

# SEVRAGE TABAGIQUE

## Conduite du sevrage, Attitude du thérapeute et succès

Docteur Jean PERRIOT

### INTRODUCTION.

Si 4 fumeurs sur 5 regrettent d'avoir commencé et si 3 sur 4 désirent arrêter pourtant cesser de fumer est une redoutable épreuve. Bien que la plupart de ceux qui y réussissent le fassent seuls, beaucoup échouent dans leur tentative et la survie dans l'abstinence reste la même après arrêt du tabac ou d'une autre drogue (alcool – héroïne...).

Rappelons comme Olivenstein l'a fait que toute dépendance résulte de la rencontre entre :

- une ou plusieurs substances à effets psycho-actifs.
- un individu possédant une vulnérabilité personnelle (génétique et/ou acquise).
- un environnement socioculturel.

Ainsi, le tabagisme est-il un comportement qui s'acquiert et se maintient renforcé par de nombreux stimuli internes ou environnementaux ; à une dépendance psycho-comportementale s'ajoute une dépendance pharmacologique dans laquelle la nicotine tient une place centrale (schéma 1). Ces dernières s'installent chez un individu dont personnalité et histoire sont uniques.

Apporter l'aide optimale à celui qui désire s'arrêter participe d'une analyse soigneuse de son parcours tabagique et des éléments entrant en jeu dans sa dépendance, prend en compte ses attentes et ses craintes en matière d'arrêt, respecte sa chronologie de vie et sa personnalité.

Une prise en charge cohérente reposant sur des données validées scientifiquement permet d'améliorer significativement le taux de réussite à terme, de limiter ou de prévenir les effets secondaires possibles, d'offrir une meilleure qualité de vie lors de la tentative.

### POSITION DU PROBLEME.

La substitution nicotinique (comme l'introduction de substances nouvelles telles que le BUPROPION) permet de doubler le pronostic de l'arrêt à un an, cependant, il ne saurait être question :

- de prendre en charge la dépendance pharmacologique (le manque de nicotine directement ou via un déficit induit en certains neuro-médiateurs centraux est à l'origine d'un processus de renforcement négatif) sans s'intéresser aux dépendances psychologique et comportementale (source de renforcement positif du tabagisme).
- de dissocier la phase d'arrêt proprement dit (phase d'action) de la phase qui la précède (phase de préparation) ou la suit (phase de maintenance). Comme le tabagisme est un comportement acquis, son interruption procède d'un apprentissage qui doit s'inscrire dans la durée.
- de sous évaluer le rôle du thérapeute (et sa responsabilité) qui, depuis l'analyse de la situation tabagique, via la conduite du sevrage jusqu'à la fin du suivi conditionne largement le succès du patient.

Rappelons qu'à un instant donné, une population de fumeurs doit être envisagée selon le niveau de dépendance (pour WOODY : faible dans 40 % des cas, moyenne dans 40 %, forte dans 20 %) et de maturation de la décision d'arrêt (pour PROCHASKA et DI CLEMENTE : 40 % consonant, 40 % dissonant, 20 % prêt à l'arrêt)... Il ne saurait donc être question d'aider tous les fumeurs de la même façon.

Un sevrage tabagique répond à une chronologie et à un rythme de consultation précis mais prend en compte besoins et spécificités des patients ; plusieurs points doivent être soulignés :

- Maladie et/ou injonction du médecin ne sont pas des motifs suffisants à la réussite du sevrage. Au delà d'une valeur pronostique variable, le seul motif qui vaille est celui avancé par le patient.

- La décision de l'arrêt ne peut procéder que de son libre choix, pour autant il devra avoir été prévenu en temps utile des risques du tabagisme ainsi que des avantages de l'abstinence. Au médecin de favoriser la maturation qui préside à la prise de décision de s'arrêter. Il le fera au mieux en permettant au patient d'analyser la nature des plaisirs pris à fumer pour les mettre en perspective avec les inconvénients ressentis du tabagisme, puis d'examiner les avantages escomptés d'un éventuel arrêt autant que les freins à sa prise de décision...

