



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2019

N°

TITRE DE LA THESE

**TABAC ET CHAMBRE D'ISOLEMENT EN PSYCHIATRIE :
ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES MÉDICALES EN FRANCE**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 17 décembre 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par SAID Mounir
Né le 16/08/1988
à Marseille

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2019

N°

TITRE DE LA THESE

**TABAC ET CHAMBRE D'ISOLEMENT EN PSYCHIATRIE :
ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES MÉDICALES EN FRANCE**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 17 décembre 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par SAID Mounir
Né le 16/08/1988
à Marseille

Année Universitaire 2019-2020

au 1^{er} Novembre 2019

Doyen :

Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Bernard	BONIN (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Psychiatrie d'adultes
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
-----	-------	------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Bernard BONIN

Membres :

Monsieur le Professeur Benoit TROJAK

Monsieur le Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER

Monsieur le Docteur Pascal MENECHIER (directeur de thèse)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Bernard BONIN,

Nous vous remercions de l'honneur que nous vous faites en présidant notre jury de thèse. Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement et de votre expérience durant l'internat. Vous avez toujours su faire preuve de bienveillance, de patience et de confiance à notre égard. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Benoit TROJAK,

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury et nous vous en remercions grandement. Nous vous remercions pour votre investissement dans notre formation durant ces quatre années d'internat et de l'intérêt que vous avez porté au sujet de notre travail. Je tiens à vous assurer de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER,

Vous avez volontiers accepté de participer au jury de thèse et de juger notre travail. Nous avons eu le plaisir de suivre vos enseignements à de nombreuses reprises. Veuillez recevoir ici l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Pascal MENECHIER,

Je te remercie d'avoir accepté d'encadrer ce travail. Tu as été un directeur de thèse formidable. Ton dynamisme, ta disponibilité, tes nombreux conseils avisés et tes remarques pertinentes m'ont permis d'avancer dans ma réflexion et de me rassurer dans mes moments de doute. J'ai pris plaisir à travailler et apprendre à tes côtés. Sois assuré de mon estime et de mon amitié.

À Monsieur le Professeur Philippe D'ATHIS,

Sans aucune hésitation, vous avez accepté de m'aider dans ce travail et ce, bien au-delà de mes espérances. Je vous remercie pour votre bienveillance, votre disponibilité, vos relectures diligentes et vos conseils avisés. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Adrien GUILLOTEAU,

Je te remercie de m'avoir accompagné dans ce travail. Tes conseils et le temps accordé m'ont été précieux.

À tous les professionnels de santé qui ont contribué à la réalisation de ce travail et qui ont participé à cette étude.

Aux chefs de service et aux médecins qui ont participé à ma formation. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre pédagogie.

Aux équipes soignantes, aux secrétaires et aux documentalistes qui ont participé à ma formation.

À ma famille et mes proches : ma mère, mes frères et mes sœurs, mes grands-parents, mes belles-sœurs et Philippe.

À mes co-internes et amis avec qui j'ai pris plaisir à échanger et partager des moments inoubliables: Mathilde, Mélanie, Clélia, Gaspar, Thomas, Jean-François, Gabrielle, Alina, Silviu, Florine, Aubry, François, Juliette, Alexandra, Marion, Sophie, Thibault, Vlad, Charlène, Azedine, Jérémy, Baptiste, Loïc, Chérine, Stéphanie, Marie-Sophie, Laura et tous les autres.

À mes amis de toujours : Yasmina, Zouhour, Kamel, Vertancia, Ahmed, Mokhtar, Hadia, Dina, Khetty, Cécile, Maya, Rahma, Nadia, Anis, Lan, Jenni, Lisa, Lola et tous les autres que je n'oublie pas.

Je dédie tout particulièrement ce travail :

À mes frères et sœurs : j'ai une chance inouïe de vous avoir à mes côtés. Toujours présents, vous m'avez tellement apporté et soutenu toutes ces années. Je vous aime.

À ma mère : j'en suis là aujourd'hui en grande partie grâce à toi. Le mot sacrifice prend ici tout son sens. Les mots ne suffiront pas à t'exprimer tout mon amour et ma gratitude. J'espère te rendre fière aujourd'hui. Je t'aime.

Table des matières

Table des tableaux	11
Table des figures	11
Abréviations	12
Résumé	13
Résumé en anglais	14
I. Introduction	15
II. Matériel et Méthodes.....	17
A. Population.....	17
B. Type d'étude.....	17
C. Recueil des données	17
D. Analyses statistiques	18
III. Résultats	19
A. Analyse descriptive	19
B. Analyse comparative	24
IV. Discussion	26
A. Intérêts et points forts de l'étude	26
B. Limites et biais	26
C. Discussion des résultats.....	27
D. Perspectives.....	32
V. Conclusion.....	34
Bibliographie.....	35
Annexes.....	40
Annexe 1 : Recommandations HAS.....	41
Annexe 2 : Fiche de surveillance HAS	43
Annexe 3 : Questionnaire	47
Annexe 4 : Résultats détaillés	51

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des participants	20
Tableau 2 : Arguments cités pour justifier le caractère non indispensable de l'évaluation de la dépendance nicotinique	21
Tableau 3 : Informations figurant dans la fiche de décision médicale de mise en chambre d'isolement.....	21
Tableau 4 : Critères fixant le nombre de cigarettes autorisé par jour	22
Tableau 5 : Lieux où les patients placés en chambre d'isolement peuvent fumer	24
Tableau 6 : Les besoins exprimés pour optimiser la prise en charge d'un patient fumeur placé en chambre d'isolement	24
Tableau 7 : Facteurs influençant la fréquence de l'évaluation de la dépendance à la nicotine	25
Tableau 8 : Influence de l'existence d'un protocole de TSN sur la proposition systématique de TSN et sur la maîtrise des TSN.....	25

Table des figures

Figure 1 : Nombre de cigarettes autorisé par jour	22
Figure 2 : Difficultés dues à la réduction de la consommation tabagique en chambre d'isolement.....	23

Abréviations

CGLPL	Contrôleure générale des lieux de privation de liberté
CI	Chambre d'isolement
COM	Collectivités d'outre-mer
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CSP	Code de la santé publique
DROM	Départements et régions d'outre-mer
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
HAS	Haute Autorité de santé
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
RESPADD	Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions
SAU	Service d'accueil des urgences
TSN	Traitements de substitution nicotinique

Résumé

Prendre en charge des patients fumeurs placés en chambre d'isolement soulève de nombreuses questions cliniques, légales, éthiques et déontologiques. Elles mettent en difficultés les malades ainsi que les équipes soignantes. Recenser les pratiques médicales actuelles prépare à une réflexion collective afin d'améliorer la prise en charge. **Objectifs :** Cette étude visait à décrire les pratiques médicales lors de la prise en charge des patients fumeurs placés en chambre d'isolement. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les entraves à ces pratiques et leur impact sur la prise en charge. **Matériel et Méthodes :** Cette étude, descriptive et transversale, a été menée sur la France entière entre le 14 août 2019 et le 14 octobre 2019. Les médecins inclus devaient être des psychiatres ou des internes en psychiatrie traitant des patients majeurs et fumeurs placés en chambre d'isolement dans un service de psychiatrie public français. Le recueil de données a été réalisé avec un auto-questionnaire établi sur Google Forms™ et mis en ligne. **Résultats :** Cette étude a inclus 635 médecins parmi lesquels : 96,4% rapportent des difficultés liées à la réduction tabagique imposée ; 41,1% n'évaluent pas la dépendance nicotinique ; 53,9% ne sont pas formés à la tabacologie ; 77,3% proposent systématiquement des traitements de substitution nicotinique ; 65,7 % considèrent le tabac comme un moyen thérapeutique et 44,4% comme un moyen de négociation ; 45,4% signalent l'absence de lieux dédiés pour fumer. La proposition systématique d'une substitution est significativement liée à l'évaluation de la dépendance nicotinique ($p < 0,001$) ; la formation en tabacologie a une influence positive sur l'évaluation ($p < 0,005$), sur la proposition systématique ($p < 0,05$) et sur la maîtrise de l'utilisation des thérapeutiques de substitution ($p < 0,001$). L'existence d'un protocole de substitution nicotinique est significativement liée à la proposition systématique de TSN ($p < 0,001$) et à la maîtrise de ces traitements ($p < 0,01$). **Conclusion :** Les pratiques médicales, très hétérogènes en France, pourraient être améliorées par des études ultérieures et une réflexion collective des professionnels de santé.

Mots-clés : Tabac – Chambre d'isolement – Unités de soins psychiatriques – Pratiques médicales – Syndrome de sevrage — Loi anti-tabac

Résumé en anglais

Title : Tobacco and seclusion rooms in psychiatry: current medical practices in France.

The management of smokers in seclusion rooms raises many clinical, legal, ethical and deontological questions and causes difficulties for both patients and health care teams. It is necessary to identify current medical practices in order to inform collective reflection to improve care. **Objectives:** This study aimed to describe medical practices in the management of smokers who are put in seclusion rooms. The secondary objectives were to identify barriers to these practices and their impact on care. **Material and Methods:** This descriptive and cross-sectional study was conducted throughout France between 14 August 2019 and 14 October 2019. The physicians included had to be psychiatrists or psychiatric residents treating adult smokers in seclusion rooms in French public psychiatric units. Data was collected from a self-questionnaire designed with Google Forms™ and put online. **Results:** This study included 635 physicians, among whom : 96,4% reported difficulties related to the imposed reduction in smoking ; 41,1% did not assess nicotine dependence ; 53,9% had not undergone training in tobacco addiction ; 77,3% systematically offered nicotine replacement therapy ; 65,7% considered tobacco as a therapeutic tool and 44,4% as a bargaining tool ; 45,4% reported there were no dedicated smoking areas. The systematic proposal of substitution is significantly related to the assessment of nicotine dependence ($p<0,001$) ; tobacco training has a positive influence on the assessment ($p<0,005$), on the systematic proposal ($p<0,05$) and on the monitoring of nicotine replacement therapy use ($p<0,001$). The existence of a nicotine substitution protocol is significantly related to the systematic proposal ($p<0,001$) and the monitoring of these treatments ($p<0,01$). **Conclusion:** Medical practices, which are very heterogeneous in France, could be improved through further studies and collective reflection by health professionals.

Keywords : Tobacco – Seclusion – Psychiatric department – Medical practices – Nicotine withdrawal – Smoke-Free policy

I. Introduction

En France, les pratiques liées à la chambre d'isolement (CI) et à la contention en psychiatrie ont légalement été encadrées depuis la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article 72) (1). Un des objectifs de cette loi est d'améliorer les prises en charge hétérogènes d'un établissement à un autre et parfois même, d'un praticien à un autre au sein d'une même unité. Cet état des faits est notamment illustré par les résultats de l'analyse du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) (2,3) et le rapport d'activité de 2016 de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL)(4). Parmi ses nombreux constats, cette dernière pointe du doigt ceux liés à la prise en charge des patients fumeurs placés en CI. Cette observation a une importance non négligeable, puisque de nombreuses études ont mises en évidence une fréquence élevée de la comorbidité du tabagisme et des troubles psychiatriques dans cette population. En effet, le tabagisme est deux à trois fois plus fréquent chez les sujets présentant des troubles psychiatriques qu'en population générale (5–9).

