

Tabac



***Guide
pratique***

Sommaire

> Présentation générale	4
1 La démarche éducative proposée	4
2 A chaque étape, un document destiné au patient	5
> Quelques informations essentielles	6
1 Le tabagisme en France en 2000	6
2 Les bénéfices de l'arrêt du tabac	7
3 Fumeurs et projets d'arrêt	8
4 Le changement de comportement, un processus qui peut être long et difficile	8
5 La possibilité d'une intervention « brève »	9
> Pour ouvrir le dialogue	10
1 Signifier au patient qu'on est prêt à parler du tabac	10
2 Clarifier ses intentions et les expliquer au patient	11
3 Parler du tabac	12
> Pour aider le patient à faire le point	14
1 Explorer la relation du patient au tabac	14
2 Identifier une éventuelle dépendance physique	16
3 Comprendre la position du patient par rapport à l'arrêt	16
4 Clore l'étape de bilan	17
> Pour aider le patient à arrêter de fumer	19
1 Aider le patient à faire le point sur ses motivations	19
2 Identifier des difficultés éventuelles	20
3 Prendre en charge la dépendance pharmacologique	20
4 Aider le patient à faire face à la dépendance psychologique	21
5 Assurer un suivi	21

L'outil pédagogique *Tabac. Ouvrons le dialogue* comprend :

- **Le guide pour le médecin** que vous êtes en train de lire
- **Une affiche A3** à mettre en salle d'attente ou dans le cabinet de consultation
- **Trente exemplaires du livret *Pour faire le point*** destiné au patient
- **Trente exemplaires du livret *Pour arrêter de fumer*** destiné au patient

> *Pour se procurer des documents supplémentaires*

Des lots supplémentaires de 30 livrets peuvent être obtenus sur simple demande écrite auprès du CFES (par courrier au 2 rue Auguste Comte, BP 51, 92174 Vanves cedex, ou par fax au 01 41 33 33 91) en indiquant les références suivantes : livret tabac « Pour faire le point » : réf. 01-01594-B; livret tabac « Pour arrêter de fumer » : réf. 01-01595-B. Ces documents sont gratuits.

Le texte des deux livrets peut être téléchargé à partir des sites internet de l'Assurance maladie : www.cnamts.fr et du CFES : www.cfes.sante.fr

Tabac

Présentation générale

La collection « Ouvrons le dialogue », créée en 1997 par l'Assurance maladie et le CFES, vous est proposée aujourd'hui sous une nouvelle forme, fruit d'une évaluation de la première version et du travail mené par le CRESIF*. Elaborés dans un souci de clarté et de facilité d'utilisation, les outils de cette collection proposent une démarche éducative en trois temps.

➤ La démarche éducative proposée

L'objectif de l'outil *Tabac. Ouvrons le dialogue* est d'aider le médecin à mener une démarche d'éducation pour la santé auprès de ses patients fumeurs, en trois étapes qui permettent de respecter les choix personnels et le rythme de chaque patient. A chaque étape sont prévus des documents pour le patient.

— D'abord, on ouvre le dialogue.

— Ensuite, si le patient le souhaite, on l'aide à faire le point sur son usage du tabac : niveau de dépendance pharmacologique mais aussi habitudes de vie liées au tabac et motivations quant à l'arrêt.

— Enfin, si le patient se sent prêt à changer ses habitudes, on construit avec lui un projet d'arrêt et on l'accompagne tout au long du sevrage.

