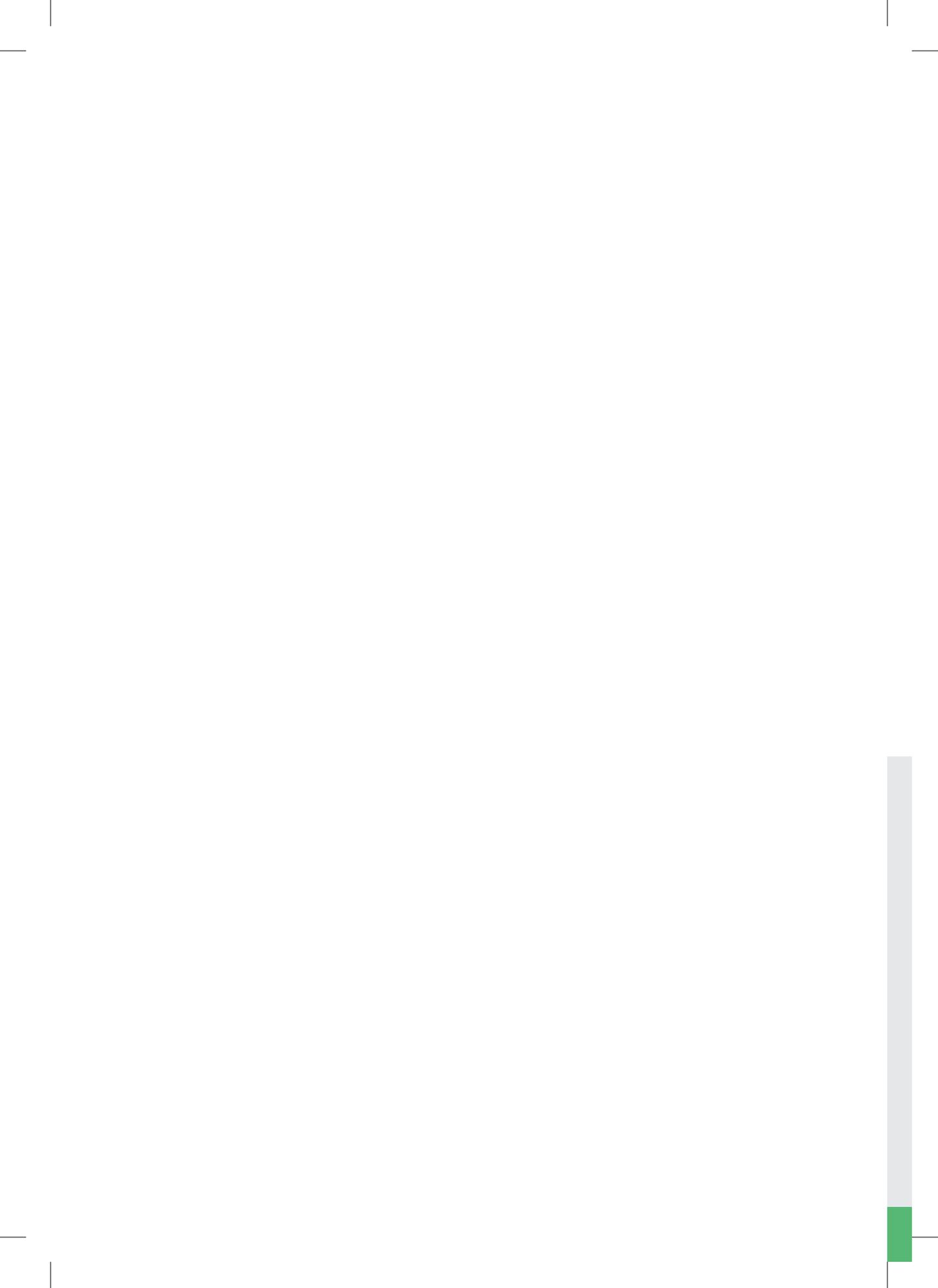


PSYCHIATRIE, SANTÉ MENTALE ET GESTION DU TABAGISME

PISTES DE RÉFLEXION | 2020

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





PSYCHIATRIE ET GESTION DU TABAGISME

SOMMAIRE

Introduction	2
Démarches de gestion du tabagisme au Beau Vallon	5
Médecin généraliste et tabacologue : sur un chemin avec des patients souffrant de mal-être psychique	10
Mise en projet et Parcours Sans T au centre de postcure «La Boussole»	15
Le tabagisme chez les personnes affectées par une déficience mentale ou une pathologie psychiatrique	19
Service de Santé Mentale «Le Portail», évolution des représentations en matière de tabagisme	26
Offre de service du FARES pour le secteur de la santé mentale/psychiatrie	30

Coordination de la rédaction

Marianne Prévost et Cédric Migard

Éditeur responsable

Jean-Paul Van Vooren, ©FARES asbl

Mise en page

Nathalie da Costa Maya, www.cdcsasbl.be

D/2020/5052/27

Décembre 2020

Une initiative du



Contact

FARES asbl

- Siège central
Rue Haute, entrée 290 - 807A
1000 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

Dominique BIÉTHERES,
responsable du Secteur Prévention, Promotion de la Santé du SSM ALFA

Dans le cadre de ce nouveau numéro du Cahier «Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme», alors que nous venons tous de passer une année bouleversée par la Covid, ayant été amenés à repenser en partie nos actions dans un contexte imposant pour beaucoup de la distance et diverses autres contraintes, le Service Prévention Tabac du FARES a voulu remettre en avant des expériences résolument ancrées dans le travail de terrain mais également le processus dans lequel celles-ci s'inscrivent, processus venant nourrir une dynamique institutionnelle tout en étant nourri lui-même par de constantes réflexions et adaptations à la réalité clinique, sociétale, humaine, celle des patients et des professionnels. En guise d'introduction, nous avons souhaité ici inviter le Centre ALFA, partenaire du FARES au sein du Plan wallon de prévention et de gestion du tabagisme/vape (PWST), à présenter son service et, en regard de sa propre expérience du tabagisme en santé mentale, à dresser un bref éditorial du présent Cahier.

L'ALFA et le tabac

La dénomination «Aide Liégeoise aux Alcooliques et à leurs Familles» ne laissait planer aucun doute quant à l'objet et au public ciblé par cette asbl fondée en 1962 par un ancien alcoolique et son psychiatre.

Pourtant, dès les premières années de fonctionnement, la petite équipe pluridisciplinaire a très vite accueilli des demandes venant de personnes

isolées, en couple ou en famille, pour lesquelles la dépendance à l'alcool ne constituait qu'une des facettes d'une problématique psycho-médico-sociale plus large, plus complexe. La reconnaissance de l'asbl comme Service de Santé Mentale en 1975 a permis à l'équipe de composer une offre de soin tenant compte de la complexité de cette articulation entre «addiction» et «santé mentale».

Très vite également la dépendance à l'alcool elle-même n'a plus été la seule raison de consulter. La perte de contrôle, la difficulté de gérer les consommations d'autres produits ou des conduites addictives s'est avérée être en fait le dénominateur commun de toutes les demandes. Le tabagisme en faisant bien évidemment partie. Jamais banalisée dans notre service spécialisé en assuétudes, la consommation du tabac, même si elle ne fait que rarement l'objet premier de préoccupation des demandeurs, n'en constitue pas moins un «outil de travail» utile pour le patient et le thérapeute.

J'aimerais illustrer ce propos par un exemple :

Nous animons des groupes de fumeur-euse-s centrés sur le travail de la motivation au changement : les groupes Tabalfa.

Dans le dernier groupe en date, plusieurs personnes avaient également un suivi individuel avec des thérapeutes de l'ALFA pour des problèmes liés à la santé mentale et/ou à d'autres addictions. Or, celles-ci nous ont toutes fait part des similitudes entre, d'une part, le soutien et l'aide apportée dans

les consultations individuelles et, d'autre part, la méthodologie de travail que nous mettions en application dans les séances de groupe. De toute évidence, les «exercices» centrés sur la personne, le sens et la fonction du produit, l'auto-observation de ses propres comportements pour en dégager une analyse permettant des pistes de travail, de changement, d'évolution, tout cela était non seulement transposable aux problèmes ayant motivé leur demande initiale, mais leur permettait de renforcer les progrès réalisés par ailleurs et d'élargir leurs ressources pour un mieux-être.

Principes et valeurs

Que ce soit dans un contexte thérapeutique ou dans les domaines plus larges de promotion de la santé, de réduction des risques et de prévention, nos actions au Centre ALFA sont toujours guidées par des principes, des valeurs qui se retrouvent largement dans les expériences présentées dans les articles de ce Cahier consacré à la gestion du tabagisme en psychiatrie et en santé mentale.

Comme Mélanie Dorigo le décrit dans l'expérience de l'équipe du Service de Santé Mentale «Le Portail», le *travail des représentations* réalisé avec l'ensemble des professionnels est un préalable indispensable à toute action, qu'elle soit du domaine de la prévention ou de l'aide. Toutes nos interventions commencent par ce travail, que les demandeurs soient des équipes de professionnels ou des personnes à titre privé. Il permet de restituer la perception de chacun par rapport à la problématique dans son articulation avec celle de l'ensemble des acteurs.

Nancy Renier, pour sa part, en présentant le contexte spécifique d'une Maison de Soins Psychiatriques au Beau Vallon, met l'accent sur l'importance des règles de *fumage*. Nous ne pouvons que souscrire à l'importance de penser ces règles de manière adaptée au contexte et en cherchant un consensus dans l'équipe professionnelle afin de garantir l'adhésion et le respect de chacun. Et que les patients ou bénéficiaires puissent être inclus dans cette réflexion sur le cadre est un plus que nous encourageons, chaque fois que faire se peut.

