



**PRSM·HP**

Plateforme de Recherche  
sur la Santé Mentale  
et le Handicap Psychique

**Addiction tabagique et ses conséquences en  
psychiatrie, résultats préliminaires d'un contrat  
d'amorçage pour préparer une étude  
interventionnelle de lutte contre le tabagisme**

Pr Alain Leplège, MD, PhD

Université de Paris (ex Paris 7 Denis Diderot)

Laboratoire Sphère (UMR 7219) ; APEMAC (EA 4630)

# Contexte 1/3

## Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée

[Coldefy M.](#), [Gandré C.](#) (Irdes)

*Questions d'économie de la santé n° 237 - Septembre 2018*

	Taux standardisé de mortalité		Ratio de mortalité (toutes pathologies psychiatriques)
	Consommateurs régime général et SLM	Personnes suivies pour un trouble psychiatrique	
Causes externes (accidents, suicides, chutes...)	45,4	222,7	4,9
Maladies du système digestif	31,9	101,4	3,2
Etats morbides mal définis	59,7	177,5	3,0
Maladies neurodégénératives	40,9	115,6	2,8
<b>Maladies du système respiratoire</b>	<b>45,8</b>	<b>129,0</b>	<b>2,8</b>
Maladies infectieuses	14,3	39,9	2,8
Maladies endocriniennes	25,2	68,9	2,7
<b>Tumeurs</b>	<b>235,3</b>	<b>499,1</b>	<b>2,1</b>
Maladies hématologiques	2,7	5,6	2,1
Maladies cardiovasculaires	172,0	349,9	2,0
Mortalité générale (toutes causes confondues)	719,9	1 886,2	2,6
Mortalité prématurée (avant 65 ans)	<b>143,9</b>	<b>629,3</b>	<b>4,4</b>

# Contexte 2/2

On observe une proportion de fumeurs plus importante chez les personnes vivant avec un trouble psychique que dans la population générale (entre 55% et 95 % *versus* 30 %) [1, 2, 3, 4].

Bien qu'existent des recherches et interventions sur le tabagisme dans le secteur sanitaire et en psychiatrie [5, 6, 7, 8], nous sommes très peu renseignés sur la situation dans le secteur médico-social et dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

- [1] Poirier MF, Canceil O, Baylé F, Millet B, Bourdel MC, Moatti C, Olié JP, et Attar-Lévy D. Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2002 ; 26, 52937.
- [2] Légaré N. Tabagisme et schizophrénie : impacts sur la maladie et son traitement. *Drogues, santé et société*. 2007 ; 6 : 143-78.
- [3] Avila MT, Sherr JM, Hong E. Effects of nicotine on leading saccades during smooth pursuit eye movements in smokers and non smokers with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2003 ; 28 : 2184-91.
- [4] Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs* 2001 ; 15 : 469-94.
- [5] Laurent M., Lang JP. Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? *L'information psychiatrique*. 2009 ; 85, 7 : 62128.
- [6] Fouillet M, Massé G, Pucheault M. Un service de soins psychiatriques sans tabac : l'expérience du centre Henri Rousselle au centre hospitalier Sainte-Anne. *L'information psychiatrique*. 2007 ; 83, 2 : 12936.
- [7] Réseau hôpital sans tabac. Référentiel pour un plan stratégique de réduction du tabagisme en établissements et services de soins psychiatriques. *Réseau hôpital sans tabac*. 2005, 46.
- [8] Fenoy LR. Quelques réflexions d'un psychiatre de secteur sur le tabagisme à l'hôpital. *La lettre de l'Unafam* 2005 ; 58 : 4.

# Contexte 3/2

- Or, une part non-négligeable des personnes vivant avec un trouble psychique évolue au sein de ce secteur et de ces structures (entre 16 et 19 % des personnes qui y sont accueillies vivent avec un trouble psychique [9]).
- Au vu de la rareté des recherches et études sur le tabagisme dans le secteur médico-social, il paraît donc hasardeux de déployer une intervention sans investigation préalable et sans une meilleure connaissance des besoins, des pratiques, des représentations et des interventions existantes en matière de tabagisme au sein des ESMS.

