

# Respirer en Hainaut ... et se libérer du tabac

## Édito

C'est avec plaisir que l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) vous présente son bulletin annuel "**Respirer en Hainaut... et se libérer du tabac**". Il fait partie d'une collection de bulletins intégrant également les thèmes "Manger" et "Bouger" dont l'objectif est d'**informer les professionnels** sur l'actualité de la prévention et de la promotion de la santé, de l'activité physique, d'une alimentation équilibrée et d'un air de qualité.

L'OSH, membre actif du Plan Wallon Sans Tabac 2019/30 récemment adopté, a voulu mettre en avant dans ce numéro une des facettes du travail des professionnels de **la cessation tabagique agissant en Hainaut**.

Différents lieux de vie (école, milieu de soins, insertion socio-professionnelle, milieu carcéral...) offrent des espaces et des moments pour aller à la rencontre des populations en **favorisant l'échange**, en proposant **une écoute** et en développant **des actions** pour **faciliter l'arrêt** en particulier pour les populations les plus vulnérables. Nous espérons que vous ferez appel à eux.

On peut estimer la **proportion de fumeurs quotidiens en Hainaut à 24 %**, soit environ 320 000 personnes. On sait que parmi ces fumeurs, les deux tiers soit plus de 210 000 ont déjà tenté d'arrêter ou sont en recherche de **solutions**.

Nous savons que le défi est immense et que les moyens sont malheureusement encore trop limités, mais une société libérée du tabac est possible en Hainaut.

Bonne lecture !



## Sommaire

<b>1. Etat des lieux</b> .....	<b>2</b>
1.1. Conséquences du tabagisme sur la santé .....	2
1.2. Arrêt du tabac au centre des actions de prévention .....	2
1.3. Quels types d'interventions et organisation pour les publics fragilisés ? .....	3
<b>2. Aider les fumeurs : des interventions au plus près des populations</b> .....	<b>4</b>
2.1. Parole aux experts .....	4
2.2. Lieux de soins propices à la cessation tabagique .....	8
2.3. Défi du milieu carcéral et des lieux d'accueil en psychiatrie .....	11
<b>3. Ressources</b> .....	<b>15</b>

## 1. Etat des lieux

### 1.1. Conséquences sur la santé



En 2014, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Center for disease control and prevention (CDC) des Etats-Unis ont résumé 50 années d'études d'évaluation des conséquences du tabagisme sur la santé<sup>1</sup>.

Celles-ci ne font malheureusement plus aucun doute.

En moyenne, le fumeur vit 15 ans de moins que le non-fumeur. Un fumeur sur 2 décède prématurément (avant 65 ans) à cause du tabac.

Sa consommation conduit souvent à des maladies du cœur et des poumons, et être fumeur représente un risque majeur pour le cœur, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'emphysème et des cancers, en particulier les cancers du poumon et du larynx mais aussi le cancer de la vessie.

Limiter l'entrée dans le comportement tabagique et travailler à l'abandon du tabac, sont de fait les meilleurs moyens pour

prévenir ces problèmes de santé et réduire le nombre de décès liés au tabac.

Même si le nombre de fumeurs quotidiens diminue, la proportion de fumeurs en Hainaut a tendance à être supérieure à la moyenne wallonne et surtout à la moyenne belge. Il existe un fort gradient social qui montre que la proportion de fumeurs ne diminue pas dans les populations à faibles revenus. Nous sommes loin d'un processus de dénormalisation<sup>2</sup> du tabagisme pour toutes les catégories sociales.

Pour les revenus les plus faibles, la prévalence se maintient de 1997 à 2013 autour de 30 % en Wallonie, alors qu'elle chute franchement pour les revenus les plus hauts de 22 % à 12 %. De fait, l'écart entre les plus bas revenus et les plus hauts s'est creusé, passant de 8 % à 18 %.

### 1.2. Arrêt du tabac au centre des actions de prévention

La Fondation contre le Cancer a récemment publié une enquête<sup>3</sup> faisant apparaître que près de 3 fumeurs sur 4 regrettent de fumer (73 %) et 65 % des fumeurs aimeraient arrêter. De plus, 74 % des fumeurs n'aimeraient pas que leurs enfants fument.

Ces données suggèrent que le tabac est perçu plutôt comme une contrainte et une dépendance s'imposant aux individus, dont les fumeurs aimeraient se débarrasser. On est loin de l'image de liberté et de choix individuel utilisé dans les stratégies marketing des industriels du tabac.

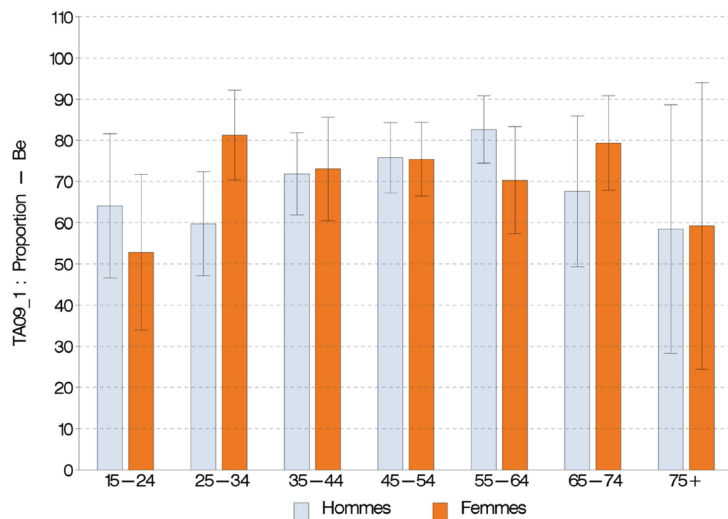
Concernant les tentatives d'arrêt, l'Enquête de Santé en Belgique (ENS, 2013), livre aussi des données démontrant qu'une large majorité de fumeurs tentent, ou ont déjà tenté, de s'arrêter.

1. US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: US Dept of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health ; 2014.

2. La dénormalisation est une stratégie globale de lutte contre le tabac qui veut débanaliser, interroger, ringardiser. Elle vise le changement des normes sociales et perceptions liées au tabac, (celui-ci devient moins désirable, moins acceptable) et moins accessible ; l'association de la consommation du tabac à un comportement marginal, contraire aux intérêts des enfants, des adultes et de la société ; la démonstration au grand public pourquoi l'industrie du tabac n'est ni normale ni légitime. Direction Générale de la santé. Ministère des affaires sociales et de la santé. France 2016.