Le Dr Eric Englebert, revenant à une dimension plus individuelle de la problématique, met quant à lui l'accent sur plusieurs aspects de l'accompagnement qui guident également nos interventions. Tout d'abord, le fait d'avoir une approche globale, non centrée uniquement sur le *produit* mais prenant en considération ce qui, pour la personne, est prioritaire dans l'ici et maintenant. Ne pas parler en termes d'*étapes*, de *programme* mais en termes de *processus* de *cheminement avec* le patient. Et enfin, cette idée maîtresse que c'est bien le *patient qui peut réussir* et que chaque *petite* réussite compte.

L'expérience du centre de postcure «La Boussole», telle que présentée par Joëlle Bosson, met en évidence l'importance d'inscrire à l'agenda des activités qui sont proposées la thématique spécifique du tabac. Pour des patients ayant entamé un processus de changement, cette inclusion de la problématique du tabac parmi les autres aspects de la santé prend un sens particulièrement pertinent : un processus actif de *débanalisation* de cette problématique, envisageable par tous sans tabou.

Souvent, dans notre pratique, nous sommes confrontés à des professionnels hésitant à aborder la question du tabac avec leurs bénéficiaires, arguant du fait que le sujet ne saurait les intéresser ou qu'ils ne sont pas réceptifs à un travail sur cette thématique. L'expérience menée par les équipes du Carosse et du SEPT montre bien qu'il n'en n'est rien. En s'adressant à des personnes présentant une déficience mentale légère ou modérée et en adaptant les outils d'animation au public concerné, le module de mise en projet réalisé a démontré combien ces patients pouvaient s'impliquer personnellement, soucieux, comme tout un chacun, de leur propre bien-être.

En se positionnant dans la perspective du non-jugement et du respect mutuel, ces expériences nous semblent prouver à quel point la gestion du tabagisme en psychiatrie et en santé mentale est loin d'être une utopie mais, au contraire, un objectif possible à atteindre et une plus-value institutionnelle et clinique



Photo : imbl, Pixabay

DÉMARCHES DE GESTION DU TABAGISME AU BEAU VALLON

Témoignage recueilli par Marianne PREVOST

Les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) «Les Jasmins» et «les Tamaris» de l'hôpital psychiatrique Beau Vallon se mobilisent autour du tabagisme : suite à quelques premières initiatives allant dans ce sens, Nancy Renier, infirmière coordinatrice, José dos Santos, infirmier, et Sylvie Robin-Dave, infirmière en chef adjointe, ont formé en 2019 avec le Service Prévention Tabac du FARES un groupe de travail dévolu à cette problématique. Ils évoquent ici leurs démarches, lesquelles, bien qu'entravées par l'épidémie de Covid, ont déjà porté des fruits.

Pouvez-vous décrire brièvement votre institution ?

La Maison de Soins Psychiatriques «Les Jasmins» fait partie, tout comme celle des «Tamaris», de l'institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale du Beau Vallon à Saint-Servais ; celle-ci propose l'hospitalisation en psychiatrie générale et spécialisée (pédopsychiatrie, psychogériatrie, assuétudes, etc.), ainsi qu'un hôpital de jour, des services de consultations médico-psychologiques, un accompagnement à domicile et des habitations protégées.

Les Maisons de soins psychiatriques offrent un lieu de vie communautaire. La prise en charge est pluridisciplinaire (ergothérapie, kinésithérapie, psychothérapie, etc.), et toutes les activités

(voyages, spectacles, visites culturelles, sport et animations diverses, lessive, repassage, cuisine, couture, etc.) visent à favoriser l'autonomie, la resocialisation et, si possible, la réinsertion sociale. «Les Jasmins» reçoivent 41 personnes, «les Tamaris» 49 ; le personnel compte 50 travailleurs pour les deux structures.

L'admission se fait sur base d'un dossier médico-social et d'un entretien avec l'équipe. Une période d'essai d'un mois valide l'admission, laquelle n'est ensuite pas limitée dans le temps et est souvent de longue durée.

Quel est le profil des résidents ?

C'est un profil très diversifié : la majorité des résidents présentent des troubles psychotiques, des problèmes de comportement (qui ont été stabilisés durant la période d'hospitalisation) et/ou, assez souvent, une déficience mentale - ce qui ne facilite évidemment pas la mise en place d'activités socio-éducatives. L'âge moyen est de 55 ans, avec une palette très large (le plus jeune a 20 ans, le plus âgé 88), mais on observe un rajeunissement depuis quelque temps : actuellement, 10% des résidents ont entre 30 et 35 ans. Certains restent très longtemps à la MSP, le projet de vie des plus âgés est alors de préparer l'entrée dans une maison de repos.

Le tabagisme est un réel problème : environ 50% des résidents fument, et ce sont souvent de gros fumeurs (50 à 60 cigarettes par jour) qui

souffrent aussi de pathologies connexes comme la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive).

Certains professionnels estiment que la cigarette est une «béquille» utile, voire incontournable, pour des personnes fragiles. Qu'en pensez-vous ?

Nous ne voyons pas du tout les choses comme ça, cette vision nous semble dépassée. Nous ne partons pas du principe que le patient «n'a que ça» ; en fait il faudrait plutôt dire «on ne lui propose que ça». Les patients sont manifestement en difficulté par rapport à leur tabagisme, ils le perçoivent autant (ou plus) comme un problème que comme une bonne solution. Il faut donc les soutenir, leur proposer des alternatives ; cela demande d'être novateur et créatif.

Comment est gérée la question du tabagisme dans votre institution ?

Au niveau de l'hôpital, des mesures restrictives ont été prises : tous les fumeurs internes sont supprimés depuis plusieurs années, seuls quelques services gardent des espaces dédiés aux fumeurs (il faut noter que d'autres mesures témoignent d'un investissement pour la santé globale : ainsi, l'hôpital est «sans caféine» - et sans coca ! -, les patients reçoivent des eaux aromatisées).

Le risque d'incendies est une préoccupation majeure dans les institutions qui rassemblent un aussi grand nombre de personnes. Il est interdit, à l'hôpital comme dans les MSP, de fumer dans les chambres et les WC. De plus, chaque chambre est équipée d'un détecteur de fumée. Pour la nuit, nous proposons des sprays et des chewing-gums à la nicotine (ces derniers nécessitent un peu d'information, car il faut chiquer

d'une manière adaptée, ce n'est pas la même chose qu'un banal chewing-gum classique).

Les MSP sont fermées, ainsi que les terrasses, de 22h à 6h du matin. Sur les terrasses, dans le cadre du projet d'aménagement réfléchi au sein du groupe de travail «tabac», nous avons décidé de placer des bacs de récupération de manière à ce que les résidents ne puissent plus reprendre les mégots – ils en collectent régulièrement plusieurs pour se rouler une nouvelle cigarette. Nous nous demandons parfois s'il ne faudrait pas ouvrir les terrasses la nuit, mais il n'y a qu'un seul veilleur de nuit par maison, c'est très peu... Il est difficile de trouver LA bonne solution ; notre ambition est de trouver la moins mauvaise !

Il a par ailleurs fallu s'adapter à l'épidémie : les fumeurs hospitalisés dans le service COVID reçoivent un cendrier individuel et sont accompagnés par un soignant pour aller fumer à l'extérieur, de manière limitée bien sûr – une cigarette après les repas – vu le manque de disponibilité du personnel. En outre, cette épidémie a entraîné la fermeture des MSP, y compris des terrasses ; nous allons donc nous-mêmes acheter des paquets de cigarettes (maximum 3 par semaine) pour les résidents ! C'est plutôt contradictoire, et difficile à vivre, de fournir en tabac des personnes dont nous soignons par ailleurs des pathologies connexes... Mais il y a d'autres contradictions en temps normal ; ainsi, il n'est pas rare que nous devions proposer une cigarette à des patients admis aux urgences et particulièrement agités.

Ce qui est sûr, c'est qu'il faut travailler avec les résidents, les faire participer à la réflexion, de manière à définir ensemble les pratiques les plus consensuelles possibles. Multiplier les interdictions, ce serait contre-productif et contradictoire avec notre projet qui est avant tout de les amener vers une certaine autonomisation et, si possible, une réinsertion sociale.

Parlons plus précisément de votre projet, en quoi consiste-t-il, comment le mettez-vous en place ?

Nous avons sollicité le Service Prévention Tabac du FARES l'an passé pour accompagner un projet qui nous semblait pertinent ; il s'agissait de modifier l'aménagement des terrasses, en les divisant en deux parties, l'une étant réservée aux fumeurs (avec des chaises et tables hautes incitant à ne pas y rester longtemps), l'autre aux non-fumeurs. Cette idée répondait à un souhait exprimé par les résidents, qui vivent parfois mal la proximité entre non-fumeurs et fumeurs : les uns se plaignent des odeurs et de la fumée des cigarettes, les autres se sentent jugés et rejetés... Cela suscite de nombreuses tensions, mais aussi un désir général de trouver un *modus vivendi* susceptible d'apaiser les relations.

Ce projet d'aménagement est malheureusement en stand-by depuis l'épidémie. Toutefois les contacts avec le FARES nous ont aidés à préciser les idées, à soutenir une attitude ouverte et sans jugement vis-à-vis des fumeurs, à envisager l'ensemble de la problématique et à dégager de nouvelles pistes de travail.

L'intervention du FARES a commencé par une mise à jour des connaissances relatives au tabagisme et aux solutions possibles, ainsi qu'une présentation du jeu Parcours sans T que nous avons dès lors utilisé avec des résidents, en mélangeant fumeurs et non-fumeurs. Cette intervention s'est prolongée par un accompagnement au long cours, via des rencontres du groupe de travail, des entretiens téléphoniques, et cela nous aide à accompagner les résidents dans leur relation avec le tabac.

Comment les résidents perçoivent-ils le tabagisme, ont-ils une demande ?

