

PSYCHIATRIE ET GESTION DU TABAGISME

PISTES DE RÉFLEXION | 2015

RÉSEAU FRANCOPHONE BELGE DES HÔPITAUX SANS TABAC

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



SOMMAIRE

1	Introduction	1
2	L'évolution de la gestion du tabagisme en psychiatrie – J. Dumont	2
3	Gestion du tabagisme en institution. De l'opportunité de faire feu de tout bois – C. Migard	10
4	Le programme e-Learning du Fares en santé mentale	16
5	Témoignage	19
6	En guise de conclusion	20



INTRODUCTION

Dans le cadre de ses missions en gestion du tabagisme, le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) développe depuis 10 ans des activités de sensibilisation vers le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie. Notre service se fonde sur une approche respectueuse et constructive.

Un des axes de notre travail est la **communication**. Elle est concrétisée par la *sensibilisation* de l'ensemble des acteurs du secteur de la psychiatrie (on entend souvent par «psychiatrie» les structures hospitalières mais aussi les psychiatres libéraux) et de la santé mentale (en Région wallonne ce terme recouvre habituellement le secteur «ambulatoire»); sensibilisation signifiant ici «augmenter l'intérêt pour». Pour assurer la *formation* qui fait également partie de cette communication, nous assurons des conférences-échanges sur sites, avec les équipes ou encore lors de rencontres professionnelles et enfin nous publions une série de documents en rédigeant également des articles dans des revues spécialisées.

Nos publications principales sont les recueils «psychiatrie et gestion du tabagisme», les éditions précédentes comportaient :

2009

- Réseau des hôpitaux sans Tabac, pourquoi et comment ?
- Colloque du 13 novembre 2009 «gestion du tabagisme en psychiatrie gageure ou évidence»
- Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques – recommandations françaises

2012

- L'Hôpital Psychiatrique Saint-Jean de Dieu : un peu d'histoire
- Le fumoir dans un service de psychiatrie
- La prise en charge du tabagisme dans un hôpital Psychiatrique : l'exemple de l'hôpital Brugmann
- Tabac, cessation tabagique et psychiatrie

2013

- Quel avenir pour la gestion du tabagisme dans un contexte de prise en charge psychiatrique changeant ?
- L'accompagnement du tabagisme en défense sociale : expériences et enjeux au sein d'une unité de psychiatrie médico-légale
- Le tabac dans la prise en charge individuelle en santé mentale
- L'entretien motivationnel infirmier en psychiatrie : transformer l'attente en action
- Un projet-pilote autour des substituts nicotiques

Elles sont disponibles en ligne sur le site hopitalpsychiatriquesanstabac.be et également en version papier auprès du FARES Asbl.

Ce dernier recueil comporte 2 articles principaux, un premier présentant l'état actuel de la situation et des pistes de recommandations et un second offrant un témoignage original intéressant d'un acteur du secteur.

Bonne lecture

L'ÉVOLUTION DE LA GESTION DU TABAGISME EN PSYCHIATRIE

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 manico-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 sa consommation d'alcool, mais surtout par plusieurs longues périodes d'abstinence des deux substances. À chaque fois, elle utilisait des

1 Fonds des Affections Respiratoires ASBL

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-économique ; 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 étant 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 abstinents. 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 médications 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 nicotiques (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 (notam-

ment 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 (Evins, 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 de 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 professionnels (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 un 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 qu'il apparait 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 nicotiniques*. 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 maintiende 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.

GESTION DU TABAGISME EN INSTITUTION

De l'opportunité de faire feu de tout bois

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 fumeurs. Nombre d'acteurs du secteur considèrent 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 pareillement 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-contraignante, 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 abstinents 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 énor-

mement 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 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

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..

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 avions 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 psychologiquement 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 liens 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 arrêter»², hors

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.

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.

LE PROGRAMME e-LEARNING DU FARES EN SANTÉ MENTALE

<http://elearning.fares.be/>

L'objectif de ce site est avant tout d'assurer la diffusion de l'information et de sensibiliser les secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie. Le site contient deux parties distinctes complémentaires ; une relative à la tabacologie et à ses spécificités en psychiatrie et une seconde concernant l'entretien motivationnel. Chaque

partie est divisée en «cours», abordant des thèmes spécifiques. À la fin de chaque partie, un quiz destiné à évaluer vos connaissances est disponible. Il ne s'agit pas d'une épreuve certificative mais simplement d'un outil qui permet de mieux ancrer certains savoirs.

