

PSYCHIATRIE, SANTÉ MENTALE ET GESTION DU TABAGISME

PISTES DE RÉFLEXION | 2018

AVEC LE SOUTIEN DE LA RÉGION WALLONNE
DANS LE CADRE DU FONDS DE LUTTE CONTRE LES ASSUÉTUDES



SOMMAIRE

1	Introduction	1
2	Des ateliers d'écriture en psychiatrie ? Quand écrire participe à «être mieux avec soi et avec l'autre»	5
3	La méditation de pleine conscience	12
4	L'abord du tabagisme auprès des patients de psychiatrie : l'option du groupe ...	17
5	Offre de service du FARES pour le secteur de la santé mentale/psychiatrie	23

Coordination de la rédaction

Marianne Prévost, Bérengère Janssen et
Cédric Migard

Éditeur responsable

Jean-Paul Van Vooren, ©FARES asbl

Mise en page

Nathalie da Costa Maya, www.cdcsasbl.be

D/2018/5052/3

Décembre 2018

Une initiative du



Contact

FARES asbl

- Rue de la Concorde 56
1050 Bruxelles
Tél. : 02 518 18 69
Courriel : prevention.tabac@fares.be
Sites : www.hopitalsanstabac.be
www.fares.be
- Rue Château des Balances 3 bis
5000 Namur
Tél. : 0474 57 17 15

Avec le soutien de



INTRODUCTION

Béregère JANSSEN et Cédric MIGARD,

Chargés de projet au Service de prévention du tabagisme
FARES asbl

À ce jour, la prévalence du tabagisme dans les populations souffrant de troubles psychiques demeure très élevée, nettement supérieure à ce que l'on observe dans la population générale. Particulièrement marquée pour la schizophrénie, la corrélation entre dépendance à la nicotine et pathologie est également très nette en ce qui concerne la dépression, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

L'hospitalisation en milieu psychiatrique est un moment particulier à l'égard du tabagisme : dans la majorité des cas, lorsqu'aucune intervention spécifique n'est entreprise, les patients fumeurs augmentent leur consommation pendant leur séjour. Cela n'est pas un problème anodin : la consommation de tabac entraîne une morbidité importante ainsi qu'une mortalité précoce. De plus, elle a une incidence avérée sur l'action de la plupart des médicaments psychotropes.

Or, le secteur psychiatrique semble plutôt perplexe, ou parfois même frileux, en ce qui concerne l'attitude à adopter envers le tabagisme des patients – qui lui apparaît souvent comme un problème secondaire, voire une source d'apaisement pour des personnes

traversant des moments particulièrement difficiles – ... N'y a-t-il pas beaucoup de «bonnes raisons» de fumer, en institution comme ailleurs... ?

Face à ce constat, le FARES développe depuis 2009, des stratégies de prévention et de sensibilisation à la gestion du tabagisme au sein des structures psychiatriques et de santé mentale. L'information des professionnels est certes nécessaire, mais elle est insuffisante ; le FARES a dès lors initié une mobilisation

*«On ne change pas
de route
on change de regard»
(Satprem)*

des patients eux-mêmes dans la perspective de faire remonter leurs besoins en termes de prise en charge et d'accompagnement vers les structures qui les encadrent.

Suite à cette démarche, un recueil de témoignages a été édité par le FARES en 2017 ; on y voit que les patients atteints de troubles psychiatriques souhaitent réellement entreprendre et réussir une démarche d'arrêt du tabac, et que leurs initiatives en ce sens sont au moins aussi fréquentes que dans la population générale. Leur chemin est cependant particulièrement ardu : leur degré de dépendance est en général plus fort et leur contexte de vie peu favorable à un tel changement. Ces personnes ont donc, plus que

toutes autres, besoin d'être accompagnées pour accéder au mieux-être auquel elles aspirent.

Conscient des difficultés rencontrées par les professionnels face au tabagisme, le FARES a cette année rassemblé des expériences de terrain novatrices : leur originalité est de favoriser une approche défocalisée, considérant que la problématique du tabagisme s'intègre dans la dynamique globale du patient.

Les trois témoignages présentés ici évoquent des groupes de mise en projet, des groupes de méditation de pleine conscience et des groupes d'écriture (dont certains ne mettent pas directement la question du tabagisme à l'ordre du jour). Le point commun de ces expériences, fondées sur le respect et la bienveillance, est que les animateurs cherchent avant tout à s'appuyer sur, et à valoriser, les ressources des personnes qu'ils accompagnent, en respectant leur subjectivité, leur manière d'être, leur rythme, leurs désirs, leurs émotions.

Il apparaît très clairement que de telles pratiques permettent de renforcer les compétences psychosociales. C'est un aspect fondamental : en effet, le lien entre un faible niveau de compétences psychosociales et les problématiques d'assuétude est largement démontré.

Étroitement liées à l'estime de soi et aux capacités relationnelles, les compétences psychosociales ont été définies en 1993 par l'OMS comme un élément clé en matière de santé et de bien-être : présentes chez chacun à des degrés divers, ces compétences jouent un rôle protecteur vis-à-vis de divers risques, et il est possible de les développer lorsqu'elles font défaut. De nature sociale, cognitive et émotionnelle, elles recouvrent globalement «*la capacité d'une personne à*

répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, et de ce fait son aptitude à maintenir un état de bien-être mental, qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement» (OMS, Division de la santé mentale et des addictions, 1993).

Plus précisément, les compétences psychosociales touchent à la conscience de soi et à l'empathie, aux capacités créatives, à la faculté d'exercer un esprit critique, aux qualités de communication verbale et non verbale, à la possibilité de développer des relations interpersonnelles, à la capacité de résoudre les problèmes, de prendre des décisions, de gérer le stress et les émotions : l'éventail est très large. Ces éléments de la personnalité peuvent être mis au travail par tout un chacun, tout au long de la vie ... Mais il est bien évident que les personnes souffrant de troubles psychiques et d'assuétudes ont, le plus souvent, des fragilités particulières à cet égard.

Chacune à leur manière, les pratiques décrites permettent d'inclure la question du tabagisme dans le cadre d'une approche holistique du patient. Elles peuvent aussi participer à une revivification institutionnelle : non seulement lorsqu'elles viennent questionner la gestion du tabagisme dans l'institution, mais aussi lorsqu'elles suscitent, chez les patients, des ouvertures inattendues qui modifient, aussi peu que ce soit, son rapport à lui-même ainsi qu'à son trajet thérapeutique.



DES ATELIERS D'ÉCRITURE EN PSYCHIATRIE ? QUAND ÉCRIRE PARTICIPE À «ÊTRE MIEUX AVEC SOI ET AVEC L'AUTRE»

Marie-Pierre DUBUCQ,
CHR de Namur, service de psychiatrie

OUVRIR LA PAROLE DANS UN CADRE SÉCURISANT

Travaillant depuis près de vingt ans dans un service de psychiatrie au sein d'un hôpital général, j'y anime diverses activités thérapeutiques depuis «un certain temps». Lorsque j'ai repris cette fonction suite à l'incapacité de travail de longue durée de l'ergothérapeute, les activités proposées étaient essentiellement de l'ergothérapie «classique» (de type bricolage...) et quelques activités centrées sur les AVJ – Activités de la Vie Journalières – (sortie au marché, groupe cuisine, promenade...).