Beaucoup de résidents sont préoccupés par cette question et demandent un soutien de la part des professionnels : c'est une bonne porte d'entrée pour entamer le dialogue et envisager le changement. Cette demande s'exprime dans la vie de tous les jours (quand il y a des tensions entre fumeurs et non-fumeurs par exemple), ou lors de la réunion communautaire qui a lieu tous les trois mois.

Ce que les résidents souhaitent, c'est qu'on les aide à arrêter de fumer, dans une écoute attentive laissant place aux différentes facettes du problème, aux ambivalences et aux difficultés que représente une modification des habitudes de vie.

Une de leurs motivations (en dehors du désir d'un meilleur climat dans la vie collective), c'est le coût du tabagisme. Ce coût est parfois indirect, comme pour cette résidente en difficulté respiratoire qui n'a pas droit au remboursement de l'oxygène dont elle a besoin, vu son niveau de tabagisme (elle est récemment passée à la cigarette électronique).

L'idée de pouvoir consacrer leurs faibles moyens à d'autres plaisirs est une motivation importante pour les résidents : par exemple, très récemment, une dame était tout heureuse de pouvoir offrir des bijoux à sa fille et à sa petite fille grâce aux économies qu'elle avait faites en arrêtant de fumer. Ce type de «récompense» renforce la motivation, c'est un levier puissant que nous utilisons dans l'accompagnement des fumeurs.

Un autre souhait des résidents, c'est qu'un acteur externe intervienne dans le processus. Ce désir d'extériorité est intéressant car il rencontre l'idée d'ouverture, de lien avec la vie sociale, que

nous soutenons auprès des résidents. Il implique aussi le fait de reconnaître que personne n'a toutes les compétences dans tous les domaines, et qu'il est utile de faire appel à d'autres pour avancer. Nous partageons ce besoin d'ouverture, c'est ce qui nous a amenés à solliciter le FARES. Nous avons aussi invité une tabacologue, qui est venue donner une information sur le tabagisme et son caractère nocif, notamment sur le fait qu'il peut diminuer l'efficacité des neuroleptiques (que prennent la plupart des résidents). Elle a aussi parlé des patches, et nous avons appris qu'ils peuvent être utilisés en parallèle avec la cigarette, à condition de doser les patches de manière adéquate. Depuis lors, plusieurs résidents sont suivis à l'extérieur par cette tabacologue ; certains sont passés à la cigarette électronique, d'autres ont arrêté de fumer.

Voyez-vous une évolution dans la manière dont vos résidents considèrent le tabac ?

Au niveau sociétal, les choses ont beaucoup évolué : avant, tout le monde fumait, au restaurant, au cinéma, dans les transports en commun, les gens jetaient leurs cigarette dans la rue... Et dans les milieux psychiatriques, les soignants allaient parfois fumer une cigarette avec un résident, cela semblait normal, comme une manière de faciliter la relation... nous avons bien évidemment abandonné cette pratique.

Ce changement sociétal influe sur les résidents. Ils sont en milieu ouvert, donc ils circulent, constatent que le tabac est interdit dans de nombreux lieux, qu'il est débanalisé : cela les aide à réfléchir à leur propre comportement tabagique - et cela nous aide aussi à questionner ce qui se passe pour eux, et dans l'institution...

À côté du projet qui est aujourd'hui suspendu, quels sont les principes de base dans votre accompagnement des fumeurs ?

Notre but n'est pas que tous les patients arrêtent de fumer, on ne va jamais les forcer, faire pression ; et nous reconnaissons l'intérêt de la « cigarette plaisir » - si la personne en arrive à abandonner les cigarettes « automatiques », celles qui ne lui procurent pas de plaisir, ou si elle arrête tout à fait, tant mieux, elle aura une meilleure qualité de vie ! Mais l'arrêt total n'est pas un but en soi. Nous voulons avant tout favoriser une prise de conscience chez le résident, qu'il se sente écouté sans tabou, sans être jugé. C'est bien sûr très complexe, d'autant plus que la demande est souvent ambivalente, variable selon les moments.

Un principe de base dans notre travail, c'est que le patient est acteur de ses soins. Si on le fait participer aux décisions, ça marche. Proposer des pistes, accompagner la personne dans les pistes qu'elle a choisies, c'est efficace en matière de tabagisme comme dans tout autre domaine. Soutenir une telle position d'acteur ne va pas de soi ; cela repose sur la mise en place d'espaces de paroles (qui peuvent être soutenus grâce à des outils tels que le Parcours sans T), l'accompagnement individuel et collectif, le recours à des intervenants extérieurs. Tout cela nous demande un réel investissement, mais ce qui est enthousiasmant c'est de voir que cela permet aux personnes de réaliser des changements, d'aller vers un mieux-être ; nous le constatons clairement en ce qui concerne le tabagisme et cela nous motive à poursuivre notre projet, dès que l'évolution de l'épidémie le permettra, tout autant qu'à approfondir au long cours notre approche de cette problématique.



Photo: Schwonze, Práboj



MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET TABACOLOGUE : SUR UN CHEMIN AVEC DES PATIENTS SOUFFRANT DE MAL-ÊTRE PSYCHIQUE

Témoignage recueilli par Marianne PREVOST

Le docteur Eric Englebert est, depuis plus de 35 ans, médecin généraliste dans un cabinet de groupe à Liège, où il reçoit particulièrement les patients souffrant de mal-être psychique. Formé par ailleurs en tabacologie, il assure aussi depuis plusieurs années une consultation spécialisée au CHU de Liège. Sa pratique est basée sur l'approche ericksonienne, laquelle comporte différentes facettes qu'il évoque ci-dessous.

Quelles sont les demandes de vos patients en matière de tabagisme ?

Dans la consultation en tabacologie du CHU, la première rencontre avec le patient est d'emblée liée au tabagisme. Le suivi ne se limite toutefois pas à cette problématique, parce que je peux également, en tant que médecin généraliste, aborder d'autres problèmes de santé qui peuvent interférer avec la prise en charge ; c'est justement cette polyvalence que recherchait l'hôpital en sollicitant ma collaboration.

Dans ma consultation de médecine générale, par contre, les patients ne viennent généralement pas pour leur tabagisme, mais plutôt pour des difficultés psychologiques, existentielles, qui sont très variées : stress lié au travail, à un événement, à une situation familiale difficile, dépression réactionnelle ou chronique, troubles

psychotiques stabilisés en ambulatoire... Mais ce type de problèmes se rencontre bien sûr également au CHU, puisque la consommation de tabac est toujours liée à l'un ou l'autre type de malaise psychique... En fin de compte, il n'y a pas de différence fondamentale entre mon travail en cabinet de médecine générale et à l'hôpital.

Comment accueillez-vous ces demandes complexes ?

Quel que soit le point de départ du premier contact, je prends toujours d'emblée en compte le contexte global dans lequel vit la personne : ses problèmes affectifs, sociaux, professionnels, ses pathologies éventuelles, la manière dont elle les exprime...

La plupart des gens présentent un certain état dépressif, mais je me garde bien d'utiliser ce terme avec la personne elle-même ; les patients supportent généralement mal que soit ainsi nommé la réalité dans laquelle ils se trouvent, d'autant plus qu'une telle désignation peut leur donner le sentiment que cet état est plus grave, plus durable qu'ils ne le pensaient.

En équipe, nous préférons parler de santé mentale plutôt que nous baser sur les catégories du DSMIV. La santé mentale, c'est un concept plus large qui comporte de multiples facettes ; et en fait, même si les gens arrivent avec une

demande précise, ils abordent souvent plusieurs problèmes à la fois. Une personne peut ainsi arriver avec une demande centrée sur son mal-être psychique et, ensuite, évoquer des événements particuliers, ou encore son addiction à l'alcool, au tabac... l'inverse se présente aussi le plus souvent.

Par où commencer ?

Il s'agit toujours d'identifier avec la personne ce qui est aujourd'hui le plus urgent, le plus important pour elle, et de s'attacher à cette priorité - quand quelqu'un est bloqué, on commence par le dépanner ! Mais je termine toujours la consultation en disant «et je n'oublie pas le tabac !» - cette petite phrase signale que je ne néglige pas cet aspect, que l'on y reviendra en temps voulu.

Avez-vous défini des étapes, un programme pour traiter le tabagisme ?

Je ne propose jamais un nombre fixe de séances, ni des étapes précises. Cela n'a pas de validité, ni de sens : rien n'est planifiable dès lors que l'on se situe dans une interface qui évolue au cours du temps, la dynamique qui se met en place n'est pas prévisible. Les programmes qui proposent l'abandon du tabac en 14 séances, je n'y crois pas et je pense que c'est dangereux : car si la personne fume toujours à la dernière séance, elle considère que c'est raté, voire impossible, et risque d'en rester là, avec un sentiment d'échec. Je préfère un travail ouvert sur la durée, où l'on chemine ensemble en fonction de ce qu'il advient.

J'insiste sur cette idée de cheminer ensemble ; le médecin et le patient forment une équipe. Cette idée est au cœur de la pratique ericksonienne. Dans cette équipe, les places sont égales, même si elles sont différentes : chacun a des compétences propres. Dès lors, les décisions se prennent ensemble, sans pression, sans que j'endosse une position de «sachant», de «chef» de la thérapie. Je ne cherche pas non plus à convaincre le patient de quoi que ce soit (un

patient qui sort convaincu après la consultation changera d'avis le lendemain) ; je cherche seulement à comprendre ce qui se passe pour lui, à lui expliquer certains éléments qu'il ne connaît pas.

Pouvez-vous décrire votre approche ericksonienne ?

L'approche ericksonienne, fondement de ma pratique, est souvent réduite à l'hypnose, mais en réalité elle comporte deux facettes :

– d'une part, une approche stratégique (assez similaire à l'entretien motivationnel, qui s'en inspire d'ailleurs largement), dans laquelle on peut utiliser différentes techniques (à bon escient et au bon moment !) : provocation, assignation de tâches à même de débloquer certains nœuds, messages paradoxaux... Par exemple, dire à un patient «je vous interdis d'arrêter de fumer maintenant», c'est une façon de suggérer qu'il le fera plus tard, et cela induit la désobéissance !

