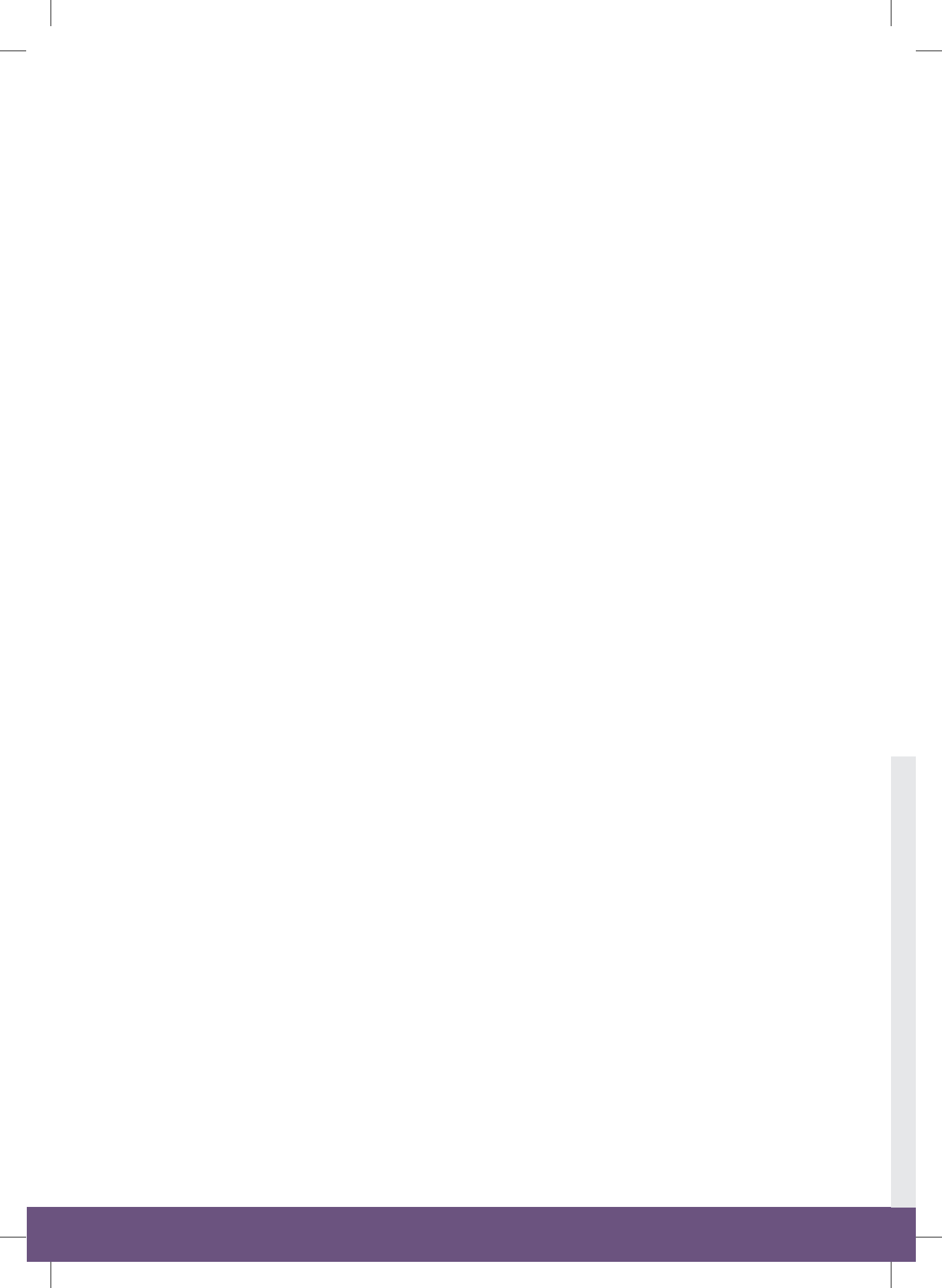


PSYCHIATRIE, SANTÉ MENTALE ET GESTION DU TABAGISME

PISTES DE RÉFLEXION | 2021

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





SOMMAIRE

Introduction	2
Mieux connaître les bénéfices à la prise en charge tabacologique et à l'arrêt du tabac en psychiatrie	4
L'évidence des Lieux de santé mentale sans tabac	9
La Ramée et Fond'Roy, démarches pour un hôpital sans tabac	13
Offre de service du FARES pour le secteur de la santé mentale/psychiatrie	19

Coordination de la rédaction

Cédric Migard

Éditeur responsable

Jean-Paul Van Vooren, ©FARES asbl

Mise en page

Nathalie da Costa Maya, www.cdcsasbl.be

D/2021/5052/12

Décembre 2021

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

Ce nouveau numéro de la collection «Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme», cru 2021, a pour objectif de mener plus avant les questionnements propres aux défis de l'accompagnement tabacologique et de la gestion du tabagisme au sein des structures de santé mentale et de psychiatrie, cela en relayant notamment les réflexions ainsi que les expériences de professionnels de première et de seconde ligne associés à ce secteur.

À travers trois contributions, nous explorons ici ce que peuvent susciter comme enjeux et finalités la prise en charge du tabagisme des patients psychiatriques mais aussi la mise en place d'une stratégie de gestion planifiée du tabac au niveau institutionnel.

