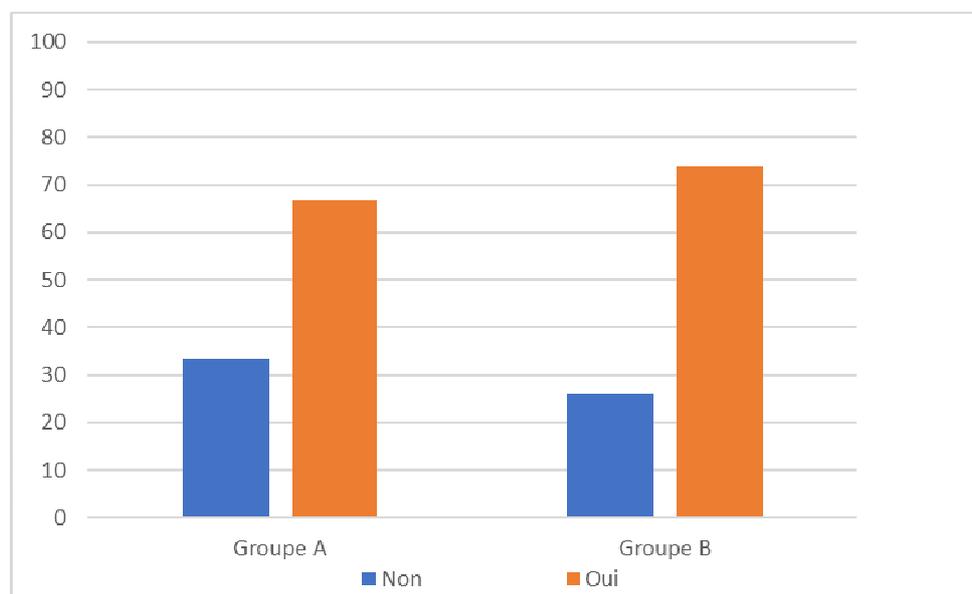
**Rappel de la question posée : « Actuellement, souhaiteriez-vous arrêter de fumer ? »**



Graphique 1.11 :

## Sixième question :

Rappel de la question posée : « Actuellement, souhaiteriez-vous diminuer votre consommation ? »



Graphique 1.12 :

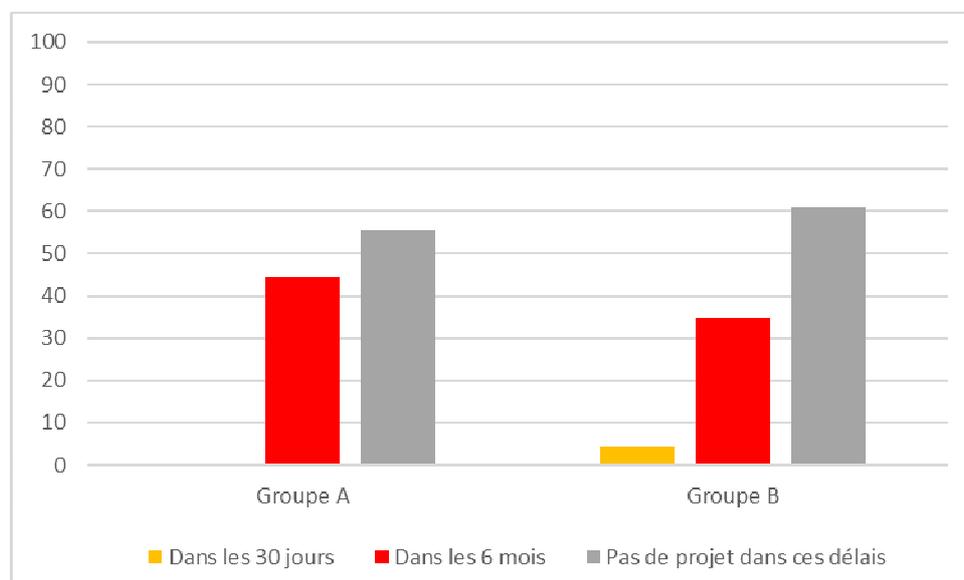
## Commentaires :

Si 41.2% des patients interrogés souhaitent arrêter de fumer ( $p = 0.15$ ), ils sont cependant 73.5% à souhaiter diminuer leur consommation ( $p < 0.01$ ). La différence n'est significative que pour les patients B ( $p = 0.02$ ).

Tous les patients A ( $p < 0.01$ ) et 69.2% des patients B ( $p < 0.01$ ) qui déclarent actuellement ne pas souhaiter arrêter leur consommation ont pourtant déjà réalisé une tentative d'arrêt. De plus, si 16.7% ( $p = 0.04$ ) des patients A déclarant ne pas actuellement souhaiter arrêter de fumer ont déjà réussi à arrêter pendant 12 mois ou plus, chez les patients B, ils sont 23.1% ( $p = 0.01$ ) à être dans ce cas.

## Septième question :

Rappel de la question posée : « Pensez-vous arrêter de fumer : Dans les 30 jours ?, dans les 6 mois ? »



Graphique 1.13 :

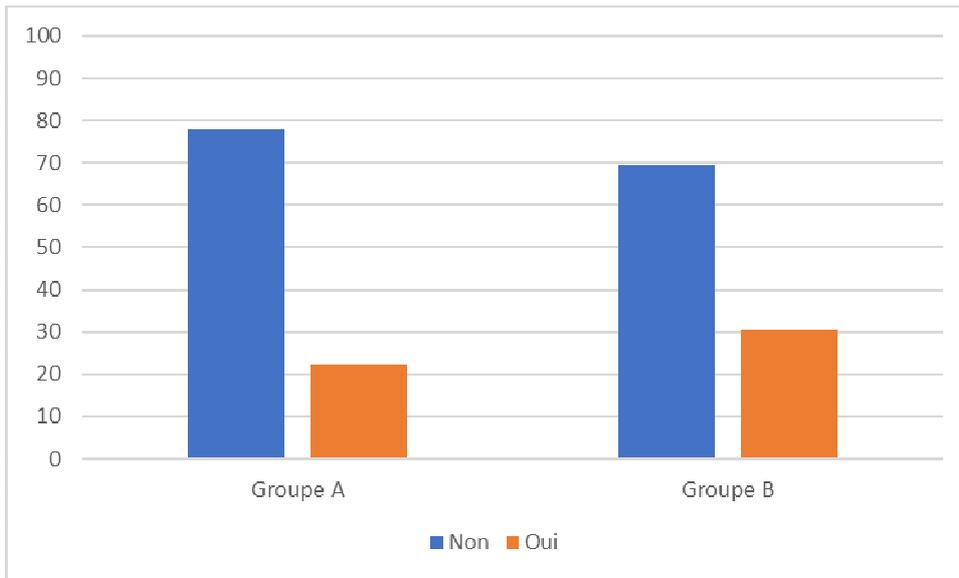
## Commentaires :

Parmi les patients interrogés, 41.2% ( $p = 0.15$ ) d'entre eux partagent le projet d'un arrêt dans le mois ou dans les 6 mois. On remarque que 44.4% des patients A ( $p = 0.64$ ) et 39.1% des patients B ( $p = 0.15$ ) partagent ce projet d'arrêt dans ces délais.

Les patients A ( $p = 0.04$ ) comme les patients B ( $p = 0.01$ ) sont significativement plus nombreux à avoir un projet d'arrêt dans les 6 mois que dans le mois à venir.

**Huitième question :**

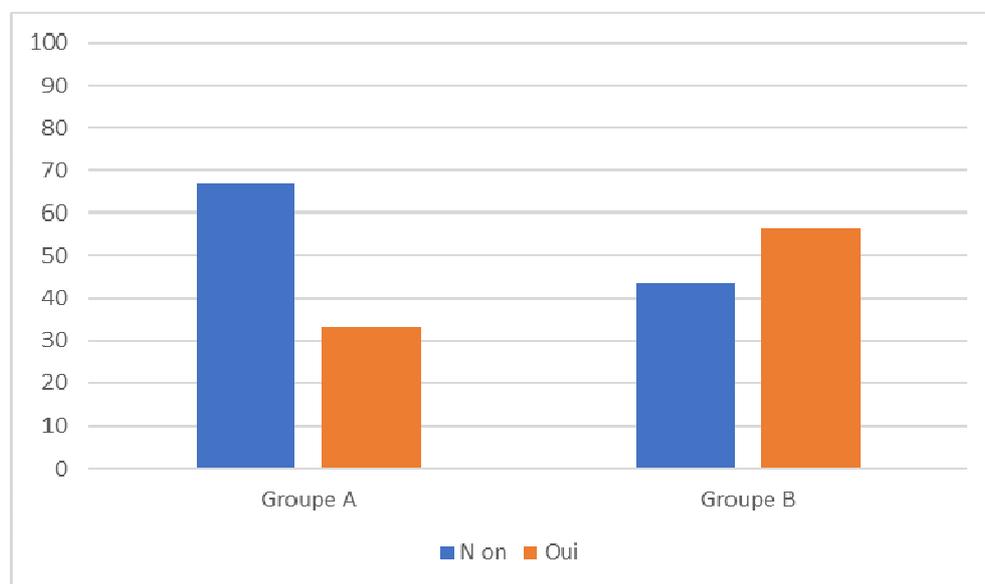
**Rappel de la question posée : « Avez-vous déjà reçu de l'aide ou une proposition d'aide à l'arrêt du tabac ou à la réduction de votre consommation de la part d'un soignant ? »**



Graphique 1.14 :

## Neuvième question :

Rappel de la question posée : « Souhaiteriez-vous une telle aide ? »



Graphique 1.15 :

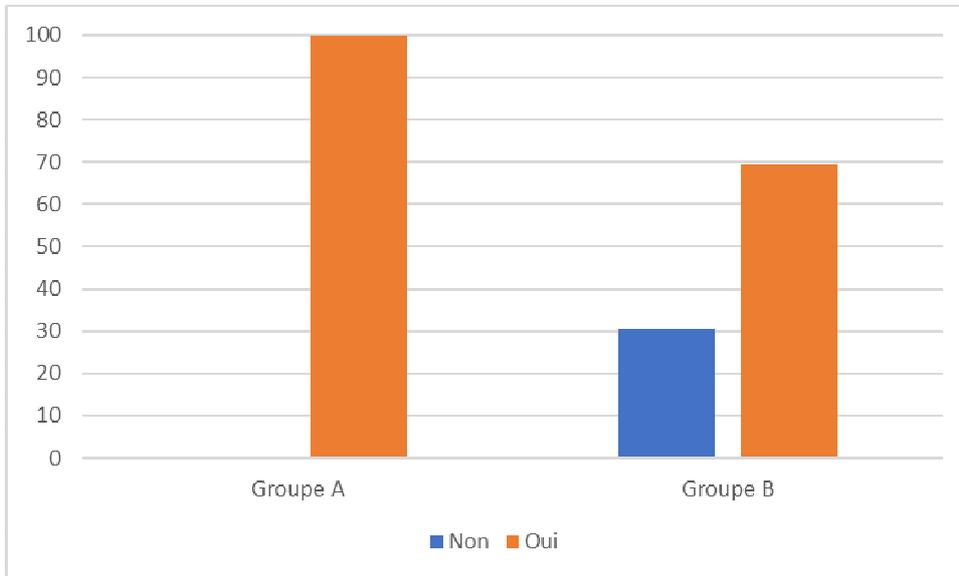
## Commentaires :

Parmi les patients interrogés, 70.6% ( $p < 0.01$ ) déclarent ne jamais avoir reçu de proposition d'aide à l'arrêt ou à la réduction de leur consommation de la part d'un soignant. Cette différence est significative pour les patients A ( $p = 0.03$ ) et B ( $p = 0.01$ ). Et 52.9% des patients interrogés souhaitent une aide de la part des soignants pour arrêter ou réduire leur consommation.

On remarque aussi que 78.6% ( $p < 0.01$ ) des patients qui déclarent actuellement vouloir arrêter de fumer souhaitent une aide de la part des soignants (avec 33.3% des patients A et 90% des patients B), pour 64.3% ( $p = 0.04$ ) parmi les patients qui souhaitent arrêter ou réduire leur consommation (37.5% des patients A et 72.2% des patients B) et 50% parmi ceux qui ne souhaitent que réduire leur consommation.

### Dixième question :

Rappel de la question posée : « Le tabac m'est nécessaire pour calmer mes troubles »



Graphique 1.16 :

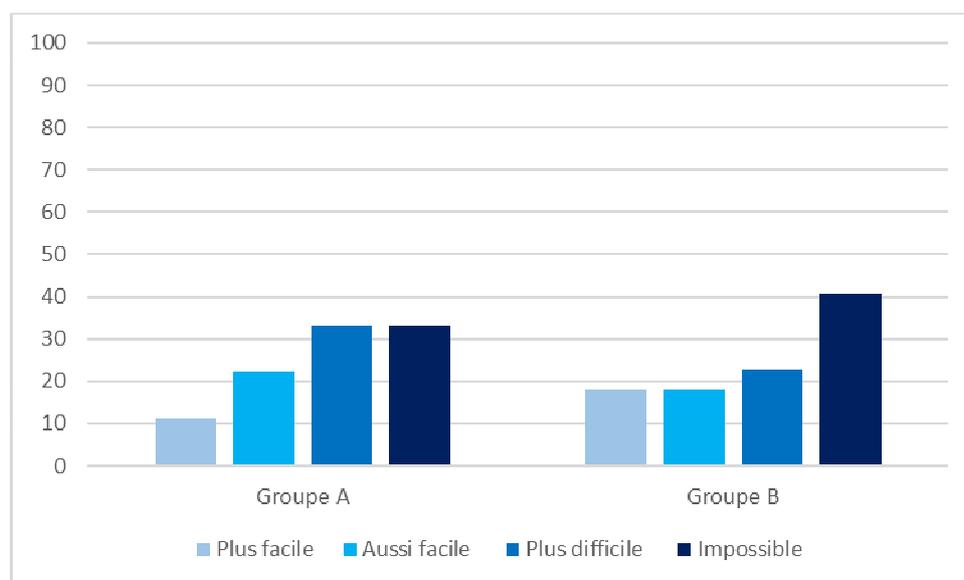
### Commentaires :

Parmi les patients interrogés, 76.5% considèrent que le tabac est nécessaire pour calmer leurs troubles ( $p < 0.01$ ). Significativement plus de patients A ( $p < 0.01$ ) et B ( $p = 0.01$ ) répondent positivement à cette question.

Les patients A sont significativement plus nombreux à considérer que le tabac est nécessaire pour calmer leurs troubles que les patients B ( $p = 0.07$ ).

## Onzième question :

Rappel de la question posée : « Selon vous, pour une personne hospitalisée en psychiatrie, arrêter de fumer est, comparativement à une personne non hospitalisée en psychiatrie ... »



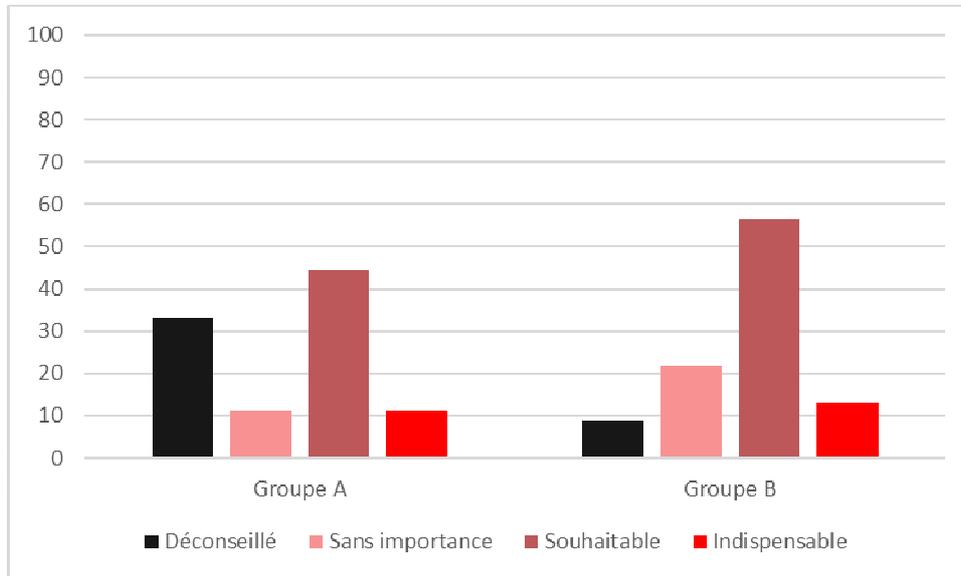
Graphique 1.17 :

## Commentaires :

On remarque que 66.7% ( $p = 0.18$ ) des patients A et 63.6% des patients B ( $p = 0.08$ ) considèrent l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie comme étant plus difficile ou impossible, comparativement à une personne non hospitalisée dans un service de Psychiatrie.

## Douzième question :

Rappel de la question posée : « Selon vous, pour une personne hospitalisée en psychiatrie, arrêter de fumer est »



Graphique 1.18 :

## Commentaires :

Les patients sont significativement plus nombreux à répondre que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie est souhaitable par rapport aux autres réponses proposées ( $p < 0.01$  pour les toutes les autres réponses). La différence n'est cependant significative que pour les patients B ( $p = 0.02$  pour la réponse « sans importance »,  $p < 0.01$  pour les réponses « déconseillé » et « indispensable »).

