

<p><b>5<sup>ème</sup> Séance</b></p> <p><b>Vendredi</b> <b>9 décembre 2022</b></p>	<p><b>Situation analysée :</b></p> <p>Depuis quelques mois, le GHT Psychiatrie Nord Pas de Calais s'est engagé dans une démarche « Hôpital sans tabac » et l'EPSM Val de Lys Artois, plus particulièrement ses secteurs de BETHUNE et BRUAY LA BUISSIÈRE, ont été nommés sites pilotes pour mener des actions de prévention, repérage, orientation et prise en charge des patients dépendants du tabac, suivis en secteur de santé mentale.</p> <p>Les deux coordinatrices ont organisé une session de formation d'agents référents tabac dans les unités concernées, et elles ont rencontré une partie des autres agents pour leur expliquer le projet.</p> <p>C'est au cours de ces rencontres qu'elles ont été confrontées à leurs interrogations, notamment sur la légitimité à parler du tabac à un patient hospitalisé pour une autre problématique que le tabagisme, d'autant plus qu'il est bien souvent en grande souffrance psychique. De même, a été évoquée la privation de liberté chez des patients, qui se voient parfois privés d'autres libertés. Enfin, pour les patients les plus lourdement touchés par les atteintes psychiques, les agents ne voient pas l'intérêt de leur enlever leur tabagisme, « puisqu'il ne leur reste que ça ».</p> <p>Quelle est la bonne attitude à adopter pour les référents de prévention du tabagisme et les soignants qui seront en charge de cette prévention au niveau des EPSM ?</p>
<p><b>Informations complémentaires</b></p>	<p><b>Informations utiles :</b></p> <p>Il s'agit d'un projet déposé et validé par l'ARS afin de converger vers un lieu de santé sans tabac, sur un site pilote, pour 2 structures hospitalières et 2 ambulatoires. 2 coordinatrices ont été nommées afin de former des référents tabac dans les unités ciblées et de travailler au Campus des Métiers afin d'inclure les étudiants dans cette approche.</p> <p>9 référents tabac sont formés et ont pour mission de proposer aux patients hospitalisés une prise en charge par rapport à leur tabagisme (sans penser à un sevrage tabagique), ainsi qu'aux soignants.</p> <p>L'EESM a été saisi afin d'appuyer les réflexions des référentes auprès de certains de leurs collègues assez hostiles au projet.</p> <p>L'équipe composée de personnels des 4 EPSM (dont 2 médecins addictologues) a été chargée de présenter le projet, avec l'accord de la Direction.</p> <p>La stratégie de prévention vise à informer sur les méfaits du tabac ou bien à réduire les risques ? L'objectif est une politique de réduction des risques, dans un premier temps, avec une présentation des effets sur la santé.</p> <p>On ne peut pas interdire de consommer du tabac dans la mesure où on est dans un Etat de droit ; la démarche n'est pas « Hôpital sans Tabac », il faudrait une autre dénomination, bien que la notion du tabac à l'hôpital inclût les non-fumeurs qui subissent le respect de ce droit.</p>

