

PSYCHIATRIE, SANTÉ MENTALE ET GESTION DU TABAGISME

DIX ANS DE PISTES DE RÉFLEXION :
RECUEIL D'ARTICLES DE RÉFÉRENCE

2019

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

SOMMAIRE

Introduction	2
L'évolution de la gestion du tabagisme en psychiatrie, J. Dumont	5
L'hôpital psychiatrique Saint-Jean de Dieu : un peu d'histoire, Dr. C. Delanaye	14
Gestion du tabagisme en institution. De l'opportunité de faire feu de tout bois, C. Migard	16
Quel avenir pour la gestion du tabagisme dans un contexte de prise en charge psychiatrique changeant ? S. Lorriaux	22
Le tabac dans la prise en charge individuelle en santé mentale, I. Stefanescu	27
L'abord du tabagisme auprès des patients de psychiatrie : l'option du groupe, D. Corso, C. Corman, F. Dekeyser	32
Témoignage de Madame R	38
Témoignage de Marc	40
Offre de service du FARES pour le secteur de la santé mentale/psychiatrie	43

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/2019/5052/3

Décembre 2019

Une initiative du



Contact

FARES asbl

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

Avec le soutien de



INTRODUCTION

Marianne PRÉVOST et Cédric MIGARD,
Service de prévention du tabagisme, FARES asbl

Depuis dix ans, la collection “Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme” propose des pistes de réflexion aux professionnels de la santé mentale, sur base d’éléments théoriques, d’expériences pratiques et de témoignages. Pour marquer cet anniversaire, nous avons voulu reprendre ici quelques articles déjà parus, illustrant divers aspects de cette problématique : de quoi donner au lecteur le goût d’aller plus loin (les dossiers parus en 2011, 2012, 2013, 2015, 2017 et 2018 sont téléchargeables sur le site du Fares).

Quelle est la spécificité du tabagisme dans le domaine de la santé mentale ? Tout d’abord, on sait aujourd’hui que la prévalence du tabagisme dans les populations souffrant de troubles psychiques est très élevée, bien supérieure à la prévalence observée dans la population générale. Particulièrement marquée pour la schizophrénie, la corrélation entre dépendance à la nicotine et pathologie est également très nette en ce qui concerne la dépression, les troubles de l’humeur et les troubles anxieux. Cela n’est pas un problème anodin : la consommation de tabac entraîne une morbidité importante ainsi qu’une mortalité précoce ; elle a aussi une incidence avérée sur l’action de la plupart des médicaments psychotropes.

Il serait faux de croire que les patients concernés fument sans états d’âme. Les observations montrent que, malgré l’indéniable satisfaction qu’ils en retirent, cette dépendance leur pose problème : outre ses effets négatifs ressentis en terme de santé, de bien-être immédiats, elle est souvent perçue comme un marqueur d’impuissance, de fragilité – un signe de plus qu’ils sont incapables de diriger librement leur vie. Pour certains, la cessation du tabagisme apparaît comme un enjeu fondamental, qui s’inscrit dans un désir de changement global. Encore faut-il les aider, les accompagner ; ils sont demandeurs d’un soutien de la part des professionnels.

Or, le secteur psychiatrique semble perplexe en ce qui concerne l’attitude à adopter envers le tabagisme des patients – et l’hospitalisation en milieu psychiatrique est un moment particulier à cet égard : dans la majorité des cas, lorsqu’aucune intervention spécifique n’est entreprise, les patients fumeurs augmentent leur consommation pendant leur séjour. Et au fond, se disent beaucoup de soignants, n’y a-t-il pas beaucoup de bonnes raisons de fumer, en institution comme ailleurs ? Ne fait-on pas violence aux patients en restreignant leurs possibilités de fumer ? Ne risque-t-on pas de tomber dans l’intolérance voire l’abus de droit ? Comment va-t-on s’en sortir si l’on interdit la cigarette aux

patients, comment va-t-on gérer les situations de crise ? Comment les soignants vont-ils envisager leur propre tabagisme ? La cigarette n'est-elle pas parfois une bulle d'oxygène dans des journées stressantes ? Et aussi un signe, un vecteur de rapprochement avec les patients ?

Malgré ces questionnements bien légitimes, de nombreux professionnels prennent des initiatives originales, démontrant qu'il est possible de modifier les idées reçues et les pratiques – et que l'action se nourrit de la réflexion tout en l'enrichissant. Dans ce dossier, Jacques Dumont décrit l'évolution générale de la gestion du tabagisme en psychiatrie ; suivent quelques visions issues de contextes différents : Carol Delanaye évoque la pratique en hôpital psychiatrique, Cédric Migard en centre de jour, Sébastien Lorriaux dans le travail en réseau. Sont ensuite abordées deux types d'approches : le travail individuel par Irina Stefanescu, l'option du groupe par Dolores Corso, Céline Corman et François Dekeyser. En guise de clôture, la parole est donnée aux principaux acteurs concernés : les patients.

Ce ne sont là que quelques exemples ! La liste des articles publiés depuis le début de la collection, proposée à la fin de ce dossier, illustre la diversité des démarches entreprises sur le terrain.



Photo : Poposly, Phxabay

L'ÉVOLUTION DE LA GESTION DU TABAGISME EN PSYCHIATRIE

Article publié en 2015

Jacques DUMONT

Chargé de projet – FARES ASBL

Cet article vient compléter ceux publiés dans la collection consacrée par le FARES¹ à la gestion du tabagisme dans le milieu psychiatrique et de la santé mentale, plus particulièrement l'article de Kangloo (Kangloo, 2012). Certains aspects de cette problématique ne seront donc pas détaillés ici.

Il est écrit avec une "triple casquette" : celle d'infirmier, pour qui la prise en charge globale de la personne (du patient) est centrale, celle de tabacologue, ensuite, pour qui accompagner une personne "fumeuse" vers une gestion de sa consommation et mieux encore, vers un arrêt de celle-ci constitue l'objectif professionnel et, enfin, celle de responsable du projet "gestion du tabagisme en santé mentale/psychiatrie" pour le FARES. La rencontre quotidienne de patients permet de conserver ceux-ci au centre des démarches développées.

L'objectif de cet article est de dégager des pistes de recommandations qui permettraient tant aux structures qu'aux intervenants de disposer de lignes claires d'intervention.

Introduction

Depuis 2005, le FARES développe des démarches de gestion du tabagisme vers les structures hospitalières dans le cadre du "réseau européen des hôpitaux sans tabac", locution

peut-être peu appropriée, car elle peut laisser entendre une certaine intolérance face au tabac, alors que notre approche s'inscrit, depuis son début, dans un processus respectueux de chacun. Après avoir travaillé avec les structures hospitalières "généralistes", notre service s'est orienté vers les hôpitaux psychiatriques et ensuite vers les structures de santé mentale.

Il est nécessaire, 10 ans après le début de ce projet, de faire le point sur l'évolution observée dans le double secteur de la santé mentale et de la psychiatrie. Cela semble d'autant plus justifié que la prise en charge tabacologique de ces patients s'est profondément modifiée.

Je reprends régulièrement, lors d'exposés ou de formations, l'exemple de madame "M" qui illustre à lui seul les capacités qu'ont, tout autant que les autres, les patients atteints de troubles psychiatriques d'entreprendre et de réussir une démarche d'arrêt du tabac. Souffrant de maniaque-dépression et d'une dépendance à l'alcool, atteinte d'un diabète accompagné d'un surpoids important, cette dame d'une cinquantaine d'années s'est présentée en 2010, un vendredi "fin de journée" à ma consultation. Elle fumait entre 20 et 30 cigarettes par jour. J'ai eu des difficultés au départ à l'aider à construire un projet d'arrêt du tabac car je n'y croyais pas moi-même. Cinq ans plus tard, nous maintenons des contacts réguliers, et, lors de sa dernière consultation, elle ne fumait plus depuis 3 mois. Elle est passée par des périodes de reconsommation tabagique et de reprise de

1 Fonds des Affections Respiratoires ASBL

sa consommation d'alcool, mais surtout par plusieurs longues périodes d'abstinence des deux substances. À chaque fois, elle utilisait des substituts nicotiques qu'elle gérait parfaitement bien. Ceci illustre donc bien le processus de prise en charge du tabagisme dans le contexte particulier de la psychiatrie : l'importance de faire confiance au sujet, la nécessité d'un suivi régulier et prolongé, l'utilisation des substituts nicotiques à fortes doses et pour des périodes plus longues que pour la population générale...

La prise en charge de la santé mentale connaît depuis 2010 une évolution majeure qui, dans la foulée de la déclaration d'Helsinki (1994), s'oriente vers une prise en charge mettant en avant l'ambulatoire. Le "projet 107" en constitue un des axes principaux. Au niveau des Régions, la 6^{ème} réforme de l'Etat a entraîné un remodelage du paysage de la santé mentale et de la psychiatrie. Il est parfois difficile dans ce contexte, de greffer une nouvelle problématique comme celle du tabagisme. Néanmoins, vu le mouvement de dénormalisation du tabac dans nos sociétés, le secteur des soins suit cette tendance et limite la consommation de tabac dans ses murs ; parallèlement l'intérêt pour cette dépendance augmente sensiblement.

D'autre part, à l'intérieur des politiques régionales drogues comme celle de la Région bruxelloise, le tabac fait à présent partie des matières concernées alors que précédemment il en était exclu, ce qui souligne l'intérêt d'une approche globale de la personne (Politique drogue de la région bruxelloise - 25 janvier 2010).

1. Tabagisme

En 2014, la prévalence générale du tabagisme en Belgique était de 26 % ; dont 21% de fumeurs réguliers et 5 % de fumeurs occasionnels. Par rapport à l'enquête similaire réalisée en 2013, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement semble en diminution ainsi que l'intention d'arrêter de fumer dans l'année (Fondation contre le Cancer, 2015).

Le chiffre général de 26% recouvre différentes réalités : c'est ainsi que la consommation est très différente en fonction du milieu socio-écono-

mique ; de 18% pour les classes favorisées à 36 % pour celles qui le sont moins, soit du simple au double.

La prévalence de troubles psychiatriques étant plus élevée au sein des populations précarisées le lien est évident et constitue un véritable cercle vicieux (Institut de Santé Publique, 2013). De plus, les personnes précarisées fument plus souvent des cigarettes roulées qui sont plus toxiques car elles produisent davantage de fines particules et de monoxyde de carbone.

Il n'est pas utile, ici, de revenir sur les conséquences somatiques du tabagisme en termes de tabagisme actif ou passif ; rappelons simplement que le tabagisme actif est, de loin, la première cause de mort précoce évitable (OMS, 2011) et que le tabagisme passif constitue une problématique de santé évidente.

2. Pathologies psychiatriques et tabagisme

› Il a été clairement démontré que la **prévalence du tabagisme** était beaucoup plus importante parmi les patients atteints de troubles psychiatriques (Lasser, 2000). Les liens sont complexes et bilatéraux. Parmi les pathologies psychiatriques, la prévalence varie de 35 à 68% de fumeurs actifs et va jusque 90 % pour les conduites tabagiques sur "la vie entière". Les pathologies qui sont associées à la plus haute prévalence sont la bipolarité, les psychoses et l'anxiété généralisée.

Le tabagisme est considéré comme une automédication ; plusieurs phénomènes bio-pharmacologiques interviennent, sans pour autant qu'une explication univoque soit mise en évidence.

› La consommation de tabac des patients atteints de **schizophrénie** est particulièrement impressionnante. Manzella (Manzella, 2015), s'est intéressée aux hypothèses pouvant expliquer celle-ci. Huit hypothèses sont émises sans qu'un lien évident ne soit prouvé, et les explications demeurent équivoques. Néanmoins, il est intéressant de souligner que les patients

atteints de schizophrénie qui arrêtent de fumer ne présentent pas de symptômes d'exacerbation de leur maladie.

› Thomson (Thomson, 2015), quant à lui, s'est intéressé aux liens entre **bi-polarité et tabagisme**. La présence de phase maniaque ou dépressive est associée au tabagisme dans des proportions qui vont de 3,5 à 3,9. Si certaines études mettent en évidence des liens explicatifs, elles sont contredites par d'autres. La prévalence du tabagisme est clairement augmentée parmi les patients atteints de troubles bi-polaires, ce qui a comme conséquence directe une morbidité physique plus importante en lien avec les pathologies secondaires à ce tabagisme.

Plusieurs études soulignent le lien entre diminution de la qualité de vie (mesurée, entre autres, par le SF-36) chez les patients associant tabagisme et bi-polarité. Un des points particuliers les plus affectés est la qualité du sommeil.

D'autre part, chez ces patients, un lien entre passage à l'acte suicidaire et consommation de tabac est mis en évidence dans plusieurs recherches.

3. Pourquoi arrêter ?

Les effets bénéfiques somatiques généraux de l'arrêt du tabac sont bien connus.

Dans le cadre des pathologies psychiatriques, la sur-représentativité des pathologies cardio-vasculaires, plus particulièrement secondaires avec certains traitements psychotropes, ajoute un intérêt supplémentaire à l'arrêt de la consommation tabagique. **Pour les patients atteints de schizophrénie**, la diminution des pathologies respiratoires et cardio-vasculaires en cas d'arrêt est particulièrement importante, car celles-ci constituent les premières causes de mortalité pour ces malades.

En dehors des raisons somatiques, l'arrêt du tabac peut s'avérer positif au niveau de plusieurs paramètres psychologiques.

Une des croyances habituelles, tant au niveau des patients que des professionnels, est que l'arrêt du tabac modifie négativement la santé

mentale des abstinentes. Une revue systématique de la littérature associée à une méta-analyse démontre le contraire (Taylor, 2014). Aussi surprenant que cela puisse paraître, les niveaux de stress, de dépression et d'anxiété sont plus bas après l'arrêt de la consommation tabagique, tant pour la population générale que pour celle qui présente préalablement des troubles psychiatriques.

De plus, vu l'implication du tabac (essentiellement les hydrocarbures polycycliques qu'il contient) sur les cytochromes hépatiques (Michel, 2009), les doses de certaines médicaments pourront être revues à la baisse en cas d'arrêt tabagique. C'est notamment le cas pour la clozapine.

4. Des risques à arrêter ?

Une des croyances fréquentes concerne les "risques" à arrêter de fumer : dépression, apparition de maladies somatiques, etc.

L'étude de Taylor (déjà citée) démontre le contraire au niveau des affects.