3. Enquête tabac 2018, Un rapport pour la Fondation contre le Cancer, menée par GfK Belgium.

**Figure 1 : Pourcentage de la population de fumeurs actuels en Belgique (de 15 ans et plus) ayant déjà volontairement cessé de fumer pendant au moins 24 heures (ENS, 2013)**



En Wallonie, les taux de tentative d'arrêt tabagique représentent en moyenne 67 % chez les hommes et 70 % chez les femmes.

Le taux de tentative d'arrêt augmente à mesure que l'on progresse dans les groupes d'âge : il passe de 56 % parmi les jeunes de 15-24 ans à 74 % chez les 65-74 ans.

Ces forts taux de tentative ne doivent cependant pas masquer le faible taux de réussite dans la cessation. En effet, 71 % des fumeurs quotidiens ayant tenté un arrêt n'y sont pas parvenus.

A noter que les taux de tentative par catégorie socio-économique ne sont pas significativement différents, en revanche les taux de réussite sont plus importants dans les catégories socio-économiques supérieures.

Un argument de plus **pour accompagner davantage les fumeurs** issus de milieux peu favorisés dans leurs démarches.

### 1.3. Quels types d'interventions et organisation pour les publics fragilisés ?

Une récente revue de la littérature internationale, conduite par Santé Publique France, dresse un état des connaissances sur le type d'actions les plus efficaces visant l'arrêt du tabac notamment pour les publics fragilisés <sup>4</sup>.



Source : Sept asbl

- "La première est de proposer des services **au plus près des populations ciblées** : en s'implantant dans des territoires prioritaires ; en concluant des partenariats au niveau local avec les services sociaux ; ou encore en proposant des services mobiles sur des parkings de supermarché, de zones industrielles et de centres de loisirs.

- Les démarches proactives des organismes qui promeuvent l'arrêt du tabac, par exemple **via les dispositifs d'aide à distance**, avec des relances régulières par téléphone, SMS ou e-mail, ont également montré des résultats positifs. Il s'agit notamment pour ces organismes d'être à l'initiative de la (re) prise de contact avec les fumeurs identifiés pour leur proposer une offre d'aide à l'arrêt personnalisée.

- **La formulation des messages et les registres mobilisés**, notamment dans les campagnes médiatiques, sont des éléments essentiels qui doivent être fondés sur des arguments scientifiques. De même leur visibilité pour les publics ciblés est primordiale, et donc la stratégie médiatique pour que ceux-ci soient vus par le plus grand nombre de personnes.

- Enfin, de manière générale, **les interventions** sont d'autant plus efficaces qu'elles ont été **co-construites, testées auprès des publics cibles et adaptées à leurs besoins** spécifiques en termes de contenu et de remboursement des soins".

4. Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O., Lenormand MC., Blanchoz JM., Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature. Santé publique, 2018, vol. 30, p. 45-60.

## 2. Aider les fumeurs : des interventions au plus près des populations

Différents milieux de vie (école, lieu de soins, centre social, milieu carcéral...) offrent des espaces et des moments pour aller à la rencontre des populations dans leur démarche d'arrêt, en favorisant l'échange et en proposant une écoute.

Les professionnels, y conduisant des programmes de prévention, nous livrent ici leurs témoignages au travers de deux interviews et quatre articles originaux.

Ces actions s'intègrent dans le Plan Wallon Sans Tabac, coordonné par le Fonds contre les affections respiratoires (FARES). Ce plan vise notamment le développement d'un accompagnement "positif" du fumeur, dans la durée et la continuité ainsi que la mise en place d'environnements sans tabac.

### 2.1. Parole aux experts

#### **La mise en projet des publics fumeurs au sein des filières de l'action sociale**

François Dekeyser (FD) est psychologue et responsable du Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme (asbl SEPT) à Mons. L'asbl SEPT bénéficie d'un agrément de la Région wallonne de "Service d'aide et de soins spécialisés en assuétudes".

#### **Votre service est très investi dans l'aide aux fumeurs en proximité, et plus particulièrement en direction des populations vulnérables. Pourquoi ?**

FD - La proportion de fumeurs est sensiblement plus élevée au sein des publics en situation de précarité, lesquels se sont révélés moins perméables aux mesures ainsi qu'aux stratégies habituelles de la prévention.

Mais, contrairement aux idées reçues, la différence affectant ces catégories sociales ne doit pas être imputée à des facteurs motivationnels. En clair, les fumeurs, quelle que soit leur condition, vont éprouver pareillement une ambivalence à l'égard de la cigarette, un inconfort psychique renforcé par le maintien du comportement tabagique : "Je m'expose aux méfaits du tabac mais j'aurais du mal à m'en passer". Les ennuis de santé, la dépense occasionnée par le tabac, les préoccupations psychologiques ou morales (comme le vœu d'exemplarité pour les enfants, la pression de l'entourage) aiguillonnent également la motivation. Mais la peur du manque fait contrepoids. "Pourrais-je me priver du plaisir ou du soulagement que m'apportent un geste, un rituel, deux ou trois bouffées, quand je stresse ou quand je m'ennuie ? Me passer des moments de partage ou de récompense... ou d'un apport de nicotine au saut du lit ?".

#### **Dans ces conditions, l'approche que vous préconisez, le premier jalon, du moins, consiste à clarifier le sens, le rôle, qu'a pris le tabac dans la vie des personnes ?**

FD - Tout à fait. La visée du service est de permettre à ces publics, rencontrés dans leur ambivalence (ils ne sont pas demandeurs, au départ), de mettre au jour un désir de changement, sans nier les fonctions que l'intéressé prête à la cigarette : sans prise de conscience, aucune alternative au tabac ne pourra s'imposer... Dans la phase ultérieure, il s'agira de mettre en évidence les ressources intrinsèques, environnementales et pharmacologiques ou psychomédicales qui pourront les aider pour un aménagement de leur consommation, voire de l'arrêt.

#### **De multiples facteurs concourent au changement de comportement et celui-ci est parfois long à s'installer. Vous inspirez-vous d'une méthode particulière ?**

FD - Le format de nos interventions repose en général sur un module comportant cinq volets définis par le modèle transthéorique du changement de comportement développé par Prochaska et DiClemente<sup>1</sup>.

1. Lors de la rencontre initiale du groupe, il s'agit d'éviter la confrontation. Pas question de stigmatiser la consommation et de placer l'échange au niveau d'une information qui traduirait l'asymétrie de la relation : l'expert face à l'impénitent fumeur, le soignant au secours de l'impuissant malade.