	<p>Un axe du projet vise également les professionnels (consultation tabac).</p> <p>Les missions sont d'amener une culture commune autour du tabac, amener une dénormalisation du tabac, surtout en psychiatrie, opérer un repérage systématique afin de proposer un accompagnement afin de changer de comportement par rapport au tabac ; questionner sur la place du tabac dans la vie, réduire les risques, ou tout au moins éviter une augmentation de la consommation, voire une reprise du tabac au décours d'une hospitalisation (occasion de pouvoir sortir et prendre l'air).</p> <p>Les équipes réfractaires opposent le fait qu'il « faut laisser les patients tranquilles, ne pas les embêter autour du tabac car déjà en difficulté psychique », et qu'en tant que soignant, « cela n'est pas leur travail ».</p> <p>L'objectif de santé global, pour le médecin, est que les patients vivent bien et aussi longtemps que la population générale, mais il est prouvé que la mortalité cardiovasculaire chez les patients atteints de pathologie psychiatrique chronique est énorme comparée à la population générale.</p> <p>S'ils vont bien concernant leur pathologie psychiatrique, mais qu'ils décèdent quand même bien avant les autres, ou ont une morbidité plus importante les entravant dans leur vie quotidienne, le travail n'est pas bien fait... D'autant qu'il est prouvé, dans les études, que les patients avec des pathologies de psychiatrie chronique n'ont pas plus de difficulté à arrêter le tabac que la population générale. Il n'y a pas plus d'échecs parce qu'on a une pathologie psychiatrique chronique.</p> <p>Au plan du budget, dans des situations précaires, la prescription de substituts nicotiques peut palier et offrir une aide la plus confortable possible en l'absence de tabac pour un patient, par manque d'argent ou de visites (cela évite de les voir quémander, fumer des mégots, etc...).</p> <p>Les politiques de santé publiques en faveur de la baisse de consommation de tabac ne sont effectives qu'avec des mesures convergentes : communication, augmentation des prix, lieux publics. L'objectif à court et moyen termes n'est pas la prohibition, en France.</p>
<p><b>Quel est le contexte de la situation ?</b></p>	<p><u>Quels sont les acteurs directement concernés par la situation ?</u></p> <p>Les patients fumeurs – Les patients non-fumeurs – Les soignants fumeurs (crédibilité du message véhiculé s'ils fument devant les patients + Image de non disponibilité du soignant dans son unité car en pause cigarette) – Les soignants non-fumeurs (message de bonne santé auprès des patients) - Les référents tabac - Personnes du Copil de l'ARS</p>

<p>Quels sont les enjeux de la situation ?</p>	<p><u>Quels sont les enjeux perçus par les acteurs de la situation ? Que peuvent-ils ressentir ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pour les patients fumeurs</b> : aggravation, maintien ou amélioration du niveau de santé. Etre sensibilisé aux effets du tabac. Leur santé mentale peut être affectée car limiter ou arrêter de fumer n'est pas sans conséquence. La dépendance reste propre à chacun. Démontrer qu'en étant accompagné on peut limiter sa consommation de tabac. Dédiaboliser les substituts nicotiques, qui n'interdisent pas la cigarette : un essai pendant une hospitalisation peut s'avérer être efficace et donner envie de continuer.</li> <li>• <b>Pour les patients non-fumeurs</b> : éviter de devenir fumeur, éviter le tabagisme passif.</li> <li>• <b>Pour les soignants non-fumeurs</b> : démarche de santé globale, de qualité de vie. Impact sur l'organisation des soins en fonction de l'architecture des locaux (séjours thérapeutiques également). Notion d'exemplarité et santé publique : en addictologie (alcool), le soignant ne va pas donner des détails de l'alcool ingéré lors de sa soirée de la veille...</li> <li>• <b>Pour les soignants fumeurs</b> : ils peuvent vivre la sensibilisation de leurs collègues référents tabac comme intrusive et pénible.</li> <li>• <b>Pour les référents tabac</b> : faire l'objet de railleries de la part des patients et des collègues fumeurs, recevoir l'expression de lassitude concernant la prévention relative au tabac, « encore le tabac, c'est bon quoi... ».</li> </ul>
<p>Quelle est la problématique éthique ?</p>	<p><u>Pourquoi la décision est-elle difficile à prendre pour l'équipe soignante ? Quelles sont les valeurs ou/et les règles en tension ?</u></p> <p>Pour les référents tabac, les règles en tension sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. respect des libertés individuelles et collectives</li> <li>. valeurs et règles de santé publique</li> <li>. exemplarité des soignants à l'égard des patients afin de garder sa crédibilité de soignant.</li> </ul> <p>Comment les référents tabac peuvent appliquer la politique de santé publique «Hôpital Sans Tabac» tout en respectant les libertés, sans être irrespectueux ni harcelant ?</p>
<p>Quelles sont les ressources de l'équipe soignante ?</p>	<p><u>Quelles sont les principales compétences requises pour bien gérer cette situation ? Quels outils utiliser ? Quels partenaires solliciter ? Quelles autorités avertir (en interne et en externe) ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Formation de 4 jours et rencontres tous les 2 mois afin d'avoir une écoute et des conseils</li> </ul>

