

PSYCHIATRIE ET GESTION DU TABAGISME

PISTES DE RÉFLEXION | 2013

DANS LE CADRE DU RÉSEAU FRANCOPHONE BELGE DES HÔPITAUX SANS TABAC

AVEC LE SOUTIEN DU FONDS FÉDÉRAL DE LUTTE CONTRE LES ASSUÉTUDES



SOMMAIRE

1	Introduction – J. Dumont	1
2	Quel avenir pour la gestion du tabagisme dans un contexte de prise en charge psychiatrique changeant ? – S. Lorriaux	2
3	L'accompagnement du tabagisme en défense sociale : expériences et enjeux au sein d'une unité de psychiatrie médico-légale – M. Stitou	6
4	Le tabac dans la prise en charge individuelle en santé mentale – I. Stefanescu	11
5	L'entretien motivationnel infirmier en psychiatrie : transformer l'attente en action – E. Eparvier	16
6	Un projet –pilote autour des substituts nicotiniques – J. Dumont	21
7	Conclusions – J. Dumont	24



INTRODUCTION

Depuis 2009 le FARES a initié une réflexion autour de la gestion du tabagisme dans le secteur des hôpitaux psychiatriques. Ceci assurait la continuité des actions et des démarches construites avec et pour le secteur des hôpitaux généraux. Depuis 2005, dans le cadre du réseau européen des hôpitaux sans tabac (devenu depuis le réseau européen des services de santé sans tabac) les axes de sensibilisation, d'information, de formation, de partage d'expériences ont été développés avec la majorité des hôpitaux de ce qui constitue aujourd'hui la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Si l'objectif central de toute démarche de gestion du tabagisme est de diminuer le nombre de fumeurs et donc l'impact négatif de la fumée de tabac sur les fumeurs actifs et passifs, les stratégies à mettre en place sont bien plus complexes qu'une simple diffusion d'informations. La charte européenne des «hôpitaux sans tabac» reprend les différentes stratégies proposées : la mise en place d'un comité de gestion de la démarche, la définition d'une stratégie et la coordination des actions, l'information large de tous les publics, la mise en place d'un plan de formation à l'abord du fumeur, l'aide au sevrage, l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'hôpital, la continuité et l'évaluation ... et aussi privilégier l'approche motivationnelle à la persuasion.

Si une grande place est donnée aux stratégies institutionnelles il apparaît clairement qu'au cœur de chaque démarche c'est avant tout des individus qui portent les projets. Ce qui m'a permis depuis 2005, autour de la question du tabagisme, de rencontrer de très nombreuses personnes riches de motivation et d'expérience. L'ouverture au milieu de la psychiatrie et de la santé mentale accompagnée de la nécessité de

développer des démarches «plus proches» des institutions et des équipes - entre autres sous forme de séminaires, de rencontres avant tout centrées sur l'échange - nous a offert l'opportunité de rencontrer des soignants investis dans le Soin au sens profond du terme.

Ce troisième recueil présente des témoignages de quatre acteurs privilégiés dans le champ du Soin psychique.

Trois lieux spécifiques sont abordés sous l'angle de la prise en charge du tabac :

- L'externalisation de la prise en charge psychiatrique à travers le projet 107 par Sébastien Lorriaux ;
- L'institution hospitalière psychiatrique dans son cadre le plus contraignant qu'est la défense sociale avec un article de Mohamed Stitou ;
- La place que peut prendre cette question à l'intérieur d'une structure ouverte en santé mentale grâce à Irina Stefanescu.

De plus, un article reproduit intégralement avec l'accord de son auteur, Emmanuel Eparvier, et de l'éditeur original, permet de s'intéresser de plus près à l'entretien motivationnel dans le champ particulier de la santé mentale. L'entretien motivationnel constituant un outil de communication de choix par rapport à tout changement de comportement, y compris le tabagisme.

Finalement, un article résume le projet-pilote réalisé en 2012 et qui avait pour finalité de permettre une accessibilité plus grande aux substituts nicotiques pour les patients hospitalisés en psychiatrie.

Bonne lecture !

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

Sébastien LORRIAUX,

Psychologue - tabacologue, Equipe 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 19 projets en Belgique dont 2 en région bruxelloise et 6 en Wallonie. Je travaille dans l'équipe mobile de psychiatrie du projet 107- Région Hainaut. Les 3 hôpitaux promoteurs de ce projet sont l'Hôpital Psychiatrique Saint-Jean de Dieu (Leuze-en-Hainaut), l'Hôpital Psychiatrique Saint-Charles (Wez-Velvain) et le Centre Hospitalier Psychiatrique Le Chêne aux Haies (Mons). Cette équipe est accessible à toute personne âgée de 15 ans minimum 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. Elle peut être accessible par téléphone 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Notre équipe est pluridisciplinaire et regroupe psychiatre, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs et aides-soignants. Une partie de l'équipe travaille davantage au moment de la « crise » tandis que l'autre suit les patients sur le long terme. 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 prise en charge est l'occasion de penser la situation d'un patient de manière singulière, en essayant de laisser tout apriori 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 de psychiatrie 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 comportement 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 intéressé 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'appropriation 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'argument 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.
- Cognec-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., Bottonff 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.E., 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».

L'ACCOMPAGNEMENT DU TABAGISME EN DÉFENSE SOCIALE : EXPÉRIENCES ET ENJEUX AU SEIN D'UNE UNITÉ DE PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE

Mohamed STITOU,

Infirmier-en-chef de l'UPML HEGOA du CH Jean Titeca

La question de la «gestion du tabagisme» auprès d'un public de personnes internées revêt des enjeux complexes, tant pour les patients que pour les équipes de soins mandatées pour les accompagner tout au long de leur prise en charge.

INTRODUCTION

L'Unité de Psychiatrie Médico-Légale (UPML) HEGOA est une unité de soins créée en 2001 par le Centre Hospitalier Jean Titeca, à partir d'un projet-pilote à l'initiative du Service Public Fédéral de la Santé Publique. Le projet thérapeutique de notre unité de soins, à l'interface entre le «judiciaire» et le «thérapeutique», est destiné à la prise en charge d'adultes internés, c'est-à-dire relevant de la loi du 1^{er} juillet 1964 de défense sociale et libérés à l'essai par la Commission de Défense Sociale dont ils dépendent. Notre équipe pluridisciplinaire y propose un suivi spécifiquement orienté pour soutenir les projets de réinsertion sociale des patients grâce à un encadrement soutenu, au cours d'une hospitalisation de durée moyenne.