En tenant compte de l'interdiction de fumer dans les lieux publics (10,11), services de psychiatrie inclus, ces patients restreints dans leur liberté d'aller et venir au cours de leur prise en charge en CI, voient souvent leur consommation tabagique diminuer de manière drastique. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de février 2017 (12) considèrent ce risque et recommandent que « *les sevrages soient pris en compte en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac* » (Annexe 1). Un item « *Substitut nicotinique ou possibilité de fumer* » apparaît d'ailleurs dans les fiches de surveillance de l'isolement proposées dans ces mêmes recommandations (Annexe 2).

Mais dans les situations de crise nécessitant le recours à la CI, où l'évaluation des troubles psychiques peut déjà se révéler difficile, l'évaluation de la dépendance tabagique passe le plus souvent au second plan, quand elle n'est pas ignorée par les soignants. Le risque est alors celui d'un syndrome de sevrage tabagique, pouvant être confondu avec les symptômes du trouble psychique ayant justifié la mise en CI (agressivité, agitation psychomotrice...) (13–15). D'autant plus qu'en comparaison avec des sujets sans pathologie psychiatrique, la symptomatologie de sevrage est plus sévère dans cette population (6,16,17).

Quelques rares études concernant les patients fumeurs placés en CI ont été retrouvées (18–20). Cela contraste avec la réalité clinique, c'est-à-dire une situation à laquelle les soignants sont

confrontés chaque jour. De même, la recherche bibliographique menée ne retrouve pas d'études portant sur l'évaluation des pratiques médicales concernant la prise en charge des patients fumeurs mis en CI. Le but de cet article est de faire un état des lieux de ces pratiques et ainsi engager une réflexion collective afin de faire évoluer les pratiques pour adapter au mieux la prise en charge de ces patients.

Objectifs :

L'objectif principal de cette étude est de décrire les pratiques médicales dans la prise en charge des patients fumeurs placés en CI dans les services de psychiatrie publics français.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Identifier les entraves à la prise en charge adaptée des patients fumeurs mis en CI;
- Évaluer l'impact des pratiques médicales sur la prise en charge de ces patients.

II. Matériel et Méthodes

A. Population

L'étude visait des psychiatres et des internes en psychiatrie rencontrant dans leur pratique des patients majeurs, consommateurs de tabac et mis en CI dans un service de psychiatrie d'un établissement hospitalier public, situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Étaient exclus les psychiatres et les internes en psychiatrie :

- ne voyant pas dans leur pratique de patients majeurs placés en CI d'un service de psychiatrie ;
- exerçant dans les services d'accueil des urgences (SAU) générales, les unités pour malades difficiles, les unités carcérales psychiatriques, les établissements de santé privés, les services de psychiatrie situés dans les collectivités d'outre-mer (COM), les services de psychiatrie étrangers.

B. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de pratiques professionnelles à la fois quantitative et qualitative, descriptive et transversale.

C. Recueil des données

On a rédigé un questionnaire anonyme auto-administré comportant 41 questions en sept parties qui portaient sur : les données démographiques, l'évaluation de la dépendance nicotinique des patients placés en CI, les difficultés liées à la réduction de la consommation tabagique imposée par la CI, les traitements de substitution nicotinique (TSN), l'encadrement justifié par la gestion du tabac, l'intérêt du tabac dans la relation soignants-patient, les emplacements dédiés pour fumer et les besoins des médecins pour améliorer la prise en charge des malades (Annexe 3).

Les questions étaient majoritairement fermées afin de permettre une analyse statistique des résultats. Le temps pour répondre au questionnaire ne dépassait pas cinq minutes.

Le questionnaire a été testé par 3 internes en psychiatrie, un psychiatre et un addictologue. Des ajustements ont ainsi été effectués avant la diffusion définitive du questionnaire.

Après consultation de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon, l'enquête ne relevait pas d'une recherche de type MR004 et ne nécessitait pas l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP).

Le questionnaire a été mis en ligne sur internet avec Google FormsTM et mis à disposition de la façon suivante : on a d'abord cherché les coordonnées des participants possibles

- en sollicitant, par voie électronique, 17 directions générales des agences régionales de santé (ARS) afin d'obtenir une liste des établissements publics comportant des services de psychiatrie;
- en visitant le site de la Fédération Hospitalière de France (FHF);
- en téléphonant à un membre de l'établissement hospitalier : président de la commission médicale d'établissement (CME), médecins, secrétaires de direction générale ou des affaires médicales, service de communication.

Puis on a envoyé le lien internet du questionnaire à partir du 14/08/2019 (semaine 33) :

- par mails :
 - aux hôpitaux psychiatriques publics en France ;
 - au Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD) ;
 - à l'Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie (AFFEP) ;
- sur les réseaux sociaux (Facebook[®] et Twitter[®]).

844 courriels ont ainsi été envoyés, chaque destinataire étant invité à diffuser le lien du questionnaire dans son établissement. La date limite de réception des questionnaires a été fixée au 14/10/2019.

Une seule relance électronique ou téléphonique a été réalisée au cours de la semaine 37.

Les réponses enregistrées ont été ensuite transcrites par Google FormsTM dans un tableau de données Excel[®].

D. Analyses statistiques

L'analyse des données a été réalisée avec le tableur Microsoft Excel[®]. Les variables, toutes catégorielles, ont été décrites en effectifs et en pourcentages. Une analyse comparative a été réalisée ensuite avec le test du Khi² en réunissant des classes lorsque les effectifs étaient trop faibles. Le risque de première espèce a été fixé à $\alpha = 0,05$ pour toutes les analyses.

III. Résultats

Au total, nous avons obtenu 781 réponses dont 146 réponses ont été exclues :

- 40 participants non médecins : 28 Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État (IDE), 6 cadres de santé, 3 cadres supérieurs de santé, 1 faisant fonction de cadre supérieur de santé, 1 aide-soignante, 1 pair aidant numérique ;
- 61 médecins n'ayant pas la psychiatrie comme spécialité : 29 médecins généralistes, 11 urgentistes, 2 praticiens hospitaliers de médecine polyvalente, 9 internes en médecine d'urgences, 6 internes en médecine générale, 2 internes en médecine du travail, 1 interne en santé publique, 1 interne en neurologie ;
- 34 psychiatres qui ne rencontraient pas des patients majeurs placés en CI ;
- 4 psychiatres qui ne voyaient des patients placés en CI qu'au SAU ;
- 5 psychiatres qui n'exerçaient pas dans un service de psychiatrie situé en France métropolitaine ou dans les DROM : 3 psychiatres exerçant dans les COM et 2 médecins exerçant à l'étranger ;
- 2 médecins n'ayant pas précisé leur spécialité.

Après exclusion, 635 réponses seulement ont donc été traitées.

A. Analyse descriptive

L'ensemble des résultats présentés dans cette étude est disponible en annexe 4.

Les caractéristiques des participants sont décrites dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Médecins	Fréquence (en %)	Effectif (n=635)
Sexe		
Femme	62,5	397
Homme	37,5	238
Âge		
<24 ans	0	0
24-31 ans	43,0	273
32-41 ans	22,8	145
42-51 ans	12,9	82
52-64 ans	15,6	99
>64 ans	5,7	36
Statut tabagique		
Fumeur	16,6	105
Non-fumeur	58,6	372
Ancien fumeur	20,9	133
En cours de sevrage	3,9	25
Profession		
Psychiatres	65,5	416
Internes en psychiatrie	34,5	219
Région d'exercice		
Auvergne-Rhône-Alpes	11,9	76
Bourgogne-Franche-Comté	12,6	80
Bretagne	4,6	29
Centre-Val de Loire	2,4	15
Grand Est	7,9	50
Hauts-de-France	9,0	57
Île-de-France	9,6	61
Normandie	4,7	30
Nouvelle-Aquitaine	5,0	32
Occitanie	7,4	47
Pays de la Loire	11,2	71
Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse	11,3	72
Départements et régions d'outre-mer	2,4	15
Formation en tabacologie		
Oui	46,1	293
Non	53,9	342
Types de formation		
DESC d'addictologie, capacité d'addictologie	8,8	56
DIU, DU en addictologie et/ou tabacologie	4,3	27
Cours obligatoires dans le cadre de vos études	30,2	192
Congrès, séminaires	12,1	77
Autre	4,7	30
Pas de formation	53,9	342

Des répondants, 41,1 % n'évaluent pas la dépendance nicotinique des patients placés en CI et 18,1% déclarent qu'elle n'est pas indispensable : leur principal argument est qu'elle n'est pas considérée comme prioritaire dans la prise en charge du patient (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Arguments cités pour justifier le caractère non indispensable de l'évaluation de la dépendance nicotinique

L'évaluation n'est pas indispensable car (n=100) :	% (n)
Ce n'est pas la priorité	44% (44)
Patient autorisé à fumer dans la CI ou accompagné sur l'extérieur par un soignant	19% (19)
L'évaluation n'aura pas d'impact sur la décision de mise en CI	3% (3)
Possibilité de fumer si le patient le demande	5% (5)
Isolement de courte durée	4% (4)
Ne se pose pas la question	2% (2)
Autre	23% (23)

Lors de la décision médicale (initiale ou de renouvellement) de mise en CI, 46,1% des médecins déclarent qu'il existe au moins un item faisant référence à la situation tabagique du patient (cf. Tableau 3). Seulement 28,9% des participants renseignent systématiquement les informations liées à la situation tabagique du patient.

Tableau 3 : Informations figurant dans la fiche de décision médicale de mise en chambre d'isolement

Lors de la décision médicale initiale (ou de renouvellement) de mise en CI, quel(s) élément(s) apparai(ssen)t dans la fiche de surveillance ? (n=635)	% (n)
Au moins un item coché, parmi :	46,1% (293)
- Statut tabagique	21,4% (136)
- Nombre de cigarettes autorisé à fumer	27,1% (172)
- Prescription de substituts nicotiques	34,3% (218)
Aucun	53,9% (342)

Le nombre de cigarettes autorisé par jour au patient placé en CI est compris entre 4 à 6 cigarettes par 33,2% des médecins alors que 32,4% des médecins ne le quantifient pas précisément, estimant qu'il est variable et qu'il dépend de nombreux facteurs (cf. Figure 1).

