

Comment Arrêter de Fumer ?

*P Guichenez, Centre de Tabacologie, CH Béziers
I Clauzel, psychologue, Centre de Tabacologie, CH Béziers
AM Clauzel, Centre de Tabacologie, clinique lavalette, Montpellier*

I - GENERALITES.

Le tabagisme est un comportement. Un comportement dépend d'une relation entre un environnement, une sensation biologique, une émotion et une cognition, c'est à dire l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir d'un sujet sur lui-même et sur le monde extérieur. De fait, tout comportement est un savoir acquis (appris), organisé (renforcé) et entretenu (maintenu) en fonction de son utilité perçue par le fumeur. Par exemple, le tabac peut être considéré par le fumeur comme une réponse adaptée au stress que ce dernier soit endogène ou exogène.

Ainsi l'utilisation prolongée du tabac résulte d'un apprentissage renforcé par deux types de mécanismes positifs et négatifs :

- les renforcements positifs donnent l'envie de reproduire un comportement pour obtenir une sensation agréable ; en effet le tabagisme est associé à des sensations agréables liées aux effets psycho-actifs à l'origine de sensations bien décrites par les fumeurs (plaisir, détente, stimulation lors d'un travail intellectuel difficile, effets tranquilisants et anti-dépresseur dans les moments de stress, coupe-faim).
- les renforcements négatifs s'installent rapidement (après quelques heures d'abstinence) dès le besoin de palier des sensations désagréables liées au manque de nicotine, comme l'irritabilité, la frustration, la colère, les troubles de concentration ou l'humeur dépressive. Ces effets désagréables disparaissent dès les premières bouffées d'une cigarette.

Par conséquent, on fume non seulement, par goût, pour obtenir des sensations agréables liées à la nicotine, mais aussi pour éviter les sensations désagréables dues au manque.

A plus ou moins long terme, ce comportement est maintenu par une dépendance dont la nicotine est la principale responsable et aboutit à une perte de contrôle de la consommation (augmentation ou compulsion).

Cette dépendance représente aussi une perte de la liberté de choix devant la consommation d'un produit. Trois types de dépendance sont relevés :

- la dépendance comportementale, liée à la pression sociale et conviviale
- la dépendance psychique, liée aux renforcements positifs
- la dépendance physique, rapidement installée, liée aux renforcements négatifs.

II - EVALUATION D'UN CANDIDAT AU SEVRAGE.

Il y a vingt ans, deux psychologues américains Prochaska et Di-Clemente ont longuement étudié les facteurs en jeu à l'arrêt du tabac, aussi bien chez des personnes bénéficiant d'une aide que celles ayant spontanément réussi à s'arrêter de fumer. Ils ont décrit un processus de changement composé de plusieurs étapes. Leur modèle de changement trans-théorique décrit les étapes et les processus naturels par lesquels passent tout fumeur avant l'arrêt complet.

Le cycle de Prochaska et Di-Clemente comprend plusieurs phases :

- la phase de pré-intention (précontemplation) : le fumeur est dit « heureux », il ne se pose pas de question, soit par ignorance, soit par refus d'accepter de voir le problème ou de le voir comme étant le sien. Il n'y a pas de démarche de changement à cet état et il y a de nombreuses résistances.
- la phase d'intention (contemplation) : le fumeur est indécis, il se pose des questions sur son comportement tabagique. Il reconnaît son problème d'addiction, mais il pense que les conséquences graves ne sont pas encore arrivées et qu'elles sont possibles plus tard, donc que ce n'est pas le moment pour arrêter. Cependant, il réfléchit beaucoup à son problème. A cette

étape on note une ambivalence du fumeur qui voudrait continuer à fumer, tout en évitant ce qui est bien sûr impossible, les risques associés.