– d'autre part, l'hypnose, laquelle est souvent mal comprise dans le grand public ou même par les professionnels. L'hypnose ericksonienne n'a rien à voir avec l'hypnose pratiquée dans les spectacles de magie : il s'agit là d'une hypnose directe, brute, qui requiert des personnes particulièrement réceptives - et qui en fin de compte n'a aucune utilité pour le «cobaye» (ce n'est d'ailleurs pas son but) !

En thérapie ericksonienne, nous pratiquons l'hypnose indirecte, conversationnelle : le patient reste conscient mais son cerveau entre dans un état particulier (visualisable par IRM). Il perçoit les choses de manière différente, il peut par exemple entendre des bruits, voir des lumières qu'il n'avait pas perçus hors hypnose avec une telle acuité – ou percevoir son propre corps avec une sensibilité particulière. En fait, il perçoit quelque chose qui était là, mais qui était imperceptible dans les «parasitages» de la vie quotidienne ; en fin de compte, il élargit le regard qu'il porte sur lui-même, il est plus «soi», et entre dans un état de perméabilité qui l'ouvre

au changement de certaines représentations parfois très ancrées. On n'est pas très loin de la méditation zen, que j'ai pratiquée ; la grande différence est que la méditation ne doit pas être guidée, ni avoir un but, tandis que l'hypnose conversationnelle est guidée et tend vers un but fixé en accord par les deux parties.

Quelle place donnez-vous aux médicaments ?

L'approche ericksonienne n'est pas du tout incompatible avec une médication. Celle-ci peut s'avérer utile si la dépendance physique est forte. Au départ d'un travail sur le tabagisme, on fait toujours un état des lieux « technique » de la dépendance physique, de ce qui a été tenté, avec quels effets, et de ce que désire le patient. Traiter cet aspect physique de la dépendance permet de diminuer la consommation rapidement (de l'ordre de 30%), ce qui facilite les efforts ultérieurs liés à la dépendance psychique. L'hypnose seule suffit lorsqu'il n'y a pas de forte dépendance physique.

Le Champix est adéquat pour la dépendance physique proprement dite. Mais dès qu'il y a un problème psychique de type dépressif, c'est le Bupropion qui pourrait s'imposer car ce médicament agit aussi sur le système méso limbique et donc sur l'aspect psychique (le Bupropion ne doit toutefois pas être utilisé chez un patient bipolaire ; ici le Champix est préférable, ainsi que les substituts nicotiques).

Je ne prescris que si le patient le souhaite – en veillant à ce qu'aucun traitement médical n'apparaisse comme le « remède miracle ». Cet aspect du traitement ne doit pas faire oublier tout ce qui est sous-jacent - il y a toujours une composante psychique au tabagisme (au minimum, la personne n'a pas de problème particulier mais gère son stress en fumant). C'est très important d'aborder cet aspect psychique, cela permet d'avoir un taux de rechutes beaucoup moins élevé que si l'on se limite à la dépendance physique.

Le plus souvent, l'approche ericksonienne (telle que je l'ai résumée ci-dessus) et la médication sont utilisées de manière complémentaire, c'est ce qu'on appelle une « thérapie séquentielle combinée ».

Dans tous les cas, il faut faire comprendre au patient que c'est avant tout lui qui peut réussir, et que l'on commence par de petites réussites. Je pense à une dame qui ne pouvait se passer de fumer avec le premier café du matin. La petite réussite, c'est de postposer la cigarette par rapport au café, de scinder les deux gestes : c'est déjà un pas pour un fumeur qui ne peut pas imaginer un instant de sa vie sans cigarette.

Qu'en est-il des patients hospitalisés en psychiatrie ?

La particularité de ces patients, c'est que ce sont en général de très gros fumeurs : une récente étude allemande montre que c'est le cas pour 80% de ces patients, et qu'en outre leurs soignants fument aussi plus que la moyenne. Alors, finalement, tout le monde trouve ça normal - or il est d'autant plus difficile d'arrêter de fumer que l'on est entouré de fumeurs.

La plus grande tolérance des professionnels en milieu psychiatrique est aussi liée à cette idée que le tabac est une « béquille » utile pour des gens qui vont très mal. Mais c'est une erreur ! Le tabac est dépressogène, et les patients qui arrivent à s'en passer vont beaucoup mieux. De plus, ces patients ont envie d'arrêter tout autant que les autres, et ils ont raison.

Ce qui est regrettable, c'est qu'en fin de compte les thérapeutes ne s'intéressent en général pas beaucoup au tabagisme des patients « psy », notamment à cause du taux de rechute, lequel est colossal. On est face à un cercle vicieux, en quelque sorte. Mais il faut nuancer, avoir une autre vision des chiffres et toujours apprécier le taux de réussite en fonction du niveau de tabagisme : même faible, un taux de réussite est déjà une victoire face à l'ampleur et à la gravité du problème.

Le pire, c'est que ces patients n'ont souvent pas droit au meilleur traitement : en effet, beaucoup de soignants croient que les médicaments anti-tabac (le champix par exemple) sont contre-indiqués à cause des traitements psychiatriques. Or, de telles contre-indications sont en fait très rares ; selon la FDA (Food and Drug Administration, USA), tous les traitements peuvent être utilisés dans la grande majorité des cas. Cette croyance non fondée a des conséquences graves : il y a de la mortalité de patients fragiles et particulièrement dépendants. Il est donc vraiment nécessaire de leur prescrire un traitement permettant de diminuer la dépendance physique. En outre, ces médicaments sont remboursés, au contraire des substituts nicotiques dans la plupart des cas, lesquels sont peu accessibles aux patients démunis vu leur prix élevé. Alors, il y a encore la cigarette électronique, moins coûteuse ; elle est dès lors souvent utilisée par les patients psy. Mais le problème, c'est qu'ils l'utilisent plus longtemps et avec des taux de nicotine plus élevés que la moyenne : quelle sera la toxicité à long terme ? Quoi qu'il en soit, il faudrait vraiment revoir les modes de remboursement des substituts nicotiques, peut-être en réservant le remboursement à ceux qui sont prescrits par un tabacologue ?



Photo : ©PublicDomainPictures, Pixabay



MISE EN PROJET ET PARCOURS SANS T AU CENTRE DE POSTCURE «LA BOUSSOLE»

Témoignage recueilli par Marianne PREVOST

«La Boussole» est un centre de postcure non résidentiel attaché au Centre hospitalier psychiatrique «Le Domaine» à Braine l'Alleud. Joëlle Bosson, kinésithérapeute, travaille dans les deux institutions où elle utilise des méthodes d'hypnose et de pleine conscience.

Comment est abordée la question du tabagisme au Domaine ?

Le tabagisme est clairement pris en compte au Domaine, lequel a établi depuis environ 10 ans une procédure définie : les patients sont invités à une séance mensuelle où ils reçoivent une information relative au tabac, aux mécanismes physiques et psychiques de la dépendance ainsi qu'aux possibilités d'arrêt. À l'issue de cette séance, ils peuvent formuler une demande d'aide à l'arrêt du tabagisme. En cas de dépendance physique nécessitant une médication, le psychiatre prescrit les produits adéquats, ensuite nous faisons un bilan psychologique et accompagnons individuellement le patient dans son projet, en utilisant des méthodes d'hypnose et, dans une moindre mesure, de pleine conscience. Nous utilisons aussi ces approches, ainsi que la relaxation, pour tous les patients qui le souhaitent en-dehors du tabagisme. Bien sûr les séances de groupe ont été suspendues depuis la pandémie de Covid, mais les patients, informés de ce que nous faisons par les soignants et le

bouche-à-oreille, viennent nous trouver en individuel.

Tous ces aspects sont extrêmement positifs : le protocole hospitalier qui manifeste l'engagement du Domaine en matière de tabagisme, le fait que les patients viennent aux séances proposées – et que certains arrêtent de fumer, même s'il y a évidemment des rechutes.

Et à «La Boussole», vous avez mis en place un projet différent ?

À «La Boussole», nous sommes quatre professionnels : moi-même et l'ergothérapeute, un éducateur, un psychologue, et nous sommes chapeautés par un psychiatre. Mon expérience au Domaine m'a amenée à m'intéresser au tabagisme des patients de La Boussole et, après avoir suivi la formation interuniversitaire en tabacologie du FARES il y a un an, j'ai proposé une activité spécifique à ce Centre de postcure.

Comment ce projet a-t-il été accueilli par votre équipe ?

Mes collègues se sont montrés ouverts, ils étaient d'accord pour que l'on fasse quelque chose vis-à-vis du tabagisme – même si deux d'entre eux fument ! Nos patients sont de grands consommateurs de tabac, cela nous préoccupe ; d'un autre côté, ils sont en postcure et, même s'ils ont encore des difficultés psychiques, ils ont

déjà fait tout un parcours thérapeutique et sont dès lors plus disponibles au changement que pendant l'hospitalisation.

Comment se déroule votre activité ?

L'activité a été organisée en juin et fait l'objet de mon mémoire en tabacologie. Il s'agit de proposer aux patients une mise en projet, destinée à susciter auprès d'eux un nouvel abord du tabagisme, et à soutenir leur projet éventuel de se défaire de cette dépendance. Trois séances sont organisées, avec chaque fois une semaine d'intervalle ; elles sont animées par ma collègue ergothérapeute et moi-même.

Nous avons initialement imaginé cinq séances ; mais il nous est apparu dans un second temps plus judicieux de réduire ce nombre pour favoriser l'assiduité, et d'organiser ces séances de manière très rapprochée afin de soutenir l'intérêt de ces patients, lesquels ont tendance à délaissier les activités lorsqu'ils éprouvent des difficultés psychiques plus lourdes.

