

La cessation tabagique : expérience en médecine générale

Smoking cessation : experience in general practice

P. Cnockaert

C.U.M.G.-U.L.B.

RESUME

L'auteur passe en revue les résistances psychologiques principales qui peuvent être source d'inconfort et de perte d'efficacité pour les médecins généralistes qui ont en consultation des patients tabagiques.

Il aborde ensuite le parcours du consommateur de cigarettes décrit dans le modèle de Prochaska et Di Clemente en discutant stade par stade les aspects de la motivation du patient et de l'intervention du médecin généraliste. Il insiste sur l'indispensable adéquation entre ces aspects.

Il propose une structure pour les consultations de suivi.

Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 350-3

ABSTRACT

The author reviews the main psychological resistances that may be the origin of discomfort and diminishing efficiency for the general practitioner when he meets tobacco addict patients in his practice.

He examines the different stages of the tobacco addicts patients according to the Prochaska and Di Clemente model and discusses stage after stage the patient's motivations and the interventions of the general practitioner. He insists on the necessary adequacy between these aspects and proposes a possible content for follow-up consultations.

He insists on the necessary adequacy between these aspects and proposes a possible content for follow-up consultations.

Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 350-3

Key words : general practice, smoking cessation

Conseiller en médecine générale à nos patients fumeurs l'arrêt de la consommation de tabac pose déjà problème¹. Les suivre dans leur tentative d'arrêt semble encore plus difficile. Pourquoi cette difficulté voire ces réticences à les accompagner alors que prendre en charge les autres facteurs de risque cardiovasculaire comme l'hypertension artérielle se fait plus naturellement ?

Nous analyserons dans un premier temps certaines de ces résistances puis envisagerons comment faciliter le suivi de nos consultants qui fument la cigarette.

ANALYSE DE CES RESISTANCES

“ Cela ne me concerne pas en tant que médecin généraliste (MG), je m'occupe du somatique ... ”

Peut-être mais l'approche thérapeutique de certaines affections somatiques que ce soit au niveau préventif (bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), cancer pulmonaire, affections cardiovascu-

lares) ou curatif (BPCO, affections cardiovasculaires) passe nécessairement par l'obtention de l'arrêt de la consommation de cigarettes. Nous sommes autant concernés par cet aspect que par la mesure de la glycémie, du cholestérol, de la tension artérielle.

Par ailleurs il n'y a pas de honte à consacrer des consultations spécifiques pour ce problème et à être honoré pour le temps investi. Notre parole a une valeur et une efficacité. Cette approche a un nom, l'“ intervention brève ”² et l'encoder n'est pas déshonorant.

“ Je n'ai pas le temps d'aborder ces problèmes à ma consultation ”

Faire une intervention brève de sensibilisation a un sens, peut favoriser le passage du fumeur d'un stade de motivation à un autre et suffit parfois à provoquer l'arrêt^{2,3}.

Par ailleurs l'importance du problème mérite que le MG propose à un patient désireux d'arrêter de le

revoir pour une consultation spécifique au cours de laquelle une stratégie de sevrage sera définie. On ne prescrit pas un substitut nicotinique ou du bupropion rapidement en fin de consultation. Reporter, quitte à frustrer un peu, ne fera pas de tort, montre l'importance accordée au problème et permet de tester l'intensité de la motivation.

“ Je crée une souffrance et cela me gêne comme médecin ”

Provoquer un sevrage conduit à une souffrance avec son cortège de plaintes somatiques. Nous ne sommes plus ici le bon médecin qui calme, qui apaise, qui éteint les plaintes. Un sentiment de gêne voire de culpabilité peut exister ... quelque part dans notre tête, plus ou moins bien caché et nous mettre mal à l'aise par rapport à l'agressivité que le patient peut nous renvoyer (et qu'il vaut mieux qu'il exprime par ailleurs). Diminuer cet inconfort passe par une verbalisation empathique du type “ je vous fais souffrir n'est-ce pas ... ! ” ou “ je me sens un peu coupable de tout cela ... ” ou “ vous ne m'en voulez pas un peu pour tous ces malaises ... ? ” et peut déboucher alors sur une relation thérapeutique plus facile, plus libre, plus ouverte.