Le premier article, «Mieux connaître les bénéfices à la prise en charge tabacologique et à l'arrêt du tabac en psychiatrie» met précisément l'accent sur les bénéfices de ces démarches pour le patient lui-même tout autant que pour le professionnel dans sa pratique et l'institution au niveau de son fonctionnement. Le but avoué est d'éveiller davantage d'intérêt auprès des professionnels du secteur quant à l'intégration de cette thématique dans leur pratique tout en leur permettant d'en mesurer les multiples potentialités en termes clinique et institutionnel.

Le deuxième article, «L'évidence des Lieux de santé mentale sans tabac», partage diverses recommandations et réflexions relatives à l'élaboration de stratégies de débanalisation du tabagisme en institution psychiatrique en même temps qu'à l'offre d'un véritable soutien aux patients fumeurs. Notons-le au passage, cet article est dû au directeur du Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions, le RESPADD, une association française, et témoigne dès lors d'une profonde convergence de points de vue et d'approches entre la France et la Belgique pour ce qui est de ces questions : il y a là le potentiel pour un partage de connaissances et de ressources, voire de futures collaborations !

Le troisième article, une interview reprise sous le titre «La Ramée et Fond'Roy, démarches pour un hôpital sans tabac», fait la part belle à l'expérience très concrète de terrain concernant la mise en place d'un projet d'hôpital sans tabac en psychiatrie. Deux institutions témoignent ici, relatant la méthodologie suivie, les actions tentées, les freins rencontrés et les avancées obtenues en lien à ce type de démarche.

En espérant que ces réflexions ouvriront de nouvelles perspectives à votre pratique, je vous souhaite une bonne lecture !



Photo : Pixabay

MIEUX CONNAÎTRE LES BÉNÉFICES À LA PRISE EN CHARGE TABACOLOGIQUE ET À L'ARRÊT DU TABAC EN PSYCHIATRIE

Cédric MIGARD

Fonds des Affections Respiratoires – FARES asbl

Depuis 2005, dans le cadre du «Réseau des hôpitaux sans tabac», le FARES a élaboré des outils et stratégies visant à soutenir de manière plus efficace une démarche intégrée de gestion du tabagisme au niveau des institutions hospitalières. En parallèle, ont été développées des actions pour l'abord de ces questions au sein des structures de psychiatrie et de santé mentale. Au fil des expériences de terrain, de la rencontre avec les équipes et les patients, ainsi que de la co-construction de projets incluant tout autant la gestion du tabagisme à l'échelle institutionnelle qu'un axe spécifiquement clinique, le FARES a pu éprouver ou mettre en lumière nombre de bénéfices propres à ce type de démarches. Aussi, force est de constater que de plus en plus de structures, dépassant progressivement leur frilosité initiale, ont pris la mesure du bien-fondé d'une véritable prise en charge du tabagisme et de sa plus-value réelle au niveau de l'accompagnement des

patients. Mais il est vrai également qu'une part des professionnels se sentent toujours étrangers ou démunis vis-à-vis d'une telle problématique. Dans l'optique de contribuer à faire davantage bouger les lignes, et avec une attention dès lors toute particulière pour ces structures encore hésitantes quant à une prise en compte de la dimension tabagique de leurs bénéficiaires, le présent document vise à dresser un tableau des principaux avantages relatifs à la prise en charge du tabagisme et aux démarches de cessation du tabac, la plupart des bénéfices pouvant être dégagés pour le patient lui-même, d'autres pour l'institution dans son ensemble. La gageure est donc bien de susciter non seulement un intérêt mais, plus que cela, une vivifiante motivation à l'égard de l'intégration de protocoles tabacologiques dans le «geste» clinique et institutionnel quotidien...

Bénéfices «santé»

Sachant que la consommation de tabac entraîne une morbidité importante ainsi qu'une mortalité précoce chez les patients psychiatriques, celle-ci n'apparaît certes pas comme une problématique secondaire au regard d'autres pathologies ou assuétudes. Ainsi, si l'on souhaite a minima s'inscrire dans une perspective d'égalité des chances, il convient de considérer avec sérieux l'impact sanitaire de la consommation de tabac sur la population souffrant de troubles de santé mentale. De plus, les bénéfices «santé» pour le patient arrêtant de fumer, comme c'est le cas pour la population générale, sont évidents, multiples et, pour certains, quasi immédiats. En voici un bref récapitulatif :

- Après 20 minutes, la pression sanguine, la fréquence cardiaque et la circulation périphérique s'améliorent.
- Après 8 heures, le taux de monoxyde de carbone (CO) diminue et dès lors l'oxygénation revient à la normale.
- Après 24 heures, le taux de CO dans l'organisme est quasi nul. Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée. Les risques d'infections respiratoires et de crise cardiaque diminuent.
- Après 48 heures, il n'y a plus de présence de nicotine dans l'organisme. Par ailleurs, la personne retrouve pleinement le goût et l'odorat.
- Après 72 heures, la respiration devient plus facile.
- De 2 semaines à 3 mois après l'arrêt, la fonction pulmonaire s'améliore de 30%. La circulation sanguine s'améliore elle aussi.
- Après 6 mois, la toux et la congestion des sinus diminuent. Par ailleurs, la personne bénéficie d'un meilleur sommeil et d'un meilleur souffle.
- Après 1 an, le risque de crise cardiaque est réduit de moitié et la fonction pulmonaire se voit encore améliorée.
- Après 5 ans, le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) n'est pas plus élevé que chez

une personne n'ayant jamais fumé. Quant aux risques de cancers de la bouche, de la vessie et de l'œsophage, ceux-ci sont réduits de moitié.

