

# Parler du tabagisme avec les patients en psychiatrie ?



## Brochure à destination des soignants et des intervenants du secteur psychiatrique.

### 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/2011/5052/4

Décembre 2011

### Contact :

Jacques Dumont

FARES asbl

56 rue de la Concorde, 1050 Bruxelles

Tél. : 02 518 18 67

Courriel : [jacques.dumont@fares.be](mailto:jacques.dumont@fares.be)

Site : [www.hopitalsanstabac.be](http://www.hopitalsanstabac.be)



# Parler du tabagisme avec les patients en psychiatrie ?

## INTRODUCTION

Les évolutions de la législation visant la protection de la santé des fumeurs et des non-fumeurs ont déjà profondément modifié le regard et la place attribués au tabac dans notre société. Les hôpitaux et services de psychiatrie n'échappent pas à ces évolutions. La mise en place de règlements d'ordre intérieur plus clairs et l'installation progressive de fumeurs extérieurs déplacent progressivement la norme. Longtemps considérée comme régnant en maître dans les milieux de vie psychiatriques, la fumée de tabac y devient peu à peu «persona non grata». L'acte de ne pas fumer y étant progressivement davantage valorisé.

Or, cette évolution ne se fait pas sans heurts ni sans résistance. Au sein de nos services, l'idée même de se séparer de cet objet transitionnel et relationnel laisse encore perplexe nombre d'entre-nous. Comment va-t-on s'en sortir si on interdit la cigarette aux patients ? Comment va-t-on gérer les situations de crise ? Cela ne va-t-il pas engendrer plus de stress et de violence ? Et pour nous les soignants, comment va-t-on gérer notre propre tabagisme ? Au fond, la cigarette n'était-elle pas parfois une échappatoire, une bulle d'oxygène dans nos journées lourdes de stress ? N'était-elle pas aussi, finalement, un signe de ralliement ou de rapprochement avec ces personnes que nous soignons et accompagnons au jour le jour et dont la réalité et le fonctionnement psychologique semblent si éloignés du nôtre ? Au fond, leur fait-on violence en restreignant leurs possibilités de fumer ? Y aurait-il ingérence ou abus de droit ?... Beaucoup de questions se posent à juste titre. Le changement de norme ne se fait pas du jour au lendemain. Chacun doit y trouver son propre intérêt. Quel pourrait être le vôtre ?

Ce document vous est proposé afin de vous présenter des pistes de réflexion sur ces différents éléments pour que la question de la gestion du tabagisme en psychiatrie ne soit plus, uniquement source de conflits, mais bien, un projet en soi qui peut porter les équipes de soignants et les patients vers un mieux vivre ensemble.

## **Le tabagisme dans la société d'aujourd'hui : un comportement anecdotique ?**

Pas tant que ça ! On estime qu'actuellement environ 28% de la population belge est fumeuse. Cette proportion reste relativement stable depuis quelques années. Cela signifie qu'environ une personne sur quatre est directement concernée par l'acte de fumer et que celle-ci expose, de façon limitée ou non, ses proches à la fumée de tabac.

La relative accessibilité du produit, son coût qui augmente tout en restant accessible au plus grand nombre, en font un produit de base dans le panier d'un quart de la population.

Son accroche est rapide : la nicotine atteint les récepteurs nicotiniques en moins de 10 secondes et sa consommation entraîne un phénomène de tolérance. La relation de dépendance biologique à la nicotine s'installe extrêmement rapidement : 3 mois pour les jeunes filles, 6 mois pour les garçons, ce qui est comparable à un produit comme l'héroïne !

Le fumeur ne se satisfait pas d'une cigarette, mais, a besoin assez rapidement d'augmenter les doses pour obtenir les effets désirés.

## **La cigarette une amie qui nous veut du bien ?**

Le fumeur retire bien évidemment des bénéfices de sa consommation. Fumer entraîne des conséquences et des sensations vécues positivement.

Tantôt cigarette détente, apaisante, anti-dépressive, anti-solitude. Tantôt cigarette stimulante, décontractante, festive, coupe-faim... La cigarette et la fumée qui l'accompagnent forment un halo, une bulle protectrice pour le fumeur, une amie vers laquelle on se tourne en cas de nécessité ou rien que pour le plaisir de la retrouver.