Au contraire, le fumeur, expert du vécu, verra valider sa parole et son questionnement, dans un cadre humaniste. Alors, débute une exploration de l'ambivalence à l'égard de la cigarette, où la question qui domine est pourquoi (Pourquoi je fume ? ou Pourquoi j'arrêterais ?).

1. Prochaska, JO.; DiClemente, CC. (2005). «The transtheoretical approach». In Norcross, JC.; Goldfried, MR. Handbook of psychotherapy integration. Oxford series in clinical psychology (2nd ed.). Oxford; New York: Oxford University Press. pp. 147-171. ISBN 0195165799 . OCLC 54803644.

# Respirer en Hainaut ... et se libérer du tabac

5

2. La question du Comment vient ensuite : Comment pourrais-je arrêter/réduire/maîtriser ma consommation, dès lors que je ne suis plus en accord avec elle ?

"Je voudrais écarter les cigarettes" ou "Je ne prends pas de plaisir à fumer", "Je ne fumerai plus dans la maison", "Je voudrais arrêter, sans demi-mesure".

3. Un sentiment de compétence ou d'efficacité personnelle face à l'envie de fumer peut alors se développer grâce au partage d'expériences et de ressources utiles, de stratégies de coping (de gestion des situations piègeuses). Des brochures interactives et l'essai de substituts nicotiques adéquatement dosés vont accompagner le processus. Ceci concourt à placer le sujet dans les conditions favorables au défi de privation volontaire à l'issue de la troisième animation.

4. Le débriefing et l'émulation, le renouvellement des défis ainsi que le relais de professionnels identifiés clairement (tabacologue en ligne ou soignant du réseau local), pourront, à ce stade, apporter la consolidation nécessaire à l'engagement d'un sevrage.

5. Au final, chacun des participants retient subjectivement les éléments propres à débanaliser le comportement tabagique, à doper de façon durable et concrète un capital confiance à l'égard de l'arrêt, plus désirable et rendu possible.

## **Cette méthode, en pratique, produit-elle des résultats ?**

FD - Plus d'un millier de consommateurs ont déjà bénéficié de la mise en projet proposée par le SEPT à la faveur d'une intervention de proximité. Une personne sur 10 met à profit l'expérience de la privation volontaire - assistée ou non par la substitution nicotinique - pour cesser durablement. Je rappelle que les participants ne sont pas forcément demandeurs, au départ des interventions. C'est à la faveur de formations professionnelles préqualifiantes que nous introduisons le thème au sein d'un groupe hétérogène, éventuellement rétif à l'arrêt.

Les indicateurs de réussite dont nous pouvons témoigner sont :

- la modification des perceptions, des représentations (débanalisation de la fume, intégration des méfaits de la fumée passive, intégration de l'aide en ligne et des médicaments de soutien, restauration de la confiance à leur égard) ;
- un développement des ressources et des compétences : "Je sais que je peux compter sur le patch", "J'arrive à dire non, je sais quoi faire pour ne plus fumer clope sur clope" ;
- un aménagement des comportements globaux de santé : " Je sors maintenant sans mes cigarettes", "Chez nous, plus question qu'on fume à l'intérieur !", " Je déjeune, à présent, tous les jours !", " J'ai repris des loisirs actifs".

## **Peut-on étendre cette approche à d'autres publics ?**

FD- Dans son phasage et par sa philosophie, cette approche inspire évidemment le travail accompli auprès d'autres publics diversement fragilisés : population carcérale ou psychiatrique, en désintoxication pour une autre assuétude ou limités quant à leur autonomie (vie en institution, déficience mentale)... Les équipes entourant ces personnes ont lieu d'être accompagnées, formées afin qu'évoluent leur sensibilité à l'égard de la problématique dans la perspective d'une aide au fumeur mais aussi d'assainissement des lieux de vie.

Nous devons tous y débanaliser le tabac et soutenir un questionnement profitable aux consommateurs avant de les encourager dans un processus de changement. Soutenue par les pouvoirs publics wallons, cette approche originale ne peut se déployer sans la détermination des professionnels et des structures qui voudraient accueillir ce module.



Source : Sept asbl

## **Pour une aide à l'arrêt du tabac en faveur des jeunes et populations précarisés**

Martial Bodo (MB) est tabacologue-psychologue au Centre d'Aide aux Fumeurs (CAF) de l'Institut Jules Bordet<sup>2</sup>.

### **L'Institut Bordet est actif en prévention du tabagisme. A qui s'adresse t il ?**

MB - L'Institut Jules Bordet est un centre de cancérologie, de référence nationale et de réputation internationale. Les interventions d'aide à l'arrêt du tabac se font tant en consultation individuelle intra-muros qu'en sessions de sevrage en groupe extra-muros (Bruxelles, Région wallonne et Région flamande), pour trois types de public : les jeunes en milieu scolaire, les adultes en milieu professionnel et les personnes en situation précarisée (pensionnés, chercheurs d'emploi, personnes en congé de maladie, travaillant à temps partiel, émargeant au CPAS...).

Dans le souci d'aider un maximum de fumeurs, nous pensons qu'il est nécessaire, éthique et solidaire d'offrir des programmes de sevrage tabagique à deux types de publics particulièrement fragilisés : les jeunes en milieu scolaire et les personnes en situation précarisée.

### **Les jeunes sont évidemment un public particulièrement sensible requérant toute votre attention. En Hainaut, où et comment intervenez vous ?**

MB - Concernant les jeunes, des programmes de sevrage dans diverses écoles ont été mis en place en Hainaut : Collège des Aumôniers du Travail (Charleroi), Institut technique et commercial des Aumôniers du travail (Boussu), Centre éducatif de la Saint-Union (Tournai), Institut Sainte-Marie (Châtelineau), Centre éducatif communal secondaire La Garenne, Institut Saint-Joseph, Institut Jean Jaurès, Athénée royal Ernest Solvay, Institut provincial d'enseignement secondaire paramédical La Samaritaine (Charleroi).

L'approche du sevrage tabagique se base sur une dynamique de groupe (maximum 10 personnes), destinée à créer un espace où les participants peuvent trouver conseil, guidance, information, soutien, échange d'expérience, etc.

Le suivi, comprenant trois phases, est réalisé sur une longue période de 7 mois pour les écoles, 9 mois pour la population défavorisée et 13 mois pour les entreprises.

La phase préparatoire dure un mois et comprend un entretien individuel suivi de 4 ateliers de préparation au sevrage : motivation, gestion du stress, techniques de relaxation, contrôle de la prise de poids.