- Après 10 ans, le risque de cancer du poumon est réduit de moitié. Les risques de cancers du pharynx et de la bouche sont équivalents à ceux d'un non-fumeur.
- Après 20 ans, globalement, les risques de cancers rejoignent plus ou moins ceux d'un non-fumeur.

Bénéfices pour la médication

Fait encore souvent méconnu, y compris parmi les professionnels du secteur de la psychiatrie, l'arrêt du tabac a une incidence positive sur l'efficacité des traitements en santé mentale.

Pour comprendre ce lien, il faut savoir qu'il existe un phénomène d'interactions pharmacocinétiques entre certains composants de la fumée de tabac (principalement les hydrocarbures polycycliques aromatiques mais aussi la nicotine) et divers médicaments psychotropes. Ces interactions se produisent par induction enzymatique des cytochromes hépatiques, avec pour conséquence une précipitation de la vitesse de dégradation de plusieurs types de psychotropes tels les anti-dépresseurs (la fluvoxamine) et les anti-psychotiques (principalement la clozapine et l'olanzapine). Ces médicaments psychiatriques peuvent donc avoir un moindre effet thérapeutique chez les patients fumeurs.

Aussi, un sevrage tabagique peut entraîner une modification des concentrations plasmatiques des psychotropes et de leurs métabolites, et dès lors une potentialisation de l'efficacité thérapeutique de ceux-ci. Il sera ainsi éventuellement possible d'en diminuer le dosage auprès du patient abstinant de tabac.

Bénéfices vis-à-vis de certains indicateurs psychiatriques

Contrairement à une idée reçue, arrêter de fumer n'entraîne pour le patient ni risque de décompensation ni surcroît d'anxiété ni, de manière générale, d'effets pervers sur l'évolution de sa maladie mentale. Ceci a notamment été étayé par une étude comparative sur des groupes de patients fumeurs consommateurs et patients fumeurs en sevrage tabagique par rapport à 10 indicateurs psychiatriques, laquelle a permis de constater que les patients en sevrage tabac ne rencontraient pas une aggravation de leurs symptômes (1).

Mieux encore, plus d'une vingtaine d'études mises en regard par le British Medical Journal (2) en 2014 ont démontré qu'au bout de trois semaines en moyenne, le fumeur ne ressentant plus les symptômes classiques du sevrage physique liés au manque de nicotine – lesquels peuvent par ailleurs être atténués grâce à une substitution nicotinique –, l'arrêt de la cigarette participait pour lui d'un bien-être mental. Sont notamment pointés chez les patients abstinents du tabac une diminution de l'anxiété, de la dépression et/ou des troubles de l'humeur.

Mais un autre indicateur d'importance est de manière très claire impacté bénéfiquement par la cessation tabagique : celui relatif aux assuétudes. Et, en effet, il a été observé que l'arrêt du tabac encourageait l'abstinence ou la stabilisation concernant la consommation problématique de diverses autres substances, tandis que la poursuite du tabagisme était globalement liée à de moins bons résultats des traitements d'aide au sevrage. À cet égard, si l'on prend le cas de l'alcool, plusieurs études ont montré qu'à 12 mois, les patients en sevrage de ce produit ayant simultanément arrêté de fumer avaient plus de chances de se défaire in fine de leur alcoolodépendance et comptabilisaient significativement plus de jours d'abstinence que les patients n'ayant pas arrêté le tabac. Mais ceci a été constaté

pour d'autres addictions également et, dès lors, il a pu être plus largement estimé que les démarches d'aide au sevrage tabagique amélioreraient à long terme les chances d'abstinence aux autres produits de 25% (3).

Impact multidimensionnel de la diminution ou l'arrêt du tabac

En regard de la réalité psycho-médico-sociale de la personne fumeuse, de la relation à son environnement et à son quotidien, ou encore à l'image qu'elle peut avoir d'elle-même, la diminution ou l'arrêt du tabac apparaît comme susceptible d'induire nombre de changements bénéfiques et, en ce sens, l'on peut considérer sans exagérer les démarches de cessation tabagique ainsi qu'un facteur d'amélioration du bien-être global. L'impact pour l'individu et son entourage est bien multidimensionnel : sanitaire, psychologique, social, économique, environnemental, etc. À associer ou à ajouter aux avantages en termes de santé physique et de santé mentale que nous avons mentionnés plus haut, l'arrêt ou la diminution de la consommation de tabac entraîne chez le patient impliqué dans un tel processus de changement une meilleure estime de soi, un sentiment de renforcement positif et, allant de pair avec ceci, une dynamique favorable pour d'autres changements. Il s'agit de mesurer combien ces démarches permettent pour le patient de repenser des habitudes de vie et des fonctionnements mentaux, et ce dans un contexte de prospection créative comprenant la recherche de leviers motivationnels, d'alternatives ou encore le développement des compétences psychosociales.

