

# Question tabagique et populations fragilisées :

Mise en projet des publics fumeurs  
dans les filières de l'action sociale ou de préqualification professionnelle<sup>1</sup>

Les enjeux latéraux de l'aide aux fumeurs



François DEKEYSER<sup>2</sup>

Le SEPT – *in extenso* le Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme – est issu de l'un des plus anciens CAF... apparu dès 1985 : le Centre d'Aide aux Fumeurs de l'Université de Mons est débaptisé depuis l'année 2003 mais conserve à la fois sa vocation thérapeutique et le rayonnement communautaire acquis sous la direction de Marcel Frydman.

Au-delà des investissements de prévention primaire et de l'accompagnement des fumeurs à l'école, au travail ou dans nos locaux de Mons<sup>3</sup>, un rôle formateur incombe au Service : acteurs scolaires, médecins... Depuis l'an dernier la Société Scientifique de Médecine Générale nous confie l'administration de modules centrés sur les questions psychologiques et dynamiques affectant l'aide au patient fumeur. C'est grâce à la Région Wallonne enfin que le SEPT peut vitaliser des projets de recherche-action dont l'orientation prioritaire est définie par les publics démunis, réputés plus inertes ou plus dépendants.

## Question tabagique et publics fragilisés

### Un contexte inédit : la dénormalisation

**La volonté politique ou socio-politique est désormais, chez nous, déterminante et la machine à dénormaliser le comportement tabagique s'emballé indiscutablement :** « Belga, le geste sympa », c'est terminé. *Belga, pouah. Boule d'Or, va la fumer dehors.* Un tabou vient reléguer dans la marge ou comme anachronique un geste, un produit. Nocif.

L'industrie du tabac ne se trompait nullement de combat lorsqu'elle investissait dans la dénégation de ces liens de causalité qui ne concernaient plus, depuis longtemps, le fumeur et le mal qu'il se fait mais :

- 1°) les enjeux de la publicité pour la cigarette : enfants, préadolescents, jeunes, en tant que *prospects*, constituent l'avenir du business (et les parts de marché ne se prennent alors pas chez la concurrence mais en *ferrant* des gosses à fidéliser... à vie, c'est dire à mort)
- 2°) le caractère addictif de la nicotine et le niveau de la pharmacodépendance induite
- 3°) l'effet délétère de la fumée sur l'entourage.

Or, efficace, la publicité s'en prend au mineur.

Piégeuse et d'autant plus qu'elle peut s'appuyer sur la manipulation du produit (les additifs et l'ammoniac en tête), la nicotine induit le manque et ne permet pas de congédier sans déchirement, sans mal-être, un comportement suicidaire, alors même que le désir ou la volonté s'est fait jour d'arrêter.

Mais tout à fait décisive est la démonstration puis la projection par les biostatisticiens de l'impact sanitaire (en termes à la fois de mortalité, notamment par cancer, et de morbidité néonatale ou pas) de ce tabagisme appelé passif, exposant la famille, les collègues ou les navetteurs, les convives ou ceux qui prennent un verre et boiront la tasse avec le fumeur.

<sup>1</sup> Un programme financé par la Région Wallonne.

<sup>2</sup> Psychologue de formation, directeur scientifique du Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme.

<sup>3</sup> Le groupe ouvert et la formule individuelle y forment une heureuse alternative.

**La position, la vertu sociale de la cigarette va s'effondrer.** Le tabagisme est un fléau, la première cause de mortalité prématurée dans les pays nantis; l'épidémie contamine un public immature, sans défense et le fumeur est plongé rapidement dans l'inertie toxicomaniaque, cependant que son comportement préjudicie la communauté : nous passons de la fumée 'qui pique aux yeux', 'qui fait tousser les gosses' à la fumée qui tue... On jugera, de nos jours, 'à l'ouest', un registre auquel émergeait le slogan de l'industrie du tabac, relayé stupidement par les pouvoirs publics, à l'époque : « fumeur ou pas, restons courtois »... Question de *savoir-vivre* ?!? Question de vie ou de mort !!

La dénormalisation, la *dé-banalisation* du comportement tabagique est donc la dynamique impulsée, dans la responsabilité politique avec un enjeu de marginalisation du comportement... doublé forcément d'un effet de marginalisation du fumeur, de stigmatisation, disons-le ; d'ostracisme et, comment le nier, de culpabilisation... Champ d'interdiction, campagnes agressives, hausse du prix, *mises en garde* imaginées... : le fumeur est soudain perçu comme un agresseur, un contagieux malade, un irresponsable, un suicidaire...

Le pari politique ? La conformation du fumeur au nouveau cadre, au nom de la loi, dira-t-on ; la souveraineté qu'on prête à la raison (la prise de conscience induirait la congruence) et la désirabilité sociale...

Voilà des leviers très courts, s'agissant de faire sauter le verrou, ces liens forts, de nature à la fois, psychologiques et pharmacologiques aux poignets du consommateur : mais ces liens sont-ils perçus comme une entrave, alors qu'ils sont parfois pareils à l'amour en ce qu'il a de charnel ou de nourrissant pour la personne...

Est-on *raisonnable* et *cohérent* dans nos choix de vie, dès lors qu'il s'agit de se priver d'un plaisir, ou de vaincre une habitude aussi chargée de gratifications ponctuelles ? Comment se plier d'office à l'injonction du contrôle ou de l'arrêt, cependant que le besoin de fumer, cyclique, impérieux, se conjugue à l'envie, réclame un shoot et le rituel qui l'entoure ?