Les patients A sont significativement plus nombreux que les patients B à considérer que l'arrêt du tabac pour un patient hospitalisé en Psychiatrie est déconseillé ( $p < 0.01$ ).

## ***II. Questionnaire Patients de sortie d'Hospitalisation***

Seulement 11 questionnaires de sortie d'hospitalisations ont été récupérés. De plus, certains de ces questionnaires ne sont pas entièrement remplis.

Ce faible effectif ne nous permet pas de réaliser une analyse statistique fiable, en particulier en fonction des deux groupes A et B, comme réalisé dans le questionnaire d'entrée d'hospitalisation.

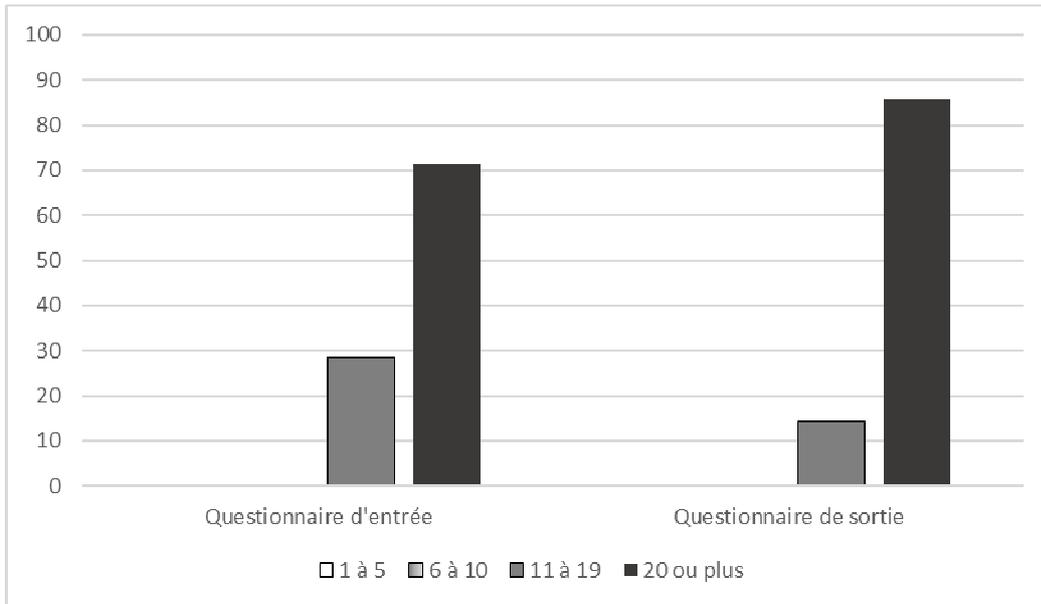
Cependant à visée indicative, nous avons réalisé l'analyse des résultats pour l'ensemble des patients ayant répondu à ce questionnaire de sortie.

Pour les questions identiques dans les deux questionnaires, les graphiques représentent les résultats du questionnaire d'entrée et de sortie, uniquement pour les patients ayant répondu aux deux questions.

### **Première question :**

#### **Rappel de la question posée : « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? »**

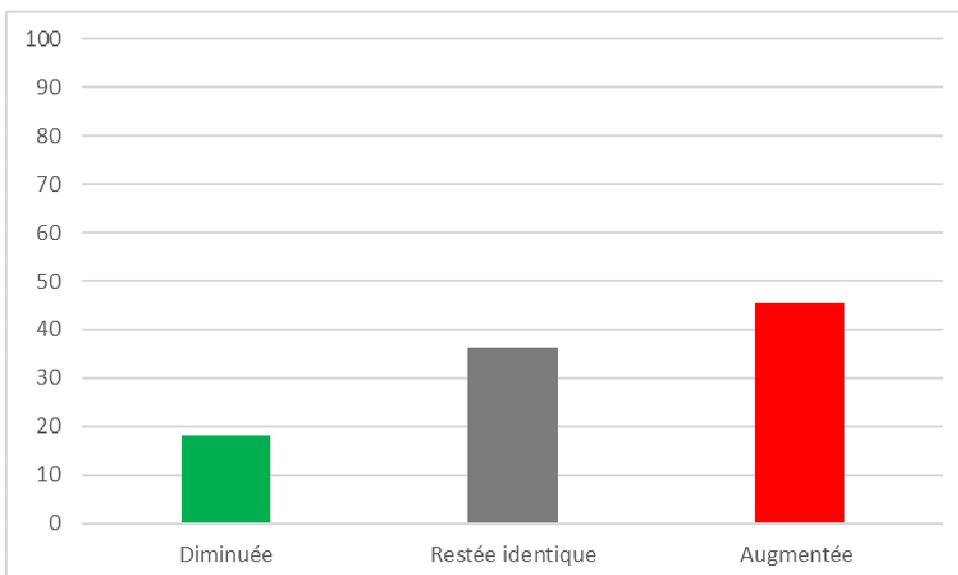
En moyenne, les patients répondants à cette question fument 26 cigarettes par jour. A l'entrée, ces mêmes patients fumaient en moyenne 25 cigarettes par jour.



Graphique n° 2.1 :

**Deuxième question :**

**Rappel de la question posée : « Durant votre hospitalisation, votre consommation a ... ? »**



Graphique n°2.2

### « pour quelle raison ? »

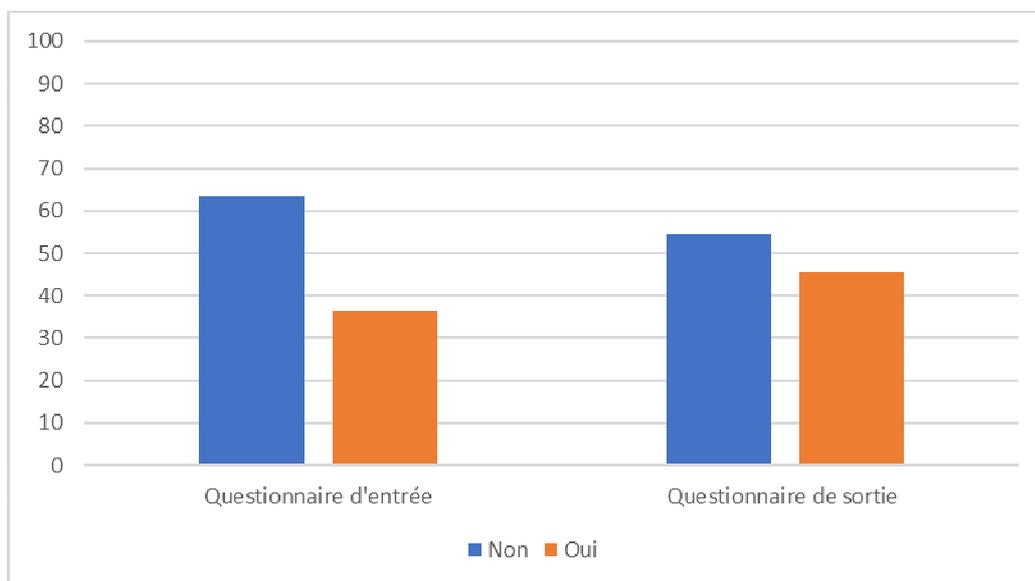
Parmi les patients déclarant avoir augmenté leur consommation pendant l'hospitalisation, 60% mettent en avant l'ennui pour expliquer cette variation.

### Commentaires :

Si 45.5% des patients déclarent avoir augmenté leur consommation de tabac durant leur hospitalisation, on ne remarque pas de modifications de cette consommation dans les résultats de la première question.

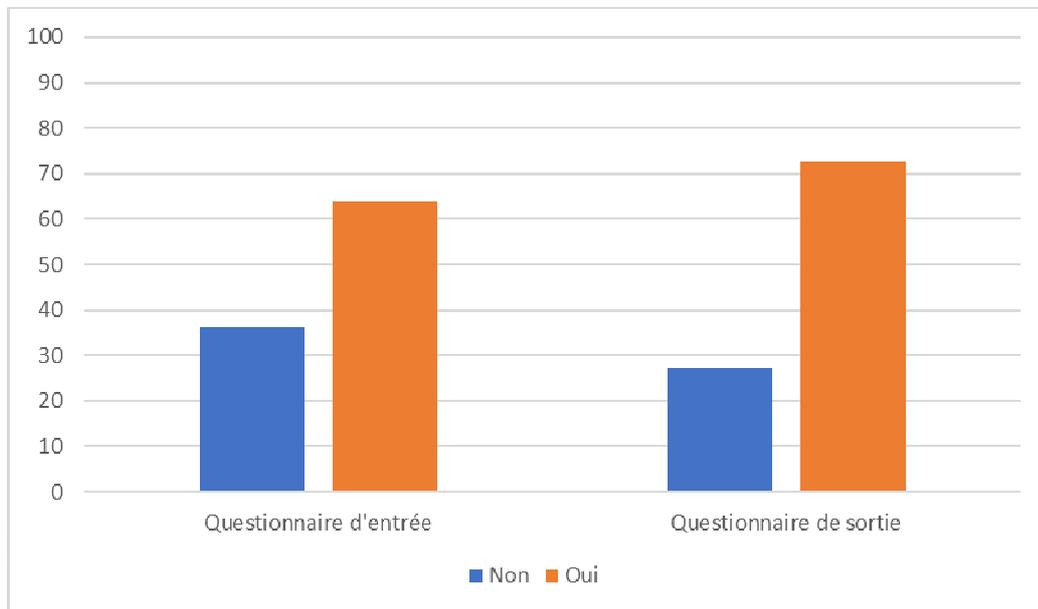
### Troisième question :

Rappel de la question posée : « Actuellement, souhaiteriez-vous arrêter de fumer ? »



Graphique n°2.3 :

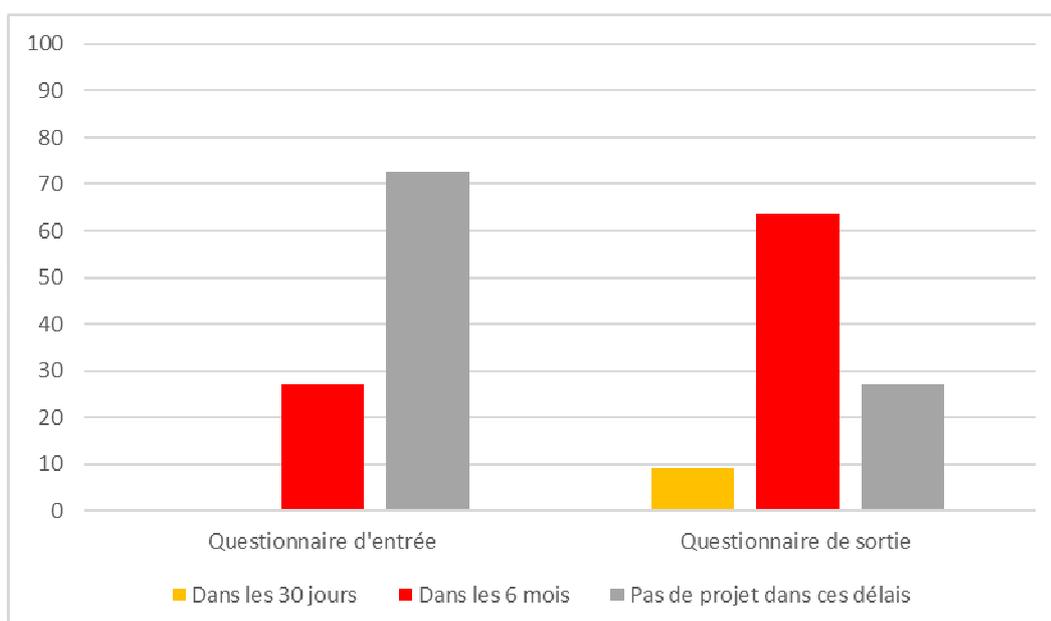
## « Réduire votre consommation ? »



Graphique n°2.4

## Quatrième question :

Rappel de la question posée : « Pensez-vous arrêter de fumer dans... »



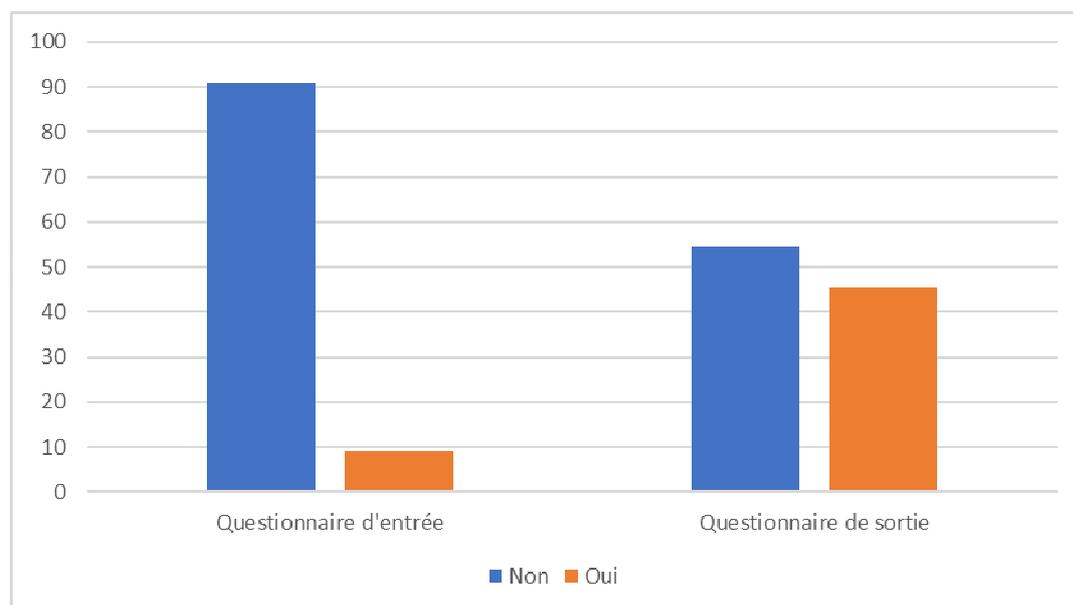
Graphique n°2.5

**Commentaires :**

On remarque une tendance à l'augmentation du pourcentage de patients souhaitant agir sur sa consommation à la fin de l'hospitalisation, en particulier sur les projets d'arrêt dans les 6 mois.

**Cinquième question :**

**Rappel de la question posée : « Vous a-t-on proposé de l'aide pour réduire ou arrêter votre consommation pendant votre hospitalisation ? »**



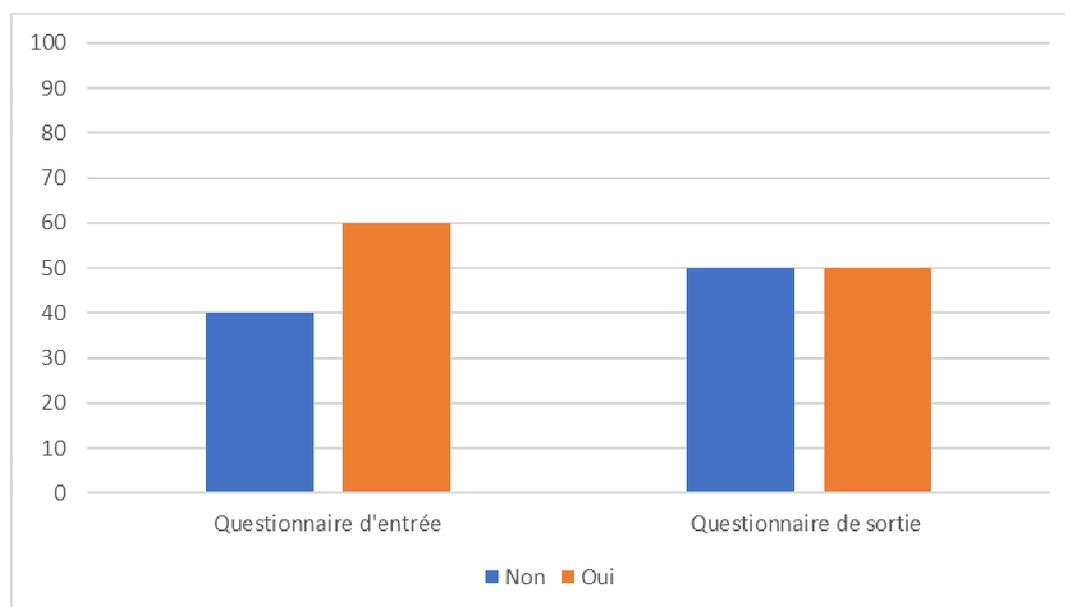
Graphique n°2.6

### Commentaires :

On remarque une augmentation du taux de patients ayant reçu une proposition d'aide au cours de leur hospitalisation.