Il est également intéressant de relever que sur une période de 6 mois après l'arrêt du tabac, il n'est noté aucune augmentation du nombre de consultations médicales ou d'hospitalisation pour les patients qui arrêtent de fumer. Sur la base de ces paramètres, il apparaît donc que l'arrêt du tabac n'est pas lié à l'apparition de pathologies en lien avec celui-ci (Beard, 2013).

5. Comment arrêter ?

Les dernières recommandations francophones spécifiques à l'arrêt du tabac **pour les populations atteintes de troubles psychiatriques datent de 2009**. Elles ont été diffusées dans nos publications précédentes. Plusieurs éléments demeurent d'actualité. Ces recommandations ne citaient néanmoins que les substituts nicotiques.

Pour la population générale, les recommandations de la Haute Autorité de Santé Française

mises à jour en octobre 2014 (HAS, 2014), proposent les axes suivants :

Utilisation des substituts nicotiniques (TNS) en première ligne en parallèle avec les thérapies cognitivo-comportementales. La varénicline et le bupropion sont placés en seconde ligne.

Chez les patients qui nécessitent un traitement pharmacologique, les TNS sont recommandés en première intention.

- Pour une meilleure efficacité, il est recommandé d'associer les TNS à un accompagnement par un professionnel de santé.
- Il est recommandé d'adapter le type de TNS en fonction des préférences du patient.
- Il est recommandé d'ajuster la dose de TNS dès la première semaine.
- Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois.
- L'arrêt immédiat est recommandé. Chez certains patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter, il est possible d'envisager une réduction de consommation progressive sous TNS en vue d'un arrêt complet, y compris chez les femmes enceintes et les patients souffrant de maladie cardio-vasculaire
- L'addiction au tabac étant une maladie chronique, le traitement peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire.

Le bupropion et la varénicline sont recommandés en seconde intention.

- Des effets indésirables graves associés à ces médicaments ont été observés, en particulier en relation avec le suicide et l'état dépressif. Des études récentes montrent que les données sur les risques de la varénicline et du bupropion sont contradictoires.
- Avant de prescrire ces médicaments, le médecin doit s'assurer que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits, à dose efficace et suffisamment longtemps ; et que l'échec a été exploré sous tous ses aspects.

- Ces médicaments ne doivent être prescrits que dans le respect strict des précautions d'emploi et des contre-indications (notamment personnes de moins de 18 ans et femmes enceintes ou qui allaitent).

Ces médicaments nécessitent une surveillance étroite des patients en raison de leurs effets indésirables potentiels.

Il est recommandé de se référer au résumé des caractéristiques du produit (RCP) lors de la prescription.

Les recommandations spécifiques aux troubles mentaux mentionnent

- › Pour l'ensemble des troubles psychiatriques, il est recommandé de repérer les comorbidités psychiatriques, antérieures ou concomitantes à la consommation de tabac, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique.
- Pour les troubles anxieux, il est recommandé de rappeler au patient que les troubles anxieux peuvent être améliorés par l'arrêt de la consommation du tabac.
- Pour les troubles de l'humeur, Les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont les plus exposés à la décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac. En cas d'apparition ou d'aggravation de troubles dépressifs, il est recommandé de mettre en place une prise en charge spécifique de la dépression.
- En cas d'antécédents dépressifs, il est recommandé, lors du sevrage tabagique, d'être vigilant quant au risque de rechute de la dépression.
- › Troubles psychiatriques sévères
- En ambulatoire, pour les patients présentant des troubles psychiatriques sévères, il convient d'envisager le sevrage tabagique lorsque l'état psychique du patient lui permet de gérer lui-même son traitement. Il est recommandé d'être attentif aux co-addictions, aux variations de l'humeur et à l'adaptation du traitement psychotrope.

- En cas de trouble psychiatrique sévère, les doses de TNS nécessaires sont fréquemment plus élevées qu'en population générale.
- En cas d'hospitalisation, il convient d'envisager un traitement de substitution en accord avec l'équipe psychiatrique.

Les recommandations pour la population générale dans d'autres pays, comme le Royaume-Uni, l'Australie ou la Belgique (KCE 2008) reprennent tant la varénicline que le bupropion, avec les substituts nicotiques dans les traitements de première ligne. À notre connaissance aucune recommandation pour les patients atteints de troubles psychiatriques ne préconise ces 2 substances, même si plusieurs articles soulignent l'intérêt et "l'innocuité" de la varénicline entre autres, en termes de pathologies psychiatriques (Kotz, 2015) et (Evens, 2014).

En 2015, il convient de citer la "cigarette électronique" comme moyen potentiel d'aide à l'arrêt du tabac. Elle ne fait pas partie de recommandations pour les patients psychiatriques et nous manquons d'études pour évaluer son efficacité potentielle pour cette population spécifique, même si certains auteurs s'y sont intéressés (Prochaska, 2014).

7. Qu'en pensent les patients ... et que réalisent-ils ?

Notre travail quotidien avec les équipes psychiatriques met en évidence leur surprenant intérêt à s'engager dans des démarches d'arrêt. Ceci a d'ailleurs été confirmé par plusieurs études ; Siru (Siru, 2009) avait ainsi montré que l'ensemble de la population psychiatrique est, tout autant que la population générale, intéressée à arrêter de fumer. Les patients psychotiques étaient les moins motivés par rapport aux patients déprimés ou atteints de troubles bipolaires.

Il faut également souligner que "fumer avec des soignants est vécu comme réconfortant" mais que la "quête permanente de tabac est pénible et humiliante". Il est aussi intéressant de noter que les fumeurs semblent difficilement percevoir les symptômes de manque tabagique qui peuvent

être confondus avec des symptômes psychiatriques.

Selon Michel, la délivrance des cigarettes est perçue comme une stratégie comportementale de contrôle, fondée sur la récompense mais aussi parfois punitive (Michel, déjà cité). Cet auteur rapporte également qu'à chaque cigarette fumée, le soulagement du manque combiné à une "sensation de détente" suggère une amélioration des symptômes psychiatriques, ce qui ajoute aux croyances liés aux bienfaits de cette consommation.

Lors du projet-pilote réalisé par le FARES en 2012, la participation des patients a été particulièrement élevée et les résultats se sont montrés très encourageants (Dumont, 2013), entre autres au vu du nombre intéressant de patients arrêtant de fumer ou diminuant leur consommation de manière significative. Ces résultats avaient d'ailleurs été objectivés par la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré.

Prochaska (Prochaska, 2014) a mis en évidence, lors d'une étude randomisée auprès de patients psychiatriques hospitalisés dans un service fermé, l'efficacité d'une approche combinée d'entretien motivationnel et de substituts nicotiques : les patients du groupe d'intervention arrêtaient de fumer et étaient moins souvent ré-hospitalisés.

8. L'approche des professionnels du secteur par rapport au tabagisme

Si la prévalence du tabagisme est plus importante parmi les soignants du secteur de la psychiatrie, cette tendance semble se modifier. Il en va de même pour l'intérêt que manifeste ce personnel par rapport au tabagisme de "ses" patients.

Concernant le rôle des soignants envers les patients, les études sont peu nombreuses et rapportent plutôt un faible investissement. Néanmoins, notre fréquentation de ce secteur

montre clairement que tant les psychiatres que les autres professionnels concernés s'intéressent de plus en plus à la question de la dépendance tabagique de leurs patients. Malgré un contexte difficile (réorganisation globale du secteur, entre autres dans la foulée de la 6ème réforme de l'Etat, pression financière réelle dans toutes les structures hospitalières et non hospitalières) l'intérêt va croissant ; nous avons de plus en plus de demandes d'information, de conférences... et à l'occasion de celles-ci de nombreuses questions pertinentes sont posées. Un engouement certain est observé.

Plusieurs institutions se sont impliquées dans une démarche de gestion "totale" du tabagisme, avec, pour la plupart, une interdiction stricte de la consommation (lieux extérieurs très limités). Il s'agit là d'un changement assez fondamental, dans la mesure où précédemment "on fumait partout" dans les services de psychiatrie. Les soignants qui, dans un premier temps redoutaient les réactions des patients, ont été très surpris de la motivation de nombre d'entre eux à respecter cette règle et à se lancer dans une diminution drastique de leur consommation, voire dans une démarche d'arrêt. L'utilisation des substituts nicotiques proposés aux patients est toujours, globalement fort appréciée et utilisée.

Pour les membres du personnel le choix est, comme la loi le demande, d'interdire la consommation de tabac pendant les heures de travail, ou éventuellement de l'interdire totalement sur l'ensemble du site.

Une récente étude réalisée parmi les intervenants (médecins et non médecins) du secteur "enfant-adolescence" (Kulkarni, 2014) révèle leurs faibles niveaux de connaissance par rapport aux liens entre tabagisme et pathologies psychiatriques. Ce qui est observé pour les intervenants adultes de la psychiatrie l'est donc aussi pour ceux qui interviennent chez les jeunes.

Dans le même ordre d'idées, plusieurs études réalisées au début des années 2000 révélaient l'investissement très limité de ces profession-

nels (peu d'intérêt pour cette problématique, minimisation des effets sanitaires du tabagisme, manque de connaissances...). La rencontre fréquente des équipes, comme mentionné plus haut, nous laisse penser qu'une modification positive se dessine clairement.

9. Des recommandations ?

Il est présomptueux d'élaborer des recommandations en l'absence de procédures scientifiquement établies.

L'objectif de telles recommandations serait de proposer aux intervenants du secteur de la santé mentale et de la psychiatrie des lignes de conduites ("guidelines") potentiellement applicables à tout patient (ou à tout "sujet").

Des recommandations générales existent par rapport au risque cardiovasculaire spécifique chez le patient atteint de troubles mentaux (Saravane, 2009) :

- *Initier un travail de collaboration entre les différents acteurs de santé* (somaticiens, psychiatres, diabétologues, cardiologues,...)
- *Sensibiliser les psychiatres, les médecins traitants...* à la prise en charge des patients, au dépistage et à l'évaluation des facteurs de risque métabolique et cardiovasculaire.

Par rapport au tabagisme nous nous référons ici aux recommandations présentées au paragraphe 5.

Nous proposons donc, tout en étant toujours dans une approche ouverte et respectueuse :

AU NIVEAU ORGANISATIONNEL (structures de santé mentale, équipe intervenant à domicile,...)

- Sensibiliser les équipes
- Former les équipes (conseil minimal, entretien motivationnel, approche tabacologique minimum)
- Mettre en place un protocole interne d'interaction avec le patient
- Limiter ou interdire la consommation de tabac (tant pour les patients que pour le personnel)
- Pour les structures résidentielles, mettre à disposition des substituts nicotiniques

POUR LES MEMBRES DU PERSONNEL

- Respect strict du cadre légal quant aux interdictions de fumer
- En cas de consommation conjointe avec les patients : travail de réflexion sur cette pratique
- Information sur les possibilités d'aide à l'arrêt

POUR LES PATIENTS (ou sujets ou bénéficiaires)

Hospitalisés

- Présenter les règles relatives à la consommation de tabac
- Proposer une substitution nicotinique
- Quand le patient est sorti de la phase aiguë de son affection, et si cela semble opportun, lui proposer une réflexion sur sa consommation tabagique
- Garantir le suivi de la démarche mise en place par le patient après l'hospitalisation

Fréquentant une structure de soins ambulatoires

- Quand le patient est sorti de la phase aiguë de son affection, et si cela semble opportun, lui proposer une réflexion sur sa consommation tabagique
- S'il le souhaite, lui proposer un suivi spécifique à l'arrêt du tabac, soit par l'institution, soit par une autre structure (tabacologue,...)

DANS TOUTES LES SITUATIONS

- Favoriser la multidisciplinarité
- Recourir à l'entretien motivationnel
- Travailler à travers les entretiens individuels et l'approche de groupe

10. Conclusions

La réponse à la question de savoir si le tabagisme du patient atteint de trouble mental (ou d'affection psychiatrique – il est parfois difficile de comprendre pourquoi ces termes différents sont utilisés pour recouvrir une réalité qui semble identique) mérite que l'on s'y intéresse semble résolument affirmative... tout en gardant à l'esprit la nécessité de ne pas le stigmatiser, ni "l'obliger" à arrêter de fumer.

La mobilisation de tous les acteurs est essentielle, et nécessite qu'ils soient sensibilisés et formés par rapport à cette thématique.

L'utilisation des substituts nicotiniques, tant pour les patients qui souhaitent arrêter (ou diminuer) leur consommation, que pour ceux qui sont contraints de ne pas fumer, apporte un tel confort et favorise indiscutablement une moindre consommation qu'il est indispensable d'y recourir.

La prise en charge offerte par le secteur santé mentale/psychiatrie se voulant “globale” et holistique, il apparaît indispensable de se consacrer aussi à la (ou aux) dépendance(s) du sujet. La richesse de l’approche des équipes et des intervenants de ce secteur permet aussi de questionner le sens de ces dépendances, ce qu’un tabacologue ou un médecin généraliste n’a pas toujours la possibilité (ni la capacité) de faire. L’approche est donc potentiellement plus globale encore, ce qui permettrait peut être d’obtenir de meilleurs résultats. Le tabagisme offre donc une possibilité importante de replacer ou de maintenir le sujet au centre de la relation.

Pour conclure, je ne peux m’empêcher de partager le sourire et la fierté de madame M., à laquelle je faisais référence au début de l’article, quand elle m’a annoncé qu’elle ne fumait plus depuis 3 mois. Sa confiance en elle face à la gestion de tous les autres aspects difficiles de sa vie est ainsi, chaque jour, renforcée. .

Bibliographie

BEARD. (2013). Association between smoking cessation and short term health care use : results from an international prospective cohort study. *Addiction*, 108 ; 1979-1988.

DUMONT. (2013). *Un projet –pilote autour des substituts nicotiques*. Dans FARES, Psychiatrie et gestion du tabagisme (p. 21 à 23).

EVINS. (2014). Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *JAMA*, pp. 145-154.

Fondation contre le Cancer (2015). Consulté sur www.cancer.be/

HAS. (2014). *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l’abstinence en premier recours*. Consulté sur www.has-sante.fr/

Institut de Santé Publique (2013). Enquête de santé 2013.

KANGLOO. (2012). *Tabac, cessation tabagique et la psychiatrie*. Collection gestion du tabac en psychiatrie, pp. 11-23.

KOTZ. (2015). Cardiovascular and neuropsychiatric risks of varenicline : a retrospective cohort study. *Lancet Respiratory Medicine*.