Très vite il m'a semblé indispensable de proposer des activités plus expressives. D'ouvrir la possibilité d'une forme d'élaboration des affects et problématiques vécues par les patients grâce à l'utilisation d'un média. Ceci partant du constat que tous ne sont pas à l'aise avec l'expression verbale en face-à-face, que souvent les mots font défaut.

La musique, le collage, l'image, la terre... : autant de média offrant un «prétexte» à l'expression qui puisse, dans un cadre convenu, la soutenir de manière moins anxiogène, moins confrontante qu'en face-à-face.

C'est dans cette dynamique que s'est mis en place l'atelier d'écriture dont je vais vous parler dans cet article. Convaincue qu'une démarche de soin s'amorce d'abord par un désir personnel, j'ai choisi de m'appuyer sur mon amour des mots, pour aider à mobiliser

une créativité souvent en panne chez des patients souffrant de problématiques psychiques diverses.

Le cadre de l'atelier d'écriture se formalise toujours de la même manière afin de «ritualiser» une mise en contexte sécurisante. Chacun prend place autour de la grande table de l'atelier (qui a l'avantage de se trouver un peu isolé au bout du couloir de l'unité d'hospitalisation, ce qui limite le «va-et-vient»). Différents types de papiers sont mis à disposition (blocs scolaires lignés ou quadrillés, feuilles imprimantes, feuille type papier de brouillon, feuilles de couleurs...) ainsi que de multiples stylos billes ou crayons. Libre à chacun également d'utiliser son propre matériel.

Cet atelier se réalise «à porte fermée», ce qui signifie que chacun s'engage dans la mesure du possible à y rester pendant toute sa durée, mais aussi que chacun participe sans possibilité d'y venir en «spectateur», ce qui générerait un malaise. J'ai d'ailleurs pris le parti de participer également, «jouant le jeu» comme chacun. Ceci pour limiter la position soignant/observateur, ou de «supposé savoir», position de hauteur qui, dans ce cadre, me semblait imposer une distance moins propice au partage et à la rencontre. Je propose alors une «invitation à écrire», une amorce dont la forme est variable : phrase, image, couverture de livre, extrait de

texte, objet, fond sonore, consigne de forme ou de style... Chacun est dès lors invité à se saisir de cette piste de façon personnelle, le plus librement possible. L'accent est porté sur la possibilité de prendre plaisir à l'écriture, de se laisser surprendre et de se décaler des souvenirs, des contraintes scolaires ou administratives...

Vient alors le temps de l'écriture...

Ensuite, chacun sera invité à partager son texte. Le partager signifie le lire, en choisir un extrait ou en dire quelques mots si le contenu est trop personnel ou intime.

S'ensuit un moment d'échange et de discussion autour des ressentis concernant le fait d'écrire mais aussi des différents textes entendus.

Ma position d'animatrice est alors d'assurer le respect de l'individualité de chacun, le non-jugement, la bienveillance, la possibilité pour tout participant de s'exprimer, s'il le souhaite, dans le respect. Il est toujours formellement exclu de proposer une quelconque «interprétation» des textes...

Je termine chaque séance en formulant la «règle de sécurité» de l'activité qui demande que ce qui a été déposé, dit, partagé, reste dans l'intimité de l'atelier et ne fasse pas l'objet de commentaires ou discussions hors de ce cadre. Mais je précise aussi que «le travail de chacun lui appartient», ce qui laisse à tous la liberté de destination de son texte : le garder précieusement, l'utiliser comme outil lors d'un rendez-vous avec la psychologue, le jeter, le faire lire à un proche, me le confier... autant de destinations individuellement choisies par les patients.

QUAND L'ÉCRITURE ÉLARGIT LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

Certains événements, projets, sont intimement liés à des rencontres qui, même au dépourvu (voire surtout au dépourvu), viennent mobiliser l'énergie, soutenir la réflexion, stimuler la créativité. Pour moi, la rencontre avec Cédric Migard, chargé de projet au FARES, fait partie de ces «inatendus» ; il m'a appris, dans le cadre d'une réflexion autour du tabagisme en psychiatrie et de la prévention, qu'il animait des ateliers d'écriture depuis de longues années en dehors de ses fonctions au FARES.

Très vite je me suis étonnée du lien possible entre prévention, santé et écriture... De quoi stimuler ma curiosité et chercher à pousser ma réflexion un peu plus loin... Cette rencontre a suscité la mise en place d'une collaboration sous forme d'un module de 5 ateliers d'écriture coanimés.

Lors d'une discussion nous avons abordé la question des «compétences psychosociales» et la nécessité de les développer pour étayer la santé mentale.

Comment la démarche d'atelier d'écriture que je propose en hôpital participe-t-elle au développement de ces compétences ? Je propose ici quelques pistes : non pas des «recettes» condensant un savoir formel, mais plutôt des réflexions basées sur les observations issues de la pratique (les exemples concrets présentés ci-dessous évoquent, de manière anonymisée, des per-

Les 10 compétences

Savoir résoudre les problèmes / Savoir prendre des décisions

Avoir une pensée créative / Avoir une pensée critique

Savoir communiquer efficacement / Être habile dans les relations interpersonnelles

Avoir conscience de soi / Avoir de l'empathie pour les autres

Savoir gérer son stress / Savoir gérer ses émotions

sonnes qui ont participé au module organisé en coanimation).

«**Savoir résoudre les problèmes**», c'est là ce dont chacun a besoin lorsqu'il est hospitalisé en psychiatrie. Chercher à comprendre comment dénouer certains conflits, sortir d'une impasse, se défaire de certaines addictions, retrouver un peu d'élan vital, reprendre pied dans une vie où l'on est malmené... Chaque parcours est singulier mais il me semble qu'un trait commun aux personnes que je rencontre peut être simplement formulé ainsi : «j'ai des problèmes». Participer aux ateliers d'écriture peut être un premier pas vers la résolution de ces problèmes, car c'est déjà «faire un pas». Un très grand pas pour certains : obsédée par «le danger des mots», la manière dont ses paroles sont entendues, interprétées par les autres, S. prend, malgré ses craintes, le risque de participer à l'atelier, où elle est invitée à partager sa parole avec d'autres. Se projeter vers autre chose, exprimer une part de qui l'on est, de ce que l'on vit, de ce que l'on espère. C'est se prêter au jeu de l'écriture...

«**Savoir prendre des décisions**», c'est organiser son emploi du temps pour être à l'atelier au moment de cette activité. Accepter de laisser son GSM de côté. Décider de prendre le Bic et de se jeter à l'eau même si l'on n'a pas d'idées, même si l'on pense ne pas savoir écrire. Décider de faire le pari de la confiance, d'accepter peut-être de se laisser surprendre. C'est décider de lire son texte, en tout ou en partie. Ou de ne pas le lire : décider de ce que l'on partage avec le groupe, ou de ce que l'on juge trop intime... Avec la possibilité d'aller à son propre rythme, de naviguer dans l'entre-deux : J. écrit et lit son texte à la première séance, a besoin de s'extraire du groupe à certains moments, écrit en dehors du local, vient à certaines séances sans écrire...