- la phase de préparation : le fumeur envisage l'arrêt et étudie les moyens d'y parvenir avec ou sans aide extérieure. Il va résoudre son ambivalence et trancher, prendre une décision.
- la phase d'action est celle de l'arrêt avec mise en place d'un nouveau comportement ; l'individu doit prendre confiance en ses capacités à réussir: Le fumeur a décidé d'arrêter son comportement addictif et se sent de plus capable de le faire. L'ambivalence est moins marquée ; les avantages d'arrêter sont supérieurs aux avantages de poursuivre.
- la phase de maintien lui permet d'accéder à la réussite de l'arrêt
- la phase de rechute ; les rechutes sur le long terme sont fréquentes. Selon Marlatt et Gordon la rechute est la règle et non l'exception. Il y a en moyenne quatre rechutes avant l'arrêt définitif. Il existe souvent des petites décisions apparemment sans rapport avec la rechute (Apparently Irrelevant Decisions) mais favorisant l'exposition à une situation à haut risque, comme par exemple se retrouver systématiquement confronté à des fumeurs. Il existe parallèlement un effet de violation de l'abstinence avec deux risques : minimisation et maximalisation, le fumeur se dit alors « si j'en prends une ce soir, c'est pas grave » ou au contraire « j'en ai fumé une, c'est la catastrophe ».

Au stade de contemplation, nous cherchons à augmenter l'ambivalence en utilisant la technique « avantages / inconvénients à continuer l'addiction , puis les les avantages et inconvénients à arrêter, et les avantages à court terme comparés aux inconvénients à long terme de continuer à fumer. Le point important est de bien peser la valeur « à combien cela est important pour vous ? » des avantages et celle des inconvénients à mettre en balance. Lorsque les avantages à continuer sont plus importants, l'arrêt sera difficile mais possible, par contre lorsque les inconvénients à continuer se renforcent l'arrêt définitif se rapproche.

Pour développer sa motivation, la technique « avantages / inconvénients court terme versus long terme » est bien décrit par Charly Cungi qui donne un exemple dans son livre « Faire face aux dépendances.

Avantages à continuer à fumer	%	Inconvénients à continuer à fumer	%
Le plaisir de fumer, ça fait partie des bonnes choses de la vie	100	Ça ne plait pas à ma femme et à mes enfants	80
Ça me calme, ça me détend	100	Ils vont continuer à me faire des scènes	80
Un bon moment ave les copains qui fument presque tous	100	Ça me coûte cher	30
Ça me donne la pêche			
Je peux mieux réfléchir et me concentrer	100	C'est mauvais pour la santé	50
Total avantages	500	Total inconvénients	240

Les avantages pour continuer à fumer sont plus importants que les inconvénients. On analyse ensuite les avantages et les inconvénients d'arrêter de fumer.

Avantages d'arrêter de fumer	%	Inconvénients d'arrêter de fumer	%
Arrêter de dépenser de l'argent	50	C'est difficile et pas plaisant d'arrêter	100
Faire plaisir à ma femme	50	C'est une perte de plaisir	80
Ne plus subir ses remarques	100	Il est plus difficile de se concentrer	20
Ne plus avoir besoin de cigarettes	80		
Ce serait meilleur pour ma santé	70		

Total avantages	350	Total inconvénients	250
------------------------	------------	----------------------------	------------

Les avantages pour arrêter apparaissent plus clairement. On analyse enfin les avantages à court terme de continuer à fumer et les inconvénients à long terme .

Avantages à court terme de continuer à fumer		Inconvénients à long terme de continuer à fumer	
Plaisir	100	Risque de cancer, de maladie	100
Concentration	100	Mécontentement de ma femme, critiques	80
Ne pas se forcer	100	Revient cher	70
Total avantages	300	Total inconvénients	250

Après ce dernier tableau, le fumeur observe que tous les avantages à fumer sont à court terme et les inconvénients à long terme et son ambivalence est plus grande.

Quatre axes de réflexion doivent être amenés à ce moment là pour faire pencher la balance :

- effets positifs de la cigarette : comment les obtenir autrement ?
- difficultés prévisibles déjà vécues à l'arrêt : comment les réduire ?
- effets négatifs de l'usage de la cigarette et de sa poursuite : quand vont-ils disparaître ?
- effets obtenus par l'arrêt : comment les bonifier ?