Lors de la première séance, nous proposons, comme à l'hôpital, une information relative au tabac, aux mécanismes de la dépendance et aux possibilités d'arrêt. La deuxième séance aborde, de manière ludique, le parcours du fumeur, la place que le tabac occupe dans sa vie. Nous utilisons ici le jeu «Parcours sans T» mis au point par le FARES, lequel nous a formé à l'outil en partageant des pistes pour aller plus loin dans la sensibilisation, l'exploration avec les patients ; c'est un outil très productif qui favorise la parole et l'interaction, suscitant dès lors un autre niveau de réflexion et d'échange, plus engagé, plus personnel.

À l'issue de cette séance, nous proposons aux patients de se fixer des «mini-défis» pendant la semaine précédant la troisième et dernière séance. Cette dernière est consacrée à un debriefing sur ce qui s'est passé ; c'est un espace de parole, de discussion, qui s'avère très riche. Ce que nous recherchons à ce stade, c'est de

renforcer le changement, ou l'idée de changement, de mise en projet.

Huit personnes se sont engagées dans ces séances ; à la fin, il en restait sept, ce qui est un taux remarquable pour des patients psychiatriques ! Il y avait quelques non-fumeurs, un ex-fumeur – et ma collègue qui est fumeuse ! Cela peut sembler paradoxal, mais c'est intéressant car cela donne plus de crédit à l'activité aux yeux des patients.

Lors de cette dernière séance, chacun a partagé des éléments de son expérience, notamment ses ressources face à l'ennui (que les fumeurs évoquent souvent pour expliquer le recours à la cigarette) ; par exemple une dame, non fumeuse, a dit que, pour tromper l'ennui, elle tricotait, ou allait se balader... L'ex-fumeur a évoqué son utilisation de la cigarette électronique qui lui donne la possibilité de «fumer autrement», de gérer le taux de nicotine, de maintenir le geste habituel ainsi que la sociabilité souvent associée à l'usage du tabac... Un autre monsieur est venu en disant qu'il ne voulait rien changer ; atteint de problèmes moteurs aux jambes qui entravent fortement sa mobilité, il descendait chaque soir pour fumer sa cigarette dans la rue. Les autres participants ont souligné l'effort que cela impliquait, en se demandant si ça valait vraiment la peine... Finalement, ce patient a conclu : «Je reste en haut dans mon fauteuil, sans fumer, et c'est aussi bien comme ça». Je pense encore à une dame, mère de deux jeunes enfants ; elle a arrêté, puis recommencé, plusieurs fois... Or, nous soulignons toujours que l'arrêt, même temporaire, est déjà une petite réussite. Actuellement, certains des patients qui ont participé au groupe viennent me trouver en individuel.

Il y a d'autres activités dans le Centre, qui peuvent participer à une prise de conscience : des activités à l'extérieur, des activités physiques, des balades nature ; et l'hôpital dispose d'un hall de sports... Cela donne l'occasion de parler plus largement de la santé, de l'équilibre de vie et d'évoquer éventuellement le tabagisme sans que

cette problématique soit au centre de ce qui se passe dans ces moments-là.

Notre objectif principal, c'est de débanaliser le tabagisme ; les patients ont de multiples problèmes et les priorités médicales passent avant. En outre, dans les milieux psychiatriques, tout le monde fume, c'est un phénomène très émotionnel, très social. La cigarette est utilisée pour mieux gérer les émotions, l'anxiété, l'ennui, le sentiment de solitude... À l'hôpital, les fumeurs se retrouvent dans le fumoir installé dans chaque service ; il n'y en a pas à «La Boussole», mais dans tous les cas, les patients peuvent fumer dehors librement. Ceux de La Boussole fument par ailleurs aussi en dehors du Centre, puisqu'ils rentrent chez eux. Une certaine proportion des patients aimeraient arrêter de fumer, notamment à cause du prix des cigarettes – beaucoup sont assez démunis, et le tabagisme représente un gros budget. Les substituts nicotiniques sont également coûteux, même s'il y a des aides ; mais lorsque cette question financière survient, on compare, on réfléchit... C'est sûr qu'à long terme, arrêter le tabac représente une économie.

Êtes-vous êtes prêtes à renouveler l'expérience ?

Tout à fait ! Nous ne pouvons actuellement pas le faire, vu les limitations imposées par la gestion de l'épidémie. Il est plus difficile d'organiser des groupes, et par ailleurs nous avons dû limiter le nombre de personnes admises à «La Boussole» (ce nombre est passé de 20-25 à 14). Or, nos patients sont des malades chroniques, ils fréquentent le Centre de postcure (à mi-temps) pendant longtemps ; il faudrait pouvoir admettre de nouveaux patients auxquels proposer cette mise en projet !

Nous avons pu constater que ce groupe de paroles suscite en tout cas une réflexion qui modifie les représentations liées au tabagisme. Le simple fait d'en parler, d'organiser quelque chose autour de ça, de mettre des mots sur une habitude qui paraît souvent normale et n'est

pas questionnée, cela permet de débanaliser le tabagisme, d'ouvrir les patients à une réelle mise en projet, et de soutenir leurs tentatives d'arrêt. Tout cela répond aux objectifs que nous poursuivons ; c'est très positif et nous sommes vraiment motivées à réitérer l'expérience avec de nouveaux patients dès que cela sera possible.



Photo : Engin Akyurt, Fixabay



LE TABAGISME CHEZ LES PERSONNES AFFECTÉES PAR UNE DÉFICIENCE MENTALE OU UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Mise en projet des équipes et des résidents/patients fumeurs en institution.

Dolorès CORSO,

Psychologue clinicienne et tabacologue - SEPT-asbl Mons Belgique

Introduction

Même si le tabagisme concerne les individus de toute condition, pendant longtemps la prévention et l'aide au sevrage se sont principalement centrées sur une partie de la population excluant les personnes déficientes et celles présentant une pathologie psychiatrique. Au cours de la dernière décennie, la dénormalisation du tabac s'est faite de plus en plus présente et les institutions ont commencé à s'interroger sur la question tabagique.

Le Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme¹, qui plaide en faveur d'une approche

humaniste², s'est ainsi intéressé, dès la fin des années 2000, aux publics oubliés par la question tabagique : les personnes présentant une déficience mentale (et souvent institutionnalisées) ou une pathologie psychiatrique (voire les deux – personnes présentant un double diagnostic).

La question était comment amener les personnes de ce public-cible à interroger leur comportement tabagique ? Comment les accompagner dans la débanalisation de leur tabagisme voire dans l'accompagnement d'une diminution de consommation ou d'un sevrage ?

C'est en 2009, en collaboration avec une institution de la région montoise accueillant des adultes présentant une déficience mentale légère à modérée, associée ou non à un trouble psychiatrique, que le projet «*Tabac et déficience*» a vu le jour au départ d'une recherche-action.³

1 Le Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme (SEPT-asbl) est composé d'une équipe de psychologues – tabacologues ; il est agréé par la Région Wallonne et subsidié par l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité) et se situe au 17 rue de la Seuwe à 7000 Mons (Belgique).

Le SEPT propose divers services (aide aux fumeurs, prévention, formation d'intervenants de 1ère ligne, recherches et vulgarisations) et a pour vocation la promotion de la dimension psychologique et de la résonance psychothérapeutique de l'aide au fumeur. Le Service s'adresse à toute personne motivée par la mise en question de son tabagisme mais aussi aux structures scolaires et à vocation de (re) qualification professionnelle ou sociale, aux entreprises, aux prisons, aux hôpitaux (généralistes et psychiatriques), aux centres d'hébergements pour personnes handicapées et ce en Région wallonne.

2 L'approche humaniste plaide en faveur d'une position selon laquelle l'abord de la problématique tabagique doit être accessible à toute personne, sans pression aucune, en suivant son rythme, dans le respect de ses ressources et de ses limites (cognitives autant que psychiques).

3 *Tabagisme et publics déficients : Développement d'un module de mise en projet pour des résidents fumeurs d'un foyer de vie* ; Th. Bordignon, D. Corso, Fr. Dekeyser & C. Corman, Actes du 11ème Congrès de l'AIRHM, 2010 (Article présentant la recherche action menée au Carrosse).

Nous nous sommes rapidement aperçus que la philosophie de travail, la manière de faire et les outils utilisés pouvaient être utiles et bénéfiques aux personnes présentant un trouble psychiatrique. Nous avons ainsi commencé dès 2011 à collaborer avec des hôpitaux psychiatriques. Était né le projet «*Tabagisme et double diagnostic. Aide aux fumeurs affectés par une déficience mentale ou une pathologie psychiatrique et accompagnement des structures*».

L'objectif de cet article est de vous présenter la philosophie de travail qui sous-tend nos interventions au sein de structures résidentielles accueillant des personnes affectées par une déficience mentale ou une pathologie psychiatrique.

Enjeux éthiques

S'agit-il de penser un accompagnement visant la cessation tabagique ? Non... et Oui... Les interventions proposées ne doivent pas viser le sevrage comme objectif premier (ce qui mettrait à mal les personnes). «*Faire arrêter de fumer*» ne peut pas faire l'objet d'un projet tabac. Au niveau éthique, il est questionnable d'imposer à quiconque un changement de comportement non désiré, surtout s'il n'a pas été proposé à la personne, avant même ce changement, de réfléchir au sens de son comportement, ce qu'il lui apporte, en quoi il lui sert de «*béquille*»...

Le travail doit donc pouvoir se situer en amont du sevrage, au détour d'un travail préalable et préparatoire dit de mise en projet des personnes quant à la question tabagique.

L'accompagnement que nous prôtons ici s'inscrit dans un processus de promotion de la santé tel que défini dans la Charte d'Ottawa, c'est-à-dire dans un souci d'autonomisation de la personne via une (re)prise de pouvoir sur sa santé au sens global (bien-être physique, social et psychologique).