C'est aussi décider de ce que l'on fera de ce texte une fois l'activité terminée : N. a pu, à travers l'écriture, explorer des aspects douloureux de sa vie, qu'elle n'avait auparavant jamais osé (se) dire, et encore moins partager ; l'écriture lui permet de rencontrer sa souffrance d'une autre manière, ce qui lui apporte, dit-elle, un apaisement auquel elle ne s'attendait pas. Elle ne reprend pas ses textes : elle préfère qu'ils soient mis dans son dossier – prenant ainsi la liberté de se défaire de la parole écrite, de la déposer dans un lieu qui fait sens pour elle.

«**Avoir une pensée créative**», c'est jouer avec les mots. Apprendre ou réapprendre à jouer, développer sa créativité en élargissant les domaines du possible. Parce qu'avec des mots, tout est possible ! La réalité peut prendre des formes multiples, les sons peuvent avoir une odeur ou les couleurs une texture... Que le récit soit imaginaire ou réaliste, poétique ou scientifique, tout est vrai dans l'écriture. Tout ce qui apparaît sur le papier, même l'absence de texte, est légitime et est en soi l'expression d'une créativité qui, si elle est fréquemment «en panne» chez les patients en souffrance, n'est jamais inexistante.

Hospitalisé – pour la xème fois – pour un sevrage de cocaïne, L. parle beaucoup, passe de son histoire personnelle à des réflexions ou à des faits d'actualité qui semblent hors sujet, établit des liens qui échappent à la rationalité – son écriture correspond à ce «zapping» permanent. Toutefois, à la question «Si votre écriture était un objet, ce serait... ?», il répond sans hésiter : «mon violon» – instrument qu'il a pratiqué pendant longtemps, avant de l'abandonner. Il le reprendra, petit à petit, comme si l'écriture lui avait permis de se recentrer sur un désir, une créativité qui semblaient assoupis. L'écriture est venue rouvrir une porte et a joué, pour lui comme pour d'autres personnes, un rôle de révélateur. En lien avec ce trajet, sa cure de désintoxication prend un tour nouveau ; il arrive à maintenir l'abs-

tinence, alors qu'à chaque hospitalisation précédente, il interrompait le sevrage en cours de traitement.

«**Avoir une pensée critique**», c'est pouvoir développer une pensée personnelle, se dégager des préjugés ou opinions «toutes faites», cultiver le doute dans son acception d'opposé à la certitude «Écrire, c'est le doute» nous dit Marguerite Duras¹. Ce doute existe non seulement pendant la rédaction du texte mais aussi, bien souvent, lors de l'échange qui suit la lecture partagée. Chacun est invité à développer, de façon personnelle, ce qu'il pense ou ressent, sans globalisation ou idées préconçues.

Lors de l'atelier d'écriture, il n'y a pas de jugement de valeur, de «citation de la qualité des textes». Chaque mise en mot est légitime, personnelle, et doit pouvoir être entendue comme telle par le groupe. Ce qui n'empêche pas les perceptions différentes, voire les échanges ou débats contradictoires : chacun peut développer sa perception des choses, sa grille de lecture personnelle, pour autant que cela reste dans un climat de respect et de bienveillance réciproque.

Au départ, H vient à l'atelier avec beaucoup de réticences : ça ne «vaut pas le coup», rien de beau ne pourrait sortir de sa plume. Issu d'un milieu aisé, où la parole se veut lisse et sans aspérités, il a la sensation que sa parole propre n'y a pas droit de cité. Chape de plomb qu'il supporte tant bien que mal grâce aux médicaments... Il sera bouleversé par le fait même d'écrire : cette expérience lui montre que sa parole existe, malgré l'étouffement induit par son entourage. Au fil du travail, l'accompagnement vient soutenir ce qui surgit de l'écriture, ouvrant un espace où des éléments enfouis viennent éclore et se mettre en récit. A partir de ce trajet, les soignants constatent une évolution importante de sa dépendance aux médicaments – amélioration qu'ils relient

à l'aventure vécue dans l'atelier : le trajet d'écriture a permis à H de reprendre pied dans un univers intérieur personnel, et de faire l'expérience qu'une parole authentique peut être accueillie – tant par celui qui l'exprime que par ceux qui l'écoutent.

«**Savoir communiquer efficacement**». «Comment exprimer ce que je pense ? Tout le monde me comprend toujours de travers» : deux phrases entendues à plusieurs reprises dans la bouche de certains patients. Écrire peut être une piste. Une piste pour exprimer les choses. Aider à prendre un certain recul sur les événements ou au contraire «jeter les mots spontanément» plutôt que de les ressasser sans cesse dans l'attente que «les mots justes viennent et se disent».

Communiquer c'est «faire savoir à l'autre» : le partage des textes et l'échange proposé va en ce sens parce qu'il ouvre la possibilité d'une mise en mots, d'un échange dans un cadre sécurisant en présence d'un tiers qui assure une place pour chacun.

«**Être habile dans les relations interpersonnelles**», c'est pouvoir expérimenter la rencontre de l'autre, ici au décours d'un atelier par le biais d'un «prétexte commun». La plupart des patients arrivent à l'atelier avec beaucoup de craintes, de réticences. Mais la confiance s'installe très vite, personne ne restant dans une «posture» convenue. L'expérience commune de l'écriture ouvre à différents niveaux de rencontre : il s'agit d'abord d'accueillir ce qui surgit de sa propre écriture, et, dans un second temps, de s'ouvrir aux pistes proposées par l'animateur ainsi qu'à la manière dont le texte résonne pour les autres participants. Autant de rencontres inédites qui viennent soutenir de nouvelles modalités dans les relations interpersonnelles.

«**Avoir conscience de soi**», c'est utiliser l'écriture comme biais direct ou indirect d'accès à soi. Car écrire, c'est toujours

.....
1 DURAS, Marguerite. *Écrire*, Gallimard. Paris, 1993.

«mettre quelque chose de soi» dans un texte, qu'il soit fictif, imaginaire ou de type récit de vie. D'autant que le premier lecteur d'un texte, c'est avant tout celui qui l'écrit. F. écrit un texte en «on», empreint d'intelligence et de rationalité – mais dont elle-même semble absente. Invitée à remplacer ce «on» par un pronom personnel ou un prénom, elle choisit un prénom, donnant ainsi vie à un personnage identifié – qui n'est pas explicitement elle-même, mais qui vient mettre à jour une facette de sa propre sensibilité. C'est à travers ce jeu entre l'auteur et le personnage que l'écriture devient récit : F prend une place nouvelle, se relie à un espace personnel. C'est pour elle une révélation, qui aura selon son psy de référence, un effet notable sur les entretiens individuels : F, qui n'était auparavant «pas dans sa parole», restant toujours à distance comme si elle présentait un exposé ou livrait un commentaire, semble dorénavant «être dans sa parole à elle : elle est devenue la source de sa parole».

Pour B, femme d'une quarantaine d'années, cultivée et qui prend facilement la parole, le «lieu de son écriture» est, dit-elle au départ, «ma tête» ; mais le travail d'écriture l'amène progressivement à faire l'expérience du «lâcher prise». C'est en amenant la dimension du personnage que l'accompagnement permet de quitter le «je» maîtrisé pour laisser surgir quelque chose de soi – une autre vérité qui dépasse ce que l'on accepte de dévoiler dans les relations sociales habituelles.