Les étapes du changement qui font passer un sujet de l'état de fumeur à celui de non fumeur peuvent être comprises à travers le modèle PADIM qui reprend les besoins nécessaires de l'individu pour évoluer dans un processus de changement (*Patrick Légeron et Christophe André*)

Les étapes du changement	Les positions du fumeur
P osséder l'information	« j'ai entendu dire que le tabac est mauvais pour la santé »
A dhérer à l'information	« je suis d'accord avec le fait que le tabac est mauvais pour la santé »
D écider du changement	« j'ai pris la décision d'arrêter de fumer »
I nitier le changement	« je viens d'arrêter de fumer »
M aintenir le changement	« je ne suis plus fumeur depuis longtemps »

Nous pouvons mettre en évidence des stratégies d'aide au sevrage tabagique à développer en fonction de l'état où se trouve le fumeur dans le processus PADIM de changement

OBJECTIFS	STRATEGIES THERAPEUTIQUES
P osséder une information	Information et éducation du fumeur
A dhérer à une information	Entretiens motivationnels
D écider l'arrêt	Entretiens motivationnels
I nitier l'arrêt	Thérapeutiques de sevrage <i>Médicamenteuses</i> et <i>/ou</i> <i>cognitivocomportementales</i>
M aintenir les résultats	Prévention des rechutes

L'entretien motivationnel :

Cette technique proposée par Miller et Rollnick repose sur la psychologie de la motivation. Le praticien doit manifester de l'empathie, encourager le patient à développer ses propos, ne pas forcer sa résistance et renforcer son sentiment d'efficacité personnelle, à travers une écoute active. A cette dernière s'ajoute des questions ouvertes plutôt que fermées, une écoute en « écho » basée sur le principe de la reformulation et du résumé . Le patient sera questionné sur ses croyances en ses propres capacités à s'arrêter, reconnaît ses difficultés et ses pensées ambivalentes. Les buts sont d'augmenter et de soutenir la motivation du patient, en ayant permis au fumeur d'être centré sur son

problème. Par exemple, vous demandez à votre patient »parlez moi de votre tabagisme » , comment s'est il installé », comment vous voyez vous sans fumer ».

Evaluation tabacologique

Les tabacologues utilisent un dossier édité par l'INPES.(institut national de prévention et d'éducation pour la santé) . L'évaluation comprend notamment :

- l'analyse de la motivation et également des craintes à l'arrêt du tabac.
- l'analyse de la dépendance physique par le test de Fagerstrom.
- l'évaluation de la dépendance psychologique et comportementale peut être complétée par le test de Horn ou le test de Gilliard.
- l'évaluation de l'anxiété et de la dépression par le test HAD en 14 items (7 pour l'anxiété,7 pour la dépression).
- sont également analysé : la consommation d'alcool, de café...
- le dosage du CO dans l'air expiré dont le résultat est en ppm . Le CO est un marqueur du tabagisme. Un score inférieur à 5ppm est retrouvé chez les non fumeurs. Cet outil permet de valider l'arrêt du tabagisme. L' autre marqueur du tabagisme est la cotinine urinaire, utilisée dans certains centres spécialisés.

III - PREPARATION A L'ARRET.

Nous travaillons à plusieurs niveaux :

1) Observer votre comportement du fumeur.

Il est important de rechercher les situations déclenchantes notamment :

- les situations déclenchantes externes (contact avec des fumeurs, prise de café, conversation téléphonique, trajets en voiture, certaines routines...)
- les situations déclenchantes internes (colère, pensées négatives, colère et faim).

Vous pouvez utiliser la technique dite de l'agenda en faisant noter à votre patient le numéro des cigarettes, l'heure de la prise, l'intensité de l'envie (cotée entre 0 et 10), et les événements associés. On peut également noter les émotions et les pensées automatiques associées à la cigarette.

2) Dissocier la cigarette de la situation déclenchante, par exemple dissocier le café de la cigarette (attendre d'avoir éteint sa cigarette pour boire son café ou finir son café pour allumer sa cigarette),....Ces exercices ont pour intérêt d'apprendre à gérer la frustration de ne pas fumer au moment où l'envie se profile, d'augmenter la confiance en soi, sa capacité de réussir et de déconditionner certains réflexes (stimulus-cigarette).

3) Explorer l'efficacité des substituts nicotiques.

La confiance étant un élément clé du succès, notamment la confiance en ses propres ressources et en l'efficacité du traitement. Il est possible quelques jours ou quelques semaines avant l'arrêt, tester l'efficacité des substituts nicotiques notamment des formes orales.

