

ABORD DU FUMEUR EN MAL D'ARRÊT

Pr Robert MOLIMARD

Dès qu'un fumeur n'est plus aussi satisfait de lui-même lorsqu'il fume, se sent coupable dès qu'il allume sa première cigarette du matin et commence à se poser des questions, fait de petits "passages à l'acte", lire un article de presse sur le tabac, accepter d'ouvrir une brochure, ne pas zapper automatiquement les spots télévisés, ce sont des signes mineurs certes, mais significatifs du "mal d'arrêt".

Alors il se renseigne sur les méthodes d'arrêt du tabac, dont l'analyse exhaustive a été réalisée par Schwartz. [7]. La presse, les affiches, les livres, les brochures véhiculent des informations et des conseils d'une grande diversité, souvent contradictoires. A l'opposé, ce qui est transmis aux patients dans les consultations de tabacologie est rarement explicité et mériterait d'être mieux connu. Mon propos n'est pas d'édicter des normes. Il ne saurait en exister en ce domaine, vu la diversité des motivations et de la personnalité de chaque fumeur. Je passerai plutôt au crible de la critique des messages tellement répétés dans une foule de médias qu'ils tendent à devenir normatifs sans avoir pourtant été jamais évalués. A partir des connaissances sur les mécanismes de la dépendance au tabac, je tenterai de définir des schémas psychothérapeutiques plus éventuellement plus efficaces, à soumettre à évaluation.

De toute façon, un fumeur n'est pas une machine. C'est un être humain complexe, qui a déjà beaucoup réfléchi à son problème de tabac. Ecouter son désir, lui laisser exposer les stratégies qu'il a élaborées, sans censure est l'étape initiale. L'essentiel est d'établir une confiance. Il ne vient pas consulter pour se soumettre, même s'il espère qu'on lui proposera un traitement radical. C'est en comprenant le sens de sa démarche qu'on pourra envisager de l'orienter vers une voie plus efficace en agissant alors non comme un juge ou un guide, mais comme un expert.

Cependant, il est tellement imprégné d'idées fausses que la démarche est délicate. Toute critique peut être ressentie comme agressive et déclencher une réaction de rejet. C'est pourquoi, lorsque c'est possible, une réunion de groupe est très utile. L'information étant "dépersonnalisée", le fumeur ne la ressent pas comme une attaque à son identité personnelle. Il peut "*en prendre et en laisser*", considérer que certains points ne le concernent pas – du moins le croit-il. De plus, c'est un gain de temps considérable, qui permettra dans les entretiens individualisés ultérieurs d'être plus à l'écoute des problèmes personnels de chacun..

Dès qu'un fumeur commence à critiquer son tabagisme, à s'informer, à tenter de réduire sa consommation, on peut le dire en "MAL D'ARRÊT".

Il a déjà des idées, des stratégies. On doit les accompagner plutôt que les combattre, pour que s'installe une confiance.

C'est leur base, en l'amenant à les critiquer et à découvrir d'autres voies, qu'il pourra définir sa stratégie propre. Elle seule l'amènera plus sûrement à l'abandon du tabac.

Une réunion d'information de groupe initiale permet de faire passer de façon non agressive pour l'identité de chacun des notions essentielles. C'est de plus un gain de temps considérable.

DÊSAMORCER LES IDÉES REÇUES

Devenir Non-Fumeur

Un non-fumeur a bien de la chance. Ou bien il n'a jamais essayé. Bien souvent il a tiré quelques bouffées, cela ne lui a pas plu. Mais le fumeur a lié avec la cigarette. Elle a été associée, tous les jours, des années, à tous les événements de la vie, mineurs ou importants, aux fêtes, aux chagrins, aux dépressions, à l'ennui, à la solitude, à la convivialité. C'est un lien d'une incroyable intensité, une expérience considérable qui l'a marqué de façon indélébile. La cigarette s'est intégrée à sa manière d'être. Il est vu comme fumeur, il se voit comme fumeur, il réagit comme fumeur. ("*Quand je n'ai pas ma cigarette, je suis sans armes*", me disait un patient). Le fait donc partie de son IDENTITÉ. Tout attaque contre la cigarette est ressentie comme une attaque identitaire, et suscite une réaction de défense.

Proposer à un fumeur de devenir "Non-fumeur" est totalement négatif. C'est lui proposer de déchirer sa carte d'identité, son passeport, de devenir un "sans-papiers". C'est demander de faire table rase, d'oublier ce passé, de se refaire une virginité, finalement de faire un deuil de soi-même. Un but aussi inaccessible est forcément DÉMOBILISATEUR.

Mais l'aspect positif est qu'il a acquis une expérience qu'un non-fumeur n'aura jamais. Pas question de la détruire, mais de l'enrichir pas des expériences nouvelles, qui lui permettront de se construire une personnalité nouvelle et enrichie **d'Ex-fumeur**, qui n'aura plus besoin de cigarette pour s'affirmer. J'aime donner l'image des églises qu'on a construites sur les fondations des vieux temples païens, en réutilisant toutes les pierres. C'est une vision au contraire dynamisante qui permet de voir l'arrêt du tabac comme une démarche positive de développement de l'identité.

La Volonté

Naguère, s'arrêter de fumer signifiait "**avoir de la volonté**". C'est encore l'image ancrée dans l'esprit du public. "*Il a arrêté, il a une sacrée volonté*"; "*J'aimerais bien arrêter, mais je n'ai pas assez de volonté*". Y fait écho une foule d'attitudes thérapeutiques visant à fortifier la volonté: suggestion, hypnose, engagements solennels, contrats, etc. Or déjà en 1983, une enquête du Comité Français d'Education pour la Santé battait en brèche bien des idées reçues sur le mécanisme de l'arrêt [2]. Ces conceptions se retrouvent dans les directives de l'OMS à l'usage des praticiens qui veulent aider leurs patients à s'arrêter de fumer [6]. L'arrêt du tabac doit désormais être vu comme un lent processus de maturation, au cours duquel le sujet passe d'un tabagisme heureux non critiqué au stade où il lui devient impossible de ne pas s'arrêter. Ce processus s'accomplit par l'intégration d'une masse d'informations, d'influences, d'expériences sociales et personnelles, des leçons tirées d'essais infructueux de tabagisme contrôlé, de tentatives d'arrêt avortées. C'est tout un travail ACTIF d'auto-réorganisation de la personnalité que j'appelle "DÉFUMER" Finalement, tout bascule vers un nouvel état stable selon la théorie des catastrophes, sous un prétexte occasionnel parfois futile: "*J'ai arrêté à cause d'une angine*".

Ce changement de conception transforme l'attitude des thérapeutes. D'une calamité à détruire, le tabagisme devient un problème à résoudre. Réunions de groupe, entretiens prolongés, notion de dépendance remplacent une attitude plus agressive commençant avec des épreuves fonctionnelles respiratoires et un appel au risque pour la santé. Les conseils de modifier des habitudes de vie, avec suppression du café et de l'alcool s'effacent devant la notion que le sujet doit rechercher un bien-être et conserver ses repères.

J'aime voir dans le processus de dépendance une analogie avec le comportement alimentaire ou dipsique, dont l'impériosité tient à ce qu'ils sont indispensables à la survie. D'où mon hypothèse que les structures nerveuses présidant à la prise de nourriture pourraient être en quelque sorte parasitées, piratées pour se mettre au service de la régulation de la consommation de tabac.

Pour illustrer ce parallèle, comparons ce qui pousse à manger et ce qui pousse à fumer. On mange pour au moins trois raisons. 1.- La baisse de la glycémie. Un "glucostat" l'enregistre et induit un sentiment de manque, la faim. Ce "besoin" déclenche un comportement difficilement répressible de recherche et d'e prise de nourriture, récompensé par une sensation de plaisir, jusqu'à la survenue d'un second facteur de régulation où le plaisir s'éteint: le rassasiement. Celui-ci initie une période de satiété qui s'étend jusqu'à une nouvelle sensation de faim. Cette oscillation entre un **manque** et un **ça suffit** est à la base de toute régulation. 2.- Il est l'heure de se mettre à table. La répétition de ce rituel ajuste une horloge interne qui crée le besoin lorsque l'heure arrive, quel que soit l'environnement. Ceux qui ont l'expérience des décalages horaires l'ont expérimenté. 3.- Les stimulus environnementaux, lorsqu'on vous mange sous le nez un sandwich croustillant fleurant bon le pâté frais. Evidemment, le comportement devient très difficile à inhiber si les trois types de stimulus se conjuguent.