Vivre la sensation kinesthésique des mots posés sur le papier, entendre le bruit du crayon qui laisse sa trace sur le papier, accueillir ce qui surgit, voir ses mots noir sur blanc, se les entendre lire à voix haute : autant de biais qui permettent de prendre conscience de soi (ou d'une partie de soi du moins).

«Avoir de l'empathie pour les autres», c'est accepter l'autre dans son individualité, dans la singularité de son rapport au texte,

de ce qu'il accepte de partager dans l'atelier. C'est faire l'expérience de la bienveillance et du respect, sans jugement de valeur ni esprit normatif. Je suis toujours impressionnée par la qualité d'écoute du groupe. Le respect de chacun, le climat serein lors du partage, les encouragements mutuels, sont toujours au rendez-vous : «Les autres patients, souligne N, expriment de vives émotions, nos textes écrits sont lus à haute voix, partagés entre nous, dans le respect et l'humilité».

«Savoir gérer son stress», c'est d'abord «oser écrire», même s'il n'y a aucune obligation – si rien ne vient ce n'est pas grave... C'est aussi affronter le trac de la lecture à voix haute de son texte. Ce moment suscite généralement un certain embarras, qui montre l'investissement de chacun, c'est un moment qui compte. Moi-même, après tout ce temps et malgré ma position d'animatrice, je rougis aussi au moment de ma lecture... La position de participante que j'ai choisie d'adopter facilite généralement la dynamique du groupe, et met chacun à l'aise : dans l'atelier d'écriture, le clivage soignant/soigné, souvent très marqué en milieu hospitalier, s'efface, l'animatrice se trouve prise au jeu, «mouille le maillot» : ce partage d'expérience permet une identification positive.

De manière globale, l'aspect sécurisant du cadre proposé est bien perçu par les participants : «Il est important, souligne D, de pouvoir s'exprimer dans un endroit cadré, confidentiel. Il y a un rituel dans le déroulement de l'activité et je me sens en sécurité».

«Savoir gérer ses émotions», c'est avant tout pouvoir les exprimer, ou les ébaucher. En prendre conscience simplement certaines fois. Ici grâce à un média qui les canalise, les borde et les rend moins «dangereuses». L'écriture peut être une voie d'accès vers des émotions que le patient peine à exprimer, dont l'élaboration reste difficile pour lui. Dès lors que l'accompagnement soutient la «parole vraie» qui vit derrière les

éléments factuels, descriptifs, l'écriture rencontre l'intime et vient le révéler à l'auteur lui-même.

La révélation a été particulièrement forte pour T. qui a, au fil de l'écriture, livré un vécu déjà ancien, mais toujours extrêmement douloureux. Sa manière d'écrire, riche en images et métaphores, dépasse la simple description des faits, déployant une «mise en scène» qui autorise le dévoilement des ambivalences, de la révolte, des sentiments d'amour et de haine... C'est bien là le «miracle» de l'écriture, éprouvé par la plupart des participants : l'apparente mise à distance ouvre en fait à la liberté de dire «vrai», d'aller profondément au cœur des sensations, des émotions vécues. Une telle expérience est riche de sens, et T. exprime le profond soulagement suscité par la découverte et le partage de cette parole qui a trouvé de nouveaux chemins.

L'ensemble du déroulement proposé joue, ici encore, un rôle fondamental, bien explicité par N. :

«Préambule : les yeux ouverts derrière les paupières baissées, comme au Qi Gong. Lâcher prise. Le mental ne s'accroche à aucune image. Vide intérieur. Ensuite, écouter : soit une chanson, soit un texte fort, au sens profond – très bien choisis pour provoquer la «catharsis», la réaction, la libération (c'est parfois dur à vivre)... Ces apports remuent et mettent à nu des sentiments, des émotions qui sont partagés entre nous. Les animateurs nous guident vers l'écriture qui nous révèle à nous-mêmes».

EN GUISE DE CONCLUSION

Proposer un atelier d'écriture, c'est offrir à chacun la possibilité de trouver une autre voie (une autre voix...) face à la souffrance qui a bien souvent peine à trouver ses mots lors d'une hospitalisation en psychiatrie. «Me libérer par l'écriture, dit S., est un souhait. Un accomplissement. Un épanouis-

sement futur ? Un atelier d'écriture animé par des animateurs ouverts, pédagogues et psychologues, est plus que nécessaire dans un service psychiatrique. Bienfaisant. Libérateur. Harmonisant. Ré-équilibrant du psychisme. Sain. Sensé.

Les mots sont forts. Vivants. Musicaux. Même dans la douleur».

Proposer un atelier d'écriture, c'est aussi donner accès à une forme de culture, pousser une porte vers la littérature, offrir la possibilité d'être en contact avec du «beau» au sens large, ce qui est selon moi indispensable, d'autant plus lorsque l'on traverse un sombre pan de son existence... «Je suis, dit M., une passionnée de livres, de mots et de beaux langages. En étant hospitalisée pour quelques jours, j'ai eu la chance de pouvoir participer à un atelier d'écriture (...) ce fut une expérience extrêmement intéressante et enrichissante à tous niveaux (...). Ceci nous permettant d'évoluer davantage dans notre merveilleuse littérature.»

Proposer un atelier d'écriture, c'est enfin, et avant tout, susciter une rencontre, entre patient et soignant, entre différents patients, mais surtout entre le patient et lui-même dans un climat sûr et bienveillant où, par les mots, «Tout est possible»...

En guise de conclusion, j'aurais envie de reprendre à nouveau les mots de Marguerite Duras (ibid) : «C'est ça l'écriture. C'est le train de l'écrit qui passe par votre corps. Le traverse. C'est de là qu'on part pour parler de ces émotions difficiles à dire, si étrangères et qui néanmoins, tout à coup s'emparent de vous.»



LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE

Dr Christiane RIELAERT

Le Dr Christiane RIELAERT fait partie du «Grand Arbre», un centre médico-psychologique situé à Bousval, qui se veut ouvert et pluridisciplinaire. Les prises en charge sont assurées par un médecin psychiatre et/ou des psychologues ayant recours à des approches thérapeutiques diverses, tant «traditionnelles» que nouvelles : thérapies brève, cognitivo-comportementale, systémique, intégrative, psycho-corporelle, hypnose, pleine conscience, art-thérapie,... De manière générale, l'accompagnement prend en compte les personnes dans leur globalité ; il s'adresse aussi à leur entourage, et s'inscrit dans un travail de réseau chaque fois que cela s'avère indiqué.

Le «Grand Arbre» s'adresse à un public large : aussi bien des personnes affectées d'un trouble psychopathologique (dépression, anxiété, stress post-traumatique, bipolarité, psychose, trouble de la personnalité) ; que des personnes qui rencontrent des difficultés en lien avec la gestion du stress, la souffrance au travail, le burn-out, l'estime de soi, ou qui vivent des dynamiques d'emprise et d'aliénation ; ou des personnes rencontrant des situations de crise existentielle, de deuil, des difficultés familiales ou de couple ; ou encore, des personnes affectées d'un handicap mental et souffrant d'un trouble psychopathologique. Les publics LGBT et/ou issus d'une minorité culturelle sont aussi accueillis.