KULKARNI. (2014). A cross-sectional survey of mental health clinicians’knowledge, attitudes, and practice relating

to tobacco dependence among young people with mental disorders. *BMC*.

LASSER. (2000). Smoking and mental illness. *JAMA*, pp. 2606-2610.

MANZELLA. (2015). Smoking in schizophrenic patients : a critique of the self medication hypothesis. *World Journal of psychiatry*, pp. 35-46.

MICHEL. (2009). Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? *L’information psychiatrique*, pp. 621-628.

PROCHASKA. (2014). E-cigarette use among smokers with serious mental illness. *PLOS one*.

PROCHASKA. (2014). Efficacy of Initiating Tobacco Dependence Treatment in Inpatient Psychiatry : A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*.

SARAVANE. (2009). *Encephale*, 35 ; pp. 330 à 339.

SIRU. (2009). Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness : a review. *Addiction*.

TAYLOR. (2014). Change in mental health after smoking cessation : systematic review and meta-analysis. *BMJ*, pp. 1-22.

THOMSON. (2015). Tobacco use in bipolar disorder. *Clinical psychopharmacology and neuroscience*, pp. 1-11.



Photo : Pexels, Phabab

L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE SAINT-JEAN DE DIEU : UN PEU D'HISTOIRE

Article publié en 2012

Dr Carol DELANAYE,
Hôpital Saint-Jean de Dieu

Laissez-vous embarquer pour un voyage de quelques pages au cours des siècles. Vous allez être le témoin de l'éclosion d'un hôpital psychiatrique, de la naissance de la cigarette, de leur rencontre, de leur amour et enfin de leur séparation.

Fin du 15e siècle, 1495. Au cœur d'une petite ville du Portugal, Jean, surnommé "de Dieu" naît. À 8 ans, il quitte le domicile familial. Adulte, il se fixe à Grenade. C'est là qu'il se convertit, à l'écoute d'un célèbre prédicateur, Jean d'Avila. Il distribue tous ses biens, ce qui lui vaut d'être enfermé dans un quartier de maison d'arrêt, réservé aux aliénés. Aussitôt sorti, bien décidé à consacrer sa vie aux pauvres, aux malades, aux aliénés, il ramasse et vend des fagots de bois. Ainsi peut-il louer une maison d'accueil pour miséreux.

De là, naît le premier établissement d'un ordre religieux hospitalier.

En 1560, au milieu du 16ème siècle. Le tabac, plante d'Amérique du Sud, est rapporté par Jean Nicot. Cette plante est d'abord séchée, mâchée, prisee, fumée en pipe puis en cigare. Elle évoluera jusqu'au début du 20e siècle pour devenir la cigarette rapportée en Europe par les Espagnols.

Du côté du Portugal, l'ordre religieux s'est développé et le voyage vous emmène au tout début du 20e siècle, dans une petite bourgade de Picardie proche de la frontière française.

1903, le Révérend Père Provincial achète à Vieux-Leuze une ancienne sucrerie. Il désire instituer en Belgique un refuge destiné aux malades mentaux

de Lommelet (Nord de la France). "L'asile" peut aussi recevoir des aliénés du Hainaut. L'institut s'ouvre en 1905 sous le nom de Maison Saint-Raphaël de Leuze.

On y trouve 4 quartiers qui correspondent aux grandes catégories de malades. La maison est réputée comme étant familiale en raison du nombre restreint de ses pensionnaires, plus ou moins 150. On y note une certaine négation de la maladie du patient et en même temps, la reconnaissance du fait qu'il doit être entouré.

De 1905 à 1976, la gestion est assurée par un conseil d'administration local composé en majorité de frères de Saint-Jean de Dieu (religieux hospitaliers français) ainsi que du curé, du boucher et d'un entrepreneur de Leuze. L'Institut Saint-Jean de Dieu est né.

La cigarette, hors des portes de l'institution, devient incontournable, elle intègre tous les milieux de la société. Elle est une mode, un loisir. Elle décontracte les rapports humains. Elle est l'élégance de la femme du monde, l'identité de l'ouvrier, la convivialité de l'étudiant, la marque du cow-boy et tout naturellement, elle pousse la porte de l'asile, qui est lui-même en pleine évolution.

En 1976, Saint-Jean de Dieu s'agrandit, s'adjoint cinq hectares de terrain, du personnel qualifié, une salle de sport et les patients sont répartis dans différents services suivant des critères d'âge, de sexe, de pathologie, de temps d'hospitalisation.

Alors que les patients sont peu à peu mis en action via des ateliers d'ergothérapie, du travail agricole ou horticole, alors que les peignoirs et les pantoufles sont peu à peu remplacés par des habits et des chaussures, la cigarette qui règne sur toute la société des années 60, fait son entrée triomphale à Saint-Jean de Dieu, s'y installe et devient en quelques temps à peine, pour beaucoup d'aliénés, le loisir essentiel, bien souvent "la seule chose qui leur reste" et ce, à leurs yeux mais également et surtout aux yeux des soignants et des familles des patients.

Dernier quart du 20e siècle, la société, la médecine commencent à prendre conscience de l'énorme toxicité de la cigarette, elle le serait tout autant, voire plus que l'héroïne. Elle remplit à elle seule, les services de pneumologie de tous les hôpitaux. Elle s'infiltré, tel un espion, dans tous les organes du corps humain et les détruit.

Les campagnes de prévention voient le jour, les interdictions, les premières lois :

- interdiction de fumer dans les lieux publics
- interdiction de fumer dans les restos
- interdiction de vendre du tabac aux moins de 16 ans...

Partout des campagnes d'aide, des brigades de non-fumeurs, la cigarette a du mauvais sang à se faire, elle se cache..., elle se fume à la va vite...

Il reste pourtant quelques bastions où elle règne encore en maître : ne cherchez pas, suivez l'odeur, la fumée qui pique aux yeux, vous voici en psychiatrie, à croire que la cigarette elle-même est "atteinte de folie" au vu de son taux d'occupation dans les salles de psychiatrie. Et Saint-Jean de Dieu n'échappe pas à la règle, à cause de cette croyance qui a la vie dure : "on ne va pas leur prendre la seule chose qui leur reste".

Saint-Jean de Dieu n'échappe pas à la règle, au premier regard peut-être, mais pour les yeux avertis, alors que les nouveaux bâtiments s'érigent, la cigarette, si elle n'est pas bannie, est cloisonnée et les fumeurs s'installent, la cigarette sort des activités, mais on ne peut pas encore imaginer qu'il soit possible d'aller plus loin.

21e siècle, un mercredi de 2008, un cycle de conférences à Saint-Jean de Dieu. Le Dr Lustygier, psychiatre et tabacologue, est invité pour parler du tabac. Les équipes sont secouées, les consciences médicales réveillées, non seulement il serait possible de diminuer la consommation de cigarette des patients psy, mais ceux-ci seraient même capables d'arrêter de fumer. Et mieux encore, cela pourrait les aider à arrêter d'autres toxiques, à aller mieux. Cette croyance a la vie dure, serait-elle une fausse croyance ? La seule chose qui leur reste, l'empêcherait-elle d'accéder à une multitude d'autres choses ?

Une petite cellule constituée de représentants du personnel, se constitue pour réfléchir à l'évolution du tabac à Saint-Jean de Dieu. Après tout, si l'on veut que nos patients puissent aller au restaurant, en voyage, retravaillent, il faut qu'ils puissent contrôler, gérer, diminuer leur consommation.

Au sein des sept services, des initiatives voient le jour. Les plus audacieux font d'emblée confiance à leurs patients, et alors qu'il s'agit de patients chroniques, la MSP crée un précédent et ferme son fumoir interne. Il sera peu à peu reconverti en buanderie. À l'odeur de cigarettes s'est substituée l'odeur du linge propre.

Un mouvement d'information se crée, la cellule sollicite et obtient le passage d'un tabacologue dans chaque unité pour que tous les soignants puissent comprendre qu'il ne s'agit pas d'interdire, mais bien de soigner et donc d'exercer son métier. L'évolution se fait pas à pas, un peu comme l'hôpital s'est construit d'abord par de petites choses, des portes qui s'ouvrent, des pantoufles qui s'enlèvent, pour la cigarette des fumoirs qui s'extériorisent, des groupes tabac, des journées du 31 mai avec de la marche et des pommes...

Comme la psychiatrie, le tabac évolue et alors que l'hôpital va bientôt sortir de l'hôpital, je pense pouvoir écrire qu'à Saint-Jean de Dieu, s'ils le souhaitent, les patients peuvent sortir du tabac et le tabac peut sortir de l'hôpital.

carol.delanaye@acis-group.org

GESTION DU TABAGISME EN INSTITUTION DE L'OPPORTUNITÉ DE FAIRE FEU DE TOUT BOIS

Article publié en 2015

Cédric MIGARD

Chargé de projet – FARES ASBL

Chargé de projet au sein du Service Prévention Tabac du FARES, j'ai été sollicité afin d'apporter un point de vue à propos de la question du tabagisme en institution, et ce au regard de dix années de pratique en tant que thérapeute dans un centre de jour pour alcoolodépendants, toxicomanes et pharmacodépendants. Ce qui suit découle en grande partie de cette expérience mais aussi de ce que j'ai pu en dégager ensuite, comme acteur de seconde ligne, en matière d'actions de prévention et de sensibilisation à la gestion du tabagisme en institution.

Gestion du tabagisme dans les secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie

La question du tabagisme au sein des institutions issues des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie ainsi que la prise en considération de la consommation de tabac chez les patients ont longtemps été reléguées à l'arrière-plan voire totalement évacuées. Or, plusieurs études ont démontré que la prévalence tabagique est relativement élevée chez les patients psychiatriques, du moins pour certaines catégories d'entre eux. En outre, il apparaît que la consommation de tabac entraîne une diminution de l'efficacité de la plupart des médicaments psychotropes et dès

lors une nécessité d'en augmenter le dosage. Quoi qu'il en soit, la législation en matière de tabagisme en nette évolution ces dix dernières années a depuis forcé les acteurs du secteur à changer progressivement leur regard sur cette réalité et dès lors à faire se déplacer une norme jusqu'alors peu ou pas questionnée. Avec l'application des nouvelles lois relatives à la gestion du tabagisme dans les lieux publics, l'obligation fut donnée aux différentes institutions de prévoir la création d'espaces spécifiquement dédiés à la consommation du tabac : les fumoirs. Nombre d'acteurs du secteur considérèrent ces mesures avec appréhension ; cela engendra par ailleurs certains remous au sein des institutions, singulièrement dans le chef des usagers. Avec le recul, il ne serait pourtant pas faux d'avancer que le recalibrage, certes forcé, de la gestion du tabagisme dans les hôpitaux psychiatriques, les centres de jour ou résidentiels et les services de santé mentale eut au final des effets positifs. Et notamment au niveau de la dynamique institutionnelle, nous y reviendrons... Bémol toutefois, mais bémol de taille, malgré les évolutions législatives, la publication d'études et le changement des mentalités en matière de tabagisme, force est de constater que les esprits s'ouvrent encore avec frilosité à un questionnement en profondeur du tabagisme des patients et à une véritable intégration de cette dimension dans le processus thérapeutique.

Une expérience

Au regard des divers profils d'usagers représentés, de l'éventail des philosophies et approches cliniques et du type de structure rencontrés, la multitude d'institutions issues des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie recouvre en fait des réalités bien différentes. Dès lors, en matière de gestion du tabagisme, même si des constantes peuvent être observées, il y a également un certain nombre de différences notables d'une structure à l'autre. Afin d'éclairer mon témoignage concernant la place du tabac dans le centre de jour pour alcoolodépendants, toxicomanes et pharmacodépendants au sein duquel j'ai travaillé, il convient ainsi d'exposer ce qui constitue la singularité de celui-ci. Durant les huit premières années de mon expérience, ce centre s'inscrivait encore dans l'héritage de l'antipsychiatrie et se fondait notamment sur certains principes de la psychothérapie institutionnelle tout en puisant une grande part de ses outils dans l'approche motivationnelle et le modèle transthéorique de changement. Le rapport entre travailleurs et patients, marqué par une distance thérapeutique minimale, prenait la forme d'une collaboration de type partenariale où chaque partie se trouvait également impliquée (50/50). Le patient n'avait pas à signer de contrat thérapeutique ni de contrat d'abstinence et n'avait pas non plus d'obligation de présence au centre ou de participation aux activités. Du fait de ce cadre très souple, nous limitions les risques d'exclusion des patients, lesquels avaient déjà, pour une part d'entre eux, un long parcours institutionnel jalonné de rejets successifs, une très faible estime de soi, et risquaient, hors prise en charge, livrés à eux-mêmes, de rentrer dans un cercle de consommation aux conséquences lourdes. Mais, surtout, par cette approche non-contraindante, nous permettions aux patients d'être acteurs de leur propre changement, toute implication de leur part dans le programme de rééducation fonctionnelle devenant l'émanation d'un désir propre, d'un libre-arbitre, d'une envie, d'une motivation, cette dernière parfois travaillée longuement en partenariat avec les membres

de l'équipe thérapeutique. Cela impliquait pour nous de privilégier une autre posture institutionnelle mettant au cœur du processus entre thérapeute et patient ce que nous appelions "l'accrochage". Pour favoriser l'accrochage, nous cherchions à multiplier les modes informels d'échanges avec les patients (bureau de l'équipe nommé "accueil" et ouvert aux patients de façon quasi permanente, interventions au domicile des patients, participation des thérapeutes à la vie communautaire, prise en compte de tout ce que les patients "amenaient", etc.). Ainsi, grâce à notre offre de services, notre présence, notre disponibilité, notre réactivité et notre investissement au sein d'un cadre très souple, nous construisions une relation de qualité tout en nous rendant parallèlement concurrentiels par rapport au produit. Toujours dans cette optique de l'accrochage, les intervenants ne s'enfermaient pas dans une position de savoir par rapport aux patients, lesquels étaient considérés comme les premiers experts de leur propre vie. Ils ne se trouvaient par ailleurs en aucun cas réduits à leur pathologie mais étaient au contraire appréhendés dans leur réalité multiforme et complexe d'individu, de citoyen... Ce positionnement nous donnait l'occasion de travailler autant avec des patients abstinentes en consolidation qu'avec des patients en période de consommation, autant avec des patients "motivés" qu'avec des patients n'ayant à la base aucune motivation à l'abstinence. Nous pouvions également accueillir au centre des patients sous effet de produits. En les acceptant, nous les protégeions durant la journée d'une poursuite de la consommation et des risques y afférents ; la "communauté" était elle aussi protégée car nous avions une pièce dédiée à la personne sous effet de produits et dont le comportement en était altéré de façon trop visible.