En outre, la cessation tabagique a très clairement des conséquences au niveau de la qualité de vie du patient : un meilleur souffle et davantage d'énergie physique permettant de mener à bien un champ plus large d'activités, moins de problèmes de santé, une vie dans un environnement plus sain, une plus belle apparence, le plaisir retrouvé des parfums et des

saveurs, une meilleure sexualité, des nuits qui ne sont plus perturbées par l'appel de la nicotine, moins de précarité ou même de nouveaux projets financiers du fait de l'argent économisé (pour certains patients, cela peut s'élever à un quart de leurs revenus), moins de stigmatisation, une plus grande liberté, etc. Autant d'expériences éprouvées qui ne peuvent que contribuer favorablement à ce qu'on appelle la rééducation fonctionnelle, laquelle fait partie des principaux objectifs de l'accompagnement dans le secteur de la santé mentale.

Bénéfices au niveau de la dynamique clinique et institutionnelle

Les professionnels de la santé et les institutions où ils œuvrent ont tout à gagner de prendre à bras-le-corps la problématique du tabac. Tout d'abord, comme il a été dit, parce que cela participe d'un mieux-être global des patients. Ensuite, et contrairement à ce qui est communément admis, parce que la prise en charge tabacologique permet un gain de temps considérable pour les équipes. En effet, la gestion «non-raisonnée» du tabagisme des patients est estimée à environ 4 heures quotidiennes : distribuer les cigarettes au compte-goutte, et parfois acheter les paquets (phénomène rencontré plus fréquemment depuis l'émergence de la Covid), allumer les cigarettes pour certains patients, accompagner et venir rechercher les patients au fumoir, éliminer les déchets et odeurs liées au tabagisme, discuter interminablement de problématiques conséquentes au tabac lors des réunions de staff, gérer les conflits entre résidents (ou entre résidents et soignants) liés entre autres au «trafic» de cigarettes, à la cohabitation fumeurs/non-fumeurs, à l'accessibilité des fumoirs ou encore à la consommation en chambre, etc. De l'énergie et du temps qui pourraient donc être dédiés dans une première phase à la mise en place d'un projet réfléchi avec des protocoles de soutien tabacologique clairs, avec un aménagement des espaces où

le phénomène de la fume serait davantage circonscrit et où des alternatives au tabac seraient proposées, avec une formation/sensibilisation des équipes, avec une mise à disposition de ressources, etc. Dans une deuxième phase, ceci permettrait d'inscrire de façon effective la prise en charge tabacologique dans le «regard», le «geste» quotidien et l'accompagnement thérapeutique et n'entraînerait donc pas en définitive la surcharge de travail autrefois rencontrée quand il était davantage question de subir au jour le jour une gestion peu ou pas planifiée du tabagisme.

Pour conclure, nous pourrions avancer que la prise en charge tabacologique participe d'un cercle vertueux autant pour les patients que pour les structures et les équipes elles-mêmes. Principalement parce que l'intégration de cette prise en charge dans la pratique clinique amène à un changement immédiat de point de vue où chaque soignant, dans une perspective holistique, peut saisir la chance de ne plus laisser de côté aucune des dimensions et questions dont l'institution ou le patient sont porteurs. À ce titre, la prise en compte du tabagisme joue également le rôle de prétexte venant enrichir d'autres territoires des champs thérapeutique et institutionnel. Combien d'institutions n'ont-elles pas repensé et fait évoluer constructivement leur fonctionnement en regard d'une réflexion sur la gestion du tabagisme ? Combien de patients n'ont-ils pas, par la porte d'entrée de cette parole autour de leur tabagisme, eu l'occasion d'aborder des sujets plus confrontants ou sensibles de leur vie ?

- (1) J. Prochaska. Ten critical reasons for treating tobacco dependence in inpatient psychiatry, NIH Public Acces, 2010 March 23.
- (2) Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis BMJ 2014; 348 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g1151> (Published 13 February 2014)
- (3) Parler du tabagisme avec les patients en psychiatrie ? FARES asbl, 2011.



Photo : Pixabay

L'ÉVIDENCE DES LIEUX DE SANTÉ MENTALE SANS TABAC

Nicolas BONNET, pharmacien de santé publique, directeur du Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions RESPADD

La consommation de tabac est singulière tant par la place qu'elle occupe dans la société, dans la relation soignant-soigné en psychiatrie, que par le peu de modification de l'état de conscience pour un produit néanmoins hautement addictogène. Bien que produit de consommation récent dans sa forme actuelle, le tabac fumé et ses volutes est de longue date associé à la psychiatrie. Aussi, pour rencontrer les consommateurs de tabac en établissement de santé mentale et leur proposer des soins, il convient de composer avec diverses croyances et idées reçues.