### Sixième question :

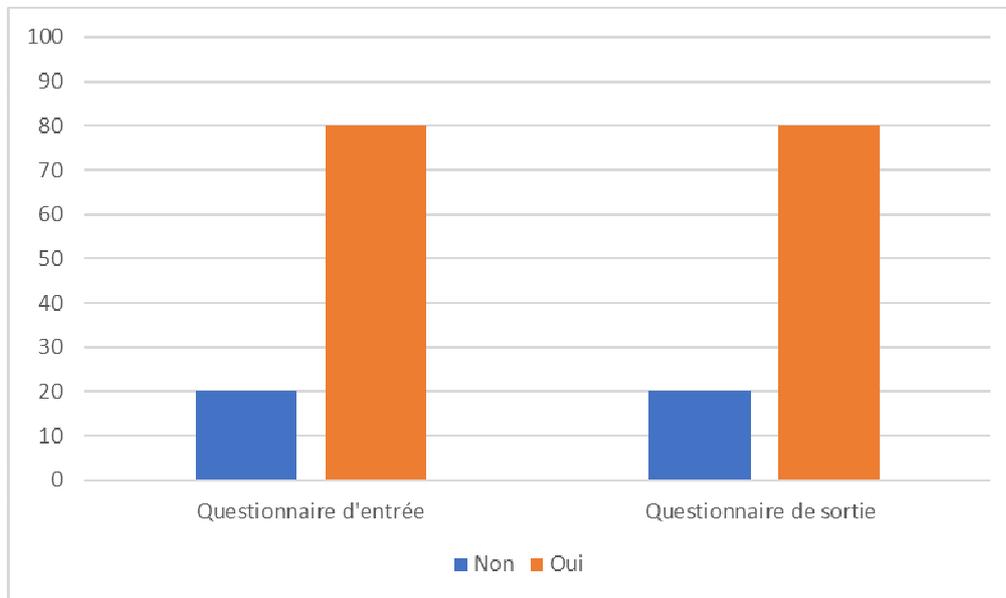
Rappel de la question posée : « Si la réponse est non, Auriez-vous voulu que cela vous soit proposé ? »



Graphique n°2.7

### Septième question :

Rappel de la question posée : « Le tabac m'est nécessaire pour calmer mes troubles »



Graphique n°2.8

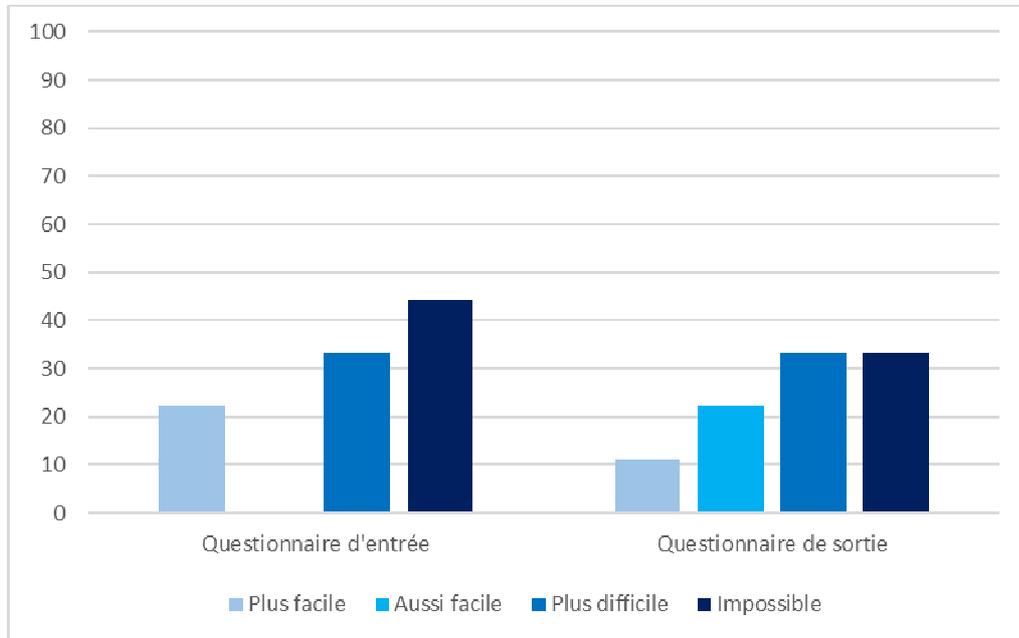
### Commentaires :

Parmi les patients ayant répondu à cette question, aucun n'a modifié sa réponse entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation.

L'hospitalisation semble ne jouer aucun rôle dans la perception du rôle joué par le tabagisme dans la gestion des symptômes des patients.

## Huitième question :

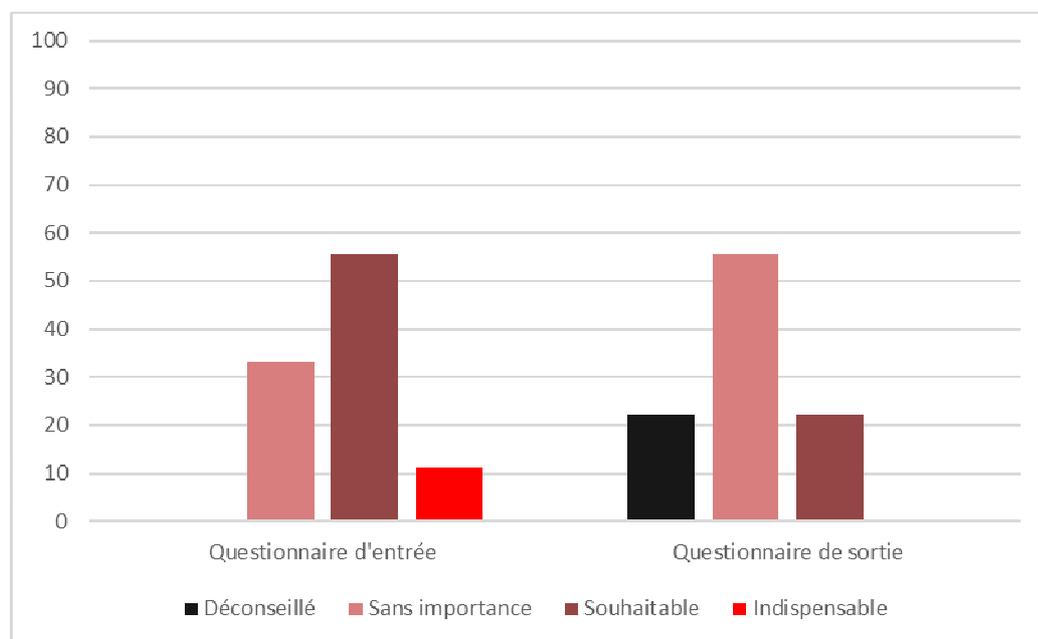
Rappel de la question posée : « Selon vous, pour une personne hospitalisée en psychiatrie, arrêter de fumer est ... »



Graphique n°2.9

## Neuvième question :

Rappel de la question posée : « Selon vous, pour une personne hospitalisée en psychiatrie, arrêter de fumer est ... »



Graphique n°2.10 : Résultats de la question n°12 du questionnaire d'entrée et n°9 du questionnaire de sortie.

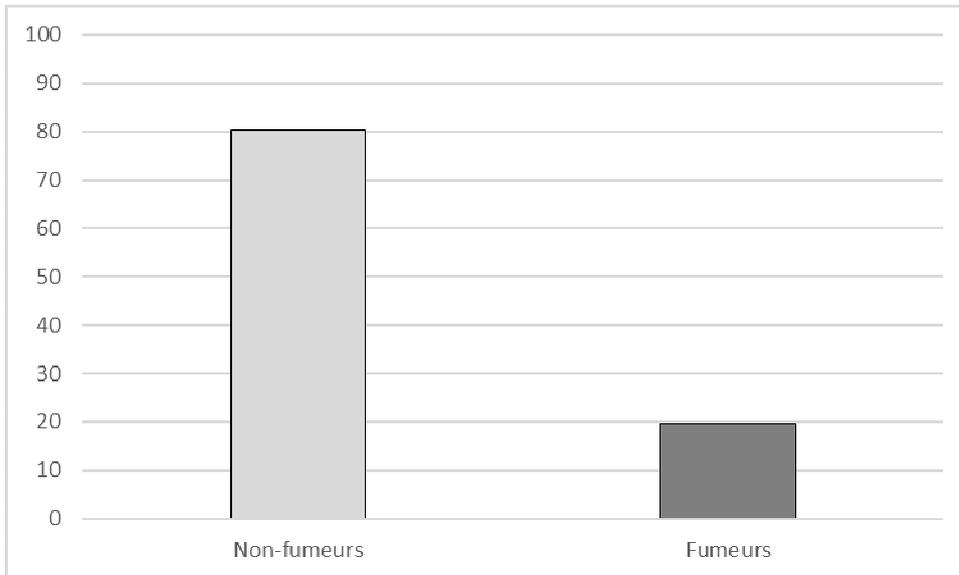
## Commentaires :

A la fin de leur hospitalisation, les patients sont plus nombreux à considérer que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie est déconseillé ou sans importance, au détriment des réponses « souhaitable » et « indispensable ».

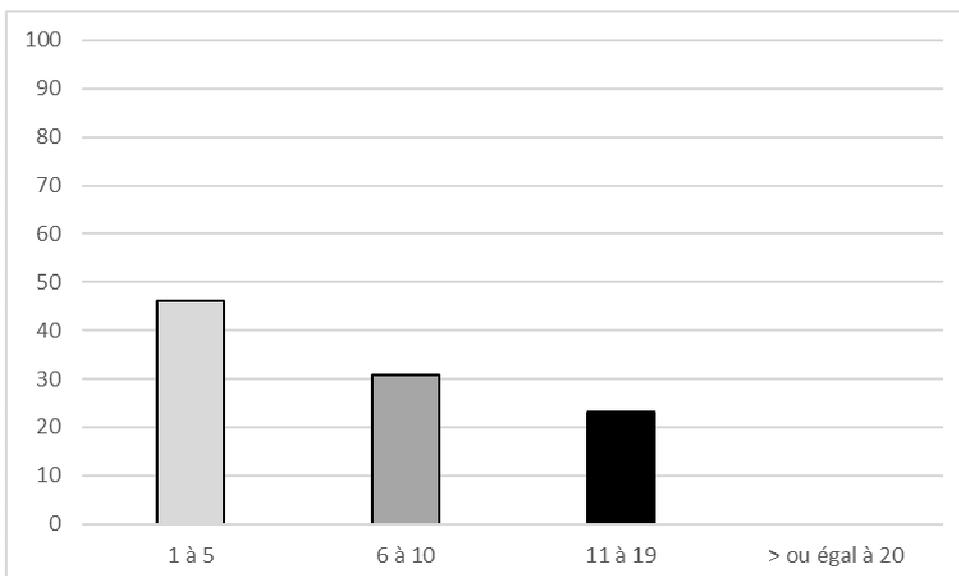
### III. Questionnaire Soignant

Première question :

Rappel de la question posée : « Combien de cigarette fumez-vous par jour ? »



Graphique n°3.1 : Pourcentage de NF et de F chez les soignants interrogés



Graphique n°3.2 : Répartition des soignants F selon leur consommation de tabac.

En moyenne, les soignants F fument 8.7 cigarettes par jour.

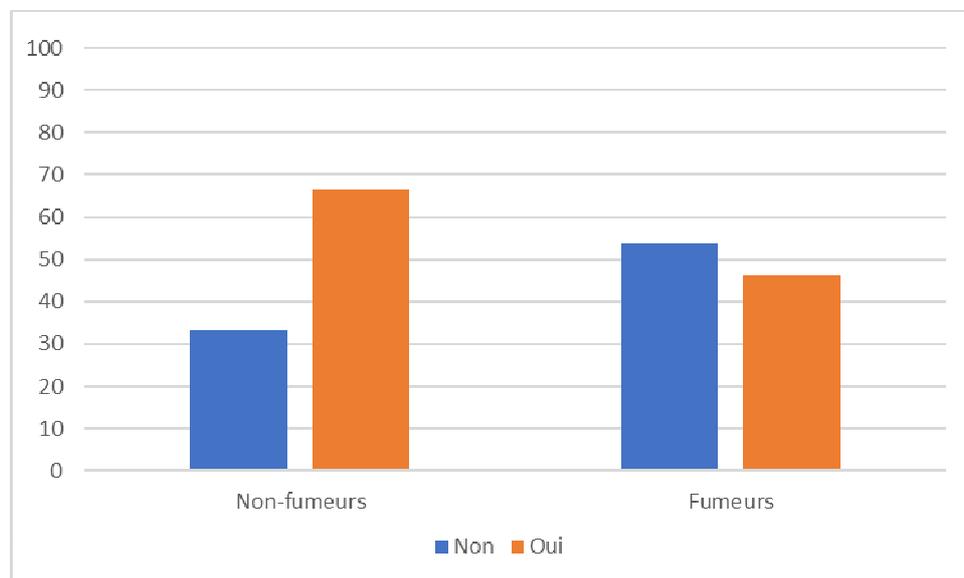
### Commentaires :

Il y a significativement plus de NF ( $p < 0.01$ ) parmi les soignants ayant répondu à ce questionnaire.

Les soignants F sont significativement plus nombreux à déclarer consommer 10 cigarettes par jour ou moins que davantage ( $p = 0.01$ ).

### Deuxième question :

**Rappel de la question posée : « Pensez-vous que votre consommation / non consommation influence votre regard sur le tabagisme de vos patients ? »**



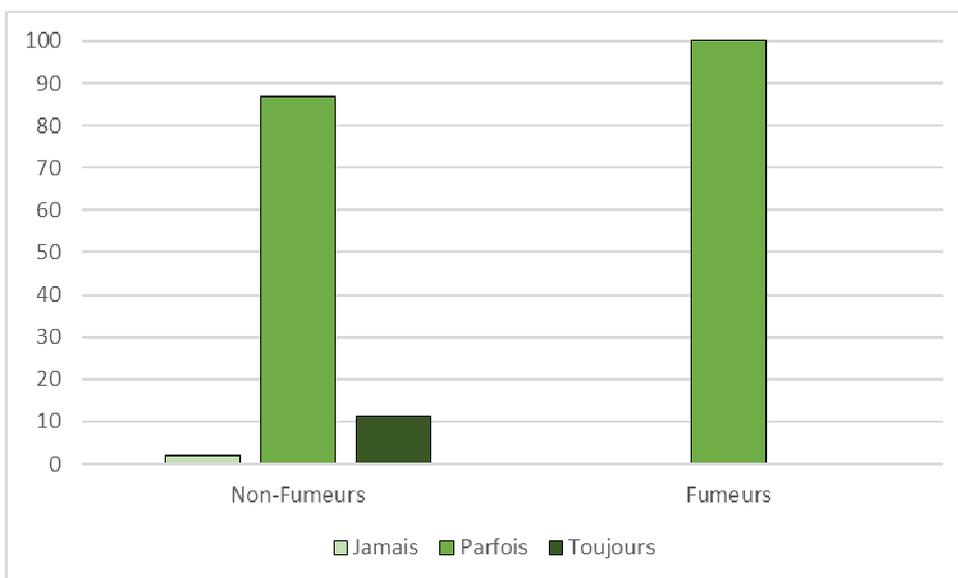
Graphique n°3.3

### Commentaires :

Seuls les NF sont significativement ( $p < 0.01$ ) plus nombreux à penser que leur non-consommation influence leur regard sur la consommation de tabac de leurs patients.

### Troisième question :

Rappel de la question posée : « Abordez-vous la question du tabac, de sa réduction ou de son arrêt avec vos patients ? »



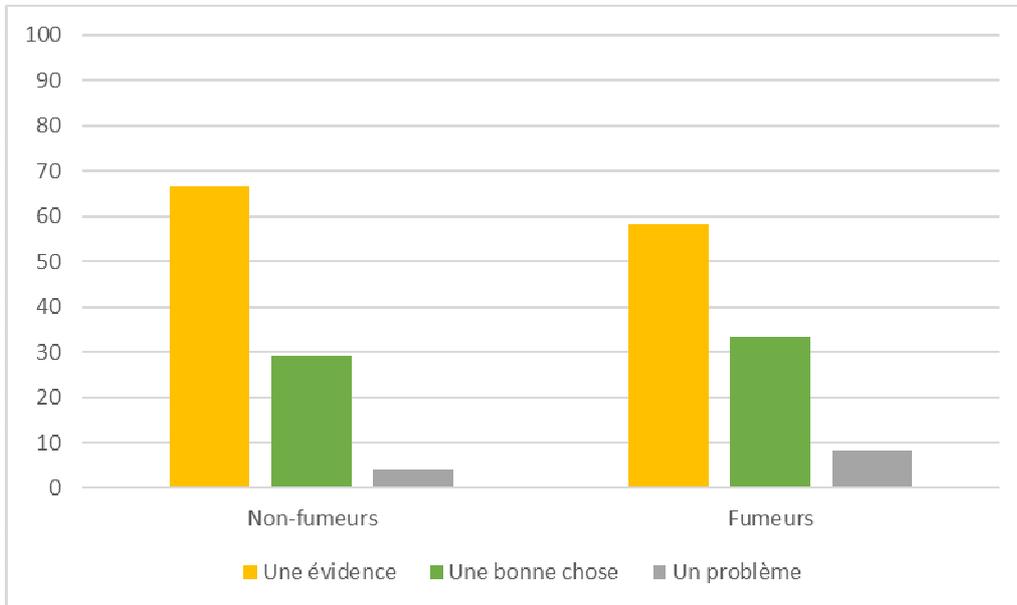
Graphique n°3.4

### Commentaires :

Les NF ( $p < 0.01$ ) et les F ( $p = 0.09$ ) sont significativement plus nombreux à répondre « parfois » que les autres réponses proposées lorsqu'on leur demande s'ils abordent la question du tabac avec leurs patients.