La situation particulière de notre «zone d'action» (absence d'un Etablissement de Défense Sociale à Bruxelles et dans le Brabant Wallon) conduit à ce que la majorité des patients intégrant notre UPML proviennent de l'Annexe Psychiatrique de la Prison de Forest, où ils ne bénéficient pas d'un encadrement en soins suffisant, compte tenu de leurs problématiques.

À l'image de ce que l'on retrouve dans de nombreuses études épidémiologiques sur la prévalence de la consommation de tabac chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques, la majorité des patients que notre UPML accueille sont des patients fumeurs. La question du tabac s'invite donc au sein de notre dispositif de soins dès l'arrivée du patient dans nos murs.

Si, quantitativement, notre «offre» de soins constitue pour nos patients une réelle avancée par rapport à celle qui était à leur disposition dans leur lieu de vie précédent, le «cadre» hospitalier qui soutient notre dispositif peut paradoxalement constituer pour eux une limite plutôt inattendue par rapport à leur tabagisme. Là où à l'Annexe de la Prison, la consommation de tabac ne connaît que très peu de limites (l'interné peut notamment fumer dans sa cellule quand il le souhaite), le contexte hospitalier est, par contre, régi par notre règlement d'ordre intérieur et par les normes légales en vigueur : la consommation de tabac ne peut se faire que dans le fumoir intérieur de notre unité et à l'extérieur de l'unité (dans le parc intérieur de la Clinique).

DE LA PRISON À L'HÔPITAL

La transition d'un univers carcéral balisé et aux «codes» progressivement apprivoisés, vers un univers de soins, certes plus ouvert mais néanmoins nouveau et mystérieux pour de nombreux patients, s'accompagne fréquemment d'épisodes d'anxiété et d'un sentiment

d'appréhension diffus en début de séjour. Et pourtant, cette cigarette si souvent utilisée par les patients psychiatriques comme moyen de contrôle de leurs propres émotions et de leurs états anxieux, n'est admise dans l'unité de soins qu'au fumoir ...

Voilà déjà, une première difficulté que nos patients rencontrent quant à leur tabagisme, et ce dès l'arrivée dans notre UPML : il va falloir, pour eux, se déshabituer à fumer là où ils le souhaitent et quand ils en ressentent le besoin. L'effet anxiolytique que peut leur procurer le tabac et la liberté de «s'auto-médiquer» par une simple cigarette ne peut d'emblée se faire que dans un espace défini et déterminé. Pour certains patients plus fragiles et plus carencés au niveau de la gestion de leurs pulsions et de leurs sensations, c'est parfois loin d'être une mince affaire.

D'autre part, la «vie» que les patients internés ont connue en milieu carcéral, parfois pendant plusieurs années avant d'arriver dans notre UPML, paraît interminable et le temps semble suspendu. Tous les jours la même cellule dont ils ont étudié les recoins jusqu'au moindre centimètre, le même métal froid sur cette lourde porte qui les confine dans leur cellule, les mêmes couloirs décrépis qu'il faut traverser pour aller se doucher ...

Fumer devient souvent un moyen de marquer et rythmer ce temps indéfinissable : une cigarette après s'être réveillé, une cigarette après les repas, une cigarette avant de dormir ... Arrivés dans notre UPML, ce réflexe normatif qui scande le temps se déplace, se décale mais ne s'efface pas : une cigarette après le petit-déjeuner, une cigarette après le traitement du matin, une cigarette après le traitement de midi, une cigarette avant d'éteindre la lumière le soir ...

Cette habitude persistante de fumer pour marquer ce temps qui passe, nous l'observons quotidiennement avec nos patients. Les troubles psychiatriques dont ils souffrent les confrontent souvent à une sensation de vide émotionnel et intérieur, profond, latent, durable. La cigarette constitue alors parfois une manière «d'occuper» ce temps, de le rendre d'une certaine manière

plus vivable en ritualisant le geste de fumer. De nombreuses études démontrent bien cette «forte» association entre la consommation de tabac et plusieurs troubles psychiatriques, notamment dans le champ des psychoses.

Et le statut d'interné lui-même rajoute à cette impression d'indéfini, de temps suspendu : une mesure d'internement est toujours prononcée pour une durée indéterminée. Même si notre travail, en tant qu'équipe soignante, visera à «mobiliser» le patient dans ses ressources, ses capacités et ses envies pour concrétiser un projet de réinsertion sociale, un nouveau projet de vie, la persistance de ce vide intérieur est un élément particulièrement présent chez de nombreux patients.

UN DISPOSITIF À AMÉLIORER

Pour autant, est-ce que le tabagisme est une fatalité pour nos patients internés ? Est-ce que la consommation de tabac ne peut jamais être abordée et travaillée avec nos patients ? Fort heureusement, non.

Longtemps sous-estimés, les éléments épidémiologiques relatifs à la consommation de tabac chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont aujourd'hui bien démontrés, et l'importance de la mortalité et des co-morbidités associées au tabac sont des données qui, progressivement, intègrent les connaissances des équipes de soins en psychiatrie.

Encore faut-il, au départ de ces connaissances, que des modèles de prise en charge adaptés aux patients se développent ou se créent. Et il reste, incontestablement, beaucoup de travail à faire à ce niveau ... notamment au sein même de notre dispositif de soins.

À titre d'exemple dans notre unité de soins, nous avons rencontré ces dernières années plusieurs situations de patients séjournant chez nous et demandeurs d'un accompagnement pour tenter d'arrêter de fumer. Et le constat que nous devons dresser à posteriori est, pour le moins, peu favorable quant à l'efficacité de notre approche jusqu'ici. Divers éléments peuvent expliquer les limites de ce que nous avons

essayé de mettre en place de manière spécifique pour ces patients.

Au premier titre, la complexité des situations de prise en charge de nos patients, souffrant de troubles psychiatriques parmi les plus sévères et d'éléments de stigmatisation et de facteurs psychosociaux particulièrement défavorables à leur réinsertion sociale, qui monopolisent l'énergie et le temps de notre équipe pluridisciplinaire. La question du tabac devient donc un élément non prioritaire, remis à plus tard.

Or, s'il y a bien un lieu propice à une prise en charge médicale, psychologique et sociale, dans une tentative d'approche globale de la personne et de ses difficultés, c'est bien l'hôpital. Reporter la question de l'arrêt ou la réduction du tabagisme à un «plus tard» hypothétique est souvent un de nos vieux réflexes. Je m'entends, moi-même, dire il y a quelques années à mon équipe, au sujet d'un patient *«ce n'est peut-être pas le meilleur moment d'arrêter de fumer, pour lui...»*.