Vouloir et pouvoir se distinguent en addictologie, lorsque la seule intention ne permet pas le changement de comportement. Proche de la question de volonté dans le changement, la question de la demande d'aide ou de soin apparaît souvent comme le préalable à l'intervention. Or, une telle sollicitation expresse n'apparaît presque jamais. L'absence de demande explicite pour ne pas proposer des soins fait le lit de la négligence et du défaut d'assistance. Les soignants interviennent principalement sur deux types de sollicitations : les plaintes et demandes des patients, parfois médiées par des tiers, et la représentation que le soignant se fait de la souffrance d'autrui. Il est nécessaire de devancer la demande de soin par un aller-vers, en prenant l'initiative de parler de tabac à des patients qui ne demandent

rien. La question est incongrue en elle-même, car laisserait-on en souffrance quelqu'un qui ne demande pas d'aide, sous prétexte de respecter son intimité, sa liberté ou par humanisme. Même si l'entretien structuré est inadéquat lors de l'admission, il est indispensable de prendre en charge le syndrome de manque du patient fumeur en lui proposant une substitution le plus tôt possible.

Un entretien immédiat est rarement opportun au moment de l'arrivée à l'hôpital en contexte de crise. Celle-ci peut constituer une situation traumatique dans l'histoire de vie de la personne. L'hospitalisation fait effraction et rupture dans son parcours. La baisse des défenses habituelles contribuera à la formulation de ce qui est rarement exprimé dans un autre contexte. L'intervenant proposera de transformer une contrainte en opportunité d'échange. Oser parler de tabac à celui ou celle qui ne demande rien est un acte soignant à part entière. L'état de santé n'a rien de spécifique en tabacologie. Il recouvre toujours un état de santé physique, mental et social tel que l'Organisation mondiale de la santé l'a défini. Ici aussi les soins visent à améliorer l'état de santé sur ces différents points sur le modèle biopsychosocial des addictions, que ce soit avant, pendant ou après une hospitalisation.

La prévalence du tabagisme parmi les personnes présentant des troubles de la santé

mentale est beaucoup plus élevée qu'en population générale entraînant pour ces personnes une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans. Alors que l'on observe une baisse du tabagisme en population générale en France à la faveur notamment du programme national de lutte contre le tabac, il est primordial de renforcer nos efforts afin que cette baisse bénéficie également aux populations les plus vulnérables de façon tout aussi importante. Il appartient aux professionnels de santé exerçant en psychiatrie de s'engager en ce sens auprès des patients en leur permettant ainsi d'améliorer tant leur espérance de vie que leur qualité de vie et de réduire les inégalités de santé existantes. Il est important de souligner que les patients qui arrêtent de fumer ne présentent pas de symptômes d'exacerbation de leur maladie. Les effets bénéfiques de l'arrêt du tabac sont réels et rapides, tant sur le plan somatique – diminution des pathologies cardiovasculaires et respiratoires - que psychologiques – baisse des niveaux de stress, de dépression et d'anxiété. L'arrêt des interactions médicamenteuses liées à la fumée de tabac permettra la diminution de certaines posologies de psychotropes, réduisant de facto leurs effets indésirables.

L'élargissement de la possibilité de prescrire des traitements nicotiques de substitution (TNS) aux infirmiers(ères), mais aussi aux masseurs-kinésithérapeutes et aux chirurgiens-dentistes, combiné au remboursement de ces traitements par l'Assurance maladie doivent mobiliser les établissements dans une démarche proactive visant l'augmentation des compétences des soignants : travail sur les représentations, formations au repérage précoce – intervention brève en tabacologie et à l'accompagnement spécifique à fournir aux patients.

Ainsi, chaque patient fumeur devrait se voir proposer en première intention des TNS dont l'efficacité sera renforcée par un accompagnement personnalisé par un professionnel de santé : adaptation du type de traitement en fonction des préférences du patient, ajustement

de la dose en fonction des signes de sous ou sur-dosage sur la première semaine, en tenant compte notamment des besoins souvent plus importants en nicotine des patients souffrant de troubles de la santé mentale. Bien que l'arrêt immédiat soit recommandé, les patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter pourront mettre en place une réduction progressive de leur consommation de tabac accompagnée de TNS et/ou de cigarette électronique personnelle. Les risques du tabagisme étant principalement liés à la durée d'exposition et non à la quantité de tabac fumé, l'objectif devra rester pour tous l'arrêt complet de la consommation. L'utilisation des TNS, tant pour les patients qui souhaitent arrêter (ou diminuer) leur consommation que pour ceux qui sont contraints de ne pas fumer, apporte un grand confort et favorise indiscutablement une moindre consommation. Il est dès lors indispensable d'y recourir. Une approche combinée d'entretien motivationnel et de substituts nicotiques renforcera nettement l'efficacité de l'usage de ces derniers. En deuxième intention, la varénicline pourra être prescrite par un médecin qui assurera la surveillance de la survenue d'effets indésirables éventuels. En ambulatoire, la prise en charge tabagique devra être envisagée systématiquement à partir du moment où l'état psychique du patient lui permettra de gérer lui-même son traitement.

Les patients pour qui la quête permanente de tabac est vécue comme pénible et obsédante doivent être inclus dans l'élaboration des stratégies de soin et en accompagner la diffusion par pair-aidance. Leur intérêt à s'engager dans des démarches d'arrêt est tout aussi important qu'en population générale et leur permet de sortir de la délivrance des cigarettes elle-même perçue comme une stratégie comportementale de contrôle, fondée sur la récompense mais aussi parfois punitive. Par ailleurs, des travaux menés en unités fermées où avaient été mises en place des stratégies de prévention du sevrage nicotinique ont mis en exergue

une augmentation des demandes de prise en charge tabagique des patients.