- Le patient doit être convaincu qu'une aide efficace peut lui être apportée ; des explications claires sur le processus de dépendance tabagique et les modalités de l'aide seront données ; il doit pouvoir s'appuyer sur la disponibilité du thérapeute (et de son équipe) en cas de difficulté lors de la phase d'arrêt ou de suivi.

- Il doit avoir été averti du caractère illusoire de la simple diminution de la consommation qui ne permet pas de réussir l'arrêt, du caractère trompeur des notions de cigarettes « faiblement dosées » et « moins toxiques », de cigarillos « moins dangereux » (le phénomène d'auto-titration de la nicotine qui fait tendre chaque fumeur vers un apport nicotinique satisfaisant son besoin lui aura été expliqué...), du caractère factice des « méthodes pour arrêter de fumer » autant de « gadgets-miracles » s'inscrivant dans le « bric-à-brac » du sevrage tabagique et n'ayant fait l'objet d'aucune validation scientifique.

- Point n'est besoin d'argumenter sur la perte de crédibilité du médecin fumeur pour induire l'arrêt chez son patient et l'aider à réussir, par contre il faut insister sur le bénéfique, pour ce dernier d'une attitude médicale empreinte d'empathie.

Affirmer que le patient ne s'inscrira dans un comportement d'abstinence qu'au prix d'un apprentissage à gérer les circonstances inductrices de prise tabagique revient à souligner l'importance d'une prise en charge dans la durée. Pour autant, le thérapeute ne doit pas perdre de vue qu'il n'est là pour aider que le temps nécessaire à la transformation comportementale du patient. Ce dernier reste l'acteur principal du sevrage, sa réussite sera d'autant plus sienne et définitive qu'il aura davantage confiance en sa capacité à dominer les situations périlleuses ; une présence trop prégnante du thérapeute l'en priverait.

## **DEROULEMENT PRATIQUE DU SEVRAGE.**

L'aide doit débiter bien avant la tentative d'arrêt proprement dite et tenir compte de l'évolution naturelle du tabagisme décrite par PROCHASKA et DI CLEMENTE (schéma 2). Un algorithme précisant l'intervention médicale peut être dressé (schéma 3).

### **LORS DE LA PREMIERE CONSULTATION (J0).**

#### **1. ON EVALUE LA SITUATION TABAGIQUE.**

##### **HISTOIRE DU TABAGISME.**

On précise l'âge de début (les sujets fortement dépendant débutent leur tabagisme généralement très précocement), la consommation tabagique actuelle (nombre de cigarettes/jour) et passée (dose cumulée exprimée en paquets-années), l'environnement tabagique (familial et/ou professionnel), les tentatives d'arrêt antérieures (nombre, modalités, durée de l'abstinence, raisons de la récidence).

##### **MOTIFS DE LA TENTATIVE D'ARRET.**

Tous les motifs n'ont pas la même valeur pronostique mais ceux exprimés par le patient sont essentiels... les circonstances déclenchantes de cette décision peuvent impliquer mémoire, raison ou affects... le mûrissement de cette décision est difficile à évaluer précisément mais les tentatives antérieures sont autant d'expériences qui profitent au succès final.

##### **TOUT AUTANT ON ANALYSE :**

La personnalité anxio-dépressive du patient.

Son équilibre alimentaire.  
L'existence d'une toxicomanie associée (alcool, cannabis) ou passée.  
Le contexte de vie (situation professionnelle et extra-professionnelle).  
La qualité du sommeil.  
La pratique ou non d'une activité physique régulière.  
L'existence d'un traitement en cours (interférences possibles avec les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac).

#### **LES DEPENDANCES NICOTINIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET COMPORTEMENTALE :**

dont l'analyse pertinente conditionne prise en charge immédiate et pronostic de la tentative. Différents questionnaires et tests peuvent aider cette investigation (cf annexe) :

- TEST DE FAGERSTRÖM pour évaluer la dépendance nicotinique sur une échelle de 1 à 10 (inférieur ou égal à 3 : dépendance faible, entre 4 et 6 : dépendance moyenne, supérieur ou égal à 7 : dépendance forte).
- TEST DE DEMARIA ET GRIMALDI pour évaluer motivation et pronostic (inférieur à 6 : des difficultés sérieuses sont à prévoir, supérieur à 16 : les chances de réussite sont fortes).
- TEST HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) pour identifier note anxieuse ou dépressive. L'échelle de BECK évaluant plus finement les états dépressifs. Le test EMILE ROUX est plus sommaire mais plus rapide.