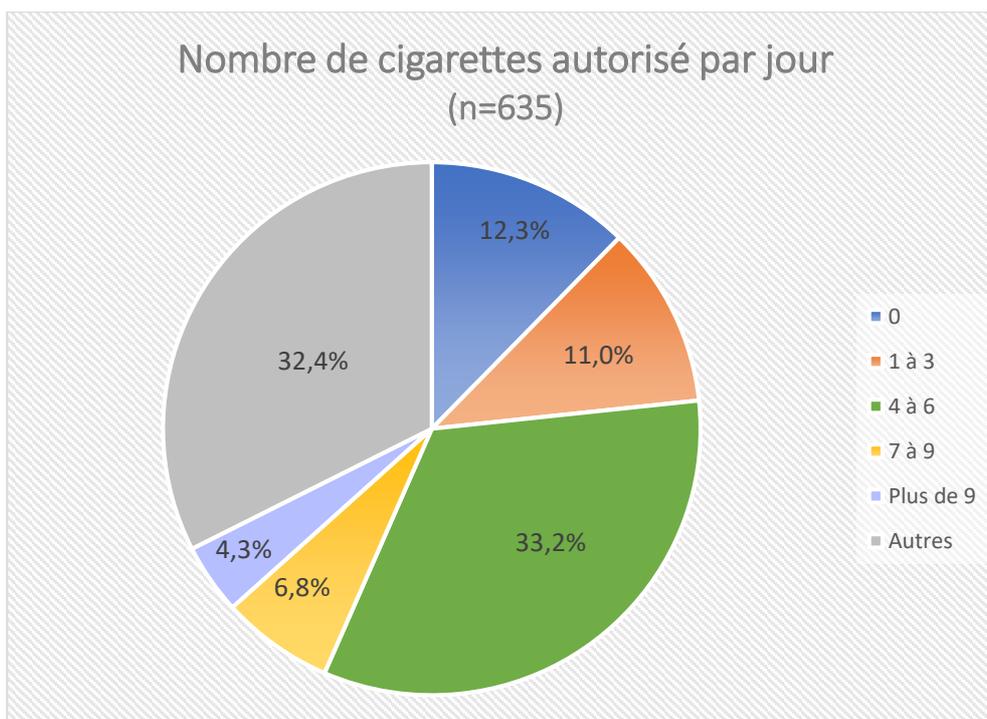


Figure 1 : Nombre de cigarettes autorisé par jour

Les critères pris en compte dans la décision du nombre de cigarettes accordé sur une journée au patient placé en CI sont exposés dans le Tableau 4.

Tableau 4 : Critères fixant le nombre de cigarettes autorisé par jour

Sur quel(s) critère(s) repose(nt) la décision du nombre de cigarettes sur une journée ? (n=615)	% (n)
L'état clinique du patient	62,1% (382)
Rythmé par les repas (goûter inclus)	54,6% (336)
A l'appréciation de l'équipe soignante	52,7% (324)
Il existe un protocole (ou règlement) dans l'unité	14,0% (86)
Selon la disponibilité des soignants	3,9% (24)
Selon la consommation déclarée et le niveau de dépendance	2,6% (16)
Rythmé par les temps de sortie	1,5% (9)
À la demande du patient	0,8% (5)
Selon les ressources du patient	0,7% (4)

Les TSN sont proposés systématiquement au patient placé en CI par 77,3 % des médecins. L'utilisation de ces TSN est maîtrisée par 74,2% des médecins. Selon 48,5% des médecins, il n'existe aucun protocole de substitution nicotinique dans leur établissement ; 28,0% l'ignorent et 23,5% affirment son existence. Par ailleurs, les TSN peuvent également être prescrits par les

IDE, ce que 68,2 % des médecins ignorent. Quant à la cigarette électronique, 39,2 % des médecins la déclarent autorisée au sein de leur unité de soins alors que 12,8% ignorent si son utilisation est autorisée. Pour 70,6% de médecins, elle constitue une aide à la réduction ou au sevrage tabagique; 18,4% ne se prononcent pas.

Parmi les répondants, 96,4% considèrent que la réduction de la consommation de tabac, imposée par la CI, peut engendrer des difficultés. Et celles-ci pourraient, pour 96,1% des participants, être liées au syndrome de sevrage nicotinique. Les difficultés relevées par les médecins sont illustrées dans la Figure 2.

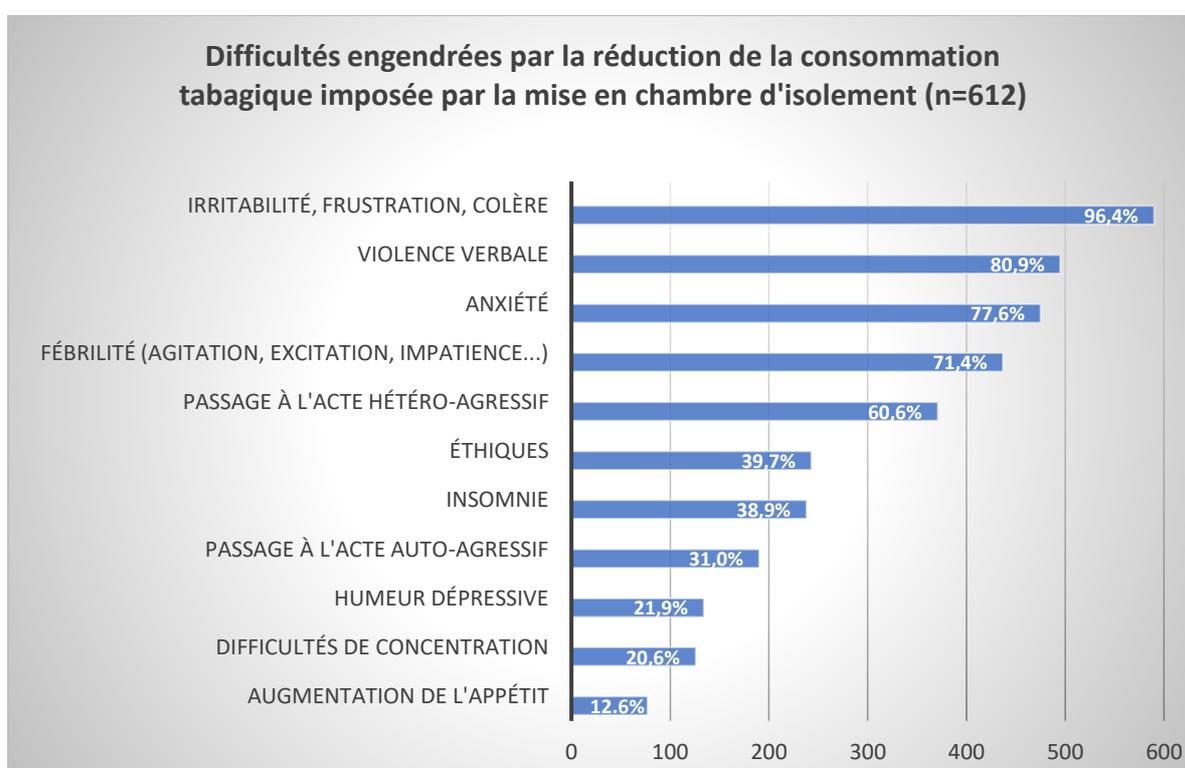


Figure 2 : Difficultés dues à la réduction de la consommation tabagique en chambre d'isolement

Le tabac est considéré comme un outil thérapeutique favorisant la relation avec le patient pour 65,7 % des médecins et comme un moyen de négociation pour 44,4 % des participants.

Selon 54,6% des médecins, il existe un lieu dédié où les patients mis en CI peuvent fumer. Parmi ces répondants, 32,3% précisent qu'il peut s'agir de la fenêtre ou du sas de la CI (cf. Tableau 5).

Tableau 5 : Lieux où les patients placés en chambre d'isolement peuvent fumer

Lieux où les patients placés en CI peuvent fumer (n=325)	% (n)
Patio, cour, jardin, terrasse, parc clos (contigus ou non à la CI)	65,2% (212)
À la fenêtre ou dans le sas de la CI	32,3% (105)
Fumoir dans l'unité	8,3% (27)
Balcon sécurisé (grillagé, clôturé...)	5,5% (18)

Lorsque l'état clinique du patient est incompatible avec une sortie de la CI, 39,2% des médecins reconnaissent avoir déjà autorisé un patient à fumer dans la CI. Lorsque le patient est autorisé à fumer sur ses temps de sortie de la CI, 63,1 % des médecins déclarent que l'accompagnement infirmier est systématique tandis que 3,6% l'ignorent. Par ailleurs, 90,7 % des participants disent que les temps de pause cigarette peuvent être réduits du fait d'un sous-effectif de soignants.

Les besoins exprimés pour améliorer les pratiques médicales sont illustrés dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Les besoins exprimés pour optimiser la prise en charge d'un patient fumeur placé en chambre d'isolement

De quelle(s) ressource(s) auriez-vous besoin pour gérer au mieux la réduction tabagique imposée par la CI? (n=635)	% (n)
Documentation écrite	60,9% (387)
Formations	55,6% (353)
Aucune	13,1% (83)
Avoir plus de personnel soignant	2,0% (13)
Protocole consensuel	1,7% (11)
Réaménagement des locaux	1,7% (11)
Temps de réflexion institutionnel	0,8% (5)
Autre	1,3% (8)

B. Analyse comparative

L'évaluation de la dépendance à la nicotine est significativement liée à la formation à la tabacologie ($p < 0,005$) : 53,8% des médecins qui ne sont pas formés évaluent la dépendance contre 64,8 % des médecins formés. La proposition systématique de TSN est significativement liée à l'évaluation ($p < 0,001$), plus fréquente chez les médecins qui évaluent (86,4%) que chez les autres (64,4%). En revanche, le statut tabagique du médecin ou encore l'existence d'un protocole de substitution nicotinique ne sont pas significativement liés à l'évaluation de la dépendance nicotinique (cf. Tableau 7).

Tableau 7 : Facteurs influençant la fréquence de l'évaluation de la dépendance à la nicotine

Évaluez-vous le degré de dépendance à la nicotine du patient en CI ?			
	Oui (n=374)	Non (n=261)	Degré p
Statut tabagique du médecin			0,096
Non-fumeur	57,2% (214)	60,5% (158)	
Fumeur	15,5% (58)	18,0% (47)	
Ancien fumeur	24,1% (90)	16,5% (43)	
En cours de sevrage	3,2% (12)	5,0% (13)	
Proposition systématique de TSN			
Oui	86,4% (323)	64,4% (168)	<0,001
Existence dans l'établissement d'un protocole de TSN			
Oui	23,3% (87)	23,8% (62)	0,296

La proposition systématique de TSN est aussi significativement liée à la formation à la tabacologie ($p < 0,05$) : 80,9% des médecins formés font systématiquement la proposition contre 74,3% des médecins non formés. La proposition est aussi significativement liée à la maîtrise de l'utilisation des TSN ($p < 0,001$) : 82,4% des médecins qui proposent ces TSN, maîtrisent leur utilisation contre 62,8% qui ne la maîtrisent pas.

La maîtrise des TSN est significativement liée à la formation à la tabacologie ($p < 0,001$) : 82,9% des médecins formés à la tabacologie maîtrisent les TSN contre 66,7% des médecins non formés.

Lorsqu'un protocole est connu, la proposition de TSN est significativement plus fréquente ($p < 0,001$). Et la maîtrise des TSN est aussi significativement plus fréquente ($p < 0,01$) (cf. Tableau 8).