L'hôpital ne se réduit ainsi pas à un simple lieu de soins mais a aussi, voire surtout, une fonction de promotion du bien-être et de la santé.

Un autre élément manifeste, chez nous comme chez plusieurs autres équipes de soins psychiatriques, est le manque de formation pour appréhender la question des assuétudes au sens large, et du tabac notamment. Si plusieurs membres de mon équipe et moi-même, nous nous sommes progressivement formés à des approches spécifiques concernant les méthodes existantes (certains autour de la gestion du tabagisme en psychiatrie, d'autres en entretien motivationnel...), nous n'avons pas encore atteint l'étape de «cohérence» collective et pluridisciplinaire nécessaire à l'accompagnement de ce type de problématique particulière.

Une approche concertée, soutenue par toute une équipe, du soignant au psychiatre, du psychologue au médecin généraliste, de l'assistant social à l'ergothérapeute, est un «must» en termes de cohérence des messages à transmettre au patient. Concernant la traditionnelle «balance décisionnelle», tout l'intérêt

des entretiens menés par certains collègues avec le patient pour explorer les fonctions que peuvent revêtir sa consommation de tabac, les avantages qu'il en retire, ses craintes quant à une éventuelle diminution de consommation, peuvent être rapidement balayés par un discours «à sens unique» autour des intérêts (médicaux, psychologiques et sociaux) à arrêter de fumer et des risques encourus en cas de poursuite du comportement tabagique, que d'autres partenaires pourtant bienveillants peuvent tenir. Ce manque de cohérence sur le fond et sur la forme peuvent également expliquer le peu d'efficacité de nos tentatives d'accompagnement de patients motivés au départ à concrétiser leur envie de mieux gérer leur tabagisme.

Mais l'aspect formation ne se limite pas qu'aux stratégies et aux approches individuelles pertinentes pour aider le patient dans le cheminement de sa motivation autour du tabagisme. Le manque de formation des équipes de soins en psychiatrie recouvre également la méconnaissance du fonctionnement physiologique de la nicotine, et des traitements pharmacologiques existants actuellement pour l'aide au sevrage tabagique.

Or, la littérature sur le sujet et les campagnes de prévention nationales mettent bien en évidence aujourd'hui que le «gold standard» en termes d'efficacité pour aider les individus à arrêter de fumer est la combinaison d'une pharmacothérapie adaptée et un accompagnement comportemental ou motivationnel. L'importance pour les équipes de soins de connaître les traitements de substitution, leurs effets, leurs surveillances spécifiques et leurs particularités adaptées au public psychiatrique, constituent un élément de plus en plus indispensable pour une stratégie efficace d'accompagnement du tabagisme.

Dans ce registre particulier, force est de constater que notre équipe et nos partenaires de soins manquent de connaissances actualisées.

Il en va de même pour l'appréhension de la «dynamique» du sevrage ou de la réduction de la consommation. Trop souvent, nous avons pu confondre chez nos patients «tentative»

d'arrêt et obligation de résultat. La question de l'arrêt du tabac n'est, en effet, pas une logique binaire, surtout dans le champ psychiatrique : soit il essaie d'arrêter et il y parvient, soit il doit abandonner ses tentatives. Cette représentation univoque du cheminement vers la réduction du tabagisme chez le patient est pourtant souvent encrée dans nos interactions. Au lieu de renforcer, de valider les tentatives, mêmes «bancales» ou timides, de nos patients, nos réflexes nous poussent à souligner la justesse de nos propres représentations («*tu vois, ce n'était pas le moment...*»). Cela revient à nier l'existence même d'un parcours «vers» une réduction ou un arrêt de la consommation de tabac, dont la rechute et la reconsommation ne sont que des étapes naturelles, voire incontournables.

Ce parcours peut, d'ailleurs, se décliner dans un continuum intégrant dans un premier temps une simple réduction de la consommation et ultérieurement, une fois la «dynamique» investie par le patient au rythme qu'il aura pu et su déterminer, une démarche visant un arrêt du tabac. La question de l'accompagnement du tabagisme est bel et bien une question «relative» et «progressive», en particulier avec le public cible psychiatrique.

Enfin, un autre élément de nature à expliquer les limites de nos expériences passées pourrait être l'aspect uniquement individuel et «réactif» des accompagnements que nous avons proposés. Il s'agissait chaque fois de proposer une aide individuelle au patient demandeur, sans élaborer de démarche collective et «proactive» au sein du groupe des patients. Seuls les patients demandeurs d'aide étaient réellement informés de manière systématisée et conséquente sur l'assuétude au tabac, sur les risques existants et sur les possibilités (limitées) d'aide au sein de notre unité. Nous n'avions pas d'approche globale et collective, par exemple via un groupe de parole d'information ou de sensibilisation sur la question. Plusieurs expériences nationales et internationales montrent pourtant l'efficacité de tels programmes collectifs, en association à une prise en charge individuelle pharmacologique et psychothérapeutique.

Élargi aux aspects bien-être en général et promotion de la santé, un tel groupe de parole constitue certainement une piste d'avenir pour notre unité de soins.

PERSPECTIVES

Ces différents éléments d'analyse de nos difficultés à déployer une stratégie efficace et appropriée pour l'accompagnement des patients vers une réduction ou un arrêt du tabac, doivent nous servir à penser et préparer de nouvelles approches.

A ce titre, la fermeture prochaine de notre fumoir intérieur et le déplacement de celui-ci vers une petite terrasse extérieure aménagée constitue un défi important pour notre équipe. Pour y réussir, il nous faut l'aborder comme une réelle et belle opportunité de revoir nos représentations et de nous mettre collectivement au travail pour une adopter une démarche d'équipe concertée et partagée. Il nous faudra également tenter de répondre aux nombreuses questions que ce réaménagement du fumoir ne manquera pas de soulever.

Comment envisager ce fumoir extérieur, en partie ouvert au regard de l'équipe, comme un lieu ne permettant plus aux patients d'être «à l'abri» de ces regards ? Comment intégrer cette donnée avec des patients interprétatifs, aux pensées parfois paranoïdes ? Comment respecter leur besoin d'être «entre eux» et sans nous, et la fonction particulière en psychiatrie que cela peut avoir pour eux ? Comment déplacer la fonction «communautaire» que pouvait avoir le fumoir intérieur ? Vers quel autre espace de vie ? Et comment aménager cet autre espace pour répondre au mieux aux besoins des patients et de l'équipe ? Les questions qui nous viennent à l'esprit sont nombreuses, et une partie seulement de celles-ci sont ici restituées.