*Injonction paradoxale* : devoirs contradictoires et déchirement du sujet qui 'se cabre' ou 'se couche', obtempère ou va *résister* : c'est dire qu'au départ, le fumeur est sous la pression de la norme et d'arguments nombreux, de contextes : aussi, la *motivation* qui le traverse est-elle, au mieux, de nature externe et, dans ces conditions, nous voyons se confronter les univers séparés des protagonistes<sup>4</sup>, avec assez de passion pour que s'en trouve oblitérée la raison.

Nous verrons comment les professionnels doivent, en raison de ce décor polémique, se démarquer d'un pôle intransigeant, celui du législateur (auquel est assignée la fonction paternelle<sup>5</sup>), afin de *rencontrer* le fumeur, en situant leur action dans la polarité maternelle : écoute, aménagements, compréhension, mise en projet...

La dénormalisation du comportement tabagique a modifié tout récemment le regard des citoyens, fumeurs ou pas – libraire, enseignant, médecin, restaurateur... – imposant de nouveaux repères, mais elle est, pour les publics fragilisés qui le surinvestissent<sup>6</sup>... un choc frontal.

---

<sup>4</sup> Fumeurs / anti-fumeurs...

<sup>5</sup> Il décide, il punit. Rappelons que l'étymologie donne à la **décision** la vocation de la coupure : le cordon, le sevrage et ces liens qui perpétuent le binôme originel, mère-enfant, la fusion, l'unité qui fait dire au fumeur : « sans elle, je ne suis pas moi-même » (on parle ici de la cigarette en tant qu'objet, de la nicotine et de la fumée substantielles qui viennent étancher le manque ou le vide en soi).

<sup>6</sup> On le sait d'un point de vue statistique ; on le verra du point de vue psychosocial.

## Investissement tabagique et populations fragilisées. La résistance à la dénormalisation

Tout au long du XXe siècle, à coup de milliards et de génie, l'industrie de la cigarette aura, dans l'imaginaire, sédimenté pour des générations, la connotation de ses produits : puissance, émancipation, témérité, réussite (accomplissement, séduction), volupté, vitalité, *pleasure to burn*<sup>7</sup>, appartenance à la tribu, maîtrise et tranquille assurance ou folie douce...

Au fil de ses *conquêtes* (après le citoyen de base et le monde ouvrier, la femme et le Tiers Monde ou le teenager en bouton), la cigarette est ainsi devenue *populaire*... sans pour autant qu'elle ne soit tombée du piédestal où prenait cours son attrait, pour devenir « le statut-symbole le moins cher au monde », je cite Jacques Séguéla. Les gens fument aussi pour, nous diront-ils, *faire comme tout le monde*, et le must est la cigarette américaine. Au-delà de la qualité, c'est le prestige ou le *symbole de statut* qui va déterminer son éléction : les Camel du libérateur en *battle dress*, après la guerre, ou désormais, plus mythiques, les Marlboro des conquérants de l'Ouest.

Si l'on y regarde bien, ce **sont aujourd'hui les minorités qui s'accrochent à cette aura** comme un nourrisson – *grasp* – au doigt qu'on lui tend.

- Le quart-monde : c'est ma focale.
- Un tiers-monde aux souffrances indéfinies, qui n'avait nul besoin de ça pour lester ses bilans sanitaires...
- Les mineurs d'âge, exilés de l'enfance

Et vous ne m'en voudrez pas Mesdames en présentant les femmes au rang des minorités... Vous le savez quand nous trouvons normal que vous doublez vos journées de ces tâches inégalement partagées relevant du ménage ou de l'éducation. Les disparités salariales objectivées récemment peuvent étayer la discrimination résiduelle affectant le travailleur féminin.

Tous ces groupes ont un point commun : lésés par le sort ou plongés dans l'inconfort d'un combat dans l'ombre, anonyme ou parfois peu conscient qui vise à mieux vivre, à s'affirmer, qui vise à compenser, littéralement, le *handicap*. La cigarette est comme un emprunt métonymique à l'identité qui nous fait défaut, qui nous fait rêver. Qui nous fait envie.

La cigarette, avant tout, sera donc un symbole, un objet dont l'histoire – celle que nous a contée la pub – aura modifié les contours aux confins du Graal, Oiseau bleu... Dans les faits, dans l'investissement répété, comment ne pas discerner l'accent rituel du comportement : protection, préservation, gratification, partage ou ponctuation... *Je fume afin de me retrouver...* *Quand je suis privé de cigarettes, je ne suis pas, je ne suis plus moi-même...* Avec un enjeu d'évasion, d'évitement parallèle : quand, de la réalité, je prends la tangente, la substance (inhalée, dans ce cas) fait de moi ce que je voudrais être... Et qu'importe, alors, que j'en sois bleu, dépendant, que j'en souffre...

L'imaginaire qui profite à la cigarette est, avec le mimétisme ou l'imitation, l'un des ressorts de l'engagement du jeune adolescent dans la voie tabagique. Il sera, symétriquement, l'un des freins que le fumeur desserre avec difficulté lorsqu'il entend renoncer : comment se défaire de la cigarette alors qu'elle a nourri, si longtemps parfois, son égo.

---

<sup>7</sup> Un slogan puisé chez Camel.