L'asservissement au tabac qui s'installe chez nombre de fumeurs réguliers peut procurer un sentiment d'insatisfaction, de privation de liberté, une perte de sens dans la recherche du bien-être. Outre ceci, les effets du tabagisme sur la santé ont largement été démontrés ; les répercussions sont importantes et atteignent tant le système respiratoire



que cardiovasculaire, pour les plus connues. On note des implications du tabagisme aussi au niveau de la fertilité, du déroulement et de l'issue des grossesses, mais aussi de nombreux cancers. On estime qu'environ un fumeur sur deux mourra des conséquences de son tabagisme.

Les effets du tabagisme passif à savoir l'exposition à la fumée environnementale en tant que non-fumeur, ont également été mis à jour et ne peuvent plus sérieusement et éthiquement être remis en question.

Tous ces éléments, ainsi que d'autres, amènent pour une majorité de fumeurs, une situation de dissonance cognitive : leur comportement tabagique ne colle plus avec leurs aspirations ou leurs objectifs de vie. De là, peut naître une motivation pour arrêter de fumer. On estime qu'environ trois fumeurs sur quatre envisagent d'arrêter de fumer. 68% tentent un arrêt sans y parvenir. Arrêter de fumer peut en effet s'avérer être une expérience extrêmement difficile pour nombre de personnes.

## DANS CE CONTEXTE QU'EN EST-IL POUR LES PATIENTS AVEC TROUBLE OU MALADIE PSYCHIATRIQUE ?

### **Le tabagisme est très fréquent dans la population psychiatrique et en fait la première cause de décès**

Une des premières causes de décès des patients psychiatriques c'est bien le tabagisme. Ceux-ci ont, à âge égal, en raison de leur importante consommation, un risque plus élevé de développer des maladies cardiovasculaires, pulmonaires et certains cancers ; Le tabac est donc la première cause évitable de décès pour cette population spécifique. En revanche, l'arrêt du tabac apporte des bénéfices immédiats sur le fonctionnement respiratoire et cardiovasculaire. Au plus tôt le fumeur arrête sa consommation, aux plus les bénéfices sont grands ; le gain en qualité et en quantité de vie est néanmoins obtenu à tout âge.

### **L'existence de règlements et de dispositions clairs de gestion du tabagisme constitue une opportunité unique pour la mise en place de services d'aide à l'arrêt du tabac, motiver les patients à arrêter et les encourager à rester non-fumeurs quand ils quittent l'hôpital.**

Au fond, on peut considérer que la mise en place d'interdictions de fumer dans l'enceinte de l'hôpital permet aux patients psychiatriques d'expérimenter la vie sans tabac. Cette expérience, quand elle s'accompagne de l'offre de traitements de la dépendance (comme les substituts nicotiques) peut être tout à fait surprenante pour certains patients, étonnés finalement de leur capacité à ne plus fumer. Ainsi, lorsque les offres de traitement et de prise en charge (comme les consultations de tabacologie) accompagnent les mesures d'interdiction, celles-ci ne sont plus considérées comme des punitions ou des sanctions mais bien comme thérapeutiques. On sait qu'une majorité de fumeurs, y compris en psychiatrie, perçoit la nocivité du tabagisme pour sa santé. L'idée même que les professionnels de santé qui les accompagnent n'abordent pas cette problématique

avec eux peut, à contrario, faire passer l'idée qu'arrêter de fumer n'est, finalement, pas si important ; ou que le jeu n'en vaut pas la chandelle ; ou encore qu'ils ne les en croient tout simplement pas capables!

### **Le tabagisme nuit à l'efficacité des traitements en santé mentale**

La fumée de tabac interagit avec certains médicaments par induction du cytochrome P 450 (1A1,1A2,2E1) augmentant la vitesse de dégradation de certains psychotropes de types anti-dépresseurs (la fluvoxamine) et anti-psychotiques (principalement, clozapine, olanzapine). Ces médicaments psychiatriques peuvent donc avoir un moindre effet chez les patients fumeurs. Il faut donc en tenir compte dans notre prise en charge.