ACCUEIL TABAGISME ET PSYCHIATRIE ENTRETIEN MOTIVATIONNEL MODE D'EMPLOI RESSOURCES VERS SITE FARES

Le programme e-Learning du FARES en santé mentale

Bienvenue sur le site d'e-learning développé par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires – ASBL) et consacré à la gestion du tabagisme dans les secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie. Ce site est destiné à tout professionnel de santé impliqué dans la relation de soins. [Les médecins généralistes, spécialistes et plus particulièrement les psychiatres peuvent bénéficier d'une accréditation en éthique et économie pour les modules suivis. Une liste des médecins suivant le module est transmise mensuellement à l'INAMI.](#)

L'objectif de ce site est avant tout d'assurer la diffusion de l'information et de sensibiliser les secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie. Le site contient deux parties distinctes complémentaires ; une relative à la **tabacologie** et à **ses spécificités en psychiatrie** et une seconde concernant **l'entretien motivationnel**. **Chaque partie est divisée en « cours », abordant des thèmes spécifiques. A la fin de chaque partie, un quiz destiné à évaluer vos connaissances est disponible. Il ne s'agit pas d'une épreuve certificative mais simplement d'un outil qui vous permet de mieux ancrer certains savoirs.**

La consultation totale du module demande +/- 3 heures.

Ce module de e-learning permet d'obtenir une accréditation en éthique et économie auprès de l'INAMI

Nous contacter

Édition

etien

TABACOLOGIE ET PSYCHIATRIE
 Vincent Lustygier
 Psychiatre - Tabacologue
 Séquence Gestion Tabagisme auprès des patients Psychiatriques – Introduction

STATUT

Vous êtes connecté(e), Jacques 61
 Se déconnecter

Mes informations

LES COURS DISPONIBLES

Tabagisme et psychiatrie
 Entretien motivationnel

La consultation totale du module demande +/- 3 heures.

Les médecins généralistes, spécialistes et plus particulièrement les psychiatres peuvent bénéficier d'une accréditation en éthique et économie pour les modules suivis. Une liste des médecins suivant le module est transmise mensuellement à l'INAMI.

Des présentations «powerpoint» et des vidéos présentent le contenu sur base du plan détaillé ci-après :

TABAGISME ET PSYCHIATRIE

- L'épidémiologie
- La technique des 5 A
- Les traitements médicamenteux
- Les thérapies cognitivo-comportementales
- Les facilités d'accès aux aides disponibles
- Les aspects des dépendances
- Les spécificités en regard des différentes pathologies
- Les interactions
- ...



ACCUEIL
TABAGISME ET PSYCHIATRIE
ENTRETIEN MOTIVATIONNEL
MODE D'EMPLOI
RESSOURCES
VERS SITE FARES

Statut

Vous êtes connecté(e), Jacques 61

[Se déconnecter](#)

[Mes informations](#)

LES COURS DISPONIBLES

[Tabagisme et psychiatrie](#)

[Entretien motivationnel](#)

Tabagisme et psychiatrie

Tabagisme et psychiatrie

Cours sur le tabagisme et les aspects psychiatriques

Module	Généralités sur le tabagisme	
Leçon 1	Epidémiologie (vidéo)	✓
Leçon 2	Epidémiologie (présentation PPT)	✓
Leçon 3	Les SA (vidéo)	✓
Leçon 4	Les SA (présentation PPT)	✓
Module 2	Arrêt du tabac - généralités	
Leçon 1	Traitements médicamenteux (vidéo)	✓
Leçon 2	Thérapies cognitivo-comportementales ou TCC (vidéo)	✓
Leçon 3	Prestations de tabacologie et aides financières (vidéo)	✓
Leçon 4	Prestations de tabacologie et aides financières (présentation PPT)	✓
Module 3	Tabagisme et patient psychiatrique	
Leçon 1	Epidémiologie du tabagisme en psychiatrie (vidéo)	✓
Leçon 2	#GESTION DU TABAGISME POUR LES DIFFERENTES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES (vidéo intégrale)#	✓
Leçon 3	Séquence Gestion Tabagisme auprès des patients Psychiatriques - Introduction	✓
Leçon 4	Séquence GTP - Nicotine et circuit de récompense	✓
Leçon 5	Séquence GTP - Nicotine comme drogue dure	✓