[9] DREES. Études et Résultats. L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014. 2016, 0975.

# Rappel des problèmes structurels

Actuellement de nombreux patients psychiatriques en situation de handicap psychique sont orientés pour de bonnes raisons du secteur sanitaire vers le secteur médico-social (Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé, etc.) ou social mais de nombreux problèmes se posent...

1. La place du soin et des soignants dans le médico-social est mal définie, et les besoins de soins sont sous-estimés, car le secteur médico-social s'est surtout construit autour des problématiques de retard mental.
2. Il existe un important déficit de formation de l'ensemble des professionnels sur l'accompagnement des situations de handicaps vécues par les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves et leurs besoins de soins.
3. Insuffisance des recherches:
  - D'une façon générale, les recherches de qualité en psychiatrie portent sur des problématiques qui peuvent être éloignées des préoccupations du terrain ;
  - La recherche de qualité sur le handicap psychique est embryonnaire et n'aborde pas la question du soin ;
  - Il existe une faible culture de recherche dans les secteurs sociaux et médico-sociaux et le besoin de soutiens méthodologiques est très important.

# Enjeux et défis

*Nombreux enjeux de prise en compte, d'articulation soins/aides de vie, de compensation, de représentations sociales, de droit, logement, travail, etc.*

Principaux défis :

- Une approche transversale des problématiques
  - Sanitaire – Médico-Social – Social
- Une approche pertinente au regard du terrain
  - “bottom-up”
- Une approche interdisciplinaire (cf complexité du modèle de la CIF)
- Une exigence méthodologique
  - La qualité des études, la validité (interne et externe) et la crédibilité des résultats dépendent des méthodes mises en oeuvre
  - Intérêt des méthodes mixtes et des approches de type recherche-interventionnelle et évaluation des interventions complexes

# La PRSM-HP

- Dans ce contexte, un instrument d'amélioration de ces problèmes et *d'enracinement de la recherche dans les soins et les soins dans la recherche* est constitué par la **Plateforme de Recherche en Santé Mentale et Handicap Psychique (PRSM-HP)**
- L'objectif poursuivi par cette PRSM-HP est de permettre aux professionnels de terrain (médecins, psychologues mais aussi infirmiers, éducateurs, et cadres médico-sociaux) qui le souhaitent, de collaborer avec des équipes de chercheurs confirmés (Université, Inserm, etc.) pour transformer leurs questionnements professionnels en d'authentiques projets de recherche, susceptibles d'être valorisés aux meilleurs niveaux.



# TABAPSY

## Présentation des premiers résultats



# Equipe projet

- **S Saetta, PhD Sociologie, ingénieur de recherche, co-responsable projet TABAPSY**
- **A Fernane, Ingénieur d'étude**
- A Leplège, directeur PRSM-HP
  
- N Amsellem, PhD sociologie
- A Mansuetto, documentation
- L Minary, PhD Santé Publique
- A Rouquette, MCU-PH, Biostatistique
- Th Remen, Statiticien
- C Trichard, PH, EPS Barthélemy Durand

# Groupe ressource et structures participantes



Nom de la structure	Nature de l'accueil	Lieu	Places totales	Nbre pro
<b>Élan de l'ESAT</b> (L'Élan Retrouvé) M. Martins	Accueil de jour, atelier de travail	Île de France, Paris (75)	177	
<b>SAVS Championnet</b> (L'Élan Retrouvé) M. <u>Thirolle</u>	Accueil de jour (atelier, suivi individuel)	Île de France, Paris (75)	70	9 personnes (7,03 ETP)
<b>F.A.M Domaine Saint-Jean</b> (AEDE) Mme <u>Leterme</u>	Hébergement et accueil de jour	Île-de-France, Saint-Jean-Les-Deux-Jumeaux (77)	60	
<b>F.A.M La maison du Bois Joli</b> (Adef Résidences) M. Demay	Hébergement et accueil de jour	Bourgogne-France-Comté, Morez (39)	22	
<b>Dispositif Côté Cours</b> (Vivre et Devenir) Mme <u>Delaroque</u> et Mme <u>Braem</u>	Logements adaptés, accompagnement, aide à l'insertion, etc.	Normandie, Le Havre (76)	380	
<b>Foyer La Guérinière</b> (Les Amis de l'Atelier) Mme Bata	Hébergement et accueil de jour	Île de France, Morsang-sur-Orge (91)	32	(34,96 ETP)
<b>F.A.M Iris</b> (APSI) M. <u>Nache</u>	Hébergement et accueil de jour	Île de France, Villejuif (94)	33	
<b>F.A.M Tamaris</b> (APSI) M. <u>Nache</u>	Hébergement et accueil de jour	Île de France, Villejuif (94)	26	
<b>M.A.S Les Deux Marronniers</b> (Les Amis de l'Atelier) Mme Blazy	Hébergement et accueil de jour	Île de France, Paris (75)	45	
			<b>845</b>	