Ce qui pousse à allumer une cigarette se calque sur ce schéma : 1.- Un **tabacostat** déclenche le comportement lorsque les effets pharmacologiques de la cigarette précédente commencent à s'atténuer. 2.- L'horloge interne peut se manifester pour faire allumer la première cigarette du matin, ou celle de la pause. 3.- Les stimulus d'environnement sont très importants avec le tabac, sans doute parce que l'utilisation en est très fréquente, imprégnant tellement toute la vie du fumeur que chaque événement ou non-événement peut devenir un stimulus à fumer. Tous ces facteurs bien entendu sont intriqués, si bien qu'il est souvent impossible de dire réellement qui, du manque pharmacologique, des stimulus internes ou des provocations extérieures a déclenché le comportement. De toute façon tout comportement est pris en charge par des automatismes sur lesquels la volonté n'a qu'une prise très temporaire.

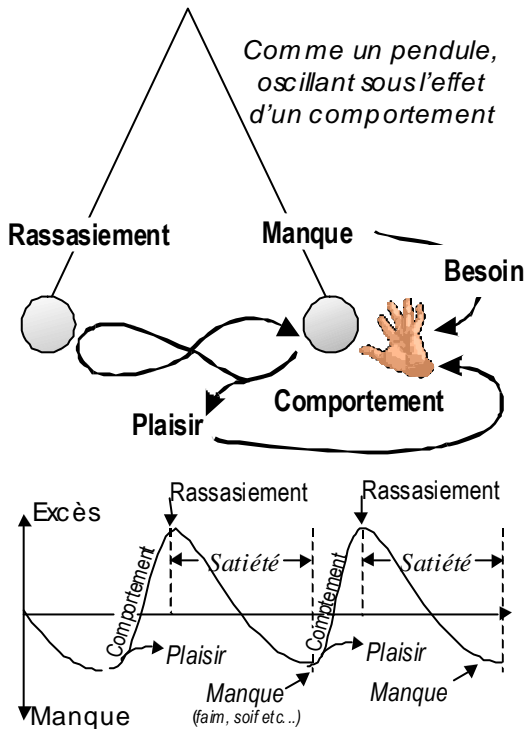


Fig. 1. - Un système oscillant évolue entre un état de manque (faim, soif etc.) qui suscite des besoins générateurs d'un comportement visant à combler le déficit. Sa satisfaction est récompensée par un plaisir. Le comportement est arrêté par un rassasiement qui prélude à une période de satiété jusqu'au déclenchement du comportement suivant.

On peut concevoir fumer comme un comportement destiné à assouvir le besoin pharmacologique de tabac. Son l'impéiosité tiendrait à ce qu'il utiliserait des structures nerveuses et des mécanismes biochimiques empruntés à ceux qui président aux comportements innés essentiels à la vie.

J'illustre volontiers ce schéma par deux images : la première évoque le phénomène oscillant à la base de tout système de régulation, comme celui du réglage d'une température par le couple d'un thermostat et d'une chaudière.

L'analogie peut se faire avec le mouvement d'un pendule, d'une balançoire interne qui vient périodiquement dire: "Si tu ne manges pas, tu meurs", déclenchant le comportement qui aboutit à manger, ce qui revient à pousser la balançoire.

Celle-ci s'éloigne alors, vous libérant du besoin, mais revient peu après le réveiller, justement parce qu'on l'a poussée. Les fumeurs reconnaissent bien dans cette image ce retour périodique du besoin qu'ils ressentent avec le tabac, et la responsabilité du geste de fumer dans l'entretien perpétuel du système. Ils adhèrent ainsi facilement à la notion qu'on ne peut espérer que le phénomène s'éteigne de lui-même si l'on continue à l'alimenter (fig. 1).

Fumer est une activité AUTOMATIQUE, très indépendante de la volonté, comme beaucoup d'activités cérébrales (respirer, s'alimenter, boire). S'arrêter de fumer est donc hors de portée de la volonté.

Mais on ne peut arrêter un automatisme qu'en lui superposant un autre automatisme, acquis par apprentissage.

Le cerveau rationnel peut comprendre les raisons d'arrêter, justifier l'arrêt, imaginer des stratégies.

Mais le seul moteur capable d'imposer un nouvel apprentissage est le cerveau affectif, le Désir.

Contrôle volontaire des automatismes: l'APPRENTISSAGE

La deuxième image décompose l'activité cérébrale en trois parties. 1.- Le "Cerveau Rationnel" intéresse la conscience, la raison et la volonté, c'est à dire la capacité de choisir et de décider. 2.- Le "Cerveau Robot", qui règle automatiquement des paramètres assurant l'homéostasie. Régler la température, la pression artérielle, les sécrétions hormonales est entièrement automatique, hors de tout contrôle volontaire, et même inconscient. Respirer est d'évidence automatique, réglant finement la PaO₂, la PaCO₂, le pH... Cependant, tout en étant automatique, une régulation peut nécessiter une activité motrice somatique, comme le contrôle volontaire de la respiration, ou même involontaire quand, dans le sommeil, on tire ou repousse ses couvertures pour mieux régler sa température corporelle. Souvent aussi, la régulation nécessite le truchement du cerveau rationnel et conscient, puisqu'il est plus difficile de se procurer de la nourriture ou du tabac que de faire simplement fonctionner la pompe respiratoire. 3.- Le "Cerveau Affectif", ce "Cœur" qui selon Pascal, "a ses raisons que la raison ne connaît point".(fig. 2).

Ce schéma permet d'imaginer deux façons d'envisager l'arrêt du comportement tabagique. On peut faire appel à la raison et à la volonté pour l'interdire. Mais on se heurte immédiatement à une caractéristique des structures nerveuses en cause. Cette activité cérébrale a une fonction essentielle: l'ADAPTATION à un environnement changeant. Ce peut être le fait d'un automatisme. C'est une fonction de CHOIX entre diverses possibilités. Il faut donc envisager successivement leurs avantages et leurs inconvénients. Ce fonctionnement est donc SÉQUENTIEL. On ne peut simultanément suivre une émission télévisée et une conversation. On saute de l'une à l'autre, et l'on comble les trous comme on peut. Comme l'environnement essentiellement variable nécessite une succession permanente de choix, ce cerveau ne peut se consacrer au contrôle d'une seule activité. La "volonté" ne peut que décider, mais ne peut

suivre l'application de cette décision. Au contraire, dans le registre automatique, ce n'est pas parce que le "Robot" règle la température ou la fréquence cardiaque qu'il oublie de contrôler la respiration. Comme il est de plus infatigable, on conçoit bien que la volonté soit battue d'avance: dans un combat d'usure, on ne gagne jamais contre un robot.

Une autre manière serait que le contrôle soit automatique. Il faudrait qu'il soit donc pris en charge par le "Robot", seul capable de la nécessaire vigilance de tous les instants. Il faudrait qu'il bloque la sensation de besoin avant qu'elle parvienne à la conscience. L'ex-fumeur se sentirait donc libre, et non plus une citadelle assiégée.

Un tel rêve n'est pas utopique. Acquérir des automatismes est une partie capitale de l'économie du cerveau. C'est la fonction d'**apprentissage**. Le moyen de cette acquisition est la répétition du geste. S'arrêter de fumer est un **apprentissage**. Lagrue, dans une étude portant sur un groupe de médecins, a bien montré que c'est ceux qui avaient antérieurement accumulé le plus de tentatives infructueuses qui avaient le meilleur taux de succès à un an, alors qu'on eût pu les considérer comme sélectionnés pour leur aptitude à ne pas réussir. La courbe de survie dans l'abstinence en fonction du temps est aussi en faveur d'un processus d'apprentissage, car elle montre que les reprises de consommation deviennent de plus en plus rares à mesure que le temps passe, alors que les volontés les plus fortes finissent toujours par s'éteindre. La phase de maturation peut être vue comme une phase d'**apprentissage latent passif**. A titre d'exemple, la grande majorité des fumeurs qui ont l'habitude d'aller au cinéma reconnaissent facilement qu'ils ne ressentent pas le besoin de fumer pendant l'heure et demie que dure le film. Ce n'est pas l'intérêt de celui-ci, car s'ils voient le même à la télévision, ils remplissent le cendrier. Ils ont "intérieurisé" l'interdiction de fumer dans les cinémas. Par répétition, l'apprentissage de cette situation a bloqué le besoin. Lorsque est prise la décision d'arrêt, le fumeur entre dans une phase d'**apprentissage actif** : il doit **apprendre** à vivre sans tabac toutes les situations qui l'appelaient à fumer.