“ Je n'ai pas l'habitude de ne fonctionner dans ma pratique de MG que sur un mode verbal ”

C'est là tout l'intérêt de l'emploi d'actes techniques (spirométrie, écho-Doppler des membres inférieurs, etc.) et de la prescription de substances comme les substituts nicotiques ou le bupropion qui vont nous permettre de nous retrouver en terrain connu.

Les actes techniques et les prescriptions, en plus de leur efficacité ajoutée propre⁴ sont des médias qui, loin de remplacer la parole et l'écoute, peuvent les faciliter en recréant un climat, un mode de consultation qui se rapproche du type habituel de fonctionnement du MG.

“ Je me refuse à faire du terrorisme médical. Le patient est libre de ses choix ”

Bien sûr, et il est essentiel d'évaluer son propre degré d'investissement en tant que médecin et la pression que l'on exerce sur son patient.

La position du MG par rapport au tabac (fumeur, ex-fumeur, non-fumeur) joue entre autres un rôle dans son degré d'engagement¹.

Nous sommes là avec une fonction d'informateur, de conseiller, d'aide et adaptons notre intervention au degré de motivation, d'investissement, d'implication du patient. Ce dernier garde sa puissance et mérite sa victoire sur son assuétude.

“ Je donne de moi... et il refume ... ”

Echouer à un an dans 70 à 80 % des cas, c'est

réussir dans 20 à 30 % de ceux-ci. Ce n'est pas mal face à une toxicomanie mais cela met tout de même à mal notre sentiment de puissance médicale ... Pourquoi suis-je médecin au juste ?

En médecine générale et dans l'abord des toxicomanies, on travaille avec le temps. Notre intervention, quel que soit son résultat apparent, va représenter un épisode dans la vie du patient tabagique. Ce qui compte c'est qu'il ait expérimenté, ait pris conscience et soit sensibilisé. Il pourra éventuellement réemployer cela plus tard chez nous ou ailleurs. Chaque patient a sa trajectoire propre.

Aborder l'arrêt du tabac dans le cadre plus large du contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire et du mode de vie, dans le respect de la liberté de chacun permet d'avoir, même en cas de récurrence, le sentiment que quelque chose de palpable a pu être réalisé.

INFORMER, SENSIBILISER, ACCOMPAGNER SON PATIENT

Le parcours du consommateur de cigarettes peut de manière pragmatique être divisé en plusieurs étapes bien décrites dans le modèle de Prochaska et Di Clemente⁵ :

Précontemplation



Contemplation



Détermination

(↑)



Rechute



Maintien



Action

L'évolution d'un stade à l'autre est fonction de chaque individu. L'intérêt de ce modèle réside dans le fait que le médecin qui a identifié le niveau où se trouve son patient peut adapter ses interventions à celui-ci de façon à favoriser le passage d'une étape à la suivante. Le MG se sentira plus en phase avec son patient, usera au mieux de son temps et fera l'économie d'échecs prévisibles⁵⁻⁷.

• Stade de précontemplation (ou d'indifférence ou d'indétermination)

• La motivation du patient est nulle

Le fumeur ne voit que des avantages à fumer et ne s'attarde pas sur les dangers. Les bénéfices de fumer l'emportent sur les désavantages : “ non, je ne veux pas arrêter ”, “ il faut bien mourir un jour... alors... ”.

• L'intervention du médecin consistera à

- s'informer sur la consommation, son volume et son mode ;
- informer le patient quant aux risques, sur un mode plutôt intellectuel en s'adaptant à ses réactions éventuelles et à l'esprit de la consultation.

• Stade de contemplation (ou d'intention)

• La motivation est ambivalente

Les bénéfiques à long terme du sevrage ont le même poids que les bénéfiques immédiats à poursuivre la consommation. Il y a inaction mais avec une pointe d'hésitation : " on verra ", " pourquoi pas ", " j'y pense ", " j'ai déjà diminué ".