Aborder la question tabagique nécessite, selon nous, que les professionnels puissent s'inscrire dans une éthique de travail humaniste : il ne

s'agit aucunement d'arracher les personnes à leur cigarette ou de leur imposer un sevrage sous prétexte de fragilités (intellectuelles, psychiques, sociales).

L'accompagnement proposé consiste donc à permettre aux personnes de débanaliser leur comportement tabagique et de percevoir le sens de celui-ci afin d'envisager des alternatives... en temps voulu...

Premier axe de travail : accompagner les équipes

Bien que soucieux de la bonne santé des personnes qu'ils accompagnent, il n'est pas rare que les professionnels n'éprouvent pas de légitimité à aborder la question du tabac auprès de leurs résidents/patients ou parce qu'ils sont eux-mêmes fumeurs ou au contraire parce qu'ils ne fument pas mais aussi parce qu'ils ne savent pas comment aborder la question. L'accompagnement en matière de tabagisme par les professionnels encadrants (éducateurs, infirmiers,...) n'est possible que si ceux-ci se sentent suffisamment outillés et s'ils évoluent dans un cadre où un «*projet tabac*» a été co-construit avec l'ensemble de l'équipe et le soutien de la direction.

Nous commençons donc toujours par travailler avec les équipes auxquelles nous proposons des rencontres formatives. Au cours de celles-ci, nous partons de la réalité de terrain de chaque équipe afin de travailler au départ des représentations et attentes de chacun en matière de tabagisme. Nous y proposons aussi des éléments théoriques (la quadruple dépendance, la substitution nicotinique, le schéma de Proschaska, la psychologie du fumeur,...) mais surtout des outils adaptés au public-cible afin de lui permettre de se mettre au travail sereinement.

Deux éléments sont ainsi les fils conducteurs du travail mené avec les professionnels : la cohérence (de projet) au travers des discours tenus et des actions positives mises en place et la

cohésion (d'équipe), LE préalable indispensable à tout travail sur la question du tabac.

Ce n'est qu'une fois ce travail accompli avec les équipes que le travail auprès des résidents/patients peut se mettre en place.

Second axe de travail : Accompagnement des personnes / mise en projet

Après que les équipes encadrantes se soient posées pour penser un projet cohérent et qu'elles aient construit une cohésion d'équipe autour du projet, un espace peut se libérer pour aborder au quotidien la question tabagique avec les résidents/patients.

Cet espace-temps en amont du sevrage s'inscrit dans un cadre de mise en projet et de réduction des risques.

Mise en projet, c'est-à-dire installer un cadre d'accompagnement qui a pour objectif de permettre aux personnes de questionner leur dépendance et leur ambivalence à l'égard du tabac ; de mieux cerner, pour elles, la fonction de la cigarette, d'envisager des réponses alternatives, de renforcer leurs motivations et leur sentiment d'efficacité personnelle au départ de l'utilisation d'outils adaptés aux ressources et limites de chacun.

Réduction des risques puisque les professionnels proposent un accompagnement qui vise la promotion de la santé tout en respectant le projet de la personne que celui-ci soit le sevrage ou la diminution de la consommation (dans ce cas en les aidant à trouver des alternatives au tabac à certains moments de la journée).

Il s'agit donc d'ouvrir un espace sûr et respectueux, fait d'écoute et de parole mais aussi d'actions (utilisation d'outils ludiques) où chacun pourra, à son rythme, s'interroger sur son tabagisme, accepter l'idée de réfléchir à la place que prend la cigarette dans sa vie, aux vécus et ressentis qui se cachent derrière la fume pour, espérons-le, la remettre en question.

C'est cet espace sécurisant qui permet au fumeur de passer du «Je fume et alors, ça ne me pose ni question ni problème» (stade de pré-intention ou pré-contemplation) au «Tiens, je ne suis plus si satisfait que ça de ma condition de fumeur» (stade d'intention ou de contemplation) en lien avec les stades du changement de comportement décrits par Prochaska et Di Clemente.

La plupart du temps, le travail initié auprès des résidents/patients se réalise au départ d'un module de mise en projet étalé sur 5 séances que nous allons vous décrire. Bien évidemment, en fonction des besoins, des attentes, des réalités de terrain... il est possible de travailler avec un autre format (groupes d'infos, groupes de créations artistiques autour de la question tabac, etc). Nous ne présenterons dans cet article que le format du module 5 séances.

Module de mise en projet

Ce module est développé suivant les 5 stades décrits par le modèle transthéorique du changement de comportement (Prochaska & Di Clemente) : 5 séances de groupe d'une heure à une heure trente, une semaine sur deux idéalement.

1re séance : Sensibilisation des participants

La 1re séance a pour objectif d'inviter les personnes à ne plus «banaliser» la fume et est l'occasion d'entamer un processus de réflexion au départ des connaissances des personnes sur le sujet. Nous partons des connaissances et représentations des personnes pour explorer le comportement tabagique de manière 'générale' sans impliquer les personnes personnellement. C'est l'occasion de parler des dépendances associées à la fume, des méfaits (sans jamais 'faire peur' ou montrer des images 'choc') et de fournir, sans culpabiliser, des informations concernant la composition des cigarettes.

Souvent, nous constatons, au cours de cette animation, que les connaissances des personnes sur les méfaits du tabac sont, en partie, existantes et réalistes : risque de cancer du poumon, essouf-

flement lié au tabagisme, réduction de la durée de vie... Mais certains effets sont méconnus ou déréels : par exemple, les risques cardio-vasculaires.

Exemple d'outils⁴ utilisés au cours de cette animation : les images-langage, un quizz

2e séance : Exploration de l'ambivalence

Lors de cette 2e séance nous passons du 'tabagisme en général' au tabagisme de chacun et ses particularités. Il s'agit de permettre aux personnes de modifier le regard qu'elles portent, cette fois non plus sur le tabagisme en général (cf. 1ère séance) mais sur leur propre tabagisme et d'envisager des alternatives au tabac. Il s'agit pour chacun de commencer à entrevoir son tabagisme sous un nouvel angle, de percevoir ce qui le lie au tabac, ce qu'il redoute d'abandonner mais aussi ce qui pourrait lui donner l'envie de s'en détacher.

L'outil principal utilisé est «la balance décisionnelle». Il est aussi souvent proposé la fiche «État des lieux de la fume» à compléter pour la 3e séance.

3e séance : Se préparer...

Au cours de cette séance, il s'agit de développer la confiance en soi des personnes mais aussi dans les ressources offertes par les professionnels, par l'environnement et par le groupe. Cette 3e séance est l'occasion de s'arrêter concrètement sur la question du «Comment j'arrête ?». Nous aidons les personnes à penser concrètement quels outils elles mettraient en place si un jour elles décidaient de diminuer leur consommation voire d'arrêter.

Tous les «trucs» et la gestion d'un moment sans tabac sont abordés et mis en commun. C'est à cette étape que nous proposons aux participants l'outil «Mini-défi». Il s'agit de se

mettre à l'épreuve et de s'essayer à un moment sans tabac ou à un mini-changement en regard de son comportement tabagique habituel : certains décideront de ne pas fumer leur cigarette de 15h, d'autres de supprimer celle avant le coucher, ou encore d'attendre 10 minutes avant de fumer après le repas (plutôt que de fumer de suite), de ne plus fumer que dehors (et non dans le fumoir interne s'il en existe un)... Le mini-défi ne doit donc pas forcément se réaliser sur base de suppression de cigarette mais sur un changement général aussi minime soit-il. Mettre en place des mini-changements va renforcer les motivations et la confiance en soi des personnes. Chacun se met ainsi au défi d'une façon tout à fait personnalisée, sans pression et le défi est contractualisé. Ce contrat a moins pour objectif d'obliger les personnes à «tenir parole» qu'à leur rappeler de manière concrète l'engagement qui est le leur. On tente par ce moyen, avec soutien, de responsabiliser la personne, on l'aide à ne pas s'écarter de son projet et on maintient le fil conducteur entre les séances de groupe.

Les outils utilisés sont le mini-défi contractualisé, la fiche «trucs et astuces» et l'exercice des «portes».

4e séance : Le défi d'un petit changement...

Cette animation permet le débriefing des mini-défis de chacun et la poursuite du questionnement quant au lien entretenu avec la cigarette. Elle est aussi l'occasion de travailler à l'anticipation de la gestion du quotidien sans ou avec moins de cigarette.

5e séance : Un débriefing

C'est le moment de faire une mise au point sur le travail accompli depuis la première séance (quelle évolution des représentations et projets de chacun) et d'évoquer les moments passés à gérer le manque lors des mini-défis (les moments difficiles et tous les aménagements qui auront permis de passer le cap ; les satisfactions...).

Au terme des cinq séances, auront été abordés et explicités les points suivants :

4 Vous retrouverez l'ensemble des outils au sein du guide «Abord du tabagisme auprès de personnes affectées par une déficience mentale ou un trouble psychiatrique ; Accompagnement du fumeur en institution - Guide pratique» créé par le SEPT.

- Les quatre formes de dépendances (physique/pharmacologique, comportementale, sociale et symbolique)
- La composition de la cigarette et de la fumée de cigarette
- Les (non) différences entre cigarettes, cigares, cigarillos, pipe, cigarettes light, cigarettes
- La cigarette électronique
- Les fonctions de la cigarette et les bénéfices de l'arrêt
- La différenciation entre l'envie et le besoin
- Les liens entre cigarettes, alcool, café
- Des «trucs» pour acter une diminution ou un arrêt
- La substitution nicotinique
- Les symptômes du sevrage et la manière de les gérer
- Le mécanisme de la prise de poids et les habitudes alimentaires saines

Le guide : outils adaptés

Le travail initié au départ du module de mise en projet n'est que le coup d'envoi du travail. Il convient, au terme du module, de poursuivre le travail sur le moyen voire le long terme sous une forme déterminée par chaque équipe : poursuite d'animations de groupe (mais plus espacées dans le temps), travail en individuel avec les résidents / patients demandeurs, groupes d'informations réguliers...