Le consentement du fumeur à la perte est lié, par conséquent, Bandura le démontre, au *sentiment d'efficacité personnelle*... et qu'il soit subjectif en dit long sur l'autonomie du sujet, sur la confiance que se fait l'intéressé. **Les blessures ou les failles identitaires, psychologiques ou sociales, interfèrent avec un projet d'arrêt.**

**D'autant plus que, dans le champ social ou dans l'*in group*, le fumeur n'est pas seul et partage avec sa tribu la signalétique ou l'imaginaire de la cigarette, un statut.**

Jouissant du lugubre aspect du clan gothique, un adolescent peut-il entendre et se conformer sans ruade à l'injonction des parents : *va te rhabiller ; fini le carnaval ; pas de ça chez moi ; t'as vu ta gueule ?!* ou *tu sais que tu n'es pas crédible ainsi maquillée, ma chérie ?*

Deux générations, deux univers s'affrontent, et l'image affichée par l'ado n'a pas à plaire. Il ne vit qu'en référence à l'*in group* : affronter l'autre ou le choquer, lui déplaire et cultiver sa marginalité sont justement l'enjeu de ce démarquage ou de la coupure avec la tradition : finie la docilité.

**Céder, c'est consentir à la castration, reconnaître à l'autre une autorité souveraine alors qu'on se veut son égal. C'est dire que la dénormalisation du comportement tabagique est pénible à tous ceux pour qui la cigarette est, même à leur insu, comme un drapeau.** Comme un drapeau mais peut-être aussi comme un refuge... Et que penser de ce mot lorsqu'il s'applique aux sans-abri ?

**La dénormalisation ne peut qu'être, à 180° de la complaisance affichée par le politique au XXe siècle, indigeste ou même irrecevable auprès des sous-groupes sociaux qui nous occupent** ou, dans son champ d'application, prématurée, puisqu'elle est frappée du sceau de *l'idéologie bourgeoise*, un pléonasme aux yeux de Marx. A cet égard, **faut-il rappeler que la résistance est un concept auquel nos aïeux (pas tous) ont associé le sens de l'honneur et de la dignité.**

L'adhésion du jeune au tabac (mais aussi des minorités) s'éclaire d'un point de vue symbolique autant que d'un point de vue social. Fumer, choisir – et maîtriser – le mal (bien avant de se faire du bien) constitue, nous le savons tous, un défi lancé comme un pavé de '68 à l'autorité... mais un défi qui va se doubler secrètement d'un autre enjeu : le défi de l'être à la mort, une ordalie renouvelée. Rien à voir avec le suicide ou si peu : ce jeu donne à son auteur, au-delà de l'épreuve (initiatique ou reconduite infiniment), la jouissance (et ne parlons pas maintenant de plaisir), **la jouissance d'être en vie. Fumer tue (les autres ou les vieux) mais, lorsqu'il répète en somme un rituel, à chaque fois le fumeur en sort indemne et, vainqueur, il écrase, en effet, la cigarette ou la réduit en cendres... Il survit...**

*Survit.* Depuis que je connais Chantal Dethise, un nouveau sens enrichit le premier : si nous lisons parfois qu'au cinéma, Depardieu *surjoue*, théâtral en somme, est-ce qu'on vit plus – on vit trop – quand on survit ? Nous parlons de nos concitoyens *sans grade*, au bas de l'échelle et nous avons décrit la faille où peut s'engouffrer la fumée. **Sous-vivant, le fumeur (et le toxicomane et le joueur, à tout bout de champ, d'honneur et de sèche) est vivant plus qu'avant, sur-vivant.**

**Par sa brutalité, la palinodie politique ou l'emballlement du combat contemporain visant le tabagisme incite à la résistance, à l'insoumission tous ceux qui, je l'entends souvent, n'auraient que ça.**

**Que ça, dans la mesure où leur image est écornée par la condition précaire sinon par la misère. Que ça, dans la mesure où la nicotine affecte en effet la chimie du**

**bonheur, où, furtif analgésique et metteur en scène au théâtre de poche, la cigarette évacue le sentiment de mal-être, un instant, l'inconfort de la vie. Dans ces conditions, la réalité pharmacologique prend le relai de l'imaginaire qui profite à la cigarette : un plaisir, un soulagement passager, ce réconfort disponible est au rendez-vous de l'inhalation pour un 'shoot' aux répercussions tangibles (induction notamment des voies dopaminergiques, à l'instar, en cela, des breuvages alcooliques).**

Tout et son contraire, on peut demander bien des choses à la cigarette, à la façon du génie fumeux d'Aladin : la cigarette est *stimulante*, avant de se révéler dans le registre analgésique ou sédatif et, 'seringue à nicotine', elle est sans doute aussi le premier des *médocs*, un recours offert aux dépressifs, un pare-feu qui peut écraser les émotions, *thymorégulateur*...

**Aussi doit-on mentionner les corrélations non accidentelles ou ces co-morbidités surtaxant le tabagisme : alcoolisme et dépression... Mais aussi la schizophrénie.** Sur le sujet, sans insister, je vous renvoie d'ailleurs à la compilation récente esquissée par Ph. Brognon, médecin tabacologue au SEPT.