<p>Quelles sont les ressources des autres acteurs ?</p>	<p><u>Quels sont les « leviers » à la disposition de chacun des acteurs pour faire valoir son point de vue (moyens d'action), ses attentes et/ou ses droits ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Partenariat avec l'équipe de liaison d'addictologie.</li> <li>. Médecins des unités sensibilisés à la prescription de substituts nicotiques.</li> </ul>
<p><b>Quel est le cadre normatif (cadre juridique, déontologique, éventuellement moral) ?</b></p>	<p>. <u>La Charte de la personne hospitalisée</u> :</p> <p>Article 3 : l'information délivrée au patient doit être accessible et loyale. Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale soit donnée aux patients, et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication et de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès aux informations. Le médecin doit donner, au cours d'un entretien individuel, à la personne, une information accessible, intelligible et loyale. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées.</p> <p>Article 4 : un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire qu'il ne doit pas être obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Cela veut dire qu'il ne peut pas y avoir de chantage à l'arrêt du tabac. « Eclairé » veut dire que la personne doit être préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles, en l'état des connaissances scientifiques, et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent, postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne.</p> <p>Lorsque la personne hospitalisée est mineure ou majeure sous tutelle, dès lors qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché même s'il revient au détenteur de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement.</p> <p>Article 8 : la personne hospitalisée est traitée avec égard. Respect de l'intimité. Respect des modes de vie.</p> <p>Article 9 : respect de la vie privée.</p> <p><u>Le Code de déontologie médicale</u> reprend les articles de la Charte de la personne hospitalisée.</p>
<p><b>Quel est le cadre éthique ?</b></p>	<p><u>Quelles sont les vertus à mettre en place dans la décision et l'accompagnement de la / des personnes : respect, responsabilité, courage, justice, pondération ?</u></p>

Les 5 vertus éthiques primordiales pour les soignants prenant en soins le patient sont : respect, responsabilité, et les membres de l'EESM ont ajouté « exemplarité ».

La notion d'**exemplarité** est soulevée : amener du tabac sur un lieu de travail sanitaire peut-il être considéré comme un manque de respect vis-à-vis d'un patient (surtout s'il arrête de fumer) ?

Toute cigarette utilisée par un soignant n'est pas un manque de respect puisqu'il existe la cigarette médiatrice, en cas d'agitation par exemple.

Ne serait-ce pas irrespectueux de ne pas accéder à la demande de tabac, qui est une addiction, d'un patient en ne lui achetant pas les cigarettes qu'il réclame, alors qu'il n'a pas la possibilité de le faire seul ? (C'est le cas aujourd'hui pour certains patients).

Le « cas par cas » est requis et non la « systématisation », ou une « règle générale », car il y a les patients non-fumeurs qui ne seront pas dérangés car on fume dehors, et il y a ceux qui arrêtent de fumer et qui seront importunés en voyant d'autres fumer devant eux. Idem concernant le soignant en cours de sevrage tabagique qui doit préparer les cigarettes des patients.

Seulement, le soignant est celui qui doit donner l'exemple et qui doit rappeler sa fonction de soignant, et dire aux patients ce qui est bénéfique et nocif pour la santé.

Voici une situation d'une soignante qui indique à un patient psychotique que la consommation de cannabis peut majorer ses troubles. Il lui demande si elle a déjà consommé du cannabis. En répondant par l'affirmative, elle se retrouve en totale incohérence avec ce qu'elle vient de lui dire.