Médecin psychiatre «généraliste», le Docteur RIELAERT s'intéresse tout particulièrement aux neurosciences et à la méditation ; elle nous parle ici des ateliers de «Pleine conscience» qu'elle anime depuis 2015, 3 groupes par an, 8-10 participants. Au début, il s'agissait surtout de patients qu'elle avait vus en consultation ; il y a eu progressivement plus de patients extérieurs, adressés par leur médecin, psy, thérapeutes – et un groupe particulier venant de Similes (entourage de patients psy).

ENTRETIEN

Qu'est-ce que la 'Pleine conscience', comment définissez-vous cette approche ?

La Pleine Conscience (Mindfulness) a été développée par Jon Kabat-Zinn, professeur émérite de l'Université de Massachussets, dont les travaux sont à l'origine d'un programme de réduction du stress basé sur la Pleine Conscience ou MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), aujourd'hui largement reconnu. Si Jon Kabat-Zinn s'est, à la base, inspiré des pratiques Zen, de plus en plus d'études scientifiques permettent de comprendre les bienfaits de la pratique méditative et son impact sur la santé en général.

Que proposez-vous concrètement ?

Le cycle «d'Initiation à la Pleine Conscience» que nous proposons comporte 8 séances hebdomadaires de 2h-2h30 ; il constitue un véritable laboratoire de découvertes et d'expériences focalisé sur l'exploration du ressenti corporel, du mouvement et de la pratique méditative sans objet ; cela implique une réceptivité à l'ensemble de son expérience personnelle sans mettre l'accent sur un aspect plutôt qu'un autre.

Ce programme s'adresse à un large public désireux de nouer un contact plus intime et ancré avec soi ; il ne se substitue pas à un travail psychothérapeutique en cours.

Il est demandé aux participants de s'engager à pratiquer de façon très régulière à domicile tout au long des 8 semaines du cycle, ce qui est indispensable pour pouvoir s'approprier de façon optimale le programme proposé.

Quels sont les souhaits, les motivations des personnes qui suivent ce cycle ?

Les gens arrivent avec des problématiques de stress, beaucoup d'entre eux sont – ou ont été – en burnout ; ils ont parfois vécu plusieurs épisodes de dépression et ils ont le souci de se protéger de la pression – au travail mais aussi dans le contexte familial. Ils éprouvent souvent un grand manque de confiance en eux, ils sont très influencés par le regard, le jugement de l'autre. Plus rarement, nous accueillons des personnes atteintes de problèmes psychiatriques qui les ont éloignées du milieu du travail – mais elles sont alors déjà très avancées dans un processus thérapeutique.

Pouvez-vous identifier les bienfaits ressentis par les personnes qui participent à votre programme de 'Pleine conscience' ?

Ces bienfaits sont surtout de l'ordre du ressenti – difficile de les objectiver. Le premier étonnement des participants, c'est la découverte de leur corps, du contact avec leur corps (même quand ils ont une profession de soignant !), tant ils ont été soutenus jusque-là à développer leur intellect. La deuxième découverte, c'est le bien-être qu'ils ressentent du fait de s'arrêter : socialement poussés à toujours faire quelque chose, ils découvrent qu'il est agréable de s'arrêter – et que c'est possible, même pendant quelques minutes (par exemple manger sans rien faire d'autre). Ils prennent aussi conscience du fait que leurs occupations quotidiennes sont remplies d'automatismes – nécessaires à certains égards, mais qui constituent aussi des temps «d'absence» à ce qui est vécu dans le moment. Enfin, ils réalisent que s'il n'est pas possible de changer les événements, il est possible de les vivre autrement en changeant de perspective.

Ce trajet entraîne un changement dans le rythme de la vie, lié à la perception et à l'appropriation d'un espace personnel, à la sensation que cet espace est présent, qu'il existe. Ce qui se construit progressivement, c'est une espèce d'indifférence, ou d'allègement, par rapport à ce que l'autre peut penser, au profit d'un alignement personnel : «c'est comme ça que je le sens». Ce que l'autre dit, on l'entend, on en tient compte, mais on perçoit qu'on n'est pas obligé de le suivre parce qu'on est, comme l'a dit un participant, «habité par une sécurité intérieure». Il s'agit de retrouver son désir propre, en prenant conscience de ce que l'on ressent face à la perspective, au projet de l'autre : lorsque le conjoint (les amis, les collègues, le patron...) souhaitent que l'on agisse d'une certaine manière, on en arrive à se demander comment on se sent face à ce désir, face à la tension qu'il procure, et à ouvrir un dialogue intérieur permettant de dégager des pistes personnelles.

Cette pratique a-t-elle un impact sur les problématiques d'addiction ?

Je n'anime pas des groupes directement focalisés sur la consommation de produits et dans ma pratique les gens parlent peu du tabac, de l'alcool, ou d'autres produits. Les addictions évoquées sont plutôt liées au travail, à la dépendance vis-à-vis de l'autre dans une relation affective... mais tous les processus d'addiction ont des racines communes.

Le corps, le ressenti du corps est très présent dans la pratique de la méditation de pleine conscience, ce qui est tout-à-fait de nature à questionner la consommation de produits : qu'est-ce que c'est l'envie de consommer, qu'est-ce qui fait pression vers la consommation ? La personne peut observer son envie de consommer un produit au même titre que sa difficulté à résister au désir de l'autre... la tension que cela

génère, ce qui va surgir si elle consomme... Sans jugement : il ne s'agit pas de se dire «il faudrait que j'arrête», mais d'observer ce qui se passe, d'accueillir l'envie de consommer comme on accueille toutes les émotions, d'examiner les alternatives quand l'envie de consommer devient obsédante, qu'on ne pense plus à autre chose... Quelles sont les autres possibilités ? En parler à quelqu'un, se distraire, prendre conscience des automatismes, des scénarios types (la 1ère cigarette du matin, après le repas, le premier verre consommé pour être avec les copains mais qui est suivi de plusieurs autres, malgré soi...). Apprendre à être en contact avec cette tension permet de faire l'expérience, qu'en fait, elle ne dure pas : on «crève d'envie»... mais ça passe.

La pratique de pleine conscience invite à se faire confiance, c'est un point central : il est possible de surmonter les difficultés, les épreuves de la vie ; chacun a des capacités qu'il ne soupçonne pas. Je pense que ceci va un peu à contre-courant de notre société où les gens ne sont pas soutenus à reconnaître leurs propres compétences : ils sont plutôt perfectionnistes, anxieux de ne pas bien faire. Et cette anxiété les rend vulnérables à toutes les addictions – y compris à celles qui impliquent un produit car, dans un premier temps, le produit apaise l'anxiété. Entrer en contact authentique avec soi permet de percevoir ses propres limites mais aussi ses compétences ; cela construit un sentiment de sécurité intérieure, augmente la confiance en soi et diminue le stress. L'impact de cette construction sur toutes les addictions va de soi.

Après une retraite en méditation, j'ai entendu un participant dire ««j'ai maintenant confiance dans la vie». C'est une expression magnifique, qui veut dire «des choses difficiles peuvent survenir dans ma vie, mais j'arriverai à m'en sortir». C'est très important dans les dépendances : se dire qu'on peut arriver à s'en libérer. Cela passe

par accueillir le fait que, ce jour-là, malgré les bonnes résolutions, on a quand même bu, quand même fumé... mais sans jugement, sans se dire «je suis vraiment nul» ; en examinant plutôt pourquoi il n'a pas été possible, à ce moment-là, de s'abstenir : en observant cette expérience de manière confiante et bienveillante.