Pour ce qui est de la place du tabac dans l'institution, celle-ci a bien sûr sensiblement évolué durant mes dix années de travail au centre. Lors des deux premières années, il était encore permis de fumer dans la plupart des espaces, y compris le bureau des thérapeutes. Certains de mes collègues et une majorité de patients

se trouvaient être fumeurs, et la salle communautaire baignait la plupart du temps dans un nuage bleu... Par ailleurs, le questionnement au sujet de la gestion du tabagisme était pour ainsi dire inexistant, notamment du fait que nous faisons le focus sur d'autres assuétudes considérées comme plus impactantes en terme de bien-être pour le public que nous suivions. En outre, notre philosophie clinique d'être concurrentiels par rapport aux produits et dès lors de donner aux patients des raisons de venir au centre plutôt que de consommer nous avait amenés à considérer la salle communautaire dans un certain esprit, lequel se trouvait résumé par la formule "bistrot sans alcool" : un lieu où les patients pouvaient se poser, lire leur journal, jouer à la belotte, bavarder et... fumer ! Un certain nombre de patients étaient avant tout des habitués des bistrots, les appréciant en tant que lieux de vie sociale, avec leurs codes, y trouvant, pour certains, la seule occasion de nouer des contacts humains et, par là, de briser pour un moment leur isolement. Le fait de retrouver au centre certaines similitudes avec cet univers les aidait à s'inscrire dans le programme de rééducation fonctionnelle. Ceci allait de pair avec nos tentatives de trouver un langage commun avec le patient, de sorte que l'institution ne soit pas aliénante pour celui-ci, qu'elle puisse lui permettre de travailler le changement tout en s'appuyant sur ses propres singularités, en lien avec son propre monde.

Néanmoins, nous ne souhaitons pas pour autant exclure tout questionnement à propos du tabagisme et, dès lors, nous tenions compte des rares demandes individuelles émanant des patients eux-mêmes, que cela soit concernant un projet d'arrêt ou de diminution de la consommation de tabac ou une demande d'avis au sujet de la synergie alcool-tabac.

Mais, la véritable césure en matière de gestion du tabagisme dans l'institution fut impulsée de l'extérieur avec l'application de la loi concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Lors de la mise en place de cette nouvelle mesure qui se traduisit au sein de

l'institution par la cessation de la consommation de tabac dans le bâtiment et la création d'un espace-fumoir à l'extérieur, sur une petite "terrasse-balcon", je constatai que la perspective d'interdiction totale de la cigarette intramuros suscitait chez un bon nombre de patients énormément d'appréhension voire de la colère ou un sentiment de révolte. Certains patients firent savoir leur intention de mettre fin à leur prise en charge si l'interdiction venait à se concrétiser. Ceci engendra un débat clinique et institutionnel, parfois passionné, entre patients et équipe mais aussi au sein de l'équipe elle-même. Chaque travailleur se trouvait renvoyé à sa réalité de fumeur ou de non-fumeur, à ses propres valeurs, à un questionnement au sujet de la notion de liberté individuelle, à son positionnement par rapport à la philosophie clinique défendue où, nous l'avons vu, le choix d'une alternative motivationnelle prévalait par rapport à l'application d'une contrainte et où la conception du fameux "bistrot sans alcool", de l'accrochage et de la nécessité d'être concurrentiels par rapport aux produits (psychotropes, alcool) était prégnante. Notons-le au passage, des études prospectives ont souligné que de manière générale, dans les services de psychiatrie, les équipes soignantes ont fait montre d'hostilité vis-à-vis de la mise en place de l'interdiction de fumer¹ ; le contexte de ces services, bien différent de celui de notre centre de jour, produisit un débat centré plutôt sur la crainte d'assister chez les patients à une explosion d'agressivité ou à une recrudescence symptomatique importante.

L'interdiction de fumer dans le bâtiment se mit en place progressivement, sur plusieurs semaines. Hebdomadairement, nous réduisions d'une journée supplémentaire le temps durant lequel l'espace intérieur restait encore un espace fumeur. Peu à peu donc, patients et thérapeutes fumeurs migrèrent vers la petite terrasse pour consommer leur tabac. Peu à peu également, cet

1 Michel L. Comment éviter les incidents liés à l'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie ? In Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Conférence d'experts : tabac et psychiatrie. OFT ENTREPRISE Paris, 2009, pp. 177-85.

espace fut colonisé par d'autres patients et thérapeutes, non-fumeurs, et il devint un véritable lieu d'échanges, de débat, de papote. Craintes et mécontentement s'estompèrent tandis que le changement s'opérait. De nouvelles habitudes apparurent. Outre le fait que les locaux n'étaient plus enfumés et donc qu'il était tout simplement plus agréable d'y travailler, le changement le plus inattendu fut lié à la dynamique communautaire. Au niveau de la salle commune, avant la mesure, dans les moments sans activités, un certain nombre de patients restaient isolés, chacun assis à sa place de prédilection et fumant clope sur clope en lisant son journal ou perdu dans ses pensées. Et quelques-uns parmi eux passaient toute leur journée ainsi (il était difficile de nouer du lien avec eux, difficile de les motiver à participer à la vie communautaire ou aux activités du centre). Lorsque le fumoir extérieur fut instauré, ces patients se mirent à bouger, au sens physique bien sûr puisqu'il s'agissait désormais de se déplacer pour aller fumer, mais également à d'autres niveaux : anticipation et préparation de l'acte de fumer en lieu et place d'une consommation machinale, échanges avec les autres fumeurs ou non-fumeurs sur la terrasse, consommation plus circonscrite et donc en diminution, mise en place de nouvelles occupations dans la salle communautaire, etc. Cette mise en mouvement concerna par ailleurs tout le monde, patients et thérapeutes, fumeurs et non-fumeurs, et eut, au final, une incidence très positive sur la dynamique institutionnelle. Ceci permit notamment au staff d'aller plus naturellement "chercher" certains patients, particulièrement ceux évoqués plus haut qui avaient jusqu'alors tendance à demeurer dans leur bulle avec la cigarette pour seul compagnon. Enfin, même si la gestion du tabagisme des patients était encore loin d'être pleinement prise en compte par l'équipe, le nouveau contexte de consommation eut pour conséquence de faire entrer sensiblement la question de la consommation de tabac dans l'espace thérapeutique, principalement du fait des patients eux-mêmes ; il y eut une augmentation de demandes et questions de la part des fumeurs à propos de leur consommation et, dans quelques cas, certes

encore rares, des tentatives d'arrêt. Nous avons alors l'opportunité de travailler cette réalité avec eux en lien avec leur contexte de vie, leur dépendance à l'alcool ou aux drogues, ou encore en lien avec des questions de santé, de poids, etc.

Institution ? Une lecture et ses perspectives en matière de gestion du tabagisme

De quelle manière transmettre l'intérêt de considérer la dimension de la gestion du tabagisme comme pouvant faire partie intégrante du champ d'action des professionnels en institution ? En tant qu'intervenant pour un service de prévention du tabagisme menant un travail de sensibilisation auprès des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie, le défi paraît de taille.

Les questionnements relatifs au tabagisme en institution peuvent sembler à première vue circonscrits à une unique problématique, celle de la consommation du produit et de sa nocivité. Cependant, tant les intervenants eux-mêmes que les acteurs en prévention du tabagisme ont pour agir sur cette réalité d'autres perspectives qu'une focalisation sur la seule consommation de tabac, focalisation qui par ailleurs, force est de le constater, en décourage plus d'un... ou se résume à un clivage au niveau des représentations : d'un côté, certains experts, acteurs de seconde ligne ou intervenants se soucient exclusivement des conséquences sanitaires du tabagisme. De l'autre, comme relevé par différentes études, une grande part des praticiens fumeurs sous-estiment le tabagisme comme facteur de risque et vont même jusqu'à l'envisager comme thérapeutique en soi pour les patients psychiatriques (aide à la gestion de l'anxiété ou à la prévention de la rechute, élément de compensation du vide existentiel ou de l'isolement, etc.). Or, nous en avons eu un aperçu, il s'agit d'une réalité plus complexe qu'il n'y paraît et nécessitant sans doute de prendre en considération de manière plus globale tout un contexte institutionnel, une philosophie clinique. Il y aurait là l'occasion de penser, de façon quasi épistémologique, le

fonctionnement, la conception de l'institution et, par là même, de sortir de leur zone d'ombre certains des éléments, dont le tabagisme, faisant bien partie du champ institutionnel mais tantôt stigmatisés, tantôt banalisés, tantôt évacués, considérés comme secondaires ou contraignants au regard de l'approche clinique. Je plaide donc ici pour une démarche de gestion du tabagisme positive car participant d'une vivification institutionnelle. Et je propose, pour ce faire, une lecture de ce qu'est, ou pourrait être, l'institution...

“Une institution ce sont des liens qui créent un lieu”. Cette phrase, due à François Tosquelles, l'un des inventeurs de la psychothérapie institutionnelle aux côtés notamment de Jean Oury, reflète à mon sens l'un des fondamentaux de l'approche institutionnelle, ce que mon expérience m'a révélé mais aussi ce que je n'ai eu de cesse d'affiner et de promouvoir au fil des années de pratique. Une esquisse de réflexion à ce sujet, nous le verrons, a tout son intérêt lorsqu'il s'agit de penser la gestion du tabac au sein des institutions et, pour les professionnels en prévention du tabagisme, la sensibilisation, en cette matière, des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie.

L'institution, en tant que lieu, doit en effet sa réalité, l'épaisseur même de son réel, au quotidien qui s'y tisse, à l'humain qui s'y invente, la relation qui s'y découvre, aux subjectivités qui s'y rencontrent. Elle est un lieu au sens fort ; lieu que l'on pourrait prendre dans son acception étymologique : “l'endroit d'un ouvrage”. En l'occurrence, je dirais que l'institution est un lieu fondé par les liens qui y œuvrent, lesquels sont sa raison d'être mais aussi, en retour, ce au service de quoi elle se met (ou pourrait se mettre)...

Le lien apparaît comme l'outil premier, essentiel, de la thérapie et en même temps comme ce que cet outil façonne. La relation est un outil au moyen duquel le patient va pouvoir psychiquement recréer des liens, du sens, va pouvoir à nouveau entrer en dialogue avec lui-même, se remettre en mouvement, retrouver de la motivation. Dès lors, la résolution de ce que le patient

poursuit est précisément rendue possible par ce socle du lien co-construit au fil du temps avec l'accompagnant.

À la lumière de ceci, j'avancerais que thérapeute et patient ont beaucoup à gagner d'interagir en tant que partenaires, sur une base égalitaire, afin de générer une relation dynamique mettant en présence des acteurs à part entière. Et j'ajouterais qu'au sein de l'institution, tout individu, tout événement, toute interaction, toute parole, tout rituel, toute action, tout objet, toute forme d'occupation des différents espaces, tous us et coutumes, d'un point de vue clinique, sont à envisager par le professionnel avec ce qu'il faut d'attention, de fluidité et de subjectivité afin, précisément, de nourrir cette relation singulière aux effets thérapeutiques. Il y aurait à prendre une posture phénoménologique... Le thérapeute a l'opportunité de “faire feu de tout bois” lorsqu'il s'agit d'explorer le champ thérapeutique de la relation en institution, absolument TOUT bois, y compris ces riens avec lesquels se fait le travail à fabriquer de l'institutionnel, pour paraphraser Jean Oury. En effet, rien ne doit être a priori exclu ou considéré comme secondaire si la volonté est de nourrir une véritable dynamique d'aide et de soin.

Une telle assertion offre la possibilité de tenir compte de la nature transitionnelle de l'institution comme de ce qui la compose, et dès lors de pouvoir agir sur cette réalité, de faire de la structure un levier thérapeutique plutôt que de simplement en subir ou en appliquer avec rigidité le cadre. Et pour ce qui est de la gestion du tabagisme, je vois là pour les professionnels du secteur comme pour les acteurs en prévention l'opportunité de penser de nouvelles pistes d'intervention, entre autres hors de la simple dichotomie “j'interdis/j'autorise”, hors du “de toute façon, il ne leur reste plus que ça”, du “il y a d'autres priorités concernant ce public” ou encore de la croyance bien commode selon laquelle “les individus porteurs d'une affection

mentale ne souhaiteraient pas arrêter², hors même de la seule approche sanitaire... Il s'agit d'abord d'être conscient du fait que la cigarette, objet transitionnel par excellence au sein de l'institution, joue certes elle aussi parfois un rôle dans la relation thérapeutique, ce qui lui octroie un certain bénéfice, à reconnaître. Parallèlement, chacun le sait, les impacts de la consommation active ou passive de tabac en termes de santé et de bien-être ont été démontrés, avec des risques spécifiques pour les patients psychiatriques. Ces constatations révèlent à quel point la problématique du tabac dans les institutions est source de paradoxes et d'ambivalence, ceci expliquant sans doute partiellement pourquoi les acteurs des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie se sont toujours trouvés dans une situation inconfortable face à cette question et pourquoi ils préfèrent généralement l'évacuer.

On l'a dit, banaliser, promouvoir ou se contenter d'interdire, sans autre réflexion, l'acte de fumer en institution revient d'une certaine manière à éluder la question de la gestion du tabagisme, du moins dans ce que celle-ci peut avoir d'intérêt au-delà de la seule problématique sanitaire. Or, il paraît tout à fait envisageable d'être dans une démarche de remise en question du tabagisme sans confondre cela avec une volonté d'interdire, mais aussi de reconnaître au rituel de fumer des bénéfices dans la relation thérapeutique sans banaliser ou mésestimer les risques en termes de santé. Il n'y aurait plus d'un côté ceux qui penseraient la consommation de tabac en institution comme thérapeutique en soi ou anecdotique, sans autres considérations et, de l'autre, ceux qui, notamment au nom de son impact sanitaire, plaideraient pour qu'elle soit totalement prohibée. Dès lors, et je vois là l'une des principales pistes de solution, en lieu et place de la consommation pure et simple ou de l'interdiction de la consommation, une réflexion

en matière de gestion du tabagisme serait à utiliser par le professionnel comme levier thérapeutique. Explorer les ambivalences, questionner le tabac, son usage, les représentations à son sujet, penser une diminution ou un arrêt de la consommation peut être thérapeutique en tant qu'élément transitionnel au sein de la relation patient-intervenant et s'inscrire dans le cadre d'une approche holistique de l'individu, de l'institution... Ainsi, dans la perspective d'une démarche motivationnelle, commencer par envisager et reconnaître les inconvénients mais aussi les bénéfices rencontrés dans la consommation de tabac au niveau individuel et au niveau du champ institutionnel, offre la possibilité de mettre en œuvre un mouvement, disons de prospection, visant à inventer ou découvrir d'autres comportements ou alternatives permettant d'atteindre ces mêmes bénéfices sans les inconvénients. Toujours dans cette optique, concevoir l'institution comme lieu de créativité fondé par les liens qui y œuvrent, et comme espace laissant l'opportunité aux intervenants de faire feu de tout bois, rend également possible d'envisager la gestion du tabagisme en tant que prétexte venant enrichir d'autres territoires du champ thérapeutique. Cette dynamique est dès lors susceptible de produire des effets débordant du seul cadre de la diminution ou de l'arrêt du tabac pour l'inscrire dans celui du bien-être global du patient.