### Béquille et jambe de bois...

**« Le tabagisme est le cadet de mes soucis. »** Je vous livre un fait qui ne m'honore pas car l'anecdote est réelle et met en présence un tabacologue en herbe<sup>8</sup> et son patient fumeur de quarante-cinq ans dont l'état nerveux justifiait, depuis des années, le suivi de psychiatres au Chêne aux Haies<sup>9</sup>. J'étais jeune encore – ne croyez pas que pour autant j'amalgame incompétence et jeunesse – quand je reçus la personne, au cours d'un entretien qui la vit développer des motivations convaincantes, originées de prises de conscience où la santé pointait la première (l'essoufflement, la peur des pathologies pulmonaires, la peur enfin d'y rester). Sa pathologie nerveuse, apparente (et qui le marginalisait plus que son tabagisme, ai-je alors pensé, dans la compassion déplacée d'un psy de pacotille), les à-coups de ses phrases et l'hyperkinésie m'obnubilaient sans doute et je finis par glisser, dans un schéma de prudence, à *mon patient* : « Ne pensez-vous pas que, sans la cigarette... à qui vous confiez parfois la mission de vous protéger, vous risquez de vous mettre en difficulté ? »

« Ça fait, me dit-il, que je dois crever du cancer du poumon parce que j'ai des problèmes avec mes nerfs ?! »

### L'aide au fumeur et la mise en projet : la référence à Prochaska

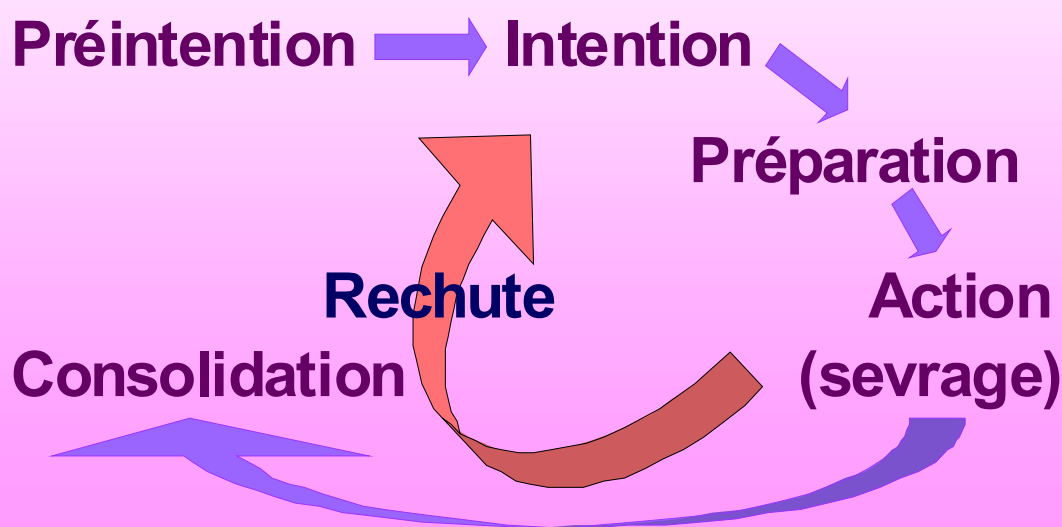
**Nous avons le devoir d'égaliser les chances et de venir en aide à ceux qui nous en font la demande.** Et si la demande est souvent tue, reléguée, non prioritaire, ajournée *sine die* chez tous ceux qui mettent *ailleurs* – et non sans raison –, les objectifs et les préoccupations du jour<sup>10</sup>, **nous avons le devoir d'informer sur un ton judicieux, de permettre en tout cas l'accès des plus démunis (pas seulement dans le champ social) au soin.** Répétons-le, martelons ce qui n'est manifestement pas intégré dans le champ professionnel comme une évidence : **l'aide au fumeur ne prend pas cours avec le sevrage** (en termes de suivi) mais très en amont. **La référence à Prochaska nous semble indispensable afin de cerner la notion de mise en projet qui m'est chère.**

<sup>8</sup> Ce n'est pas une spécialité.

<sup>9</sup> Hôpital psychiatrique montois.

<sup>10</sup> La notion d'**horizon temporel** est développée dans un article étroitement complémentaire à l'intervention présentée au colloque.

## Modèle transthéorique du changement de comportement (Prochaska-DiClemente)



« *Ce n'est pas qu'ils ne voient pas la solution, disait Chesterton, c'est qu'ils ne voient pas le problème...* » : au départ, la satisfaction du fumeur (et pas seulement la nicotino-dépendance) aura justifié l'inertie du comportement, qui va, des années, perdurer dans une ambivalence où les inconvénients de son tabagisme (ou les *coûts*) sont balancés par différents bénéfices (apports imaginaires et fonctions de la cigarette, apaisement cyclique...). C'est là que nous devons concevoir une évolution de l'aide au fumeur : bien avant qu'il ne soit *prêt à l'arrêt*, qu'il ne s'y prépare *activement*. Cela pour abaisser le seuil de l'accompagnement professionnel, avec pour enjeu d'écourter, parfois de quinze ans, le passage à l'action. **Voilà sans doute un chaînon défaillant, relevant largement de la réduction des risques, aussitôt que les soignants ne seraient plus obnubilés par l'arrêt.** L'aide au fumeur peut alors, avec sérénité, s'orienter non vers le sevrage (indésirable encore) mais vers les étapes inaugurales, en évitant l'échec annoncé de la confrontation.

Nous avons évoqué les représentations liberticides affectant la dénormalisation, nous avons décrit la plus-value de la cigarette investie par les minorités comme un *gage*, un *visa*, ressource et richesse à la fois...