# Objectifs spécifiques du contrat d'amorçage

- Caractériser le tabagisme chez les usagers et les professionnels ;
- Décrire la gestion quotidienne du tabac ;
- Identifier et spécifier les problèmes liés au tabac rencontrés par les usagers et par les professionnels au quotidien ;
- Recenser les interventions antérieures ou actuelles relatives au tabac ou aux addictions ;
- Identifier les facteurs limitant ou facilitant la mise en place d'interventions ;
- Identifier les freins et les leviers à l'arrêt du tabagisme chez les usagers et les professionnels ;
- Identifier et spécifier les représentations vis-à-vis du tabac dans la population des usagers et des professionnels ;
- Identifier et spécifier les besoins auxquels le tabac répond pour les usagers et les professionnels ;
- Identifier et spécifier les besoins des usagers et des professionnels ;
- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des usagers et des professionnels.

# Population et méthodes (mixtes)

## a. Une recherche documentaire

**371 articles** dont la grande majorité dans des revues anglophones (analyse en cours)

## b. Une enquête au sein de 11 ESMS

### UNE INVESTIGATION QUALITATIVE

#### Visites de structures et ethnographie

**12 entretiens** qualitatifs et collectifs avec 81 professionnels (entre 31 min et 84 minutes)

**21 entretiens** qualitatifs individuels avec des usagers (entre 12 et 34 min)

---

### UNE INVESTIGATION QUANTITATIVE

**364 questionnaires usagers** (sur effectif global de **594**)  
*39% non réponse: Refus, incapacité, hospitalisation, ...*  
33% F, 67%H

---

**285 questionnaires professionnels** (sur **378**)  
*25% non réponse : Congés, absence, refus, ...*  
72% F, 28%H

# La consommation des usagers fumeurs dans le détail

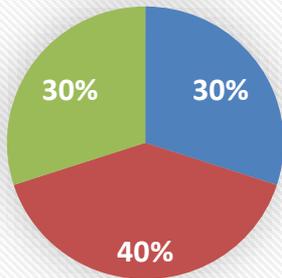
148 soit 51% des usagers interrogés déclarent fumer.

Parmi les fumeurs, 93% fument tous les jours,

52% des fumeurs fument < 10 par jour

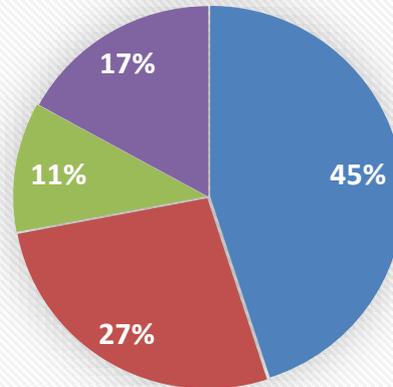
## Arrêt et tentatives d'arrêt

### Tentatives d'arrêt



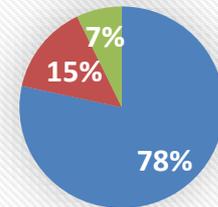
■ une fois ■ plusieurs fois ■ jamais

### Intentions d'arrêter



■ n'ont pas l'intention  
■ aimeraient arrêter un jour  
■ aimeraient arrêter dans l'année suivante