Tableau 8 : Influence de l'existence d'un protocole de TSN sur la proposition systématique de TSN et sur la maîtrise des TSN

Existence dans l'établissement d'un protocole de TSN			
	Oui (n=149)	Non ou inconnu (n=486)	Degré p
Proposition systématique de TSN			
Oui	87,2% (130)	74,3% (361)	$p < 0,001$
Maîtrise l'utilisation des TSN			
Oui	82,6% (123)	71,6% (348)	$p < 0,01$

IV. Discussion

L'objectif de notre étude était de recenser les pratiques médicales pour la prise en charge des patients fumeurs placés en CI dans les services de psychiatrie publics français.

A. Intérêts et points forts de l'étude

Il n'existe aucune étude décrivant l'état actuel des pratiques médicales liées à la prise en charge des patients fumeurs en CI. En effet, de nombreuses études s'intéressent à l'impact de l'interdiction de fumer dans les unités de psychiatrie (21–25) mais rares sont celles qui portent sur les patients fumeurs placés en CI. Notre recherche bibliographique n'a en effet trouvé que trois mémoires et un article à ce sujet. Le premier a trait à la conception et à l'évaluation d'un protocole de prise en charge du patient fumeur en CI (19). Le second réalise notamment un état des lieux des pratiques infirmières relatives à l'accompagnement de ces patients dans un établissement public de santé mentale (18). Le dernier mémoire concerne des réflexions sur la prise en charge du schizophrène fumeur en isolement thérapeutique (26). Enfin, l'article s'intéresse à l'enjeu du moment cigarette dans le cadre de l'isolement (20).

Ainsi notre étude complète la littérature en décrivant les pratiques médicales liées à la prise en charge des patients fumeurs en CI, situation fréquente pour ne pas dire quotidienne.

Par ailleurs, dans un laps de temps relativement court, le grand nombre de participants à cette étude permet d'avoir un aperçu représentatif des pratiques médicales actuelles et témoigne de l'intérêt porté à cette thématique.

B. Limites et biais

Les lois et systèmes de santé différant d'un pays à un autre, il n'a pas été possible de réaliser une revue systématique de la littérature. Toutefois, en prenant en considération cette donnée, il n'a pas été retrouvé d'études qui portent sur ces pratiques et ce, malgré une recherche bibliographique exhaustive sur PubMed, PsycINFO ou encore Web of Science.

Le questionnaire en ligne, uniquement diffusé par courriels, visait à obtenir un maximum de participants mais a pu ne pas parvenir à certains professionnels à cause du pare-feu de leur établissement. Comme le questionnaire a été diffusé à des centres, des personnes et sur les réseaux sociaux, il n'est pas possible d'estimer de façon fiable l'ensemble des personnes

sollicitées. À titre d'information, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) compte 8380 psychiatres salariés dans des établissements de santé publics en 2019 mais on ne sait pas combien d'entre eux rencontrent des patients majeurs placés en CI (27). Par ailleurs, le CNOM alerte sur la faible qualité, faute de mises à jour, des données des différents statuts hospitaliers.

Enfin, les informations recueillies ne peuvent pas être vérifiées en raison de l'anonymat, et on sait que les participants ont tendance à surestimer, consciemment ou non, la qualité de leurs pratiques (28).

C. Discussion des résultats

Les pratiques apparaissent hétérogènes dans la prise en charge des patients fumeurs placés en CI.

- Prise en compte du sevrage tabagique selon les recommandations de la HAS

L'étude montre que la dépendance nicotinique n'est pas évaluée par un peu plus de 2 médecins sur 5, même si une grande partie l'estime indispensable dans la prise en charge du malade. Près de la moitié des médecins rapporte que des informations relatives à la situation tabagique du patient apparaissent dans la fiche de surveillance de la décision de mise en CI mais une large majorité reconnaît ne pas les renseigner systématiquement. Dans un contexte de crise où les troubles psychiques causant la mise en CI passent au premier plan, certains médecins considèrent l'évaluation de la dépendance nicotinique comme secondaire dans la prise en charge du patient. Cet argument peut mener au risque de négliger le tabagisme, considéré comme non pathologique par des médecins en l'absence de complications somatiques graves. Pourtant, parmi les nombreuses difficultés liées à la réduction du tabac en CI, 80,9% des médecins citent un risque accru de violence verbale et 60,6% un risque de passage à l'acte hétéro-agressif. Les conséquences pourraient être une prolongation du séjour en CI. Par ailleurs, les données de la littérature portant sur le vécu des patients hospitalisés dans une unité de soins psychiatriques démontrent que le tabac est l'une de leurs préoccupations majeures (29–33).

De nombreuses études rapportent un tabagisme considérablement plus élevé chez les patients atteints d'un trouble mental (5,9,34). Les patients souffrant d'un trouble psychotique, patients les plus fréquemment rencontrés en CI (2,19,35–37), consommeraient ainsi plus de 20 cigarettes par jour (19,32,38,39). Le passage en CI réduit la consommation de tabac puisque, si celui-ci est permis, près d'un tiers des médecins autorisent de 4 à 6 cigarettes par jour, nombre

très probablement inférieur à l'habituel. La nicotine ayant une demi-vie d'élimination de 2h, on imagine aisément qu'un moindre nombre quotidien de cigarettes puisse induire un syndrome de sevrage.

De plus, la littérature montre que le séjour en CI dure souvent plus de 24 heures (19,21,29,35–37,40). Or, selon le DSM-5, le syndrome de sevrage survient dans les 24h après le sevrage ou la réduction du tabac, en incluant : irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, fièvre, humeur dépressive et insomnie (41). Ces symptômes ont été cités par la majorité des médecins de notre étude avec en premier « irritabilité, frustration, colère ». Les participants rapportent également un risque accru d'agressivité et de violence. Pour de nombreux médecins, ces symptômes peuvent être liés au syndrome de sevrage, ce qui corrobore les résultats de plusieurs études (42,43).

Un essai randomisé en double aveugle montre que les TSN permettent de réduire d'environ un tiers l'agitation et l'agressivité chez des patients fumeurs souffrant d'une schizophrénie (44). Dans notre étude, plus des ¾ des médecins proposent en systématique les TSN. Ceux-ci semblent donc conscients de la nécessité de substituer le tabac chez les patients afin de minimiser le risque de syndrome de sevrage lié à la réduction imposée du tabac en CI. Malgré cette pratique répandue, un peu plus d'¼ des participants déclare ne pas maîtriser l'utilisation des TSN. Le risque est alors de prescrire un traitement insuffisamment dosé comme l'ont montré certaines études (45,46). Le syndrome de sevrage tabagique peut avoir un impact considérable sur le métabolisme des antipsychotiques métabolisés par le cytochrome P450 CYP1A2 (par exemple la Clozapine ou encore l'Olanzapine) (47,48). Par conséquent, la réduction tabagique doit inciter le praticien à réévaluer leur posologie pour éviter l'élévation de la concentration plasmatique, et toute sédation ou symptômes extrapyramidaux (6,17,49).

Ainsi, bien que la dépendance nicotinique ne soit pas systématiquement évaluée, elle est jugée indispensable par beaucoup de médecins qui proposent systématiquement des TSN aux patients placés en CI, en accord avec les recommandations de la HAS. Celles-ci recommandent que : « les sevrages soient pris en compte en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac » (12). Il est par ailleurs indispensable de se souvenir qu'une dépendance tabagique ne se réduit pas à la dépendance nicotinique. En effet, les habitudes du patient, l'envie irrépressible de fumer (*craving*), la dépendance comportementale par exemple doivent aussi entrer dans l'évaluation clinique de la dépendance tabagique (41,50).

- Encadrement des pratiques

En ce qui concerne le nombre de cigarettes autorisé par jour et la proposition de TSN, l'encadrement des pratiques est très variable. Le nombre de cigarettes serait surtout fonction de l'état clinique du patient, apprécié par l'équipe soignante ou encore déterminé par le rythme des repas. Si les deux premiers critères sont justifiés, que dire de ce dernier critère qui n'a ici aucune valeur clinique ?

Par ailleurs, moins d'un médecin sur quatre mentionne l'existence d'un protocole de substitution nicotinique dans son établissement alors qu'un protocole aiderait à maîtriser l'utilisation des TSN. Et en plus, l'existence d'un tel protocole n'est pas significativement liée à l'évaluation de la dépendance nicotinique, ce qui mène à se demander si les protocoles existants incluent une évaluation de la dépendance à la nicotine et s'ils sont spécifiques à la prise en charge des patients fumeurs en CI.

D'autre part, la prescription des TSN par les IDE, permise par loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (51), est ignorée par plus de 2 médecins sur 3 alors qu'elle améliorerait la prise en charge des patients. En effet l'IDE, souvent en première ligne devant le patient, a une place privilégiée dans sa relation avec lui aussi bien par la proximité que le temps passé à ses côtés. Cette ignorance vient s'ajouter au manque de formation en tabacologie de plus de la moitié des médecins, comme déjà dit par de nombreuses études qui montrent un manque de formation des soignants (49,52–54). Pourtant, cette formation permettrait de manière significative une évaluation plus fréquente de la dépendance nicotinique et une proposition systématique de TSN plus fréquente, d'où une plus grande maîtrise dans l'utilisation de ces traitements.

- Cigarette électronique

Bien que la cigarette électronique fasse débat (55,56), plus des 2/3 des médecins considèrent qu'elle peut aider à la réduction du tabagisme, et même au sevrage, cela compte tenu de ses risques pour la santé moindres que ceux du tabac (57,58). Par ailleurs, un essai randomisé britannique récent (59) a comparé l'utilisation de la cigarette électronique aux TSN pour un sevrage tabagique : le taux d'abstinence à un an était significativement plus élevé avec la cigarette électronique (18%) qu'avec les TSN (9,9%).

La loi française interdit le vapotage dans « *les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif* » (article L3513-6 du CSP), « *à l'exception des locaux qui accueillent du public* » (article R3513-2 du CSP). En revanche, la vape n'est interdite ni dans les lieux non clos ou non couverts ni dans les chambres individuelles, sauf si le règlement intérieur de l'établissement l'interdit. Ainsi, près de 2 médecins sur 5 déclarent que le vapotage est autorisé dans leur unité.

- Aménagement des services

Les services n'ont souvent pas d'espace dédié pour fumer : 45,4% des médecins le disent. Ce résultat est probablement sous-estimé car, parmi les médecins qui mentionnent un endroit pour fumer, 32,3 % désignent la CI ou son sas. Mais ce qui peut faciliter la prise en charge du patient peut aussi contrevenir à la loi : « *interdiction totale de fumer dans les lieux à usage collectif, notamment dans les établissements de santé* » (11) et « *dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail* » (10). Les chambres étant assimilables à des lieux affectés à un usage collectif, l'interdiction d'y fumer s'applique.

L'architecture des bâtiments peut donc constituer un obstacle dans la prise en charge de ces patients et conduire à des pratiques illégales en transgressant la loi anti-tabac.