Quoi de plus normal aussi que la résistance, un combat de l'opprimé pour des *valeurs* en danger, pour sa liberté, pour son bien-être<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> La question du bien-être est pointée par un questionnaire administré par le patient lui-même, intitulé malheureusement par Demaria, Grimaldi, Lagrue, « Questionnaire des chances de réussite » : c'est l'un des items à deux points, justement prépondérant.



Il ne s'agit pas de jouer les missionnaires, de convertir ou de ramener dans le droit chemin nos publics. Au nom de quoi le ferions-nous ? **La référence à l'empowerment (le développement du pouvoir d'agir) est souveraine aussitôt que sont visées les minorités : la motricité nécessaire au changement sera toujours fonction de ce qui le rend désirable aux yeux des intéressés.**

Qu'est-ce qui rend désirable *a priori* l'arrêt tabagique auprès des populations fragilisées ?! Jamais, quasi jamais le projet de s'épanouir sans le tabac. Car, souvent, la notion, l'expérience du bien-être est à ce point séparée chez eux, de la nôtre, en tant que professionnels du secteur sanitaire ou de la santé, que nous aurions tort, absolument, de projeter nos valeurs et nos attentes à l'endroit de nos publics. Nous souffrons tous, nous comme eux – les décideurs également – de lubies sociocentriques, avant de chausser des lunettes à focale empathique et de considérer le bénéficiaire comme un acteur...

**O. Mannoni pointait le frein puissant que peut représenter, pour le désir de savoir de l'élève, celui du maître qu'il sache : quelle serait l'appétence, en effet, d'un savoir soumis, traditionnel, univoque, au pied duquel tout apprentissage est marqué par le consentement, l'humilité, l'héritage ? Alors qu'il est fait aussi d'orgueil et de rupture.**

Le savoir est discutable aussitôt qu'il est mâtiné d'enjeux de pouvoir et, dans le cas des répercussions de la cigarette, il semble évident que si le déni fait place à l'intransigeance enfin, dans le chef des autorités politiques et sanitaires, il est difficile au public fumeur d'emboîter le pas, séance tenante, aux nouveaux repères, à l'urgence, à des argumentaires militants ; cela d'autant plus que le parfum du soufre est l'un des attraits de la cigarette...

**ACP. L'Approche Centrée sur la Personne (ou la théorie *non directive*, ainsi qu'on l'appelait encore tout récemment) va donc inspirer notre abord des populations fragilisées. C. Rogers, qui nous apprend l'humilité, nous invite à nous disqualifier d'un rôle ou d'un vécu de guide : on n'est pas *devant* mais *avec* ; on accompagne, on soutiendra la démarche engagée dans la voie d'une autonomie personnelle.**

En effet, quel égarement, quelle arrogance aura permis de présenter ses vues de façon péremptoire ou de s'ériger tel un modèle : en tant que non fumeur ? En tant que soignant ? Portant, comme un costume, un idéal de société ?

**Mon souci personnel et celui de mon équipe au SEPT, le seul objectif que nous poursuivons quand nous rencontrons des publics hétérogènes, en groupe, au seuil d'un éventuel accompagnement, c'est de permettre aux fumeurs d'accéder sans dommage à des considérations majorées sur le tabac : réussir à ce qu'il fasse enfin question. C'est la première étape et la seule qui soit accessible et raisonnablement visée, dès lors. Faire naître ou potentialiser l'ambivalence et puis la *motricité* qui peut modifier la donne et donner l'envie de changer.**

« La guérison vient par surcroît »

« La guérison vient par surcroît », disait Lacan, pour dénoncer comme un enjeu parasite à la dynamique de la cure analytique. Ne peut-on s'étonner de ce propos 'démissionnaire' de la part d'un *médecin*, d'un *psycho-thérapeute* ? La guérison du patient n'est-elle pas l'enjeu de la thérapie ?!

L'opacité légendaire qui peut marginaliser l'œuvre de Lacan ne doit pas nous arrêter. La citation nous amènera d'abord à distinguer deux mots qu'un abus de langage a détourné d'un rapport symétrique : à la façon du binôme *apprendre / enseigner* dont

le premier terme, à l'usage, inclura le second<sup>12</sup>, *guérir* et *soigner* vont mettre en lumière le fantasme ou la névrose du soignant : le médecin, le thérapeute est bien celui qui soigne et, bien soigné, le patient peut quant à lui *guérir*. Mais celui qui, soignant, prétend guérir ses patients dévoile une imposture, une arrogance et devient *guérisseur*. Il n'a pas à porter ni même à supporter l'enjeu de guérison : *l'obligation de moyens* prend le pas sur l'obligation de résultats. Voilà qui me paraît plus sain. Le professionnel ne doit jamais postuler, pour ce qui nous occupe, un arrêt complet de la cigarette (ou le changement, la guérison du *patient*, pour autant qu'il en souffre) : en tant que professionnel, tout au plus met-il un cadre à la disposition du patient, du fumeur, des repères, un lieu de parole où peut cheminer le projet de vie de l'intéressé. Voilà qui rejoint la mise en garde émise à la fois par les théoriciens de l'empowerment ou par Mannoni.

