

Els Bühler, responsable conseil Stop tabac Hôpital Cantonale de Grisons / Ligue pulmonaire Grisons

De la fumée à l'abstinence tabagique réussie

D'après un Workshop au congrès d'Arosa 2012

Le conseil pour arrêter de fumer est un travail de concentration et de cœur, avec toute la ténacité bienveillante et la patience voulues. Il est important de proposer un conseil, de rechercher les ressources et les points forts dans la vie des patients, avant de développer à partir de là des modifications comportementales et les exercer.

Patients et patients réagissent à la fumée

2 fumeurs seulement sur 100 peuvent cesser de fumer sans aide extérieure. La prévention antitabagique en hôpital aigu atteint beaucoup de fumeurs dans une situation existentielle dans laquelle ils sont particulièrement réceptifs à des changements comportementaux.

La plupart des fumeurs considèrent avec frustration leurs précédentes tentatives de sevrage.

La plupart des fumeurs considèrent avec frustration leurs précédentes tentatives de sevrage. Ils présentent de plus en plus de problèmes de santé, sont résignés, souvent conscients de leur erreur (latente) ou même désespérés et anxieux à un moment où ils voudraient vraiment laisser définitivement la fumée derrière eux.

Les professionnels de la santé doivent poser la question: «Fumez-vous, ou avez-vous fumé?» Une brève intervention motivante doit être faite chez tous les fumeurs. Il est important ici d'inciter les patients à arrêter de fumer, ou tout au moins de les motiver à faire une pause tabagique. Le but primaire de cette intervention brève est d'augmenter la motivation à changer pour vivre dans un monde sans fumée. Si les médecins ne parlent pas de fumée avec leurs patients, cela équivaut à un consentement tacite à continuer de fumer.

Les professionnels de la santé doivent poser la question: «Fumez-vous, ou avez-vous fumé?» Une brève intervention motivante doit être faite chez tous les fumeurs. Il est important ici d'inciter les patients à arrêter de fumer, ou tout au moins de les motiver à faire une pause tabagique. Le but primaire de cette intervention brève est d'augmenter la motivation à changer pour vivre dans un monde sans fumée. Si les médecins ne parlent pas de fumée avec leurs patients, cela équivaut à un consentement tacite à continuer de fumer.

Les professionnels de la santé doivent poser la question: «Fumez-vous, ou avez-vous fumé?» Une brève intervention motivante doit être faite chez tous les fumeurs. Il est important ici d'inciter les patients à arrêter de fumer, ou tout au moins de les motiver à faire une pause tabagique. Le but primaire de cette intervention brève est d'augmenter la motivation à changer pour vivre dans un monde sans fumée. Si les médecins ne parlent pas de fumée avec leurs patients, cela équivaut à un consentement tacite à continuer de fumer.

Tableau 1

Chances de succès de différentes interventions (d'après [1]).

Type d'intervention	% de non-fumeurs après 12 mois
Aucun traitement	1-2%
Intervention brève	5-7%
Conseil intensif	15-20%
Conseil intensif + substituts nicotiniques / auxiliaire médicamenteux	30-40%
Situation spéciale (par ex. infarctus du myocarde, grossesse)	40-70%

La base d'une intervention de motivation est, en plus d'une écoute active empathique, l'encouragement à croire qu'il est possible de changer de comportement. La présentation du but du conseiller est très importante pour contourner la résistance contre un changement (souvent redouté) des habitudes tabagiques, au lieu d'essayer de la vaincre. A la question: «Aimeriez-vous arrêter de fu-

mer?» la réponse est souvent: «Bien sûr, mais ...». Ce mais cache la plupart du temps souvent le véritable conseil, soutien, et dans le meilleur des cas la solution aux difficultés redoutées des patients.

Le début: un conseil personnalisé

Si un fumeur décide d'essayer d'arrêter, cela commence par un conseil personnalisé, qui lui donne des informations sur les méthodes et auxiliaires visant à changer son accoutumance au tabac ou à l'accompagner dans son sevrage. Les anciennes tentatives jouent un rôle déterminant dans l'analyse du comportement du fumeur. Elles sont particulièrement mises en valeur comme processus didactiques très utiles. Ces anciens succès (même passagers) prennent une nouvelle valeur dans la suite du conseil. Ils ne doivent plus être des «échecs» et bloquer la motivation pour les futures tentatives de sevrage ou pauses tabagiques. Ils servent bien plus à renforcer remarquablement la motivation et fixer des buts à long terme: «Comment avez-vous fait à l'époque pour pouvoir vivre sans fumer?»

La consolidation et le développement des ressources et possibilités des patients dans leur changement de mode de vie (amélioration de leur sûreté d'eux-mêmes, accentuation de leurs activités positives, maîtrise du stress, découragement, perception et contrôle de leurs éventuelles cognitions dépressives) sont d'importants jalons dans la suite du conseil.

Il s'agit toujours aussi du comportement alternatif à l'ancien tabagisme. Il y faut de la créativité. La récompense joue ici un rôle central. Dans la lutte pour l'abstinence tabagique, l'habitude et la dépendance à la nicotine pendant de nombreuses années sont de puissants adversaires de la motivation et de la force de volonté de résister et de corriger les anciens comportements.