En résumé, devenir un Lieu de santé mentale sans tabac c'est être dans une approche ouverte et respectueuse, non stigmatisante et bienveillante, en s'engageant à :

- Rendre visible et compréhensible par tous la politique de l'établissement et à en expliciter les enjeux.
- Former les équipes au repérage précoce et à l'intervention brève en tabacologie et aux approches motivationnelles.
- Limiter la consommation de tabac via la mise à disposition de TNS et la possibilité de vapoter en garantissant le suivi tabacologique en intra comme en extra hospitalier.
- Veiller au respect du cadre légal quant aux interdictions de fumer.
- Instaurer un travail de réflexion en cas de consommation conjointe entre les professionnels et les patients.
- Favoriser la multidisciplinarité et valoriser les savoirs des patients aussi bien dans les entretiens individuels que dans les approches de groupe.



Photo : Pixabay

LA RAMÉE ET FOND'ROY, DÉMARCHES POUR UN HÔPITAL SANS TABAC

Propos recueillis par Cédric MIGARD

Manon Vandyck, adjointe à la direction des soins à la clinique La Ramée, et José Mothingea, directeur des soins infirmiers à la clinique Fond'Roy, relatent les étapes et réflexions liées à la mise en place d'un hôpital sans tabac au sein de leurs institutions faisant partie du réseau Epsylon.

Pouvez-vous décrire brièvement vos institutions ?

Manon Vandyck : La clinique La Ramée regroupe trois unités de soins et un centre d'activités. La première unité prend en charge des patients qui souffrent d'addiction (principalement alcool, cocaïne, cannabis) et viennent pour un sevrage physique d'une durée de trois semaines avec un travail qui se poursuit à l'extérieur ou en collaboration avec l'unité 3 de Fond'Roy.

L'unité 2 accueille des patients, majoritairement des femmes/adolescentes, qui souffrent de troubles du comportement alimentaire (anorexie restrictive, boulimie, orthorexie, etc.) et souvent, ces troubles sont liés à d'autres difficultés comme des dysfonctionnements dans la cellule familiale, l'utilisation problématique des réseaux sociaux, le harcèlement scolaire, le décrochage et la phobie scolaire.

L'unité 3 est une unité de psychiatrie générale et de psychogériatrie. En ce qui concerne les

patients plus âgés, ils sont là pour une mise au point d'un traitement par rapport à des troubles de l'humeur ou à une dépression déjà installés. Certains sont dans une situation de plus grande dépendance physique et avec un grand besoin d'aide à domicile ; l'hospitalisation chez nous consiste alors en une mise au point pour voir s'il y a par exemple un début de démence ou une maladie somatique avant un retour à domicile ou la mise en place de solutions en famille ou en maison de repos. Il y a également une petite section mères-bébés à l'unité 3 avec un accompagnement autour du lien d'attachement mais aussi au niveau du quotidien de ses mamans qui ont des troubles psychiatriques, une grosse dépression post-partum, une psychose ou des problèmes d'addiction. Il peut s'agir de plus longues hospitalisations.

José Mothingea : La clinique Fond'Roy est une institution exclusivement psychiatrique qui comprend 4 services. Une unité s'occupe de jeunes adultes, une unité est dédiée aux patients souffrant de troubles de l'humeur, une unité de réadaptation psycho-sociale accueille des patients psychotiques ou des patients alcooliques désinsérés et, enfin, un hôpital d'accueil spécialisé (HAS), service sous contrainte, reçoit des patients placés par la justice. En fonction des problématiques et des services, la durée du séjour varie d'une semaine à 3 mois, avec dans certains cas une évaluation pour une éventuelle prolongation.

Pour ce qui est de l'hôpital d'accueil spécialisé, le temps de la prise en charge varie en fonction de ce qui a été établi par les instances judiciaires avec une prise en compte de nos évaluations.

Quelle réalité observez-vous en matière de tabagisme au sein des structures dans lesquelles vous travaillez ?

Manon Vandyck : Le tabagisme est très présent dans l'unité 1. Les consommateurs d'alcool, de cocaïne ou de cannabis sont souvent d'importants consommateurs de tabac également. Et, même s'il y a certaines demandes d'arrêt émanant des patients eux-mêmes, le fait de stopper plusieurs addictions en même temps est encore peu rentré dans les mœurs. Il y a encore beaucoup d'idées reçues à ce sujet et notamment une crainte pour le patient d'échouer son sevrage s'il arrête simultanément le tabac. C'est en outre toujours très peu envisagé dans les démarches médicales et paramédicales.

Des groupes de parole sont organisés trois fois par semaine autour de diverses thématiques, notamment concernant la question des médicaments en lien au traitement des addictions – il est prévu d'y inclure une réflexion sur la consommation de tabac, ceci dans un optique de sensibilisation et d'information. Au niveau des habitudes tabagiques des patients, nous avons essayé de définir le préau dans le jardin des patients comme seul endroit « fumeurs ». Cet endroit est un peu considéré par les patients comme un « bistrot » ; ils s'y rendent avec leur café du matin, y restent longtemps à fumer... Cela nous a amenés à prévoir de recadrer ces moments-là. Nous avons donc acheté un petit kiosque en bois qui sera placé dans un endroit spécifique du jardin afin de circonscrire davantage le phénomène et limiter sa visibilité. Il n'y aura plus la possibilité d'y mettre des chaises, les patients debout y passeront donc un temps plus court et limiteront

de ce fait sensiblement leur consommation de tabac.

