

Tabagisme : accompagner le processus de changement

Mots clés :

Tabagisme
Dépendance
Sevrage
Cognition
Thérapie
comportementale

Le modèle de Prochaska et DiClemente (modèle des stades et processus de changement) a fait avancer la réflexion sur le tabagisme¹. Il a posé les bases d'un accompagnement moins intuitif, fondé sur la connaissance du stade de maturation du fumeur quant à son envie de fumer : 1/ non-motivation (fumeur heureux), 2/ contemplation (envisage l'arrêt), 3/ préparation (pense arrêter dans le mois, au moins un essai antérieur), 4/ action (ne fume plus depuis moins de 6 mois), 5/ maintenance (ne fume pas depuis plus de 6 mois). Mais ce modèle théorique a des limites pratiques : la 1^{ère} est que le « parcours » est rarement linéaire, fait surtout d'oscillations entre les stades 2 et 3 ; la 2^{ème} est que les fumeurs qui demandent une aide médicale sont pour la plupart à ces 2 stades, rarement avant ou après. Le modèle à 5 stades est alors en fait un modèle à 2 stades (demande/non demande)... Des analyses récentes en ont tiré les conséquences pratiques².

Les deux « clés » du processus du changement²

L'équipe de Prochaska a mis en évidence deux types de processus de changement, les uns d'ordre *cognitif* (la prise de conscience, la connaissance, la motivation), les autres d'ordre *comportemental* (l'action). Les processus cognitifs ont une importance croissante dans le changement jusqu'à un maximum (stade 2-3), puis légèrement décroissante, les comportementaux aussi, mais avec un décalage dans le temps (stade 4-5). Dans cette logique, nous devrions garder à l'esprit 2 règles simples : là où il n'y a ni information ni motivation, appliquer un *mode d'intervention informatif* classique ni culpabilisant, ni négatif ; là où il y a déjà information et prise de conscience, viser davantage *l'incitation concrète à l'action* : objectifs faciles à atteindre pour augmenter le sentiment d'efficacité personnelle, stratégies de substitution comportementale, modes d'auto-récompense...

Stratégies comportementales et cognitives

De nombreuses techniques ont été utilisées depuis 30 ans, surtout aux USA³ : techniques aversives, contrats, soutien social, techniques de relaxation, exercice physique, désaccoutumance progressive, plus récemment les entretiens motivationnels, etc. On peut les résumer en 3 modalités d'intervention : conseils pratiques et soutien, individuel ou en groupe, interventions directes sur le mi-

lieu social du fumeur, techniques de « fume aversive » (par exemple « fume rapide »). L'efficacité relative varie de 1 (aucune intervention) à 3, selon la nature de l'intervention, sa durée, le nombre de contacts... Mais surtout, le taux d'abstinence à 6-12 mois passe de 11% (aucune intervention) à 13% (conseil minimal, moins de 3 mn) et environ 25% (plus de 5 heures d'entretien, plus de 8 sessions...)⁴.

Six populations particulières

Elles impliquent une recherche systématique et des aides plus spécifiques⁵ :

- l'existence d'une maladie liée au tabac : les patients hospitalisés pour coronaropathie connaissent le danger du tabac et pourtant continuent à fumer, surtout parce que l'anxiété induite semble mal prise en compte...
- les pathologies psychiatriques : l'association dépression ou anxiété/ tabagisme est fréquente, de même schizophrénie/ tabagisme ;
- les co-addictions : en particulier alcool-tabac ;
- Les situations de précarité ;
- l'adolescence (33% des jeunes de 17 ans en 2005), avec la fréquence de la dépendance pharmacologique, mais aussi « sociale » (cf Bibliomed précédent) ;
- la grossesse (prévalence 2002-3 : 20%), avec les risques connus avant et après l'accouchement.

Que conclure pour notre pratique ?

Le type de dépendance, les difficultés à l'arrêt varient d'un fumeur à l'autre :

- **les actions de politique générale, complétées par le conseil minimal** du professionnel de santé, peuvent suffire chez les moins dépendants ;
- si la dépendance est plus importante et pour les populations particulières évoquées, **l'investissement des professionnels de premier recours demande plus de temps et un apprentissage élémentaire** de modes de communication tels que **l'entretien motivationnel** avec ses grands principes (empathie, prise en compte des préoccupations du patient, valorisation des objectifs qu'il s'est fixé), facilement réalisables en médecine générale^{5,6}, bonne connaissance de la prise en charge pharmacologique appropriée.
- L'aide médicalisée devient d'autant plus importante que la dépendance (pharmacologique ou non) du fumeur est forte. Les formes les plus sévères, avec dépendances très importantes, comorbidité anxiodépressive et conduites addictives associées, nécessitent des **interventions complexes et lourdes** sans doute plus facilement réalisables dans le cadre de consultations spécifiques de tabacologie.

Références :

- 1- HAS. *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique* (janvier 2007). Sur www.has-sante.fr
- 2- INSERM. *Expertise collective. Tabac- comprendre la dépendance pour agir*. Paris: Inserm; 2004.
- 3- Le Foll B et al. *Les thérapies comportementales et cognitives dans l'aide à l'arrêt du tabac*. Ann Med Interne. 2002;153(Suppl):1S32-1S40.
- 4- Fiore MC et al. *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services/Public Health Service, June 2000.
- 5- Collectif. *Mésusages de l'alcool : l'intervention brève en médecine générale*. Bibliomed, 2005, 370
- 6- Collectif. *Peut-on, et comment changer les comportements à risque*. Bibliomed. 2006;413.