### **Il existe des recommandations de prise en charge (USA, France)**

Celles-ci postulent que tous les patients devraient être interrogés au sujet de leur consommation de tabac, bénéficier d'un conseil d'arrêt, d'une offre de prise en charge incluant un traitement pharmacologique sauf contre-indication. Or, une majorité de patients psychiatriques indiquent n'avoir jamais bénéficié d'un conseil d'arrêt tabagique de la part d'un soignant en santé mentale, et ce, en dépit des contacts répétés avec ceux-ci. D'autres rapportent même avoir plutôt été encouragés à continuer à fumer pour gérer leur stress et/ou pour maintenir leur sobriété.

### **Arrêter de fumer n'entraîne pas d'effet pervers sur l'évolution de la maladie mentale**

On pourrait penser que l'arrêt du tabac peut altérer la stabilité du patient psychiatrique voire aggraver sa problématique ou le précipiter dans une décompensation. Cependant, les études réalisées ces dernières années montrent que, pour la plupart des troubles mentaux, l'arrêt du tabac ne perturbe pas l'évolution de ceux-ci.



C'est le cas, par exemple, pour les patients schizophrènes dont l'arrêt du tabagisme ne s'accompagne pas d'une aggravation de leurs difficultés d'attention, d'apprentissage verbal et de mémoire, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives.

De plus, quand on compare deux groupes d'individus (fumeurs en arrêt et fumeurs qui continuent leur consommation) par rapport à 10 indicateurs psychiatriques, dont les symptômes dépressifs, les tendances suicidaires, les hospitalisations en psychiatrie, les consommations d'alcool et de drogues illicites, on s'aperçoit que les patients en sevrage tabac ne rencontrent pas une aggravation de leurs symptômes ; une autre étude portant sur des fumeurs souffrant de stress post-traumatique a montré que ceux pour lesquels un

suivi structuré d'aide au sevrage avait été proposé présentait 5 fois plus de chances d'être abstinents, après 9 mois, que ceux ayant seulement bénéficié des soins et conseils habituels. Les fumeurs abstinents, ne montraient pas non plus une augmentation de leurs troubles liés au PTSD.

Un nombre croissant d'expériences et de recherches nous montre, donc, les possibilités des patients psychiatriques à arrêter de fumer ; ceux-ci peuvent être aidés en ce sens sans qu'il y ait d'impact majeur sur l'évolution de leur maladie. C'est pourquoi, nous encourageons les équipes de terrain à mettre en place des dispositifs d'aide au sevrage tabagique de sorte qu'ils puissent identifier et suppléer aux symptômes de sevrage de leurs patients sans pour autant aggraver leur pathologie psychiatrique.

**Par contre, on relève quelques particularités dont il faut tenir compte et pour lesquelles la proposition de traitements substitutifs doit être systématisée.**

Les patients souffrant de troubles anxieux semblent ressentir plus intensément les symptômes liés au sevrage. On observe que le fait de fumer a tendance à calmer l'anxiété de ces patients à court terme ; par contre, à plus long terme c'est l'inverse qui se produit : l'anxiété augmente avec le tabagisme et laisse la place à des croyances du type «Je ne peux pas me passer du tabac, sinon mon anxiété augmente» ; chez les hommes anxieux ou déprimés en sevrage tabagique, on peut observer plus facilement des difficultés d'attention et d'apprentissage.

**Le sevrage tabagique encourage l'abstinence ou la stabilisation des autres addictions**

La question s'est longtemps posée dans le milieu psychiatrique de savoir s'il était bien raisonnable qu'un patient alcoolo-dépendant entame un sevrage tabagique en pleine phase de cure. Trop souvent encore, des patients motivés sont découragés, peu ou pas soutenus dans leur demande.