Quand patient, et c'est fréquent, interpelle le soignant sur sa vie privée, il peut lui être renvoyé qu'on ne parle pas du soignant, mais du patient. L'idée est de renvoyer en tant que soignant, ce qu'on a appris par la formation professionnelle, les bonnes attitudes, les informations scientifiques, et de les délivrer aux patients. Tel est le travail du soignant : celui de vulgariser les informations, sans que ce que le soignant est ou fait interfère. Cela est à nuancer toutefois, car le soin est réalisé en fonction de la personnalité du soignant : le soignant, dans le lien, n'est pas « un mur blanc ». De plus, le temps passé aux côtés des patients est différent entre médecins et paramédicaux, ces derniers n'ayant pas la même posture.

A côté de l'exemplarité du soignant, il y a **la responsabilité morale** par rapport au patient, dans la mesure où on n'a pas à lui agiter devant les yeux son addiction, ce

qui pourrait être vécu comme de la provocation. Et inversement, on ne peut pas lui imposer des substituts sans explication : « maintenant que vous êtes dans le service, vous arrêtez de fumer ». « Hôpital sans tabac » est justement là pour lui éviter ce discours. La politique publique invite et incite à l'arrêt du tabac. Elle ne l'impose pas.

Toutefois, l'hôpital est une machine à engrenages dans lesquels on est obligé de se glisser, et dans lesquels les patients sont soumis... Du coup, ils sont plus tentés de dire oui à ce qui leur est proposé, plutôt que les collègues qui ne sont pas soumis. La position n'est pas la même.

Avec la loi Evin, l'idée que « tout changement fait peur », était réelle. Mais au fil du temps, un confort lié à l'absence de cigarettes s'installe pour tout le monde. Par exemple, au cours d'activités thérapeutiques, une pause cigarette était prévue chaque heure, de façon arbitraire, ce qui était compliqué, et une réflexion avec les patients s'est instaurée afin que, le temps de l'activité, il n'y ait pas de pause, en incluant les soignants. Au départ, cela était très compliqué, mais maintenant les choses sont admises.

Idem pour des contextes de configuration de locaux sur plusieurs étages où les sorties cigarettes incessantes n'étaient pas pratiques et donc ne se produisent plus.

Idem pour la nuit : des règles, pour l'organisation du service, interdisent aux patients de fumer la nuit entre 22H et 7H (fermeture des portes pour des raisons de sécurité et de contrainte de personnel). A contrario, il existe des unités avec patio fumeurs accessible 24H/24...

Comment les référents tabac abordent-ils les patients avec délicatesse ? La délicatesse est une vertu en lien avec **le respect**. Le devoir d'information doit prendre en compte l'état du patient et donner une information qui n'est pas forcément exhaustive, mais doit être loyale, et du coup aménagée (de la part du médecin, mais il n'est pas le seul à délivrer des informations aux patients). L'accompagnement ne doit pas être frontal.

La dénomination « Hôpital Sans Tabac » laisse entendre qu'il va y avoir des mesures draconiennes qui pourront être nuisibles aux patients. Or cela n'est juridiquement pas possible. Le respect de leur choix de fumer ou non s'impose donc à tous les soignants, même si des règles peuvent réguler la consommation de tabac pour les besoins des services.

### Les décisions possibles

En se mettant à la place des référents tabac, quelles seraient les manières de faire et d'être, possibles, pour sensibiliser les patients dépendants du tabac aux bénéfices d'arrêter de fumer ?

Les référents tabac ont pour outil l'entretien motivationnel : le patient est décisionnaire de son comportement, et il est accompagné dans son changement.