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

- Définition
- Notions annexes
- Bases théoriques
- La discorde
- L'ambivalence
- Les 4 processus
- Les outils détaillés (reflets, questions ouvertes, résumés, valorisation...)
- Séquences vidéos d'illustration

ACCUEIL TABAGISME ET PSYCHIATRIE **ENTRETIEN MOTIVATIONNEL** MODE D'EMPLOI RESSOURCES VERS SITE FARES

Statut

Vous êtes connecté(e), Jacques G1

[Se déconnecter](#)

Mes informations

LES COURS DISPONIBLES

[Tabagisme et psychiatrie](#)

[Entretien motivationnel](#)

Entretien motivationnel

EM

Entretien motivationnel

Module	Entretien motivationnel - contenu complet	
1		
Leçon 1	Séquence : EM - Définition	✓
Leçon 2	EM Définition (présentation PPT)	✓
Leçon 3	Séquence EM - Notions liées (motivation, ambivalence, discorde...)	✓
Leçon 4	Séquence EM - Bases théoriques	✓
Leçon 5	Fondements théoriques (présentation PPT)	✓
Leçon 6	Séquence EM - Les 4 processus	✓
Leçon 7	Séquence EM - Les bases	✓
Leçon 8	Séquence EM - Les outils	✓
Leçon 9	# ENTRETIEN MOTIVATIONNEL - VIDEO INTEGRALE #	✓
Module	EM : compléments	
2		
Leçon 1	Qu'entend-on par motivation ?	✓
Leçon 2	La motivation au coeur de l'EM	✓
Leçon 3	Ambivalence (vidéo)	✓
Leçon 4	Discorde (vidéo)	✓
Leçon 5	Reflets (présentation PPT)	✓
Leçon 6	Reflets (audio)	✓
Leçon 7	Résumés (présentation PPT)	✓

TÉMOIGNAGE

Docteur DN Médecin généraliste dans la région de Philippeville

Lors d'un entretien, il nous a été possible d'échanger avec le docteur DN, médecin généraliste dans la région de Philippeville, autour de son expérience de sevrage tabagique des patients qu'elle suit et qui présentent par ailleurs des troubles psychiatriques.

Elle estime que 10 à 15 % de ses patients présentent des troubles psychiatriques, essentiellement troubles anxieux, dépression, dépendance à l'alcool, troubles de l'humeur... Selon elle, le sevrage tabagique n'est pas une priorité pour eux, souvent le tabagisme est encore présenté comme un droit et/ou une fatalité. Un des éléments pouvant influencer positivement leur motivation serait «une restructuration psychique vers une meilleure santé physique et mentale». Derrière cette expression nous trouvons le développement du rôle actif du patient et, entre autres, l'augmentation de ses connaissances.

Le docteur DN. est satisfaite de la formation complémentaire centrée sur la gestion du tabac dont elle a bénéficié car cela n'est pas présent dans la formation de base. L'entretien motivationnel fait partie de cette formation théorique.

Pour elle, le point central est la motivation du patient qui «peut faire des miracles». Les éléments mis en avant par les patients sont avant tout de retrouver une meilleure qualité de vie (par exemple au niveau financier ou par rapport à leur autonomie), satisfaire à la pression sociale, familiale et/ou médicale et aussi augmenter leur confiance en eux.

Dans le travail du médecin généraliste, l'accompagnement de ce type de patient vers un arrêt tabagique demande plus de temps et d'investissement.

Une des démarches qui lui semblerait intéressante serait d'organiser des groupes de patients, animés par un professionnel de santé.

EN GUISE DE CONCLUSION

Le tabagisme constitue un des principaux facteurs de risque «évitable» pour tout individu, cela n'est plus à démontrer.

Les personnes atteintes de troubles mentaux connaissent une prévalence de ce même tabagisme particulièrement importante, dit autrement «les patients psychiatriques fument plus que tout les autres».

Ces deux éléments justifient donc pleinement que les intervenants de santé (au sens large) s'intéressent activement à ce sujet.

Nous espérons, par cette publication, participer à cette réflexion globale. Elle devrait constituer un outil de réflexion qui vient s'ajouter aux publications précédentes, au site de e-Learning et surtout aux rencontres (conférences, réunions, accompagnement,...) que nous réalisons dans le cadre de ce programme.

Notre volonté, soutenue par le Fonds de lutte contre les assuétudes, sans stigmatisation, sans prosélytisme est de **permettre aussi aux patients atteints de troubles psychiatriques d'accéder à une vie libre de tabagisme.**

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/2016/5052/1

Décembre 2015

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