Certaines pistes de travail commencent à se dégager pour repenser notre approche de la gestion du tabagisme. La première d'entre-elles consistera probablement en la mise sur pied d'un groupe de parole à destination de l'ensemble des patients, pour aborder avec eux leurs représentations sur la fermeture prochaine du fumoir.

Au-delà d'une simple contrainte institutionnelle à déplacer un lieu, certes symbolique et particulièrement investi par les patients, l'aménagement d'un nouveau fumoir extérieur plus ouvert peut être une occasion pertinente de «mettre sur la table» avec les patients la question du tabac au sens large, d'explorer leurs perceptions, leur connaissances, leurs inquiétudes éventuelles et de les informer sur le cadre légal et le contexte hospitalier.

Mais cela ne suffira pas... Après avoir jeté les bases d'un dialogue avec les patients autour de la question du tabac, l'enjeu pour nous sera d'y répondre.

L'étape de sensibilisation, d'information puis de formation des membres et partenaires de notre UPML aux éléments psycho-dynamiques, pharmacologiques et aux outils d'aide à la prise en charge de la question du tabac par les professionnels sera un enjeu important.

Comme pour l'accompagnement du sevrage tabagique, c'est la combinaison et l'association de plusieurs initiatives de professionnalisation de notre approche qui nous permettront, à terme, d'améliorer notre efficacité et notre efficience à aider nos patients dans leur consommation de tabac.

LE TABAC DANS LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE EN SANTÉ MENTALE

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 placés 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'ice-

berg» ; 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 scientifique - 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 trépidant, 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 ...

Côté 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.

Que dire en premier lieu, des fumeurs dans le patio de la maison ? Que ce moment se trouve précisément à la croisée des trajectoires ...

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

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 paraissait 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 thé-

rapeute 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'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL INFIRMIER EN PSYCHIATRIE : TRANSFORMER L'ATTENTE EN ACTION

Emmanuel EPARVIER,
Infirmier en Santé Mentale

RÉSUMÉ

L'entretien infirmier quotidien déployé dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie, est généralement utilisé «en cas de besoin», afin de pallier à l'urgence d'une situation décrite par le patient. Il poursuit, à l'intérieur du programme thérapeutique, l'objectif premier de toute prise en charge institutionnelle : l'apaisement. Une fois celui-ci retrouvé et le patient de nouveau «accessible» commence pour certains «l'attente» : exprimé ou non, ce sentiment suggère la soumission au programme thérapeutique de patients, souvent hospitalisés sous contrainte, en position «d'attendre» des autres et de l'institution une issue à leur prise en charge. À cet égard, l'entretien motivationnel infirmier pourrait aider un patient à renouer avec le fil de sa vie, le raccompagner vers ses propres ressources, là où il se sent «chez soi», acteur et responsable de sa prise en charge.

ENTRETIEN INFIRMIER - ENTRETIEN MOTIVATIONNEL - PSYCHIATRIE
INSTITUTIONNELLE - PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE – SANTÉ MENTALE

Depuis les années cinquante, la légitimité nouvelle accordée aux acteurs et intervenants du champ psychiatrique, tout particulièrement en ce qui concerne l'évolution du métier d'infirmier, ont marqué un tournant majeur dans l'histoire de la psychiatrie telle qu'elle est conduite en France actuellement. *Confier aux infirmiers des fonctions de psychothérapeutes* [9] constitue peut-être l'acte de naissance du travail en collaboration tel que nous le connaissons, le début de l'équipe pluridisciplinaire qui porte aujourd'hui la psychiatrie.

Parmi les nouvelles compétences qui lui sont confiées, l'Entretien Infirmier (EI) est devenu l'un des outils majeurs du travail soignant. Sur son rôle propre, l'infirmier a la responsabilité de l'entretien d'accueil du patient et de sa famille, et conserve, en collaboration, la réalisation d'entretiens individuels et l'uti-

lisation de techniques de médiation [6]. L'EI est employé couramment dans les structures extrahospitalières, notamment dans les Centres médicaux psychologiques, où il a largement trouvé sa place aux côtés des visites à domicile et des accompagnements de patients suivis sur l'extérieur. À l'hôpital, l'EI est plutôt utilisé de manière ponctuelle, proposé au patient «en cas de besoin». Quotidien, mais rarement de façon programmée, son usage le plus courant à l'intérieur du programme thérapeutique répond au besoin d'apaisement des patients, débordés par l'anxiété. Dans ce cas, l'EI permet de constater, d'évaluer et de diminuer cette emprise, souvent associée à l'urgence d'une situation : il suffit alors à l'apaisement ou permet au patient d'accéder à la prise d'un traitement supplémentaire, prescrit «si besoin».

Le dispositif d'hospitalisation ou programme thérapeutique (cadres de soin, entretiens médicaux-infirmiers, ajustement du traitement médicamenteux et accompagnement dans tous les gestes de la vie quotidienne) poursuit ce même premier objectif : diminuer un ensemble de symptômes trop bruyants pour le patient lui-même ou pour les autres et la société.

Mais une fois l'apaisement constaté, une fois l'apaisement suffisant, que l'angoisse a diminué et que le patient n'est plus un «danger» pour lui-même ou pour les autres, qu'il est de nouveau «accessible», que fait la psychiatrie ?

L'ATTENTE

Durant l'hospitalisation, il est question du projet de vie personnalisé de chaque patient. L'ensemble de l'équipe soignante s'accorde à mettre en place ce projet qui va succéder à l'hôpital, normalement construit auprès du patient, avec sa participation. Son adhésion à ce projet est un élément essentiel pour qu'il se concrétise et continue dans le temps. Tous les cas de figure sont possibles : retour au domicile, orientation vers des lieux de vie protégés ou institutions adaptées au patient.

À cet égard, l'hôpital se porte garant de ce qui est «le mieux» pour le patient, et un accord doit être trouvé entre ses désirs à lui et la responsabilité de l'équipe médicale de maintenir ce patient en bonne santé.