Travailler dans un cadre de mise en projet nécessite donc la mise en place d'activités régulières, suivies et répétées auprès des résidents/patients dans un climat institutionnel soutenant.

Afin de permettre aux équipes de proposer un accompagnement adapté sur le long terme, notre service a créé un guide «**Abord du tabagisme auprès de personnes affectées par une déficience mentale ou un trouble psychiatrique ; Accompagnement du fumeur en institution - Guide pratique**».

Ce guide a été élaboré au départ d'un double constat : la nécessité, d'une part, d'outiller les professionnels en matière de question tabagique

ainsi que de soutenir l'émergence de leur légitimité à aborder la question et, d'autre part, de penser des outils adaptés au public-cible.

L'objectif de ce guide est donc double : apporter des informations de base en matière de tabacologie aux professionnels et leur proposer des outils utilisables dans un cadre de mise en projet pour accompagner les personnes en amont du sevrage.

Ce guide ouvre la porte à deux axes de travail : la sensibilisation ou la formation des professionnels d'une part et l'accompagnement des résidents/patients (où qu'ils en soient) d'autre part. Ce guide comporte deux parties : la première reprend des apports théoriques et conceptuels en matière d'aide aux fumeurs et la seconde rassemble des outils adaptés au public-cible et des fiches mémos.

Etant donné que la plupart du temps le travail se réalise avec une population dite à «double diagnostic», les outils peuvent être adoptés ou adaptés au bénéfice de publics présentant une déficience mentale et une pathologie psychiatrique.

... En guise de conclusion

L'abord de la question tabagique auprès de personnes déficientes mentales et/ou présentant une pathologie psychiatrique doit pouvoir se réaliser en amont du sevrage, sans pression quant à un changement de comportement «à tout prix» et «à court terme».

L'accompagnement doit pouvoir se réaliser en respect des rythmes de chacun, au départ d'outils adaptés et dans un cadre où les équipes encadrantes se sont mises au travail préalablement.

L'accompagnement des personnes doit pouvoir s'inscrire dans un cadre qui permet la mise en place d'un processus de réflexion quant au lien entretenu avec la cigarette.

C'est ce cadre humaniste sans pression autour d'une cessation tabagique qui permet aux résidents / patients, à moyen terme, de modifier leurs représentations et d'envisager des alternatives à la fume.

Cohérence, cohésion, patience et créativité sont les maîtres mots de cet accompagnement humaniste.

Éléments de bibliographie

Livres

Reynaud, M. (2005). *Addictions et Psychiatrie*. Paris : Masson.

Vocat, Y. (1997). *Apprivoiser la déficience mentale*. Paris : l'Harmattan.

Articles

Bordignon, Th., Corso, D., Dekeyser, F. & Corman, C. (2011). Tabagisme et publics déficients : Développement d'un module de mise en projet pour des résidents fumeurs d'un foyer de vie. Repéré à <http://sept.be/onewebmedia/carrosse-tbordignon-tabagisme.pdf>

Bouvet, C. (2007). Tabagisme et Psychiatrie. *L'information Psychiatrique*, 83, 41-47.

Corso, D. (octobre 2012). Pour les patients fumeurs en psychiatrie : patience, ouverture et créativité. *Santé Conjuguée*.

Deberdt, J-P. (2005). L'hôpital psychiatrique sans tabac. *Pratiques en santé mentale*, 4-13-16.

El-Guebaly, N., Cathcart, J., Currie, S., Brown, D. & Gloster, S. (2002). Smoking Cessation Approaches for Persons With Mental Illness or Addictive Disorders. *Psychiatric Services*, 53 (9), 1166-1170.

Eytan, A., Keizer, I. & Etter, M. (2003). Le tabagisme en psychiatrie. *Revue Médicale Suisse*, 2450.

Hymowitch, N. & al. (1997). Cigarette Smoking Among Patients With Mental Retardation and Mental Illness. *Psychiatric Services*, 48 (1), 100-102

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). The transtheoretical approach : Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, III : Dow Jones-Irwin.

Brochure

Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Conférence d'experts 2009. Fédération Française de Psychiatrie – Office Français de Prévention du Tabagisme – Fédération Française d'Addictologie – Société Française de Tabacologie – Réseau Hôpital sans Tabac Prévenir les addictions.

Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Conférence d'experts 2008. Les 20 messages clés.

Tabac et si j'arrêtais ? Pourquoi ? Quand ? Comment ? La santé pour mieux vivre. (s.l.) : Observatoire de la Santé du Hainaut 2005.

Ethique : interdire ou ne pas interdire de fumer ? Question santé éducation permanente – culture éducation permanente.



Photo : Gabriela Pwowska, Pixabay

SERVICE DE SANTÉ MENTALE «LE PORTAIL», ÉVOLUTION DES REPRÉSENTATIONS EN MATIÈRE DE TABAGISME

Marianne PREVOST et Cédric MIGARD,
FARES asbl

Dans le Service de Santé Mentale «Le Portail», les soignants sont préoccupés par le tabagisme, parfois très lourd, de certains patients. L'équipe n'a pas encore développé de démarche spécifique en la matière mais, pas à pas, elle prépare le terrain, notamment par le suivi en 2019 d'une formation en deux volets proposée par le FARES relative à la question des compétences psychosociales en tant que facteurs de protection contre les assuétudes, aux postures de promotion de la santé en matière d'accompagnement et de sensibilisation quant à l'abord du tabagisme, et à la mise en place d'espaces de dialogue «tabac» au moyen de l'outil pédagogique Parcours Sans T.

Le Portail

Situé à Beaumont, ce service accueille tout type de demande relative à l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Il fait partie, avec deux autres services de santé mentale, du Groupe Jolimont ; celui-ci dispose également d'une équipe plus spécialisée en alcoologie, «Trait d'Union», qui collabore avec les deux SSM.

L'équipe du Portail est pluridisciplinaire (un psychologue et un psychiatre pour adultes, un psychologue pour enfants, une assistante sociale et une secrétaire). Elle examine les nouvelles

demandes de manière collégiale ; lorsqu'elle ne peut y répondre, elle réoriente la personne vers un autre SSM du groupe, par exemple lorsque ce dernier dispose du spécialiste adéquat (logopède, pédopsychiatre, etc.)¹.

Le principal frein relevé dans l'abord du tabagisme avec les patients qui fréquentent le centre, c'est qu'eux-mêmes «ne considèrent pas leur tabagisme comme un problème, et ne demandent généralement pas d'aide à ce propos», explique Melissa Dorigo, assistante sociale au sein du SSM. Une difficulté donc, voire parfois un découragement, dans la pratique, et en regard des autres problématiques auxquelles devoir faire face, à trouver le chemin vers des patients qui sont pour la plupart en phase de pré-contemplation pour ce qui est de leur consommation de tabac. Face à la parole d'un soignant à ce sujet, ceux-ci mettent en avant d'autres priorités, d'autres pathologies ; «il semble bien que le tabagisme soit la dernière chose sur laquelle ils mettront de l'énergie». Concernant le biais motivationnel financier qui parfois pèse dans la balance vers un changement de comportement tabagique, et alors que les patients fréquentant le service de santé mentale de Beaumont sont en général peu aisés, Melissa Dorigo témoigne du fait que «même

¹ Suite à la pandémie de Covid19, ont été engagés deux psychologues mi-temps qui tournent sur les trois antennes.

pour les plus démunis, le coût du tabac n'entre pas en ligne de compte, la cigarette faisant intrinsèquement partie de leur vie ; ils préfèrent se restreindre dans d'autres domaines (l'alimentation par exemple). Et d'ajouter : «Je pense à un patient qui fume vraiment beaucoup, avec des effets visibles sur sa santé. Nous avons déjà essayé de faire quelques remarques, mais sans avoir vraiment la possibilité d'aborder le sujet. Il est pris dans tellement d'autres problèmes, il est psychiquement si fragile ; pour lui la cigarette est une béquille, il y a beaucoup de choses à travailler avant».

Cette difficulté à intervenir sur le tabagisme avec des patients psy n'est pas l'apanage du Portail : elle est largement répandue dans le secteur de la santé mentale, où les intervenants considèrent souvent le tabagisme comme une question secondaire qu'il n'est peut-être même pas pertinent de soulever, et ce à plus forte raison du fait que la fume apparaisse par ailleurs comme un dérivatif ou un moyen d'apaisement pour les patients. Comment dès lors mettre ce sujet sur la table en l'absence de demande ? La priorité semble plutôt être, comme le souligne Melissa Dorigo, de «garder le fil, d'avancer en suivant le rythme de la personne. La construction, le maintien d'un lien de confiance demande énormément de patience, et est à la base de notre travail ; nous cherchons avant tout à ne pas briser ce lien».

Si elle est bien compréhensible, cette réticence à agir en matière de tabagisme dans le secteur de la santé mentale est interpellante : en effet, la prévalence de cette addiction est très élevée dans les populations souffrant de troubles psychiques - nettement plus que dans la population générale - et elle entraîne une morbidité importante ainsi qu'une mortalité précoce ; en outre, son incidence sur l'action de la plupart des médicaments psychotropes est avérée et bien documentée. Un problème secondaire... pas vraiment !

Une collaboration avec le FARES

C'est pour susciter une prise en compte de ces questions, pour faire progresser l'idée que quelque chose est possible (et nécessaire), que le FARES développe depuis 2009 des stratégies de prévention et de sensibilisation spécifiques aux structures psychiatriques et de santé mentale. Le FARES s'est aussi mis à l'écoute des patients ; cette démarche a abouti à un recueil de témoignages dans la présente collection (édité en 2017), dont le grand intérêt est de donner une toute autre perception des besoins et souhaits des patients que celle trop souvent ressentie par les soignants. En effet, certains témoignages montrent 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, même si le chemin est cependant particulièrement ardu avec un taux de reconsommation plus important : le degré de dépendance chez les patients psy est en général plus fort et leur contexte de vie peu favorable à un tel changement. Ces personnes ont donc, plus que toute autre, besoin d'être accompagnées pour accéder au mieux-être auquel elles aspirent.