Je vous donne un dernier petit coup sur la tête en invoquant Terrade et Meyer, deux auteurs qui ont démontré, dans un domaine un peu décalé, s'agissant du SIDA, que le *public à risque* ou *l'intéressé* comme on l'appelle, exposé par ses pratiques, évacue par la dénégation le désagrément que sème, en son for intérieur, l'information : l'inconfort psychique – ainsi que le décrit la théorie de la dissonance cognitive – encourage une *élaboration défensive* et justifie le filtrage opéré par celui qui ne veut pas savoir.

Dans ces conditions, plus que par la fumée qu'il inhale, tout fumeur est longtemps mis à mal, sachons-le, par les campagnes, une émission thématique ou l'information qu'il subit, violente, anxiogène ou qui, presque à dessein, l'humilie...

**Toute appétence au changement reposera sur des leviers cognitifs au départ** : c'est en ayant des griefs à l'égard de la cigarette, c'est dans la mise à jour d'un lien de cause à effet, c'est en prenant conscience de répercussions dommageables auxquelles nous soumet le statut tabagique ou du moins le niveau de la consommation que nous pouvons reconsidérer l'habitude ou la relation... **Mais nécessaire la motivation n'est pas suffisante.**

**On ne parle à tort que de la motivation dans certains milieux, chez de nombreux intervenants qualifiés. Motivation, détermination, volonté... Ne prononcez pas ce dernier mot car il est trop pénible à celui qui l'entend, comme une offense, un jugement de valeur, aussitôt que la volonté fait défaut.**

**D. Razavi rappelle après Bandura l'égale importance, au-delà de la motivation, du sentiment d'efficacité personnelle, de la confiance en soi.** Nous avons là, retenons-le comme un des piliers des interventions dirigées vers nos publics, un second élément qui permet de fonder la réussite.

Il ne suffira jamais d'évaluer ce qui se trouve en place (au moyen de questionnaires adéquats) mais d'**augmenter le capital-confiance et la motivation des personnes.** Et vous avez dans la tête et sans doute au cœur les souvenirs de ce que vous avez apporté, chers amis, de confiance à vos publics, à chacun de vos interlocuteurs, en leur donnant de l'importance, en prenant le temps, par des actes et par des paroles. **On peut donner confiance aux personnes en restaurant la dignité qui leur a fait défaut. Donner confiance... Car vous avez confiance en elles et, très vite, elles en vous pour, au final, augmenter leur confiance en elles, une autonomie, ce fameux sentiment d'efficacité personnelle.**

---

<sup>12</sup> J'apprends le français, dit le prof, à des immigrés, tandis que c'est eux qui l'apprennent.



Et dans la question tabagique, il y va d'un formidable enjeu. Car **c'est à la cigarette, au fil des ans, que le fumeur a fait confiance, comme aux roues latérales qui peuvent, au premier vélo, conférer l'assiette et l'assurance au petit cycliste...** Hélas, devenu dépendant, l'usager ne croit pas qu'il puisse avant longtemps rouler sans elles...

Vous lirez par ailleurs les données chiffrées qu'ont recueillies Céline Corman, Pierre Bizel et nos amis de l'OSH. Aussi ne vais-je ici vous proposer que deux ou trois statistiques, en rafale :

D'abord, et la donnée m'importe en cela qu'elle me donne un mandat plus qu'un arrêté ministériel : **7 fumeurs sur 10** (un peu moins parmi nos publics) **sont en intention d'arrêt.** De la coupe aux lèvres, il n'y a plus que **3 fumeurs sur 10** qui, dans l'année, tenteront **d'abandonner la cigarette.**

Enfin, mentionnons que, **s'agissant de la molécule à présent la plus en vue, la mieux cotée (la varénicline, à savoir le Champix), dans 44 % des cas, nous pouvons compter sur un succès thérapeutique à trois mois (donc à l'issue du traitement recommandé).** Notez cependant que les standards de la tabacologie réclament une évaluation portant sur un *long term effect* (à 12 mois) : pour info, le patch, en dépit de son crédit, n'est efficace que pour moins de 20 % des fumeurs...

**Ne retenez, s'il vous plaît :**

- 1°) qu'une intention d'arrêt majoritaire et
- 2°) quelle que soit la médication, le prévisible échec.

**Il est temps que je mette en exergue Hippocrate et l'un des principes – le premier, tout simplement – de l'art de soigner : « *Primum non nocere* »**

Sachant que l'échec est probable et connaissant la résonance identitaire de son tabagisme, **a-t-on le droit de risquer de fragiliser (par un nouvel échec) un public fragilisé ?** Non. La réponse est non. L'enjeu de notre investissement, de celui du SEPT auprès des publics en difficulté, votre investissement ne peut viser le comportement des personnes. **Il n'est pas judicieux, pas même acceptable, ainsi, d'avoir un objectif qui se rapporte à l'abandon rapide ou radical des habitudes tabagiques.**

Au demeurant – ne partez pas ! – rien n'empêchera désormais de cerner les profits, la méthode et la juste ambition d'un programme ou de nos interventions... Juste avant de le faire, laissez-moi vous parler d'un second modèle, beaucoup moins connu que celui de Prochaska : celui proposé par Marie Le Cavalier qui, de gauche à droite, situe **l'évolution de la motivation du fumeur d'un pôle externe (amotivation, *press*) à la polarité personnelle, cependant qu'en parallèle s'internalise un *locus of control*.** Ainsi, **graduellement, le fumeur, au lieu de se conformer, comme à l'Autre, à la Raison (du plus fort), définit son projet, s'affirme et positive...** Il ne sera pas orphelin du tabac si le renoncement s'attache à son désir, à ses valeurs, à son projet.