### ***Qu'observe-t-on dans les faits ?***

De façon générale, plusieurs études ont montré une association entre l'arrêt du tabac et l'abstinence à d'autres substances tandis que la poursuite du tabagisme est associée à de moins bons résultats des traitements d'aide au sevrage pour les autres consommations. Plus précisément, concernant l'alcool, des études ont montré qu'à 12 mois, les patients en sevrage alcool ayant arrêté de fumer ont moins de risque d'être diagnostiqués alcoolo-dépendants et comptabilisent significativement plus de jours d'abstinence (de même pour les autres consommations) que les fumeurs non-abstinents. Les interventions d'aide au sevrage tabagique amélioreraient de 25% les chances d'abstinence aux autres substances à long terme. Ce type de dispositif semble donc davantage améliorer plutôt que compromettre la sobriété à long terme.

### **Les traitements d'aide au sevrage tabagique peuvent permettre un gain de temps pour les équipes !**

Vous êtes-vous déjà demandé quel temps vous prenait la gestion du tabagisme de vos patients dans une journée? Distribuer les cigarettes au compte-goutte, les allumer, gérer les conflits entre patients, accompagner les patients jusqu'au fumoir (intérieur ou extérieur), chercher les patients au fumoir, «faire place nette», éliminer les déchets et odeurs liées au tabagisme... Quel temps passé autour de la cigarette sans compter les discussions interminables consacrées à ce sujet lors des réunions d'équipe ! Des chercheurs s'intéressant à la question, ont estimé qu'environ 4 heures étaient ainsi consacrées chaque jour à la gestion du tabagisme des patients. On peut donc aisément imaginer que ce temps «clinique» puisse plutôt être mis à profit pour encourager les patients à arrêter de fumer et les accompagner en ce sens afin qu'ils puissent même rester non-fumeurs après leur hospitalisation.



### **Prendre en charge le tabagisme des patients psychiatriques, quel temps cela prendrait-il ?**

La mise en place de protocoles de sevrage tabagique demande un certain temps. Cependant, un projet bien pensé et bien planifié (formation de personnes ressources, sensibilisation et mise à niveau des connaissances de l'équipe, mise en place de protocoles de prise en charge par type de pathologie et par profil tabagique, répartition des rôles) permet aux équipes qui en font l'expérience de n'accorder que quelques minutes à la question du tabac, par patient, en début d'hospitalisation ; cela permet aussi la mise en place éventuelle d'un traitement de substitution nicotinique. Par ailleurs, l'intégration de cette prise en charge dans les unités d'addictions constitue un changement immédiat de point de vue et de pratique qui augmente l'attention clinique portée à la dépendance tabagique des patients, sans pour autant entraîner de surcharge de travail ou de coût financier aux équipes. L'entrée de la question du tabagisme dans les groupes de prise en charge déjà mis en place dans les institutions psychiatriques permet d'apporter un soutien supplémentaire aux patients.



### **Ne pas prendre en charge la dépendance tabagique expose les patients, le personnel et les visiteurs à certains risques**

Les hôpitaux et services de psychiatrie qui autorisent le tabac voient inmanquablement un phénomène de tabagisme passif s'installer. Ainsi, patients, visiteurs et personnel sont exposés plus ou moins fréquemment à la fumée environnante. Or, on sait maintenant que le tabagisme passif entraîne des effets sur le système cardiovasculaire, qu'il augmente les risques d'accident coronarien et de cancer du poumon. De surcroît, il n'y a pas de seuil sans risque. Toute personne exposée à la fumée de tabac expose sa propre santé sans compter les inconvénients au niveau du confort quotidien (odeurs, irritation des yeux, du nez, de la gorge...). Les appareils de ventilation, de purification d'air ou d'extraction quels qu'ils soient, ne peuvent efficacement protéger les personnes de ces différents risques.

### **Quels sont les autres risques liés à la présence de fumée ?**

Le risque d'incendie n'est pas négligeable de même que celui de la tension engendrée par le besoin en nicotine, que ce soit entre patients ou envers le personnel. Par ailleurs,

le fait de séjourner ou de travailler dans un lieu fumeur, ou partiellement fumeur, peut précipiter certains dans la re-consommation ou la rechute tabagique et, même, initier les personnes à fumer. Il n'est pas rare d'entendre qu'on a commencé à fumer en psychiatrie. La pathologie se déplace...