### Demande d'aide dans la structure



■ une fois ■ plusieurs fois ■ jamais

## Les fonctions du tabac et ses « bons » côtés selon les usagers

- **Un plaisir (le seul?)**

*« Je les apprécie toutes. Il y a une distance importante entre deux cigarettes. Là par exemple à 1 heure et demie j'ai fumé, je ne vais pas fumer avant 4 heures. Ça fait 2 heures et demie. Ça fait une bonne distance. Elles me font toutes plaisir » (Usager 3)*

*« La cigarette c'est le seul agrément que j'ai dans la MAS. » (Usager 7)*

- **Un calmant et anti-stress**

*« Quand je suis tendu, je fume »*

- **Une occasion de créer du lien et l'aspect convivial**

*« A la fois, si je suis à côté d'un ami, d'un copain du foyer, c'est convivial, on discute tranquillement en fumant »*

## Les fonctions du tabac et ses « bons » côtés, selon les usagers

- Dimension sensorielle

*« C'est le fait de rouler une cigarette. Je pense que c'est chacun ou peut-être pas, c'est mon cas, c'est le fait de toucher quelque chose et puis de rouler sa cigarette, et puis fumer sa cigarette, c'est agréable » (Usager 8)*

*« Le sensoriel. Vous oubliez le sensoriel. Ils ingèrent quelque chose qui provoque quelque chose, qui a un goût, et qui peut être fait quelque chose, leur fait quelque chose. Ce sont quand même des personnes qui sont dans une forme de handicap, où ils ont des problèmes justement à ressentir, à sentir, ou des fois des excès de nourriture, de boissons, de choses, peuvent peut-être les rasséréner ou les rassurer sur quelque chose » (Entretien collectif n°3)*

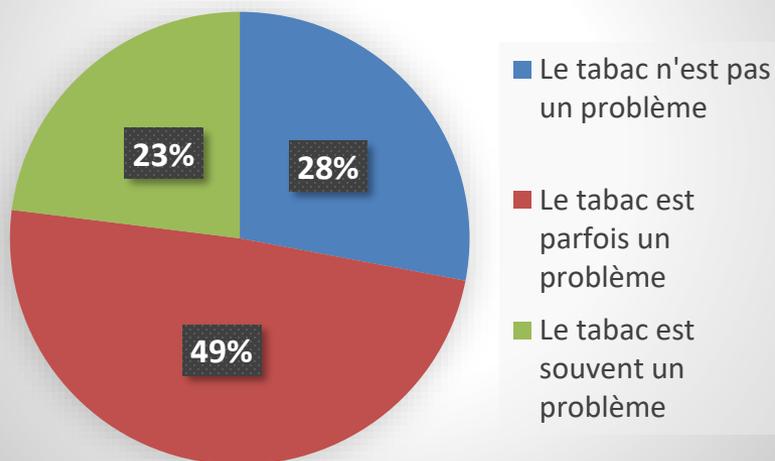
# Statut tabagique chez les professionnels :

## 57% des professionnels interrogés déclarent fumer

		N		%
<b>Q15a</b> <small>Case non cochée</small> Votre situation : je fume du tabac (cigarettes, chicha, pipe, etc.)				
	Non	180		63,4
	Oui	104		36,6
<b>Q15b</b> Votre situation : je fume la cigarette électronique				
	Non <sup>2</sup>	260		91,5
	Oui	24		8,5
<b>Q15c</b> Votre situation : j'ai fumé mais j'ai arrêté				
	Non <sup>2</sup>	241		84,9
	Oui	43		15,1
<b>Q15d</b> Votre situation : je ne fume pas				
	Non <sup>2</sup>	163		57,4
	Oui	121		42,6

## Le tabac : une source potentielle de problèmes selon les professionnels

### Perception du Tabac chez les professionnels



- 40% pensent que ça représente une charge supplémentaire de travail
- 53% se disent importunés du tabagisme des usagers
- 34% se disent importunés par le tabagisme des collègues