La phase de désintoxication comprend 9 réunions de groupe réparties sur 3 mois. Durant cette période, l'aide au sevrage offre un soutien médical ainsi qu'un soutien psychologique de type cognitivo-comportemental.

La phase de consolidation, une séance par mois, (4 pour les écoles, 5 pour les personnes précarisées et 7 pour les entreprises) afin de prévenir les rechutes, fréquentes pendant la première année de sevrage, où de nombreux nouveaux schémas de pensée et de comportement doivent s'élaborer et se fixer.

### **Quels résultats peuvent être enregistrés ?**

MB - L'abstinence de chaque participant est évaluée à chaque séance du programme par self-report et vérifiée par dosage du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré au moyen du smokerlyser.

Le taux moyen d'abstinence à l'issue des programmes est de 32 % chez les jeunes, 38 % chez les personnes précarisées et 42 % chez les travailleurs.

Il est à noter que les résultats d'abstinence à un an selon la littérature scientifique se situent autour des 5 % sans aide et autour des 15 à 20 % avec une aide médicamenteuse.

# Respirer en Hainaut ... et se libérer du tabac

Nos résultats sont donc très positifs et encourageants. Ils s'expliquent certainement par le suivi très intensif (de 16 à 30 heures d'intervention), structuré (3 étapes, préparation, désintoxication et consolidation de l'arrêt) et diversifié (approche médicale et psychologique avec une dynamique et un soutien de groupe).

Au-delà de ces chiffres, nous constatons des résultats qualitatifs importants en termes d'amélioration de qualité de vie : gain de confiance en soi et d'estime de soi, gain financier, reprise d'une activité physique, réaménagement des habitudes alimentaires, réinvestissement de soi dans une passion, des loisirs, développement de nouvelles relations humaines, amélioration de la santé physique et mentale.

## **Quels sont les approches à privilégier plus particulièrement pour les jeunes ?**

MB - Nous pensons qu'une approche en groupe est particulièrement pertinente. Les jeunes rapportent avoir commencé à fumer par effet de groupe, effet si puissant chez eux, qu'il est dès lors judicieux de l'"exploiter" en faveur de l'arrêt. "Ensemble on a commencé à fumer, ensemble on arrête de fumer".

Pour ce type de public, plus que jamais l'action thérapeutique doit se baser sur le non-jugement, la non-culpabilisation, et être axée sur ses réalités en termes de gains et bénéfices (argent, odeur, liberté, performance physique...).

Enfin, la problématique spécifique chez les jeunes fumeurs est aussi qu'ils fument beaucoup et de différentes manières (cigarette, chicha, cannabis, e-cig...). L'installation d'un tabagisme chez eux pronostique une consommation élevée, de plus grandes difficultés à arrêter, des problèmes de santé plus importants et plus nombreux à l'âge adulte. Une certaine orientation de vie sera aussi fragilisée sur divers aspects (social, professionnel, familial, financier, médical...), d'où l'intérêt d'agir pour et avec eux.



## 2.2. Lieux de soins propices à la cessation tabagique



Hôpitaux et maisons médicales offrent des services et moments précieux pour l'arrêt tabagique. Marc Moers au Grand Hôpital de Charleroi (GHdC) et Virginie Milis pour les Maisons médicales témoignent de leurs actions.

### 2.2.1. Vie de tabacologue au GHdC

Marc Moers est kinésithérapeute, il a longtemps travaillé dans l'industrie pharmaceutique. Il s'est formé à l'hypnose ericksonienne et à la tabacologie. Depuis un an, il est tabacologue au GHdC<sup>3</sup>. Le fonctionnement d'un CAF est un projet de nature à préserver et améliorer la santé d'une partie de la population. En Belgique, 2 patients décèdent toutes les heures des conséquences du tabagisme<sup>4</sup>. Pour rappel, le Hainaut, avec un taux de fumeurs quotidiens de 24 %<sup>5</sup> (le plus élevé de Belgique), est particulièrement touché par ce fléau.

Le CAF du GHdC est constitué de 7 personnes dont 5 tabacologues, 2 médecins, une psychologue, une diététicienne et un kinésithérapeute formé en hypnose ericksonienne. Une infirmière et une conseillère en prévention sont intégrées à l'équipe.

Le travail pluridisciplinaire est très porteur, tant sur le plan de l'organisation que sur le plan médical. Face à une problématique particulière, une synergie de compétences communes est utile pour trouver une solution, sur le plan médical et communicationnel.

L'objectif du CAF est de prendre en charge des patients dans leur démarche d'arrêt tabagique en réduisant diverses résistances :

- en premier lieu, celle des patients eux-mêmes qui les pousse à se sevrer souvent trop tardivement, ou à attendre un remède externe et miraculeux. Elle pousse également un certain nombre d'entre eux à manquer les consultations d'aide au sevrage ;
- une deuxième inertie à combattre est celle d'une partie des professionnels de la santé, qui souvent se découragent face au tabagisme, ayant l'impression de prêcher dans le désert. Impression erronée car il est prouvé que le conseil minimal prodigué par un médecin améliore le taux de sevrage<sup>6</sup> à moyen terme, dans sa patientèle ;
- une troisième difficulté plus globale est issue des politiques de contrôle insuffisantes et de la confrontation aux lobbies pro-tabac.

3. Grand Hôpital de Charleroi - Site Saint Joseph Rue Marguerite Depasse 6 , 6060 Gilly Téléphone: 071 107011 - Marc.MOERS@ghdc.be

4. Source : Enquête nationale de santé 2013

5. Source : [http://www.hainaut.be/sante/osh/medias/user/Sante en Hainaut 12 TBS-2016 synthese v2.pdf](http://www.hainaut.be/sante/osh/medias/user/Sante%20en%20Hainaut%2012%20TBS-2016%20synthese%20v2.pdf)

6. Silagy C, Physician advice for smoking cessation, Cochrane database, Syst Review, 2002, 1



# Respirer en Hainaut ... et se libérer du tabac

9

## ► Comment ?

Au GHdC, la prise en charge est multidisciplinaire et suppose d'adresser le patient à des collègues compétents pour l'aider plus efficacement. Par exemple, le patient qui craint une prise de poids est rapidement adressé en diététique. De même, les tabacologues consultants s'adressent entre eux les patients suivant les compétences spécifiques de chacun.