#### Quatrième question :

Rappel de la question posée : « L'interdiction actuelle du tabac dans les locaux de l'Hôpital est »



Graphique n°3.5

#### Commentaires :

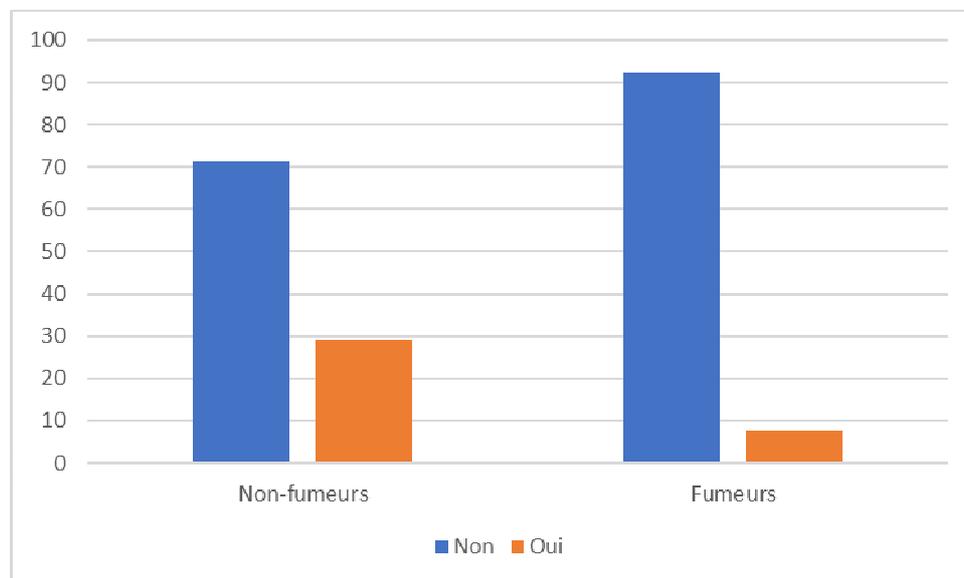
Les NF sont significativement plus nombreux à répondre que l'interdiction du tabac dans les locaux de l'Hôpital est une évidence par rapport aux autres réponses proposés ( $p < 0.1$  pour les réponses « une bonne chose » et « un problème »).

Les F, quant à eux, sont significativement plus nombreux à penser qu'il s'agit d'une évidence ( $p = 0.02$ ) plutôt qu'un problème.

Les NF ( $p < 0.01$ ) comme les F ( $p < 0.01$ ) sont significativement plus nombreux à considérer que cette interdiction est une évidence ou une bonne chose plutôt qu'un problème. Au total, 95% des soignants (95.8% des NF et 91.7% des F) semblent avoir une perception positive de l'interdiction du tabac dans les services hospitaliers.

### Cinquième question :

Rappel de la question posée : « Pensez-vous que le temps de l'hospitalisation en psychiatrie est un bon moment pour la prise en charge du tabac ? »



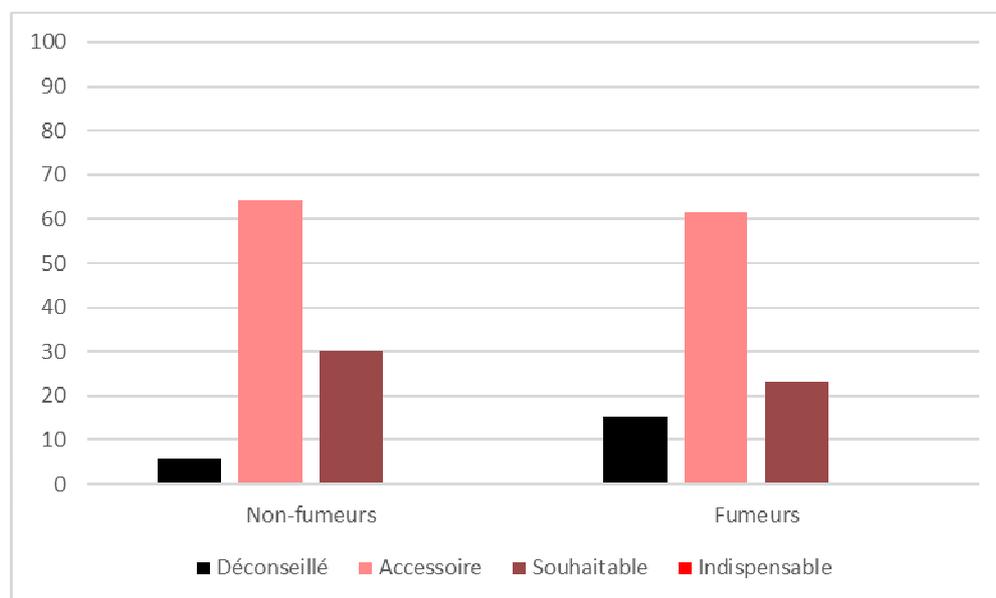
Graphique n°3.6

### Commentaires :

Les NF ( $p < 0.01$ ) comme les F ( $p < 0.01$ ) sont significativement plus nombreux à penser que le temps de l'hospitalisation en psychiatrie n'est pas un bon moment pour la prise en charge du tabac.

## Sixième question :

Rappel de la question posée : « Selon vous, pour un patient présentant un trouble Psychiatrique, arrêter de fumer est »



Graphique n°3.7

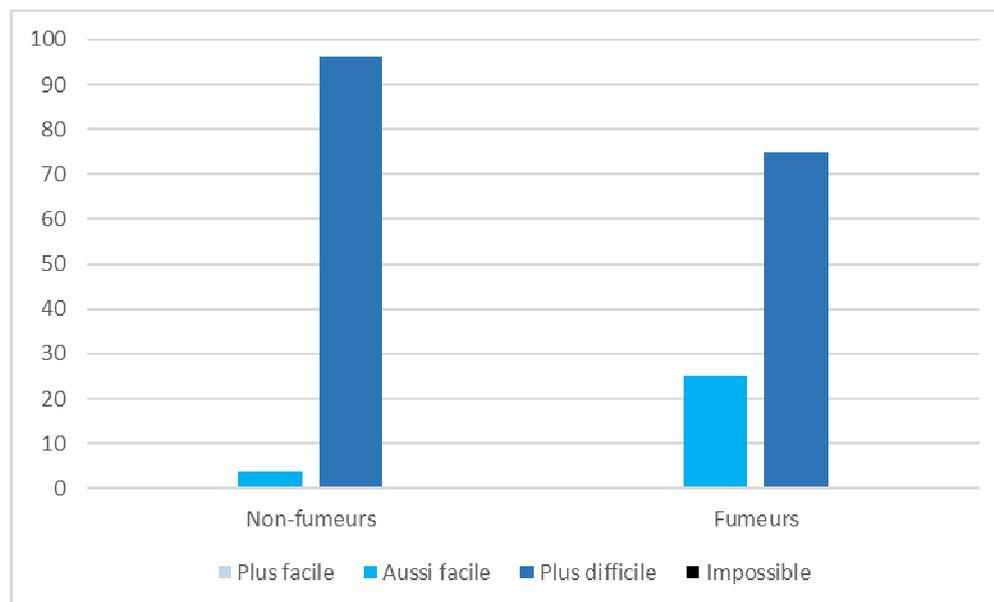
## Commentaires :

Les NF sont significativement plus nombreux à répondre que l'arrêt du tabagisme pour un patient présentant un trouble psychiatrique est accessoire par rapport aux autres réponses proposées ( $p < 0.01$ ).

De même, les F sont significativement plus nombreux à répondre que l'arrêt du tabagisme pour un patient présentant un trouble psychiatrique est accessoire par rapport aux autres réponses proposées ( $p = 0.02$  pour la réponse « déconseillé »,  $p = 0.06$  pour « souhaitable »,  $p < 0.01$  pour « indispensable »).

### Septième question :

Rappel de la question posée : « Selon vous, pour une personne présentant une maladie mentale, arrêter de fumer est »



Graphique n°3.8

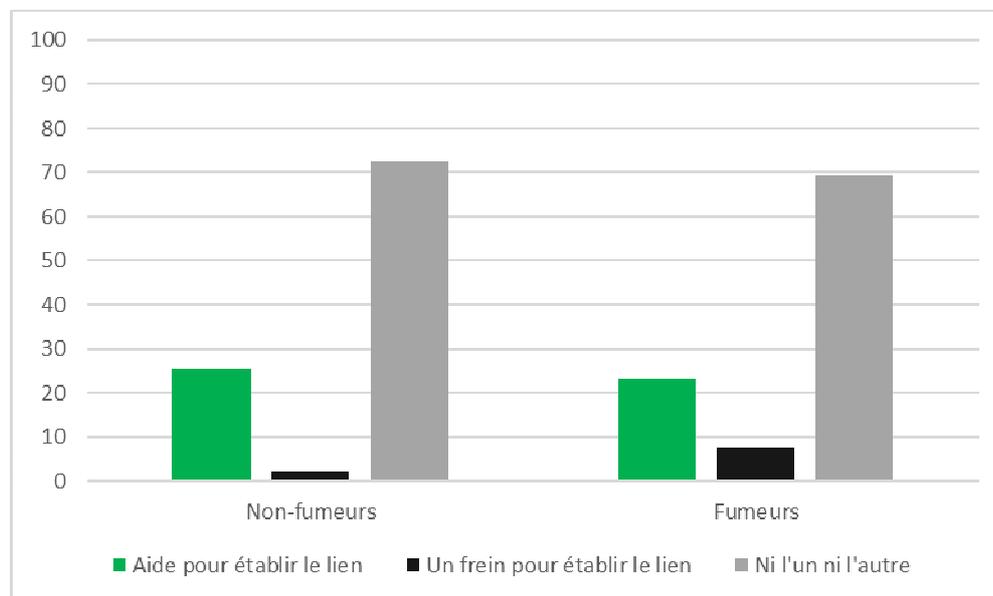
### Commentaires :

Les NF sont significativement plus nombreux à penser qu'il est plus difficile d'arrêter de fumer pour une personne présentant une maladie mentale ( $p < 0,01$  pour toutes les autres réponses disponibles). La situation est la même pour les F ( $p < 0.01$  pour la réponse « plus facile »,  $p = 0.02$  pour « aussi facile » et  $p < 0.01$  pour « impossible »).

De plus, les F sont significativement plus nombreux que les NF à considérer que leur arrêt est aussi facile ( $p = 0.02$ ) et les NF significativement plus nombreux que les F à considérer qu'il est plus difficile ( $p = 0.02$ ).

## Huitième Question :

Rappel de la question posée : « Pour vous, le fait de fumer en tant que membre de l'équipe de soin est »



Graphique n°3.9

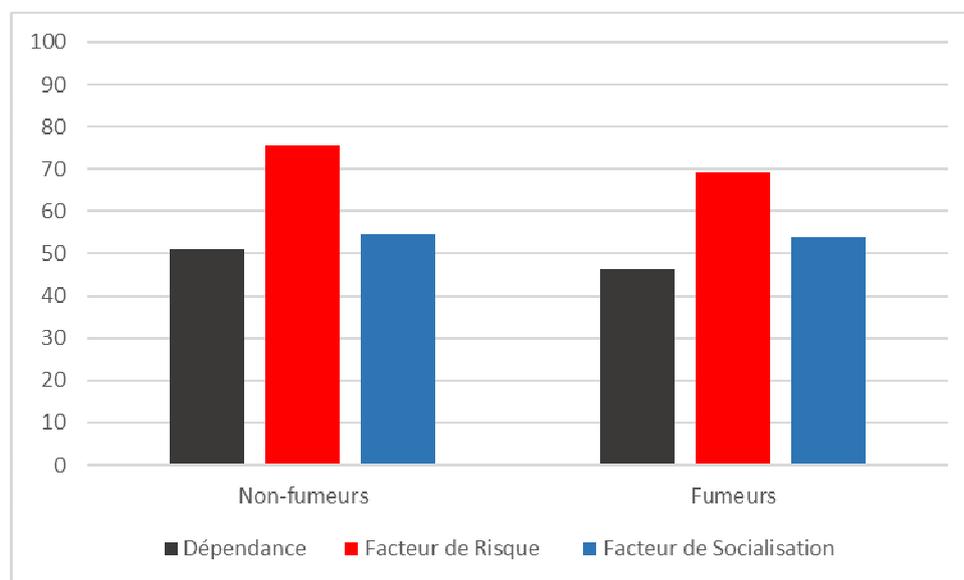
## Commentaires :

Les NF sont significativement plus nombreux à considérer que le fait de fumer n'a pas d'influence pour établir un lien avec les patients ( $p < 0.01$  pour les deux autres réponses proposées). Cette différence est aussi significative pour les F ( $p < 0.01$  pour la réponse « un frein pour établir le lien » et  $p = 0.03$  pour la réponse « aide pour établir le lien »).

### Neuvième question :

Rappel de la question posée : « Pour vos patients, la consommation de tabac est ?

(Plusieurs réponses possibles) »



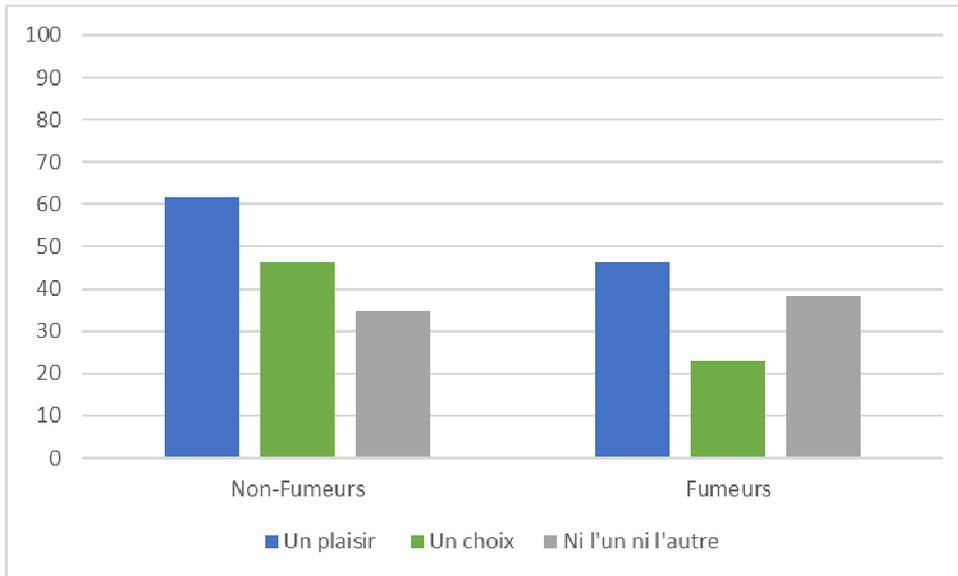
Graphique n°3.10

### Commentaires :

Les NF ( $p < 0.01$ ) comme les F ( $p = 0.06$ ) sont significativement plus nombreux à penser que le tabagisme est un facteur de risque et de vulnérabilité supplémentaire pour leurs patients. Plus de la moitié des soignants considèrent cependant qu'il s'agit d'un facteur de socialisation.

### Dixième question :

Rappel de la question posée : « Pour vos patients, la consommation de tabac est ?  
(Plusieurs réponses possibles) »



Graphique n°3.11

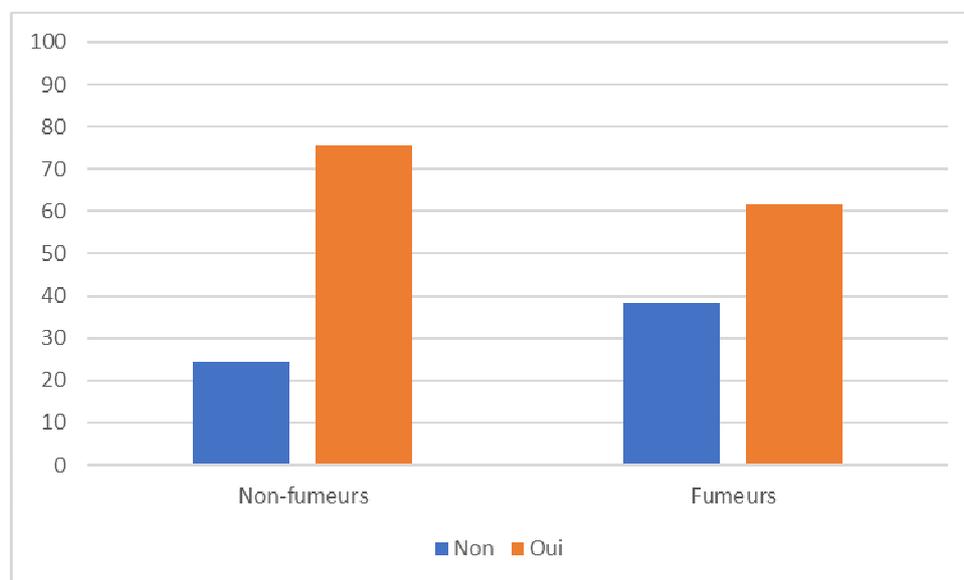
### Commentaires :

Les NF sont significativement plus nombreux à répondre positivement lorsqu'on leur demande si le tabac est un plaisir pour leurs patients ( $p = 0.02$ ), alors que la différence n'est pas significative chez les F.