* CRESIF : Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France

La démarche éducative > Information, conseil, éducation

— *L'information est centrée sur les contenus scientifiques, les données actuelles de la science.*

— *Le conseil est centré sur celui qui le délivre, autrement dit le médecin, qui va dire ce qu'il pense être bon pour le patient.*

— *L'éducation est centrée sur le patient ou plus précisément sur la relation entre le médecin et le patient. C'est un acte d'accompagnement. Son objectif n'est pas que le patient suive aveuglément les conseils du médecin mais qu'il fasse son propre choix, en toute connaissance de cause, et qu'il soit accompagné dans ce choix par le médecin.*

2 > A chaque étape, un document destiné au patient

- **Une affiche**, à apposer en salle d'attente, indique au patient que le médecin est prêt à parler de tabac avec lui et facilite ainsi l'ouverture du dialogue.
- **Un livret *Pour faire le point*** (fourni en trente exemplaires). Il comprend plusieurs tests et des informations qui vont permettre au patient de faire le point sur son usage du tabac. Le livret peut être rempli avec le patient pendant la consultation. On peut aussi le lui remettre pour qu'il réponde aux questions chez lui. A la consultation suivante, le livret rempli pourra servir de base de discussion.
- **Un livret *Pour arrêter de fumer*** (fourni en trente exemplaires). Les tests de ce second livret vont aider le patient à renforcer sa motivation ainsi qu'à définir la manière dont il va s'y prendre pour changer ses habitudes, à suivre ses progrès et à mieux comprendre les difficultés qu'il rencontre. Le livret comprend également des informations pratiques qui peuvent être utiles au patient pour réussir un sevrage tabagique. Il permet en outre un suivi personnalisé pendant toute la période d'arrêt du tabac.

Tabac

Quelques informations essentielles

1 > Le tabagisme en France en 2000¹

- Chez les adultes de 18 à 75 ans, 40 % des hommes et 30 % des femmes déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps.
- Chez les jeunes de 18-19 ans, la proportion de fumeurs est de près de 50 %, pour les filles comme pour les garçons.
- 43 % des femmes de 18 à 35 ans fument.
- La consommation quotidienne des fumeurs réguliers est supérieure à 15 cigarettes pour les hommes de 18 à 75 ans (13 pour les femmes) et 8 cigarettes pour les garçons de 12 à 17 ans (presque 6 pour les filles).
- 44 % des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance moyenne à forte.

2 > Les bénéfices de l'arrêt du tabac

En France, le tabagisme est reconnu comme la première cause de mortalité évitable avec 60 000 décès annuels dont 3 000 décès féminins. Ces chiffres sont le reflet du tabagisme des années soixante et soixante-dix, puisque le délai de survenue des complications est de vingt à trente ans. Si le tabagisme reste à son niveau actuel, le nombre de décès attribuables au tabac atteindra, dans les années 2020, le chiffre de 160 000 par an, dont 50 000 femmes².

Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. En effet, les risques liés au tabagisme sont partiellement réversibles quand on s'arrête de fumer, quelles qu'aient été la durée et l'intensité de la consommation :

— après 5 ans, le risque d'être victime d'une crise cardiaque est deux fois moins élevé que celui d'un fumeur ;

— après 10 ans, le risque de développer un cancer du poumon est deux fois moins élevé que celui d'un fumeur, et le risque d'être victime d'une crise cardiaque redevient équivalent à celui d'une personne qui n'a jamais fumé.

Dans les jours qui suivent l'arrêt du tabac, on ressent des bénéfices notables : amélioration du goût et de l'odorat, respiration plus facile, etc.

Par ailleurs, les experts estiment actuellement que **la réduction du nombre de cigarettes fumées ne diminue pas les risques de développer une pathologie liée au tabagisme et pourrait même les augmenter**. Ceci s'expliquerait notamment par le fait que le fumeur inhale plus profondément la fumée des cigarettes qu'il s'autorise à fumer³. En outre, **fumer des cigarettes légères ne diminue pas les risques** : quand un fumeur dépendant adopte les cigarettes légères, il change automatiquement sa manière de fumer pour absorber la quantité de nicotine dont son organisme a besoin : il fume plus ou inhale davantage. Des recherches récentes montrent en outre que les cigarettes légères entraînent de nouvelles formes de cancer plus difficiles à traiter.