2 Concernant la motivation : une méta-analyse (Siru R et al, Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness : a review) reprenant 1247 patients a mis en évidence que la motivation à arrêter de fumer des sujets porteurs d'une maladie mentale était au moins aussi élevée (voire même plus élevée) que dans la population générale.

QUEL AVENIR POUR LA GESTION DU TABAGISME DANS UN CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE CHANGEANT ?

Article publié en 2013

Sébastien LORRIAUX,

Psychologue - tabacologue, Équipe Mobile de Psychiatrie de Leuze-en-Hainaut, Centre d'Aide aux Fumeurs du Grand-Hôpital de Charleroi

Nombre d'auteurs ont souligné la prévalence importante du tabagisme dans la plupart des pathologies psychiatriques et les lourdes conséquences sanitaires que celles-ci entraînent sur les patients (OFT, FFP, 2009). Le tabagisme peut également avoir une incidence sur l'impact et l'efficacité de la majorité des médicaments psychotropes (OFT, FFP, 2009). Malgré cela, il est étonnant de constater que la question de la prise en charge du tabagisme dans le contexte de la psychiatrie reste bien souvent anecdotique (Llorca, 2003 ; Bouvet, 2007).

Pour pallier ce manque, de nombreuses initiatives locales ont vu le jour dans différentes institutions psychiatriques en Belgique, notamment depuis 2009, sous l'impulsion du réseau des Hopitaux Sans Tabac. Il faut espérer que cette dynamique persiste. En effet, bien que les institutions hospitalières puissent être considérées comme le lieu de prise en charge par excellence, d'autres organismes ont vu le jour dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, parmi lesquels les équipes mobiles.

En Belgique, la création de ces équipes est issue d'une réforme récente des soins en santé mentale (www.psy107.be). Le modèle proposé par le Législateur vise à associer davantage les ressources des institutions hospitalières et les services développés dans la cité. En effet, une

des finalités de cette réforme est de favoriser le maintien des patients au sein de leur environnement et de leur tissu social, en portant l'accent notamment sur les notions de travail en réseau multidisciplinaire et de continuité de soins. Cet article ne s'étendra pas plus longuement sur cette réforme ambitieuse mais le lecteur intéressé trouvera des informations complémentaires sur le site internet mentionné ci-avant.

On compte actuellement 16 réseaux en Belgique, regroupant chacun un certain nombre d'équipes mobiles. Ces réseaux se répartissent de cette manière : 7 en Wallonie, 2 à Bruxelles et 7 en Flandre. Je travaille dans l'Equipe Mobile Résonances 2B de Leuze, appartenant au Réseau Partenaires 107. Les 4 hôpitaux promoteurs de ce réseau sont l'Hôpital Psychiatrique Saint-Jean de Dieu (Leuze-en-Hainaut), l'Hôpital Psychiatrique Saint-Charles (Wez-Velvain), le Centre Hospitalier Psychiatrique Le Chêne aux Haies (Mons) ainsi que le Centre Régional Psychiatrique les Marronniers. Cette équipe est accessible à toute personne âgée de 18 à 64 ans et présentant une pathologie psychiatrique. Elle offre au patient un accompagnement thérapeutique personnalisé, dans son milieu de vie, en lien avec son entourage et les différents professionnels.

Nos équipes sont pluridisciplinaires et regroupent psychiatre, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs et aide-soignant. Une équipe travaille davantage au moment de la “crise” (2A) tandis que l’autre suit les patients sur du plus long terme (2B). Les principes du libre choix et de la concertation sont à la base de la prise en charge. Ainsi, le patient peut maintenir son suivi avec son psychiatre, son médecin généraliste, ses services de soins à domicile et toute autre institution de son réseau. En outre, la prise en charge se fait sur base volontaire et le patient est libre à tout moment de mettre fin au suivi. Le patient est donc positionné constamment en tant qu’acteur de son changement.

Le modèle de travail en réseau est construit avec l’ensemble des partenaires sur base du principe de la concertation afin d’assurer la cohérence et la continuité des soins. Ce principe de concertation régit les rapports entre l’équipe mobile de psychiatrie et le patient, entre le patient et les personnes “ressources” pour lui et entre ces dernières et l’équipe mobile de psychiatrie. Elles ont lieu au maximum 3 fois par an et visent à définir un plan de soins et d’accompagnement (autrement dit, désigner explicitement “qui fait quoi ?”).

La philosophie de travail de l’équipe mobile de psychiatrie de Leuze privilégie la logique du “cas unique” : chaque demande est l’occasion de penser la situation d’un patient de manière singulière, en essayant de laisser tout a priori de côté, d’aller à la rencontre d’une personne qui, bien qu’en grande souffrance, est sans cesse considérée comme un sujet de soins et non comme un objet de soins.

Dès lors, comment envisager la question du tabagisme dans ce contexte ? J’aborderai cette question à partir de mon point de vue de psychologue au sein de l’équipe mobile Résonances 2B de Leuze, lequel ne reflète certainement pas l’étendue des situations existantes au sein des différentes équipes. Dans notre équipe, la question du tabagisme ne semble pas être une priorité. Le fait que nous soyons souvent issus

du monde hospitalier psychiatrique peut être une des explications possibles à notre manque d’investissement en matière de questionnement tabagique. La cigarette a bénéficié pendant très longtemps d’un statut particulier en regard d’autres substances à l’hôpital, d’une “certaine tolérance tabagique de la psychiatrie” (Bouvet, 2007). Par exemple, certains auteurs ont mis en évidence que la cigarette a souvent été utilisée pour entrer en contact avec le patient, pour calmer une angoisse, un stress, pour “gérer un moment de crise”, pour amener le patient à participer à des activités, sans que celle-ci ne soit remise en question parce que “c’est tout ce qu’il lui reste” (Deberdt, 2005). Bref, l’image d’un tabagisme qui réduit la dimension essentielle du sujet et qui le dompte, tel un objet obéissant.

Le manque d’informations concernant la fonction que peut avoir le tabagisme dans la vie psychique du patient ou sur les conséquences médicales de sa consommation peut être également une piste d’explication.

Une des raisons du peu d’intérêt que la question suscite chez les membres de l’équipe pourrait également trouver sa source dans le fait que le tabagisme et son sevrage seraient souvent considérés avant tout comme l’affaire du monde biomédical et non comme celui de la psychiatrie. Il suffit de regarder la littérature scientifique pour s’apercevoir que le tabagisme est souvent abordé sous l’angle du somatique, en mettant l’accent sur les conséquences sanitaires et le sevrage en terme de traitements médicamenteux. La plupart des revues de littérature insiste ainsi sur le bénéfice que constitue l’association des traitements pharmacologiques et psychologiques (Stead et al, 2012) mais ces derniers ne sont que très rarement décrits. On parle d’ “intervention comportementale”, de “suivi psycho-comportemental”, de “suivi psychologique” mais tout cela reste flou au point qu’un des seuls critères rapportés pour décrire l’intervention semble être le temps passé par le thérapeute avec son patient !

Une autre explication pourrait être le fait que nous réduirions le tabagisme à un simple com-

portement humain, une “mauvaise habitude” de vie qu’il suffirait de modifier de par son unique volonté. De ce fait, le tabagisme ne constituerait pas un symptôme digne d’intérêt, au même titre que le délire d’une personnalité psychotique mais une “sale habitude”. Par exemple, la littérature psychanalytique ne regorge pas d’auteurs s’étant intéressés au fumeur et à son tabagisme (contrairement à d’autres addictions comme l’alcool et d’autres drogues). Seuls certains auteurs ont véritablement essayé de l’envisager en dépassant le cadre strictement somatique (Bouyer et al, 1997 ; Cognec-Soubigou, 1998 ; Lesourne, 2007 ; Brognon, 2013) mais il est clair que le tabagisme offre encore aux cliniciens de riches et passionnantes perspectives de développement.

Le statut tabagique des intervenants pourrait également influencer leur perception du tabagisme. En effet, certains auteurs ont émis la possibilité d’une influence négative du statut tabagique du soignant sur sa capacité à aborder la problématique du sevrage tabagique du patient (Bourdeux et al., 2001 ; Johnson et al., 2009). Afin d’illustrer ces propos, ces auteurs prennent l’exemple du “moment cigarette” à l’hôpital, souvent perçu comme ayant une valeur thérapeutique en soi et affirment que seuls le sens et la représentation que s’en font les soignants peuvent lui conférer un caractère thérapeutique.

L’intervention au domicile nous offre également un cadre de travail fort éloigné de la réalité de l’hôpital, qui pourrait constituer en soi une entrave à l’abord de la question du tabagisme. En effet, il n’est sans doute pas toujours simple de questionner d’emblée le tabagisme d’un patient, que nous découvrons dans son milieu de vie, dans une phase d’approvisionnement mutuel nécessaire à la construction d’une relation de confiance. La crainte d’être intrusif peut dès lors faire passer cette question du tabagisme au second plan dans le meilleur des cas (en période de post-crise par exemple). Notons, en outre, que le suivi d’un patient au domicile ne nous permet pas de nous “réfugier” derrière l’argu-

ment du cadre de la Loi, du règlement institutionnel de l’hôpital, souvent invoqué à mon sens pour aborder la question du tabagisme ne fût-ce que sous ces aspects restrictifs (exemple : les horaires d’ouverture des fumeurs, l’interdiction de sortir du service dans certains cas, les règles régissant la distribution des cigarettes etc.).

Que dire des patients ? Il est difficile de généraliser mais lorsque le sujet du tabagisme est abordé avec eux, il est rare que ceux-ci coupent court à toute conversation. Au contraire, les patients semblent en demande d’informations, conscients que leur tabagisme peut parfois être hors-norme. Cette question du tabagisme permet également de ne pas se focaliser uniquement sur les “symptômes psychiatriques”.

Concernant notre exposition au tabagisme passif des patients au domicile, mon expérience me laisse penser que les patients ne fument pas systématiquement en notre présence, animés selon moi par la volonté de ne pas nous incommoder, de nous protéger de leur fumée. J’ai sans doute la faiblesse de croire que cette attitude, non généralisable à l’ensemble des patients dont je m’occupe, ne reflète pas qu’un simple souci de “respect des convenances” ...

Il me semble également que les patients ont souvent conscience des problèmes émanant de leur consommation tabagique, que ce soit sous l’angle médical (conséquences sur la santé), financier (une partie importante du budget, à négocier éventuellement avec un administrateur de biens), du sentiment de se sentir dépendant d’une ou plusieurs substances et de perdre une partie de son libre-arbitre, etc. Il n’y a pas toujours un désir clair d’arrêt tabagique mais plutôt une ambivalence manifeste qu’il est opportun d’aborder avec eux (courante au sein de la population générale des fumeurs).

Face à ce constat, quelles pistes peuvent être envisagées ? Il serait sans doute opportun que nous puissions bénéficier de formations théoriques (éléments de tabacologie) et pratiques (entretien motivationnel, par exemple) afin de

se sentir plus armés pour aborder sereinement la question du tabagisme, dans une optique non culpabilisante et moralisatrice ou réduite à sa seule dimension médicale. Cela nécessiterait également que le tabagisme puisse être envisagé dans toute sa complexité et non pas réduit au seul modèle biomédical, dans une vision de causalité linéaire de style “stimulus-réponse”.

Cette idée d'une vision privilégiant la complexité à la simplicité suppose d'accepter de s'écarter de l'aspect systématique d'une prise en charge standardisée, définie par un protocole, un arbre décisionnel, au profit d'une certaine dose de créativité chez l'intervenant (Gori, 2011). Cette créativité s'apparente certainement à une prise de risque pour ce dernier, qui ne cherche pas alors à se réfugier derrière l'argument d'autorité mais qui reste ouvert aux solutions qu'a pu développer le patient, de manière sincère et authentique.

Enfin, en tant qu'intervenant au sein d'un réseau dont il est un des maillons, il est important que ce dernier puisse avoir une connaissance des ressources à disposition du patient pour l'orienter à l'occasion vers une aide spécialisée, qu'il s'agisse d'un tabacologue, de la ligne tabac-Stop, d'un groupe d'entraide voire d'un psychothérapeute.

Bibliographie

Bourdeux C., Martineaud L., Lagrue G., Ruffier des Aimes Y., Molimard R. (2001). “*La cigarette, un inter-dit thérapeutique ?*”. Soins Psychiatrie, numéro 214, 05-06, p 17-35.

Bouvet C. (2007). “*Tabagisme et psychiatrie. Question ouverte*”. L'information psychiatrique, volume 83, numéro 1, p 41-47.

Bouyet S., Gaffet A., Denis C. (1997). “*Anthropologie du tabac*”. Ed ; L'Harmattan, Collection Santé, Sociétés et Cultures, Paris, 256 p.

Brognon P. (2013). “*La cigarette. L'arbre qui cache la forêt ...*”. Acta Psychiatrica Belgica, volume 113, numéro 1, p 5-14.

Brognon P. (2019). “*Le fumeur : essai d'anthropologie*”. Ed. L'Harmattan, Collection Psychologiques, Etude (Broché), Paris, 236 p.

Cogneau-Soubigou D. (1998). “*Le tabagisme et ses paradoxes. Une approche psychosomatique*”. Ed. L'Harmattan, Collection Emergences, Paris, 182 p.