S'il apparaît nécessaire pour lui d'habiter un lieu de vie adapté, les délais jusqu'à la concrétisation de ce projet sont la plupart du temps très longs : au mieux quelques semaines, plus généralement quelques mois. Pour ceux qui ne bénéficieraient pas jusque-là d'un «habitable» familiale ou autre, c'est à l'hôpital qu'il faut vivre. Et vivre dans l'attente.

Certains patients expriment alors très largement qu'ils se sentent «empêchés», non responsables de ce qui arrive, qu'ils sont en position d'attendre de quelque chose d'extérieur à eux-mêmes une issue à leur prise en charge institutionnelle. Cette temporalité fait alors courir le risque que l'hospitalisation, bien entendu nécessaire, ne fasse plus sens pour le

patient. Qu'il perde de vue l'objectif et la raison de sa présence à l'hôpital.

D'autres patients ne s'expriment pas vraiment sur ce sujet, et semblent choisir d'habiter l'hôpital, silencieux quant à la possibilité d'un ailleurs. Ce sont ces patients chroniques qui ont investi l'hôpital depuis longtemps, parfois quelques années, pour qui les projets manquent ou sont confus, non pas que ces projets soient suspendus, mais plutôt «différés» dans le temps.

Pour l'équipe soignante, difficile de faire la part des choses entre le manque de structures, de lieux de vie et la volonté consciente ou non d'un patient à vouloir rester ici, surtout lorsqu'un ou plusieurs projets ont déjà été mis en échec auparavant.

Cette attente, qu'elle soit ressentie comme une persécution par le patient ou actée par lui-même, qu'elle semble «bien vécue», de toute façon fait symptôme. Elle pourrait se traduire par un «syndrome de soumission au programme thérapeutique», assez proche du diagnostic infirmier déjà existant de *prise en charge inefficace du programme thérapeutique* [8].

Dans ces cas-là, comment aider un patient à retrouver sa capacité à être pleinement responsable et acteur de sa prise en charge ?

Comment l'aider à retrouver sa capacité à désirer, créer, initier et conduire des projets pour lui-même ?

TRANSFORMER L'ATTENTE : RACCOMPAGNER LE PATIENT «CHEZ SOI»

Il est question ici d'un «chez soi» préalable, d'une manière de se retrouver soi-même, comme s'il s'agissait de se réveiller : *recouvrer mon esprit qui était resté un temps absent et me retrouver moi aussi dedans, en somme récupérer à la fois la propriété (mon esprit) et son propriétaire (moi)*. Soit pour le patient, de renouer d'abord avec le fil de sa propre vie, avec l'esprit humain conscient [1].

À cet égard, l'entretien motivationnel [4], héritier d'un courant de la psychologie humaniste,

semble proposer une méthode de communication qui permet au patient de réinvestir le sentiment d'être humainement responsable, et de retrouver l'envie puis la force d'innover pour lui-même, conformément à sa propre personnalité en développement.

Il se définit comme *une méthode directive, centrée sur les intérêts et les préoccupations actuelles du patient, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement. Et cela, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* [5]. Techniquement, cette méthode directive d'entretien trouve largement sa place dans un dispositif tel que l'EI.

En procédant par étapes, l'entretien motivationnel infirmier est susceptible d'aider le patient à explorer la partie «saine» de lui-même, les endroits de sa personnalité où il se sent bien, où il se sent déjà capable et responsable, tous les lieux où il est susceptible d'être déjà en bonne santé.

Le soignant, sans juger ni «analyser» ne doit pas confronter ces lieux à une certaine normalité, mais au contraire faire preuve de curiosité à leurs égards, aidant par là leurs redécouvertes par le patient. Avec cette écoute particulière comme point de départ, le positionnement et le discours du soignant deviennent alors rassurants, confortables aux dires du patient qui n'a plus peur de se tromper, de dire de soi ou de remettre en question. C'est en éprouvant cela qu'il réhabilite de lui-même les lieux où il se sent «chez soi».

Durant cette phase, le soignant n'est pas invisible mais reflète, en divulguant lui aussi à partir de sa subjectivité tout ce que le patient lui donne à entendre de son bien-être et du reste. C'est dire, par exemple, qu'ici c'est triste, qu'ici c'est en colère, que cette colère-là c'est la maladie, mais que celle-ci est ordinaire, et que là-bas c'est joyeux, que c'est du bien-être et de la bonne santé. C'est arriver finalement à ce que le patient retrouve sa propre expérience ordinaire du monde et des autres, tout en étant guidé sur le chemin de ses expériences. Et qu'il rejoigne un processus où il se retrouve être le sujet de sa personne, non plus l'objet de sa maladie, accédant par là à *la mobilité, à la*

fluidité complète [10], là où le changement et les comportements associés sont facilités.

À partir de ce discours-là, le patient pourrait reprendre petit à petit conscience de sa propre ambivalence, à savoir qu'il est ici (à l'hôpital) alors qu'il aime être «là-bas» (chez soi).

Le *discours-changement* [5], s'il émerge alors du patient peut être saisi tel quel, et servir durant l'entretien comme d'un matériel dont on est sûr qu'il est compris et partagé, et qu'il s'accorde à ses motivations propres.

Pour le patient, l'entretien motivationnel infirmier pourrait donc favoriser ce discours sur soi, faire ressurgir en lui la sensation qu'il est en mouvement, que rien n'est figé, qu'il est un processus dans lequel il est capable par lui-même d'être en bonne santé. D'entrevoir peut-être les moyens à sa disposition pour y parvenir tout en atténuant son intime expression du «syndrome de soumission au programme thérapeutique».

Avec cet outil supplémentaire, le patient explore sa subjectivité sans la confronter, et trouve un miroir dans lequel refléter ce qui est humainement «sain» en lui, qui fonctionne déjà, et dont il pourra se servir en toute conscience durant son hospitalisation.

Dans cette perspective, le personnel infirmier développe tout un champ thérapeutique encore peu exploré au sein de l'institution.

INTERPRÉTATIONS CLINIQUES

Par exemple, au patient qui explique que sa maladie s'appelle la mégalomanie et qu'elle est d'origine génétique, il est fondamental ici qu'il entende du soignant qu'il a peut-être raison. Que personne ne sait finalement, et que sa vérité à lui peut être respectée. Ce n'est pas dire pour l'infirmier qu'il est d'accord, mais plutôt envisager ici que lui non plus, en tant que soignant, ne sait pas. Que peut-être un jour la science prouvera qu'il a raison, peut-être pas. Qu'aujourd'hui, personne ne sait, que l'on peut donc parler librement de sa maladie en ces termes-là.