#### **L'EXAMEN CLINIQUE RESTE NECESSAIRE.**

S'il ne relève pas directement de l'aide à l'arrêt, il revêt divers intérêts :

- Il crédibilise la prise en charge médicale et ses résultats ont un double impact : négatif il rassure un patient inquiet des conséquences de son tabagisme et découragé d'essayer de s'arrêter ; lorsqu'il aboutit à la découverte d'une pathologie induite ou favorisée par le tabagisme il permet sa prise en charge.
- L'évaluation de la fréquence et du rythme cardiaque, la mesure de la pression artérielle sont systématiques avant toute substitution nicotinique afin de respecter contre indications et surveiller effets secondaires.
- Certains examens complémentaires peuvent le compléter avantageusement (mesure du VEMS ou du Peak Flow, enregistrement de l'ECG), la mesure du CO dans l'air expiré est une règle à chaque consultation permettant d'évaluer l'inhalation de fumée de cigarette (profondeur et intensité) et ultérieurement validant l'arrêt (CO < 10 PPM).

#### **LE COLLOQUE SINGULIER.**

Il met en présence confiance et conscience respectives de praticien et patient. Au médecin de s'adapter au modèle comportemental et d'expression du patient : faible ou forte démonstrativité ; faible ou forte affirmation de soi ; au delà, faible ou forte adaptabilité (schéma 4).

## **2. ON EXPLIQUE DEPENDANCE TABAGIQUE ET AIDE A L'ARRET.**

Il s'agit d'induire chez le patient une réflexion sur le processus de dépendance tabagique et les règles de l'arrêt . On suscite ainsi son adhésion et sa compliance au programme d'aide (arrêt et suivi).

Aussi doit-il comprendre que le sevrage tabagique répond à des règles validées scientifiquement, qu'il n'est pas une simple « question de volonté » mais un véritable apprentissage procédant de l'application et de la durée. A lui de comprendre que « arrêter le tabac, c'est plus que simplement arrêter de fumer un certain temps »... c'est un changement de comportement qui nécessite temps et rigueur... Enfin qu'il reste l'acteur principal de sa réussite mais que le thérapeute lui apporte sa compétence et sa disponibilité.

Le patient doit pouvoir se situer dans les 3 phases successives de la tentative :

La première est la phase dite de préparation. Elle préside à la prise de décision de l'arrêt (le fumeur consonant devient progressivement dissonant passant d'une phase de pré-intention à une phase d'intention (peu à peu, la décision de l'arrêt se formalise dans sa pensée). Elle débute en moyenne dans les 6 mois qui précèdent la décision d'arrêt.

A ce stade, l'important ne nous paraît pas tant être le motif (davantage façon de matérialiser cette prise de décision) que le mûrissement dont procède cette dernière et relève de facteurs divers largement inconscients et inqualifiables à l'heure actuelle (les tentatives d'arrêt antérieures : nombre, déroulement... sont indicatives du processus de mûrissement lui-même).

La deuxième est dite phase d'action (arrêt proprement dit) et conduit celui qui a pris la décision (quels qu'en soient les avantages escomptés et les craintes redoutées) à s'arrêter effectivement. Trois niveaux d'intervention doivent s'associer :

- La dépendance pharmacologique dans laquelle la nicotine tient une place centrale (à l'origine du besoin pharmacologique) soutient le concept de substitution nicotinique qui bien conduite permet de doubler le taux d'arrêt à 12 mois.
- Les dépendances psychologique et comportementale relèvent pour leur part d'une patiente prise en charge de type cognito-comportemental. Cette dernière permet au patient de mieux dominer les pulsions tabagiques que celles-ci impliquent stimuli internes ou environnementaux.
- L'adoption par le patient de nouvelles attitudes qui modifieront sa relation au monde et empêcheront que son arrêt soit seulement un artifice ponctuel dans une dimension de vie ou rien n'a évolué. Ainsi suscitera-t-on, en respectant ses désirs et ses choix, activité physique et/ou ludique nouvelles et régulières, meilleur équilibre diététique, gestion plus efficace du stress induit par vie professionnelle ou extra-professionnelle.