Deberdt J.-P. (2005). “*L'hôpital psychiatrique sans tabac*”. Pratiques en Santé Mentale, volume 51, numéro 4, p 13-16.

Gori R. (2011). “*La dignité de penser*”. Ed. Les Liens qui libèrent, Collection Babel, Paris, 187 p.

Johnson J.L., Malchy L.A., Ratner P.A., Hossain S., Procyshyn R.M., Bottorff J.L., Groening M., Gibson P., Osborne M., Schultz A. (2009). “*Community mental healthcare providers' attitudes and practices related to smoking cessation interventions for people living with severe mental illness*”. Patient Education and Counseling, Volume 77, Issue 2, p 289-295.

Lesourne O. (2007). “*La genèse des addictions. Essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues*”. Presses Universitaires de France, Paris, 260 p.

Llorca P.-M. (2003) : “*Tabagisme et pathologies psychiatriques*”, in Perriot J. (coord.), Llorca P.-M., Boussiron D., Schwan R. “*Tabacologie et sevrage tabagique*”, Ed. John Libbey Eurotext, Collection Pathologie Science Formation, Paris, p 158- 163.

OFT, FPP (2009). “*Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Conférence d'experts*”. Centre des congrès de La Villette, Paris. OFT Entreprise, Paris, 224 p.

Stead L.F., Lancaster T. (2012). “*Combined Pharmacotherapy and behavioral interventions for smoking cessation*”. Cochrane Database of Systematic reviews, issue 10, p 1 -90.

<http://www.psy107.be> “Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins”.

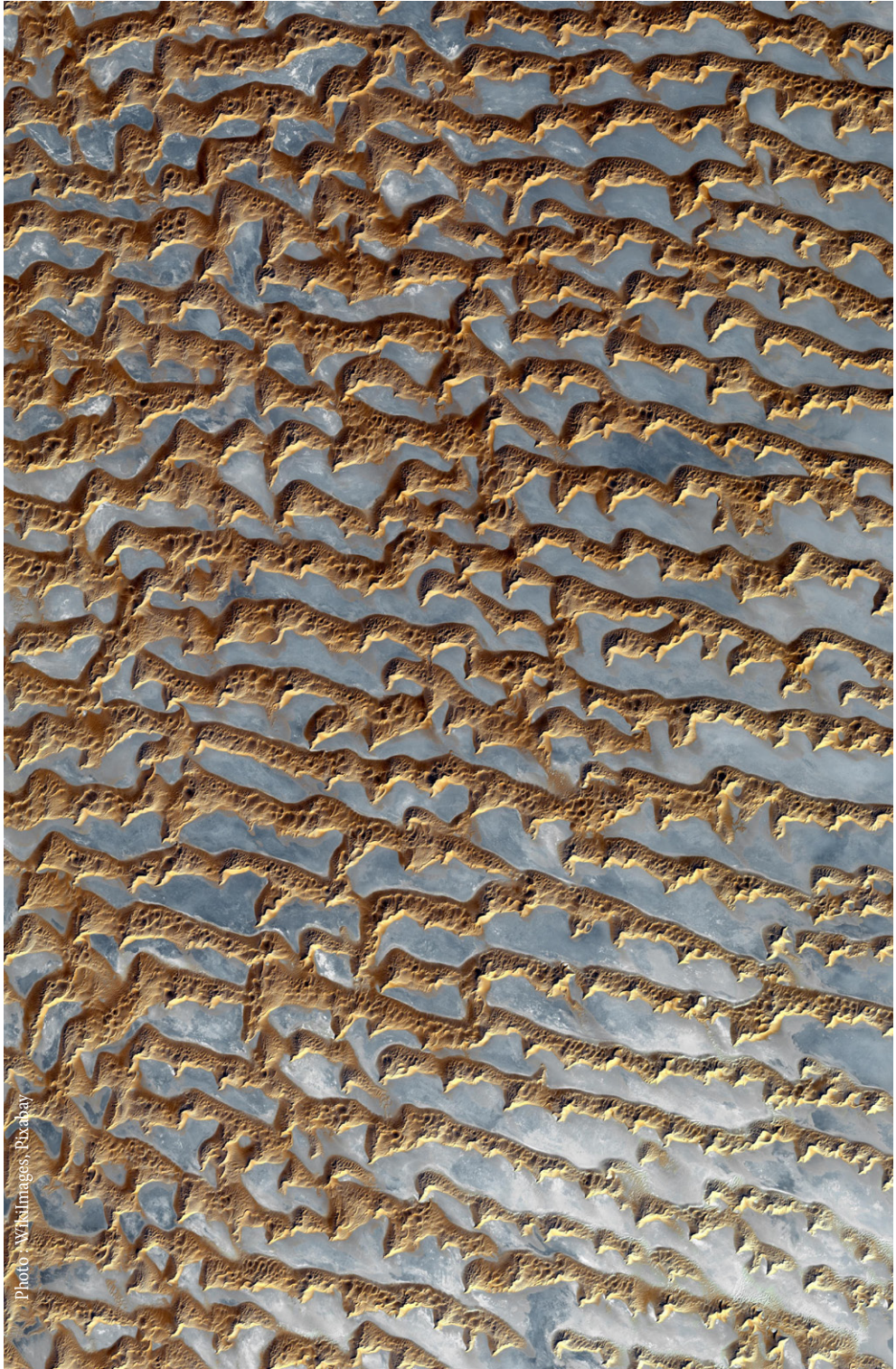


Photo: Whimoges, Rbabay

LE TABAC DANS LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE EN SANTÉ MENTALE

Article publié en 2013

Irina STEFANESCU

Service de Santé Mentale “La Gerbe”

Lorsque Monsieur Dumont m’a proposé de vous rejoindre, c’était pour prolonger un échange qu’il entamait avec les Services de santé mentale bruxellois (à la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones via la Ligue de Santé Mentale). Son initiative visait à créer des ponts entre ce domaine et les initiatives du Fonds des Affections Respiratoires “contre le tabac”, elles-mêmes placées dans le contexte culturel et social. Le pont est créé dès lors que nous sommes informés et avertis du potentiel de différents cadres de travail. Pour mieux se connaître, il nous a paru opportun de présenter le travail dans un service comme le nôtre, y compris la position de fond quant aux collaborations possibles et face au symptôme lui-même. Nous ne pouvions pas d’emblée nous déloger davantage, puisque nos missions sont différentes ainsi que la façon de considérer le symptôme, mais aussi pour préserver une façon d’envisager les collaborations professionnelles dans la société.

L’exposé tend à illustrer en quoi “la lutte contre le tabac” et le “dialogue thérapeutique” procèdent de visées différentes mais non contradictoires. Le lien entre les politiques de santé publique et le “colloque singulier” n’est pas un consensus ni une opposition. C’est la capacité professionnelle de maintenir une hétérogénéité indispensable à l’équilibre psychique et à la créativité du sujet, d’où l’intérêt de montrer ces

leviers tant sur le plan de la prévention que du traitement.

Notre témoignage clinique s’inspire de la pratique dans un service de santé mentale généraliste ayant la particularité d’une grande variété de prises en charge en plus de la consultation. La plupart sont nées et remodelées dans la rencontre avec la psychose. Dès lors, l’apport de cette pratique à la problématique qui nous occupe concerne autant les enseignements de la pathologie que les propriétés du cadre de travail. La pathologie psychique éclaire sur des mécanismes faisant partie du fonctionnement de l’humain et qu’il convient de ne pas négliger, que ce soit en psychiatrie ou ailleurs. Notre pratique comprend des cadres formels et non formels, ayant des convergences sur le plan de la place donnée au symptôme apparent et à l’analyse de l’attitude professionnelle. En fait partie l’analyse de notre attachement à l’idée du bien pour le patient, de la guérison, de rétablissement, de contrôle ...

Psychothérapie

Le côté “mieux connu” de notre métier est la consultation psychothérapeutique. J’en dis un mot pour ensuite m’attarder davantage aux côtés moins connus. La psychothérapie -analytique- considère la dépendance au tabac comme un symptôme apparent intégré dans l’aménagement psychique, pris dans les rets d’un fonctionnement complexe et singulier, ancré aux confins

du somatique et du psychique. La dépendance au tabac est un symptôme apparent que nous considérons comme “la partie visible de l’iceberg” ; nous ne savons pas travailler seulement en nous y limitant. Nous y reviendrons.

Le patient qui aurait consulté un tabacologue choisit de nous en parler, ou non, dans le décours de la thérapie qui reste attentive à cela comme à tout ce que le patient agence dans la structure psychique ...

En même temps, nous n’avons pas d’offre spécifique centrée sur le tabac, sur le haschich, l’alcool, la drogue ou toute autre dépendance ...

Notons aussi que nous ne faisons pas de psychanalyse au sens strict. C’est une référence et ce, sur fond de sciences humaines. Il se peut bien évidemment que le tabac y soit le sujet central de travail, mais les demandes explicites concernent plus souvent l’alcool que le tabac.

Lorsque le tabac arrive à l’avant plan de “nos soucis” il ne va évidemment pas rencontrer de la part du thérapeute la même attitude, volonté, genre d’écoute, façon de répondre, que chez le tabacologue. La même parole dite à son ami, à son psychanalyste, à son voisin, à son tabacologue, à son médecin ... ne produit pas les mêmes effets ! Les “rôles”, dira-t-on, sont différents. Tenir son rôle, c’est important. Les offres d’aide ne doivent pas nécessairement former un ensemble complet et homogène, elles ne visent pas à se compléter à tout prix pour “encercler” le chemin vers la guérison, mais à laisser la possibilité du patient de les investir de façons différentes. La synthèse en sera éprouvée par le patient qui y prend appui psychiquement pour créer son “contexte de compensation” (l’expression vient d’un patient qui cherchait de nouveaux appuis dans la vie quotidienne). La vie et les milieux de soins ont donc à laisser respirer le psychisme, l’élaboration de l’issue favorable n’étant pas sous le contrôle direct du soignant.

Le milieu de soin

Devant le symptôme psychique, on ne peut s’en tenir à un plan de maîtrise du symptôme apparent tel qu’il résulte de la réduction scienti-

fique - nécessaire pour maîtriser par exemple le diabète.

Dans ce même esprit, l’ensemble du “dispositif” de La Gerbe se distingue bien d’une offre de circulation pavillonnaire du patient, se gardant de lui prescrire un “all in” dans une enceinte. Il ne ressemble même pas à une polyclinique. Une description de l’ambiance vous permettra de saisir des propriétés du milieu de soins que nous tenons pour bénéfiques autant à l’intérieur de la constellation institutionnelle que sur le plan de la place des services et dans la culture et dans la société.

Il existe des patients qui ne rentrent pas dans le canevas de la consultation. La Gerbe a choisi d’en tenir compte dès sa naissance dans le quartier. La pratique éprouvée durant 40 ans à La Gerbe vit dans le tissu social, médical et culturel comme méthode ambulatoire de fait, inscrite dans la durée et la régularité. La structure comporte des zones non formelles et garde une plasticité élevée, due en partie à la liberté des professionnels de tenir compte de la psychose. La Gerbe est une sorte de constellation, qui fonctionne avec trois pôles :

- la “permanence” quotidienne ;
- les consultations sur rendez-vous (dialogue thérapeutique au sens usuel du terme) ;
- de nombreux autres lieux : artistiques, troisième âge, “communautaires”, habitations protégées ... Ces projets évoluent avec les patients, leurs cadres respectifs ne comportent pas d’obligation de résultat (au sens d’une productivité directe). Assez paradoxalement, on y trouve les effets “positifs”.

Nous misons sur la capacité de se “décompléter” suffisamment pour que le patient trouve “l’oxygène” nécessaire à la création de ses issues favorables ... On compte sur une plasticité du milieu soignant et une attention portée à la façon unique dont le patient s’appuie sur les lieux et les rencontres. Une hétérogénéité est indispensable, entre les lieux, entre les vocations des lieux de soins. A l’opposé, lorsqu’un système est trop homogène à force de vouloir la même chose, de tout savoir, de planifier pour

le meilleur, la dérive est de croire que l'on sait mieux que le patient et à l'avance comment va-t-il se débarrasser de son symptôme. Pensez à des vœux politiques ou autres, qui demandent au soin d'imiter le processus de production maîtrisé dans sa finalité, pour en faire la transcription en soins psychiques : ces pensées ne rassurent qu'elles-mêmes ... Loin d'une logique de "parcours fléché", les professionnels et les patients saisissent les opportunités d'agencer les points de soutien dans les lieux de la Gerbe et ceux de la société complexe (souvent très rude pour nos patients). Le paradoxe est qu'il y a un effet thérapeutique en absence d'injonction normalisante, en absence d'un plan de volonté commune. Les différentes activités créent une réelle "différence de potentiel", facilitant les possibilités de réaménagement psychique.

L'apport de la "permanence"

En dehors de leurs consultations sur rendez-vous, les psychologues et les assistants sociaux assurent à tour de rôle l'accueil quotidien sans rendez-vous 8h/ jour, pour toute personne qui se présente ou qui téléphone. C'est un lieu précieux du dispositif global, sinon le pivot.

Sans la permanence, certains patients n'auraient pas la possibilité d'adresser leur demande, ceux qui n'entrent pas dans le canevas des rendez-vous. En effet, l'accessibilité est bien plus qu'une affaire d'honoraires modestes ou de proximité ... L'absence de liste d'attente est due notamment au fait que le patient rencontre directement le professionnel. La "première ligne" (premier contact, accueil ou consultations "spontanées", non planifiées) et la "deuxième ligne" (suivis, consultations sur rendez-vous) sont assurées par la même équipe : chaque professionnel a dans son horaire des "consultations" et des "permanences".

À la permanence, les interventions ne sont pas éthiquement différentes des consultations ; c'est le cadre qui est différent. Même si le permanent est au milieu de tout ce mouvement qui nous a valu le surnom d'"auberge espagnole", c'est bien

la teneur clinique des entretiens qui distingue ces interventions d'un accueil au sens commun. Quelques patients qui ne viennent ni à la permanence ni à la consultation, ni à un autre projet, viennent et disent qu'ils viennent "à La Gerbe" ...A la permanence, je peux être surprise par le tournage vidéo qui ce jour démarre ici, m'étonne des sténopés placés là, sur les murs. Je salue un patient assis sur le banc, prenant son thé en silence et caressant le chat. De l'Atelier, quelqu'un passe dans le patio pour respirer ; les voix l'envahissent, l'angoisse prend corps ... M'appellera-t-il, irais-je auprès de lui ... ?