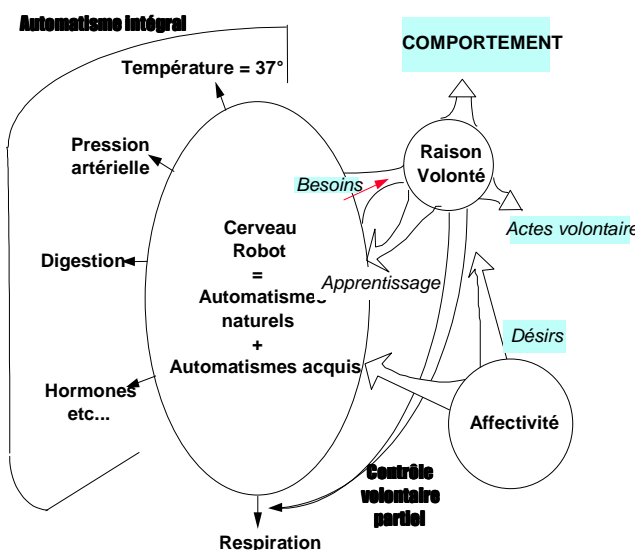


Fig. 2. - Le cerveau rationnel est à l'origine des décisions commandant les actes volontaires. Mais une partie du cerveau se consacre à des régulations automatiques souvent totalement involontaires et inconscientes, même si la volonté peut exercer un contrôle partiel et temporaire comme pour la respiration. Lorsque les besoins du paramètre à réguler nécessitent une activité dans le domaine de la vie de relation, ces besoins déterminent un comportement qui ressemble à un acte volontaire mais s'en distingue car il est le fruit d'une pulsion profonde et non d'une décision.

Cependant le "Robot", en bon magasinier comptable des approvisionnements, serait juge et partie s'il décidait de lui-même de ne plus réguler l'apport de tabac, fonction qu'il considère VITALE, comme toutes les autres qu'il a en charge. Le "Cerveau Rationnel" est celui qui déciderait, mais il ne peut en assurer l'application. C'est donc le "Cerveau Affectif" qui exercera la pression permanente que nécessite l'apprentissage, Mais il faut donc que le fumeur soit affectivement convaincu, qu'il ait développé un puissant désir d'arrêter.

Les conditions de la démarche d'apprentissage: MOTIFS ET MOTIVATION

Les motifs

Ce sont les raisons d'arrêter de fumer qu'avance un patient. Elles sont évidemment nécessaires, sinon pourquoi chercher à s'arrêter. Mais elles sont d'évidence élaborées par le cerveau rationnel. Celles qui ressortent de l'interrogatoire des fumeurs ne font bien souvent que refléter l'idéologie dominante transmise par les médias. Ce sont bien souvent des rationalisations *a posteriori*, quand le fumeur qui a arrêté avance des motifs relativement nobles et satisfaisants pour son ego. Mais ce ne sont pas ceux qui ont donné la plus longue liste de motifs qui arrêtent le plus facilement. Ils cherchent à "se pousser aux fesses" alors que "le cœur n'y est pas".

La motivation

Le cœur, le cerveau affectif est le moteur de l'arrêt. Lorsqu'on lui demande pourquoi il veut arrêter, le fumeur motivé qui va réussir ne sait répondre que comme les enfants : "Parce que...". Il n'a plus à se chercher de motifs, il est affectivement convaincu. Il ressent seulement l'envie, le désir d'arrêter. Cela se manifeste par des tentatives, des passages à l'acte.

Il faut cependant bien avoir des raisons d'arrêter pour entamer cette démarche. Elles sont essentielles au processus de maturation qui conduit à la motivation. C'est donc par l'étude des relations entre les motifs avancés et les succès que l'on a cherché à comprendre les facteurs de la maturation. Je partirai pour mon analyse des études réalisées dans un contexte français. Ces résultats doivent être tempérés par le fait que le questionnaire induit des réponses reflétant peut-être plus l'opinion ambiante que les mobiles réels du fumeur. Dans l'ensemble, ces questionnaires n'explorent pas la motivation. Ils énumèrent des motifs. De plus, l'abstinence devrait toujours être biologiquement validée (Cotinine ou CO alvéolaire).

A.- Dans une étude à la base d'un questionnaire de motivation assez utilisé [3,4], 8 raisons d'arrêter avaient été le plus souvent avancées par un groupe de 170 consultants lors d'un premier entretien:

1.-*Je crains pour ma santé.* 2.-*Je veux me libérer de cet esclavage.* 3.-*Je suis effrayé(e) par tout ce que l'on dit sur le tabac.* 4.-*Le tabac coûte cher.* 5.-*Je ne veux pas donner cette habitude à mes enfants.* 6.-*Je me sens coupable vis-à-vis de mon entourage.* 7.- *Je veux être en meilleure forme.* 8.- *J'ai des enfants en bas âge.*

Par ailleurs, les résultats devraient être validés par une mesure biologique de l'abstinence

B.- J'ai coordonné une étude multicentrique internationale d'un timbre à la nicotine portant sur 360 fumeurs. Cette étude n'a hélas pas été publiée, car les résultats n'étaient pas significatifs. J'avais fait inclure dans l'étude l'évaluation sur une échelle visuelle analogique (EVA) des motifs les plus souvent avancés dans la littérature mondiale comme prédictifs de l'arrêt. Cette évaluation était demandée lors de l'entretien avant l'entrée dans l'étude, et l'abstinence jugée par dosage de la cotininémie. Voici la liste des items, . Les réponses allaient de "Pas du tout" à "Enormément", sauf pour l'item 6 à juger entre "très dévalorisé(e)" et "Très valorisé(e)":

1.- *Souffrez vous de vous sentir esclave du tabac?* 2.- *Vous paraît il important de devenir non-fumeur pour l'exemple que vous donnerez?* 3.- *Craignez-vous qu'être irrité ou prendre du poids soit un obstacle au succès?* 4.- *Pensez-vous que fumer est sale et ringard ?* 5.- *Attendez-vous de l'arrêt du tabac une amélioration de votre santé?* 6.- *En vous imaginant non-fumeur, comment vous estimeriez-vous ?* 7.- *Pensez vous que vous allez réellement arriver à vous arrêter ?* 8.- *Evaluez l'intensité de votre désir d'arrêter.*

1.-La peur pour la santé

A(1,3,7), B(5)

Les préoccupations de santé, dominantes dans l'échantillon total, ne sont plus au premier plan chez ceux qui ont réussi à s'arrêter. Cette différence est significative (A). Elles n'ont aucun pouvoir prédictif (B)

La peur du cancer n'amène pas la sagesse. La moitié des convalescents d'infarctus refument, bien qu'ils sachent ainsi doubler leur risque de recommencer. Mais l'optimiste trouvera la bouteille à moitié pleine, considérant que la moitié s'arrête, ce qui dépasse le pourcentage de succès des meilleures consultations de tabacologie. Ainsi, lorsqu'un patient en attend une amélioration concrète de sa santé présente, la prise de conscience de son risque et d'un bénéfice direct possible augmente ses chances de succès.

Je n'en dirais pas autant de l'appel à la peur, des programmes comportant des cours de pneumologues, des films sur le cancer du poumon, des visites de services de réanimation respiratoire voire, comme dans certains plans de 5 jours aux USA, la présentation de pièces anatomiques de cancer du poumon. Selon Schwartz, le pourcentage d'arrêt immédiat est parfois impressionnant. Mais les résultats se détériorent rapidement et ne sont à terme pas bons. D'expérience, il me semble que les patients qui ont perdu un proche d'un cancer lié au tabac ont plus de difficulté que les autres à se dégager de leur tabagisme, mais ceci mériterait évaluation.