### **L'interdiction ne fait pas tout. Ne pas prendre en charge le tabagisme des patients hospitalisés entraîne un retour au tabagisme dès la sortie**

On a observé que les patients hospitalisés en unité psychiatrique, avec règlement d'interdiction de fumer, mais sans prise en charge de la dépendance nicotinique, reviennent pour 75% d'entre eux, à leur tabagisme dès leur premier jour de sortie ! La totalité redeviendra fumeuse trois mois à peine après la sortie. Ceci n'est pas sans conséquence sur l'évolution de la maladie psychiatrique et sur l'efficacité des traitements médicamenteux mis en place. En effet, la reprise du tabac entraîne une diminution des taux sanguins de certains médicaments utilisés en psychiatrie et peut augmenter le risque de ré-hospitalisation. Par exemple, on a observé que les schizophrènes qui fument nécessitent des dosages médicamenteux plus élevés, sont plus souvent hospitalisés, et présentent plus de symptômes positifs que les schizophrènes non-fumeurs. Par ailleurs, bien que le lien ne soit pas encore très clair, le tabagisme serait un prédicteur majeur d'un futur comportement suicidaire, indépendamment de symptômes dépressifs.

### **Le tabagisme des patients psychiatriques entraîne un coût financier non négligeable pour eux et pour la société**

Sachant que les patients fumeurs consomment en moyenne plus de tabac que la population générale, on peut aisément envisager le poids de cette consommation dans leur budget mensuel. Pour certains d'entre eux, on sait que la part attribuée à l'achat de tabac atteindra un quart de leur revenus. Par ailleurs, la prise en charge de leurs traitements de santé ne cesse d'augmenter et coûte très cher à notre système de santé alors que la vente de cigarettes rapporte beaucoup... La rentabilité financière de programmes de prévention et de prise en charge du tabagisme a par ailleurs été prouvée.

## EN CONCLUSION

Les points de discussion abordés dans cette brochure sous-tendent la nécessité et la possibilité de lutter contre le tabagisme au sein des hôpitaux et services de psychiatrie. Si les compagnies aériennes, les chaînes d'hôtels et les casinos peuvent interdire la consommation de tabac, pourquoi cela ne pourrait-il pas en être ainsi pour les hôpitaux psychiatriques ? Ceci serait en effet un acte fort pour protéger la santé des patients, du personnel et des visiteurs. Les barrières et résistances pour éliminer le tabac des murs de la psychiatrie sont surmontables et gérables. Les bénéfices y sont trop importants.

À l'heure actuelle, le tabac ne devrait plus constituer un traitement que l'on peut négocier avec les patients. On sait que la distribution contrôlée (souvent une cigarette par heure) des cigarettes engendre chez les patients un état de manque constant qui augmente l'agressivité et l'agitation de ceux-ci. Ils ne sont pas suffisamment alimentés en nicotine que pour se sentir confortables. On les contraint à faire face à des symptômes de manque constants tout en alimentant leur dépendance. Par ailleurs, la distribution contrôlée entraîne inévitablement des dérives et des petits business en tous genres. La nicotine médicamenteuse, délivrée sous forme continue via les patchs ou selon les besoins (via gommes, inhaler, pastilles) est un moyen bien plus humain de gérer la dépendance et les symptômes de manque qui en découlent.

### **Par rapport à chaque patient hospitalisé en psychiatrie les étapes suivantes seraient utiles à mettre en place :**

- ouvrir le dialogue autour de la question du tabagisme lors de l'admission, entre autres via l'utilisation de l'entretien motivationnel (voir p. 14)
- pour les patients qui le souhaitent, leur proposer une démarche structurée d'aide à l'arrêt
- pour les patients qui ne souhaitent pas arrêter mais qui se trouvent limités dans leur consommation, leur proposer des substituts nicotiques
- veiller à ce que la continuité des démarches mises en place lors de l'hospitalisation soit assurée.