Pour ce qui est de l'unité 2, il arrive que l'on soit amené à accompagner des patientes anorexiques lorsque celles-ci veulent fumer et que leur état physique est limité au niveau du poids. Cela prévient certains de leurs comportements du type monter et descendre les escaliers de façon répétitive pour perdre davantage de calories. Ceci dit, la prévalence tabagique est moins marquée au niveau de cette unité. La principale question à laquelle nous faisons face en matière de tabac est, pour certaines de ces adolescentes, non-fumeuses à l'entrée, une forme d'initiation tabagique qui se produit durant leur séjour. Il y a par ailleurs beaucoup de cas d'anciennes patientes qui ont été prises en charge pour des troubles d'anorexie et qui reviennent des années plus tard dans l'unité 1 pour troubles d'addiction.

En ce qui concerne l'unité 3, même si la prévalence tabagique y est moins importante que dans l'unité 1, du fait que ce sont pour la plupart des patients plus âgés, les demandes d'arrêt sont beaucoup plus ponctuelles et le tabagisme globalement moins remis en question.

Au niveau du personnel, la prévalence tabagique est un peu en miroir des unités où les équipes travaillent. Les fumeurs occupent pour l'instant un endroit sur la terrasse. Mais, là aussi, la volonté est de circonscrire davantage le phénomène de la fume et, pour ce faire, de mettre en place également un petit kiosque « fumeurs ». Par ailleurs, afin de valoriser pour le personnel des pauses « non-fumeurs », cela fait maintenant quelques années que nous proposons des moments conviviaux d'échanges et de partage entre 10h et 11h où une petite collation est offerte. L'idée est vraiment que l'idée de pause ne soit pas associée exclusivement au tabac...

J. M. : Pour la petite anecdote, moi j'ai encore connu l'époque où tous, patients et travailleurs, fumaient à l'intérieur et dans les bureaux, et où le tabagisme passif était donc très présent. Il faut se rappeler que c'est de là qu'on vient même si cela fait maintenant de nombreuses années que nous sommes passés à autre chose. Au fil du temps, notamment du fait de l'évolution législative et, plus récemment, par la mise en place du projet d'un hôpital sans tabac, le tabagisme s'est peu à peu débanalisé dans l'institution. Mais, bien sûr, il reste du chemin à parcourir. Et la prévalence tabagique dans la population de nos patients est encore très élevée...

Qu'en est-il de vos démarches pour inscrire l'esprit d'un «hôpital sans tabac» dans vos institutions respectives ?

M. V. : Nous avons lancé de gros travaux de rénovation de la structure qui se sont terminés voici un an. À cette occasion, les fumoirs intérieurs qui se situaient à chaque étage au bout du couloir ont été supprimés. Ces fumoirs étant prévus pour la nuit, la transition n'a pas été évidente. Dans un premier temps, le personnel de nuit n'avait pas d'autres leviers à proposer aux patients souhaitant fumer ; le jardin n'était pas accessible et il n'y avait pas de communication par rapport aux substituts nicotiniques. Aujourd'hui encore, toute une série de patients fument en chambre ou dans la salle de bain car ils sont trop dépendants physiquement pour pouvoir passer toute une nuit sans tabac. Nous encourageons les soignants à déclarer ces «incidents» afin de pouvoir amener des éléments objectifs pour conscientiser les médecins sur la situation. L'idée est que ceux-ci puissent plus rapidement, et peut-être même préventivement, mettre en place un traitement de substitution dans la médication du patient. Mieux encore serait de systématiser une communication du médecin vers le patient avant que ce dernier ne soit hospitalisé pour l'informer que nous

sommes un hôpital sans tabac, qu'il n'y a donc pas la possibilité de fumer entre 20h et 7h30, et ce afin qu'ils puissent s'y préparer. Quoi qu'il en soit, les soignants ont parfois le sentiment que les médecins ne se sentent pas autant concernés par cette problématique qu'eux...

Pour mener le projet d'un hôpital sans tabac, nous avons essayé de suivre le plan d'action de Fond'Roy. Mais cela a été court-circuité par la Covid qui est intervenue en parallèle à nos travaux de rénovation. Le service technique a été débordé et cela nous a notamment fait prendre du retard par rapport à la mise en place du kiosque-fumoir extérieur. Pour ce qui est des traitements de substitution, cela reste là aussi assez compliqué. Pour des raisons de remboursements, nous ne pouvons pas en avoir dans la pharmacie de l'hôpital. Il s'agit donc de demander aux patients de venir avec leur propre substitution ou de se la faire apporter par quelqu'un de l'extérieur... Avec notre tabacologue, ayant réévalué les besoins, nous avons décidé de nous focaliser dans un premier temps sur l'information aux médecins. Une formation aura lieu prochainement à l'attention des assistants de tout Epsilon, notamment sur la substitution nicotinique. L'objectif est de sensibiliser plus avant nos médecins par rapport au projet de l'hôpital sans tabac afin qu'ils puissent davantage soutenir les soignants qui se sentent parfois isolés ou démunis par rapport à la gestion du tabagisme. Toujours dans cette optique de sensibilisation, nous allons mettre en place des groupes de parole/information après avoir soumis un questionnaire, élaboré avec le FARES, à l'ensemble du personnel ; ce questionnaire permettra d'explorer les idées reçues et les représentations par rapport à la consommation de tabac. Après ce temps dédié aux professionnels, nous avons comme perspective d'action de proposer des groupes de parole «tabac» aux patients d'ici l'été prochain. Nous espérons vraiment que cette sensibilisation nourrira la dynamique du projet. Un autre point d'attention concerne l'aspect environnemental... Actuellement, les espaces sont parsemés de déchets liés au