Je vois trois interprétations à ces résultats décevants. Tout d'abord, "*je m'expose, donc j'existe*". Braver un danger est se prouver qu'on risque, donc qu'on vit. Surtout si la mort n'est pas certaine, si l'on a une chance, s'il y a une part de jeu : griller un feu rouge sur sa moto-cross cabrée, faire de l'alpinisme, du deltaplane, du parapente, du saut à l'élastique, c'est se prouver que l'on vit, tout comme l'asthmatique qui inhale la fumée et tousse cherche peut-être un peu à se prouver qu'il respire. Un deuxième aspect est qu'agiter le spectre du cancer ne peut que créer une angoisse. On ne peut vivre avec l'angoisse. La perspective d'une intervention chirurgicale a peu de chances de la lever. Finalement, la seule manière de lui échapper est de se dire que, personnellement, on tient plutôt du côté de la famille où il n'y a jamais eu de cancer. Le cancer sera pour les autres, on n'y est pas réceptif, on est invulnérable,

"cancerproof". Par inversion de sens, c'est désormais s'abstenir de fumer qui devient angoissant, puisque qu'on se comporte alors comme si l'on était vulnérable : on allume une cigarette et ce geste lève l'angoisse. On marque ainsi qu'on se classe dans un groupe que le cancer ne concernera pas. L'appel à la peur est de plus une méthode agressive qui tend à forcer la main au patient. Après une période de soumission obéissante expliquant les bons résultats du début, il risque de développer un syndrome de rejet et de fuite.

Cette fuite est une réaction normale, car le fumeur est coincé entre deux peurs mortelles. Son comportement étant pris en charge par le Robot, il ressent le mot "Arrêt" comme un arrêt de mort, comme le serait l'arrêt des autres fonctions du Robot. Pour lui, fumer est VITAL. Sa pensée obsédante est "Y a-t'il une vie après le tabac? Mais si s'arrêter est mortel, continuer est aussi mortel. La seule sortie est la négation du risque à fumer, et la peur d'arrêter la plus puissante. La seule manière d'y échapper...c'est de ne pas arrêter.

La peur est mauvaise conseillère. Le fumeur est coincé entre deux peurs. La peur du cancer, de l'infarctus, est lointaine, aléatoire, Le risque est peut-être évitable, la maladie sera peut être guérissable. La peur d'arrêter est celle inévitable d'une mort immédiate, comme le serait d'arrêter de respirer. Entre les deux...il n'y a pas photo. La seule manière d'échapper à ce risque est de ne pas arrêter de fumer

Nos consultants n'ont guère besoin qu'on leur parle des dangers du tabac. Ils les connaissent déjà largement. A en rajouter, on risque de développer une réaction anxieuse préjudiciable au succès. Certains devraient même plutôt être rassurés. Par contre, s'ils souffrent d'artérite, s'ils toussent et sont essoufflés, leur assurer qu'ils tireraient de leur succès un bénéfice concret, rapide, est judicieux. C'est vraisemblablement ce qui explique les meilleurs résultats chez ce type de patients. Ce dernier point est d'ailleurs en accord l'étude puisque l'item "*je veux être en meilleure forme*" reste au deuxième rang des motifs de ceux qui vont réussir, alors que les préoccupations de santé vagues et non définies et la peur sont chez eux à l'avant-dernier et au dernier rang (A).

Sauf demande expresse du patient, je ne perdrais pas trop de temps à vanter des améliorations mineures portant sur le goût, l'odorat, le teint etc..., loin d'être objectivement démontrées. Quant aux performances sexuelles, elles dépendent chez l'homme d'un tel degré d'intellectualisation et de projections psychoaffectives que j'ai quelque méfiance à l'égard des publications accusant le tabac d'être responsable d'impuissance ou de frigidité, sachant combien la symbolique virile de la cigarette peut tout aussi bien être un cache-misère sexuelle. De plus, une demande directe dans ce domaine m'inciterait plutôt à la circonspection, sachant le pourcentage élevé de dépressions démasquées grâce au Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) parmi les consultants d'aide au sevrage [4], et la prudence avec laquelle il faut pousser ces patients à s'arrêter. Pour rien au monde, en tous cas, je ne leur promettrais des matins triomphants.

Quant au "*Plaisir à ne pas fumer*", c'est une belle formule, mais qui ne se rattache pas à ce qu'est un plaisir. Ce que j'ai défini comme "plaisir archaïque" est la satisfaction d'un manque, d'un besoin [5]. Donc, si le besoin n'est plus là on ne peut ressentir ce type de plaisir. On se lasse du "plaisir hédonique", qui demande un renouvellement, une nouveauté. Or quel plaisir retirer, lorsque ne pas fumer est devenu une habitude. Quant au "plaisir de transfert", il n'est attribué à la cigarette que parce qu'on est incapable de jouir d'un environnement agréable lorsqu'on est en manque. Lorsque le manque a disparu, on retrouve intact le plaisir associé à des situations conviviales, et on n'a aucune raison de l'attribuer au fait de ne pas fumer. Je ne pense pas qu'il soit utile de pratiquer cette sorte de "Méthode Coué", car les fumeurs ne sont pas dupes, et ce discours risque de discréditer le thérapeute à leurs yeux.

2.-Je ne veux pas donner cet exemple à mes enfants A(5,6,8), B(2)

De façon surprenante, c'est cet item, tout à fait accessoire chez ceux qui n'arrêtent pas, qui est leader chez ceux appelés à réussir (A). Les items associés : "*j'ai des enfants en bas âge*" ou "*je me sens coupable vis-à-vis de mon entourage*" bénéficient également d'un meilleur classement. Je trouve dommage que dans leur test de motivation, Demaria et coll. aient choisi de conserver plutôt l'item "*j'ai des enfants en bas âge*" [3]. L'exemple aux enfants est de portée plus générale. L'une des plus fortes raisons qui m'ont poussé à abandonner le tabac est l'exemple que m'en avait donné mon père quelque cinq ans auparavant, à un âge où j'avais depuis longtemps oublié la maternelle.

Le score obtenu par le sentiment de culpabilité à l'égard de l'entourage suggère que le motif d'exemplarité dépasse le cadre de la relation parent-enfants. Dans un couple de fumeurs, voire de collègues de bureau, j'ai souvent décelé, chez celui qui fait le premier pas, l'espoir d'être suivi, d'être pris pour modèle. N'est-ce pas aussi un bon moyen de se prouver qu'on existe. Je me prendrais même à rêver que ce sentiment puisse aussi animer les médecins, les

enseignants, tous ceux qui se montrent sur des scènes et des plateaux de télévision cultivent cette motivation. Je lui ferais volontiers une bonne place dans mon discours psychothérapeutique.

Cet item n'a aucune valeur prédictive (B).

3.-La notion de dépendance A(2), B(1)

Chez ceux qui vont réussir, "*Je veux me libérer de cet esclavage*" est mis en avant plus souvent que les craintes pour la santé. L'importance de la prise de conscience que c'est là le problème central du tabagisme n'est pas pour nous surprendre, puisque c'est sur ce thème que nous avons fondé la " Société d'Etude de la Dépendance Tabagique", devenue depuis Société de Tabacologie.

Bien que cet item ne soit en rien prédictif dans l'étude B, prendre conscience de son état de dépendance est certainement primordial. Or, lorsque je pose à mes consultants la question : "*Ressentez-vous le tabac comme une simple habitude ou comme une drogue*", il en reste encore un bon tiers qui n'y voient qu'une simple manie, bien que leur démarche même eût dû les convaincre qu'ils avaient de la peine à arrêter seuls. Les aider à comprendre ce qu'est un comportement de dépendance serait donc de première importance.

Une bonne approche cognitive de ce phénomène me paraît capitale car :

- Elle déculpabilise le patient. Comprendre que pour des raisons encore obscures de chimie du cerveau, certaines substances de la fumée se comportent comme des leurres vis-à-vis de mécanismes neurologiques essentiels à notre vie. Elles empruntent à ces mécanismes leur force. Fumer est donc tout à fait involontaire. Le comprendre est à la fois angoissant, car cela force à reconnaître qu'on n'est pas le maître absolu de son propre corps, mais aussi rassurant car qui dit *involontaire* dit *non-coupable*. Les échecs des tentatives d'arrêt sont déculpabilisées si s'arrêter n'est plus vu comme une *affaire de volonté*. S'arrêter de fumer n'est absolument pas corrélé avec la force de caractère.