## Le tabac : une source potentielle de problèmes (aspects qualitatifs)

- **Conflits :**

- entre résidents (plaintes des usagers non-fumeurs, tensions liées à des vols, au prêt de cigarettes ou à des activités de troc)
- entre résidents et professionnels (agressivité, violences, ou frustration liées aux éventuelles restrictions) ;
- entre professionnels (absentéisme dû aux pauses, odeurs, mégots, discussions parfois houleuses entre professionnels) ;
- avec le voisinage (plus rare)

## **Le tabac : une source potentielle de problèmes (aspects qualitatifs)**

- **Une gestion chronophage pour certains professionnels** (achat et gestion individualisée des cigarettes, gestion des angoisses et des demandes des usagers)
- **Problèmes financiers** (augmentation du prix des cigarettes / faibles ressources des usagers/passage aux cigarettes roulés)
- **Hygiène et sécurité** (odeurs dans les chambres et les couloirs, risques d'incendie, dégradation des locaux, présence de mégots)

⇒ **Problèmes qui concernent principalement les structures d'hébergement.**

⇒ **Structures ambulatoires = plutôt problèmes liés aux pauses, à l'odeur, et aux mégots.**

# **Le tabagisme : source de « dilemmes » moraux, selon les professionnels**

## **Professionnels souvent confrontés à des dilemmes moraux :**

- \*Laisse-t-on un usager non-communicant manger les mégots ?
- \*Aide-t-on à fumer un usager très malade et alité ?
- \*Laisse-t-on leur briquet aux résidents étant donné les risques d'incendies ?
- \*En tant que soignant, puis-je participer à la distribution de cigarettes ?

**Arbitrage mettant en jeu et en tension la sécurité (des usagers et des professionnels), la santé, le respect des droits et des libertés.**

## Le positionnement des professionnels (aspects qualitatifs)

- Définissent généralement leurs missions comme étant de l'**accompagnement**, et non du soin (ESMS = définis comme lieux de vie et d'accueil, et non de soin)
- Des professionnel·le·s plutôt dans le « curatif » et essentiellement **réactifs·ves** (quand problèmes graves de santé ou demandes explicites de la part des usagers)
- Une prévention difficile à envisager, quelque soit le statut (fumeur ou non fumeur) :  
*« c'est leur liberté » / « on a pas à les juger » / « j'ai peur que ça brise le lien de leur en parler » / « c'est un produit légal, c'est moins facile d'en parler que le cannabis » / « on est pas soignant, c'est compliqué à aborder ce côté-là »*