- Le cas de l'isolement strict

Dans certaines situations, l'état clinique du patient est incompatible avec une sortie de la CI : près de 2 médecins sur 5 reconnaissent alors avoir autorisé des patients à fumer dans leur chambre. La CI étant d'utilisation exceptionnelle en derniers recours, cette transgression de la loi pourrait-elle être concernée par la circulaire du 8 décembre 2006 ? Cette dernière dispose : « *Par ailleurs, à titre exceptionnel, et au regard des pathologies prises en charge, l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients sur la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures* » (11). Cet énoncé, au contenu imprécis, est interprété différemment par les soignants : des précisions du législateur seraient utiles pour éviter toute interprétation entretenant l'hétérogénéité des pratiques médicales.

- Aspects éthiques et déontologiques des pratiques actuelles

Outre leurs impacts sur la clinique et le respect des lois, les pratiques recensées soulèvent des questions éthiques et déontologiques.

Près de 2 médecins sur 5 signalent des problèmes éthiques quand le patient fumeur se retrouve en CI. La solution apportée questionne alors du point de vue éthique et déontologique : faire approvisionner en tabac les patients par les soignants, certains établissements allouant même un budget à cet effet, peut être jugé paradoxal, puisque la mission du soignant est de lutter contre l'addiction. Mais alors que faire quand le patient arrive directement des urgences et est placé en CI, sans ses affaires et sans possibilité d'avoir un membre de son entourage qui lui apporte ce dont il a besoin ? Que faire s'il refuse les TSN ? Dans ce contexte si singulier, où il n'a pas la liberté d'aller et venir, peut-on ignorer son droit de fumer ?

L'article 10 du code de déontologie médicale (numéro R.4127-10 du CSP) (60) dit : « *un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité* ». Cet article et le principe de bienfaisance inciteraient le soignant à voir la mise en CI comme un prélude au sevrage du patient mais cela pourrait contredire les principes d'autonomie et de non-malfaisance. Cependant, près des 2/3 des médecins considèrent que le tabac permet d'entrer en relation avec les patients et ainsi favoriser l'alliance thérapeutique : cette idée, fréquente dans les services de psychiatrie, est jugée par de nombreuses études comme une croyance erronée en ce qui concerne les patients atteints d'un trouble psychique (61,62). Comme est jugée l'idée que fumer permet de réguler les symptômes (31) ; les résultats d'une étude récente venant infirmer cette hypothèse de l'automédication (63). Ces idées bien ancrées pourraient contribuer à entretenir la stigmatisation des patients souffrant d'un trouble psychique.

Le tabac est aussi un moyen de négociation pour près de la moitié des participants, ce qui montre que fournir du tabac peut être une stratégie du soignant, fondée sur la récompense ou aussi parfois sur la punition (20,22,31,61,62,64). Ainsi, la prise en compte du tabac amène à réfléchir au pouvoir du soignant.

Ces éléments accentuent l'hétérogénéité des pratiques et portent parfois atteinte au principe de justice : par exemple, lorsque le nombre de sorties de CI est réduit en raison d'un dysfonctionnement institutionnel, tel un sous-effectif de soignants, ou encore lorsqu'un temps de pause cigarette est refusé par des soignants. Ces comportements pourraient alimenter le vécu persécutif ou punitif chez ces patients, engendrer une recrudescence de la violence et ainsi rallonger le séjour en CI. Pour pallier cette inégalité, un établissement hospitalier psychiatrique suisse programme pour tous les patients placés en CI (fumeurs et non-fumeurs), cinq sorties de 15 minutes à l'extérieur de la CI (65).

D. Perspectives

Les pratiques actuelles mettent en difficulté les patients mais également les soignants. Une réflexion collective doit être rapidement amorcée, car le rôle du tabac est fréquemment constaté en pratique clinique et l'utilisation de la CI est en augmentation ces dernières années en France. En effet, la fréquence d'utilisation de la CI est estimée à 9,2% en 2018 (soit 29958 patients) (2) contre 6,6% en 2011 (soit 22682 patients) (66). Toutefois, cette hausse peut être en partie expliquée par une amélioration du recueil des données ces dernières années.

Afin d'uniformiser les pratiques médicales, il faudrait mettre en place des stratégies concrètes et adaptées aux patients placés en CI. Le RESPADD (anciennement Réseau Hôpital sans tabac) a publié, en 2005, un référentiel pour l'élaboration d'un plan stratégique de réduction du tabagisme en établissements et services de soins psychiatriques (67). On y trouve quelques passages sur la CI. Il propose aussi depuis 2017, un guide « *Hôpital sans tabac* » qui présente des stratégies élaborées « *pour tendre vers la disparition du tabagisme au sein de l'établissement* » (68).

Pour la HAS : « *Il est recommandé que le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures* » (12). Et aussi : « *Il est recommandé que : la surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fasse au moins toutes les heures et puisse aller jusqu'à une surveillance continue* » (12). De cette façon, on pourrait proposer à nouveau des TSN aux patients réfractaires. Cela permettrait également de réévaluer le traitement voire de le réajuster en cas de sous-dosage.

Ces recommandations et la loi (51) rappellent le rôle capital des IDE qui est complémentaire de celui du médecin. Elles montrent aussi l'urgence de donner aux IDE, dans la prise en charge des patients fumeurs, les moyens nécessaires à la prescription des TSN.

Plus de la moitié des médecins de cette étude sont demandeurs d'une formation pour améliorer leurs pratiques. Les professionnels de santé doivent être formés « *au conseil d'aide à l'arrêt du tabac et à la prescription de substituts nicotiques* » (68). Dans cette optique, l'intervention de soignants référents peut être très utile. Les relations doivent être renforcées avec les différents intervenants, comme les Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) par exemple. Pour que ces mesures se pérennisent, un travail sur les mythes autour du tabac doit être mené concomitamment. L'occasion est ici rappelée que le tabagisme du personnel soignant doit également être pris en considération et qu'une prise en charge doit leur être proposée.

Malgré le contexte de mise en CI, il conviendrait de ne pas sous-estimer les ressources psychiques du patient : il peut être apte à recevoir une information claire, loyale et appropriée sur la réduction de la consommation de tabac imposée par la CI et les risques qui en découlent. Cette information doit d'emblée lui être délivrée en insistant sur le caractère temporaire de cette situation. Une forme orale de TSN, si elle est acceptée, pourrait lui être laissée à disposition. Cela contribuerait à préserver son autonomie, à travailler l'alliance thérapeutique et à anticiper la survenue du syndrome de sevrage.

Trois médecins sur cinq expriment le besoin d'une documentation écrite pour optimiser la prise en charge des patients fumeurs placés en CI : un protocole de substitution nicotinique, applicable à toutes les unités, permettrait d'encadrer les pratiques. Une version adaptée au patient placé en CI doit être réalisée. Un tel protocole a été proposé dans le mémoire réalisé par D. Legrix (19).

L'organisation de réflexions en groupe, dans l'institution, avec supervision par un sénior permettrait de partager les situations cliniques et les expériences, et ainsi d'améliorer les pratiques.

Outre l'application des recommandations de la HAS qui insiste sur les mesures alternatives à la CI, il apparaît indispensable de ne pas banaliser le tabagisme qui est un problème de santé publique majeur, particulièrement en psychiatrie, et qui est l'une des principales causes évitables de mortalité et morbidité dans cette population (6,17,69). L'aide au sevrage tabagique, ou à la réduction des consommations, doit donc être systématiquement proposée tout au long de l'hospitalisation du patient. Elle ne doit pas se limiter à la prise en charge intra-hospitalière et doit se poursuivre en ambulatoire.

V. Conclusion

Malgré la législation sur le tabac, et sur l'isolement et la contention en psychiatrie, et malgré les recommandations de la HAS et de la CGLPL, notre étude montre l'hétérogénéité des pratiques médicales actuelles pour la prise en charge des patients fumeurs placés en chambre d'isolement, tant sur le plan clinique que dans le respect des lois sur le tabac, ce qui amène à s'interroger sur les aspects éthiques et déontologiques de ces pratiques.

Le tabac véhicule encore de nombreuses croyances erronées, ancrées dans les services de psychiatrie : moyen de relation voire de négociation pour certains, symbole de liberté pour d'autres ; il reste une addiction dont le patient doit se libérer, parfois brusquement, lors de l'admission à l'hôpital et a fortiori en chambre d'isolement.

Dans ce contexte particulier, les divergences d'opinions, les compétences, l'encadrement ou encore l'aménagement des services, conduisent les soignants à prendre des décisions différentes : substituer en nicotine ou approvisionner en cigarettes, le but étant d'éviter un syndrome de sevrage qui mettrait à mal le patient au point d'accroître le risque de violence, ce qui inquiète les soignants.

Il est possible d'agir dès à présent en s'appuyant sur les recommandations de la HAS, des guides et référentiels existants comme ceux proposés par le RESPADD. Une réflexion collective des professionnels de santé permettrait d'obtenir un consensus pour améliorer la prise en charge des patients.

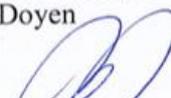
Des études ultérieures sont nécessaires et devraient notamment porter sur les pratiques infirmières concernant la prise en charge des patients fumeurs placés en chambre d'isolement dans les services de psychiatrie en France.

Le Président du jury,



Pr. B BONIN

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 28 NOVEMBRE 2013
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

Bibliographie

1. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 72. 2016-41 janv 26, 2016.
2. Coldefy M. Les données administratives de l'isolement. *Santé mentale*, Septembre 2016, 2010, p46-49.
3. ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/>
4. Hazan A. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris. Editions Dalloz ; Rapport 2016.
5. Cook BL, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA*. 8 janv 2014;311(2):172-82.
6. Dervaux A, Laqueille X. Tabagisme et comorbidités psychiatriques. *Presse Médicale*. déc 2016;45(12):1133-40.
7. 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.
8. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*. 7 août 2009;9:285.
9. Szatkowski L, McNeill A. Diverging trends in smoking behaviors according to mental health status. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. mars 2015;17(3):356-60.
10. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 nov 15, 2006.
11. Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en oeuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.
12. Haute Autorité de Santé, recommandation de bonne pratique clinique. Isolement et contention en psychiatrie générale, février 2017.
13. Hughes JR. Possible effects of smoke-free inpatient units on psychiatric diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*. mars 1993;54(3):109-14.
14. Smith PH, Homish GG, Giovino GA, Kozlowski LT. Cigarette Smoking and Mental Illness: A Study of Nicotine Withdrawal. *Am J Public Health*. févr 2014;104(2):e127-33.
15. Soyster P, Anzai NE, Fromont SC, Prochaska JJ. Correlates of nicotine withdrawal severity in smokers during a smoke-free psychiatric hospitalization. *Prev Med*. 2016;92:176-82.
16. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry*. avr 1992;149(4):464-9.