4) Mettre en place de soutiens, notamment le soutien de l'entourage, du conjoint même s'il s'agit d'un fumeur, voire le soutien d'un professionnel de santé.

5) Renforcer encore la motivation qui est un élément clé de la réussite. Pour cela un certain nombre d'échelles peuvent être utilisées, comme le Q-Mat, une échelle d'évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac, de P Legeron et G Lagrue. D'autres questionnaires sont disponibles, plus complets notamment des échelles de motivation à l'arrêt concernant les motivations intrinsèques et extrinsèques .

6) Choisir une bonne date d'arrêt.

La décision est souvent prise à l'issue d'une longue maturation, mais parfois un événement peut accélérer le " déclic ".

IV - STRATEGIE MEDICAMENTEUSE DANS LE CADRE D'UN ARRET DU TABAC.

1) Le traitement de substitution nicotinique.

Il s'agit d'un élément important du traitement de la dépendance physique, si elle est présente. Il faut fournir au sujet la nicotine dont il a physiologiquement besoin sous une autre forme que le tabac. L'existence d'une dépendance physique est la principale difficulté dans l'arrêt du tabac lors des premières semaines. On observe une sensation de besoin, de nervosité, de pulsions irrésistibles à fumer, de pensées obsédantes de la cigarette, dès que le sujet est privé même quelques heures des apports de nicotine. Ce syndrome de manque est réduit de manière importante si l'on fournit au sujet une quantité de nicotine suffisante. La méta-analyse de C. Silagy et al sur plus de cinquante études et près de 8000 cas, a conclu que l'apport nicotinique multiplie par 2 à 3 le pourcentage de succès par rapport au placebo et cela pour toutes les formes galéniques avec un taux d'abstinence relatif allant de 1,6 à 2,9. Ce résultat, confirmé par la méta-analyse de Fiore et al, met également en évidence l'importance de l'accompagnement psychologique qui majore les chances de succès.

Formes galéniques

a) gommes à la nicotine : il existe des gommes à 2 et 4 mg de nicotine. La quantité absorbée est d'environ 50%. La technique d'utilisation de la gomme doit être bien expliquée. Les effets secondaires sont essentiellement des brûlures gastriques.

b) nicotine par voie transdermique : le timbre à nicotine.

Durée d'application de 16 ou 24h. Le timbre doit être collé sur peau sèche, glabre, en changeant de place et de côté tous les jours.

c) autres substituts nicotiniques : les micro-tablettes à sucer sous la langue avec un apport de 2 à 4 mg de nicotine en 15 à 20 minutes. Récemment a été commercialisé l'inhaleur.

On doit connaître les signes de sous-dosage nicotinique témoignant d'une quantité insuffisante avec un syndrome de sevrage: nervosité, irritabilité, colère, anxiété, difficultés de concentration intellectuelle, augmentation de l'appétit et parfois fringale et besoin impérieux de cigarettes.

Les signes de surdosage sont possibles mais beaucoup plus rares: nausées, parfois coliques et diarrhée, palpitations, tachycardie, lipothymie, insomnie, activité onirique importante, réveil en forme, hyperactivité diurne et également absence totale d'envie de fumer. Si le dosage insuffisant est la situation la plus fréquente, le surdosage est rare et doit faire immédiatement réduire les doses.

Comment améliorer la situation à court terme ? Le schéma traditionnel doit être remplacé par une stratégie personnalisée. En fait il faut adapter la posologie initiale au besoin réel du fumeur en nicotine en sachant que le nombre de cigarettes fumées est un indice infidèle. Le test de Fagerström étant important, mais c'est surtout le dosage de la cotinine urinaire qui permet d'adapter au mieux la posologie des substituts nicotiniques. En fait en pratique tabacologique, nous associons des gommes nicotiniques en cas de pulsion à fumer et dans certains cas un deuxième timbre est associé. Cette adaptation posologique, en augmentant les doses par association de plusieurs formes galéniques, était jusqu'à une date récente, contre-indiquée par les règles de l'AMM. D'après G. Lagrue et al, cette interdiction doit être prochainement levée. La durée des substituts nicotiniques est en moyenne de trois mois avec une réduction progressive des doses. Cependant ce schéma doit être adapté à chaque cas particulier, parfois écourté en cas de dépendance moyenne ou faible, ou parfois plus prolongé. En cas de forte dépendance lors de la diminution des doses, si le syndrome de sevrage réapparaît, il faut reprendre la dose antérieure avant de retenter une nouvelle diminution. Les rechutes précoces sont le plus souvent dues à un traitement de substitution nicotinique insuffisant ou trop rapidement interrompu.