A cette phase, les effets secondaires de l'arrêt doivent être prévenus ou traités (troubles du sommeil, anxio-dépressifs, prise de poids...).

La troisième est dite phase de maintenance (maintien dans l'abstinence). Elle marque la sortie du tabagisme, c'est-à-dire le passage de l'état de « STOPPEUR » (« j'ai enfin arrêté ») à celui d'EX FUMEUR (« j'ai arrêté à tout jamais »), changement qui inclut la dimension de deuil. Cette lente intériorisation de la modification du comportement, profite d'un accompagnement mêlant disponibilité et empathie. Au thérapeute de savoir être ce miroir pour permettre à la « maïeutique extra-tabagique » de s'opérer.

### **3. LES DECISIONS THERAPEUTIQUES PRISES, LA TENTATIVE DEBUTE.**

#### **LA SUBSTITUTION NICOTINIQUE.**

Il n'y a pas de médicament capable à lui seul de supprimer l'envie de fumer mais la substitution nicotinique permet de la réduire significativement (surtout chez le sujet fortement dépendant jadis échec quasi constant à l'arrêt du tabac). En limitant la sensation de manque, elle améliore le confort dans l'arrêt, elle réduit la fréquence et la gravité des effets secondaires, elle double le taux d'arrêt à un an.

Ses principes sont clairement définis :

- Elle doit être proposée chez le sujet dépendant ( $Fagerström \geq 4$ , on n'hésitera pas à reformuler les différentes questions du test si ses résultats paraissent minorer l'impression clinique).
- La posologie initiale doit permettre un apport nicotinique suffisant (supérieur ou égal à 80 % de l'apport tabagique) le sous dosage exposant au syndrome de manque ou « craving » défini par le DSM IV (humeur dysphorique ou dépressive, insomnie, irritabilité, anxiété, difficulté de concentration, fébrilité, diminution de la fréquence cardiaque, augmentation du poids et de l'appétit) qui induit une pulsion irrésistible à fumer (compulsion).

Si seul le dosage de la cotinurie permet l'adaptation précise de l'apport substitutif (il est une aide précieuse chez les sujets fortement dépendants :  $Fagerström \geq 7$ ), en pratique courante l'apport substitutif est corrélé au fait qu'une cigarette délivre en moyenne 1 mg de nicotine... Ainsi à titre d'exemple, la substitution initiale pourrait être :

- 30 cigarettes quotidiennes : timbre à 21 mg + timbre à 10 mg
- 20 cigarettes quotidiennes : timbre à 21 mg  $\pm$  gommes ou tablettes à la demande.
- 15 cigarettes quotidiennes : timbre à 14 mg  $\pm$  gommes ou tablettes à la demande.

Les risques de surdosage sont faibles et se manifestent dans les 48 premières heures (notamment si le sujet poursuit son tabagisme) associant palpitations, tachycardie, maux de tête, insomnie, nausées, diarrhées en l'absence d'envie de fumer. ; signes réversibles (en quelques heures) à l'arrêt de la substitution.

- Elle doit s'accompagner d'un arrêt total et brutal du tabagisme.

- La durée du traitement doit être suffisamment longue en moyenne 3 mois (il est des cas où elle peut être raccourcie, l'expérience montre que chez le sujet fortement dépendant, elle dépasse souvent la durée moyenne).
- La diminution progressive de l'apport substitutif est non moins nécessaire.