**Au niveau de l'institution, un certain nombre de mesures seraient nécessaires à mettre en place :**

- Prendre en compte et traiter la dépendance au tabac du personnel ;
- Former le personnel et lui assurer une supervision quant aux stratégies de prise en charge du tabagisme ;
- Évaluer de manière standardisée le statut tabagique des patients et leur motivation à arrêter de fumer ;
- Inclure le syndrome de sevrage à la nicotine dans le listing de la symptomatologie et dans le plan de traitement ;
- Recourir à des protocoles standardisés de cessation pour la prise en charge ;
- Mettre en place une signalisation claire et cohérente sur la politique en matière de gestion du tabagisme au sein du service afin qu'il n'y ait pas d'ambiguïté à ce sujet tant pour les patients, que pour le **personnel et les visiteurs**.

Texte rédigé par B. Janssen

## SOURCES

J. Prochaska. Ten critical reasons for treating tobacco dependence in inpatient psychiatry, NIH Public Acces, 2010 March 23.

Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Les 20 messages clés de la conférence d'experts 2008.

Psychiatrie et gestion du tabagisme : pistes de réflexion. FARES asbl, 2009.

Depuis le 1er octobre les consultations d'aide à l'arrêt du tabac auprès d'un tabacologue professionnel de santé ou d'un médecin bénéficient d'un remboursement forfaitaire de 30 euros pour la première consultation et de 20 euros pour les suivantes (maximum 8 consultations remboursées par période de 2 ans).

D'autre part, la prise en charge par l'INAMI des actes de tabacologie facilite l'intégration de tabacologues dans les hôpitaux, y compris psychiatriques.

## L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL AU CENTRE DE LA COMMUNICATION AUTOUR DU TABAGISME

L'entretien motivationnel est une méthode de communication directive, centrée sur la personne, et visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence (Miller et Rollnick 1991). Il ne s'agit pas d'une thérapie, mais d'un mode de communication très utile lors de la phase de construction de la motivation au changement d'un individu, et qui est à poursuivre lors de l'ensemble de la relation thérapeutique.

Au-delà de la méthode de communication, une véritable philosophie de la relation sous-tend l'entretien motivationnel. Les 3 principes fondamentaux en sont la **collaboration**, l'**évocation** et le **respect de l'autonomie**.

**Collaboration.** Par cet axe, qui considère le patient comme un véritable partenaire, le soignant (ou l'intervenant) invite le patient à explorer son expertise, et à construire à travers un échange actif et collaboratif, un processus de prise de décision commun.

*Exemple de question : «Pourriez vous m'expliquer quelle place occupe la cigarette pour vous ?»*

**Évocation.** L'objectif de cet axe est de partir des valeurs, des motivations et des ressources du patient. Alors que, classiquement, le soignant apporte des informations, «des motivations» au patient, l'objectif sera ici de se centrer sur la personne ; ses valeurs, ce qui est important pour elle... Établir le lien entre les valeurs de la personne et le changement potentiel de comportement fait partie de «l'art» de l'entretien motivationnel.

*Exemple de question : «Par rapport à vos valeurs, quelles pourraient être vos motivations pour arrêter de fumer ?»*

**Autonomie.** «Reconnaître les droits et la liberté de l'autre de ne pas changer rend le changement possible». L'entretien motivationnel passe par un niveau de détachement des objectifs du soignant vers les objectifs du patient, avec la nécessité, parfois, d'accepter certains choix qui ne correspondent pas aux objectifs classique des soignants.

*Exemple de question : «Qu'êtes-vous prêt à faire par rapport à votre consommation de tabac ?»*

**Discours-changement.** L'entretien motivationnel se focalise aussi sur le discours-changement qui est la traduction dans le discours du patient d'éléments de motivation à changer. Des phrases comme «Il faut que j'arrête !», «J'en ai assez de dépendre de ce



*produit !*», «*Je respirerais mieux sans fumer*» constituent des exemples de verbalisation de motivation qui sont susceptibles d'être de bons précurseurs à un changement. L'approche par l'entretien motivationnel vise à faciliter l'expression par le patient de ce discours-changement, et au-delà, de l'aider à élaborer autour de son changement potentiel.

Les principes généraux de l'entretien motivationnel sont :

**L'écoute empathique.** L'empathie occupe une place privilégiée dans l'approche motivationnelle. L'objectif central de l'écoute sera ici de comprendre au mieux le point de vue et les ressentis du patient. Entre autres, par rapport à ses motivations potentielles ainsi qu'en regard des bénéfices que la personne retire du fait de sa consommation.