3 > Fumeurs et projets d'arrêt ¹

- **Tentatives d'arrêt :** 76 % des fumeurs réguliers ont déjà arrêté de fumer durant au moins une semaine, et ce à plusieurs reprises : 8,6 fois en moyenne.
- **Motivations :** parmi les fumeurs ayant arrêté au moins une semaine, les principales motivations sont la prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé (20 %), la peur de tomber malade (15 %), une grossesse ou la naissance d'un enfant (13,5 %), la lassitude (13 %), l'envie d'améliorer sa condition physique (12 %), le prix des cigarettes (10 %).
- **Projets d'arrêt :** près de 60 % des fumeurs disent avoir envie de cesser de fumer. Parmi ceux qui souhaitent arrêter, 20 % projettent de le faire dans le mois à venir, 30 % avant un an et 50 % à une date indéterminée.
30 % d'entre eux souhaitent faire appel à un médecin.

4 > Le changement de comportement, un processus qui peut être long et difficile

Le modèle de Prochaska⁴ met en évidence que le changement de comportement n'est **pas un événement ponctuel mais un long processus dynamique**. Il comporte six étapes :

- la pré-intention (la personne n'envisage pas de changer de comportement),
- l'intention (la personne envisage de changer de comportement, elle pèse le pour et le contre),
- la préparation (la décision est prise, la personne se prépare),
- l'action (la personne modifie concrètement ses habitudes),
- le maintien (la personne consolide ses nouvelles habitudes),
- la résolution (la personne n'a plus jamais la tentation de revenir à son comportement antérieur).

Le passage d'une étape à l'autre n'est pas linéaire : les retours en arrière et notamment le fait de **revenir à son comportement antérieur** (recommencer à fumer après une période d'arrêt), **font partie du processus**.

Les pratiques tabagiques d'une personne, comme ses habitudes de vie en général, « sont le résultat de l'adaptation à ses conditions de vie et aux différentes influences sociales. Ces habitudes, quelles qu'en soient les conséquences sur la santé, peuvent être facteurs de qualité de vie individuelle ou de cohésion sociale.⁵ » Elles **participent à l'équilibre de la personne, dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale**.

Il convient donc d'être prudent lorsqu'on invite un patient à réfléchir à d'autres choix de vie, « meilleurs pour la santé du point de vue du technicien » et de **respecter son désir**.

Lorsqu'une personne décide d'essayer de changer de comportement, ce n'est pas un changement marginal mais une forme de bouleversement : **cela signifie qu'elle doit faire le deuil de ses anciennes habitudes et rechercher un nouvel équilibre**.

5 > L'intérêt d'une intervention « brève »

Une intervention brève consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer. Cette intervention est efficace : elle conduit à 2 à 5 % d'arrêts soutenus. Si tous les médecins la mettaient en œuvre, 200 000 fumeurs de plus arrêteraient de fumer chaque année en France².

Cette intervention brève peut être complétée par la remise au patient d'un guide de sevrage tel que celui diffusé par l'Assurance maladie et le CFES, *J'arrête de fumer* (réf. 01-00-461-B). Elle peut être approfondie par un investissement plus important du médecin.

Tabac

Pour ouvrir le dialogue

Le patient comme le médecin hésitent parfois à aborder la question du tabac pendant la consultation. Voici quelques pistes pour faciliter l'ouverture du dialogue.

➤ Signifier au patient qu'on est prêt à parler du tabac

Le patient n'est pas toujours persuadé de la disponibilité du médecin pour parler du tabac. Il est donc essentiel de lui signifier clairement que l'on est prêt à parler avec lui de ses préoccupations à ce sujet. C'est l'objectif de **l'affichette** qui peut être mise en salle d'attente ou dans le cabinet de consultation.



Médecin fumeur, ex-fumeur, non-fumeur ?

— Que l'on soit fumeur, ex-fumeur ou non-fumeur, il est possible de faire un travail d'éducation pour la santé autour du tabac.

— Si l'on ne fume pas, il est utile de s'interroger sur ce que peut être la vie avec le tabac et ce que représente l'arrêt. Cette réflexion peut être modifiée ou enrichie par ce qu'en disent les patients fumeurs. En les invitant, dans le cadre de la démarche d'éducation, à parler de leur expérience, on développera une compréhension de plus en plus fine du vécu des patients.