Les F sont significativement plus nombreux à répondre négativement lorsqu'on leur demande si le tabac est un choix pour leurs patients ( $p = 0.01$ ), alors que la différence n'est pas significative chez les NF.

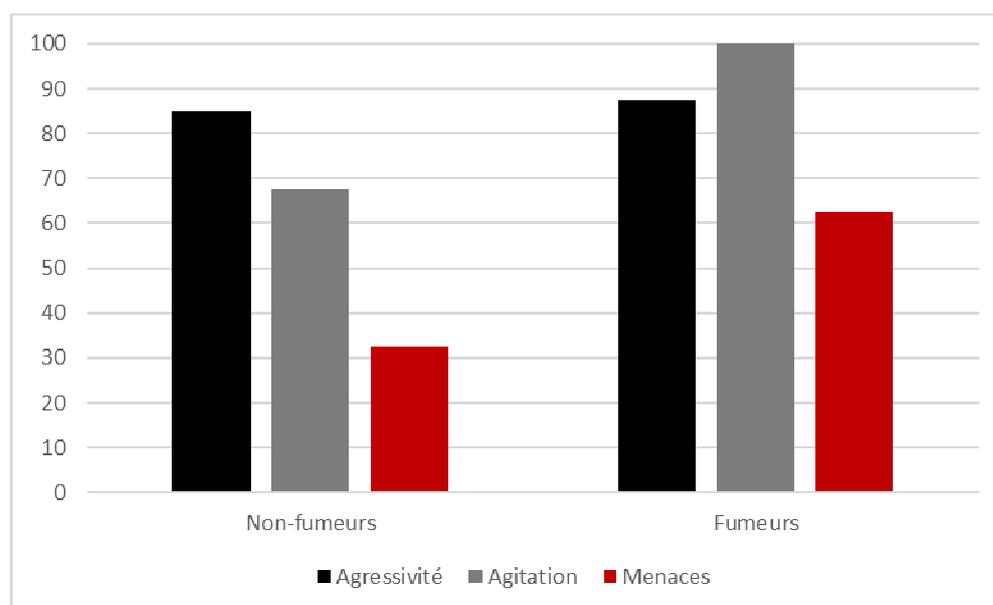
### Onzième question :

Rappel de la question posée : « Avez-vous des craintes quant à l'arrêt ou la réduction du tabac dans les services ? »



Graphique n°3.12

### « Si oui, lesquels ? »



Graphique n°3.13

**Commentaires :**

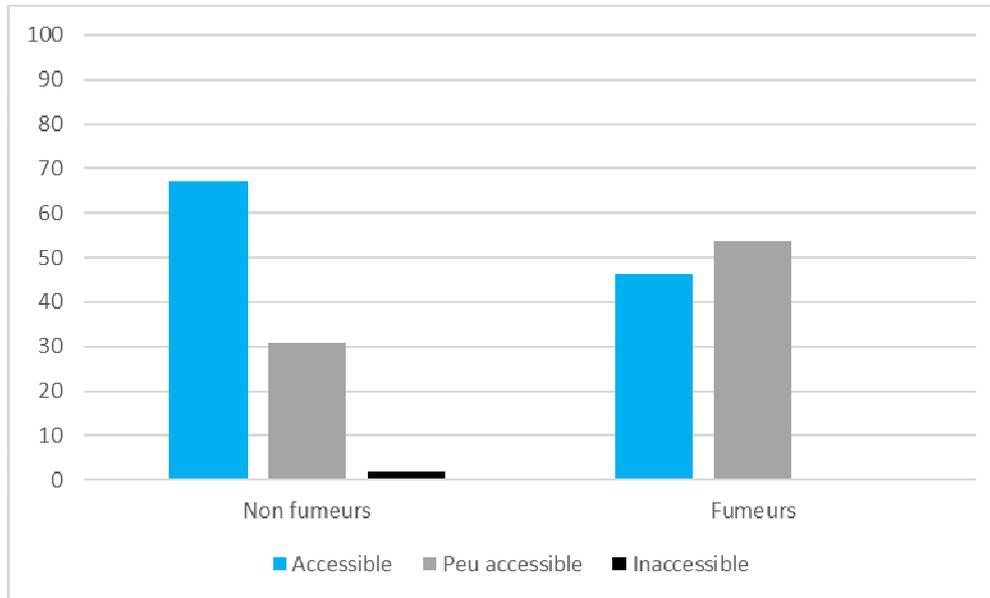
Les NF ( $p < 0.01$ ) sont significativement plus nombreux à avoir des craintes au sujet de l'arrêt ou de la réduction de la consommation de tabac de leurs patients, alors que la différence n'est pas significative chez les F.

Les NF comme les F sont significativement plus nombreux à répondre positivement lorsqu'on leur demande s'ils craignent de l'agressivité ( $p < 0.01$ ) ou de l'agitation ( $p < 0.01$ ) de la part de leurs patients en cas d'arrêt ou de réduction du tabagisme, et seuls les NF sont significativement moins nombreux à craindre des menaces ( $p < 0.01$ ).

Les F sont significativement plus nombreux que les NF à craindre de l'agitation ( $p = 0.07$ ).

## Douzième question :

Rappel de la question posée : « Actuellement, l'aide pour arrêter le tabac au sein de votre service vous semble ? »



Graphique n°3.14

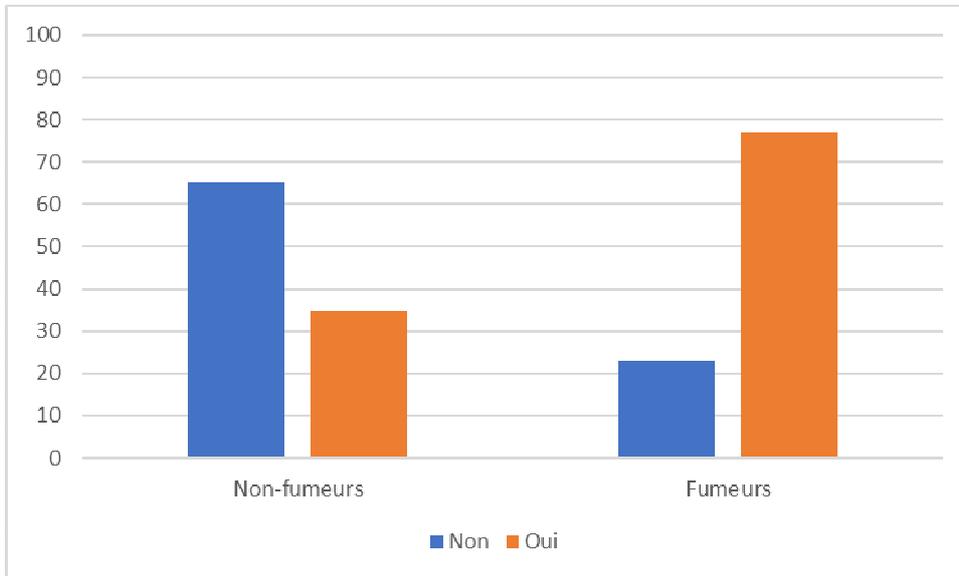
## Commentaires :

Les NF sont significativement plus nombreux à répondre que l'aide à l'arrêt du tabac est accessible au sein de leur service ( $p < 0.01$  pour toutes les autres réponses proposées). Ils sont aussi significativement plus nombreux à considérer que cette aide est peu accessible plutôt qu'inaccessible ( $p < 0.01$ ).

Les F quant à eux sont significativement plus nombreux à trouver que cette aide est accessible ( $p = 0.01$ ) ou peu accessible ( $p = 0.01$ ) plutôt qu'inaccessible. Il n'existe pas de différence significative entre les réponses « accessible » et « peu accessible » ( $p = 0.70$ ).

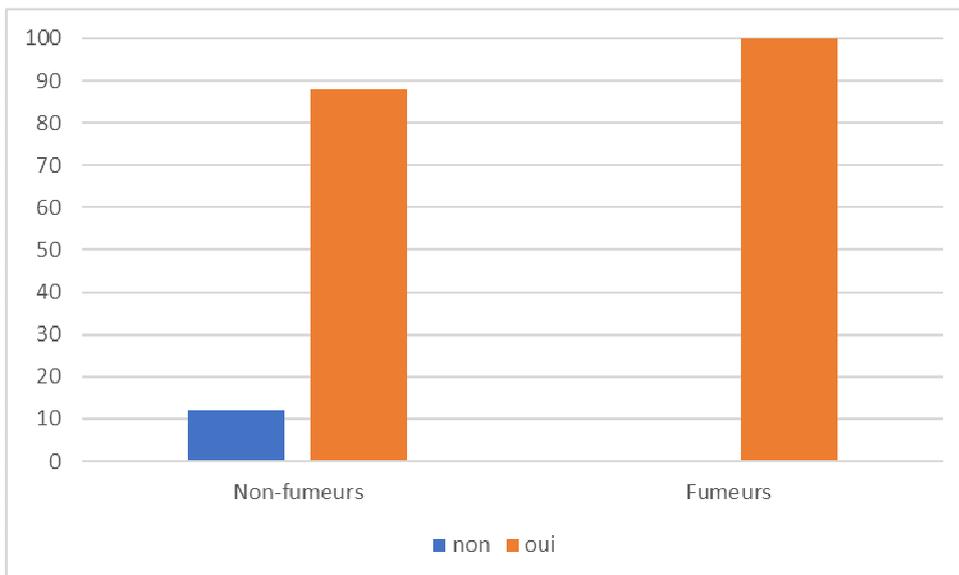
**Treizième question :**

**Rappel de la question posée : « Pensez-vous que vos connaissances ou votre formation sur le sujet est suffisante ? »**



Graphique n°3.15

**« Si non, Souhaiteriez-vous la compléter ? »**



Graphique n°3.16

## **Commentaires :**

Les NF sont significativement plus nombreux à considérer que leurs connaissances et leur formation sur le tabagisme sont insuffisantes ( $p < 0.01$ ). A l'inverse, les F sont significativement plus nombreux à considérer que leurs connaissances et leur formation sur le tabagisme sont suffisantes ( $p = 0.01$ ).

De plus, les NF sont significativement plus nombreux que les F à considérer que leurs connaissances ou formation sur le sujet sont insuffisantes ( $p < 0.01$ ).

## ***IV. Comparaisons avec les résultats du Dr Sémal***

### **IV.1. Patients**

Dans l'étude réalisée au Centre Psychothérapeutique de Valenciennes comme dans notre travail de Thèse, 41% des fumeurs déclarent souhaiter arrêter de fumer.

De même, dans les deux études, la proportion de patients déclarant ne pas avoir reçu de proposition d'aide spécifique pour gérer leur consommation de tabac est semblable : 67% dans l'étude du Dr Sémal, 71% dans cette étude.

## IV.2. Soignants

Dans les deux études, environ 20% des soignants se déclarent fumeurs.

Les soignants de Valenciennes sont 39% à déclarer aborder toujours la question du tabac avec les patients, 59% à l'aborder parfois et 2% à ne jamais l'aborder, les soignants de Boulogne-sur-mer sont respectivement 9%, 89% et 2% à répondre ainsi.

Les soignants de Valenciennes sont 64% à considérer l'interdiction du tabac à l'Hôpital comme une évidence, 27% comme une bonne chose et 9% comme un problème. Au centre de Psychiatrie de Boulogne-sur-Mer ils sont respectivement 65%, 30% et 5% à répondre dans ce sens.

Dans le questionnaire réalisé au Centre Psychothérapeutique de Valenciennes, 40% des soignants considèrent le temps de l'hospitalisation comme un bon moment pour la prise en charge du tabagisme, pour seulement 25% des soignants du centre de Psychiatrie de Boulogne-sur-Mer.

Les soignants du centre Psychothérapique de Valenciennes sont 67% à considérer le tabac comme une dépendance qu'il faut inciter à arrêter, 81% comme un facteur de risque et de vulnérabilité supplémentaire et 25% comme un facteur de socialisation. Dans le centre de Psychiatrie de Boulogne-sur-Mer, ils sont respectivement 50%, 74% et 55% à répondre dans ce sens .

30% des soignants de Valenciennes considèrent le fait de fumer eux même comme une aide pour établir un lien avec les patients pour 25% à Boulogne-sur-Mer. Et 56% des soignants de Valenciennes considèrent l'aide pour arrêter de la tabac comme peu accessible alors qu'ils sont 35% à Boulogne-sur-Mer.

## **Moyennes sur les deux populations de soignants**

Sur les 110 soignants répondants aux questionnaires des deux études, 69% des soignants considèrent que l'hospitalisation en Psychiatrie n'est pas un bon moment pour la prise en charge du tabagisme ( $p < 0.01$ ).

Les soignants sont 21% à toujours aborder la question du tabagisme de leurs patients, 77% à l'aborder parfois et 2% à ne jamais l'aborder ( $p < 0.01$  dans chaque cas).

Ils sont 93% à considérer positivement l'interdiction du tabac dans les Hôpitaux ( $p < 0.01$ ) et 27% à considérer que le fait de fumer pour un soignant peut être une aide pour établir un lien avec les patients ( $p < 0.01$ ).

Ils sont 57% ( $p = 0.04$ ) à considérer que le tabagisme est une dépendance qu'il faut inciter à arrêter, 77% ( $p < 0.01$ ) qu'il s'agit d'un facteur de risque et de vulnérabilité supplémentaire et 43% ( $p = 0.04$ ) qu'il s'agit d'un facteur de socialisation.

# DISCUSSION

Afin de mieux cerner la place et les représentations du tabagisme au sein du service de Psychiatrie de Boulogne-sur-Mer, nous avons analysé les réponses aux questionnaires réalisés chez les patients, à leur entrée puis à leur sortie d'hospitalisation, ainsi que chez les soignants.

## I. Pour les patients

### Répartition des patients inclus par service

On remarque une sur-représentation des patients hospitalisés dans l'unité ouverte d'hospitalisation courte Le Large avec 70.6% des patients inclus (graphique n°1.3). Cela peut s'expliquer par une durée moyenne d'hospitalisation plus courte dans cette unité, avec donc davantage d'entrées pendant la durée de l'inclusion de cette étude.

On peut aussi supposer que dans les deux autres unités, les pathologies présentées par les patients rendaient plus souvent difficile le passage des questionnaires dès leur arrivée (d'autant plus que, comme cela est abordé dans la partie Axes d'amélioration et Biais repérés, le seul temps organisé pour la réalisation du questionnaire d'entrée était la consultation d'entrée avec le médecin Généraliste du service).

Cette différence de représentation entre les services peut participer à expliquer les différences observées entre les pourcentages de patients dans les groupes A et B (graphique n°1.1).

## **Age moyen des patients et Ancienneté du tabagisme**

Il n'existe pas de différence d'âge significative entre les deux groupes (36.2 ans pour les patients A et 39.8 pour les patients B), cependant les patients B fument depuis une durée significativement plus longue (21.1 ans) que les patients A (11.9 ans).

Si dans une étude concernant une population de schizophrènes de 47.7 ans d'âge moyen [14], il est retrouvé que 80% des patients qui fument le font depuis 16 ans au moins, lors de notre travail, on peut observer que 33.3% des patients A fument depuis une telle durée. Les patients schizophrènes inclus dans le groupe A fument depuis une durée moins importante que celle retrouvée dans d'autres études, mais l'âge moyen de nos patients A était de 36.2 ans, soit plus de 10 ans de moins que l'âge moyen des patients de l'étude en question.

On peut expliquer cet âge moyen plus faible dans notre groupe A par la surreprésentation des patients inclus dans l'unité ouverte le Large, alors que les patients Psychotiques plus âgés sont plus souvent hospitalisés dans les unités Les Dunes ou La Vallée.

## **Une consommation de tabac plus importante chez les patients que dans la population générale**

Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les patients interrogés est de 17, pour 13.5 chez les fumeurs quotidiens de la population générale [5]. Si, selon les données de la population générale, les femmes fument en moins grande quantité que les hommes, ce n'est pas le cas dans notre population, les hommes fumant 17 cigarettes par jour en moyenne et les femmes 17.8. Cela peut s'expliquer par l'âge moyen plus important chez les femmes (42.3 ans) que chez les hommes (35.6 ans). En effet, certaines études

confirment que les quantités de tabac consommées par les fumeurs progressent avec l'âge, pour les deux sexes, jusqu'à 45 ans, puis stagnent avant de reculer à partir de 65 ans [27].

Les patients A fument en moyenne 20.6 cigarettes par jour et les patients B en fument 16.2. D'après plusieurs études, les patients schizophrènes fument en moyenne 22 à 27 cigarettes par jour [28].

### **Des tentatives d'arrêt fréquentes mais souvent réalisées sans aide extérieure**

Si les patients interrogés sont nombreux à avoir déjà essayé d'arrêter de fumer, un nombre significativement plus nombreux d'entre eux ont cependant réalisé leur(s) tentative(s) sans aide (graphiques n° 1.6 et 1.7). Or il est généralement admis que le taux de réussite pour un fumeur à 1 an est compris entre 0.5 et 3% s'il essaye d'arrêter seul, 20 à 25% s'il est suivi par un tabacologue. [29, 30].