Le Portail a d'ailleurs sollicité le FARES en ce sens et a fait participer deux membres de l'équipe à une formation proposée par l'association. «Cette formation nous a beaucoup éclairés, tant sur des aspects théoriques et médicaux, que sur la pratique, la manière d'aborder le tabagisme avec les patients. Une porte d'entrée est la mise à jour des représentations de chaque participant en matière de tabagisme, et ce travail est très riche, parfois surprenant ; c'est une bonne manière d'ouvrir l'échange, qui peut très bien être utilisée avec un groupe de patients», relate Melissa Dorigo.

La formation met aussi l'accent sur les compétences psychosociales ; celles-ci ont été définies par l'OMS comme un élément clé en matière de santé et de bien-être (en 1993). Présentes chez chacun à des degrés divers, ces compétences jouent un rôle protecteur vis-à-vis de divers

risques, dont les assuétudes, 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.

Le développement de ces notions est apparu aux membres du Portail comme un point fort de la formation, dans la mesure où elles ouvrent à une meilleure compréhension de la problématique du tabagisme : *«la confiance en soi, l'empathie, la capacité de se lier aux autres, de gérer ses émotions... en fait beaucoup de personnes souffrant de problèmes psychiques ont un manque au niveau de ces compétences, ce qui peut entraîner une certaine prédisposition aux addictions... De plus, l'acquisition de ces compétences dépend du contexte dans lequel on vit, des événements que l'on traverse, des liens qui se sont tissés dès le plus jeune âge, mais elles peuvent s'acquérir également tout au long de la vie»*.

Dès lors un point de vue sensiblement différent sur la manière d'agir a pu émerger au sein de l'équipe : *«il vaut mieux tenter de renforcer les compétences psychosociales plutôt que de se focaliser uniquement sur le tabagisme. Le tabagisme, au fond, ce n'est jamais que le sommet de l'iceberg et on peut, sans même en parler, renforcer des compétences qui aideront le patient à affronter d'autres problèmes (l'anxiété, l'isolement, etc). La question du tabagisme peut surgir de ce travail»*.

Une autre piste, c'est aussi de trouver la bonne porte d'entrée. Ainsi, constate l'équipe, avec les jeunes qui consomment (autant l'alcool que le tabac) plus précocement et plus fréquemment qu'avant, il faut tout particulièrement éviter d'apparaître comme des «donneurs de leçons» : *«ils ont l'esprit rebelle, ils veulent faire leurs propres choix... Avec eux, il est plus intéressant de déconstruire le phénomène du tabagisme sur un plan sociétal en pointant les acteurs qui en tirent des bénéfices : les grandes multinationales, l'Etat – tout un système auquel, en général, ils n'adhèrent pas ! Leur montrer qu'en fin de compte ils y participent en fumant ; cela change leurs représentations – du tabac, de la société, d'eux-mêmes, et leur esprit critique peut se tourner vers d'autres cibles»*.

Enfin, comme d'autres acteurs interviewés dans ce dossier, l'équipe du Portail a découvert avec beaucoup d'intérêt le Jeu Parcours Sans T, un outil grâce auquel les notions théoriques peuvent être abordées de manière concrète, mises en situation, déployées de manière collective – ce que le Portail envisage de faire, avec des adolescents, dans le cadre de groupes de paroles, dès qu'il pourra reprendre les moments collectifs actuellement suspendus.

Pour conclure, nous dirons que le travail d'accompagnement et de promotion de la santé en matière de tabagisme, a fortiori dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, est sans cesse à adapter afin d'envisager toutes les ramifications possibles. C'est une véritable démarche créative et exploratoire qui implique bien sûr les patients mais également l'institution et les professionnels eux-mêmes, que cela soit au niveau de leurs représentations, de leur posture d'accompagnement à réinventer parfois, ou encore de leur ouverture quant à une intégration de la question de la consommation de tabac à sa juste place parmi les autres problématiques rencontrées, en ne se privant jamais du bénéfice fondamental de créer du lien, et avec le patient et entre toutes les dimensions en jeu au niveau de sa santé et de son bien-être.

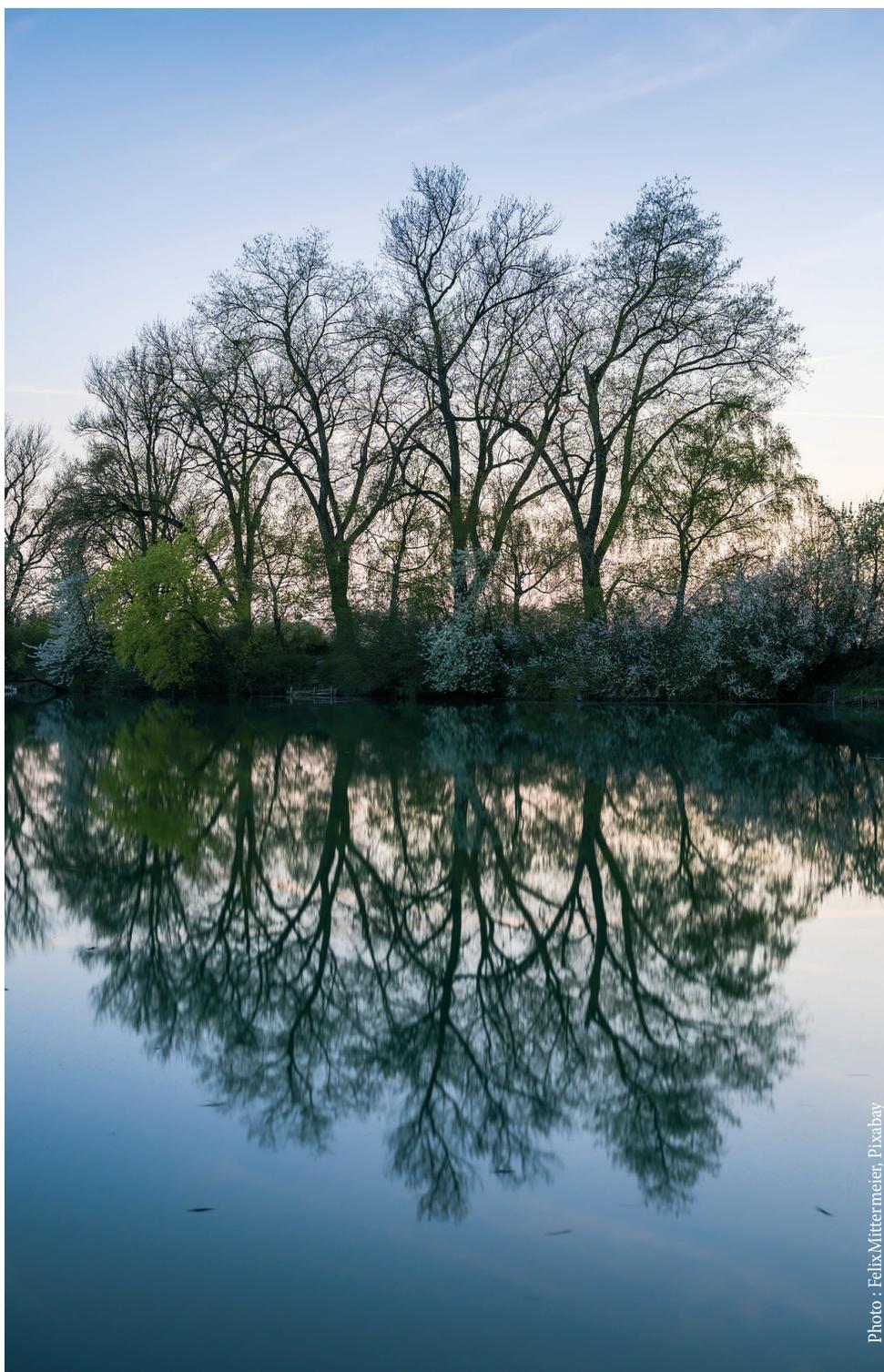


Photo : FelixMittermeier, Pixabay

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

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, une réflexion quant à la question de la gestion du tabagisme (aménagement, alternatives, prise en charge, suivi individuel et collectif, partenariats, etc.). Il s'agit aussi de propositions de formations, d'ateliers, d'outils et de stratégies qui permettent de prendre en compte la question du tabagisme et d'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).

Animation/Co-animation d'ateliers d'écriture et de groupes de paroles :

Il s'agit de modules de 3 à 5 séances qui peuvent venir se greffer à des ateliers existants ou s'inscrire 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.

Parcours Sans T :

Le Parcours Sans T est un outil pédagogique prenant la forme d'un jeu de plateau du type «jeu de l'oie» accompagné de 8 catégories de cartes : «Infos» ; «Qu'en pensez-vous ?» ; «Testez-vous» ; «Parlons-en» ; «Ressources» ; «Illustrations» ; «Événements» ; «Mini-défi». Il permet d'organiser un espace de dialogue avec les bénéficiaires, invitant à une réflexion sur différents aspects du tabagisme, à un échange de représentations, d'expériences et de connaissances à propos du tabac ainsi qu'à une sensibilisation et une information sur la consommation de tabac et sur les aides disponibles.

Son utilisation peut également nourrir les connaissances, la réflexion et soutenir les professionnels dans la recherche de pistes d'actions quant à la gestion du tabagisme au sein d'une institution.

Le FARES propose un temps de formation à cet outil, notamment dans le cadre d'un accompagnement, et le laisse ensuite gratuitement à la disposition des équipes.

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.

Contact : cedric.migard@fares.be