L'équipe du CAF se réunit une fois par mois afin d'échanger sur les projets et leur avancement. Les interventions du CAF sont régulières au cours des réunions rassemblant les personnes clés de l'hôpital : réunion des responsables du nursing, réunion des cadres de l'hôpital, réunion du Comité de Prévention et de Protection au Travail (CPPT). Ces contacts réguliers permettent d'asseoir une présence et de progressivement stimuler l'ensemble du personnel à considérer une vie sans tabac comme un objectif important.

La dynamisation des activités est mise en place par des campagnes de communication interne destinées aux publics mais également au personnel. Ces campagnes sont réalisées à travers des outils classiques, tels que l'affichage généralisé et la mise à disposition de brochures adaptées.

Un premier plan de sevrage gratuit pour les membres du personnel de l'hôpital a été élaboré et lancé, de même que de nombreuses activités de formations, notamment du nursing, au sein de l'institution.

Après quelques mois seulement, les dispositifs de communication internes au GHdC ont créé des synergies réelles. Ces systèmes, notamment connectés par réseau informatique, permettent de renforcer le contact entre le tabacologue et le patient souhaitant cesser son tabagisme. Un patient fumeur hospitalisé au GHdC, s'il manifeste un souhait d'aide au sevrage, se voit lors de l'anamnèse infirmière directement orienté vers un tabacologue.

Le site internet de l'hôpital, permet aux patients externes de facilement trouver un tabacologue et de fixer un rendez-vous.

## ► Méthode novatrice : l'hypnose

L'attrait de l'aide au sevrage par hypnose amène de nombreux nouveaux patients à consulter le site de Saint-Joseph. Il faut immédiatement souligner que l'apport de l'hypnose en tabacologie est surtout efficace en complément aux autres techniques validées. Il est fréquent de devoir le préciser aux patients qui espèrent souvent un effet miraculeux de cette technique. L'objectif est de parvenir à faire oublier complètement aux patients qu'ils ont fumé ou de leur faire éprouver un dégoût à l'égard du tabac.

Bien que la technique d'amnésie soit exploitable sous hypnose, de même que les sensations d'aversion vis-à-vis d'un produit, l'utilité de l'hypnose ericksonienne est le plus souvent mise en évidence en permettant à l'ex-fumeur de potentialiser ses ressources personnelles et positives, lesquelles sont de nature à l'aider à surmonter bien plus facilement les difficultés du sevrage.

Une première mesure d'efficacité des consultations de tabacologie (qui devra être confirmée par un suivi à plus long terme) a montré un sevrage chez à peu près 50 % des patients suivis. Ces premiers chiffres sont encourageants lorsque l'on sait qu'un fumeur a moins d'une chance sur 10 de se libérer efficacement de son tabagisme s'il le fait seul.

Une perspective de développement pour le CAF du GHdC est de pouvoir chaque jour permettre à un fumeur de se libérer définitivement de son addiction.



## 2.2.2. Aborder le tabac en maison médicale



Yves Gosselain et Virginie Milis de la Fédération des maisons médicales<sup>7</sup> soutiennent l'aborder de la question du tabac avec les patients et l'action à la fois dans une optique de prévention et de promotion de la santé. Cette année, le focus a été mis sur deux projets : une campagne mini-défis et le développement d'un module informatique.

La campagne mini-défis a commencé à l'occasion des fêtes de fin d'année, sous la forme d'une carte de vœux créative invitant les maisons médicales à défier le tabac en 2018.

Toute une série de mini-défis leur étaient proposés afin d'améliorer leurs connaissances et compétences dans la gestion du tabagisme : (re)découvrir les services de

Tabacstop, creuser la question de la cigarette électronique, améliorer l'encodage du statut tabagique, etc. Les travailleurs étaient également invités à partager la carte avec leurs collègues de manière à insuffler une dynamique d'équipe... Le slogan ? Vous aussi vous pouvez sauter plus haut que vous ne le pensez !

Dans la lignée de ces vœux de fin d'année, un dispositif a été proposé aux équipes à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac<sup>8</sup>, à destination des patients cette fois.

Inspiré d'un projet de la maison médicale Espace Santé (Ottignies), ce « Kit mini-défis » invitait les patients à s'essayer à un petit changement de comportement par rapport au tabac, à faire un premier pas vers un changement plus grand, juste pour voir... Parce que le chemin vers une vie sans tabac est jalonné de petits pas et qu'un changement réussi, même s'il est mineur, permet de renforcer la confiance en soi !

Des affiches de campagne permettaient de rendre visible l'action mini-défis dans les maisons médicales, d'attirer l'attention des patients fumeurs et de donner des idées de mini-défis. Une fiche était proposée aux soignants pour les aider à aborder le sujet en consultation. A l'issue de cet échange, les patients pouvaient noter leur mini-défi sur un post-it<sup>®</sup> stylisé et le coller ensuite sur une affiche de très grand format en salle d'attente... Une manière de symboliser l'engagement qu'ils venaient de prendre envers eux-mêmes et de partager leur défi avec d'autres, pour que chacun se sente moins seul dans sa démarche.

Le Kit a été commandé par une septantaine de maisons médicales. Un beau succès, et une démarche que nous souhaitons réitérer les années à venir !

### ► Interface simple et requêtes nombreuses

A côté de cette campagne mini-défis, nous avons également réalisé un module informatique permettant aux équipes d'obtenir plus facilement une vue d'ensemble des données tabac contenues dans les dossiers santé informatisés.

Connaître le taux d'encodage du statut tabagique, le nombre de patients fumeurs, la proportion homme/femme, leur âge. Pouvoir corriger certaines données. Inviter certains patients. Tout cela (et d'autres choses encore) est à présent possible en quelques clics.

La nouveauté tient notamment dans la programmation d'un module informatique utilisant un grand nombre de requêtes tout en étant doté d'une interface très simple pour l'utilisateur.

Ceci améliore la qualité des données utiles pour les projets tabac par l'encodage du nombre de cigarettes/jour, les procédures de suivi, les rappels programmés, dates d'arrêt du tabac, etc.

Pour permettre aux équipes de s'appropriier l'outil, une formation a été organisée au printemps. En partant de leurs expériences de terrain, les participants (tous travailleurs en maison médicale) ont identifié les données utiles ou intéressantes pour leurs projets tabac.

Ce point de départ a permis d'explorer les nombreuses données disponibles dans les dossiers santé informatisés. Et enfin, de prendre en main le nouvel outil proposé, pour visualiser rapidement un bilan de ces différentes données... Cette formation a également permis d'apporter encore quelques améliorations à l'outil informatique.