# Le positionnement des professionnels (aspects quantitatifs)

Frq_Pb_Tbc_Structure	Q4 La consommation de tabac pose-t-elle problème au sein de la structure ?	<b>0,64678</b>	0,04187	0,03524	-0,06263
Gestion_Tbc_Charge	Q5 La gestion du tabac des usagers et leur tabagisme est-elle pour vous une charge supplémentaire de travail ?	<b>0,63674</b>	0,20374	0,03636	-0,44847
Gestion_Tbc_Mission	Q6 Estimez-vous que la gestion du tabagisme des usagers fait partie de vos missions ?	-0,01906	<b>0,73248</b>	-0,17048	-0,03267
Conso_Usagers_Importune	Q7 La consommation tabagique des usagers vous importune-t-elle ?	<b>0,67599</b>	0,01648	0,02063	0,24305
Conso_Collegues_Importune	Q8 Le consommation tabagique de vos collègues vous importune-t-elle ?	<b>0,57335</b>	-0,09812	0,0407	0,19303
<b>Avis_Phrase_1_B</b>	Q9a Concernant la consommation de tabac des usagers dans la structure, quelle est votre avis sur la phrase suivante : « On ne va pas priver les usagers de l'un des seuls plaisirs qu'il leur reste »	-0,01035	0,12108	0,24682	<b>0,55033</b>
<b>Avis_Phrase_2</b>	Q9b Concernant la consommation de tabac des usagers dans la structure, quelle est votre avis sur la phrase suivante : « Il faut encourager et aider ceux qui ont envie d'arrêter »	-0,31444	<b>0,38236</b>	0,25789	-0,31182
<b>Avis_Phrase_3</b>	Q9c Concernant la consommation de tabac des usagers dans la structure, quelle est votre avis sur la phrase suivante : « Il faut dissuader de fumer l'ensemble des usagers et lutter activement contre le tabagisme »	-0,05996	0,17659	0,34014	<b>0,45918</b>
<b>Avis_Phrase_4_B</b>	Q9d Concernant la consommation de tabac des usagers dans la structure, quelle est votre avis sur la phrase suivante : « Il faut laisser les usagers fumer car c'est leur choix »	0,17018	0,03666	-0,06887	<b>0,71667</b>
<b>Avis_Phrase_5_B</b>	Q9e Concernant la consommation de tabac des usagers dans la structure, quelle est votre avis sur la phrase suivante : « La cigarette peut constituer un outil d'apaisement des tensions »	0,07054	0,03518	<b>0,78129</b>	0,11303
<b>Avis_Phrase_6_B</b>	Q9f Concernant la consommation de tabac des usagers dans la structure, quelle est votre avis sur la phrase suivante : « La cigarette peut être utilisée pour favoriser la communication avec l'utilisateur »	0,02934	-0,24284	<b>0,81259</b>	0,03059
<b>Avis_Phrase_7</b>	Q9g Concernant la consommation de tabac des usagers dans la structure, quelle est votre avis sur la phrase suivante : « La prévention du tabagisme fait partie de nos missions »	-0,08448	<b>0,70132</b>	-0,05611	0,32655
<b>Encourage_Arret_Tbc</b>	Q12 Avez-vous déjà encouragé ou aidé un usager à arrêter ou à diminuer ?	0,20088	<b>0,66483</b>	0,03564	0,04018

# Le positionnement des professionnels à l'égard du tabagisme et de la lutte contre le tabagisme

**1/Des professionnels sur la réserve, qui ne sont pas pro-actifs et n'agissent qu'en aval des problèmes (financier, de santé, etc.).**

Arguments des professionnels :

- ESMS = lieu de vie et non de soins : 'les résidents sont chez eux, c'est leur lieu de vie, on ne peut pas les embêter en permanence'
- Notion d'accompagnement : 'on est là pour les accompagner, il faut respecter leurs désirs et leurs choix'/'on a pas à les juger')
- Les fonctions de la cigarette et la cigarette comme outil : la cigarette remplit diverses fonctions (anxiolytique, thérapeutique, socialisante, récréative, transactionnelle).
- Elle occupe une place importante au quotidien. Il est difficile, à ce jour, pour les pros d'imaginer de l'enlever aux usagers

# Le positionnement des professionnels à l'égard du tabagisme et de la lutte contre le tabagisme

## 2/Des professionnels démunis, en demande

- Des professionnels qui ont conscience que ce n'est pas une solution satisfaisante (ils peuvent constater que la cigarette est outil et l'utiliser, tout en estimant que ce n'est pas un outil légitime et pertinent)
- Des professionnels confrontés à des dilemmes moraux (*liberté* versus *santé* du patient, ou *plaisir* versus *santé*). Ils se retrouvent parfois en porte à faux, et à « s'asseoir sur [leurs] convictions ».

*Exemple : un résident alité qui demande à fumer en invoquant que c'est un grand plaisir pour lui ; un résident, non communiquant, qui ne se calme que quand il mange les mégots...les médicaments ne s'avérant pas efficaces.*

**Ainsi : nécessité de trouver des solutions ad-hoc et des substituts, et d'accompagner les professionnels dans la recherche de solutions**

# Les politiques des structures vis-à-vis du tabac

- **Les espaces fumeurs** : souvent, lieux de relégation, exposés aux intempéries, parfois loin des lieux de vie
- **Chacun son espace** : (usagers et professionnels), excepté dans un ESAT et un SAVS (jardin)
- **La gestion du tabac au sein de la structure** :

\* Structures d'hébergement : gestion au cas par cas (consommation autonome ou accompagnée en fonction du budget, de la capacité de l'utilisateur à gérer sa consommation). Existence dans certaines structures de protocoles individualisés.