— Si l'on a soi-même arrêté de fumer, on a la double expérience de la vie avec le tabac et du sevrage. Cela peut être utile à la compréhension du patient. Néanmoins, chaque expérience étant singulière, il n'y a pas de recette. On doit aider le patient à identifier, à partir de ce qu'il vit, ses motivations personnelles, ses difficultés, et à construire des solutions qui lui conviennent.

— Si l'on est fumeur, cela n'empêche pas d'aider le patient à faire le point sur son usage du tabac et de l'accompagner dans son désir d'arrêt. On est bien placé pour savoir la place que le tabac prend dans la vie et reconnaître la difficulté du sevrage. Il peut être utile de faire aussi le point sur son usage personnel.

2 > Clarifier ses intentions et les expliquer au patient

On peut craindre que le patient ne soit choqué par des questions touchant à sa vie privée. Il est possible qu'il ait effectivement ce sentiment s'il sent qu'un jugement de valeur est porté sur lui ou si le médecin cherche à le convaincre d'arrêter de fumer.

La question est de **savoir quels objectifs on poursuit** quand on ouvre le dialogue avec un patient fumeur. La démarche d'éducation pour la santé proposée dans cet outil ne vise pas à convaincre tous les patients d'arrêter de fumer. Il s'agit plutôt :

- de faire entrer le tabac dans le « droit commun » des thèmes dont on parle pendant la consultation, sans qu'un jugement de valeur soit porté sur le comportement et les choix du patient ;
- de proposer au patient de réfléchir sur sa consommation et de faire le point, en s'associant à cette évaluation ;
- de l'accompagner dans son désir de changement éventuel.

Clarifier ses intentions permet d'être plus à l'aise dans le dialogue. Les expliquer au patient permet d'instaurer un climat de confiance.

3 > Parler du tabac

Il est recommandé de prendre l'habitude de demander systématiquement à chaque nouveau patient s'il fume et d'interroger régulièrement ses patients habituels à ce sujet. On peut leur demander :

- combien de cigarettes ils fument chaque jour ;
- s'ils commencent à fumer dans la demi-heure suivant le réveil : une réponse positive à cette question indique, en première approximation, une dépendance à la nicotine.

Il est utile de demander au patient s'il consomme d'autres substances psychoactives, comme l'alcool ou le cannabis, afin de prendre en compte une éventuelle polyconsommation. *Le Baromètre santé 2000* ¹ nous informe que :

- 51 % des fumeurs réguliers de 15-25 ans ont été au moins une fois en état d'ivresse dans l'année, contre 24 % pour les non-fumeurs ;

- 23 % de ces fumeurs déclarent consommer de façon régulière ou répétée du cannabis et avoir été au moins une fois en état d'ivresse dans l'année, contre 3 % chez les non-fumeurs.

En revanche, il n'existe pas de différence significative chez les adultes :

- 24 % des fumeurs réguliers consomment quotidiennement de l'alcool contre 25 % des non-fumeurs ;
- 1 % des fumeurs réguliers consomme quotidiennement de l'alcool et fume du cannabis régulièrement ou de façon répétée contre 0 % chez les non-fumeurs.

S'intéresser à une éventuelle polyconsommation permet d'avoir une approche globale des problèmes de santé du patient. On n'utilisera pas, cependant, le terme générique de « drogues » pour tout usage de substance psychoactive, au risque d'effrayer le patient ou de créer un amalgame entre les différentes consommations. Il est préférable de centrer la démarche sur la personne, son comportement et chacune des situations de consommation ⁶.

Les informations recueillies peuvent être inscrites dans le dossier médical du patient, au même titre que d'autres informations sur ses habitudes de vie, en vue d'une démarche globale de prévention.