7. Espace Promo Santé et Qualité, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones Boulevard du Midi 25 bte 5 – 5e étage 1000 Bruxelles – Belgique Tél : +32 (0)2 514 40 14 - Virginie.Milis@fmm.be

8. Journée mondiale sans tabac 2018 - OMS

## 2.3. Défi du milieu carcéral et des lieux d'accueil en psychiatrie

Céline Corman et Dolores Corso interviennent dans des lieux de vie spécifiques où la lutte contre le tabac pourrait, a priori, apparaître comme non-prioritaire. Elles nous présentent leur action.

### 2.3.1. Aide aux fumeurs en milieu carcéral

Céline Corman est psychologue et tabacologue au SEPT<sup>9</sup>. Elle y dirige le programme relatif à l'aide aux fumeurs en milieu carcéral.

La prévalence de fumeurs en prison dépasse de loin celle de la population belge : environ 80 % des détenus sont fumeurs ! Soit près de 4 fois la moyenne nationale. Les déterminants sont multiples : où fumer relève de la norme sociale, constante est la tentation pour qui voudrait s'en défaire. La nicotine est aussi la seule substance légale et disponible avec un effet de soulagement rapide et récurrent sur un plan physique ou plus encore émotionnel ou nerveux. Plaisir immédiat, la cigarette constitue, en prison, une véritable monnaie d'échange...

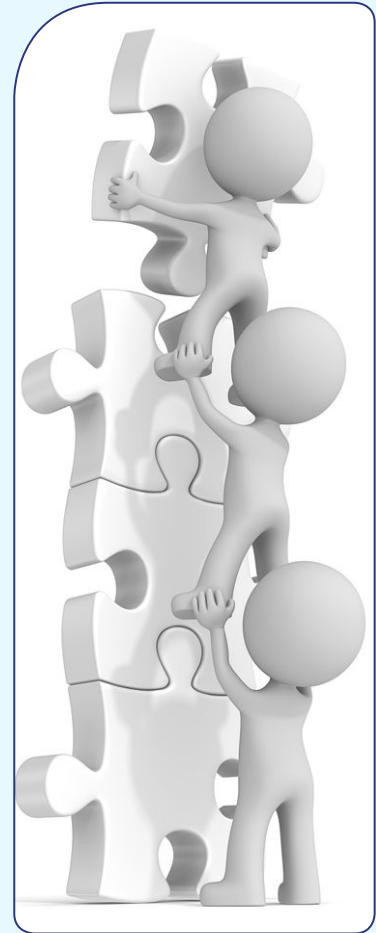
Derrière les barreaux, les soins de santé comme le volet prévention sont relativement précaires. Les médecins, quotidiennement confrontés aux sollicitations nombreuses des détenus, ne peuvent donc pas concrètement prendre le temps de discuter de la motivation à l'arrêt. L'impuissance du personnel soignant (son fatalisme aussi, parfois) contribue à l'inertie du système, d'autant plus que les substituts nicotiques sont à la charge des détenus : un frein pour la plupart d'entre eux, dans la perspective d'un sevrage.

► **L'objectif** premier poursuivi par le service est l'application des articles 88 et 89 de la "loi de principe concernant l'administration pénitentiaire et le statut juridique du détenu" tel que "la continuité des soins" et "l'équivalence des soins". Concrètement, donner la possibilité aux détenus d'entamer ou de poursuivre un travail de questionnement relatif à leur tabagisme via des rencontres avec des professionnels spécialisés dans l'aide aux fumeurs. A ce stade, le sevrage à tout prix n'est pas de mise mais il peut être envisagé si la personne se sent suffisamment motivée, compétente et prête au changement. Augmenter ces trois paramètres est le fil rouge de notre action.

► **Un objectif secondaire** est lié au respect des réglementations relatives au tabagisme passif (que pourraient subir tant les détenus que les membres du personnel) : réduire le nombre d'infractions au sein des couloirs des établissements pénitentiaires.

Nous proposons donc aux établissements pénitentiaires un accompagnement de groupe, 5 animations centrées sur le questionnement du tabagisme. Les séances (hebdomadaires) durent une heure et demie et sont ouvertes à tout détenu (moyennant son inscription préalable et l'autorisation de la direction). Chaque séance couvre un thème lié au modèle transthéorique<sup>10</sup>, lequel s'articule sur les phases de pré-intention, de contemplation (d'ambivalence), de préparation puis d'action; la consolidation pouvant conclure le cycle du changement.

Des outils sont exploités pour, dans un premier temps, faciliter puis dynamiser les échanges (photolangage<sup>®</sup>, balance décisionnelle, conférence illustrée sur l'imagerie publicitaire...) pour, ensuite, passer de la parole aux actes, à la faveur d'un mini-défi de privation volontaire, qu'on débriefe au sein du groupe. Afin de soutenir la démarche autonome, un Quit-kit est offert aux participants, composé d'un patch, de comprimés de nicotine et de pastilles mentholées, d'un bâton de réglisse, d'une balle anti-stress et d'un cahier de jeux pour se divertir.



9. Rue de la Seuwe (Ilot de la Grand Place) n° 17, 7000 Mons

10. Prochaska, James O.; DiClemente, Carlo C. (2005). «The transtheoretical approach». In Norcross, John C.; Goldfried, Marvin R. Handbook of psychotherapy integration. Oxford series in clinical psychology (2nd ed.). Oxford; New York: Oxford University Press. pp. 147-171. ISBN 0195165799. OCLC 54803644.

# Respirer en Hainaut ... et se libérer du tabac

12

Le testeur de monoxyde de carbone est utilisé afin de déterminer le dosage de la substitution nicotinique (individualisation de la couverture en fonction du besoin pharmacologique) mais il est en outre un formidable outil motivationnel. En effet, la mesure du CO cautionnera largement les efforts consentis : le score affiché à l'issue d'un seul jour d'abstinence au tabac peut avoisiner celui du non-fumeur.

En ce qui concerne le tabagisme passif, nous nous sommes associés au Service d'Education à la Santé, basé à Huy, très actif en milieu carcéral, pour développer un message cohérent sous différentes formes : affichage, testing CO, rappel de la direction, etc.

## ► Résultats

Nous sommes intervenus au sein de la moitié des prisons de Wallonie, dont Mons, Leuze et Tournai, pour un total de près de 80 animations.

A Paifve (Province de Liège) une collaboration pérenne est en place : un groupe de parole, un atelier visant la création d'affiches, des mesures occasionnelles du CO, la formation continuée du personnel, etc.

Parallèlement au travail clinique ou de terrain, nous avons également donné suite à la sollicitation de la direction fédérale de former l'ensemble des infirmiers pénitentiaires au Centre de formation de Marneffe.