*Exemple : «C'est difficile pour vous de gérer votre stress sans fumer...» (reflet empathique)*

**Éviter le réflexe correcteur.** Le soignant ayant tendance naturellement à argumenter, à «corriger» les comportements problématiques chez le patient, la réaction habituelle du patient sera de contre-argumenter, de «se défendre».

*Exemple : «Vous seul pouvez décider d'arrêter de fumer ; si vous le souhaitez, nous sommes là pour vous aider.»*

**Explorer et comprendre les motivations du patient.** Ce sont les propres motivations du patient qui ont le plus de chances de déclencher le changement de comportement.

*Exemple : «Quelles sont les raisons qui peuvent vous pousser à arrêter de fumer ?»*

**Encourager/renforcer le patient.** Il s'agit de renforcer le patient, entre autres, par rapport au discours changement qu'il peut exprimer, mais aussi à ses ressources, et aux essais qu'il a pu tenter.

*Exemple : «Vous avez réussi à arrêter de fumer tout seul il y quelques années, quelles étaient les stratégies gagnantes que vous aviez mises en place à l'époque ?»*

Plusieurs outils de communication, dont certains sont non spécifiques à l'entretien motivationnel et sont issus de la communication développée par C. Rogers, soutiennent l'entretien motivationnel : **les questions ouvertes, les reflets, la valorisation, les résumés. Le fait de favoriser le discours-changement est, lui, spécifique à l'entretien motivationnel.**

**Les questions ouvertes.** Les questions ouvertes permettent d'ouvrir l'échange et aussi la récolte d'informations larges concernant le patient. D'autre part, les questions ouvertes orientent le dialogue vers un échange respectueux.

*Exemples de questions ouvertes :*

- «Que vous apporte la consommation de tabac ?»
- «Qu'est ce qui vous inquiète par rapport à votre consommation de tabac ?»

**Les reflets.** Les reflets qui peuvent se formuler de plusieurs manières, du plus simple au plus complexe, ont pour objectifs, entre autres, que le patient puisse s'entendre redire par le professionnel de santé les éléments qu'il a verbalisés lui-même. Un deuxième objectif est de permettre au patient d'aller plus loin dans l'élaboration de ses idées en se sentant entendu.

*Patient :* - «Fumer me permet de gérer mon stress»

*Soignant :* - «Fumer vous permet de gérer votre stress» (reflet simple)

- «Fumer vous aide à vous apaiser» (reformulation)

- «Vous vivez une tension permanente» (reflet complexe)

**Les résumés.** Le résumé peut soit concerner des éléments d'ambivalence apportés par le patient, soit du discours changement, soit d'autres éléments du discours du patient.

*Exemple :* «Fumer vous permet de gérer votre stress et en même tant cela vous dérange d'être dépendant de la cigarette.»

**La valorisation.** Est synonyme du renforcement déjà abordé précédemment.

**Favoriser le discours-changement.** Plusieurs axes peuvent être abordés avec le patient afin de faciliter chez lui l'expression de discours-changement. Par exemple, en lui posant des questions concernant l'importance que peut avoir pour lui le changement ou la confiance qu'il a en lui pour effectuer ce changement, en abordant ses succès passés ainsi que ses forces personnelles et son réseau de soutien, en l'invitant à réagir à des informations qu'on lui donne ou en l'invitant à un changement hypothétique («Imaginons que vous avez ayez fait ce changement, quelles conséquences cela aurait-il pour vous?»).

## POUR ALLER PLUS LOIN

[www.fares.be](http://www.fares.be)

[www.hopitalsanstabac.be](http://www.hopitalsanstabac.be)

[www.entretien-motivationnel.be](http://www.entretien-motivationnel.be)

[www.entretienmotivationnel.org](http://www.entretienmotivationnel.org)

[www.fares.be](http://www.fares.be)  
[www.hopitalanstabac.be](http://www.hopitalanstabac.be)  
[www.entretien-motivationnel.be](http://www.entretien-motivationnel.be)