Quel que soit la façon dont un patient arrive, il n'y a pas d'exigence de "bonne demande" mais de saisir les premières amorces de travail avec le patient ou bien la suite aux séquences précédentes. Il y a des patients qui viennent plusieurs fois par jour ou tous les jours, ou qui restent une demi-journée ... Nous ne pratiquons pas la scission formelle entre le moment de "l'analyse de la demande" et le "suivi", dans la mesure où "l'orientation" ne procède pas d'une logique formelle de dispatching. Et en aucun cas, réduire la demande à ses apparences car elles risquent un mariage rapide à une offre tellement "adéquate" que le champ subjectif d'élaboration en serait déjà colmaté !

La permanence engage au travail à plusieurs, que ce soit en simultané ou en alternance au sein de la Gerbe ou bien avec l'extérieur. Au fond, travailler à plusieurs est avant tout l'analyse de la façon de se placer dans l'univers du patient, parmi les ressources du monde médical, culturel, des autres projets de La Gerbe, voisinage, etc.

Quels lieux, quel mouvement ...

Une maison assez typique de Schaerbeek, des locaux autour d'une cour intérieure ... Des bureaux différents dont un "aquarium" de permanence, le patio (avec la niche du chat et le banc), la cuisine et l'entrée de l'atelier, la salle des réunions ... Une chance pour la dynamique générale. On en a fait des lieux à savoir

des endroits où il s'est passé quelque chose qui compte, et qui peut se relier psychiquement à d'autres choses qui comptent ... Parfois même sans parole aucune. (C'est loin du contrat signé avec le patient ...).

Combien il est précieux pour un clinicien, de pouvoir choisir le lieu d'un entretien ! Par exemple, un patient angoissé ne peut adresser la parole que sur le pas de la porte, ou seulement si la porte est ouverte ... Un autre arrive en trépanant, il n'est pas question de s'asseoir, mais plutôt d'emboîter le pas dans la cour, ou de s'asseoir sur le banc. Ou encore pouvoir rester mutique et observer avant de dire pourquoi il arrive à La Gerbe ... Pour d'autres, un local confiné convient mieux ...

Coté activités, on peut transformer la salle commune au gré des activités, improviser un laboratoire photo dans la cave où un barbecue dans la cour, etc. Un lieu est ce qu'on en fait mais faut-il encore savoir le défaire au profit des versions successives. Oui, l'espace devient outil maniable¹ selon les cas. Mais dans chaque cas, la circulation n'est efficace que si le patient peut prendre appui sur un contexte suffisamment dialectisé lui-même, pour relancer et supporter des dialectiques qui sont loin d'aller de soi. Les constats à ce propos feraient l'objet d'un travail à part et concernent directement les états dissociatifs, à grande labilité psychique, notamment. L'attitude professionnelle est censée se débrouiller avec le passage d'un pôle à l'autre (ne fût-ce qu'entre le prévu et l'imprévu de la journée, voire avec leur simultanéité). A l'accueil de la psychose, le temps subjectif nous apparaît directement à l'avant plan. L'éternité et la seconde fusionnent, le présent n'est plus un pli entre le passé et l'avenir. Se mouvoir induit aussi un rapport au temps et, pour certains patients, des effets de scansion ont lieu. Le temps, l'espace restent des "outils" au même titre que notre présence engagée au fil du transfert.

1 Les effets pourraient-ils en être les mêmes si l'on avait des bureaux identiques alignés sur un couloir ?

Que dire en premier lieu, des fumeurs dans le patio de la maison ? Que ce moment se trouve précisément à la croisée des trajectoires ... et non pas dans un appendice infecté de la structure. Et que c'est dans l'ensemble du dispositif (lui-même toujours pensé comme ouvert et assez "oxygéné" que la dépendance trouve à s'atténuer. On est toujours surpris des investissements de lieux et de personnes que le patient fait, pour trouver sa façon de se soutenir. Le café et la cigarette étaient associés jusqu'il y a peu, dans des habitudes tolérées socialement. Il y a trois décennies, les professionnels fumaient encore en réunion. Beaucoup de café (dont une part décaféiné) circule toujours dans les structures d'accueil dès qu'il s'agit d'un milieu convivial. Lorsqu'une campagne secouera ces habitudes ...

Au-delà du consensus

Quand il parle, l'homme dit toujours plusieurs choses à la fois, son symptôme aussi. Chose acquise en sciences humaines, la parole n'est pas synonyme de communication (qui peut être univoque) puisque l'être humain ne vit culturellement que dans la polysémie symbolique. La thérapie analytique compte d'emblée avec le rapport du sujet à son "surplus de dire" : cela même qui dans son discours lui échappe, le fait souffrir ou au contraire améliore les solutions subjectives. Considérer le "surplus de dire", le convoque et ouvre le travail. En thérapie analytique, le thérapeute considère à la fois la communication dans sa vocation de réduire le malentendu, aussi bien que la polysémie dont le patient l'entoure. En effet, les deux appartiennent au sujet.

Dans la psychose, par exemple, l'appui sur le consensus du langage est mis à mal. Le discours glisse sur l'étrier de la langue, le sujet essaye de border l'angoisse alors que le monde n'a plus de clé de voûte. La signification des mots est problématique. Si notre action pariait exclusivement sur le volet de l'entente consensuelle, la rencontre et le dialogue thérapeutique seraient compromis. Notons au passage, que la rencontre

avec la volonté et le pouvoir de l'autre, est une donnée existentielle qui dans la psychose n'est que plus flagrante. Cela met la volonté du thérapeute à une "drôle de place" dans le transfert, aussi persuadé qu'il fût de la bonne direction à indiquer au patient. C'est la dialectique même intersubjective qui est mise à mal, avec son cortège de défenses. Ce n'est donc pas tellement ce qu'on lui veut, c'est le fait même de lui vouloir quelque chose. Le délire répond à cette question abstraite "que me veut-il" question qui se pose dans la relation d'objet mais ne reçoit pas la même réponse psychique dans les différentes architectures psychiques. C'est par ce biais, par exemple, qu'une injonction normalisante devient insupportable pour le sujet (et les collaborations professionnelles en tiennent compte).

Sachant que le symptôme a toujours "de bonnes" raisons de se maintenir (l'anorexique tient plus au symptôme qu'à sa vie...), il s'agit de saisir son rôle dans l'architecture subjective, compte tenu de ces complications internes du sujet que sont le non-sens, l'ambivalence, la contradiction, l'ancrage pulsionnel, le malentendu fondamental apparu en même temps que la parole humaine.

Enfin, restons attentifs au contact avec ce qui dans la culture vient soutenir le sujet, dans les processus microculturels de la communauté de vie, de la société.

Conclusions

Nous ne sommes spécialistes que de cette façon d'être généralistes de la santé mentale. Donner à la plainte, à la demande, au symptôme la possibilité d'évoluer, de s'élaborer pour que le sujet trouve des issues moins pathologiques... Si le "colloque singulier" met à la disposition du sujet des reflets de vérité subjective, il peut prendre place dans une structure de soin qui veut maintenir sa plasticité, en lien souple avec les autres possibilités de l'univers du patient (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution), à leur tour à situer dans la culture. D'où l'intérêt de ne pas céder à l'attrait de parcours et filières fléchées,

de collaborations exclusives et traitements standardisés qui étoufferaient aussi rapidement que s'étiolerait l'art de soigner.

L'objet central de travail en santé mentale dont la psychiatrie, est l'angoisse - qui marque le rapport du sujet au monde. Pour ce faire on a besoin d'une attitude qui devient opérateur dans le transfert. Le symptôme apparent -par exemple le fait de fumer- perd son pouvoir tyrannique si le réaménagement psychique se débrouille finalement avec l'angoisse, l'angoisse comme noyau du psychisme dans un fonctionnement complexe et singulier.

C'est ainsi que nous pouvons accompagner le patient "jusqu'au seuil de ses choix", chercher à préserver les possibilités de subjectivation et de créativité, laisser "respirer le psychisme" et modeler les institutions en ce sens. L'expérience psychotique radicalise la question du sujet dans le monde, nous n'y saisissons que mieux la nécessité d'une disponibilité à la rencontre et d'appuis aux solutions toujours surprenantes que le patient trouve à ses impasses. Finalement, la pathologie ne montre que plus directement ce qui met dans l'embarras l'humain. S'il est connu que l'homme "ne veut pas ce qu'il veut", que la volonté ne suffit pas pour se débarrasser du symptôme, que l'incohérence, la labilité, le malentendu, le manque d'harmonie, sont bien là comme la partie invisible de l'iceberg... Que doit-on en faire ?

Le choix éthique de tout un chacun y compris les professionnels est soit de considérer ces embarras comme un bruit, un bruit à réduire afin de produire l'harmonie du son... Ou bien, le considérer comme l'essence même de notre travail! C'est évidemment cette deuxième option qui nous inspire. Comment ignorer la complexité humaine, la créativité du remaniement subjectif? Autant de sujets de formation, défis de l'avenir.

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

Article publié en 2018

Dolorès CORSO, Céline CORMAN & François DEKEYSER¹

Considérations liminaires

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

La détresse psychiatrique – à laquelle se conjugueraient la déficience intellectuelle augmentée par la vie carcérale (en défense sociale) ou même intrinsèque à la personne surexposera les personnes aux promesses, aux rituels ainsi qu'aux effets du tabac. Mais qu'ils aient raison de la vie du patient dans un cas sur deux n'empêche apparemment pas certains professionnels de sacrifier le plaisir qu'apporte le tabagisme et les moments dédiés, lesquels entretiendront la visi-

bilité, la tentation, la dépendance et les connotations positives entourant la fume². Au-delà de la mortalité qu'il entraîne, faut-il rappeler que **le tabagisme est de nature épidémique ?**

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

Motivation, sentiment d'efficacité personnelle et priorité

Voici listés **les trois leviers du changement de comportement**, bien connus des addictologues. Ils s'appliquent à tout consommateur dont l'équilibre ou la santé (le bien-être) est menacé par la place que prend le produit/le comportement. Primordiale est évidemment l'envie de se défaire de l'habitude ou, pour le moins, de mieux la gérer. Mais, si elle est *nécessaire*, la

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

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

motivation n'est pas *suffisante*³ : un défaut d'efficacité subjective – un sentiment d'impuissance – en effet, compromet le succès du sevrage ou des aménagements visant la consommation litigieuse. “*C'est pas que je ne veux pas, c'est que je ne peux pas : je n'y arrive pas, je n'y arriverai pas !!*”. Le dernier paramètre à considérer se rapporte à la temporalité : “Je m'y attèlerai plus tard ; ce n'est pas le moment...”. Le challenge est éclipsé par des préoccupations jugées prioritaires.

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

Philosophie de l'accompagnement

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

Les objectifs spécifiques sont de permettre au consommateur : (1) de mettre au jour son ambivalence à l'endroit de la fume (objectivation des fonctions que remplit son tabagisme et des motivations personnelles au changement) ; (2) d'entrevoir des réponses alternatives et d'aug-

menter ses ressources afin (3) de se dégager graduellement de l'addiction, de ses rituels.

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

La démarche est constructiviste et vise à l'autonomie de l'institution. Notre apport, au-delà de la formation des professionnels, peut embrasser l'animation, la coanimation de groupes de patients.

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

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

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

Le format de groupe et ses déclinaisons

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

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

LE GROUPE "INFO-TABAC"

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

Une séance d'une heure y est **imposée** à tous les nouveaux arrivants : une heure au départ de questions, remarques ou témoignages amenés par un groupe de quatre à dix patients – parfois défensifs au seuil de l'animation, mais finalement conquis par le climat non-directif de la séance. Durant cette heure, nous aurons l'occasion d'aborder la polyconsommation, les étapes et leviers du changement de comportement, les ressources et les méthodes ainsi que le coût minimisé de l'aide à l'arrêt tabagique.

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

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

"Vous pensez quoi de la cigarette électronique ?"

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

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

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

Ses inconvénients : Les limites de toute approche "*one-shot*" sont connues.

LE GROUPE DE PAROLE, OUVERT

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

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

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

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

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

Ses inconvénients : Ils sont mineurs. Pour l'animateur, il s'agit d'accueillir sans préparation tout ce qui sera déposé : divers supports d'animation prêts à l'emploi sont les bienvenus. Pour les patients : le caractère non contraignant de ce rendez-vous et du phasage à suivre peuvent amener des personnes à zapper la séance : *"j'irai la fois prochaine..."*.

LE GROUPE (FERMÉ) DE MISE EN PROJET

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

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

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

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

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

Ses inconvénients : Le module exige un investissement dans la durée de la part des

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

soignants car, d'une séance à l'autre et même à l'issue du module afin d'en pérenniser les bienfaits, l'équipe entière, attentive aux efforts des patients, devra se mobiliser : l'encouragement relatif aux défis, l'intégration des aménagements vaut pour chaque patient.