*Locus of control & motivation* (D'après Marie Lecavalier et al.)

amotivation	motivation extrinsèque		intrinsèque
<i>régulation</i> ▶	<i>externe</i> <i>introjection</i>	<i>identification</i> ▶ <i>intéaration</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de liens, pas de pertinence</li> <li>• inertie</li> <li>• compétence faible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• compliance / réactance</li> <li>• besoin d'approbation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valorisation de l'action</li> <li>• adhésion / compréhension des buts</li> <li>• congruence (valeurs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• satisfaction / intérêt personnels</li> </ul>
impersonnel	'lieu de causalité' externe ▶ ▶		interne

J'en arrive à l'expérience, au terrain que le SEPT arpente à vos côtés... Avouez que vous ne seriez pas satisfaits si je pliais bagage à présent, ne vous laissant que ces modèles et ce questionnement focal, sans dégager des pistes afin d'illustrer comment nous pouvons travailler concrètement, de façon profitable, avec nos publics.

### Un module soutenu par le Plan Wallon Sans Tabac

C'est grâce à la Région Wallonne – à la réputation de nos suivis de groupes, au départ – que nous avons pu multiplier, depuis trois ans, les foyers d'un projet centré sur les populations fragilisées face à la question tabagique. Et la finalité poursuivie, nous la définissons comme ouverte, allant de la **problématisation** liminaire au possible accompagnement du sevrage : il s'agit donc essentiellement, pour nous, de **mise en projet des personnes** au cours d'animations thématiques.

C'est assez dire que la **sensibilisation du public a pour enjeu non de matraquer des fumeurs impénitents pour qu'ils arrêtent *illico*, non d'asséner comme un électrochoc un faisceau de vérités brutales, une imagerie médicale<sup>13</sup> mais d'engager la dynamique et de supporter la mise en question(s) du lien qu'entretient la personne avec la cigarette. Il ne peut se glisser dans nos têtes aucun objectif calibré sur le comportement : l'attitude à l'égard de la cigarette et les représentations nous suffisent et nous pouvons nous avancer, comme eût dit Maurane, en tant qu'*amis*, ressource, animateurs, cependant que le cynisme est dévoilé, de l'industrie du tabac. Quand les questions médicales affleurent, c'est toujours au départ des choix de communication de l'industrie du tabac : les cigarettes lights y sont présentées comme inoffensives, un choix salubre, intelligent... mais, dans ce cas, non moins létaux sont les cancers pulmonaires occasionnés par l'inhalation compensatoire, les bouffées plus fréquentes ou plus profondes exigées par l'autotitration. J'ai toujours eu la chance de voir, au sein de**

<sup>13</sup> Anxiogène, un tel abord donne au fumeur l'envie de se reconforter loin de l'agression qu'il vient de subir, en fumant, cependant qu'il se promet de ne jamais revenir en séance.

l'assemblée, cette information charriée par l'un des participants : « ce qu'on ne sait pas c'est que les cigarettes légères sont aussi nocives ». Et je n'ai plus qu'à renforcer l'étayage... Il s'agit, dans un rapport de considération mutuelle, de crocheter les défenses habituelles du fumeur, et de **se trouver des affinités sitôt l'ennemi commun désigné : l'industrie du tabac.**

Habituellement, le module se divise en cinq séances d'1h30 à 2 heures chacune. Les intervenants s'y rendent, en principe, en duo, pour que l'animateur puisse être accompagné dans sa gestion du groupe et soulagé dans sa prise de notes (en vue d'alimenter l'évaluation qualitative).

La première animation se présente sous forme de conférence. Interactive, elle est illustrée par de nombreux documents publicitaires (vidéoprojection).

Les animations suivantes sont centrées sur la mise en question du tabagisme. Le support principal en est la dynamique de groupe. Aucun matériel n'est absolument requis mais des brochures sont offertes aux participants, les échanges ou les repères sont aussi concrètement supportés par la présentation des substituts nicotiques, un contrôle du niveau de CO (monoxyde de carbone)...

### **Séance 1 : Sensibilisation du public – Pourquoi j'arrêterais ?**

Dans un contexte où fumer ne va plus de soi (dénormalisation tant au travail qu'à l'école, dans les transports et dans les restaurants), cette première séance aura pour objectif d'amener les personnes à se poser des questions... **Car il ne s'agit pas de provoquer l'arrêt, sans délais, sur un électrochoc, mais de susciter l'envie de se revoir, afin de ramener les choses à des enjeux personnels.** Et pour ce faire, **la rencontre inaugurale amènera le groupe à se pencher sur la publicité pour le tabac (des années 40 à nos jours).** Le tabagisme y est présenté comme inoffensif et plein d'enjeux : la séduction, la virilité, la puissance ou la considération des autres et, bien sûr, l'émancipation des jeunes ou des femmes ; un bonheur, un choix... Mais l'industrie du tabac nous a menti. Comment s'est-elle à ce point développée malgré sa nocivité ? La pub, qui visait-elle et pourquoi ? Peut-on vraiment fumer *léger* ? Pourquoi l'ammoniac et le menthol ?

### **Séance 2 : Exploration de l'ambivalence – Gagner la sortie ? A quel prix ?**

Le fumeur apprécie la fumée, l'effet de la nicotine ou d'un rituel qui vient marquer la pause, un refuge, un partage; en cas de *blues* ou d'euphorie, de fatigue ou d'insomnie; la récompense ou le moment qui détresse.