## ► Illustrations de prises de conscience ou d'aménagements réalisés par les participants

### La relativité de l'ennui

*Quand je serai sorti d'ici, d'office j'arrête de fumer ! Il y a tellement de choses à faire à l'extérieur : si on veut, dehors, on peut tout le temps être occupé ; on n'a pas besoin de fumer ! C'est en venant en prison qu'on s'en rend compte... Ici c'est totalement l'inverse : c'est la misère, on ne fait rien de la journée... Gaëtan, 30 ans*

### Le projet global d'indépendance

*J'ai envie d'être libéré de tout, une fois sorti d'ici : libéré de ces murs de prison et de la cigarette, c'est pour ça que je commence déjà à diminuer ma consommation ici. François, 55 ans*

### Les éléments de bon pronostic

*J'ai arrêté de fumer depuis 3 semaines. C'est dur mais, par rapport aux autres, c'est plus facile : je travaille en cuisine donc je suis occupé ; je suis seul dans ma cellule donc je n'ai pas de tentation d'un co-détenu... et j'ai une famille qui m'encourage. Je pense que tout ça m'aide beaucoup mais j'ai peur de craquer car il y a beaucoup de tensions actuellement dans notre section. Renaud, 35 ans*

### L'émulation de groupe

*Mes co-détenus, ils me charrient parce que je viens au groupe : ils pensent que je n'y arriverai pas... Alors, on a fait un pari ! Et, eux, ils ont décidé aussi d'arrêter et me posent des questions sur ce qu'on fait aux séances pour qu'ils y arrivent. David, 28 ans*

Au-delà des mots, des actes sont posés : sous l'effet du challenge et de la pression des pairs, pour les uns (mini-défis contractualisés publiquement), ou d'une motivation personnelle, internalisée pour les autres (avec une tentative de sevrage bien préparée). Même si la consommation de tabac reste, en prison, banalisée (souvent perçue comme un mal nécessaire), jamais elle n'est définie comme essentiellement positive.

## ► Perspectives

Arrêter en prison n'est pas impossible ! Discuter de la cigarette, mettre en balance les vertus qu'on lui prête et les inconvénients qu'on lui trouve, explorer cette ambivalence est profitable aux détenus. Cela participe à la débanalisation du tabagisme, en cours à l'extérieur de ces murs.

### • Au niveau des groupes de parole, il est souvent pertinent de :

- s'appuyer sur des leaders charismatiques qui assument leur ambivalence envers la cigarette ;
- valider le ressenti positif à l'égard de la cigarette avant d'en venir aux inconvénients de la fume ;
- donner un caractère léger et serein aux séances, encourager la solidarité, identifier les alternatives à la cigarette et valoriser les efforts des participants : l'approche est centrée sur la personne et pas sur le produit.

### • Au niveau institutionnel :

- insister sur l'offre adéquate de la cantine au niveau des alternatives à la « pause cigarette » : bâtons de réglisse, pastilles mentholées, etc. ;
- offrir des activités permettant de se distraire, au niveau collectif (sport, culture, apprentissage) ou individuel (bibliothèque, cours à distance...) ;
- rappeler les règles en vigueur quant au tabagisme passif (voie hiérarchique, en favorisant l'adhésion la plus large) ;
- préserver la plate-forme des groupes de pilotage local drogue (GPLD) où se côtoient cycliquement les services et garants internes et les acteurs externes (parmi lesquels les services spécialisés).

## 2.3.2. Mise en projet des professionnels et de la patientèle au sein des structures accueillant des personnes qui présentent une pathologie psychiatrique ou un double diagnostic

*Dolores Corso, psychologue et tabacologue au SEPT et François Dekeyser, directeur du SEPT*



Ce chantier de l'égalisation des chances a vu le jour en 2009, au départ d'une collaboration du service avec le Carrosse, une institution de la région montoise accueillant des adultes affectés par une déficience mentale légère à modérée (laquelle peut être associée à un trouble psychiatrique). Neuf ans plus tard, c'est enrichi par des collaborations nombreuses et diversifiées que nous vous présentons la philosophie de travail. Elle soutient nos interventions régulières au sein de structures résidentielles hainuyères accueillant des personnes dont l'autonomie est compromise par la déficience mentale ou par une pathologie psychiatrique.

Dans la population tout-venant, la cigarette a pu s'imposer dès l'adolescence à l'imaginaire du consommateur, inspiré par les vertus qui profitent au produit-phare de l'industrie du tabac : la promesse d'une émancipation, d'une assurance inédite... La vulnérabilité qu'éprouve un jeune adolescent tient sans doute à cet âge ingrat dont la traversée n'en finit pas...

La condition de nos publics peut éclairer l'attachement parfois tardif au tabac comme les effets de groupe ou l'imitation, l'importance des rituels qui vont cristalliser la dépendance au niveau social, émotionnel ou comportemental. Le succès de la cigarette est enfin celui de la nicotine, entretenant la dépendance et la réponse au manque et, dès lors, au stress, à la détresse, à l'ennui, au temps qui passe...

Les patients schizophrènes ou dépressifs sont des fumeurs invétérés, alors que la prévalence du tabagisme au sein des institutions pour sujets déficients n'est pas homogène.

Il existe des structures qui visent à dénormaliser le comportement tabagique (parfois de manière très directive) ; et d'autres où le tabac a fait l'objet d'une adhésion plutôt massive et problématique, où la cigarette est bien installée, comme un coucou sur la pendule, comme un moment de pause ou de partage, un essai de médication (pour le soulagement qu'elle octroie), une véritable... institution ! La nature épidémique du tabagisme oriente donc l'intervention vers une approche institutionnelle, organisationnelle, psychologique et sociale, afin de rencontrer les enjeux du comportement, de respecter les choix de la personne et d'éviter la violence du manque ou de la privation.

## ► Objectifs du projet

L'objectif général que nous poursuivons, dans ces lieux de vie ou de passage, est de réduire les inégalités de santé pour des populations qui, de façon paradoxale, n'ont pas toujours accès aux circuits de soins relevant de l'aide au fumeur (sensibilisation pertinente, accompagnement de première ligne ou spécialisé). Les objectifs spécifiques sont de permettre au consommateur de questionner ce comportement, de l'identifier comme un problème, de renforcer sa motivation personnelle au changement, d'entrevoir des réponses alternatives à la fume voire enfin d'acter un changement de comportement.