Cette perspective génétique qui lui appartient dans ce cas, pourrait servir à lui re-expliquer pourquoi il devra faire avec sa maladie «toute

sa vie», et prendre des traitements au long cours. Entendu ici que sa maladie fait aussi partie du plus profond de lui-même. Sa personnalité mégalomane, qui auparavant s'exprimait en colère contre ce «fléau», avec l'acceptation devient une énergie brillante de projets, d'envies : une force nouvellement constructive à l'opposé de ce qui était auparavant destructeur, et qui a conduit à l'hospitalisation. Cette réinterprétation de l'histoire de sa maladie par le patient, en connivence avec le soignant, modifie sa vision des chemins empruntés jusque-là, transformant l'ombre de la maladie en ressources potentielles intrinsèques à lui-même, dont il pourra se servir en accord avec sa personnalité et en coïncidence avec son environnement. Plus seulement dans la lutte ou le déni, obstacles au changement.

Pour une autre patiente, pour qui l'ordre et le ménage seraient deux choses très importantes, indispensables à sa bonne santé : l'entretien motivationnel infirmier offre la possibilité de réinterpréter les éléments aujourd'hui pathologiques de sa personnalité, dans le sens d'une meilleure acceptation de sa prise en charge institutionnelle. C'est, par exemple, comprendre auprès d'elle que nous allons l'aider à faire le ménage, à ranger sa maladie proprement dans son placard. Que c'est cela, l'objectif de son hospitalisation, en même temps que prendre conscience que sa maladie pourrait rester de cette manière bien rangée, avec toutes ses autres affaires, mais susceptible d'être «déballée» de nouveau (si les traitements ne sont pas pris correctement par exemple). C'est lui dire que l'équipe soignante peut faire ce travail rassurant de ranger avec elle, de «laver» les tâches encore bien visibles et recoudre le tissu manquant, soit l'accompagner et lui redonner la force de s'occuper bientôt elle-même quotidiennement de ses affaires.

LA QUALITÉ DU LIEN

Parce qu'il propose (...) un autre style relationnel [3], l'entretien motivationnel infirmier développe aussi chez le soignant une façon plus ordinaire d'être à l'autre. Cet espace laisse

entrevoir un champs de «possibles relationnels», comme lieu d'expression et de représentation où l'infirmier apparaît plus proche d'un autre commun, plus ordinaire, parfois fraternel. Espace à l'intérieur duquel le patient peut émerger naturellement ce qui «fonctionne» en lui de potentiels, de forces et de compétences, quelles qu'elles soient.

Pour la relation de soin de manière générale, cette connivence potentialise ce lien humainement perçu durant l'entretien, pour le reproduire ensuite tout au long de la journée.

Carl Rogers, à propos de la relation d'aide, explique qu'il a *fini par comprendre qu'être digne de confiance n'exige pas que je sois conséquent d'une manière rigide, mais simplement qu'on puisse compter sur moi comme un être réel et que c'est là une réalité qui est perçue par autrui comme sécurisante*. Ce qu'il nomme la *congruence* [10].

C'est dire qu'en dehors de l'entretien, le soignant peut continuer à refléter pour le patient ce qui d'ordinaire serait partagé entre deux personnes. D'après Rogers encore, parce qu'il est toujours plus sûr de se montrer tel que l'on est, cette attitude relationnelle devient, tout au long des quotidiens, bienveillante pour le patient, donc apaisante. Clairement, cela favorise l'alliance thérapeutique nécessaire à toute prise en charge, aide le patient à expérimenter les forces en son pouvoir pour se sentir en bonne santé, en même temps que le sentiment d'en être l'acteur responsable.

Si l'on considère une santé mentale suffisamment bonne comme la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, c'est à dire comme *la capacité de vivre avec autrui en restant en lien avec soi-même, sans destructivité mais non pas sans révolte* [2] : dans cette perspective, l'entretien motivationnel infirmier enclenche un cercle vertueux en réassociant fermement le plaisir d'être humainement ensemble à la psychiatrie institutionnelle.

C'est-à-dire que la qualité du lien retrouvée au sein même de l'institution, entre les patients et l'équipe soignante, en plus d'être apaisante, procure aux patients le sentiment de vivre

sainement leur précarité psychique, en même temps qu'ils parviennent à la résoudre : non plus exclusivement dans la pathologie, mais dans le soutien, la confiance, l'accompagnement de l'autre et l'accomplissement de soi-même.

Comme perspectives institutionnelles enfin, maintenir, initier ou développer la qualité des liens pourrait d'une part aider les patients à retrouver les chemins qui mènent à l'ordinaire plus rapidement, et raccourcir par là leurs durées d'hospitalisations ; d'autre part, lutter contre une mobilité excessive du personnel hospitalier, trop souvent frustré, épuisé ou en colère du fait de la dégradation éventuelle des conditions de travail. Soit garantir à la psychiatrie de ne pas se soumettre exclusivement à la «pression des lits», en renforçant chez chacun de ses acteurs les sentiments de faire et d'être humainement ensemble.

CONCLUSION

Du fait notamment d'un contexte socioéconomique compliqué, où les effets psychosociaux de la mondialisation sur la santé mentale ont déjà été démontrés [7], il est facile de croire que la demande de prise en charge institutionnelle ne cessera d'augmenter. Pour les soignants, cela peut se traduire par une sollicitation quotidienne de plus en plus importante, parce que les patients seront plus nombreux, sans forcément la cohérence de moyens humains supplémentaires pour y répondre.

Devant ce risque, et pour certains ce qui est déjà une réalité quotidienne, la mise en place d'entretiens motivationnels infirmiers est déjà une réponse concrète au risque de «mécanisation» des échanges, qui est un paradoxe pour la psychiatrie, en même temps qu'elle redonne au patient le sentiment d'être humainement responsable de sa prise en charge, et au-delà, de sa propre vie.

C'est accepter la psychiatrie institutionnelle comme un lieu où les subjectivités de chacun doivent s'exprimer sainement, et faire de la coïncidence de ces subjectivités un nouvel élément clé de la thérapie, peut-être même de

réhabilitation, en aidant les patients à renouer avec l'ordinaire relationnel, avec le lien social tel qu'il est humainement indispensable pour être en bonne santé.