- En propose un contrôle du comportement par le biais d'un apprentissage. Elle donne une cohérence logique à la démarche d'arrêt et en fait un processus *actif*. Beaucoup de patients m'ont déclaré qu'un facteur important de leur succès avait été de l'imaginer possible. Même face à des patients de niveau socioculturel et éducatif très limité, en employant des images très simples, on parvient toujours à communiquer ce message, car il éveille en eux un écho où ils se reconnaissent.

4.- le tabac coûte cher A(4)

Je regrette ne pas avoir incorporé cet item dans l'étude B. Il est important dans l'étude A, lié significativement au succès. Je le crois très lié au sentiment de dépendance car, tant qu'il s'accroche à l'idée qu'il fume par choix délibéré pour en retirer un plaisir hédonique, le fumeur se refuse à voir le coût financier de son tabagisme. Celui-ci prend au contraire un grand poids lorsqu'il y reconnaît la marque de la dépendance, et s' imagine vache à lait et mouton quotidiennement tondu, entretenant son lien à ses propres frais et au prix de sa santé. Mais il devient plus important depuis l'énorme augmentation du prix des cigarettes. Dans le processus de maturation, aucune goutte d'eau qui puisse faire déborder le vase n'est à négliger. Mais est-ce une goutte d'eau, les trois mois de salaire que le tabac arrive à prélever chaque année dans l'escarcelle d'un fumeur au SMIC ? Même si, par pudeur ou par bravade, le fumeur considère ce motif comme secondaire, je pense qu'il est important d'aborder ce point avec lui. En effet, il est très lié à la dépendance, qu'on peut analyser, il est moins angoissant que la peur du cancer ("*plaie d'argent n'est pas mortelle*"), et le bénéfice à retirer est incontestable, calculable et immédiat.

Curieusement, les campagnes de prévention ignorent délibérément ce point capital. Peut-être parce que parler d'argent en France est honteux, que les fumeurs ne veulent pas voir où le bât blesse et jugent cet aspect peu noble. Plus on a de soucis d'argent, moins on est porté à le reconnaître, et ce sont les plus pauvres qui fument le plus. Mais il ne faudrait pas conclure que ce qui n'apparaît pas dans les réponses aux enquêtes n'a pas d'importance. Si des affiches ou des campagnes télévisées brisaient ce tabou et insistaient plus sur le risque financier à fumer, l'effet sur la maturation pourrait être plus important que les appels à la peur.

Aucun des items de l'étude B ne prédit le succès chez les femmes. Il y aurait même une tendance systématiquement contraire à ce qui eût été logique. Chez les hommes, seul y étaient liés de façon significative les items 7 et 8, à savoir la foi dans le succès et le désir d'arrêt. Mais il faut noter qu'il ne s'agit plus là de motifs, mais d'une exploration de la réelle motivation, la foi dans le succès et le désir d'arrêter, qui sont des sentiments "non motivés".

Peut-on augmenter la motivation?

Augmenter la motivation, c'est augmenter le **désir**. Il existe des techniques pour augmenter le désir chez les autres, essentiellement la séduction et ses artifices. Le théâtre, la littérature en fourmillent. Mais augmenter le désir en soi est autrement difficile...

Y. Noël démontre que ceux qui vont réussir ne mettent plus en avant une liste de motifs, mais se caractérisent par des passages à l'acte. Ils changent de marque, s'essaient à la pipe, contrôlent le nombre de cigarettes qu'ils prennent le matin, décident de ne pas prendre de cigarette avec le café, de ne pas fumer avant midi etc...

A jouer à "*Qui qui s'arrête*", on finit par se prendre au jeu. "*C'est en forgeant qu'on devient forgeron*". Mais cette formule est à double sens. Un sens trivial d'abord. Si l'on ne bat jamais le fer sur l'enclume, on ne deviendra jamais forgeron, c'est une évidence. Il faut la pratique. Mais celui qui a commencé à apprendre ce métier sans enthousiasme finit souvent par se prendre au jeu, et à devenir "forgeron" dans son âme, dans son IDENTITÉ.

Contrairement à des conseils jusqu'ici très souvent données, qui présentaient l'arrêt comme un phénomène brutal, un couperet, il me semble plus judicieux de le présenter comme l'aboutissement d'un lent processus, d'un travail actif de "défume", dans lequel ce "jeu de rôle" trouve une place. On s'accoutume à l'idée d'arrêter, on fait des expériences, l'angoisse d'arrêter diminue, l'arrêt n'est plus vu comme un passage à la guillotine.

Gros mot: La Volonté

Les motifs sont évidemment nécessaires, autrement pourquoi arrêter.

Ils ne suffisent pas en entraîner la motivation, qui est du registre affectif

La crainte pour sa santé n'est pas un bon motif: elle oblige à se considérer vulnérable.

Par pudeur, on utilise vraisemblablement insuffisamment le motif financier

Pour augmenter la motivation, plutôt insister sur les "passages à l'acte" qu'aligner une liste de motifs

"C'est en forgeant qu'on devient forgeron"

Modalités de L'ARRÊT

C'est le stade des conseils. Les patients attendent des miracles. Ils et sont prêts à croire n'importe quoi qui leur promette un arrêt sans douleur, mais ils sont aussi prêts à brûler ce qu'ils ont adoré. Comme l'arrêt du tabac peut être une entreprise de longue haleine, si nous voulons être des scientifiques et non des marabouts et conserver le temps nécessaire la confiance de nos patients, nous devons faire notre credo de notre crédibilité, ne rien avancer qui ne soit scientifiquement démontré, validé, laisser les recettes de cuisine aux hebdomadaires de gare et résister à la tentation de jouer les grands prêtres.

1. Arrêt brutal ou progressif

Un point semblait faire consensus : conseiller l'arrêt brutal.

Le premier argument est statistique: la grande majorité des anciens fumeurs disent que leur arrêt a été brutal et qu'ils n'ont pas fumé une seule cigarette depuis. Quelques uns en ont fumé une, quelques autres deux. La tentative de ceux qui sont allés au-delà a en général fini par avorter.

Le deuxième argument est scientifique : on peut expliquer qu'un fumeur peut modifier sa façon de fumer, en faisant de plus petits mégots, en inhalant plus profondément de plus grosses bouffées, en tirant plus de bouffées d'une même cigarette. Or c'est ce qu'il fait inconsciemment lorsqu'il cherche à réduire sa consommation, car ces mécanismes automatiques cherchent à garder la même nicotémie. Il y parvient aisément. En effet, lorsqu'une cigarette légère est donnée pour 0, 1 mg de nicotine, elle en contient en réalité 15 à 18 mg. Les 0,1 mg, c'est ce qui passe dans la fumée lorsqu'elle est fumée par une machine à raison d'une bouffée de 35 ml prise en 2 secondes toutes les minutes. Mais un fumeur ne fume pas obligatoirement comme la machine, si bien que jusqu'à 7 voire 5 cigarettes par jour, il n'a pas

encore réduit sa dose. S'il cherche à diminuer encore, il se heurte à sa dépendance pharmacologique et sa tentative tourne en règle court. En fait, du fait de la compensation, l'arrêt "pharmacologique" est toujours brutal.

Le troisième argument découle de mon image de pendule (aux patients, je dis de *balançoire*). Elle leur fait sentir qu'il n'est pas nécessaire de pousser à chaque oscillation pour que le mouvement se perpétue. Mais elle communique aussi un message d'espoir. Car que se passe-t'il lorsqu'on arrête de pousser l'escarpolette? Il y a plus d'un siècle que l'Office National de la Propriété Industrielle n'accepte plus les demandes de brevet pour les mouvements perpétuels: cela s'arrête toujours. Mais un fumeur ne peut pas imaginer que cela puisse arriver, car pour tout ce que son Robot a à contrôler, l'arrêt, c'est la mort.