On touche vraiment ici aux bases de la pleine conscience : s'arrêter – accueillir – ne pas juger – observer l'expérience (comment ça marche) – renouer le contact avec son corps. Renouer avec son corps, c'est renouer avec le temps présent : parce que le corps indique comment on se sent, dans le moment présent. Lorsqu'il renoue avec le corps, l'esprit est habité par ce qui se passe dans le moment présent.

Une autre base de la pratique de pleine conscience, tout à fait complémentaire, c'est la place de l'expérience personnelle. Nous n'invitons pas les participants à poursuivre une approche théorique, cérébrale, mais plutôt à ouvrir l'éventail des possibles en vivant des expériences concrètes. Dès lors la pratique à domicile entre les séances est fondamentale ; c'est un aspect très riche du programme, qui repose sur le principe que chacun est compétent pour soi-même. Quand les gens méditent, même en séance de groupe, chacun est avec soi-même, avec sa propre expérience, chacun fait quelque chose pour soi, chacun est un acteur, et l'animateur ne fait qu'accompagner.

En fait la pleine conscience c'est très simple, il ne faut pas sophistiquer les choses, il n'y a pas d'attente précise : c'est seulement un temps pour se reconnecter avec soi, avec le présent. Cette pratique répond à un besoin sociétal, celui de laisser le cerveau se reposer, vagabonder, en roue libre, sans lui demander de «fonctionner» (et d'utiliser éventuellement des produits pour mieux fonctionner, ou pour s'évader de cette obligation...). C'est une soupape pour un

cerveau qui est sans cesse sollicité dans une société qui prône la performance, qui ne reconnaît pas un besoin fondamental : celui de ne rien faire.

Ce n'est pas un hasard si l'initiateur des pratiques de pleine conscience est parti des pratiques orientales : celles-ci proposent un ancrage vers des espaces plus méditatifs, plus personnels – qui ont existé chez nous lorsque les pratiques religieuses invitaient à s'arrêter dans la prière, officialisant en quelque sorte ce besoin d'un espace contemplatif. Les réalités ont changé, mais ce besoin de retrouver des ancrages stables, rassurants, vers quelque chose de plus contemplatif, qui fait repère, réapparaît à travers différentes tendances actuelles.



L'ABORD DU TABAGISME AUPRÈS DES PATIENTS DE PSYCHIATRIE : L'OPTION DU GROUPE

Dolorès CORSO, Céline CORMAN & François DEKEYSER¹

CONSIDÉRATIONS LIMINAIRES¹

La question tabagique se pose avec une acuité particulière auprès des publics vulnérables et dans les structures spécialisées, parfois remarquablement passives à l'égard de la consommation de tabac. S'il en est qui la dénormalisent au prix d'embargos très directifs, il en est d'autres où la fume a fait l'objet d'une adhésion plutôt massive et problématique, où la cigarette est bien installée, comme un coucou sur la pendule : moment de pause ou de partage, essai de médication (pour le soulagement qu'elle octroie), véritable... institution ! Comme au sein des prisons, les patients schizophrènes ou dépressifs sont des fumeurs invétérés (80 % de la population), de même que les personnes alcoolodépendantes.

La détresse psychiatrique – à laquelle se conjuguerait la déficience intellectuelle augmentée par la vie carcérale (en défense sociale) ou même intrinsèque à la personne surexposera les personnes aux promesses, aux rituels ainsi qu'aux effets du tabac. Mais qu'ils aient raison de la vie du patient dans un cas sur deux n'empêche apparemment pas certains professionnels de sacraliser

le plaisir qu'apporte le tabagisme et les moments dédiés, lesquels entretiendront la visibilité, la tentation, la dépendance et les connotations positives entourant la fume². Au-delà de la mortalité qu'il entraîne, faut-il rappeler que **le tabagisme est de nature épidémique ?**

Aussi la collaboration des équipes avec le service expert ne peut-elle se dispenser d'une approche institutionnelle, organisationnelle, au départ de laquelle seront soigneusement repensés les enjeux, les rôles aussi de chacun, de sorte à questionner les routines, à repenser l'aide aux fumeurs en amont, très en amont du sevrage, à réduire aussi l'inconfort et la peur du manque ou de la privation.

MOTIVATION, SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE ET PRIORITÉ

Voici listés **les trois leviers du changement de comportement**, bien connus des addicologues. Ils s'appliquent à tout consommateur dont l'équilibre ou la santé (le bien-être) est menacé par la place que prend

¹ Psychologues de formation mais aussi tabacologues, s'agissant des auteurs, ces trois cliniciens sont actifs au Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme. L'asbl SEPT bénéficie de subventions wallonnes et d'un agrément de *service d'aide et de soins spécialisés en assuétudes*.

² En la matière, la subjectivité l'emporte encore, et les représentations, la sympathie, sans que le déficit notionnel ne soit jugé dérangeant. La problématique, au demeurant, peut engendrer, parmi les équipes, un sentiment d'impuissance, un malaise heureusement doublé d'un questionnement plus ou moins porteur au sein de l'institution.

le produit/le comportement. Primordiale est évidemment l'envie de se défaire de l'habitude ou, pour le moins, de mieux la gérer. Mais, si elle est *nécessaire*, la motivation n'est pas *suffisante*³ : un défaut d'efficacité subjective – un sentiment d'impuissance – en effet, compromet le succès du sevrage ou des aménagements visant la consommation litigieuse. «*C'est pas que je ne veux pas, c'est que je ne peux pas : je n'y arrive pas, je n'y arriverai pas!!*». Le dernier paramètre à considérer se rapporte à la temporalité : «*Je m'y attèlerai plus tard ; ce n'est pas le moment...*». Le challenge est éclipsé par des préoccupations jugées prioritaires.

Vous aurez noté qu'en miroir du cheminement du patient fumeur, la mise en projet de l'institution connaît des balises identiques : de la prise de conscience et de la motivation liminaire à l'engagement prioritaire, en passant par la potentialisation des ressources...

PHILOSOPHIE DE L'ACCOMPAGNEMENT

L'objectif général que nous poursuivons dans ces lieux de soins, lieux de vie/de passage, est la réduction des inégalités de santé qui s'appliquent aux populations fragilisées, lesquelles, de façon paradoxale ici, n'ont pas toujours un accès fluide aux circuits de soins relevant de l'aide au fumeur, de la sensibilisation méthodique à l'accompagnement spécialisé.

Les objectifs spécifiques sont de permettre au consommateur : (1) de mettre au jour son

3 Contrairement aux idées reçues, la différence affectant les catégories d'usagers (les patients de psychiatrie, les personnes en situation de précarité versus l'usager privilégié) ne doit pas être imputée à des facteurs motivationnels. En clair, les fumeurs - quelle que soit leur condition - vont éprouver pareillement la *dissonance*, une ambivalence à l'égard de la cigarette, un inconfort psychique renforcé par la persévération. La motivation, l'*intention d'arrêt* (dans sa phase inaugurale, essentiellement *contemplative*) est donc objectivable auprès de sept fumeurs sur dix...

ambivalence à l'endroit de la fume (objectivation des fonctions que remplit son tabagisme et des motivations personnelles au changement); (2) d'entrevoir des réponses alternatives et d'augmenter ses ressources afin (3) de se dégager graduellement de l'addiction, de ses rituels.