RÉFÉRENCES

- [1] DAMASIO A. *L'autre Moi-Même : Les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*, traduction française, Paris, Odile Jacob, 2012, p.10
- [2] FURTOS J. (sous la Direction de) *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008, p.281
- [3] LANGUÉRAND É. L'entretien motivationnel : une attitude relationnelle, *santé mentale*, Janvier 2012 ; n°164 : 22-29
- [4] MILLER W.R. et ROLLNICK S. *Motivational Interviewing : Preparing People for Change*, New York, The Guilford Press, 2002
- [5] MILLER W.R. et ROLLNICK S. *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*, traduction française, Paris, Dunod-InterÉditions, 2006, p.31 et p.29
- [6] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Art. 6
- [7] ONSMP-ORSPERE. Congrès des 5 continents : *Les effets psychosociaux de la mondialisation sur la santé mentale ; Déclaration de Lyon*, Octobre 2011
<http://www.orspere.fr/publications/congres-2011/> (page consultée le 29/10/2012)
- [8] PASCAL A. et FRÉCON VALENTIN É. *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats*, Paris, Masson, 2006
- [9] POSTEL J. et QUETEL C. *La nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2004, p.358
- [10] ROGERS C. *Le développement de la personne*, traduction française, Paris, Dunod-InterÉditions, 2005, p.123 et p.37

Communication présentée aux 31èmes journées de la Société de l'Information Psychiatrique (Lyon, octobre 2012) et publiée dans l'information Psychiatrique n°89 : p. 51-55, janvier 2013

UN PROJET-PILOTE AUTOUR DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Jacques DUMONT
FARES asbl

Depuis 2009 - début des démarches du FARES vers les institutions psychiatriques - nous avons eu l'occasion d'observer un intérêt croissant de la part des soignants pour la question du tabagisme des patients. Il s'agit d'une véritable «révolution» dans la mesure où, il y a 10 ans à peine, sensibiliser un patient atteint de troubles mentaux à arrêter de fumer était une véritable gageure. Les croyances d'impossibilité d'arrêt occupaient toute la place. Si tout n'a pas encore radicalement changé, l'intérêt va grandissant et les initiatives se multiplient.

Parallèlement à l'intérêt pour la sensibilisation et pour l'accompagnement éventuel des patients qui souhaiteraient arrêter de fumer, la réglementation plus stricte qui tente de garantir un environnement libre de toute fumée de tabac a entraîné la nécessité de juguler les symptômes de manque de nicotine. Dans tous les cas, la mise à disposition de substituts de nicotine apparaît comme une évidence. Or, la réalité n'est pas toujours simple concernant la mise à disposition de substituts pour les patients. Tant dans le cadre d'une hospitalisation dans le secteur psychiatrique où les substituts doivent être pris en charge par l'institution dans le cadre du forfait médicamenteux journalier qu'en dehors de celle-ci où c'est le patient qui les prend en charge. Les substituts nicotiniques, pour être efficaces, nécessitent des doses parfois élevées liées à la consommation de base du patient. Le coût quotidien peut aller jusqu'à 8 euros si une combinaison patches/substituts

oraux est mise en place. Ce montant peut donc être bien supérieur au coût de la consommation de tabac, d'autant plus si le patient utilise du tabac à rouler.

C'est dans ce contexte que le FARES a eu la possibilité en 2012 de mettre à la disposition de patients hospitalisés en psychiatrie des substituts nicotiniques pendant une période limitée et d'évaluer l'apport de ces traitements. Ceci dans le cadre d'un processus de tentative d'arrêt initié à la demande du patient.

PRÉSENTATION DU PROJET-PILOTE

- **L'objectif central** était d'évaluer l'efficacité et la faisabilité de la fourniture «gratuite» d'un traitement optimal¹ de substitution nicotinique pour des patients hospitalisés en service psychiatrique pendant une période de 6 semaines minimum. Il est important de souligner que l'objectif à long terme n'était pas d'arriver à des substituts gratuits pour les patients.

.....
1 Par traitement optimal, nous entendons la mise à disposition de la quantité nécessaire de substituts en fonction de la consommation quotidienne de tabac du sujet. Le cours interuniversitaire de tabacologie organisé par le FARES prévoit une adaptation des doses en fonction de la mesure du monoxyde de carbone dans l'air exhalé par le fumeur et les symptômes présentés par le patient.

- **6 institutions ont été sollicitées** pour participer au projet, l'objectif était d'atteindre 100 patients au total. Les institutions pressenties l'ont été, entre autres, en fonction de la proximité géographique du FARES tout en essayant de toucher tant la région bruxelloise que la Fédération Wallonie-Bruxelles. 4 institutions ont participé effectivement : trois institutions psychiatriques et deux unités psychiatriques dans un hôpital général.
- **Un document d'encodage** individuel des données a été créé sur base de l'avis du comité d'experts, il a été soumis à la Commission de Protection de la Vie Privée et au Comité Sectoriel de la Sécurité Sociale et de la Santé.

LES ÉTAPES RÉALISÉES

Dans chaque institution une sensibilisation/information détaillée a été réalisée auprès de chaque équipe impliquée. Un responsable local a été défini, suivant les lieux il s'agissait soit d'un médecin généraliste, soit d'un psychiatre-tabacologue, soit d'un psychiatre non tabacologue mais très investi dans cette problématique. Une information aux patients a été réalisée, soit via un contact individuel soit par l'intermédiaire d'une réunion communautaire. Les patients présentant un état mental suffisamment stable et qui manifestaient un intérêt ont été informés plus en détail. Ceux qui souhaitaient s'engager ont signé un «consentement éclairé».

Le suivi proposé a été «classique» sans approche ajoutée. Les doses de substitutions nicotiques ont été déterminées sur base de la consommation déclarée par le patient et du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré.

L'arrêt ou la diminution ont ensuite été préparés avec le patient. En fonction des lieux, les patients ont été suivis lors d'entretiens individuels de 4 à 7 reprises sur une période maximale de 3 mois. Lors de chaque visite, les points suivants étaient abordés : la consommation de tabac (dires du patient et objectivation par la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air

exhalé), la présence de symptômes de manque, l'adaptation des substituts nicotiques, la motivation du patient. Les substituts nicotiques étaient remis aux patients lors de chaque visite.

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

- 77 patients ont été inclus, 53 % d'hommes et 47 % de femmes
- l'âge moyen était de 46 ans (23 à 65 ans)
- 68 patients/77 ont poursuivi le processus pour au moins 3 consultations de suivi
- 66 % des patients avaient un statut mutuel précaire «VIPO» et «Omnio».