Une mauvaise manière de faire serait d'imposer une structure entière sans tabac (situation vécue à Saint Venant, dans un contexte de groupe de travail qui se mettait en place, et des professionnels transformant la notion « d'Hôpital sans tabac » en « bâtiment non-fumeurs » ... en 24 heures de temps !) Depuis les choses sont bien apaisées grâce à la démarche du groupe du travail, qui s'est fait connaître et a travaillé à une compréhension ajustée de la politique publique « Hôpital Sans Tabac ».

En réalité, distribuer et attribuer des cigarettes aux patients a posé souci aux soignants. Par conséquent, ils ont décidé de ne plus gérer ni les achats ni la distribution. Ainsi, les patients ne fument plus ; ils ont bénéficié de substituts nicotiques.

Les membres de l'EESM se sont posés la question de la bonne façon d'aborder la question du tabagisme avec les patients. L'information concernant le tabac peut donc se limiter à « Est-ce que vous fumez ? » » Est-ce que vous avez déjà pensé à réduire ou arrêter votre consommation ? », « Sachez que si vous avez envie d'en parler, on est là et on vous accompagnera » ; il arrive que des patients acceptent cette proposition.

Les référents tabac sont formés à cette méthode d'approche des patients lors de la ou des premières consultations. Cette approche est réalisée dans les structures ambulatoires, car cette question est intégrée dans l'entretien, quel que soit le professionnel. L'idéal serait de pouvoir informer et former le plus de professionnels possibles pour harmoniser culturellement ce conseil minimal à tous les patients ; d'autant que le conseil minimal concernant le tabac est présent dans les recommandations de bonnes pratiques pour les soins somatiques en psychiatrie.

Les informations scientifiques (relatées plus haut lors de la séance) sont délivrées au patient quand le médecin dépiste les complications liées aux consommations. La question « souhaitez-vous arrêter ? » inclut la recherche des complications cardio-vasculaires et pneumologiques.

Cependant, les fumeurs le savent, dit-on. Eh bien pas vraiment, car les médecins voient des patients qui sont traités pour de la bronchite chronique, questionnés par conséquent sur la présence d'une maladie pulmonaire ; or les médecins obtiennent pour réponse « non, un peu d'asthme » ... Le rôle du médecin est de reprendre et repositionner les choses afin de proposer un traitement assorti d'une explication des tenants et aboutissants de ce dernier. Ce n'est pas juger le patient que de faire ces propositions, c'est vouloir ne pas faire l'autruche en informant des complications du tabagisme. Et il est important d'expliquer aux patients pourquoi ils ont telle ou telle maladie.

Quelle serait une mauvaise manière de faire ? Obliger, imposer l'arrêt du tabac, sans dérouler l'argumentaire allant avec. La terminologie est importante et employer « Hôpital sans Tabac » n'est

pas approprié. Il est interdit d'interdire de fumer, mais il est interdit de ne pas prévenir des complications d'un tabagisme important et régulier !

Comment se déroule la prise en charge d'un patient hospitalisé qui souhaite se sevrer totalement de tabac ? Un entretien de tabacologie est réalisé, à l'aide d'un outil qui prend en compte tous les pans de la vie de la personne, que ce soit au niveau somatique, psychologique, les antécédents, les tentatives d'arrêt, les arrêts ; et toujours sur le modèle de l'entretien motivationnel, il s'agit de voir pourquoi cette démarche est sollicitée, dans quel but.

Ensuite, sur le mode de l'accompagnement, un test de Fagerström est réalisé, c'est-à-dire une évaluation de la dépendance physique à la nicotine. On obtient un score qui découle d'une échelle de gravité de la dépendance, et ensuite on demande au patient de souffler dans le testeur qui va analyser le taux de monoxyde de carbone à l'instant T dans les poumons. Grâce à cela on obtient un état des lieux, afin de lui proposer un substitut nicotinique avec dosage sur mesure (en veillant à la nicotino-phobie pour les substituts).