Le SEPT a créé un guide pratique intitulé "Abord du tabagisme auprès de personnes affectées par une déficience mentale ou un trouble psychiatrique. Accompagnement du fumeur en institution". Son objectif est d'outiller les professionnels et d'accompagner les équipes (adoption d'une philosophie de travail en amont de toute intention de sevrage).

## ► Stratégies

Ceci suppose de :

1. travailler sur les représentations/ la légitimité des professionnels ;
2. débanaliser le comportement tabagique ;
3. favoriser l'avènement d'une cohésion d'équipe autour du projet tabac, défini conjointement ;
4. porter la réflexion sur la cohérence du "projet tabac" (dimensions logistique, organisationnelle, attitudinale...) ;
5. favoriser l'intégration d'informations spécifiques (populationnelles et tabacologiques) ;
6. accompagner les bénéficiaires/patients (mise en projet).

## ► Résultats

Au fil des interventions, un double constat s'est imposé. La nécessité, d'une part, d'outiller les professionnels en la matière et de soutenir l'émergence de leur légitimité quant à l'abord de la problématique auprès de leurs bénéficiaires ou patients et, d'autre part, de concevoir des outils adaptés au public cible.

Avant de concevoir un accompagnement des personnes déficientes ou psychiatisées, il est indispensable de sensibiliser les professionnels, de prendre, avec eux, le temps de s'interroger sur les enjeux de la problématique, pour développer un sentiment de légitimité puis de compétence face au tabagisme, face aux déterminants de la dépendance, aux leviers d'un changement possible et désiré.

A l'issue du module, nous constatons auprès des participant(e)s une avancée réelle vers un changement de comportement :

- la débanalisation du tabagisme : fumer, pour ainsi dire, à tout bout de champ ne va plus de soi. La dénormalisation est renforcée au niveau de l'encadrement des professionnels et de l'institution toute entière ;
- une meilleure identification de la place/du rôle de la cigarette pour chacun. Elle est démystifiée, tandis que des alternatives à la consommation, personnelles, agréables, éprouvées positivement, se dessinent avec le soutien des équipes et de l'entourage ;
- une modification des représentations, régulièrement doublée d'un intérêt pour le changement est enclenché. Une motivation interne est recherchée, alors que sont valorisées les ressources intrinsèques, environnementales et les modalités de l'aide à l'arrêt.

L'accompagnement tabacologique de ces personnes et populations doit pouvoir s'organiser très en amont du sevrage, avec une visée non intrusive, à long terme et sur un mode sans échec : sans pression quant aux changements de statut tabagique, il s'agit d'être attentif aux plus petits aménagements consentis, qui seront soigneusement valorisés. Vous l'aurez noté : des outils adaptés, un guide ainsi que des formations peuvent aider les professionnels de terrain...

## 3. Ressources

Si dans votre activité professionnelle vous aidez ou encouragez des personnes dans leur processus d'arrêt tabagique, vous pouvez éventuellement faire appel à des organismes spécialisés.

↳ **Les Centres d'Aide aux Fumeurs** - CAF®, sont coordonnés par le FARES. Ils proposent des consultations individuelles et éventuellement des réunions de soutien en groupe. Selon les CAF, l'équipe est composée d'un médecin, d'un tabacologue, d'un psychologue, d'un diététicien, d'un kinésithérapeute, d'un sophrologue.

La liste des CAF est disponible sur : <http://repertoire.fares.be/> ou <http://www.centresdaideauxfumeurs.be/>

↳ **Le médecin généraliste**, par sa connaissance des patients, des différentes aides à l'arrêt et par ses propres compétences, est un interlocuteur idéal pour ceux et celles qui veulent arrêter de fumer.

↳ Certains professionnels de la santé ont aussi suivi une formation interuniversitaire en tabacologie.

Vous pouvez obtenir la liste de ces praticiens auprès du FARES, auprès de Tabacstop ou sur le site internet <http://www.tabacologue.be>

### Principaux organismes

#### **Fonds des affections respiratoires asbl (FARES)**

rue de la Concorde, 56 1050 Bruxelles  
Tél. : 02 512 29 36 - Fax : 02 512 32 73 - <http://www.fares.be>

#### **Service d'Etudes et de Prévention du Tabagisme asbl (SEPT)**

rue des Arbalestriers, 16 - 7000 Mons  
Tél. : 065 31 73 77 - <http://www.sept.be/>

#### **Fondation contre le Cancer**

chaussée de Louvain, 479 - 1030 Bruxelles  
Tél. : 02 736 99 99 - Fax : 02 734 92 50 - <http://www.cancer.be>

## tabacstop

La Fondation contre le cancer gère notamment le programme d'aide à l'arrêt en ligne Tabacstop.

Tabacstop est un service gratuit auquel vous pouvez vous adresser si vous désirez de l'aide pour arrêter de fumer.

Derrière le **0800 111 00**, une équipe de tabacologues professionnels est à l'écoute des fumeurs.

Tabacstop, c'est une équipe de **30 tabacologues** situés dans les trois régions de notre pays. Il s'agit de professionnels de la santé comme des médecins, des psychologues et des infirmiers détenteurs d'un diplôme complémentaire en tabacologie et aide au sevrage tabagique.

N'hésitez pas à les contacter. Un service téléphonique gratuit et anonyme est à disposition ainsi que des conseils personnalisés, une application gratuite, etc.

<https://www.tabacstop.be/>

<https://www.facebook.com/tabacstop>

## manger • bouger • respirer

La collection des bulletins - Manger • Bouger • Respirer - s'enrichira au premier trimestre 2019 d'un prochain numéro sur le thème de la santé des aînés intitulé "Aînés en mouvement" !

A bientôt !

### Observatoire de la Santé du Hainaut

rue de Saint-Antoine 1 - 7021 Havré - Belgique

Tél. : +32 (0)65 87 96 00 - Fax : +32 (0)65 87 96 79 • Courriel : [observatoire.sante@hainaut.be](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

Retrouvez-nous sur Facebook • [www.facebook.com/hainaut.sante](http://www.facebook.com/hainaut.sante)

Ce document est téléchargeable via <http://observatoiresante.hainaut.be>

#### Remerciements pour leur collaboration à la rédaction de ce bulletin :

- Martial Bodo - Institut Jules Bordet
- Céline Corman - Dolores Corso - François Dekeyser - Service d'Etudes et de Prévention du Tabagisme
- Yves Gosselain - Virginie Milis - Fédération des Maisons médicales
- Marc Moers - Grand Hôpital de Charleroi
- Caroline Rasson - Service Prévention - Fonds des affections respiratoires (FARES)