Avant d'aller plus loin, on s'assure que le patient est d'accord pour parler de sa consommation de tabac ⁷. Il a peut-être en effet à ce moment-là, de son point de vue, de toutes autres priorités de santé. **Il est alors préférable de ne pas insister, et d'explorer dans un premier temps avec lui ce qui le préoccupe. On reviendra plus tard à la question du tabac.**

Si le patient est d'accord pour parler du tabac, on lui propose de faire le point sur sa pratique et sur sa position quant à un arrêt éventuel.

TABAC

Pour aider le patient à faire le point

Cette étape consiste pour le patient à savoir où il en est en termes de dépendance à la nicotine et à réfléchir à la place que le tabac prend dans sa vie. Elle est indispensable au médecin pour comprendre la situation du patient.

Elle s'appuie sur le livret *Pour faire le point* qui comprend plusieurs tests. Il peut être rempli avec le patient pendant la consultation ou lui être remis pour qu'il le remplisse chez lui.

Pendant toute cette phase, le médecin a pour rôle **d'accompagner la réflexion du patient** et de **l'aider à formuler ce qu'il ressent**, les tests servant de point de départ à la discussion.

1 > Explorer la relation du patient au tabac

Les tests intitulés « Quel fumeur êtes-vous ? » (*page 3 du livret*) et « Les bonnes choses et les moins bonnes choses associées au tabac » (*page 7 du livret*) constituent un point d'entrée pour explorer la relation du patient au tabac. On peut compléter ces informations en demandant au patient de raconter une **journée-type** et d'essayer de repérer comment sa consommation de tabac s'y intègre.

> **Prendre en compte la relation de chacun au tabac**

Dans la mise en œuvre d'une démarche éducative avec un patient fumeur, il est essentiel de prendre en compte ses caractéristiques individuelles mais aussi son appartenance à un groupe donné ; en effet, l'usage du tabac et les risques encourus, les déterminants de l'usage ou les motivations pour arrêter, ne sont pas les mêmes chez les jeunes, chez les femmes enceintes et chez les personnes en situation de précarité, par exemple.

Les jeunes. L'Inserm recommande, pour toute démarche préventive de consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues), de recueillir les préoccupations des parents sur la santé de leurs enfants et de les associer à la démarche éducative. Le discours doit cibler les conséquences à court terme, le passage de la consommation expérimentale à la consommation régulière et abusive, mais ne pas se limiter à une information sur les produits et leurs effets⁸. En ce qui concerne le tabagisme, l'aide à l'arrêt passe par le développement d'un bien-être psychologique.

Les femmes enceintes. Près de 30 % des fumeuses de 25 à 35 ans continuent de fumer lorsqu'elles sont enceintes. Ces femmes présentent souvent un fort sentiment de culpabilité : il est alors important de les accompagner et de les soutenir psychologiquement. Si on les informe sur les risques encourus par le nouveau-né, il faut surtout leur proposer des solutions pour essayer d'arrêter, les valoriser et les encourager dans leur tentative.

Les personnes en situation de précarité. Les personnes les plus démunies sont souvent confrontées à des problèmes de logement, de chômage ou de solitude, qui s'accompagnent d'une dévalorisation personnelle. La démarche éducative va donc favoriser au maximum l'expression, la valorisation des personnes et le renforcement du lien social.

2 > Identifier une éventuelle dépendance physique

Le test « Etes-vous physiquement dépendant du tabac » est appelé *test de Fagerström*, du nom du chercheur suédois qui l'a mis au point⁹. Validé internationalement, il permet d'évaluer le niveau de dépendance à la nicotine. Le test et l'interprétation des résultats sont en pages 4 et 5 du livret.

3 > Comprendre la position du patient par rapport à l'arrêt

Rollnick et ses collaborateurs⁷ ont cherché à comprendre ce qui fait qu'un fumeur se sent plus ou moins prêt à arrêter de fumer. Ils ont identifié deux notions :

- **l'importance** que la personne accorde au fait d'arrêter de fumer ;
- **la confiance** qu'aurait la personne en ses chances de réussite si elle décidait d'arrêter de fumer.