Cependant, si l'arrêt de l'apport nicotinique doit être brutal pour que s'atténue puis disparaisse le besoin pharmacologique, il est possible d'introduire un peu de la progressivité dont rêvent beaucoup de patients en jouant sur les renforcements secondaires. Ce conseil est **opposé** à celui souvent donné de garder les **cigarettes-plaisir** tout en abandonnant les **automatiques**. Le fumeur peut déjà tenter de s'affranchir de stimulus environnementaux puissants en apprenant à vivre sans tabac certaines situations qui l'appellent le plus à fumer. Il réduira le nombre de cigarettes fumées, mais avec un objectif spécifique d'apprentissage, pas comme une frustration qu'il s'impose sans autre but. Il compensera souvent par un tabagisme accru dans les situations neutres. Il gardera certes la même nicotémie, et constatera qu'en passant de 30 à 5 cigarettes par jour, son CO alvéolaire n'aura pas varié. Mais arrivé à un certain stade de réduction, il lui faudra quand même faire le saut qualitatif vers l'abstinence totale. L'arrêt "pharmacologique" sera de toutes façons brutal, même si l'on ne part plus que de 4 cigarettes par jour. Mais cet apprentissage préalable pourra lui rendre plus faciles à vivre les premières semaines de l'arrêt total et brutal.

Le rêve du fumeur, c'est de s'arrêter tout en continuant, et de reculer indéfiniment le moment où il se passera de cigarette. Même si cela peut marcher pour certains, il me semble dangereux de lui proposer un arrêt "progressif".

Je ne conçois la progressivité que dans un apprentissage à commencer à vivre sans tabac les "situations dangereuses" l'incitant à fumer. Cela constitue de plus des "passages à l'acte" renforçant la motivation.

C'est une faute de lui laisser croire que continuer à fumer sous protection d'un médicament nicotinique diminuera son risque. Même si on le lui présente comme "une étape vers l'arrêt", il ne comprendra que: "Je peux continuer à moindre risque" et s'habituera à prendre à la fois sa gomme et sa cigarette.

Date de l'arrêt

Si l'on se réfère au concept de l'arrêt vu comme l'aboutissement d'un processus de maturation, il ne saurait y avoir de date d'arrêt, mais seulement des dates de tentatives d'arrêt. Ce n'est qu'a posteriori que le sujet pourra sentir qu'il y a bien eu en lui un changement d'état et qu'il s'agit d'un arrêt définitif. Selon une enquête du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES), les anciens fumeurs connaissent tous parfaitement la date précise où ils se sont arrêtés, parfois même l'heure. Beaucoup ont choisi à l'avance une date signifiante, anniversaire par exemple, mais l'arrêt réel survient bien souvent de façon tout à fait imprévue. L'échec d'une tentative à l'occasion d'une date trop solennelle peut être ressenti comme particulièrement culpabilisant. La meilleure date est celle qui s'accordera le mieux avec la stratégie intérieure du patient, c'est pourquoi il apparaît tout à fait illogique de lui en imposer une, fut-ce celle de la consultation. Tout ce qui de près ou de loin peut ressembler à une promesse, un engagement solennel, peut être ressenti comme une contrainte induisant un désir d'y échapper. On peut discuter avec le patient d'une date possible de tentative d'arrêt, mais je crois qu'on n'a pas intérêt à trop la sacraliser par un contrat. Pour ma part, je tiens à mes patients le discours suivant : *"la volonté n'est pas faite pour durer, mais pour prendre une décision. Celle-ci ne pourra être tenue que si des mécanismes automatiques sont prêts à prendre le relais, c'est-à-dire si vous êtes mûr. La seule façon de savoir si vous êtes mûr est d'essayer d'arrêter. On ne peut tenir plus de 24 heures par la seule volonté, alors faites des essais d'arrêt de 24 heures. Si vous êtes mûr, vous tiendrez 24 heures, et une voix intérieure vous suggérera alors que vous pourriez peut-être essayer de tenir 24 heures de plus. Si vous ne tenez pas, ne vous dites pas que vous n'avez pas de volonté, mais simplement que vous n'êtes pas encore tout à fait mûr, qu'il y a encore quelque part en vous quelque chose d'irrésolu avec le tabac, que vous n'avez peut-être pas encore perdu tout espoir d'accéder au rêve du fumeur: se limiter sans en souffrir à quelques **bonnes** cigarettes par semaine. Alors réfléchissez, mûrissez. Un bon moyen de mûrir est d'essayer et de réessayer, en se disant après chaque tentative avortée: "Il doit bien y avoir dans les semaines qui viennent une date qui ferait un bon anniversaire d'arrêt du tabac"."*

Beaucoup de patients choisissent la date des vacances, parce qu'il n'y aura pas les sollicitations des collègues de travail, parce qu'il y a un mythe de purification par le sport et l'air pur, parce qu'ils seront détendus et oublieront leurs soucis. Beaucoup reviennent disant qu'ils n'ont jamais autant fumé, ou qu'ils ont recommencé dès qu'ils ont retrouvé leur bureau.

Jeter son paquet et son briquet

C'est parfois l'objet d'un grand cérémonial collectif. Comme pour tous les grands serments, je crains que cette solennité ne soit guère efficace. Il y aura toujours quelqu'un pour vous offrir une cigarette et "*le bureau de tabac est en face*". De plus, certains patients m'ont dit que savoir leurs cigarettes personnelles à leur portée dans la boîte à gants de leur voiture ou leur vestiaire leur avait donné un sentiment de sécurité et leur avait évité de quémander la cigarette de l'échec. Les cigarettes restées à la maison avaient toujours fini par trouver preneur. Là encore, je crois que c'est au patient de décider de ce qu'il doit faire de son matériel de fumeur.

Prévenir son entourage de sa décision

Ce conseil présuppose que l'entourage soit disposé à aider le candidat à l'arrêt. Si le conjoint est un ex-fumeur, son exemple favorise le succès, et le climat sera vraisemblablement chaleureux et compréhensif. Mais le conseil ne saurait être généralisé. Il est des conjoints moralisateurs, des amis provocateurs. S'il doit chercher un soutien, le patient est le seul à savoir qui peut le lui apporter. Si c'est pour s'enfermer dans une situation qui lui rende la rechute honteuse, tout ce qu'on peut en attendre est de le culpabiliser un peu plus. Je ne crois pas bon que le patient se pose des pièges et se crée des barrières externes. Le blocage du comportement doit être intériorisé.

Le syndrome de sevrage

Beaucoup d'encre a coulé à propos du syndrome de sevrage. Qu'il existe des bouffées de besoin, de "*craving*" pour être à la mode, et qu'on soit irritable est tellement naturel lorsqu'on est privé de choses auxquelles on est attaché ou dont on a l'habitude, qu'il y ait ou non dépendance, me paraît tellement normal que j'ai de la peine à concevoir un syndrome spécifique de sevrage. Tout le monde est d'accord pour dire qu'il n'y a guère de signes objectifs et qu'on est loin des manifestations bruyantes du sevrage d'opiacés et du delirium tremens. Le seul symptôme particulier à l'arrêt du tabac est la fringale. Une quantité impressionnante d'études, confirmées par des expérimentations animales, montre que le tabac et la nicotine réduisent le poids corporel, et que l'on prend en moyenne 3 à 5 kg à l'arrêt. Beaucoup ne prennent pas de poids voire maigrissent.

Ces manifestations sont souvent une simple justification à ne pas s'arrêter, ou traduisent un combat intérieur entre une volonté qui voudrait imposer l'arrêt et une insuffisance de maturation qui le permettrait. Le tabac connaît son fumeur jusqu'au bout des ongles. S'il a quelque espoir qu'en lui faisant prendre 10kg ou en le rendant insupportable d'agressivité à la maison il lui fera reprendre la cigarette, il ne s'en privera pas. On pense à Cervantès. Il y a en tout un chacun un Don Quichotte et un Sancho Pança. Si quand le chevalier se lance à l'assaut son écuyer estime qu'il n'a aucune chance de remporter le combat, il en résulte un conflit intérieur qui se résout devant le réfrigérateur avec un pain-beurre, ou s'extériorise dans une bataille conjugale. Mais si les deux sont en accord, tout va sans accroc. Je voudrais apporter à l'appui de cette thèse quelques observations de sujets qui avaient très mal vécu (et leur entourage également) une première tentative, et chez qui l'arrêt apparemment définitif s'est passé sans aucun problème. Certains sujets grossissent considérablement lors d'une première tentative, et pas du tout lorsqu'ils réussissent. On peut donc tenter d'expliquer tout cela à ceux qui ont peur de prendre du poids, et les assurer que de toute façon jamais cela n'a représenté un véritable problème de santé.

Gros mots : Arrêt du tabac, Sevrage (parler de "Défume").