Depuis dix ans, le SEPT propose un accompagnement des consommateurs *où qu'ils soient* (fût-ce en milieu carcéral, en institution, rebond de l'expérience accumulée dans les filières de l'action sociale) mais plus encore *où qu'ils en soient* (fût-ce en *précontemplation*⁴, pour ainsi dire au stade amotivationnel ou du moins loin de se présenter comme *ready to quit*). Plus qu'ailleurs, afin de ne pas soumettre un usager touché par la maladie mentale au discours dissonant des professionnels, à des pratiques hétérogènes, l'institution psychiatrique réclame un accompagnement préalable à tout investissement clinique, un temps d'échange et de formation qui permette au staff de questionner la problématique (le tabagisme et l'aide à l'usager, dont les repères théoriques sont à croiser, dans ce cadre, avec les spécificités présentées par leur patientèle), d'acquérir un sentiment de légitimité quant à l'abord du patient fumeur et d'augmenter sa compétence.⁵

La démarche est constructiviste et vise à l'autonomie de l'institution. Notre apport, au-delà de la formation des professionnels,

4 Au premier degré, dans la nomenclature du *modèle transthéorique du changement de comportement* (Prochaska-DiClemente)

5 Pour favoriser la mise en projet des équipes et l'intégration de repères utiles, notre équipe a créé un guide pratique intitulé *Abord du tabagisme auprès de personnes affectées par une déficience mentale ou un trouble psychiatrique : accompagnement du fumeur en institution*. Au-delà des apports conceptuels et théoriques relatifs au tabagisme ainsi qu'à l'aide aux fumeurs (première partie du guide), des outils sont présentés, qui seront mis à contribution dans un cadre de *mise en projet* profitable, en **deçà de toute intention de sevrage**, à leurs bénéficiaires ou patients (second volet du guide).

peut embrasser l'animation, la coanimation de groupes de patients.

LE FORMAT DE GROUPE ET SES DÉCLINAISONS

Le groupe de parole est un espace-temps qu'il s'agira de vivre et d'animer dans la bienveillance et le respect de chacun, de son rythme et de ses contradictions. **La pression n'est pas de mise et cela d'autant plus que l'objectif annoncé n'est pas le sevrage... même si la cessation tabagique peut découler de la participation.** Les animations successives ont pour enjeu : de faciliter l'évocation des fonctions de la cigarette, ainsi que des réponses alternatives (coping envisagé) ; de renforcer les motivations des participants, leur sentiment d'efficacité personnelle, et de développer leurs compétences psychosociales. Le partage d'expériences et la solidarité participent à l'accomplissement des objectifs.

Le choix du format revient au partenaire, lequel s'émancipe au bout de quelques mois de coanimation. Sans prétention bien sûr à l'exhaustivité, quatre illustrations vous en sont ici proposées.

Le groupe «info-tabac»

C'est la formule qu'a retenue un pavillon visant la désintoxication de personnes alcooliques, avec un *turn-over* important parmi les patients. Dans la mesure où la démarche est un one-shot (a priori, du moins), sa périodicité (toutes les deux semaines) reflète essentiellement la collaboration très suivie de nos équipes.

Une séance d'une heure y est **imposée** à tous les nouveaux arrivants : une heure au départ de questions, remarques ou témoignages amenés par un groupe de quatre à dix patients – parfois défensifs au seuil de l'animation, mais finalement conquis par le climat non-directif de la séance. Durant cette heure, nous aurons l'occasion d'abor-

der la polyconsommation, les étapes et leviers du changement de comportement, les ressources et les méthodes ainsi que le coût minimisé de l'aide à l'arrêt tabagique.

«C'est dangereux d'arrêter tout d'un coup, non ?»

«Depuis que je suis hospitalisé, je fume plus parce que je m'ennuie»

«Vous pensez quoi de la cigarette électronique ?»

«La première fois (j'ai fait plusieurs séjours ici), je n'avais pas envie d'aller à ce groupe ; j'ai tenté (...) de faire comprendre à l'équipe que ça ne servait à rien : pourquoi y aller alors que je n'avais pas envie du tout d'arrêter de fumer ? C'était même pas pensable d'arrêter un jour ! L'équipe m'a rappelé que ma présence était obligatoire mais qu'on n'allait pas me faire arrêter de fumer pour autant. Donc j'y suis allée : je me souviens avoir soufflé dans le testeur de CO : j'avais 25 ppm, j'étais dans le rouge. Je suis allée fumer deux cigarettes d'affilée après ça (rires)... Aujourd'hui, ça va vous surprendre mais je mets un patch de 21 mg et je fume 3 cigarettes par jour. Mon objectif est de n'en fumer plus aucune...»

Les atouts de ce format : C'est le moins chronophage. Une occasion rare de faire à coût minime un tour d'horizon des connaissances et représentations (de rectifier les idées fausses) et de croiser les regards (l'expertise et l'expérience accumulée par le groupe), en valorisant le projet prioritaire émis par les participants.

Tous les patients de l'Unité (même les plus rétifs au questionnement de leur dépendance au tabac) sont exposés de la sorte à cet échange, à ce briefing ; ils peuvent ainsi réhabiliter quelque *intention d'arrêt*, requalifier les substituts nicotiques et le tabacologue ou le groupe en tant que ressources.

Ses inconvénients : Les limites de toute approche «one-shot» sont connues.

Le groupe de parole, ouvert

Des expériences ont cours en défense sociale ainsi que pour les patients de centres de jour. A raison d'une séance d'une heure et demie toutes les deux semaines, le groupe de parole se tient continûment dans l'institution. La participation libre est encouragée par les soignants. L'effectif est plafonné à 12 consommateurs dont les ressources et motivations varient amplement.

«Je reviens de loin ! Pour l'anecdote, il y a 4 ans, (...) je fumais les mégots de mon père (...). Aujourd'hui, les trois cigarettes que je fume, je ne les apprécie pas vraiment, je ne les fume plus jusqu'au bout, alors qu'avant je les fumais très vite et jusqu'au filtre !»

«Quand je serai sorti d'ici, j'ai envie d'arrêter de fumer, ça me laisse un peu de temps pour m'y préparer»

«J'ai envie d'arrêter de fumer mais je sais que je n'y arriverai jamais : je fume depuis trop longtemps. Je devrais essayer de diminuer... mais, en même temps, je n'en fume pas beaucoup : 10, c'est pas beaucoup, c'est pas si grave... Si ?»

Les atouts de ce format : Parce que la motivation peut évoluer très vite, il est rassurant pour chacun de pouvoir disposer d'un espace où son cheminement tabagique est *réfléchi*, ses moyens développés, ses plus petits efforts soutenus. Le «turnover» n'est pas un problème : au gré de l'adhésion de nouveaux participants, le groupe et son projet s'enrichissent, les thèmes abordés connaissent une élaboration profitable à ceux qui le fréquentent assidûment. La participation n'est pas soumise à la condition d'un projet de sevrage à court terme : on peut y venir «juste pour voir».