La notion d'importance renvoie au « **pourquoi** », c'est-à-dire à toutes les raisons qu'a le patient d'envisager ou non une modification de ses habitudes. La notion de confiance renvoie au « **comment** » c'est-à-dire à toutes les préoccupations du patient quant à la manière d'y parvenir.

Le test « Quelle est votre position par rapport à l'arrêt ? » (*page 10 du livret*), fait évaluer au patient, sur une échelle de 1 à 10 :

- l'importance qu'a pour lui le fait d'arrêter de fumer ;
- la confiance qu'il aurait en ses chances de réussite s'il décidait de le faire.

Les chiffres choisis par le patient sont un point de départ pour engager le dialogue. A cette occasion, on peut lui demander :

- pourquoi il n'a pas choisi un chiffre plus petit (ou pourquoi il a choisi un chiffre aussi grand) ;
- ce qui pourrait l'amener à choisir un chiffre plus grand.

4 > Clore l'étape de bilan

A l'issue de cette étape, on demande au patient ce qu'il pense du bilan réalisé et ce qu'il compte en faire.

S'il souhaite essayer d'arrêter de fumer, on lui propose de continuer la démarche entamée lors d'une prochaine consultation, en lui remettant le livret *Pour arrêter de fumer*.

S'il ne se sent pas prêt à arrêter de fumer, on respecte la décision du patient, tout en convenant de reparler du tabac lors d'une consultation ultérieure.

> Apporter de l'information

Les livrets patients contiennent de nombreuses informations sur l'usage du tabac qui répondent à des questions que le patient peut se poser. Pendant le dialogue, des demandes spécifiques peuvent émerger. C'est au médecin, au cours de la démarche éducative, d'y répondre.

Lorsqu'on apporte de l'information, il est essentiel de prendre en compte les représentations ou savoirs préalables des individus. En effet, si l'on n'en tient pas compte, ces représentations risquent de faire obstacle à la compréhension et à l'appropriation d'un savoir nouveau. C'est pourquoi il est recommandé de :

- commencer par explorer ce que sait le patient, son point de vue sur la question ;
- construire les explications à partir de ce que le patient a dit.

/..

.. /

On peut ensuite lui demander d'expliquer ce qu'il a compris. Enfin, on peut conclure en demandant au patient ce qu'il pense de cette information et ce qu'il compte en faire.

Si le patient souhaite être plus informé sur les effets du tabac sur l'organisme, on lui fournit cette information de manière totalement neutre en parlant de « ce qui peut arriver quand on fume » et en faisant explicitement référence au « point de vue des experts » plutôt qu'à ses propres convictions. L'information sera d'autant mieux acceptée si elle est scientifique, dégagée autant que possible de connotations personnelles, morales ou affectives.

Si l'information sur les méfaits du tabac peut aider certaines personnes à faire le choix de l'arrêt, elle est rarement suffisante. Le nombre de médecins fumeurs (32 % des médecins ¹⁰) est un bon exemple des limites de la connaissance dans le choix d'un comportement.

Pour aider le patient à arrêter de fumer

Cette étape a pour objectif d'aider le patient à se préparer à arrêter de fumer, à passer à l'action, puis à consolider ses nouvelles habitudes.

Elle s'appuie sur le livret *Pour arrêter de fumer*, qui comprend plusieurs tests et des « trucs » pour arrêter de fumer. Ce livret peut être rempli avec le patient pendant la consultation ou lui être remis pour qu'il le remplisse chez lui.

Pendant toute cette phase, il s'agit **d'aider le patient à construire ses propres solutions** pour arrêter de fumer ; les tests servent de point de départ à la discussion.