2) Bupropion(zyban)

Son action dans l'arrêt du tabac a été découverte fortuitement aux Etats Unis, il y a plus de dix ans, où il était utilisé comme anti-dépresseur. Le mécanisme du mode d'action du bupropion dans l'indication du sevrage tabagique, n'est pas complètement élucidé. Le bupropion exerce une double action :c'est un inhibiteur de la recapture des catécholamines, dopamine et noradrénaline. Il peut donc compenser le déficit en dopamine lié à l'arrêt du tabac. L'étude de Hurt et al en 1997 a mis en évidence que la posologie optimale était de 300 mg par jour. Le taux d'abstinence à cette posologie

à un an était de 23,1% contre 12,4% dans le groupe placebo. L'étude de *Jorenby et al* portant sur 893 fumeurs répartis en quatre groupes, comparait bupropion 300 mg, timbres trans-dermiques à la nicotine, bupropion + timbre et placebo. Dans le groupe bupropion, 30,3% étaient non fumeurs en un an, dans le groupe timbre à la nicotine 16,4% étaient non fumeurs en un an et dans le groupe placebo 15,6%. Une tendance à un effet un peu plus important de l'association bupropion+timbre n'atteignait pas la signification statistique.

Contre-indications absolues :

- hyper-sensibilité au produit
- maladie épileptique
- boulimie
- anorexie mentale
- cirrhose hépatique sévère
- troubles bi-polaires
- utilisation concomitante d'IMAO
- tumeur du système nerveux central
- sevrage à l'alcool ou aux benzodiazépines récent et brusque

Contre-indications relatives :

- histoire ancien de convulsions
- traitement en cours par des médicaments qui peuvent abaisser le seuil convulsivant
- anti-psychotiques
- anti-dépresseurs
- théophyllines
- corticoïdes systémiques

et également d'autres médicaments (anti-malariques, tramodols, quinolones).

Effets secondaires rapportés les plus fréquents :

- urticaire, rash, insomnie, céphalées, vertiges, nausées, dépressions.

Il faut noter que la plupart de ces symptômes peuvent être reliés au sevrage tabagique lui-même. L'effet secondaire le plus grave est une crise d'épilepsie à la dose de 300 mg : 1/1000. La posologie du Bupropion est de 1 comprimé à 150 mg le matin pendant six jours, puis un comprimé deux fois par jour pendant sept semaines avec huit d'heures d'intervalle entre les deux prises. La deuxième prise devant être prise le plus tôt possible dans la journée.

3) Discussion de la prescription d'un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS)

En consultation de tabacologie, la fréquence et la difficulté de prise en charge des troubles anxio-dépressifs sont bien soulignés notamment par G. Lagrue et al. Les résultats du Centre de Tabacologie de Créteil mettent en évidence sur 517 consultants une majorité de patients avec une dépendance physique forte et dans cette sous-population 34% des patients ont bénéficié d'un traitement antidépresseur de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS). Outre le test HAD qui explore l'anxiété et la dépression et le test de Beck en 13 items, un mini-interview a été réalisé permettant de mieux préciser les troubles anxieux qui sont fréquemment associés dans le tabagisme. On observe notamment une anxiété généralisée, une phobie sociale, des attaques de panique avec agoraphobie et plus rarement des troubles obsessionnels compulsifs. Les troubles anxieux sont d'ailleurs plus fréquemment observés chez les femmes, notamment le trouble anxieux généralisé et la phobie sociale.