Ses inconvénients : Ils sont mineurs. Pour l'animateur, il s'agit d'accueillir sans préparation tout ce qui sera déposé : divers supports d'animation prêts à l'emploi sont les bienvenus.

Pour les patients : le caractère non contraignant de ce rendez-vous et du passage à

suivre peuvent amener des personnes à zapper la séance : «j'irai la fois prochaine...».

Le groupe (fermé) de mise en projet

Le module auquel adhèrent les patients sur base volontaire comporte 5 ou 6 animations, toujours espacées d'une semaine et nourries d'un enjeu spécifique ; un objectif et des contenus balisés par le modèle de Prochaska-DiClemente, en considérant que le stade Action correspondra dans ce cadre aux défis de la privation volontaire et non pas à l'engagement du sevrage. Aussi la consolidation correspondra-t-elle au renforcement des acquis : maintien des aménagements comportementaux, valorisation des alternatives). Au cours du module, on pourra utiliser divers outils adaptés aux populations rencontrées.⁶

«C'est vrai qu'il n'y a rien de bon dans la cigarette... Oui, certaines font plaisir mais c'est pas le cas de la plupart !» (en pleine exploration de l'ambivalence)

«Mon mini-défi, c'était de ne pas fumer pendant 3 heures : à la place je suis restée au salon et j'ai joué à la console avec un autre patient... Je n'avais jamais joué ! Ça m'a plu et ça m'a complètement fait penser à autre chose qu'à la cigarette !»

Les atouts de ce format : La progression (du *pourquoi je fume* à *comment je gère*) permet la déconstruction de certains automatismes ainsi que des représentations propres à fonder l'inertie du comportement. Dans un climat de confiance et d'émulation, les challenges individuels et partagés contribuent au développement du sentiment d'auto-efficacité, sans confronter la personne à l'angoissant 'plus jamais' du sevrage.

Et du point de vue de l'animateur, le phasage étant fixé, la préparation des séances est largement routinée, de nombreux outils sont à sa disposition.

.....
6 Pour plus d'informations, voir le guide cité à la note précédente

Ses inconvénients : Le module exige un investissement dans la durée de la part des soignants car, d'une séance à l'autre et même à l'issue du module afin d'en pérenniser les bienfaits, l'équipe entière, attentive aux efforts des patients, devra se mobiliser : l'encouragement relatif aux défis, l'intégration des aménagements vaut pour chaque patient.

Variante, avec un enjeu d'expression relevant de l'art-thérapie

Comment l'utilisateur voit-il sa consommation, la cigarette ? Quel message (associé, par exemple, à la signalétique *espaces non-fumeurs* à l'entrée des pavillons) voudrait-il émettre à l'endroit de la fume ?

En amont des activités picturales, artistiques (ou sous l'humble et non moins précieuse impulsion de l'ergothérapeute) ainsi d'ailleurs qu'à l'issue du projet (débriefing, exposition, valorisation des œuvres et de leurs auteurs), un échange est organisé de sorte à mettre au jour ce que ressent le fumeur : l'inconfort de la dépendance au quotidien, l'inflation des contraintes ou restrictions, la chasse aux sorcières ; le budget sacrifié, la peur de la maladie ; l'ambivalence à l'égard des cigarettes : les *bonnes* et les *mauvaises* qu'on fume on ne sait pas pourquoi...

Un atelier dont la visée n'est pas directement l'aide au fumeur – un simple échange auquel est invité le tabacologue afin d'amplifier le questionnement des participants – peut donc, au sein du groupe ainsi constitué, faire éclore la demande... et favoriser le transfert, la démystification du soignant. D'une exploration partagée des représentations, dans un cadre où nul projet de changement n'est annoncé, naît ainsi, chez l'utilisateur, l'envie de réduire la dissonance. Et de prolonger l'échange ou d'y revenir avec une intention...

CONVERGENCES ET CONCLUSIONS

Quel que soit le format du groupe, la donnée cognitive ou l'expertise est enrichie par le questionnement partagé des patients, par la parole authentique et par la moisson d'expériences évoquée dans ce cadre... Tous ces apports vivent encore au-delà des sessions de groupe.

Balisée, la route est plus rassurante :

«J'appréhende un tas d'inconvénients à arrêter de fumer (irritabilité, prise de poids...) mais en entendant les personnes en arrêt autour de moi je m'aperçois que ce n'est pas forcément la réalité.»

Des pistes inédites ou restées sans écho jusqu'alors sont tout-à-coup valorisées :

«Tu as raison, Pierre : c'est vrai que je devrais mettre de côté ce que je n'ai pas dépensé en cigarettes... Quatre euros par jour : dans 100 jours, j'ai ma nouvelle TV !»

Contagieux sont alors, non plus, dans les mains du fumeur, la cigarette et ses vertus, mais le projet de s'en défaire et les efforts consentis par un alter ego :

«Si toi tu y arrives, pourquoi pas moi ?» ;

«Si toi tu es motivé pour arrêter de fumer alors que tu as comme moi des difficultés avec l'alcool, je vais aussi réfléchir à ma consommation de cigarettes.»

L'option du groupe – ouvert ou non, qu'il soit proposé par l'équipe ou qu'il s'impose à tout patient de psychiatrie, **débarrassé toutefois de l'obsession du sevrage et de l'anxiété que déclenche un tel objectif** – est une opportunité sans égale, s'agissant de la **mise en projet du fumeur**. Chaque service peut travailler la question dans un format jugé pratique ou porteur, avec la sensibilité, les ressources humaines et les moyens qui lui sont propres.



OFFRE DE SERVICES DU FARES POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE/PSYCHIATRIE

ANIMATION / CO ANIMATION D'ATELIERS D'ÉCRITURE ET DE GROUPES DE PAROLES

Il s'agit de modules de 5 séances qui peuvent venir se greffer à des ateliers existants ou à mettre en place de façon innovante au sein de votre institution ou service de santé mentale. Ces deux approches permettent de renforcer les compétences psychosociales des bénéficiaires comme facteur de prévention et de protection de la santé.

ACCOMPAGNEMENT DE PROJET MISE EN QUESTIONNEMENT DES ÉQUIPES

Le FARES propose d'accompagner les équipes qui en formulent la demande dans la mise en questionnement du tabagisme au sein de leur institution. Cela peut passer selon les situations, par une mise à niveau des connaissances, un partage des représentations à l'endroit des consommations et en particulier du tabagisme en tant que personne, en tant que professionnel et pour les bénéficiaires. Il s'agit aussi de propositions d'outils et de stratégies qui permettent de prendre en compte la question du tabagisme et à y apporter des réponses concrètes.

FORMATION À L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (EM)

L'entretien motivationnel permet d'aborder la question du tabagisme avec respect et non-jugement et aide la personne à construire sa motivation. Elle constitue un outil de communication facilitateur et respectueux du rythme de chacun.

La formation à l'EM se décline sur deux journées. Elle peut être organisée sur site ou dans les locaux du FARES (formation payante).

À titre informatif, le FARES anime des cycles de **méditation de pleine conscience** relatifs à la gestion du stress au sein des maisons médicales pour des patients présentant une souffrance psychologique liée aux addictions, à la maladie physique ou mentale.

Contacts : berengere.janssen@fares.be – cedric.migard@fares.be