VARIANTE, AVEC UN ENJEU D'EXPRESSION RELEVANT DE L'ART-THÉRAPIE

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

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

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

Convergences et conclusions

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

Balisée, la route est plus rassurante :

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

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

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

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

"Si toi tu y arrives, pourquoi pas moi ?" ;

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

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

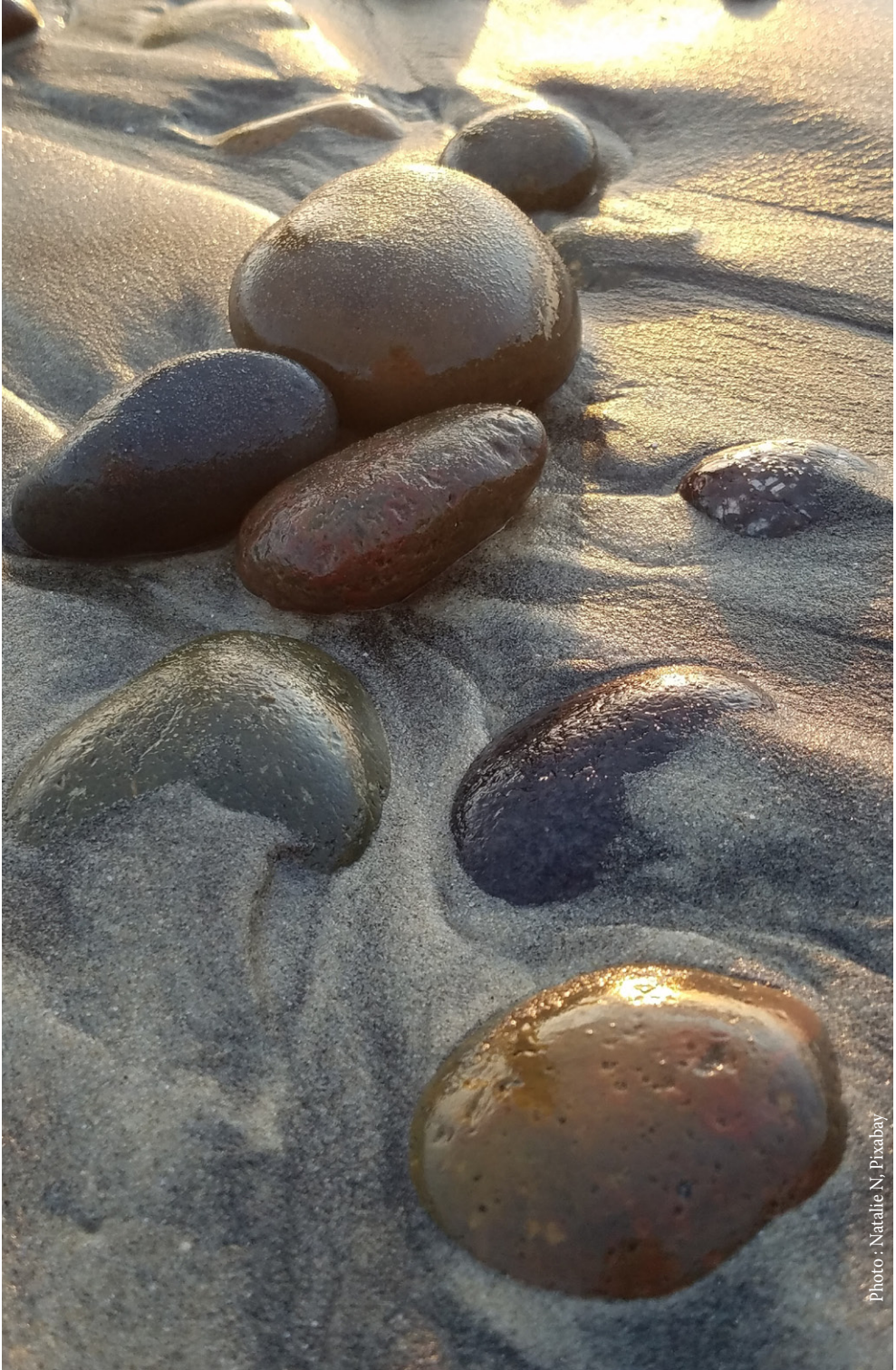


Photo : Natalie N. Pixabay

TÉMOIGNAGE DE MADAME R.

Article publié en 2017

Ma vie a très mal commencé. Mon père psychiatre, ma mère fumeuse invétérée et compulsive (5 paquets/jour)... Une famille sans structure, faible... folle...

J'étais considérée différemment que mes frères et sœurs. J'étais la Cosette des Thénardier et j'avais pour mère Folcoche (Vipère au poing). Enfant, je dormais dans un grenier sans électricité ni chauffage.

Mon père était morphinomane et alcoolique et c'est à partir de l'âge de 4 ans que je lui plaçais son garrot pour qu'il puisse s'injecter la morphine.

À l'âge de 12 ans, mon père se suicide. Pour moi commence alors la pension à temps plein et la rage de me battre.

À 23 ans je commence une psychanalyse. Je rencontre mon futur mari "psychiatre et psychanalyste". Peu à peu mes démons familiaux me rattrapent. Je commence à boire et la collocation suit... J'ai fréquenté 8 ou 9 hôpitaux : électrochocs, camisole chimique et surtout non compréhension.

Très vite, à la place d'hospitalisée qui était mienne, j'ai été très surprise en découvrant la scission qu'il y avait entre fumeurs et non-fumeurs. 90 % des patients fumaient et 10 % erraient. Je faisais partie de ces derniers.

J'observais sans adhérer et remarquais que les fumeurs étaient dans un cocon léthargique et un grand état de régression. Ce qui leur était proposé pour les aider à sortir de leur souffrance n'était pas assez puissant pour qu'ils puissent quitter leur compagne, la cigarette.

J'ai entendu souvent cette réflexion exprimée par les infirmiers "ils sont calmes au fumoir"... J'interprétais cela comme "ils nous laissent tranquilles". Petit à petit j'allais visiter ce fameux temple fumoir, par dépit, tristesse, isolement... C'est sans m'en rendre compte que je suis rentrée dans la communauté des fumeurs. L'hôpital m'avait fait perdre ma liberté et j'étais aliénée une seconde fois. Je régressais moi aussi avec mon petit objet transitionnel.

Laisser fumer les patients c'est une façon destructrice de gérer leur anxiété, leurs angoisses et surtout de ne pas y être confronté.

Pour moi, il faudrait trouver un palliatif "douceur" pour gérer les moments difficiles autrement que par le tabac et la chimie. Mais que proposer ?

Il arrivait parfois qu'un membre du personnel (médecin, psychiatre...) vienne fumer avec les patients. Pour moi, ce n'est pas acceptable ; ce n'est pas une relation saine, ni une relation de soin.

Je repose alors cette question : "que faire ?". Peu de choses ont été engagées dans ce sens et je reste sans réponse.

Quatre ans plus tard, je reprenais ce que je croyais être ma liberté ! Je fumais et je buvais encore...

Je passerai le calvaire que j'ai vécu seule dans un meublé, sans voir mes enfants, ponctué par des agressions, viols et autre destruction.

Puis, je rencontrai un homme avec qui je vécus 20 ans (décédé en 2016) ; il était alcoolique et fumait.

Après 4 ans de vie commune, avec une très grande lucidité, je réalisais que j'allais mourir (cigarettes, alcool, codéine, Sassi...). C'était MARCHE OU CRÈVE... Et je marchais. C'était les premiers pas dans le travail énorme de résilience. Parfois je pensais ne plus pouvoir avancer, mais avec l'énergie du désespoir je grattais le sol et de petites nappes phréatiques de résilience apparaissaient.

C'est un travail sans fin, mais depuis 15 ans je ne bois plus et depuis 3 ans je ne fume plus.

Ma vie est très simple, il me manque tout mais je n'ai besoin de rien. Je suis entourée par mes enfants, mes petits-enfants, ma psychanalyste, des amis...

La vie n'est pas rose tous les jours mais je respire, je ris, je vis, je "suis" simplement et cela n'a pas de prix.

Il y a une chose dont je voudrais parler, c'est de mon propre arrêt du tabac, je devrais plutôt dire "les arrêts". Il y en a eu beaucoup, mais je n'avais pas profondément la conviction de pouvoir vivre sans fumer.

J'ai essayé seule, avec des substituts également, mais sans résultat.

Et puis un jour, j'en ai eu vraiment marre de fumer, de l'image que j'avais de moi qui ne correspondait pas avec mon mode de vie – assez sain.

J'ai donc contacté Tabacstop et accompagnée par une tabacologue pratiquant la pleine conscience (je trouve qu'il faut être soutenue humainement et encouragée) je suis sortie du monde des fumeurs.

Depuis, je me sens libre, j'ai retrouvé des sensations perdues ; le goût, l'odorat et le souffle (je suis asthmatique). J'ai aussi rattrapé le temps perdu à fumer. Et surtout je me sens également beaucoup plus présente à moi-même.

Comme pour l'alcool, c'est un jour à la fois. Chaque matin, je me dis cette petite phrase "aujourd'hui je ne fume pas".

TÉMOIGNAGE DE MARC

Article publié en 2017

J'ai commencé à fumer à 14 ans en piquant des cigarettes à ma maman, j'en ai 36 maintenant. Mon père et ma mère fumaient. Mon père est mort d'un infarctus foudroyant à 39 ans, j'en avais alors 17. Il fumait beaucoup, comme moi d'ailleurs. J'ai commencé à fumer parce que mes parents se sont séparés quand j'avais 14 ans et j'étais perdu. La cigarette me procure du plaisir, c'est un compagnon.

Évidemment je n'avais pas beaucoup d'argent à 14 ans mais j'ai travaillé très jeune en étudiant pour pouvoir m'acheter mes drogues et mes cigarettes. À l'époque, on vendait encore les paquets de 10 cigarettes accessibles à tous. C'était facile de s'en procurer, comme les drogues illégales d'ailleurs.

J'ai fumé beaucoup de cannabis quand j'étais jeune, pris beaucoup d'ecstasy aussi, un peu de speed et de la coke. J'ai eu des chocs émotionnels... la séparation de mes parents (je vous passe les détails mais en gros, j'ai eu une adolescence de m...) et surtout la perte de mon papa.

Quand j'ai perdu mon père, à 17 ans, les médecins me prescrivaient un antidépresseur et des calmants. Cela ne m'intéressait pas d'en prendre car je me méfiais des médicaments et je m'auto-médiquais avec des drogues légales et illégales sans penser aux conséquences.

J'ai toujours beaucoup travaillé, durement, pour payer ces drogues. À 24 ans, j'ai refait une dépression et pris beaucoup de cocaïne. Cela me ruinait et j'ai été voir un psychiatre pour mes

problèmes d'impulsivité et de toxicomanie car cela m'inquiétait.

Je n'oublierai jamais le 1^{er} jour où je suis allé le voir... Moi qui étais anti-médicaments, il m'a bombardé de médocs ! Entre 4 et 5... des psychotropes, des benzodiazépines, des sédatifs. Je lui dis "Docteur, ce que vous me prescrivez, c'est de la drogue... légale certes mais de la drogue !" Il me répond "Oui mais vous en avez besoin".

Or, mes consommations de drogues illégales ne se sont jamais estompées, que du contraire, cela augmentait considérablement. À l'époque, j'avais 3 jobs : j'étais "Top Model" pour de grandes marques internationales, barman en discothèque et agent immobilier.

Vu que mes consommations devenaient problématiques, en plus de tous mes médicaments, j'ai perdu mes jobs un à un et j'ai refait une dépression. En tout, j'ai été hospitalisé 8 fois en cure de désintoxication. J'ai fait plusieurs hôpitaux, Saint-Michel à Etterbeek, les Hautes Fagnes à Malmédy, Bonsecours à Peruwelz, et la clinique Saint-Pierre à Ottignies.

Ce qui m'a foutu ma vie en l'air, j'ai l'impression que c'est la cocaïne (vers la fin je dépensais jusqu'à 1000 euros/jour, je la fumais à l'ammoniaque, du crack quoi... C'est super fort et intense et très très addictif), mais j'ai aussi l'impression que ma vie a été foutue en l'air à cause des psychiatres. Ils m'ont d'abord diagnostiqué bipolaire et ensuite ont changé d'avis et m'ont diagnostiqué borderline, ils m'ont collé une étiquette.

J'ai réussi à arrêter de fumer une fois 6 mois lors d'une de mes hospitalisations. Peut-être que le fait d'être isolé et sous valium® m'a aidé pour mon sevrage tabagique. J'étais également sous patches. Mais à ma sortie, cela se compliquait car j'avais l'impression que tout le monde fumait.

C'est choquant de voir tous ces fumeurs dans les hôpitaux psychiatriques avec les murs jaunes et une odeur dégueulasse. La cigarette et l'alcool font des ravages au niveau de la santé... Pourquoi on en vend alors ?

Je ne suis que le résultat d'une société de surconsommation, d'une société de drogués... drogues légales ou illégales.

J'ai bu 10 cannettes de bière/jour pendant 5 ans et résultat, j'ai une stéatose du foie. Je fais de l'emphysème débutant à cause de la cigarette. On en vend partout, chez les libraires, les pompes à essence, les magasins de proximité... Je ne trouve pas cela normal !

Là, cela fait 6 mois que je ne bois plus une goutte d'alcool... J'ai réussi à arrêter de fumer 6 jours mais j'ai recommencé par ennui, pour m'occuper, passer le temps, comme une amie ou un compagnon. Elle est vicieuse la cigarette mais me procure, j'ai l'impression, un effet anti-dépresseur !



Photo : Antonios Ntoumas, Pixabay

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

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

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

ACCOMPAGNEMENT DE PROJET MISE EN QUESTIONNEMENT DES ÉQUIPES

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

FORMATION À L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (EM)

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

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

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

Contact : cedric.migard@fares.be

ARTICLES PARUS DEPUIS LE DÉBUT DE LA COLLECTION

Accessibles sur www.fares.be

2009

- Le réseau des hôpitaux sans tabac, J. Dumont
- Colloque du 13 novembre 2009 : Gestion du tabagisme en institution, gageure ou évidence, J. Dumont, Pr P. Linkowski, Dr V. Luystigier, Dr B. Dor, Dr B. Gillain, Pr P. Bartsch
- Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques, Recommandations françaises

2012

- L'hôpital psychiatrique Saint-Jean de Dieu : un peu d'histoire, Dr C. Delanaye
- Le fumeur dans un service de psychiatrie, Dr B. Gillain
- La prise en charge du tabagisme dans un hôpital psychiatrique : l'exemple de l'hôpital Brugmann, Dr V. Luystigier
- Tabac, cessation tabagique et psychiatrie, Dr P. Kangloo, Pr P. Bartsch, A. Bruyère, Dr B. Gillain

2013

- Quel avenir pour la gestion du tabagisme dans un contexte de prise en charge psychiatrique changeant ? S. Lorriaux
- L'accompagnement du tabagisme en défense sociale : expériences et enjeux au sein d'une unité de psychiatrie médico-légale, M. Stitou
- Le tabac dans la prise en charge individuelle en santé mentale, I. Stefanescu

- L'entretien motivationnel infirmier en psychiatrie : transformer l'attente en action, E. Eparvier
- Un projet-pilote autour des substituts nicotiniques, J. Dumont

2015

- L'évolution de la gestion du tabagisme en psychiatrie, J. Dumont
- Gestion du tabagisme en institution. De l'opportunité de faire feu de tout bois, C. Migard
- Le programme E-learning du Fares en santé mentale, Fares
- Témoignage, Dr DN

2017

- Témoignage de Madame R
- Témoignage de Marc
- Témoignage de Patricia

2018

- Des ateliers d'écriture en psychiatrie ? Quand écrire participe à "être mieux avec soi et avec les autres", M. P. Dubucq
- La méditation de pleine conscience, Dr C. Rillaert
- L'abord du tabagisme auprès des patients de psychiatre : l'option du groupe, D. Corso, C. Corman, F. Dekeyser