Plus de trois quarts des patients (76 %) présentaient avant toute démarche d'arrêt, des symptômes identiques à ceux susceptibles d'apparaître en cas de sevrage tabagique ; humeur dépressive, insomnies, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, agitation, ... La présence de tels symptômes est susceptible de compliquer la prise en charge de l'arrêt.

Les pathologies les plus représentées étaient la dépendance à l'alcool (32 patients), la dépression (18), la schizophrénie (7), la psychose (4), l'anxio-dépression (2), les autres dépendances (4), la bipolarité (5).

RÉSULTATS

La moyenne du CO était de 21,8 ppm ce qui correspond approximativement à une consommation d'un paquet de cigarettes par jour ; l'écart-type est de 11,16 ce qui montre la grande diversité de ces résultats.

La consommation de tabac à la base (très majoritairement de cigarettes) est de 26,54 cigarettes/jour.

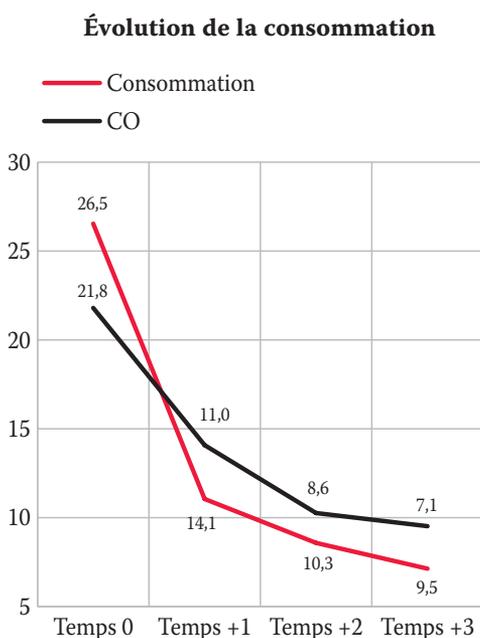
Il est important de souligner que ce projet-pilote ne constitue pas une étude scientifique, deux points doivent être mis en évidence par rapport à ces résultats :

- les temps de consultation de suivi étaient variables d'une institution à l'autre (de 5 à 12 jours d'écart)

– le nombre de patients ayant participé à la totalité des mesures va décroissant (43 mesures pour le dernier temps).

L'évolution du monoxyde de carbone montre une décroissance évidente : dès la première consultation la moyenne est de 14,08 ppm (écart type 9,52), dès la deuxième consultation la moyenne est de 10,26 ppm (écart type 7,70) et lors de la quatrième consultation il est de 9,52 ppm (écart type de 7,46).

La consommation déclarée montre aussi une diminution très intéressante : 11,05 cigarettes (écart-type 1,2) dont 14 patients abstinents lors de la 1^{ère} consultation de suivi, 8,58 cigarettes (écart type 1,1) dont 11 patients abstinents lors de la 2^{ème} consultation, 7,13 cigarettes (écart-type 1,0) dont 11 patients abstinents lors de la 3^{ème} consultation et 6,89 cigarettes (écart type 1,2) dont 7 patients abstinents à la 4^{ème}.



Les patches nicotiniques ont été majoritairement utilisés, suivis par les formes orales (gommes, pastilles à sucer, nicotine à inhaler). La majorité des patients ont utilisé une combinaison de substituts. Au total, près de 1500 jours de traitement ont été couverts.

CONCLUSIONS - POINTS PRINCIPAUX À RETENIR

Il est tout d'abord important de souligner que la majorité des patients avaient un statut mutualiste montrant une situation de précarité, ce qui souligne l'importance de multiplier les initiatives vers cette population parmi laquelle la consommation de tabac est plus forte (Enquête de Santé, Belgique, 2008).

Sur 68 patients pour lesquels nous disposons d'informations complètes, 7 ont arrêté de fumer pendant au moins une semaine, 40 ont diminué drastiquement leur consommation pendant au moins une semaine (objectivée par la mesure de CO), et pour 21 sujets la démarche a pu entraîner soit une diminution non significative de la consommation, soit elle n'a pas entraîné de modifications.

La diminution de la consommation globale est donc significative.

Les patients ont montré un grand intérêt à participer à ce projet-pilote, de très nombreux patients expriment de la satisfaction, un nouveau regard porté sur eux-mêmes ...

La mise à disposition pendant un temps limité, de substituts nicotiniques à des patients fumeurs (ayant une consommation moyenne à forte) hospitalisés en psychiatrie,

- permet de diminuer leur consommation de manière objective
- aide un nombre limité de patients, à arrêter de fumer
- montre qu'il est possible d'agir sur leur consommation de tabac, alors que jusqu'alors cela semblait impossible.

L'intérêt de la mise à disposition de substituts accessibles financièrement pour stimuler un changement chez les patients en termes de diminution ou d'arrêt de leur consommation semble évident.

D'autre part, il semble nécessaire de renforcer la sensibilisation, la formation et l'information des équipes par rapport à cette thématique.

CONCLUSIONS

COMMENT COMPOSER LE PUZZLE ?

Pour un soignant extérieur au secteur de la santé mentale, la prise en charge des patients semble parfois complexe. Les acteurs sont multiples, chacun cherchant à apporter au sujet qu'il accompagne le meilleur suivi possible. La question de la consommation de tabac peut s'inviter dans le dialogue soigné-soignant ; soit à la demande du patient, soit à l'initiative de l'intervenant professionnel.

L'évolution des soins psychiatriques en Belgique et le développement des soins ambulatoires constituent un nouveau paramètre indispensable à prendre en compte dans ce qui n'est pas un combat contre le tabac mais bien une volonté de prise en compte de la santé globale des personnes prises dans le giron de la santé mentale.

La souffrance de l'individu «sujet» de soins constitue parfois un obstacle à l'abord de la question du tabagisme et en même temps arrêter de fumer peut parfois constituer une opportunité pour l'individu d'être pris en charge globalement. Sans apporter de réponse univoque, nous espérons que ce recueil participe à la réflexion concernant ce sujet.

Coordination de la rédaction :

Jacques Dumont, chargé de projets

Éditeur responsable :

Jean-Paul Van Vooren, ©FARES asbl

Mise en page :

Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

D/2013/5052/3

Décembre 2013

Contact

Jacques Dumont

FARES asbl

56 rue de la Concorde, 1050 Bruxelles

Tél. : 02 518 18 67

Courriel : jacques.dumont@fares.be

Site : www.hopitalsanstabac.be