tabagisme. L'idée est de proposer une sensibilisation à l'hygiène, à l'écologie et peut-être d'organiser avec les patients des opérations de ramassage de mégots.

J. M. : Nous sommes, par rapport à la Ramée, à un autre stade du projet hôpital sans tabac. Quand on m'a confié la mission de l'hôpital sans tabac, cela n'a pas été un long fleuve tranquille. Nous avons commencé par tracer un plan d'action très détaillé. Nous avons mené une enquête auprès du personnel pour recueillir les représentations à propos du tabagisme au sein de l'institution. Ce qui en est alors ressorti c'est une réticence quant à l'interdiction du tabac, l'idée que les patients n'avaient plus que ça et qu'on ne pouvait dès lors remettre en question leur tabagisme. Est également apparue la crainte de devoir faire face pour le personnel de nuit à des épisodes agressifs ou de décompensation de la part des patients restreints par rapport à leur consommation de tabac. Il a donc été question de faire évoluer ces perceptions et fausses croyances...

Suite donc à toute une série d'actions dont l'enquête et son analyse mais aussi diverses démarches d'information et de sensibilisation bien nécessaires, la structure est devenue hôpital sans tabac de façon effective en février 2020. C'est un grand projet, avec beaucoup d'hésitations et où il a été plusieurs fois question de repréciser les choses, notamment à propos de la notion d'hôpital sans tabac elle-même. Il ne s'agissait pas en définitive d'interdire purement et simplement le tabagisme mais plutôt de mieux cadrer le phénomène. De mon côté, j'ai été m'inspirer avec notre tabacologue de ce qui se faisait dans d'autres institutions. Quoi qu'il en soit après ce temps assez difficile visant à une évolution des regards, j'ai voulu que nous puissions passer à la phase de concrétisation. Nous avons progressivement mis des choses en place. Nous avons prévu d'installer un kiosque dans le jardin, souhaitant que les patients ne puissent plus fumer partout en journée et n'aient dès lors plus qu'un seul endroit réservé

à la consommation de tabac. Préalablement nous avons organisé des séances d'information et le FARES est venu pour participer à une journée sans tabac. Dans la continuité de l'arrivée du kiosque, les fumeurs présents dans les unités ont été peu à peu supprimés. En parallèle, il fallait pouvoir offrir aux patients fumeurs tout un arsenal relatif à l'aide à l'arrêt. C'est ainsi que nous avons un tabacologue qui propose une procédure pour la cessation ou la diminution tabagique, sur base volontaire bien entendu. Aussi, désormais, nous prévenons les patients avant leur hospitalisation qu'ils vont arriver dans un hôpital sans tabac en leur demandant de prévoir un traitement nicotinique si nécessaire (comme soutien pour la nuit notamment). Et nous continuons au quotidien à faire savoir au patient que s'il veut un jour diminuer ou arrêter sa consommation de tabac, nous sommes là pour l'accompagner. D'ailleurs, ceci est payant car nous constatons une recrudescence de demandes de sevrage tabagique auprès de notre tabacologue. Par ailleurs, on mesure une différence au niveau de l'hygiène ; il n'y a par exemple plus de mégots partout. Enfin, nous avons un espace fumeur séparé pour le personnel, dans l'idée que le tabagisme des travailleurs ne soit pas un incitant pour les patients. Un point du projet qui a été difficile concerne l'implication des médecins. Maintenant, les lignes bougent. Les médecins généralistes désormais sont sensibilisés à prendre le statut tabagique du patient et à proposer des pistes de suivi. Le seul service qui reste décalé par rapport au projet est le HAS, du fait que les patients sont sous contrainte et parfois en isolement. Le tabagisme y «déborde» davantage mais nous travaillons à trouver des alternatives. Il y a notamment une possibilité de proposer pour ces patients, quand c'est en «urgence», une substitution nicotinique gratuite.

Pour conclure, au stade où vous en êtes, quel regard portez-vous sur cette expérience ?

M. V. et J. M. : L'hôpital sans tabac reste un projet ambitieux en santé mentale et il faut y mettre des moyens. Mais nous voyons de belles évolutions. Il est clair que l'information est une étape importante dans un tel plan d'action, et ce pour amener à une vraie prise de conscience, à de vrais changements sans «forcer» les choses. Dans un second temps, certains vont alors aller plus loin et passer par la formation, l'implication dans la clinique... C'est un travail qui prend du temps mais qui a vraiment du sens.



Photo : 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

0474/57.17.15