Problème du poids

Il faut en outre accorder une grande valeur à aider les patients à ne pas prendre de poids. Les ex-fumeurs tolèrent mal les kilos en plus. Certains sont déjà en excès pondéral, ce qui augmente encore leurs craintes. Une bonne explication et des faits sur l'arrêt de la fumée et la prise de poids peuvent les atténuer quelque peu. Le fait de savoir que prendre du poids après l'arrêt de la fumée n'est pas forcément inéluctable aide en plus. L'emploi à bon escient de médicaments et un peu plus d'activité physique régulière (ce qui est possible à tout âge!) avec une alimentation un peu plus contrôlée (substitution orale pauvre en calories), en tant que stratégie d'accompagnement et d'opposition – activité physique à la place de cigarette – sont présentés comme garants de succès.

Prévenir les rechutes

La prévention des rechutes mérite une attention particulière dans le conseil antitabac. Les éventuelles tentatives précédentes entrent en jeu comme processus didactiques. Les causes des rechutes sont analysées. Les anciens motifs de reprise de la cigarette et les risques futurs potentiels sont discutés à l'exemple de catégories bien connues de situations fréquentes de rechute. La capacité de reconnaître les facteurs déclenchants de chute et de rechute selon



l'adage: risque connu – risque écarté, est du devoir des patients dans leur tentative de sevrage tabagique (alors que les tentations sont constamment maîtrisées).

Pour le long terme, les capacités de nouveau vécu des sensations et besoins, et donc d'y être attentif, sont renforcées et développées.

L'entretien de nouveaux rituels alternatifs est très utile en pratique. Avec le temps ils deviendront de chères (nouvelles) habitudes allant de soi. Les ex-fumeurs connaissent déjà des voies et en cherchent de nouvelles pour sortir de situations délicates, se détendre et se faire plaisir.

Situations spéciales

Un défi particulier est le conseil aux patients ayant une anamnèse psychiatrique ou multimorbides. Des études ont montré que les dépressions des fumeurs sont un problème très fréquent. 30–60% des patients demandant conseil pour arrêter de fumer avaient une anamnèse de dépression [2, 3]. Le risque de pensées suicidaires, de tentatives de suicide ou de suicide est multiplié par 2–10 chez les fumeurs [4] et il y a 2 fois plus de fumeurs chez les patients souffrant de troubles psychiques [5]. Mais: presque 80% des patients souffrant de troubles dépressifs ont l'intention d'arrêter de fumer, un sur quatre dans le mois qui suit [6].

Dans de telles situations de conseil, nous procédons avec une sorte de «respect particulier». Il est important de ne pas se laisser pour ainsi dire paralyser ni trop impressionner par des circonstances annexes plutôt adverses contrairement ou la situation de départ. Les fumeurs ayant une anamnèse psychiatrique et/ou multimorbides doivent absolument être testés quant à leur volonté d'arrêter. Le conseil et l'accompagnement doivent se faire en collaboration la plus étroite possible avec les médecins traitants, et le sevrage doit être prévu dans une situation dans laquelle les patients se sentent stables.

Tenir bon

54% des fumeurs veulent arrêter de fumer. Nombreux sont ceux qui cherchent aide et accompagnement dans leur processus de sevrage, pour sortir de leur dépendance à la nicotine et de leur ac-

coutumance. Les fumeurs vivent des échecs, font des étapes intermédiaires, ont besoin de motivation pour maîtriser l'anxiété d'arrêter – de vivre sans cigarette – (une fois peut-être).

Derrière la dépendance au tabac se cache un mécanisme perfide, un cercle vicieux. La véritable grande liberté pour les ex-fumeurs, après souvent des décennies de tabagisme, est la vie sans fumée et un futur sans cigarette.

Liens:

Programmes de formation pour médecins:

www.vivre-sans-tabac.ch

Site internet du Praticien Addiction Suisse:

<http://www.fosumos.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/>

Association suisse pour la prévention du tabagisme:

www.at-schweiz.ch/fr

Référence recommandée:

Cornuz J, Jacot-Sadowski I, Humair J-P, Clair C, Schuurmans M, Zellweger J-P. Désaccoutumance tabagique: Update 2011. *Schweiz Med Forum*. 2011, vol. 9 et 10. Internet: <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/de/2011/2011-09/2011-09-149.pdf> et <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/de/2011/2011-10/2011-10-002.pdf>

Hotline Stop tabac pour médecins:

Tél. 031 599 10 39, mardis 16–18 heures

Références

- 1 Rigotti NA, Munafò MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2008;168(18):1950-60. doi: 10.1001/archinte.168.18.1950. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/168/18/1950>
- 2 Balock JA, Robinson JD, Wetter DW, Cinciripini PM. Relationship of DSM-IV-based depressive disorders to smoking cessation and smoking reduction in pregnant smokers. *Am J Addict*. 2006;15(4):268-77.
- 3 Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, et al. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA*. 1990;264(12):1541-5 [see comment].
- 4 Hughes JR. Smoking and suicide: A brief overview. *Drug Alcohol Dependence*. 2008; 88(3):169-78.
- 5 Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000;284(20):2606-10.
- 6 Prochaska JJ, Rossi JS, Redding CA, Rosen AB, Tsoh JY, et al. Depressed smokers and stage of change: implications for treatment interventions. *Drug Alcohol Depend*. 2004;76(2):143-51.

Correspondance:

Els Bühler
Kantonsspital Graubünden
Loestrasse 170
7000 Chur
[els.buehler\[at\]ksg.ch](mailto:els.buehler[at]ksg.ch)