Pour G Lagrue et al , 3 situations cliniques peuvent se rencontrer de façon schématique :

- des fumeurs avec troubles de l'humeur connus et traités : l'avis du psychiatre traitant doit être pris pour renforcer le traitement antidépresseur.
- des fumeurs avec troubles de l'humeur latents et non traités (tableau 1)

Ces fumeurs ont déjà fait des tentatives d'arrêt, mais accompagnées d'un syndrome de sevrage intense avec humeur dépressive. Un traitement antidépresseur par IRS est souvent nécessaire d'emblée ou secondairement. Des antécédents dépressifs personnels sont fréquemment retrouvés et les troubles anxieux sont souvent associés aux troubles dépressifs. Concernant les troubles anxieux,

un trouble anxieux généralisé ou une phobie sociale sont fréquemment mis en évidence. Une des raisons d'une prise en charge plus difficile chez les femmes est la plus grande fréquence de syndrome dépressif, d'anxiété généralisée et de phobie sociale. De même, les troubles pré-menstruels représentent un facteur de difficulté à l'arrêt .

-De façon plus inhabituelle, un état dépressif grave peut apparaître brusquement 3 à 6 semaines après le sevrage en l'absence d'antécédents de troubles thymiques ou d'anomalies des tests HAD notamment.

VI) AUTRES STRATEGIES POUR FAIRE FACE AUX DIFFICULTES

1) Les thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Les TCC reposent sur le principe d'apprentissage et de traitement de l'information. En effet, il existe des distorsions entre la réalité et la perception qu'en a le sujet. Par conséquent, nous allons ensemble travailler sur les problèmes du patient tout en l'incitant à réfléchir puis à modifier ses pensées et émotions de façon à mettre en place des comportements plus adaptés à la situation. Comme son nom l'indique les TCC comportent deux axes de travail : comportemental et cognitif.

Premier axe : le comportement.

L'axe comportemental est orienté vers le contrôle émotionnel et la recherche de comportements alternatifs afin de gérer au mieux les situations à risque de rechute et par conséquent le sevrage.

Les techniques que nous allons utiliser sur cet axe sont multiples :

1) la relaxation rapide ou mini-relaxation basée sur le principe de la respiration profonde en 4 temps afin de palier l'émotivité, souvent liée au manque du produit ou bien encore à l'anxiété sous-jacente au problème d'addiction.

2) La recherche de comportements alternatifs comme par exemple respirer profondément lors d'une situation stressante.

3) Les techniques d'affirmation de soi ou de gestion du stress sont souvent utiles car l'addiction peut cacher une anxiété de type social et parfois une mauvaise gestion de son temps, de son stress et de ses émotions.

Chaque technique sera mise en application selon le principe d'exposition graduée, de la situation la plus facile à la plus complexe, soit en imagination (faire visualiser au patient la scène), soit in vivo (faire vivre la scène au patient). Ces expositions ont généralement lieu en séance, puis en inter-séance au rythme de 2 à 3 hebdomadaire. Le principe d'expositions est fondamentale dans la mesure où il permet au patient de vérifier en réalité son efficacité personnelle dans la situation qui posait problème et d'établir de nouveaux conditionnements plus adaptés à sa réalité actuelle (vouloir se défaire de son tabagisme).

Deuxième axe : la restructuration cognitive

Les méthodes de restructuration cognitive permettent de prendre conscience des cognitions (pensées « ce que je me dis » et émotions « ce que je ressens ») avant, pendant et après le comportement problème. Ces cognitions proviennent de notre inconscient et reflètent nos schémas de base. Ainsi, toute situation est interprétée suivant notre vision du monde, de soi et de l'avenir. Voici pourquoi, il s'avère particulièrement important de repérer les situations, les cognitions et les distorsions (erreurs logiques, comme tirer des conclusions sans preuves, tout ou rien ...) effectuées par le patient afin de revoir sa façon de concevoir la réalité.

Les techniques principales utilisées sur cet axe sont la mise en « lumière » des pensées automatiques négatives liées au tabagisme ou à la confiance en son efficacité personnelle et leur modification en pensées plus réalistes. Ainsi, la discussion de l'évidence et par conséquent l'étude des preuves associées à ces pensées automatiques de même que la recherche de pensées plus adaptées à la situation apparaissent particulièrement intéressantes et enrichissantes.

Exemple d'entretien :

« je n'y arriverai jamais »

« vous y croyez à combien sur une échelle de 0 à 100 ? » donc le patient évalue sa croyance en cette pensée.

« 90% »

« pourquoi pas 100% ? »

...