1 > Aider le patient à faire le point sur ses motivations

Le test « Ce que vous attendez, ce que vous redoutez » (*page 3 du livret*) permet au patient de formuler ses attentes et ses craintes au sujet de l'arrêt. A partir de là, on pourra, en fonction des craintes évoquées, lui apporter des informations, lui proposer de recourir à l'aide d'un autre professionnel, l'aider à identifier des moyens pour faire face aux difficultés qu'il pressent. A ce stade, on peut demander au patient s'il se sent prêt à arrêter de fumer, en utilisant l'échelle page 4 du livret, adaptée de celle proposée par Rollnick et ses collaborateurs ⁷.

2 > Identifier des difficultés éventuelles

- **Anxiété et dépression** : quand une personne veut cesser de fumer, il importe de connaître son état psychologique. Il s'agit donc d'être attentif à des signes éventuels d'anxiété ou de dépression. Si ces signes sont présents, on explorera plus avant l'état psychologique du patient, et on différera éventuellement l'arrêt afin de s'attacher dans un premier temps à la symptomatologie anxieuse et/ou dépressive. Un avis spécialisé peut alors se révéler utile afin d'optimiser la prise en charge globale du patient.
- **Dépendance à l'alcool** : en cas de dépendance alcoolique associée à une dépendance tabagique*, une prise en charge spécifique est souvent nécessaire, l'expérience montrant qu'il est préférable de traiter en premier lieu la dépendance à l'alcool. Cette prise en charge spécialisée peut être notamment réalisée dans un Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).
- **Prise de poids** : selon les chiffres du *Baromètre santé adultes 95/96* (éditions du CFES), près de 16 % des fumeurs renoncent à un arrêt par peur de prendre du poids. On peut aider le patient à surmonter cette appréhension en précisant le risque de prise de poids et en étudiant avec lui des solutions en termes d'activité physique ou de diététique.

3 > Prendre en charge la dépendance pharmacologique

La nicotine engendre une dépendance pharmacologique responsable d'un syndrome de sevrage (irritabilité, perturbations du sommeil, symptomatologie dépressive, troubles de la concentration intellectuelle). Le test de Fagerström⁹, à nouveau proposé dans ce livret (*page 5*), permet d'identifier précisément le niveau de dépendance du patient. Cet aspect de la dépendance peut éventuellement faire l'objet d'un traitement de substitution nicotinique qui double les chances de succès à un an. La gomme à mâcher, les comprimés sublinguaux ou le timbre à la nicotine, vendus sans

* Il existe des tests utilisables dans le cadre de la consultation qui permettent de reconnaître une consommation nocive d'alcool ou une dépendance alcoolique. Ils peuvent être téléchargés à partir des sites internet du CFES et de l'Assurance maladie. Ils sont inclus dans l'outil *Alcool. Ouvrons le dialogue* (réf : 65-01153-PT).

prescription médicale, atténuent le symptôme de manque, à condition qu'ils soient bien dosés.

4 > Aider le patient à faire face à la dépendance psychologique

L'envie de fumer correspond à une dépendance psychologique (plaisir, gestion du stress et de l'anxiété, stimulation intellectuelle) et comportementale (geste réflexe, habitudes, convivialité). Dans une démarche de sevrage, **on aide d'abord le patient à découvrir ce qui compose cette dépendance** : les circonstances, les gestes, les personnes et les lieux qui sont associés au tabac et qui suscitent l'envie de fumer. On réfléchit ensuite avec lui aux comportements de substitution possibles. En effet, même si le patient peut éviter certaines situations très tentantes ou demander à son entourage de soutenir ses efforts, il ne pourra pas supprimer toutes les circonstances qui déclenchent son envie de fumer. Il devra donc apprendre à vivre dans son environnement habituel sans avoir recours au tabac, et trouver d'autres façons de se détendre ou de se faire plaisir.

Le test « Mieux connaître ses habitudes de fumeur pour mieux se préparer » (*page 11 du livret*) est conçu pour aider le patient dans cette démarche.

5 > Assurer un suivi

La prise en charge du sevrage tabagique nécessite plusieurs consultations. A chaque rencontre, on aborde la manière dont le sevrage se passe : les points positifs mais aussi les difficultés, comment le patient se sent... Le tableau de suivi (*page 14 du livret*) peut permettre au médecin et au patient d'analyser ces difficultés et de rechercher des solutions pour y faire face.