A l'inverse, il ressent l'inconfort du manque ou de l'excès, la peur de *se foutre en l'air* et les effets cumulés sur les poumons, les vaisseaux, la dépendance... Et les enfants qui nous regardent ou les gens qu'on aimait dont la cigarette a fermé les paupières ; à cinq euros le paquet, l'argent qui part en fumée ; l'odeur enfin qui dérange ou les rides et le teint gris...

**La deuxième séance offre à chacun de participants fumeurs l'occasion d'objectiver ce qui pourrait alimenter son envie d'arrêter, mais dans le même temps, ce qui rend son tabagisme inamovible, utile ou fonctionnel.** Ce qu'il redoute, en effet, de laisser. L'ex-fumeur quant à lui pourra sécuriser le groupe et baliser la route à faire, cependant qu'il vient consolider sa démarche.

### **Séance 3 : Préparation des personnes au sevrage : scénariser l'arrêt – Pourquoi j'arrêterais pas ? Comment s'y prendre ?**

Aiguiser la conscience et la motivation du groupe face à la dépendance ou face aux dangers, modifier le regard posé par le *fumeur impénitent* sur le tabac, sur l'interdiction de fumer dans les endroits publics, au travail... Envisager des alternatives au tabac quand il



faut s'en passer... Les thèmes et réflexions développés lors de la seconde animation font retour : nous allons justement les approfondir et les éclairer, promouvoir la confiance de chacun / chacune en soi mais également dans les ressources offertes à la fois par le professionnel et par l'environnement, par le groupe.

**La troisième rencontre est une opportunité, pour tout fumeur, de zoomer concrètement sur la question du « Comment j'arrête ? »** : patches ou pastilles ? 21 milligrammes ou pas du tout ? C'est quoi le *Champix* ? Et le stress, et l'ennui, j'en fais quoi ? Tous les trucs et la gestion d'un jour sans tabac... La séance est ponctuée sur l'énoncé d'un mini-défi, que définira chacun des participants.

#### **Séance 4 : Le défi d'un jour sans tabac / les mini-défis**

Le groupe a décidé préalablement d'un « jour J » lors duquel chacun va pouvoir expérimenter la journée (voire la matinée) sans tabac. Se passer de la première ou de celles qu'on fumait devant la télé. Chacun son mini-défi pour que la barre ne soit jamais placée trop haut. Juste une façon de se prouver qu'on pourra se passer du tabac, quand on sera bien préparé. Ce « Jour J », partagé par le groupe, a pour enjeu d'alimenter concrètement le questionnement des bénéficiaires quant au lien complexe (à la fois psychologique et pharmacologique) entretenu de façon rituelle avec la cigarette et vécu souvent comme indésirable au travail. Tout sentiment d'échec ou d'impuissance éprouvé lors de ce mini-défi sera contre-éclairé : prise de conscience, étoffement des moyens (patch ou préparation, motivation, détermination...). La séance est alimentée par la mise en commun de l'expérience accumulée durant ce mini-défi.

Pas mal de participants vont investir ce mini-défi dans l'anticipation d'une exigence appliquée au travail, de sorte à se prouver qu'on peut se passer du tabac pendant les heures de boulot, par exemple, en faisant l'épreuve du manque ou des parades, alternatives et des solutions brassées lors de la session précédente.

#### **Séance 5 : Débriefing – Et maintenant...**

Un **débriefing**, un petit coup d'œil dans le rétroviseur afin d'évoquer

- le **défi renouvelé face au manque : les moments difficiles et tous les aménagements qui auront permis de passer le cap ; les satisfactions...**
- le travail accompli depuis la première séance.

A ce stade, certains participants seront désireux de maintenir un objectif de contrôle ou d'arrêt, dans un cheminement personnel. Au-delà de la focale 'tabac', ce module aura souvent permis de parler de soi, de questionner ses dépendances ou les entraves au bien-être et, sur le versant positif, un projet de vie, la santé (bien-être, environnement) dans la conception qu'en a l'OMS...

Au-delà de la réflexion que je viens de vous soumettre, un complément d'informations chiffrées, de focales théoriques et plus d'une illustration vous sont présentées par ailleurs.

François Dekeyser

---

Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme (Centre d'Aide aux Fumeurs de l'Université de Mons)

rue des Arbalétriers, 16 - 7000 MONS  
Tél : 065 317.377 \* Courriel : [email@sept.be](mailto:email@sept.be) \* [www.sept.be](http://www.sept.be)

## Eléments de bibliographie

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

BANDURA, A. (2003). Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles : De Boeck.

BROGNON Philippe, pour ses analyses du tabagisme en entreprises.

FESTINGER, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

LACAN. J. (1966). *Écrits*. Paris : Editions du seuil.

LE CAVALIER et al, Pour la modélisation de la synthèse du locus of control et de la motivation

RAZAVI Darius, pour sa théorie sur l'adaptation chez les patients atteints du cancer.

MANNONI, Oscar, pour son approche anthropologique de la dénégation.

PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

TERRADE, F. & MEYER, T. (2003). Auto-évaluation des connaissances et élaboration défensive de l'information sur le risque : Application à la lecture d'un message sur le S.I.D.A. *Cahier Internationaux de Psychologie Sociale*, 59, 40-53.