- *L'intervention du médecin consistera à*
 - informer, répondre aux questions avec une attitude d'écoute ouverte ;
 - augmenter la motivation en proposant un bilan de santé, une spirométrie, un écho-Doppler des artères des membres inférieurs, en montrant au travers de ces gestes techniques le sérieux du problème, les risques mais aussi l'intérêt d'un arrêt le plus rapide possible ;
 - éviter une pression excessive. C'est le patient qui s'engage, pas le conjoint ou le médecin. Laisser venir en précisant que l'on est disponible.

• **Stade de détermination (ou de préparation)**

- *La motivation est évidente*

Les bénéfiques de l'arrêt dépassent les avantages immédiats du tabagisme : " arrêter : comment faire ? ", " que pensez-vous de telle méthode ? ".
- *L'intervention du médecin consistera à*
 - répondre aux questions sur les méthodes, leurs indications et leurs limites ainsi que sur les symptômes qui peuvent apparaître. Il n'y a aucune technique qui fonctionne sans effort, autant le dire et en discuter. Ce qui est important c'est de créer un climat d'honnêteté et de confiance ;
 - suggérer une décision avec souplesse en laissant *in fine* le patient choisir la méthode, le lieu et le moment ;
 - si la décision est prise, mettre un cadre pour le processus d'arrêt ;
 - ne pas précipiter, frustrer un peu parfois.

• **Stade d'action**

- *La motivation du patient*

Le sevrage est en cours. On est dans les 6 premiers mois. Des efforts sont faits pour rester non-fumeur. Les risques de rechute sont importants.
- *L'intervention du médecin comprendra*
 - toujours encadrer l'arrêt en prévoyant des visites de suivi⁸ que l'on fixera en tenant compte du profil et de la demande du patient ; reconnaître la souffrance et pointer ensuite les aspects positifs immédiats ; faire confiance aux ressources des personnes.
 - le jour du 1^{er} rendez-vous : préciser la méthode (effets secondaires éventuels, associations à éviter, revue des contre-indications) ; prescrire ; être honnête sur les difficultés puis rassurer et préciser ses disponibilités ; rappeler l'objectif : tenir jusqu'à la visite suivante ; prendre les rendez-vous suivants.
 - après 1 ou 2 semaines : parler des souffrances éventuellement encore ressenties ; pointer les premiers effets positifs visibles (fréquence car-

diacque diminuée, amélioration respiratoire, odorat, teint, amélioration de l'angor ou du périmètre de marche) ; discuter des cigarettes qui étaient les plus importantes et dont il faut faire le deuil ; introduire le " vous êtes un **ex-fumeur** " ; commencer à parler des autres facteurs de risque cardiovasculaire.

- après 4 à 6 semaines : parler des bénéfiques de l'arrêt (santé, finances, etc.) ; aborder les moments difficiles ; surveiller le poids et la consommation en alcool ; placer le problème tabac dans le cadre plus large de l'abord de sa santé et des facteurs de risque cardiovasculaire ; introduire le " ne plus **jamais** fumer " avec le problème de la récurrence.
- après 10 à 12 semaines : parler des vécus et perspectives d'un ex-fumeur et des moments où existent des risques de rechute ; passer aux autres problèmes de santé éventuels.
- plus tard : fixer des consultations en fonction des patients et des autres problèmes de santé. S'informer sur le suivi de l'arrêt.

• **Stade de maintien (ou de consolidation)**

- *La motivation du patient*

On a dépassé 6 mois d'arrêt. Les risques de rechute sont moindres. Des efforts actifs pour rester non-fumeur restent présents surtout dans certaines circonstances.
- *L'intervention du médecin consistera à*

s'informer de la situation, de ses vécus, des moments difficiles avec un risque de récurrence, du poids et de la consommation en alcool. Rappeler les motivations de départ (les morts ont bonne presse !). Vérifier l'arrêt des médicaments d'aide au sevrage.