Nos données concernant la forte proportion de patients n'utilisant aucune aide ni traitement dans leur(s) tentative(s) d'arrêt sont comparables à celles de la littérature [31]. D'après une enquête réalisée en France, 69% des fumeurs déclarent avoir déjà essayé d'arrêter de fumer. Lors de leur dernière tentative, 52% ont tenté seuls et 11% ont été accompagnés par un professionnel de la santé [32].

On remarque que 76.5% des patients qui ne considèrent pas que leur consommation leur pose problème ont pourtant déjà essayé d'arrêter de fumer. Mais aussi que parmi les patients déclarant ne pas souhaiter arrêter de fumer, 71.4% ont pourtant déjà réalisé une tentative d'arrêt (100% des patients A et 69.2% des patients B).

La décision d'arrêter un comportement étant bien souvent reliée à la perception de davantage d'éléments négatifs que positifs, on peut supposer qu'une majorité de patients ne souhaitant pas arrêter de fumer ont déjà considéré que leur consommation de tabac était à l'origine de suffisamment d'inconvénients pour souhaiter et mettre en place une tentative d'arrêt.

### **Malgré une demande existante**

Si seulement 52.9% des patients interrogés déclarent souhaiter de l'aide pour gérer l'arrêt ou la réduction de leur consommation de tabac, 78.6% des patients qui veulent actuellement arrêter de fumer souhaitent une aide des soignants. Ce taux descend à 50% pour les patients qui souhaitent uniquement réduire leur consommation.

De plus, dans le groupe B, 90% des patients qui déclarent vouloir arrêter de fumer souhaitent de l'aide de la part des soignants. Ce qui est le cas pour seulement un tiers des patients A.

### **Comment expliquer ce faible taux d'arrêts aidés ?**

Si certaines études mettent en avant l'excès d'optimisme dans le succès des tentatives d'arrêt comme cause possible du fort taux d'échecs et de la faible proportion de tentatives aidées [33], d'autres sources laissent penser que les fumeurs sont peu convaincus quant à leur chance de succès en cas de décision d'arrêt [4]. La question n°11 du questionnaire d'entrée des patients, même si elle ne questionne pas les sujets sur leurs propres tentatives d'arrêts, met en avant le fait que les patients pensent en majorité que l'arrêt du tabagisme est plus difficile pour un patient hospitalisé en Psychiatrie.

Le manque de connaissance des moyens d'aide à l'arrêt du tabac et la sous-estimation fréquente de leurs bénéfices, explorés dans certaines études, peuvent probablement expliquer le faible taux de patients déclarant avoir bénéficié d'aide durant leur(s) tentative(s) d'arrêt [34].

Il aurait été intéressant de se pencher sur cet aspect, en particulier sur les perceptions des moyens d'aide à l'arrêt, dont les Traitements de Substitution de la Nicotine (TSN). D'après plusieurs études, 66% des personnes (fumeurs et ex-fumeurs depuis 1 an ou moins) croyaient que les TSN étaient aussi dangereux que le tabac, et une forte proportion des patients à qui il a été prescrit un TSN semble l'utiliser de façon inadéquate [35].

### **Des arrêts plus courts que dans la population générale**

Si en 2014, 70.7% des fumeurs Français réguliers ont déjà réussi à arrêter pendant au moins une semaine [5], seulement 41.2% des patients interrogés dans notre étude ont déjà réussi à arrêter de fumer pendant cette durée (33.3% des patients A et 43.5% des patients B). Mais 94.1% des patients déclarant avoir déjà réussi à arrêter de fumer ont prolongé cet arrêt pendant au moins une semaine et 53.3% pendant au moins un an.

### **Des projets d'arrêts à plus long termes que la population générale**

Lorsque l'on demande aux patients s'ils souhaitent arrêter de fumer actuellement, 41.2% d'entre eux répondent oui, avec seulement 33.3% des patients du groupe A (graphique n°1.11). Comparativement, 59.5% des Français interrogés lors du Baromètre Santé 2014 partagent l'envie d'arrêt du tabac.

Parmi les patients interrogés, 2.9% déclarent souhaiter arrêter de fumer dans les 30 jours. Le Baromètre Santé 2014 montrait que 10.6% des Français répondaient vouloir arrêter dans ce délai. Et 38.2% des patients souhaitent arrêter dans un délai compris entre 30 jours et 6 mois (graphique n°1.13) alors que 16.7% des fumeurs répondaient dans ce sens lors du Baromètre Santé 2014.

Les patients interrogés partagent un souhait d'arrêt du tabac, mais semblent avoir plus de difficultés à se représenter cet objectif à court terme que la population générale et prévoient cet arrêt plus à distance.

On peut s'interroger sur le rôle joué par l'hospitalisation dans ces difficultés. Par le sentiment d'avoir besoin du tabac pour gérer leurs troubles dans cette période de décompensation, par la forte prévalence du tabagisme parmi les autres patients et le rôle social de la consommation, mais aussi suite à l'ennui souvent évoqué par les patients, y compris dans ce travail de Thèse. A la sortie d'hospitalisation, on peut remarquer une augmentation du souhait d'arrêt, en particulier entre 30 jours et 6 mois.

Si les patients interrogés sont minoritaires à déclarer souhaiter arrêter de fumer, ils sont significativement plus nombreux à souhaiter réduire leur consommation. Il existe donc une volonté d'agir sur leur consommation sur laquelle il paraît important de s'appuyer.

Les patients, quel que soit leurs troubles, partagent l'envie d'arrêter ou de réduire leur consommation, mais la conviction que le tabac leur est nécessaire pour calmer ces troubles pourrait expliquer qu'ils se projettent dans un délai plus important que la population générale vis-à-vis de l'arrêt du tabagisme.

## **Le tabagisme pour calmer ses troubles**

Parmi les patients interrogés, 76.5% déclarent que le tabac est nécessaire pour calmer leurs troubles. Les patients A comme les patients B sont significativement plus nombreux à répondre dans ce sens (graphique n°1.16).

On ne retrouvera aucune modification dans les réponses à cette question lors du questionnaire de sortie d'hospitalisation.

## **Perception de risques à l'arrêt du tabac**

Les patients A sont statistiquement plus nombreux que les patients B à considérer que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie est déconseillé (graphique n°1.18). Malgré cela près de 90% des patients A déclarent avoir déjà essayé d'arrêter de fumer.

## **Peu de différences significatives entre les patients A et B, mais des craintes plus importantes chez les patients schizophrènes**

Il n'existe pas, hormis pour les questions n°10 et n°12, de différence significative entre les réponses des patients A et les patients B.

Les patients A sont significativement plus nombreux que les patients B à considérer que le tabac leur est nécessaire pour calmer leurs troubles (graphique n°1.16).

Les patients A sont aussi significativement plus nombreux que les patients B à considérer que l'arrêt du tabac pour un patient hospitalisé en Psychiatrie est déconseillé (graphique n°1.18).

L'arrêt de la consommation de tabac semble être appréhendé avec davantage de crainte et les représentations concernant un effet positif du tabagisme sur leur trouble comme les risques supposés d'un arrêt sont plus importantes chez les patients A. Une des raisons fréquemment retrouvée dans la littérature pour expliquer ces observations est que le tabagisme pourrait être une forme d'automédication des patients atteints de schizophrénie, afin de limiter certains symptômes négatifs, les déficits cognitifs ou les effets secondaires des traitements [28, 36].

## **II. Pour les soignants**

### **Un plus faible taux de fumeurs et une plus faible quantité de tabac fumée que dans la population générale**

Seulement 20% des soignants se déclarent fumeur (pour 34.1% des Français, dont 28.2% de fumeurs quotidiens) [5]. La consommation de tabac occasionnelle n'a pas été explorée. Ces données sont bien inférieures à celles de certaines études qui mettent en avant un taux bien plus important de fumeurs dans les services de Psychiatrie [24], mais sont en accord avec les données retrouvées au Centre Psychothérapeutique de Valenciennes.

En moyenne, les soignants F fument 8.7 cigarettes par jour (77% fument 10 cigarettes ou moins par jour et aucun ne déclarera fumer 20 cigarettes ou plus) (graphique n°3.2). Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux retrouvés dans la population générale (on rappellera que le nombre moyen de cigarettes fumées par les fumeurs en France en 2014 est de 11.3) [5]. Nous sommes bien éloignés de l'image qui persiste parfois d'un tabagisme omniprésent parmi les soignants dans notre spécialité.

La forte proportion de femmes dans l'équipe soignante peut participer à expliquer ce faible taux de fumeurs, lorsque l'on sait que la prévalence du tabagisme régulier est inférieure chez les femmes (24.3% pour 32.3% chez les hommes en 2014) et qu'elles fument aussi en moins grande quantité que les hommes (12 cigarettes par jour fumées en moyenne chez les femmes pour 14.6 chez les hommes) [5].

D'après certaines études, les soignants fumeurs ont tendance à sous-estimer les conséquences du tabagisme sur la santé et s'impliquent moins dans l'arrêt du tabac de leurs patients par rapport aux soignants non-fumeurs ou ex-fumeurs, même si, comme les ex-fumeurs, ils se sentent plus qualifiés pour conseiller leurs patients sur leurs tentatives d'arrêts [37]. Il semble aussi adapté d'affirmer qu'un soignant non-fumeur aura une plus grande légitimité et efficacité pour interroger et accompagner le patient vis-à-vis de sa consommation de tabac.

On peut donc supposer qu'il est plus facile d'aborder et prendre en charge la question du tabac avec une équipe fortement non-fumeuse et intéressée par le sujet comme cela semble être le cas dans le service de Psychiatrie de Boulogne-sur-Mer.

### **Une interdiction bien acceptée**

L'interdiction du tabagisme dans les locaux de l'Hôpital est bien perçue et semble être rentrée dans les mœurs et habitudes d'une grande majorité des soignants (graphique n°3.5).

Une étude réalisée en Angleterre en 2006 mettait en avant le fait que près d'un soignant travaillant en Psychiatrie sur 3 était en désaccord avec l'interdiction du tabac dans leur

service contre 1 sur 10 dans les services de médecine [38]. Avec 90.9% d'opinions favorables à cette interdiction, cette différence n'est pas observée dans notre étude.

### **L'hospitalisation, un moment peu adapté à la prise en charge du tabagisme ?**

Pour beaucoup de soignants, le moment de l'hospitalisation ne semble pas être un moment propice à la prise en charge du tabagisme (graphique n°3.6). Cela explique peut-être en partie le fait que le tabagisme ne soit pas systématiquement abordé par une grande partie des soignants durant la prise en charge hospitalière.

Mais même si la réduction ou l'arrêt du tabac n'est pas réalisée durant l'hospitalisation du patient, le fait d'aborder le sujet est indispensable mais non suffisant. Il convient aussi d'évaluer les objectifs des patients et les délais en rapport, de proposer un accompagnement et une substitution adaptée. Cela afin aussi de ne plus donner l'impression que le tabagisme est normal en Psychiatrie et qu'il s'agit d'un moyen de traiter ses troubles. On peut aussi imaginer l'intérêt d'un renforcement du lien avec l'ambulatoire (CMP, HDJ, CSAPA...) et du relai des informations récoltées durant l'hospitalisation, en accord avec le patient, afin de poursuivre la prise en charge initiée durant l'hospitalisation.

### **Le tabac comme moyen de se socialiser ?**

Si les soignants sont significativement plus nombreux à penser que le fait de fumer ou non n'a aucun rôle dans le lien qu'ils établissent avec les patients, ils sont plus de la moitié à considérer qu'il s'agit pour leurs patients d'un facteur de socialisation. Les soignants sont donc encore nombreux à voir dans la consommation de tabac de leurs patients un moyen de se lier entre eux. Il aurait pu être intéressant de questionner la perception des patients

sur ce rôle social mis en avant par une majorité des soignants, en particulier chez les patients non-fumeurs.

### **Le tabagisme, un plaisir ?**

Les soignants NF sont significativement plus nombreux à considérer que le tabagisme est un plaisir pour leurs patients, ce qui n'est pas le cas pour les soignants F (graphique n°3.11). La notion de cigarette comme source de plaisir ne semble donc pas limitée qu'aux fumeurs.

Les soignants F sont significativement plus nombreux à rejeter l'idée que le tabagisme est un choix pour leurs patients, ce qui n'est pas le cas pour les soignants NF, qui sont près de la moitié à considérer que cette consommation est un choix. On pourrait relier cela à une meilleure prise en compte du phénomène de dépendance par les soignants F, eux-mêmes confrontés à cet aspect.

### **Des craintes concernant la prise en charge du tabagisme qui perdurent**

La majorité des soignants verbalise des craintes concernant la réduction ou l'arrêt du tabagisme de leurs patients (graphique n°3.12), mais la différence n'est significative que pour les NF.

Cependant plusieurs études tendent à faire penser que ces craintes ne sont pas vérifiées dans la pratique [19, 20, 21, 22]. Afin d'améliorer la prise en charge du tabagisme dans nos services, il semble indispensable de travailler auprès des soignants sur ces représentations et ces craintes, par exemple via des formations.

### **Accessibilité des aides à l'arrêt du tabac**

On remarque que si les soignants NF sont significativement plus nombreux à trouver que l'aide à l'arrêt du tabac est accessible dans leur service, ce n'est pas le cas pour les fumeurs. Davantage de soignants F considèrent cette aide peu accessible plutôt qu'accessible (graphique n°3.14).

### **Une formation variable selon la consommation ou non consommation des soignants**

Les fumeurs ont tendance à considérer que leurs connaissances et formation sur le tabagisme est suffisante, les non-fumeurs qu'elle ne l'est pas (graphique n°3.15). On peut imaginer une part importante de l'expérience personnelle de leur propre consommation chez les soignants F. Cependant l'expérience personnelle ne peut pas être suffisante pour prendre en charge le tabagisme des patients, et plusieurs éléments abordés dans ce travail de Thèse laissent envisager l'intérêt d'une formation spécifique, pour les fumeurs comme pour les non-fumeurs. D'autant plus que les soignants qui considèrent que leur formation est insuffisante souhaitent la compléter (graphique n°3.16).

### **Peu de différences significatives entre les soignants NF et F**

Les F sont significativement plus nombreux que les NF à considérer que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie est aussi facile que pour une personne non hospitalisée, alors que les NF sont significativement plus nombreux que les F à considérer qu'un tel arrêt leur est plus difficile.

Les F sont significativement plus nombreux que les NF à craindre de l'agitation de la part de leur patient en cas d'arrêt de leur consommation de tabac (graphique n°3.13).

Les NF sont aussi significativement plus nombreux que les F à considérer que leurs connaissances sur le tabagisme sujet sont insuffisantes.

### **III. Discussion commune pour les patients et les soignants**

#### **Une participation importante**

Le nombre important de questionnaires soignants ayant pu être analysé (comparativement au nombre de soignants travaillant dans le service de Psychiatrie de Boulogne-sur-Mer) et le faible taux de refus pour les patients à qui on a proposé de répondre aux questionnaires peut laisser penser que ce sujet intéresse les soignants comme les patients.

L'anonymat du questionnaire soignant peut expliquer le taux élevé de réponses et laisse supposer un maximum de sincérité dans les réponses.

#### **Le tabagisme, un sujet insuffisamment abordé**

Les résultats du questionnaire d'entrée d'hospitalisation des patients nous apprennent que 70.6% des patients n'avaient jamais reçu d'aide ou de proposition d'aide dans la gestion de leur consommation de tabac et que 52.9% des patients souhaitent une telle aide. Ces données sont à mettre en corrélation avec le fort taux de patients déclarant avoir réalisé leur(s) tentative(s) d'arrêt sans aide (graphique n°1.7).

A la sortie d'hospitalisation, 45.5% des patients déclarent avoir reçu une proposition d'aide pour gérer leur consommation et 50% des patients qui répondent négativement à cette question auraient souhaité en recevoir (graphiques n°2.6 et 2.7). On retrouve ici une confirmation des résultats retrouvés à la question n°3 du questionnaire soignant, pour une grande partie des soignants, aborder le tabagisme de leur patient n'est pas systématique. Il pourrait s'agir de difficultés pour les soignants à aborder la question du tabagisme qui n'est pas au centre des préoccupations du patient et de sa demande d'hospitalisation. Mais on constate qu'il existe une demande de la part des patients, qu'il s'agisse d'un projet à court ou à plus long terme (graphiques n°1.11 et 1.13), ou de réduction de leur consommation (graphique n°1.12), sur laquelle il semble important de s'appuyer.

On remarque aussi un faible taux de patients déclarant souhaiter une aide dans la gestion de leur consommation, en particulier chez les patients A, qui sont près de 70% à répondre négativement à cette question (graphique n°1.15), alors que les patients B sont plus de 50% à répondre positivement. S'agit-il en partie d'un manque de conscience de l'aide possible et de l'utilité de cette aide, d'une impression de ne pas avoir besoin d'aide ?

Le tabagisme est insuffisamment abordé par les soignants en général. Selon les données de l'enquête ITC France, seuls 28% des fumeurs ayant consulté un professionnel de la santé au cours des 6 derniers mois ont reçu des conseils pour arrêter fumer, et 75% de ceux qui ont reçu de tels conseils admettent que cela a permis de les aider à envisager un arrêt du tabac [4].

La mise en place d'un Test au CO et / ou d'un test de Fagerström systématique pourrait permettre de systématiser et d'améliorer l'abord du tabagisme par les soignants, de permettre une meilleure prise de conscience du niveau de dépendance au tabac par le patient, et de réaliser une comparaison entre les valeurs à l'entrée et celles de la sortie

d'hospitalisation. Cela permettrait ainsi aller au-delà de la simple constatation du tabagisme.