Après L'ARRÊT : LA "MAINTENANCE", ET LES CONSEILS USUELS

Éviter les fumeurs et les lieux où l'on fume

Mais on ne peut s'installer sur une île déserte. On ne va pas changer de conjoint ou d'amis sous prétexte qu'ils fument. C'est un appel à l'intolérance et à la ségrégation. C'est déjà un grand changement dans la vie que d'arrêter de fumer. S'il faut de plus s'exclure de son milieu familial, c'est y ajouter l'exil. Le conseil est inutile: le patient trouvera tout seul ce qui lui paraîtra réalisable en la matière. Il lui faudra bien de toute façon apprendre à vivre entouré de fumeurs sans succomber à la tentation. Ce n'est pas en évitant ces situations qu'il apprendra à le faire.

Avoir des activités de substitution

La tarte à la crème, dans ce domaine, C'est "*faites du sport*". C'est le grand mythe de la vie saine. Il n'existe pourtant aucune indication que l'activité sportive soit contraire au tabagisme. Dans sa thèse réalisée à partir d'une enquête auprès de 1319 sportifs par l'Institut National d'Education Physique et Sportive et le Comité National contre le Tabagisme, M.F. Ancelin [1] trouve chez les sportifs un pourcentage de fumeurs identique à celui de la population générale, sauf dans les sports individuels d'endurance au niveau national et international. Ceci peut s'expliquer par un simple effet de sélection, les fumeurs n'ayant aucune chance d'atteindre le niveau de performances nécessaires. Elle conclut que le sport de compétition n'est pas un moyen efficace de lutter contre le tabagisme, et qu'il faudrait plutôt tenter de réduire le tabagisme chez les sportifs, et en particulier les entraîneurs, ne serait-ce que pour la valeur d'exemple qu'ils peuvent avoir sur les adolescents. Il est difficile de concevoir de ce qui est souvent une école de dopage porte en soi un pouvoir de prévention. J'ai proposé d'utiliser le vieux terme "Desport" pour désigner une activité physique ludique, hors compétition, à recommander pour tous fumeurs ou non.

Il n'empêche que nombre de patients viennent demander de l'aide parce que, sentant venir la quarantaine, ils ont décidé, pour tenter d'arrêter le temps, de "*se remettre au sport*" et ont trouvé difficile de suivre le rythme des plus jeunes. Faire du sport fait donc partie de ce qui les motive... mais ils l'ont trouvé seuls.

Je crois qu'on peut en dire autant de tous les bons conseils "*d'activités de substitution*". Ceux qui ont des passions n'attendent pas qu'on les leur suggère pour les assouvir. Pour les autres, je doute que l'on puisse susciter *de novo* chez des fumeurs un engouement subit pour la vannerie ou le macramé qui leur fasse oublier le tabac. Il y a tellement d'autres choses à leur dire qu'on peut s'abstenir de perdre du temps dans la consultation pour ce qui n'est en fait que du bruit. De toutes façons "*la nature a horreur du vide*", ils finiront pas trouver seuls que faire de ce temps et de cette disponibilité libérés.

Avoir une bonne hygiène de vie

Voilà encore un thème moralisateur et purificateur, qui traîne dans les magazines et même dans des opuscules édités par des laboratoires.

"*Supprimez le café*". Aucun travail n'a jamais démontré que cela favorisait l'arrêt du tabac. Certes, beaucoup de fumeurs trouvent que la cigarette avec le café, après le déjeuner, est une des meilleures de la journée. Il faut leur expliquer que ce ne sont pratiquement jamais ces *bonnes cigarettes* qui provoquent la reprise du tabagisme, car elles ne sont bonnes que par glissement de sens. Ce qui est bon, c'est l'instant de détente après la matinée de travail, la satisfaction de fin de repas, les papotages avec les collègues, dire du mal de celles qui ne sont pas là.... S'il n'a pas de cigarettes, le fumeur en état de manque ne peut plus savourer cet instant. Qu'on lui en offre une, et le voilà qui va attribuer au tabac le bonheur qu'il ressent. Il faut convaincre les patients que, passées les quelques semaines difficiles du début, lorsque l'état de manque ne se fera plus sentir, ils retrouveront intacts ces moments de bonheur.

"*Supprimez l'alcool*". C'est vrai, on a besoin de toute sa vigilance lorsqu'on s'arrête de fumer, quand le contrôle n'est pas encore installé dans le registre automatique. Les réceptions où le whisky coule à flot sont une occasion fréquente de rechutes, il faut se méfier des vapeurs de l'ivresse. "*Le surmoi est soluble dans l'alcool*" (Erica Jong). Mais conseiller à un non-alcoolique de supprimer son verre de vin du repas me semble imposer une contrainte inutile rendant plus difficile le sevrage. Si le patient est un buveur, laissons le de lui-même dresser son plan d'arrêt. Il est clair qu'en général il voudra essayer d'abord d'arrêter l'alcool, qui lui crée socialement beaucoup plus d'ennuis que le tabac. Loin des fumées de l'alcool, et ayant surmonté l'état dépressif qu'il engendre souvent, il abordera ultérieurement le sevrage tabagique avec déjà l'expérience d'avoir réussi un sevrage. Mais ne le dissuadons pas s'il veut tenter l'arrêt des deux à la fois. Les données dont nous disposons ne permettent pas de le déconseiller.

"*Buvez des jus de fruits, mangez végétarien, buvez beaucoup d'eau, prenez des douches froides et chaudes, prenez des bains chauds, ayez un bon sommeil (facile à dire !), faites des repas réguliers, évitez les nourritures épicées, prenez des vitamines, évitez les graisses saturées, apprenez à respirer (sic), mangez du pain complet, ayez un régime équilibré ...*". Je cite tout cela en vrac. Je ne vois pas toujours bien ce que ces bonnes paroles signifient, mais il me semble qu'aucun de ces *conseils* ait jamais fait la preuve qu'il avait quelque relation que ce soit avec l'arrêt du tabac.

Faire face aux assauts du besoin

Pour traduire l'anglais "*craving*", les canadiens disent "*la rage de fumer*". *To crave* n'est peut-être pourtant que le mot français crever, dans le sens de crever d'envie, de faim ou de jalousie. On sent bien l'impériosité de ce besoin qui peut aboutir à la mort s'il n'est pas satisfait. Si l'on accepte mon image de balançoire, on voit qu'il donne l'illusion qu'il viendra nous titiller jusqu'à la fin des siècles ou que mort s'ensuive. Mais en fait, même s'il n'est pas satisfait, il

s'évanouit. Si l'on peut faire face, lui résister ne serait-ce que quelques secondes, on pourra tenir jusqu'à la vague nouvelle.

Les moyens suggérés pour gérer ces instants pénibles sont variés, depuis le classique et très militaire "*Je ne veux pas le savoir, ça va passer*" jusqu'au chewing-gum, au cachou, au bout d'allumette qu'on suce. Je ne sais pas si l'effet en a été réellement évalué, mais le conseil de boire lentement un verre d'eau ou de faire des respirations profondes a peut-être une logique dans la mesure où des structures d'encéphaliques ou bulbo-pontiques qui partagent peut-être une part de leur activité avec celles qui président au comportement tabagique pourraient être mises en jeu et *distraindre* un instant ces mécanismes. D'ailleurs, si le tabac est connu comme coupe-faim, manger est *a contrario* un coupe-besoin de fumer (et le glucose coupe l'envie de fumer, ce que ne fait pas le sorbitol). Certains fumeurs sont peut-être des hypoglycémiques qui utilisent la nicotine pour ses vertus hyperglycémiantes adrénérgiques. Je ne me hasarderais pas à recommander aux patients de s'empiffrer, ils découvrent hélas ce moyen bien trop facilement tout seuls, mais le cachou ou le chewing-gum trouvent peut-être dans cette relation orale l'explication de leur popularité. L'*American Lung Association* recommande la respiration profonde, des exercices de relaxation et la méditation. L'évaluation globale de l'efficacité des brochures de l'ALA, comme de celles de l'*American Cancer Society*, ne fait pas état de résultats miraculeux, et la validation individuelle des conseils élémentaires prodigués n'est pas faite.