17. Rütther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, et al. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* févr 2014;29(2):65-82.
18. Caremelle J. L'accompagnement du patient fumeur en chambre de soins intensifs en service de psychiatrie « Une addiction banale dans un contexte exceptionnel ». [Mémoire de Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie et aide au sevrage tabagique]. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2016.
19. Legrix D. Prise en charge du patient fumeur en chambre d'isolement thérapeutique : conception et évaluation. Mémoire de Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie]. Paris : Université Paris 11, faculté de médecine Paris-Sud et université Paris 12 faculté de médecine Créteil ; 2008.
20. Ruffier Des Aimes Y. Isolement thérapeutique et moment cigarette. *Soins psychiatr* 2001 ; (214) : 30-2.
21. Boumaza S, Lebain P, Brazo P. Interdiction stricte du tabac : impact sur le risque de violence dans une unité de soins intensifs psychiatrique. *L'Encéphale.* 1 juin 2015;41:S1-6.
22. Champion J, Lawn S, Brownlie A, Hunter E, Gynther B, Pols R. Implementing Smoke-Free Policies in Mental Health Inpatient Units: Learning from Unsuccessful Experience. *Australas Psychiatry.* avr 2008;16(2):92-7.
23. Robson D, Spaducci G, McNeill A, Stewart D, Craig TJK, Yates M, et al. Effect of implementation of a smoke-free policy on physical violence in a psychiatric inpatient setting: an interrupted time series analysis. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(7):540-6.
24. Scheeres A, Xhezo R, Julius R, Coffman R, Frisby J, Weber L, et al. Changes in voluntary admission and restraint use after a comprehensive tobacco-free policy in inpatient psychiatric health facilities. *Subst Abuse.* 11 juill 2019;1-7.
25. Stockings EA, Bowman JA, Prochaska JJ, Baker AL, Clancy R, Knights J, et al. The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* juill 2014;48(7):617-33.
26. Thilly S. Tabac et psychiatrie. Réflexions sur la prise en charge du schizophrène fumeur en isolement thérapeutique [Mémoire de Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie et d'Aide au Sevrage Tabagique]. Paris : Université Paris 11, faculté de médecine Paris-Sud et université Paris 12 faculté de médecine Créteil ; 2006.
27. Ordre National des Médecins, traitement données du Tableau, service études et recherches statistiques, 2019.
28. Adams AS, Soumerai SB, Lomas J, Ross-Degnan D. Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* juin 1999;11(3):187-92.
29. Baldo, C. Contention et mise en chambre de soins intensifs : une approche clinique du vécu du patient. [Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Nantes, 2015.

30. Friard D., L'isolement en psychiatrie: séquestration ou soin ?, Coll. Souffrance psychique et soins, Editions Hospitalières, 1998, p.140-178.
31. Lawn S, Pols R. Nicotine Withdrawal: Pathway to Aggression and Assault in the Locked Psychiatric Ward? *Australas Psychiatry*. juin 2003;11(2):199-203.
32. Lawn SJ, Pols RG, Barber JG. Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. *Soc Sci Med*. janv 2002;54(1):93-104.
33. Oliveira RM, Siqueira Júnior AC, Furegato ARF. The Meaning of Smoking for Patients with Mental Disorder. *Issues Ment Health Nurs*. févr 2015;36(2):127-34.
34. Allilaire JF., De Beaurepaire R., Jeammet P., et al. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques : Conférence d'experts 2008. Office Français de prévention du tabagisme, Paris, Janvier 2009.
35. Baratta A. L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte: Partie I: Étude pilote au Centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). *Perspect Psy*. juill 2009;48(3):278-85.
36. Bekhdadi C. Les pratiques de la mise en isolement et sous contention en psychiatrie: étude descriptive au regard de la nouvelle réglementation. [Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université Grenoble Alpes, 2017.
37. Costemale-Lacoste J-F, Cerboneschi V, Trichard C, De Beaurepaire R, Villemain F, Metton J-P, et al. Facteurs prédictifs de la durée d'isolement chez les patients hospitalisés en psychiatrie. Une étude prospective multicentrique au sein du DTRF Paris-Sud. *L'Encéphale*. avr 2019;45(2):107-13.
38. Dervaux A, Baylé FJ, Laqueille X, Bourdel M-C, Le Borgne M-H, Olié J-P, et al. Nicotine use in schizophrenia and disinhibition. *Psychiatry Res*. 30 oct 2004;128(3):229-34.
39. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques. *L'Encéphale*. juin 2008;34(3):299-305.
40. Palazzolo J, Chignon JM, Chabannes JP. Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie : enquête prospective. *Encéphale* 1999 ; 25(5) : 477-84.
41. American Psychiatric Association. DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2013.
42. Parrott DJ, Zeichner A. Effects of nicotine deprivation and irritability on physical aggression in male smokers. *Psychol Addict Behav*. 2001;15(2):133-9.
43. Schechter MD, Rand MJ. Effect of acute deprivation of smoking on aggression and hostility. *Psychopharmacologia*. 1 mars 1974;35(1):19-28.
44. Allen MH, Debanné M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. avr 2011;168(4):395-9.

45. Leyro TM, Hall SM, Hickman N, Kim R, Hall SE, Prochaska JJ. Clinical management of tobacco dependence in inpatient psychiatry: provider practices and patient utilization. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 nov 2013;64(11):1161-5.
46. Stockings EA, Bowman JA, Bartlem KM, McElwaine KM, Baker AL, Terry M, et al. Implementation of a smoke-free policy in an inpatient psychiatric facility: Patient-reported adherence, support, and receipt of nicotine-dependence treatment. *Int J Ment Health Nurs*. août 2015;24(4):342-9.
47. Kroon LA. Drug interactions with smoking. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 15 sept 2007;64(18):1917-21.
48. van der Weide J, Steijns LS, van Weelden MJ. The effect of smoking and cytochrome P450 CYP1A2 genetic polymorphism on clozapine clearance and dose requirement. *Pharmacogenet Genomics*. mars 2003;13(3):169.
49. Ratschen E, Britton J, Doody GA, Leonardi-Bee J, McNeill A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *Gen Hosp Psychiatry*. déc 2009;31(6):576-82.
50. Paille F. et Martini H. Dépistage, critères diagnostiques, cliniques et biologiques de la dépendance tabagique. *Traité d'addictologie par Reynaud M. et al. Paris: Lavoisier Médecine sciences, 2016, p.557-565.*
51. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 134. 2016-41 janv 26, 2016.
52. Prochaska JJ, Fromont SC, Hall SM. How prepared are psychiatry residents for treating nicotine dependence? *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. août 2005;29(3):256-61.
53. Smith CA, McNeill A, Kock L, Shahab L. Exploring mental health professionals' practice in relation to smoke-free policy within a mental health trust: a qualitative study using the COM-B model of behaviour. *BMC Psychiatry*. 4 févr 2019;19(1):54.
54. Williams JM, Steinberg ML, Zimmermann MH, Gandhi KK, Lucas G-E, Gonsalves DA, et al. Training psychiatrists and advanced practice nurses to treat tobacco dependence. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. févr 2009;15(1):50-8.
55. McKee M, Capewell S. Evidence about electronic cigarettes: a foundation built on rock or sand? *BMJ*. 15 sept 2015;351:h4863.
56. WHO | WHO report on the global tobacco epidemic 2019 [Internet]. WHO. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/tobacco/global_report/en/
57. Dautzenberg B, Adler M, Garelik D, Loubrieu JF, Mathern G, Peiffer G, et al. Practical guidelines on e-cigarettes for practitioners and others health professionals. A French 2016 expert's statement. *Rev Mal Respir*. févr 2017;34(2):155-64.
58. McNeill A, Brose LS, Calder R, Bauld L, Robson D. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018: a report commissioned by Public Health England. London: Public Health England, 2018.

59. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, et al. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *N Engl J Med.* 14 2019;380(7):629-37.
60. Code de la santé publique - Article R4127-10. Code de la santé publique.
61. Dickens GL, Stubbs JH, Haw CM. Smoking and mental health nurses: a survey of clinical staff in a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* août 2004;11(4):445-51.
62. Lawn SJ. Systemic barriers to quitting smoking among institutionalised public mental health service populations: A comparison of two Australian sites. *Int J Soc Psychiatry.* sept 2004;50(3):204-15.
63. Boggs DL, Surti TS, Esterlis I, Pittman B, Cosgrove K, Sewell RA, et al. Minimal effects of prolonged smoking abstinence or resumption on cognitive performance challenge the « self-medication » hypothesis in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2018;194:62-9.
64. Michel L, Lang J-P. Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? *Inf Psychiatr.* 2009;85(7):621.
65. Gothuey I, Perritaz A. Chambre de soins intensifs en psychiatrie. *Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother.* 14 févr 2018;169(02):40-7.
66. Coldefy M. Les données administratives de l'isolement. *Santé mentale,* Septembre 2016, 2010, p46-49. Actualisation données Irdes 2019.
67. Réseau Hôpital sans tabac. Référentiel pour un plan stratégique de réduction du tabagisme en établissements et services de soins psychiatriques. 2005.
68. Réseau de prévention des addictions. Guide Hôpital sans tabac. 2017.
69. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry.* févr 2005;66(2):183-94; quiz 147, 273-4.

Annexes

Annexe 1 : Recommandations HAS

Isolement et contention en psychiatrie générale

Il est recommandé que le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.

En aucun cas, le recours à des mesures d'isolement et de contention mécanique ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un patient qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'un patient a un tel comportement, les professionnels habilités doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement.

Toute mesure programmée d'isolement ou de contention mécanique est à proscrire. La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.

LIEU DE MISE EN ŒUVRE

Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.

La contention mécanique est associée à une mise en isolement. Il est recommandé qu'elle n'ait lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques et qu'elle ne se fasse qu'en position allongée.

6. Les exceptions

Dans le cadre de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites autoagressives ou de mutilations répétées et dans un but de préservation de l'intégrité physique du patient, il peut être possible d'avoir recours à des moyens de contention mécanique ambulatoire tels que des vêtements de contention.

Cette contention n'est pas nécessairement associée à l'isolement et s'inscrit dans un plan de soins spécifique établi par le psychiatre traitant du patient, en dehors du cadre de l'urgence.

Le recours à cette pratique doit faire l'objet d'une évaluation clinique régulière.

Ces mesures doivent être recensées au niveau du service afin de renforcer la réflexion sur l'organisation des soins.

7. Surveillance

Chaque examen ou surveillance doit être consigné dans le dossier du patient où une fiche peut être identifiée stipulant le nom du soignant, la date et l'heure ainsi que les examens ou surveillances effectués. Il s'agit notamment :

- des observations et soins effectués lors des surveillances ;
- des examens médicaux pratiqués ;
- des aliments et boissons pris ;
- des soins personnels (hygiène, élimination) ;
- des traitements administrés ;
- des visites de l'équipe soignante et d'un relevé de l'état clinique.

Comme indiqué dans le chapitre « Modalités de mise en œuvre » le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par 24 heures, et ce afin :

- d'évaluer son état physique (notamment les risques de complication thromboembolique en cas de contention mécanique), ainsi que son état psychique et son comportement ;
- d'évaluer la nécessité de maintien de la mesure ;
- d'évaluer les effets des traitements médicamenteux ;
- de réévaluer le rythme et la nature des surveillances à effectuer.

L'équipe soignante peut demander à ce que les évaluations médicales soient effectuées plus fréquemment si elle note un changement en termes d'évolution permettant une levée de l'isolement ou de la contention mécanique, ou une détérioration de l'état physique ou psychique du patient.