\* Structures ambulatoires : pas de gestion particulière du tabac, les usagers ont leurs cigarettes

- **Les dispositifs existants** : orientation vers le service médical de la structure dans un premier temps, et vers des services d'addictologie à l'extérieur de la structure si nécessaire.
- **Des actions et des interventions parfois mises en place**

# Les actions et interventions observées

## 1/Les actions ponctuelles

Campagnes d'affichage (notamment lors du mois sans tabac)

Formation des professionnels sur la thématique de l'addictologie dans 3 structures (psychologue de CSAPA et psychiatre)

Intervention de pairs-aidants dans une structure

## 2/Des interventions spécifiques (un peu dangereuses)

Dans un FAM : action collective en collaboration avec un CSAPA et avec un magasin de cigarettes électronique spécialisé et orienté prévention => passage de tous les résidents à la cigarette électronique (n=11).

Intervention CSAPA dans la structure printemps 2018 => Mise en place de l'action : automne 2018.

Au jour de l'enquête : sur les 11 résidents, 1 a repris, 1 est décédé, et 1 autre est hospitalisé.

Cela demanderait moins de temps aux professionnels que la gestion du tabac.

### Les ingrédients :

Un médecin dans la structure qui a impulsé l'action et aurait fortement incité les professionnels à s'engager +

Des professionnels qui se sont engagés + La dimension collective et le phénomène d'entraînement du côté

des résidents + 1 magasin de cigarettes électroniques qui a investi des missions de prévention et a adapté son service aux résidents

## Les actions et interventions

### Dans une MAS :

- Une **direction proactive** en matière de soutien à la réduction et l'arrêt du tabac
- **Ateliers de Prévention et de Réduction des Risques** liés au Tabac (menés par une association spécialisée)
- **Partenariat avec une Association** qui fournit des cigarettes électroniques et des parfums pour des ateliers dits de « Vapotage » pour les résidents.
- Campagne d'affichage dans l'établissement : **affiches présentant des professionnels et des résidents ayant arrêtés le Tabac récemment** (dans l'ascenseur, les couloirs, et dans chaque unité).

L'idée est de promouvoir les bienfaits de l'arrêt du tabac sur le budget. *Exemple : « Depuis que j'ai arrêté de fumer en juin 2019, je peux aller au restaurant chaque semaine... »*

## Les actions et interventions

**Ainsi, trois types de structures :**

1/Structures qui n'ont (encore?) rien mis en place de spécifique (plutôt en demande)  
(n=4)

2/Structures qui ont organisé des formations (n=5)

3/Structures qui ont mis en place des interventions spécifiques (n=2)

# Les demandes des acteurs·trices

- **Demandes des usagers**

-Réclament, dans l'ensemble, **d'avantage d'activités** (le travail : une solution? => pas si simple : exemple d'un travailleur en ESAT qui ne fume qu'au travail)

-Certains **demandent à être aidés, encouragés et soutenus** (exemple d'une femme en FAM qui aimerait recevoir le même soutien dont elle a bénéficié dans le cadre du cannabis)

-Réclament des **accompagnements plus adaptés** (pointent du doigt notamment les limites des accompagnements traditionnels en addictologie ou tabacologie)

- **Demandes des professionnels**

-Souhaiteraient **être davantage informés des dispositifs et des possibilités d'accompagnement existantes**

-Voient d'un bon œil la **création d'espaces de discussion à ce sujet** (réfléchir, briser les routines, ...)