Si l'on analyse les raisons qui poussent à prendre une cigarette, on se rend compte qu'elle est souvent le moyen de sortir d'une situation de **blocage d'action**. On n'arrive pas à résoudre un problème : on prend une cigarette, soi-disant pour réfléchir, mais en fait pour évacuer un besoin d'agir qui ne peut s'exprimer. L'attente, qui condamne à l'inaction, pousse à fumer. Le père inquiet dans le couloir de la maternité est un classique des dessins humoristiques. Ces situations provoquent chez l'abstinent de fraîche date le besoin de fumer mais, comme celui-ci n'exprime en fait alors qu'un besoin d'action, on comprend qu'une foule de petits moyens qui se résument à "*faire quelque chose*" puissent être des dérivatifs temporaires efficaces, mais qu'on ne puisse en recommander un pour une spécificité particulière.

Apprendre à être un non-fumeur

C'est un conseil donné par la brochure de l'ALA, mais qui se résume hélas à cette formule. D'abord, je ne dirais pas "non-fumeur", mais "**ex-fumeur**". On devrait cesser de se préoccuper de donner aux fumeurs un fatras de trucs et moyens hétéroclites qu'ils sont capables de découvrir seuls, se communiquent ou peuvent trouver partout, pour se consacrer à faire passer un peu plus ce message essentiel : s'arrêter de fumer ***est un apprentissage***. En effet, même si le sujet a atteint le degré de maturation nécessaire pour sauter le pas, le nouvel équilibre n'est pas immédiatement très stable. Certes, en quelques semaines, le mouvement rythmique de la dépendance pharmacologique commence à s'amortir. Après une ou deux semaines, le patient découvre qu'il n'y a pas pensé de la matinée. Mais l'énorme travail, qui prendra des mois, est de se débarrasser de tout ce réseau de réflexes conditionnés, de rituels, d'automatismes acquis qui s'est tissé au cours des années de tabagisme, ajoutant une multitude de renforcements secondaires au renforcement pharmacologique. Le message à transmettre est qu'on ne se débarrasse d'un automatisme qu'en lui superposant un autre automatisme. La force de ce message, c'est qu'il permet au sujet de voir sa démarche comme *active et positive*. En effet, tout, dans le vocabulaire et les idées sur l'arrêt du tabac se définit en *négatif* par rapport au tabac. On parle de non-fumeur, *d'abstinent* (sous-entendu : de tabac). On parle de consultations *anti-tabac*, de *sevrage* (qui est bien symbole de privation). On parle de *soutien*, de *maintenance*, de *tenir*, comme si le sujet devait être maintenu éternellement à bout de bras. C'est un peu comme si je définissais un français moyen comme un *non-chiqueur de bétel*. Ce concept est dangereux car il donne du succès l'image d'une citadelle qu'on aurait su fortifier et rendre imprenable, mais qui serait éternellement assiégée, d'où évidemment un sentiment d'enfermement et le découragement de penser qu'on n'en aura en fait jamais réellement fini avec le tabac. Il s'oppose à la diffusion de l'idée que l'on puisse arriver à un état stable où le tabac ne suscite plus l'opposition mais l'indifférence et l'incompréhension qu'on ait pu un jour se comporter ainsi.

Le message positif, c'est qu'on doit apprendre à vivre sans tabac toutes les situations où l'on fumait. L'analogie que j'aime donner est celle de la personne qui décide de maigrir et de prendre désormais son café sans sucre. Le premier jour, elle le trouve amer, mais au bout de trois semaines, si on lui offre un café sucré, elle le trouve infect car, par répétition quotidienne, le vrai café est devenu pour elle le café sans sucre. Ainsi, si le patient ressent un violent besoin de fumer dans une situation donnée et se dit "*Je me prive donc je suis malheureux*", je ne parierais guère sur son succès. Si au contraire il se dit "*voici une situation que je n'ai pas apprise. Je souffre parce que la vivre sans tabac est une attitude nouvelle, mais quand je l'aurai répétée une vingtaine de fois, elle deviendra facile et naturelle*", il passe alors d'une position négative de privation à une position positive de conquête. Ainsi, les situations que l'on vit tous les jours seront vite apprises. Par contre, une réunion entre amis, une fête, un deuil sont des situations nouvelles où les

vieux réflexes ont tendance à réapparaître. Je n'ai pas de meilleure image à donner que l'apprentissage de la conduite automobile. On devient au fil des ans de plus en plus expérimenté, mais il arrive que de vieux renards du volant se laissent prendre si la situation est très nouvelle.

Pour conclure, j'insisterais sur deux points. Le premier, c'est que notre consultant a déjà fait souvent plus d'expériences d'arrêt qu'il n'en avoue, et s'est déjà formé une bonne opinion sur les conseils que nous allons lui prodiguer. Il est essentiel qu'il soit amené à se dire que nous les avons jugés au moins autant que lui. Les "recettes" ne prendront que sur les très novices, jusqu'à ce qu'ils mesurent le degré de confiance qu'on peut leur accorder. Autant les avoir déjà critiquées nous même, et cesser de repasser de vieux plats. Peut-être les succès seront-ils moins immédiats, mais si vous leur dites une vérité, même si elle ne leur est pas immédiatement plaisante, vous ne perdrez pas votre crédibilité. Elle fera son chemin, finira par les faire mûrir, ils la diffuseront autour d'eux, d'autres s'arrêteront à cause d'elle. Le second, c'est que la seule façon d'améliorer notre connaissance et notre approche est justement d'essayer de faire nôtre l'expérience de nos consultants, c'est-à-dire de les écouter. L'un nous donnera la clé pour résoudre les problèmes de l'autre. Réfréons notre penchant naturel à donner des conseils du genre "*si j'étais à votre place*", car ils ne seraient valables que pour nous. Ils savent souvent très bien ce qu'il faudrait qu'ils fassent. Soyons plutôt l'accoucheur de leurs désirs profonds. Il est dur de se taire et de les laisser parler, mais ils finiront par nous livrer le problème qui les angoisse et auquel nous pourrons peut-être alors apporter une réponse taillée sur mesure pour eux. Ils nous permettront peu à peu de formuler des hypothèses plus générales qu'il nous faudra tester pour accéder à un peu plus de vérité, donc de crédibilité. Car la vérité, parce qu'elle est nue, a tendance à se bien cacher, c'est pourquoi nous devons être nombreux à la traquer

Gros mots : Rechute, Échec (parler de Reprise du tabagisme)

Pour les *Non-Fumeurs de Toujours* intéressés par l'Altertabacologie

Il est souvent difficile d'imaginer, pour ceux qui n'ont pas eu ce vécu, les efforts désespérés de volonté et la souffrance des fumeurs qui veulent se sortir de leur dépendance. Dans ce combat contre la cigarette, beaucoup ne se rendent pas compte qu'ils livrent en fait un combat contre eux-mêmes, qu'ils se considèrent comme l'ennemi. Evidemment, une telle auto-agression n'est pas longtemps tolérable, et de telles manifestations bruyantes annoncent inmanquablement l'avortement de la tentative actuelle.

Références

- 1.-Ancelin M.F : Sport et prévention du tabagisme. Thèse Médecine Paris (Faculté Xavier-Bichat), 1986, 90 p.
- 2.-Comité Français d'Education pour la Santé: Les jeunes et le tabac. Attitude de gros fumeurs adultes. Monographies Européennes de recherche en Education pour la Santé n° 4, pp. 96-116.
- 3.-Demaria C, Grimaldi B, Loufrani E, Lagrue G : La dépendance psychologique au tabac. Son importance dans le sevrage tabagique. In *Actualités médicales françaises. Tabac: de la dépendance au sevrage*. JAMA Edition française, Août 1 986, n° spécial hors série, pp. 4-7.
- 4.-Demaria C, Loufrani E., Grimaldi B, Lagrue G : Valeur prédictive des tests psychologiques dans le sevrage tabagique. *Sem Hop Pans* 1988, 40 : 2455-2457.
- 5.- Molimard R. *Le Fume*. Editions SIDES, 2004
- 6.-Ramstrom L, Raw M, Wood M : Guidelines on Smoking Cessation for the primary Health Team, pp.1-44.OMS,Genève, 1988.
- 7.-Schwartz J.L : Evaluation des méthodes d'arrêt du tabac. In : Molimard R, Schwartz J.L : *Le traitement de la dépendance tabagique*. Edition Inserm-Documentation Française. Paris, 1 989. Un volume 334 pages.