Le rythme de surveillance de l'état somatique et psychique par l'équipe soignante est précisé par le médecin et adapté en fonction des nécessités thérapeutiques et du (des) risque(s) présenté(s) par le patient. Il relève donc de son jugement clinique.

Il est recommandé que :

- la surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fasse au moins toutes les heures et puisse aller jusqu'à une surveillance continue ;
- la surveillance des paramètres physiologiques soit assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale ;
- les sevrages soient pris en compte en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac.

En cas de contention, il est rappelé que la vérification des points d'attaches, de l'état cutané et des besoins physiologiques du patient relève du rôle propre de l'infirmier.

Cette surveillance régulière du patient doit permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques. Il est recommandé qu'elle soit réalisée par au moins deux membres de l'équipe soignante :

- avec une attention particulière à l'état psychique du patient et aux signes d'aggravation de l'état somatique éventuels ;
- avec une attention particulière aux signes de défaillance cardiaque ou respiratoire ;
- en considérant l'état d'hydratation, d'alimentation, d'hygiène et les besoins d'élimination.

Tout incident doit être tracé dans le dossier du patient.

La prévention des maladies thromboemboliques doit être envisagée pour chaque patient mis sous contention mécanique en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant.

Parmi les facteurs de risque thromboembolique, sont notamment retrouvés les antécédents d'événement thromboembolique veineux (ETEVE), la thrombophilie familiale majeure, le cancer, la chimiothérapie, l'insuffisance cardiaque ou respiratoire, l'hormonothérapie, la contraception orale, les accidents vasculaires cérébraux avec déficit neurologique, le ~~tabac~~ l'âge, l'obésité, l'alitement prolongé, l'insuffisance rénale sévère.

Il convient de rappeler que les antipsychotiques de seconde génération et les antidépresseurs sont des facteurs de risque thromboembolique.

Il est recommandé de porter une attention particulière aux patients les plus à risque sur le plan somatique ou psychique, notamment :

- les patients extrêmement agités ;
- les patients intoxiqués par l'alcool ou des substances psychostimulantes ;
- les patients ayant des antécédents cardiaques ou respiratoires, une obésité morbide, des troubles neurologiques et/ou métaboliques ;
- les patients âgés ;
- les femmes enceintes ou en période de ~~tabac~~ ;
- les patients victimes de sévices dans le passé.

Annexe 2 : Fiche de surveillance HAS

Isolément et contention en psychiatrie générale

Annexe 2. Fiche de surveillance isolement

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

Date de mise en isolement :

Date de fin de l'isolement :

FICHE DE SURVEILLANCE ISOLEMENT

Service :

Unité :

DÉCISION MÉDICALE INITIALE

Date et heure de la décision : __/__/__ à __ h __

Nom du médecin : _____ Signature

Si le médecin n'est pas psychiatre :

- nom du psychiatre qui confirme la décision : _____ et signature

MODE D'HOSPITALISATION DU PATIENT : SL SPDT SPDRE

CIRCONSTANCES DE SURVENUE

INDICATIONS

Menace de passage à l'acte hétéro ou autoagressif

Acte agressif – violence

Autre, préciser : _____

TROUBLES OU ANTÉCÉDENTS PRÉSENTANT UN RISQUE PARTICULIER

○ Sur le plan somatique :

○ Sur le plan psychiatrique :

INTERVENTIONS ALTERNATIVES TENTÉES

Intervention verbale, désescalade

Temps calme/espace d'apaisement

Entretien avec un soignant

Médicament

Autre, préciser :

PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE

Fréquence de l'évaluation de l'état psychique :

Préciser la fréquence de la surveillance de l'état somatique sur les lignes correspondantes :

Éléments de surveillance :

Conscience

Pouls, tension artérielle

Température

Saturation en oxygène

Fréquence respiratoire

Alimentation, hydratation

Élimination intestinale

Élimination urinaire

Vérification de la mise en sécurité du patient et de l'espace d'isolement

Toilette

Substitut nicotinique ou possibilité de fumer

Autre : préciser

Temps de sortie hors de l'espace d'isolement avec un soignant

Non

Oui : préciser

INFORMATION AU PATIENT ET/OU PROCHES

Date :

Nom du médecin :

Signature :

ARRÊT DE LA MESURE

Date et heure de l'arrêt : __/__/__ à __ h __

Motifs de l'arrêt :

Nom du médecin : _____

Signature

Annexe 3 : Questionnaire

Vous êtes :
Un homme
Une femme
Vous avez:
moins de 24 ans
entre 24 et 31 ans
entre 32 et 41 ans
entre 42 et 51 ans
entre 52 et 61 ans
62 ans ou plus
Vous êtes : (Si "Autre", précisez)
Psychiatre
Interne en psychiatrie
Autre :
Vous êtes :
Fumeur
Non-fumeur
Ancien fumeur
En cours de sevrage
Avez-vous bénéficié d'une formation en tabacologie au cours de votre carrière professionnelle ?
Oui
Non
Si oui, laquelle ou lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez)
DESC, capacité d'addictologie
DIU, DU en addictologie et/ou tabacologie
Cours obligatoires dans le cadre de vos études médicales
Congrès, séminaires
Autre :
Dans quel département exercez-vous ? (Indiquez le numéro de votre département)
Dans quelle structure exercez-vous ? (Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez)
CHU
CH
CHS
Autre :
Actuellement, vous exercez dans une unité de psychiatrie adulte : (Plusieurs réponses possibles)
Ouverte
Fermée
Les deux
Autre :
Cette unité comporte-t-elle au moins une chambre d'isolement thérapeutique ?

Oui
Non
Si non, rencontrez-vous dans votre pratique, des patients mis en chambre d'isolement?
Oui
Non
Si oui, dans quel cadre ? (Si "Autre", précisez)
Au cours d'une garde
Au cours d'une astreinte
Autre :
Lors de la décision médicale initiale (ou de renouvellement) de mise en chambre d'isolement, quel(s) élément(s) apparai(ssen)t dans la fiche de surveillance ? (Plusieurs réponses possibles)
Statut tabagique
Nombre de cigarettes autorisé à fumer
Prescription de substituts nicotiniques
Aucun
Ces informations sont-elles systématiquement renseignées ?
Oui
Non
Évaluez-vous le degré de dépendance à la nicotine du patient en chambre d'isolement ?
Oui
Non
Si oui, quel(s) support(s) utilisez-vous ? (Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez)
Test de Fagerström
Cigarette dependence scale
Consommation déclarée
Autre :
Pensez-vous que cette évaluation soit indispensable ?
Oui
Non
Si non, précisez pourquoi :
(texte libre)
Si oui, précisez pourquoi :
(texte libre)
Combien de cigarettes autorisez-vous quotidiennement, au patient placé en chambre d'isolement ? (Si "Autre", précisez)
0
1 à 3
4 à 6
7 à 9
Plus de 9
Autre :
Sur quel(s) critère(s) repose(nt) la décision du nombre de cigarettes sur une journée ? (Si "Autre", précisez)
L'état clinique du patient

Rythmé par les repas (goûter inclus)
A l'appréciation de l'équipe soignante
Il existe un protocole (ou règlement) dans l'unité
Autre :
La réduction de la consommation de tabac, imposée par le passage en chambre d'isolement, peut-elle engendrer des difficultés ?
Oui
Non
Si oui, laquelle ou lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez)
Violence verbale
Passage à l'acte hétéro-agressif
Passage à l'acte auto-agressif
Irritabilité, frustration, colère
Anxiété
Difficultés de concentration
Augmentation de l'appétit
Fébrilité (agitation, excitation, impatience...)
Humeur dépressive
Insomnie
Éthiques
Autre :
Pensez-vous que ces difficultés puissent être liées au syndrome de sevrage nicotinique ?
Oui
Non
Pensez-vous que le tabac en chambre d'isolement puisse constituer un « outil thérapeutique » favorisant la relation avec le patient ?
Oui
Non
Pensez-vous que le tabac puisse être un moyen de négociation avec le patient placé en chambre d'isolement?
Oui
Non
Proposez-vous systématiquement une substitution nicotinique au patient en chambre d'isolement ?
Oui
Non
Est-elle toujours acceptée par le patient placé en chambre d'isolement ?
Oui
Non
Êtes-vous à l'aise avec l'utilisation des substituts nicotiques ? ¹
Oui
Non
Existe-t-il un protocole de substitution nicotinique au sein de votre établissement ?
Oui
Non

Je ne sais pas
La cigarette électronique est-elle autorisée dans votre unité ?
Oui
Non
Je ne sais pas
Pensez-vous qu'elle puisse constituer une aide à la réduction ou au sevrage tabagique ?
Oui
Non
Je ne sais pas
Dans le cadre d'une mise en isolement stricte, vous est-il déjà arrivé d'autoriser un patient à fumer dans la chambre d'isolement ?
Oui
Non
Lorsque le patient peut bénéficier de temps de sortie de sa chambre d'isolement, est-il autorisé à fumer ?
Oui
Non
Si oui, l'accompagnement infirmier est-il systématique ?
Oui
Non
Je ne sais pas
Existe-t-il un endroit où le patient mis en chambre d'isolement peut fumer ?
Oui
Non
Si oui, précisez où :
(texte libre)
Pensez-vous qu'un sous-effectif soignant puisse limiter le nombre et/ou le temps de pause cigarette pour un patient mis en chambre d'isolement ?
Oui
Non
Depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'Infirmier(e) Diplômé(e) d'État est habilité(e) à prescrire une substitution nicotinique. Le saviez-vous ?
Oui
Non
De quelle(s) ressource(s) auriez-vous besoin pour gérer au mieux la réduction tabagique imposée par la chambre d'isolement ? (Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez)
Documentation écrite
Formations
Aucune
Autre :
Avez-vous des suggestions ?
(texte libre)

¹ Pour des raisons de présentation, cette question a été labellisée "maîtrise de l'utilisation des TSN" dans le reste du document.