« quelles sont les preuves que vous n'y arriverez jamais ? »,

...

« si un de vos amis vous disait je n'y arriverais jamais, que lui diriez vous ? »

...

« si vous dites ceci à votre ami, pourriez-vous vous le dire également ? » ou bien « que pourriez-vous vous dire à la place de je n'y arriverais jamais ? » « vous y croyez à combien ? »

...

« je n'y arriverai jamais, vous y croyez à combien maintenant ? »

...

Ces techniques, soit par la méthode du cercle vicieux, soit par la méthode des colonnes de Beck, nous permettent à la fois de travailler avec le patient sur les pensées modifiées, autrement dit comment est-ce qu'il peut voir les choses autrement et l'intérêt d'avoir une pensée modifiée.

Ces techniques seront mise en application selon le principe d'exposition in vivo.

2)Faire face au risque de prise de poids

Environ 1/3 des sujets ne prennent pas de poids lorsqu'ils arrêtent de fumer. La prise de poids est plus importante et plus fréquente chez la femme ; 52% d'entre elles prennent plus de 3 Kg, contre 44% seulement chez les hommes. Une prise de poids supérieure à 13 Kg survient chez 14% des femmes, contre 10% chez les hommes. Le poids des fumeurs est inférieur à celui des non fumeurs. Cette modification est due à plusieurs facteurs :

-l'augmentation des dépenses énergétiques sous l'action catécholaminergique de la nicotine, chaque cigarette amenant une dépense supplémentaire de 8 à 10 calories.

-la modification du goût et du type d'alimentation

-l'action centrale de la nicotine sur la satiété, avec parfois survenue de » fringales » lors de l'arrêt.

Pour limiter la prise de poids, 4 stratégies doivent être utilisées, le plus souvent en association :

-la diététique

-les apports nicotiques

-les stratégies comportementales et cognitives

-l'exercice physique

VII) EN CONCLUSION

Le processus d'arrêt du tabac est long et complexe nécessitant une stratégie adaptée, une aide et un accompagnement prolongés pour que le sujet ait le maximum de chances de réussite.

BIBLIOGRAPHIE

1-Aubin HJ. L'entretien motivationnel : faire progresser les patients dans les stades de changement, jusqu'à la solution de leurs problèmes. Courrier des addictions ,2001 ;3 :117-18.

2-Aubin HJ, Dupont P, Lagrue G. Comment arrêter de fumer ? Editions O Jacob 2003.

3- Bartsch P. Bupropion et cessation tabagique. Médecine et hygiène 2001,59 :2142-6.

4-Cungi C. Faire face aux dépendances, éditions Retz, 2000

5-Dupont P, Lagrue G. Pourquoi la prise en charge du tabagisme est-elle plus difficile chez la femme ? Médecine au féminin 2002 ;3 :10-11.

6-Fiore M, Smith S, Jorenby D, Baker T. The effectiveness of nicotine patch for smoking cessation, a metaanalysis. JAMA 1994 ;271 :1940-7.

7-Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999,340 :685-91.

8- Lagrue, G, P Dupont, R Fakhfakh , C Mautrait , S Lormier. Le traitement de substitution nicotinique dix ans après. Press Med 2002,31 :291-295.

9-G Lagrue, Dupont P, Fakhfakh R . Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique. L'encephale 2002 ; XXVIII :374-7.

10-Lagrue G. Arrêter de fumer ? Editions Odile Jacob.1998.

11-Silagy C, Maut D, Fowler G, Lodge M. Metaanalysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. Lancet 1994 ;343 : 139-42.

tableau 1

Résultats obtenus chez 90 fumeurs dépendants présentant un trouble de l'humeur et ayant eu le « mini-interview (64 femmes-26 hommes)

-Antécédents épisodes dépressif	54 (60%)	-Troubles anxieux	
-Episodes dépressifs majeurs actuels	3	Anxiété généralisée	54
-Dysthymies	30	Phobie sociale	46
-Formes bipolaires	3	Troubles paniques	12
		Agoraphobie	8
		Troubles obsessionnels compulsifs	3
		Troubles dépressifs isolés	12
		-Troubles anxieux isolés	16
		-Troubles anxieux et dépressifs	62