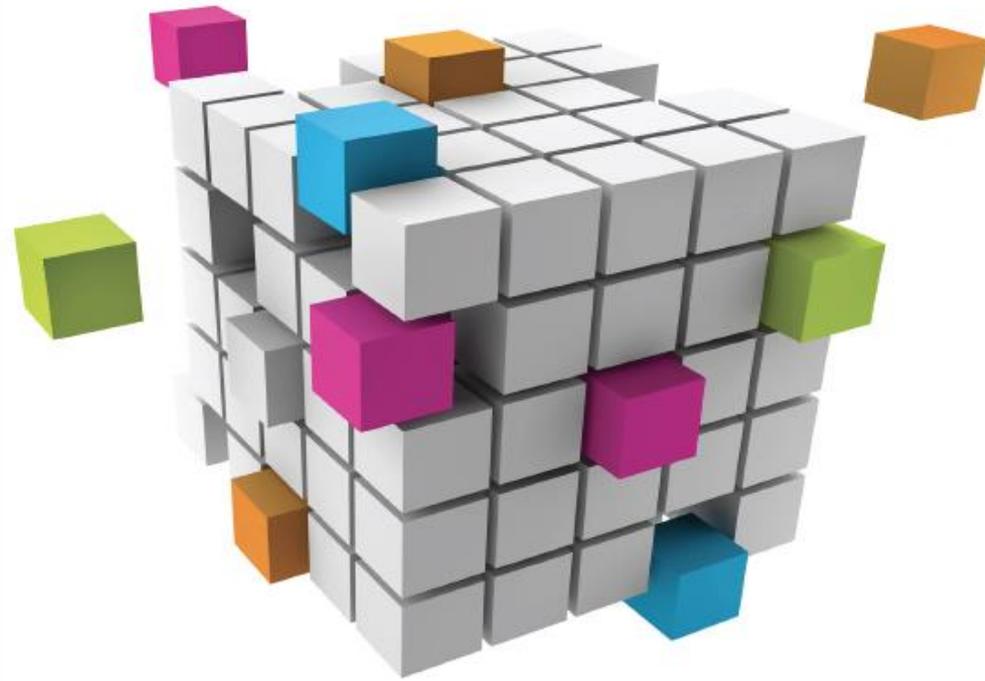
- **Demandes des directions**

-Souhaiteraient **être informées des interventions possibles**

## Les pistes à explorer / les angles morts / les réflexions

- Ne faudrait-il pas inclure la question du tabac dans le **projet personnalisé** et/ou le projet d'établissement ?
- Faut-il envisager les actions **entre les murs** ou **hors les murs** des structures?
- Développer les **activités**, mais de quelle nature ?
- Explorer le rôle du **mandataire judiciaire**
- Le pb de la triple casquette des professionnels qui sont à la fois ceux :
  - 1/organisent la gestion du tabac ;
  - 2/assurent la gestion du tabac ;
  - 3/sont susceptibles d'accompagner le résident dans une démarche d'arrêt...Source de **confusion** ?

- Power MJ, Green AM; WHOQOL-Dis Group. Development of the WHOQOL disabilities module. *Qual Life Res.* 2010 May;19(4):571-84
- Power MJ, Green AM; WHOQOL-DIS Group. The Attitudes to Disability Scale (ADS): development and psychometric properties. *J Intellect Disabil Res.* 2010 Sep;54(9):860-74.
- Leplège A Gzil F., Cammelli M., Lefève C., Pachoud B. et Ville I. Person-centredness: conceptual and historical perspectives, *Disability and rehabilitation*, 2007 Oct 30-Nov 15;29(20-21) :1555-65.
- Gzil F, Lefève C., Cammelli M., Pachoud B., Ravaud J.F. et Leplège A., Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred? *Disability and rehabilitation*, 2007 Oct 30-Nov 15;29(20-21)
- McPherson K, Taylor W, Leplège A, Rehabilitation outcomes: values, methodologies and applications, *Disability & Rehabilitation* 2010;32(12):961-4.
- Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L; WHOQOL-DIS Group. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. *Res Dev Disabil.* 2011 May-Jun;32(3):1212-25.
- **A Leplège, C Barral, and K M McPherson, Conceptualizing Disability to Inform Rehabilitation: Historical and Epistemological Perspectives, pp 21-44 in McPherson, K.M., Gibson, B.E. & Leplège, A. (Eds). *Rethinking Rehabilitation: Theory and Practice.* , 2015 (in Press) Boca Raton CRC Press**



# Rethinking Rehabilitation

## Theory and Practice

EDITED BY

**Kathryn McPherson • Barbara E. Gibson  
Alain Leplège**