> *Références bibliographiques*

- 1 - *Baromètre santé 2000*. Vanves : CFES, 2001.
- 2 - Hill C. « Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfices pour la santé à l'arrêt du tabac, et absence probable de bénéfice d'une réduction de consommation ». In *Anaes/Assistance publique. L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac*. Paris, EDK : octobre 1998.
- 3 - Martinet Y., Bohadana A. « Les affections liées à la consommation de tabac ». In *Le tabagisme. De la prévention au sevrage*. Paris : Masson, 1997 : p. 46-54.
- 4 - Prochaska J.O., Velicer W.F. *The transtheoretical model of health behaviour change*. American Journal of Health Promotion, 1997, vol. 12, n° 1 : p. 38-48.
- 5 - Fournier C., Ferron C., Tessier S. *et al.* (dir.) « La Charte du réseau des comités d'éducation pour la santé » in *Education pour la santé et éthique*. Vanves : CFES, 2001 : p.131-133.
- 6 - Avis du Conseil scientifique du CFES, coll. Dossiers techniques. Vanves : CFES, 2001 : 54 p.
- 7 - Rollnick S., Mason P., Butler C. *Health Behaviour Change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone, 1999 : 225 p.
- 8 - Institut national de la santé et de la recherche médicale. Expertise collective. *Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Synthèse et recommandations*. Paris : Inserm, 2001 : 42 p.
- 9 - Etter J.F, Duc T.V, Perneger T.V. *Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers* *Addiction*. 1999 Feb, 94, (2), p. 269-281. Traduction officielle OMS 1998 - Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac. Paris, EDK : octobre 1998.
- 10 - *Baromètre médecins généralistes 98/99*. Vanves : CFES, 2000 : 224 p.

 **Bibliographie complémentaire****Sur le tabac et l'arrêt du tabac**

- *Annuaire des consultations de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac.* OFT (Office français de prévention du tabagisme). Paris : 2000.
- Lagrue G. *Arrêter de fumer.* Paris : Odile Jacob, 1998.

Sur l'éducation pour la santé des patients

- Bury J.A. *Education pour la santé : concepts, enjeux, planification.* Bruxelles : De Boeck Université (coll. Savoirs et santé), 1989 : 236 p.
- Deccache A., Lavendhomme E. *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes.* Bruxelles : De Boeck Université (coll. Savoirs et santé), 1988 : 240 p.
- D'Ivernois J.F., Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient.* Paris : Vigot, 1995 : 200 p.
- Dandé A. et al. (dir.) *L'éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé.* Vanves : CFES, 2001 : 183 p.
- Sandrin-Berthon B. et al. (dir.) *L'éducation du patient au secours de la médecine.* Paris : PUF, 2000 : 198 p.
- Sandrin-Berthon B. et al. (dir.) *L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative.* Vanves : CFES, 1997 : 175 p.



Ressources complémentaires

Tabac Info Service : 0 825 309 310, 7 jours sur 7, de 8 h à 22 h. On peut y obtenir :

- des réponses aux questions qu'on se pose sur le tabac ;
- des conseils pour arrêter de fumer ;
- les adresses des centres de sevrage dans toute la France.

www.tabac-info.net

www.tabac-net.ap-hop-paris.fr

www.cfes.sante.fr : informations sur les programmes et les documents édités par le CFES.

Autres brochures destinées aux patients, diffusées par le CFES et l'Assurance maladie

- Guide pratique « J'arrête de fumer ». Réf. : 01-01-528-B
- « Femmes et tabac ». Réf. : 01-99-361-DE
- « Tabagisme passif ». Réf. 01-01-514-B

Ces documents gratuits sont à votre disposition dans la limite des stocks disponibles.

Vous pouvez les commander en envoyant un fax au CFES au 01 41 33 33 91 en précisant **la référence du document** et vos coordonnées professionnelles.