Si le patient est dans une démarche d'arrêt total, un substitut au dosage élevé en nicotine lui sera proposé pour couvrir le besoin en nicotine. S'il est dans une phase de réduction de consommation, on proposera un dosage moins important, en fonction des dépendances physique, comportementale, psychologique. Tout lui sera expliqué, cela pendant une durée d'1H à 1H30.

Les parcours de soins diffèrent car il y a plusieurs recours : souhait de diminuer ou d'arrêter de fumer lors d'une hospitalisation, relais sur l'ambulatoire avec poursuite du suivi, demande juste en ambulatoire. Il peut aussi être proposée l'hospitalisation en addictologie pour sevrage tabagique.

Ainsi, la réflexion éthique se scinde pour les patients et pour les soignants.

#### **Pour les patients :**

**1<sup>ère</sup> décision possible** (la plus mauvaise) : l'équipe médicale précise au patient, lors du premier entretien, que l'hospitalisation en psychiatrie nécessite un arrêt du tabac. A noter que les patients en SL peuvent sortir pour s'acheter du tabac. Pour ceux en SSC, une demande d'autorisation de sortie est requise, ou bien l'achat est réalisé par un membre du personnel ; le détenu qui arrive sans tabac, par contre, de facto, ne peut fumer, sauf si le personnel achète des cigarettes et les distribuent. Les personnes sans ressource sont également dans l'impossibilité de fumer.

**2<sup>ème</sup> décision possible** (la meilleure) : lors des premières consultations, l'équipe médicale effectue un recueil d'informations auprès du patient sur les différentes addictions et lui donne une information a minima ; il s'agit de se mettre à disposition, faire bénéficier d'une écoute bienveillante, en reparler en fonction de l'évolution de la situation du patient qui peut de son côté avoir cheminé. La présence de supports papiers de sensibilisation dans les salles d'attente est déjà une première sensibilisation.

La problématique de l'IDE référente tabac, est d'avoir l'impression d'ennuyer les patients et certains soignants, de se retrouver seule face au blocage de certains collègues. Ceux disant « il n'y a plus que cela dans leur vie » les infantilisent, font un aveu d'échec et supposent qu'il n'y a pas de perspective pour les patients hospitalisés. Or on ne peut renoncer à la politique « Hôpital Sans Tabac » sur la base de cette appréhension infantilisante des patients.

Un débat s'enclenche sur le soignant fumeur et la charge de travail : fumer nécessite des pauses ce qui va à l'encontre de la continuité de la gestion du service ; l'accueil des patient et leur accompagnement en pâtit parfois.

**Pour les soignants :**

**1<sup>ère</sup> décision** par rapport à la problématique que cela pose aux collègues des référents tabac (la plus mauvaise) : ne pas aborder le problème.

**2<sup>ème</sup> décision** (la meilleure) : délivrer une information auprès de l'ensemble des collègues (orale ou affichage, flyers, discussions informelles sans les stigmatiser). Informer sur la consultation d'addictologie destinée aux professionnels par les référents de l'équipe de liaison, par affichage. Communication de la part de la direction de l'établissement (Service Santé au Travail également).

Pourquoi ne pas proposer un règlement de fonctionnement en CDU, afin que l'idée soit proposée par personnes extérieures, ni responsables, ni collègues.

Des personnes sont en réelles difficultés, soignants ou soignés, ayant essuyé plusieurs échecs : ils peuvent voir leur estime de soi amoindrie. Le passage en mode « non-fumeur » remémore l'échec, chez certains soignants également.

Un grand nombre de consultations pour les professionnels ont lieu à la Clinique de l'Addictologie : la démarche est intéressante car les professionnels ne sont plus soignants mais individus, soignés comme tout un chacun pour une pathologie addictive.

Autre axe développé auprès des autres équipes de la santé au travail afin de leur faire part du projet et d'orienter vers l'équipe d'addictologie.

Il ne faut pas confondre « hôpital non-fumeur » et « interdiction de fumer à l'hôpital » ! Pourquoi pas « Hôpital qui respire » ...