• **Stade de rechute**

Il conviendra

- d'accepter les récurrences comme un événement normal même s'il est non souhaité ;
- de discuter des circonstances de la rechute, du " comment l'éviter ", du mécanisme des rechutes ;
- de reconnaître sa déception qui fait écho à celle du patient ; aborder le " et maintenant " et reprendre le processus de sevrage à un des stades décrits précédemment.

AJOUTS EN EFFICACITE^{3,4,9}

Certaines techniques et situations sont efficaces :

- le taux de succès des tentatives spontanées de sevrage oscille entre 0,5 et 3 %/an ;
- le conseil du médecin apporte en efficacité environ 2 %/an par rapport au taux de réussite des tentatives spontanées de sevrage ;
- le soutien du praticien avec support additionnel (visite, spirométrie) apporte en efficacité environ 5 %/an par rapport au taux de réussite des tentati-

- ves spontanées de sevrage ;
- être enceinte ou avoir une pathologie cardiovasculaire augmente nettement les chances de réussite par rapport aux autres membres du groupe étudié ;
- être volontaire spontané au sevrage augmente nettement les chances de réussite, par rapport aux sujets recrutés lors d'études, ce qui montre l'importance de la motivation ;
- l'effet placebo observé dans les études sur les médicaments d'aide au sevrage est important par rapport au taux de réussite des tentatives spontanées de sevrage.

CONCLUSION

Connaître les résistances qui peuvent exister chez le soignant face à un patient qui devrait, souhaite ou demande d'arrêter de fumer et les analyser permet au médecin de se sentir plus à l'aise et d'améliorer son approche thérapeutique.

La revue de certaines de ces réticences conduit à relever :

- la légitimité de proposer des consultations spécifiques en médecine générale centrées sur le problème de la consommation en tabac comme le MG le fait pour les autres facteurs de risque cardiovasculaire ;
- l'importance de créer un cadre où le MG fonctionne à l'aise, ce qui légitimise le recours à des médicaments efficaces qui s'ajouteront à l'approche verbale ;
- l'importance d'une verbalisation des vécus pour lever des réticences et faciliter la relation thérapeutique ;
- la nécessité de s'adapter au stade où se trouve le patient dans son parcours de consommateur de cigarette, en employant le modèle de Prochaska et Di Clemente.

La connaissance du parcours du patient et l'identification du stade où il se situe permettent d'être en phase avec son patient, de mieux adapter son intervention, de la rendre plus adéquate et efficace, d'éviter des rejets, de favoriser l'évolution de la personne d'un

stade au suivant. Le MG use mieux de son temps et peut faire l'économie d'échecs prévisibles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Garrigues-Naserzadeh N, Sasco A, Lang F, Vergnon JM : Le médecin généraliste face à un patient fumeur. *Rev Prat Med Gen* 2002 ; 571 : 600-4
2. Michaud P, Gache P, Batel P, Arwidson P : Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *Rev Prat Med Gen* 2003 ; 604 : 281-6
3. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A : Effectiveness of interventions to help people stop smoking : findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000 ; 321 : 355-8
4. Uldry C, Cornuz J : Arrêt du tabagisme : techniques de désaccoutumance et bénéfices cardiovasculaires. *Med et Hyg* 1998 ; 56 : 518-22
5. Prochaska JO, Di Clemente CC : Stages and processes of self-change of smoking : towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 ; 51 : 390-5
6. Dupont P : Préparation à l'arrêt du tabac : les 5 étapes. *Rev Prat Med Gen* 2002 ; 569 : 485-7
7. Cornuz J, Humair JP : L'arrêt du tabac : pourquoi, quand et comment ? *Med et Hyg* 2000 ; 58 : 599-605
8. Kottke TE, Battista RN, DeFries GH, Brekke ML : Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. *JAMA* 1988 ; 259 : 2883-9
9. Prescrire Rédaction : Amfébutamone/bupropion : dans le sevrage tabagique, la nicotine est plus sûre. *Rev Prescr* 2001 ; 21 : 652-7

Correspondance et tirés à part :

P. CNOCKAERT
Square de Boondael 1/42
1050 Bruxelles

Travail reçu le 5 mai 2003 ; accepté dans sa version définitive le 26 juin 2003.