### **Une conception différente de l'importance de l'arrêt du tabac entre les patients et les soignants**

Les soignants sont nombreux à considérer que l'arrêt de la consommation des patients est accessoire (graphique n°3.7). Les soignants en psychiatrie semblent être insuffisamment informés des risques plus importants de la consommation de tabac chez leurs patients. On peut supposer que la réponse à cette même question serait différente si elle concernait la population générale ou des patients hospitalisés dans un service de soins somatiques. D'autant plus que la place du tabac dans la surmortalité cardio-vasculaire chez les personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique est reconnue [28]. Pourtant, les soignants considèrent que le tabac est bel et bien un facteur de risque et de vulnérabilité supplémentaire pour leurs patients (graphique n°3.10).

De plus, à cette même question, les patients interrogés à l'entrée de leur hospitalisation sont significativement plus nombreux à considérer que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée est souhaitable plutôt que les autres réponses proposées (graphique n°1.18). L'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie semble donc être plus important pour les patients que pour les soignants.

À quoi peut être liée, chez les soignants, cette perception d'une importance moindre à l'arrêt du tabagisme de nos patients ? Les bénéfices de la consommation semblent-ils plus importants que les risques reconnus ? En quoi la balance bénéfice / risque serait-elle

différente entre les personnes présentant un trouble psychiatrique et ceux n'en présentant pas ?

Les soignants ne sont finalement que peu confrontés aux conséquences et aux complications du tabagisme de leurs patients (dont la prise en charge est réalisée dans d'autres services). Ces observations semblent encore confirmer l'intérêt que l'on pourrait avoir de l'utilisation du test de Fagerström et d'un test au CO dans l'évaluation du tabagisme des patients hospitalisés.

Il est intéressant de signaler que lors de l'analyse du questionnaire de sortie des patients, leur conception de l'importance de cet arrêt semble s'être modifiée au cours de leur hospitalisation (graphique n°2.10). En effet la conception des patients à leur sortie se rapproche de celle des soignants, c'est-à-dire que les taux des patients répondant « déconseillé » et « sans importance » à cette question augmente alors qu'ils diminuent pour les réponses « souhaitable » et « indispensable ».

L'hospitalisation semble avoir un effet néfaste sur la vision de l'importance de l'arrêt du tabac pour les patients hospitalisés en Psychiatrie. Est-ce la constatation par les patients de la forte prévalence du tabac dans cette population, de la normalisation de cette consommation et de l'importance relative donnée à la prise en charge du tabagisme par les soignants, voir une impression d'incitation à fumer par les autres patients ou par les soignants qui peuvent expliquer ce changement ? [39, 40]

Il pourrait être intéressant de poursuivre l'exploration de cet aspect en particulier, pour confirmer et expliquer cette différence.

## **L'arrêt du tabac, plus difficile pour nos patients ?**

Les soignants (graphique n°3.8) comme les patients (graphique n°1.17) semblent davantage considérer que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée dans un service de Psychiatrie est plus difficile, voire impossible, par rapport à une personne n'étant pas hospitalisée dans un tel service.

Parmi les soignants, les NF semblent être les plus pessimistes concernant ce sujet. Ils sont en effet significativement plus nombreux que les F à considérer que cet arrêt est plus difficile et significativement moins nombreux qu'il est aussi facile.

## **IV. Axes possibles d'amélioration de l'enquête ; biais repérés ; perspectives**

### **Axes d'améliorations et biais repérés**

Ce travail de Thèse a été réalisé dans les différentes unités d'un seul service de Psychiatrie. Nos résultats se limitent bien évidemment à la population étudiée.

La formulation de certaines questions aurait pu être améliorée, car pouvant être à l'origine d'une confusion ou d'un manque de précision. Par exemple, la question concernant la difficulté de l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie (avec la réponse « aussi facile »), et les questions n°11 et 12, qui se sont avérées difficilement compréhensibles pour certains patients.

De plus, certaines comparaisons avec des données de la littérature ont été impossibles. Par exemple les données des Baromètres de la Santé s'intéressent aux fumeurs ayant

réalisé une tentative d'arrêt dans l'année, donnée non recueillie dans notre étude. De même, la question n°7 ne s'intéressait pas aux projets d'arrêt au-delà de 6 mois, contrairement à certaines études.

Contrairement à l'objectif prévu initialement, le questionnaire n'a pas été réalisé auprès de tous les patients hospitalisés, et les patients non-fumeurs ont été exclus de fait. Il n'a donc pas été possible par exemple de comparer le pourcentage de fumeurs et de non-fumeurs dans nos différents groupes. L'orientation des questionnaires, moins adaptée aux non-fumeurs, peut participer à l'expliquer, et la réalisation d'un questionnaire pour les patients non-fumeurs aurait pu faciliter leur inclusion, au prix de difficultés pratiques (un exemplaire de questionnaire supplémentaire à distribuer).

L'ajout d'un test de Fagerström, réalisé dans l'étude du Dr Sémal, aurait permis d'évaluer le niveau de dépendance, en particulier chez les patients.

Il faut aussi rappeler qu'il s'agit, pour les trois types de questionnaires, d'effectifs faibles pour des analyses de moyennes. De plus, le faible taux de fumeurs chez les soignants n'a permis que des comparaisons en intra groupe et pas en inter groupes.

Le professionnel ayant réalisé le questionnaire d'entrée avec les patients est le même dans les trois services, et les modalités de remplissage sont globalement identiques (réalisation lors d'une consultation pour l'examen somatique systématique pour tous les patients, quelque soit leur service, avec questionnaires en place dans chaque bureau utilisé). Cependant la seule consultation obligatoire avec le médecin Généraliste faisant passer le questionnaire d'entrée a été réalisée dans les premiers jours suivant le début d'hospitalisation. Dans les cas où la réalisation du questionnaire n'était pas possible à ce moment, et sachant qu'aucune consultation avec ce professionnel n'étant systématique par la suite, on peut supposer que ces patients n'ont alors pas été inclus dans l'étude. On peut

aussi imaginer que cette situation ait pu se produire plus fréquemment chez les patients présentant un trouble psychotique.

La décision de faire exécuter par un Psychiatre le questionnaire de sortie d'hospitalisation a été prise devant la constatation qu'un entretien médical est systématiquement réalisé lors d'une demande de sortie, qu'elle soit programmée ou non, ce qui n'est pas le cas d'un entretien avec le médecin Généraliste ou l'équipe infirmière. Néanmoins, on peut constater que peu de questionnaires de sortie ont été réalisés. On peut expliquer cela par la multiplication des intervenants, les conditions de sortie parfois non adaptées à la réalisation d'un questionnaire, et par des raisons purement pratiques. Il s'avère en effet que les documents en rapport avec ce travail de Thèse ont été rangés dans la partie dévolue au médecin Généraliste du dossier médical, ce qui a probablement facilité les oublis de la part des médecins Psychiatres.

## **Perspectives**

Les effets de l'hospitalisation sur la consommation de tabac, les représentations et les projets d'arrêt des patients, n'ont pas pu être analysés de manière satisfaisante lors de ce travail. Ils pourraient être davantage explorés lors d'étude supplémentaire, en particulier concernant la tendance pour les patients en fin d'hospitalisation à considérer l'arrêt du tabagisme comme étant de moindre importance qu'à l'entrée.

# CONCLUSION

Nous avons souhaité réaliser un état des lieux de la place et des représentations du tabagisme chez les patients et chez les soignants dans le service de Psychiatrie de Boulogne-sur-Mer. Cet état des lieux rend compte de la surreprésentation du tabagisme dans nos services, mais permet aussi d'évoquer de possibles axes d'amélioration.

Les patients hospitalisés en Psychiatrie fument en effet davantage de cigarettes que la population générale et sont moins nombreux à envisager un arrêt du tabac à court terme. Mais on remarque aussi que les patients ayant déjà réalisé une tentative d'arrêt, souhaitant arrêter ou réduire leur consommation, ou prévoyant un arrêt dans les mois à venir, sont malgré tout nombreux. Les patients présentant un trouble psychotique rencontrent des difficultés plus importantes à envisager un arrêt, en particulier aidé, et semblent davantage attachés à leur consommation. Cela doit nous amener à travailler sur ces représentations et difficultés spécifiques.

On remarque aussi une ambivalence de la part des soignants. Cette équipe fortement non fumeuse perçoit positivement l'interdiction du tabac au sein de l'Hôpital, n'a pas besoin du tabac pour créer un lien avec les patients, et reconnaît le tabagisme comme un facteur de risque et de vulnérabilité. Pourtant, elle ne semble pas considérer la prise en charge du tabagisme de leurs patients comme une priorité, et verbalise massivement des craintes concernant l'arrêt ou la réduction du tabagisme. De ce fait, le tabagisme des patients n'est pas systématiquement abordé par les soignants durant l'hospitalisation.

La mise en place de formations est demandée par les soignants, Elles permettraient d'agir sur les *a priori* qui peuvent persister et de mettre en avant la demande réelle des patients d'arrêt ou de réduction de leur consommation.

Il semble important d'améliorer et d'uniformiser l'abord de la question du tabagisme des patients. La systématisation du Conseil Minimal (se renseigner sur la consommation de tabac du patient, puis sur son souhait d'arrêter cette consommation, pour proposer une documentation si la réponse est positive) mais aussi au-delà, via un bilan d'entrée, voir de fin d'hospitalisation, avec une proposition de participer à des Groupes d'Education Thérapeutiques si une demande émerge.

Même si l'hospitalisation en Psychiatrie ne semble pas être un moment approprié pour la prise en charge du tabagisme pour la plupart des soignants, on ne peut négliger l'importance de l'accompagnement qui peut être réalisé pendant cette période. Avec par la suite la mise en place d'un relai efficace avec l'ambulatoire, le Médecin Traitant et l'Addictologie, en relayant la demande et les projets des patients.

Les patients hospitalisés en Psychiatrie restent des patients comme les autres, qui ont le droit à une prise en charge globale et non pas axée uniquement sur le motif principal d'hospitalisation, et sur une prévention des facteurs de risque. Il convient aussi de préparer nos patients à l'après sortie. D'autant plus qu'il existe manifestement une demande des patients concernant leur consommation de tabac, même si l'équipe soignante n'est pas encore considérée comme un interlocuteur de premier plan. Il convient d'accompagner cette demande. En s'appuyant sur une équipe en grande partie non fumeuse et intéressée par le sujet, mais aussi sur des patients nombreux à partager un souhait de réduction ou d'arrêt de leur consommation, on peut espérer améliorer encore la prise en charge du tabagisme dans nos services de Psychiatrie.

# BIBLIOGRAPHIE

1. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Tabagisme, Mai 2017. [En ligne] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>. Consulté le 30 juillet 2017.
2. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 1 oct 2015;25(5):824-8.
3. Haute Autorité de Santé - Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has)
4. Rapport national ITC France – Résultats de la deuxième vague – Octobre 2011 - ITC\_rapport\_FR\_2.pdf [Internet]. [cité 12 août 2017]. Disponible sur: [http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/itc/pdf/ITC\\_rapport\\_FR\\_2.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/itc/pdf/ITC_rapport_FR_2.pdf)
5. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes - Évolutions n°31 avec tableaux - baromètre-santé-INPES-janvier-2015.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <http://airplusr.com/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/barom%C3%A8tre-sant%C3%A9-INPES-janvier-2015.pdf>
6. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 22 nov 2000;284(20):2606-10.
7. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res*. 1 avr 2004;67(2-3):157-66.

8. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. août 1986;143(8):993-7.
9. de Leon J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry*. mars 1995;152(3):453-5.
10. Lohr JB, Flynn K. Smoking and schizophrenia. *Schizophr Res*. déc 1992;8(2):93-102.
11. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *The British Journal of Psychiatry*. 1 nov 2001;179(5):432-7.
12. Poirier M-F, Canceil O, Baylé F, Millet B, Bourdel M-C, Moatti C, et al. Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. avr 2002;26(3):529-37.
13. Spring B, Pingitore R, McChargue DE. Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed, and nonpatient smokers. *Am J Psychiatry*. févr 2003;160(2):316-22.
14. Masterson E, O'Shea, B. Smoking and malignancy in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1984;145:429-32.
15. Olincy A, Young DA, Freedman R. Increased levels of the nicotine metabolite cotinine in schizophrenic smokers compared to other smokers. *Biol Psychiatry*. 1 juill 1997;42(1):1-5.
16. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. sept 2000;177:212-7.
17. Potkin SG, Alphas L, Hsu C, Krishnan KRR, Anand R, Young FK, et al. Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-year trial. *Biological psychiatry, Biological psychiatry*. 15 août 2003;54(4):444-52.

18. Grand RBG, Hwang S, Han J, George T, Brody AL. Short-Term Naturalistic Treatment Outcomes in Cigarette Smokers with Substance Abuse and/or Mental Illness. *J Clin Psychiatry*. juin 2007;68(6):892-981.
19. Taylor NE, Rosenthal RN, Chabus B, Levine S, Hoffman AS, Reynolds J, et al. The feasibility of smoking bans on psychiatric units. *General Hospital Psychiatry*. 1 janv 1993;15(1):36-40.
20. Hempel AG, Kownacki R, Malin DH, Ozone SJ, Cormack TS, Sandoval BG, et al. Effect of a total smoking ban in a maximum security psychiatric hospital. *Behav Sci Law*. 1 sept 2002;20(5):507-22.
21. Haller E, McNiel DE, Binder RL. Impact of a smoking ban on a locked psychiatric unit. *J Clin Psychiatry*. août 1996;57(8):329-32.
22. Beemer BR. Hospital psychiatric units. Nonsmoking policies. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. avr 1993;31(4):12-4.
23. Olivier D, Lubman DI, Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *Aust N Z J Psychiatry*. juill 2007;41(7):572-80.
24. Fathallah, N, Maurel-Donnarel, E, Baumstarck-Barrau, K, Lehucher-Michel, MP. Évolution des attitudes et des comportements tabagiques des infirmiers hospitaliers dans les trois ans ayant suivi la mise en application de la loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif en France. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2012 73(3), 496-497.
25. Respadd, Réseau de prévention des addictions. Baromètre tabac personnel hospitalier - OFDT [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/barometre-tabac-personnel-hospitalier/>

26. Quelles Représentations soignantes pour quelles prises en charge de tabac en psychiatrie en 2016 ? - csft2016\_S2\_Semal.pdf [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: [http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/csft2016\\_S2\\_Semal.pdf](http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/csft2016_S2_Semal.pdf)
27. Baromètre santé 2005 - Attitudes et comportements de santé - 1109.pdf [Internet]. [cité 12 août 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
28. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques. *L'Encéphale*. 1 juin 2008;34(3):299-305.
29. Jarvis MJ. Patterns and predictors of smoking cessation in the general population. *The tobacco epidemic*. 1997;28:151-164.
30. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. janv 2004;99(1):29-38.
31. Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG. Use of smoking-cessation treatments in the United States. *Am J Prev Med*. févr 2008;34(2):102-11.
32. Enquête Ifop/Pfizer France. Journée mondiale sans tabac. [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.pfizer.fr/sites/default/files/content\\_types/cp\\_journee-mondiale-sans-tabac\\_vf\\_0.pdf](http://www.pfizer.fr/sites/default/files/content_types/cp_journee-mondiale-sans-tabac_vf_0.pdf)
33. Jarvis MJ, McIntyre D, Bates C. Effectiveness of smoking cessation initiatives. *BMJ*. 9 mars 2002;324(7337):608.
34. Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction*. août 2004;99(8):1042-8.

35. Shiffman S, Ferguson SG, Rohay J, Gitchell JG. Perceived safety and efficacy of nicotine replacement therapies among US smokers and ex-smokers: relationship with use and compliance. *Addiction*. août 2008;103(8):1371-8.
36. Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? *Curr Opin Psychiatry*. mars 2010;23(2):112-9.
37. Willaing I, Ladelund S. Smoking behavior among hospital staff still influences attitudes and counseling on smoking. *Nicotine Tob Res*. 1 avr 2004;6(2):369-75.
38. McNally L, Oyefeso A, Annan J, Perryman K, Bloor R, Freeman S, et al. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *J Public Health (Oxf)*. 1 sept 2006;28(3):192-6.
39. Ziedonis, DM, Williams JM. Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2003;16(3):305-315.
40. Lawn S, Pols R. Nicotine Withdrawal: Pathway to Aggression and Assault in the Locked Psychiatric Ward? *Australas Psychiatry*. 1 juin 2003;11(2):199-203.