Annexe 4 : Résultats détaillés

- Analyse descriptive

Médecins	Fréquence (en %)	Effectif (n=635)
Sexe		
Femme	62,5	397
Homme	37,5	238
Âge		
<24 ans	0	0
24-31 ans	43,0	273
32-41 ans	22,8	145
42-51 ans	12,9	82
52-64 ans	15,6	99
>64 ans	5,7	36
Statut tabagique		
Fumeur	16,6	105
Non-fumeur	58,6	372
Ancien fumeur	20,9	133
En cours de sevrage	3,9	25
Profession		
Psychiatres	65,5	416
Internes en psychiatrie	34,5	219
Région d'exercice		
Auvergne-Rhône-Alpes	11,9	76
Bourgogne-Franche-Comté	12,6	80
Bretagne	4,6	29
Centre-Val de Loire	2,4	15
Grand Est	7,9	50
Hauts-de-France	9,0	57
Île-de-France	9,6	61
Normandie	4,7	30
Nouvelle-Aquitaine	5,0	32
Occitanie	7,4	47
Pays de la Loire	11,2	71
Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse	11,3	72
Provence-Alpes-Côte d'Azur		70
Corse		2
Départements et régions d'outre-mer	2,4	15
Guadeloupe		9
Guyane		1
La Réunion		2
Martinique		3
Mayotte		0
Formation en tabacologie		
Oui	46,1	293
Non	53,9	342

Types de formation		
DESC d'addictologie, capacité d'addictologie	8,8	56
DIU, DU en addictologie et/ou tabacologie	4,3	27
Cours obligatoires dans le cadre de vos études	30,2	192
Congrès, séminaires	12,1	77
Autre	4,7	30
Pas de formation	53,9	342

Évaluez-vous le degré de dépendance à la nicotine du patient en chambre d'isolement ? (n =635)	% (n)
Oui	58,9% (374)
Non	41,1% (261)
Pensez-vous que cette évaluation soit indispensable ? (n=635)	
Oui	81,9 % (520)
Non	18,1% (115)
Si non, pourquoi ? (n=100)	
Ce n'est pas la priorité	44% (44)
Patient autorisé à fumer dans la CI ou accompagné sur l'extérieur par un soignant	19% (19)
L'évaluation n'aura pas d'impact sur la décision de mise en CI	3% (3)
Possibilité de fumer si le patient le demande	5% (5)
Isolement de courte durée	4% (4)
Ne se pose pas la question	2% (2)
Autre	23% (23)

Lors de la décision médicale initiale (ou de renouvellement) de mise en chambre d'isolement, quel(s) élément(s) apparai(ssen)t dans la fiche de surveillance ? (n=635)	% (n)
Au moins un item coché, parmi :	46,1% (293)
- Statut tabagique	21,4% (136)
- Nombre de cigarettes autorisé à fumer	27,1% (172)
- Prescription de substituts nicotiniques	34,3% (218)
Aucun	53,9% (342)
Ces informations sont-elles systématiquement renseignées ? (n=595)	
Oui	28,9% (172)
Non	71,1% (423)

Nombre de cigarettes autorisé par jour (n=635)	% (n)
0	12,3% (78)
1 à 3	11,0% (70)
4 à 6	33,2% (211)
7 à 9	6,8% (43)
>9	4,3% (27)
Autre	32,4% (206)

Sur quel(s) critère(s) repose(nt) la décision du nombre de cigarettes sur une journée ? (n=615)	% (n)
L'état clinique du patient	62,1% (382)
Rythmé par les repas (goûter inclus)	54,6% (336)
A l'appréciation de l'équipe soignante	52,7% (324)
Il existe un protocole (ou règlement) dans l'unité	14,0% (86)
Selon la disponibilité des soignants	3,9% (24)
Selon la consommation déclarée et le niveau de dépendance	2,6% (16)
Rythmé par les temps de sortie	1,5% (9)
À la demande du patient	0,8% (5)
Selon les ressources du patient	0,7% (4)

Proposez-vous systématiquement une substitution nicotinique au patient en chambre d'isolement ? (n=635)	% (n)
Oui	77,3% (491)
Non	22,7% (144)

Maîtrisez-vous l'utilisation des substituts nicotiniques ? (n=635)	% (n)
Oui	74,2% (471)
Non	25,8% (164)

Existe-t-il un protocole de substitution nicotinique au sein de votre établissement ? (n=635)	% (n)
Oui	23,5% (149)
Non	48,5% (308)
Je ne sais pas	28,0% (178)

Depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'Infirmier(e) Diplômé(e) d'État est habilité(e) à prescrire une substitution nicotinique. Le saviez-vous ? (n=635)	% (n)
Oui	31,8% (202)
Non	68,2% (433)

La cigarette électronique est-elle autorisée dans votre unité ? (n=635)	% (n)
Oui	39,2% (249)
Non	48,0% (305)
Je ne sais pas	12,8% (81)
Pensez-vous qu'elle puisse constituer une aide à la réduction ou au sevrage tabagique ? (n=635)	% (n)
Oui	70,6% (448)
Non	11,0% (70)
Je ne sais pas	18,4% (117)

La réduction de la consommation de tabac, imposée par le passage en chambre d'isolement, peut-elle engendrer des difficultés ? (n=635)	% (n)
Oui	96,4% (612)
Non	3,6% (23)
Si oui, laquelle ou lesquelles ? (n=612)	
Violence verbale	80,9% (495)
Passage à l'acte hétéro-agressif	60,6% (371)
Passage à l'acte auto-agressif	31,0% (190)
Irritabilité, frustration, colère	96,4% (590)
Anxiété	77,6% (475)
Difficultés de concentration	20,6% (126)
Augmentation de l'appétit	12,6% (77)
Fébrilité (agitation, excitation, impatience...)	71,4% (437)
Humeur dépressive	21,9% (134)
Insomnie	38,9% (238)
Éthiques	39,7% (243)
Pensez-vous que ces difficultés puissent être liées au syndrome de sevrage nicotinique ? (n=608)	
Oui	96,1% (584)
Non	3,9% (24)

Pensez-vous que le tabac en chambre d'isolement puisse constituer un « outil thérapeutique » favorisant la relation avec le patient ? (n=635)	% (n)
Oui	65,7% (417)
Non	34,3% (218)

Pensez-vous que le tabac puisse être un moyen de négociation avec le patient placé en chambre d'isolement? (n=635)	% (n)
Oui	44,4% (282)
Non	55,6% (353)

Existe-t-il un endroit où le patient mis en chambre d'isolement peut fumer ? (n=635)	% (n)
Oui	54,6% (347)
Non	45,4% (288)
Si oui, précisez où : (n=325)	
Patio, cour, jardin, terrasse, parc clos (contigus ou non à la CI)	65,2% (212)
À la fenêtre ou dans le sas de la CI	32,3% (105)
Fumoir dans l'unité	8,3% (27)
Balcon sécurisé (grillagé, clôturé...)	5,5% (18)

Dans le cadre d'une mise en isolement stricte, vous est-il déjà arrivé d'autoriser un patient à fumer dans la chambre d'isolement ? (n=635)	% (n)
Oui	39,2% (249)
Non	60,8% (386)

Lorsque le patient peut bénéficier de temps de sortie de sa chambre d'isolement, est-il autorisé à fumer ? (n=635)	% (n)
Oui	97,0% (616)
Non	3,0% (19)
Si oui, l'accompagnement infirmier est-il systématique ? (n=616)	
Oui	63,1% (389)
Non	33,3% (205)
Je ne sais pas	3,6% (22)

Pensez-vous qu'un sous-effectif soignant puisse limiter le nombre et/ou le temps de pause cigarette pour un patient mis en chambre d'isolement ? (n=635)	% (n)
Oui	90,7% (576)
Non	9,3% (59)

De quelle(s) ressource(s) auriez-vous besoin pour gérer au mieux la réduction tabagique imposée par la chambre d'isolement ? (n=635)	% (n)
Documentation écrite	60,9% (387)
Formations	55,6% (353)
Aucune	13,1% (83)
Avoir plus de personnels soignants	2,0% (13)
Protocole consensuel	1,7% (11)
Réaménagement des locaux	1,7% (11)
Temps de réflexion institutionnel	0,8% (5)
Autre	1,3% (8)

- **Analyse comparative**

Facteurs influençant la fréquence de l'évaluation de la dépendance à la nicotine

Évaluez-vous le degré de dépendance à la nicotine du patient en CI ?			
	Oui (n=374)	Non (n=261)	Degré p
Statut tabagique du médecin			0,096
Non-fumeur	57,2% (214)	60,5% (158)	
Fumeur	15,5% (58)	18,0% (47)	
Ancien fumeur	24,1% (90)	16,5% (43)	
En cours de sevrage	3,2% (12)	5,0% (13)	
Proposition systématique de TSN			
Oui	86,4% (323)	64,4% (168)	<0,001
Existence dans l'établissement d'un protocole de TSN			
Oui	23,3% (87)	23,8% (62)	0,296

Influence de la formation en tabacologie sur l'évaluation de la dépendance nicotinique, la proposition systématique des TSN et sur la maîtrise des TSN

Formation en tabacologie			
	Oui (n=293)	Non (n=342)	Degré p
Évaluation de la dépendance nicotinique			
Oui	64,8% (190)	53,8% (184)	<0,005
Proposition systématique de TSN			
Oui	80,9% (237)	74,3% (254)	<0,05
Maîtrise de l'utilisation des TSN			
Oui	82,9% (243)	66,7% (228)	<0,001

Facteurs influençant la maîtrise de l'utilisation des TSN

Maîtrise l'utilisation des TSN			
	Oui (n=471)	Non (n=164)	Degré p
Proposition systématique de TSN			
Oui	82,4 % (388)	62,8% (103)	p<0,001

Influence de l'existence d'un protocole de TSN sur la proposition systématique de TSN et sur la maîtrise des TSN

	Existence dans l'établissement d'un protocole de TSN		Degré p
	Oui (n=149)	Non ou inconnu (n=486)	
Proposition systématique de TSN			
Oui	87,2% (130)	74,3% (361)	p<0,001
Maîtrise l'utilisation des TSN			
Oui	82,6% (123)	71,6% (348)	p<0,01

TITRE DE LA THESE : TABAC ET CHAMBRE D'ISOLEMENT EN PSYCHIATRIE : ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES MEDICALES EN FRANCE

AUTEUR : SAID MOUNIR

RESUME :

La prise en charge des patients fumeurs placés en chambre d'isolement soulève de nombreuses questions cliniques, légales, éthiques et déontologiques.

OBJECTIF : Décrire les pratiques des psychiatres et internes selon les établissements.

MATERIEL ET METHODES : Cette étude, descriptive et transversale, a été menée sur la France entière entre le 14 août 2019 et le 14 octobre 2019. Le recueil de données a été réalisé avec un auto-questionnaire établi sur Google Forms™ et mis en ligne.

RESULTATS : Cette étude a inclus 635 médecins parmi lesquels : 96,4% rapportent des difficultés liées à la réduction tabagique imposée, 41,1% n'évaluent pas la dépendance nicotinique, 53,9% ne sont pas formés à la tabacologie, 77,3% proposent systématiquement des traitements de substitution nicotinique, 65,7 % considèrent le tabac comme un moyen thérapeutique, 44,4% comme un moyen de négociation et 45,4% signalent l'absence de lieux dédiés pour fumer. La proposition systématique d'une substitution est significativement liée à l'évaluation de la dépendance nicotinique ($p < 0,001$) ; la formation en tabacologie a une influence sur l'évaluation ($p < 0,005$), sur la proposition systématique ($p < 0,05$) et sur la maîtrise de l'utilisation des thérapeutiques de substitution ($p < 0,001$), avec en corollaire l'existence d'un protocole.

CONCLUSION : Les pratiques médicales, très hétérogènes en France, pourraient être améliorées par des études ultérieures et une réflexion collective des soignants.

MOTS-CLES : Tabac – Chambre d'isolement – Unités de soins psychiatriques – Pratiques médicales – Syndrome de sevrage — Loi anti-tabac