# ANNEXES

Annexe I : Questionnaire patients d'entrée d'Hospitalisation

Annexe II : Questionnaire patients de sortie d'Hospitalisation

Annexe III : Formulaire de consentement de participation à l'étude

Annexe IV : Questionnaire soignants

Annexe V : Résultats du questionnaire d'entrée des Patients

Annexe VI : Résultats du questionnaire soignants NF / F

Annexe VII : Résultats du questionnaire soignants

## Annexe I : QUESTIONNAIRE TABAC D'ENTREE D'HOSPITALISATION PATIENTS

**Merci de répondre à toutes les questions.**

**1° Depuis combien d'années fumez-vous ?**

**2° Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?**

**3° Votre consommation vous pose-t-elle problème ?**

NON  OUI

**4° Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?**

NON  OUI

**Si oui, avez-vous essayé seul(e)  Ou avec une aide**

**De quelle aide avez-vous eu besoin ?**

Substitut nicotinique (patch)  Accompagnement (consultations...)  Autre (précisez)

**Avez-vous pu arrêter de fumer ?** NON  OUI

**Si oui, pendant combien de mois / années ?**

**5° Actuellement, souhaiteriez-vous arrêter de fumer ?**

NON  OUI

**6° Actuellement, souhaiteriez-vous diminuer votre consommation ?**

NON  OUI

**7° Pensez vous arrêter de fumer : Dans les 30 jours  Dans les 6 mois**

**8° Avez-vous déjà reçu de l'aide ou une proposition d'aide à l'arrêt du tabac ou à la réduction de votre consommation de la part d'un soignant ?**

NON

OUI

**9° Souhaiteriez-vous une telle aide ?**

NON

OUI

**10° Le tabac m'est nécessaire pour calmer mes troubles**

NON

OUI

**11° Selon vous, pour une personne hospitalisée en psychiatrie, arrêter de fumer est**

Plus facile  Aussi facile  Plus difficile  Impossible

Comparativement à une personne non hospitalisée en psychiatrie

**12° Selon vous, pour une personne hospitalisée en psychiatrie, arrêter de fumer est :**

Déconseillé  Sans importance  Souhaitable  Indispensable

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire

## Annexe II : QUESTIONNAIRE DE SORTIE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS

1° **Combien de cigarettes fumez vous par jour ? :**

2° **Durant votre hospitalisation, votre consommation a :**

Diminuée  pour quelle raison ?

Restée identique

Augmentée  pour quelle raison ?

3° **Actuellement, souhaiteriez vous arrêter de fumer ?**

NON  OUI

**Réduire votre consommation ?** NON  OUI

4° **Pensez vous arrêter de fumer :**

**Dans les 30 jours** NON  OUI  **Dans les 6 mois** NON  OUI

5° **Vous a-t-on proposé de l'aide pour réduire ou arrêter votre consommation pendant votre hospitalisation ?**

NON  OUI

6° **Si la réponse est non, Auriez vous voulu que cela vous soit proposé ?**

NON  OUI

7° **Le tabac m'est nécessaire pour calmer mes troubles**

NON  OUI

8° **Selon vous, pour une personne hospitalisée en psychiatrie, arrêter de fumer est**

Plus facile  Aussi facile  Plus difficile  Impossible

Comparativement à une personne non hospitalisée en service psychiatrie

9° **Selon vous, pour une personne hospitalisée en psychiatrie, arrêter de fumer est :**

Déconseillé  Sans importance  Souhaitable  Indispensable

**Annexe III : Formulaire de consentement de participation à l'étude « Place et prise en charge du tabagisme dans le service de Psychiatrie de l'Hôpital Duchenne »**

Nom :                      Prénom de jeune fille :                      Prénom :

Date de naissance :

Il m'a été proposé de répondre à un questionnaire dans le cadre d'une étude.

J'ai bien compris que cette étude concerne la consommation de tabac chez les patients hospitalisés dans le service de Psychiatrie de l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude
- Je peux interrompre ma participation à tout moment sans justification et sans conséquences
- J'ai un droit d'accès et de rectification concernant mes données personnelles
- Je dispose du droit d'être informé des résultats généraux de l'étude lorsqu'ils seront mis en œuvre

J'ai bien compris que l'on va recueillir des données issues de mon dossier de soins concernant les aspects démographiques (âge, sexe), de soins (consommation de tabac, prise en charge)

En raison des informations que j'ai reçues concernant cette étude je peux cocher la case « OUI » ou « NON » selon ma décision de participer à l'étude.

J'accepte de manière volontaire et éclairée de participer à cette étude

OUI

NON

Date :

Signature du participant :

## Annexe IV : QUESTIONNAIRE Psychiatrie et Tabac SOIGNANTS

1° Combien de cigarette fumez vous par jour ?

2° Pensez vous que votre consommation / non consommation influence votre regard sur le tabagisme de vos patients ?

NON  OUI

3° Abordez-vous la question du tabac, de sa réduction ou de son arrêt avec vos patients ?

Jamais  Parfois  Toujours

4° L'interdiction actuelle du tabac dans les locaux de l'Hôpital est

Une évidence  Une bonne chose  Un problème  Autre :

5° Pensez-vous que le temps de l'hospitalisation en psychiatrie est un bon moment pour la prise en charge du tabac?

NON  OUI

6° Selon vous, pour un patient présentant un trouble Psychiatrique, arrêter de fumer est :

Déconseillé  Accessoire  Souhaitable  Indispensable

7° Selon vous, pour une personne présentant une maladie mentale, arrêter de fumer est :

Plus facile  Aussi facile  Plus difficile  Impossible

Comparativement à une personne ne présentant pas de maladie mentale

8° Pour vous, le fait de fumer en tant que membre de l'équipe de soin est...

Une aide pour établir un lien avec le patient

Un frein pour établir un lien avec le patient

Ni l'un, ni l'autre

**9° Pour vos patients, la consommation de tabac est? (Plusieurs réponses possibles)**

Une dépendance qu'il faut inciter à arrêter

Un facteur de risque et de vulnérabilité supplémentaire

Un facteur de socialisation

**10° Pour vos patients, la consommation de tabac est? (Plusieurs réponses possibles)**

Un plaisir  Un choix  Ni l'un, ni l'autre

**11° Avez-vous des craintes quant à l'arrêt ou la réduction du tabac dans les services ?**

NON  OUI

**Si oui, lesquels ?**

Agressivité  Agitation  Menaces  Autre :

**12° Actuellement, l'aide pour arrêter le tabac au sein de votre service vous semble?**

Accessible  Peu accessible  Inaccessible  Autre :

**13° Pensez vous que vos connaissances ou votre formation sur le sujet est suffisante ?**

NON  OUI

**Si non, Souhaitez vous la compléter ?** NON  OUI

### Annexe V : Résultats du questionnaire d'entrée des Patients

	Groupe A : 9 patients				Groupe B : 23 patients			
1° Depuis combien d'années fumez-vous ?	11.9 ans				21.1 ans			
2° Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	1 à 5	5 à 10	11 à 19	20 ou plus	1 à 5	5 à 10	11 à 19	20 ou plus
	0%	22.2%	22.2%	55.6%	4.4%	21.7%	34.8%	39.1%
3° Votre consommation vous pose-t-elle problème ?	Oui		Non		Oui		Non	
	55.6%		44.4%		47.8%		52.2%	
4° Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?	Oui		Non		Oui		Non	
	88.9%		11.1%		78.3%		21.7%	
Si oui, seul ou avec aide ?	Seul		Avec aide		Seul		Avec aide	
	62.5%		37.5%		72.2%		27.8%	
Si avec aide, laquelle ?	Traitement Substitutif	Consultation de Tabacologie	Autre		Traitement Substitutif	Consultation de Tabacologie	Autre	
	100%	33.3 %	33.3%		100%	40%	40%	
Avez-vous pu arrêter de	Oui		Non		Oui		Non	

fumer ?	50%		50%		55.6%		44.4%	
Si oui, pendant combien de mois ?	9.5 mois				37.5 mois			
5° Actuellement, souhaitez-vous arrêter de fumer ?	Oui		Non		Oui		Non	
	33.3%		66.7%		43.5%		56.5%	
6° Actuellement, souhaitez-vous réduire votre consommation ?	Oui		Non		Oui		Non	
	66.7%		33.3%		73.9%		26.1%	
7° Pensez-vous arrêter de fumer dans les ...	30 jours		6 mois		30 jours		6 mois	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	0%	100%	44.4%		4.3%		34.8%	
8° Avez-vous déjà reçu de l'aide ou une proposition d'aide de la part d'un soignant ?	Oui		Non		Oui		Non	
	22.2%		77.8%		30.4%		69.6%	
9° Souhaiteriez-vous une	Oui		Non		Oui		Non	

telle aide ?	33.3%		66.7%		56.5%		43.5%	
10° Le tabac m'est nécessaire pour calmer mes troubles ?	Oui		Non		Oui		Non	
	100%		0%		69.6%		30.4%	
11° Selon vous, pour une personne hospitalisée en Psychiatrie, arrêter de fumer, comparativement à une personne non hospitalisée, est ...	Plus facile	Aussi facile	Plus difficile	Impossible	Plus facile	Aussi facile	Plus difficile	Impossible
	11.1%	22.2%	33.3%	33.3%	18.2%	18.2%	22.7%	40.9%
12° Selon vous, pour une personne hospitalisée en Psychiatrie, arrêter de fumer est ..	Déconseillé	Sans importance	Souhaitable	Indispensable	Déconseillé	Sans importance	Souhaitable	Indispensable
	33.3%	11.1%	44.4%	11.1%	8.7%	21.7%	56.5%	13.0%

Annexe VI	Non-fumeurs				Fumeurs			
	53				13			
1 combien de cigarettes fumez-vous chaque jour	0				1-5	6-10	11-19	
					6	4	3	
2 votre consommation influence-t-elle votre regard sur le tabagisme de vos patients	Oui	non			Oui		Non	
	66.7%	33.3%			46.2%		53.9%	
3° Abordez-vous la question du tabac, de sa réduction ou de son arrêt avec vos patients ?	Jamais	Parfois	Souvent	Jamais	Parfois	Souvent		
	1.9%	86.8%	11.3%	0	100%	0		
4° L'interdiction actuelle du tabac dans les locaux de l'Hôpital est	Une évidence	Une bonne chose	Un problème	Une évidence	Une bonne chose	Un problème		
	60.4%	26.4%	3.8%	53.9%	30.8%	7.7%		
5° Pensez-vous que le temps de l'hospitalisation en psychiatrie est un bon moment pour la prise en charge du tabac ?	Oui	Non			Oui		Non	
	38,8%	71.2%			7,7%		92,3%	
6° Selon vous, pour un patient présentant un trouble Psychiatrique, arrêter de fumer est :	Déconseillé	Accessoire	Souhaitable	Indispensable	Déconseillé	Accessoire	Souhaitable	Indispensable
	5,7%	64,2%	130,2%	0	15,4%	61,5%	23,1%	0
7° Selon vous, pour une personne présentant une	Plus facile	Aussi facile	Plus difficile	Impossible	Plus facile	Aussi facile	Plus difficile	Impossible
	0	3,8%	96,2%	0	0	23,1%	69,2%	0

maladie mentale, arrêter de fumer est :								
8° Pour vous, le fait de fumer en tant que membre de l'équipe de soin est...		Aide	Frein	Ni-ni	Aide	Frein	Ni-ni	
		24,5%	1,9%	69,8%	23,1%	7,7%	69,2%	
9° Pour vos patients, la consommation de tabac est ? (Plusieurs réponses possibles)		Dépendance	Facteur de risque	Socialisation	Dépendance	Facteur de risque	Socialisation	
		50,9%	75,5%	54,7%	46,2%	69,2%	53,8%	
10° Pour vos patients, la consommation de tabac est ? (Plusieurs réponses possibles)		Plaisir	Choix	Ni-ni	Plaisir	Choix	Ni-ni	
		61,5%	46,2%	34,6%	46,2%	23,1%	38,5%	
11° Avez-vous des craintes quant à l'arrêt ou la réduction du tabac dans les services ?		Oui	Non		Oui	Non		
		75,5%	24,5%		61,5%	38,5%		
Si oui, lesquels ?		Agressivité	Agitation	Menaces	Agressivité	Agitation	Menaces	
		64,2%	50,9%	24,5%	53,9%	61,5%	38,5%	
12° Actuellement, l'aide pour arrêter le tabac au sein de votre service vous semble ?		Accessible	Peu accessible	Inaccessible	Accessible	Peu accessible	Inaccessible	
		66%	30,2%	1,8%	46,2%	53,8%	0	
13° Pensez-vous		Oui	Non		Oui	Non		

que vos connaissances ou votre formation sur le sujet est suffisante ?	34.6%	65.4%	76.9%	23.1%
Si non, souhaiteriez-vous la compléter ?	Oui	Non	Oui	Non
	87.9%	12.1%	100%	0

<b>Annexe VII</b>	<b>Totalité des soignants</b>			
	66			
1° Combien de cigarettes fumez-vous chaque jour ?	0			
2° Votre consommation influence-t-elle votre regard sur le tabagisme de vos patients ?	Oui		Non	
	62.5%		37.5%	
3° Abordez-vous la question du tabac, de sa réduction ou de son arrêt avec vos patients ?	Jamais	Parfois	Souvent	
	1.5%	89.4%	9.1%	
4° L'interdiction actuelle du tabac dans les locaux de l'Hôpital est ...	Une évidence	Une bonne chose	Un problème	
	59.1%	27.3%	4.5%	
5° Pensez-vous que le temps de l'hospitalisation en psychiatrie est un bon moment pour la prise en charge du tabac ?	Oui		Non	
	24.6%		75.4%	
6° Selon vous, pour un patient présentant un trouble Psychiatrique, arrêter de fumer est ...	Déconseillé	Accessoire	Souhaitable	Indispensable
	7.6%	63.6%	28.8%	0
7° Selon vous, pour une personne présentant une maladie mentale, arrêter de fumer est :	Plus facile	Aussi facile	Plus difficile	Impossible
	0	7.6%	90.9%	0
8° Pour vous, le fait de fumer en tant que membre de l'équipe de soin est...	Aide	Frein	Ni-ni	
	24.2%	3%	69.7%	
9° Pour vos patients, la consommation de tabac est ? (Plusieurs réponses possibles)	Dépendance	Facteur de risque	Socialisation	
	50%	74.2%	54.5%	
10° Pour vos patients, la consommation de tabac est ? (Plusieurs réponses possibles)	Plaisir	Choix	Ni-ni	
	58.5%	41.5%	35.4%	
11° Avez-vous des craintes quant à	Oui		Non	

l'arrêt ou la réduction du tabac dans les services ?	27.3%		72.7%	
Si oui, lesquels ?		Agressivité	Agitation	Menaces
		62.1%	53%	27.3%
12° Actuellement, l'aide pour arrêter le tabac au sein de votre service vous semble ... ?		Accessible	Peu accessible	Inaccessible
		62.1%	23 (34.8%)	1.5%
13° Pensez-vous que vos connaissances ou votre formation sur le sujet est suffisante ?	Oui		Non	
		56.9%	43.1%	
Si non, Souhaiteriez-vous la compléter ?	Oui		Non	
		86.1%	11.1%	

**AUTEUR : Nom :** MORTIER

**Prénom :** Antoine

**Date de Soutenance :** 22 Septembre 2017

**Titre de la Thèse :** Place et représentations du tabagisme dans le service de Psychiatrie de Boulogne-sur-Mer

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement :** *Psychiatrie / Addictologie*

**DES + spécialité :** *Psychiatrie*

**Mots-clés :** Tabagisme / Psychiatrie / Patients / Soignants / Boulogne-sur-Mer

### **Résumé :**

**Contexte :** Si le tabagisme est surreprésenté en Psychiatrie, sa prise en charge est fréquemment lacunaire. Les soignants comme les patients semblent parfois résignés malgré les conséquences reconnues en termes de Santé Publique. Nous avons souhaité réaliser un état des lieux de la place et des représentations du tabagisme au sein du service de Psychiatrie de l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer.

**Méthode :** Cette étude prospective descriptive a été réalisée à l'aide de questionnaires pour les soignants et pour les patients, à leur entrée puis à leur sortie d'hospitalisation. Les données ont été analysées à l'aide du test t de Student. Au total, 34 patients fumeurs réguliers (répartis en deux groupes : les patients schizophrènes et ceux présentant un autre trouble psychiatrique) et 66 soignants (répartis en deux groupes : Fumeurs et Non-fumeurs) ont été inclus dans cette étude.

**Résultats :** Les données montrent que près de 75% des patients pensent que le tabac est nécessaire pour gérer leurs troubles. Ils sont pourtant nombreux à prévoir un arrêt ou une diminution de leur consommation, mais plutôt dans un délai supérieur à 6 mois. Si 30% des patients qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer ont reçu une substitution nicotinique, 11% ont été accompagnés par des soignants. Plus du tiers des patients considèrent que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie est impossible. Les patients schizophrènes sont significativement plus nombreux que les patients présentant un autre type de trouble psychiatrique à considérer que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie est déconseillé, ils sont aussi particulièrement peu demandeurs de l'aide des soignants pour leurs tentatives d'arrêt. Les soignants, non-fumeurs à 80%, sont nombreux à penser que l'hospitalisation n'est pas un bon moment pour arrêter le tabagisme et verbalisent des craintes concernant le comportement des patients lors d'un sevrage. Ils considèrent majoritairement que l'arrêt du tabac pour une personne hospitalisée en Psychiatrie est accessoire, ce qui n'est pas le cas des patients.

**Conclusion :** Cette Thèse met en évidence l'ambivalence des patients comme des soignants. La formation des soignants et l'uniformisation de l'abord de cette problématique, mais aussi l'éducation thérapeutique des patients semblent être des moyens d'améliorer la prise en charge du tabagisme en hospitalisation.

### **Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Docteur François LEFEBVRE**

**Directeur de Thèse :** Monsieur le Docteur François LEFEBVRE