Ses modalités sont variées faisant appel aux différents types d'apport :

- Les timbres transdermiques permettent de maintenir une nicotémie stable au cours de la journée, appliqués sur une peau saine et sèche. Ils sont rarement à l'origine d'intolérance locale ou d'allergie. L'application du timbre 24h/24 occasionne parfois des perturbations de la qualité subjective du sommeil (activité onirique renforcée, réveils plus fréquents dans la nuit) parfois corrigés en retirant le timbre au coucher. L'innocuité de ce type de substitution (à posologie adaptée) est démontrée chez coronarien et femme enceinte.
- Les gommes (à mâcher lentement) ou les tablettes à sucer permettent un apport perlingual de nicotine (en moyenne 0,6 à 1 mg par unité) , elles sont souvent insuffisantes à elles seules pour compenser le manque chez les sujets fortement dépendants.
- L'association timbre transdermique – apport perlingual est possible. Dans l'avenir inhalateur et spray nasal seront utilisables.

#### **PRISE EN CHARGE DES DEPENDANCES PSYCHO-COMPORTEMENTALES.**

Elle s'inscrit dans la durée et profite d'un climat de confiance liant patient et thérapeute. La démarche doit être analytique et pragmatique ; elle s'enrichit au cours des consultations successives.

- **L'APPROCHE COMPORTEMENTALE** reconnaît au fumeur une vie intime et sociale source de stimuli internes (émotions) ou environnementaux (pressions sociales) qui déclenchent la pulsion tabagique. Analysés, ils seront contrôlés (éviter, opposition... sur fond d'apprentissage) en dominant mieux les stimuli, le fumeur évite la rechute, renforce son abstinence et accroît sa confiance en lui-même.
- **L'APPROCHE PSYCHOLOGIQUE** reconnaît trois grands types de services psychologiques offerts par le tabagisme : recherche du plaisir, soutien à la relation sociale, effet anxiolytique dont il faut décrypter tenants et aboutissants en essayant d'apporter des solutions de remplacement.

#### **AUTRES INTERVENTIONS :**

- **PRISE EN CHARGE D'UN ETAT DEPRESSIF.**

Dépression avérée ou dysphorie doivent être diagnostiquées et traitées avec le plus grand soin, elles pèsent lourdement sur le pronostic de la tentative. Le cas échéant, un traitement antidépresseur sera induit (préalable éventuel à la tentative d'arrêt) le choix se portera sur les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (FLUOXETINE, PAROXETINE...). Si de tels états ne sont pas rares chez le candidat à l'arrêt, pour autant rien ne justifie l'utilisation systématique d'un traitement antidépresseur lors du sevrage tabagique.

- **MESURES COMPLEMENTAIRES.**

Elles ont pour but de limiter les effets secondaires de l'arrêt, d'améliorer la qualité de vie lors de la tentative et de l'inscrire dans une modification comportementale plus large :

- Arrêt total et définitif du cannabis
- Réduction significative des excitants (café, alcool)
- Equilibre alimentaire meilleur (dîner léger, réduction des apports en matière grasse) avec supplémentation du régime en sucres courts et vitamine C dès le réveil.
- Pratique d'une activité physique régulière (respectant les goûts du patient).

- **CERTAINS PSYCHOTROPES OUVERT DES PERSPECTIVES NOUVELLES.**

Moyens thérapeutiques encore expérimentaux ou de seconde intention, ils seront d'utilisation courante dans un avenir proche. Ils permettent la stabilisation du taux de dopamine et autres neuro-médiateurs centraux afin de limiter la sensation de manque, l'incidence des manifestations dépressives et la prise de poids. Ils améliorent significativement le taux d'arrêt à 12 mois. Rentrent dans ce cadre le BUPROPION et les IMAO de nouvelle génération, lesquels peuvent être, le cas échéant, associés à la substitution nicotinique.

#### **4. A LA 48<sup>ème</sup> HEURE, LE PATIENT CONFIRME SON ARRÊT.**

On profite de son appel téléphonique pour lui faire décrire le vécu de son arrêt (craving, absence de manque, risques de surdosage en nicotine), le renforcer (encouragement, valorisation) et lui rappeler la date de son prochain rendez-vous.

#### **LORS DE LA DEUXIEME CONSULTATION (J0 + 7 JOURS).**

##### **1. ON EVALUE REALITE ET QUALITE DE L'ARRÊT.**

###### **REALITE DE L'ARRÊT.**

Il s'agit là de « vérifier » l'absence de toute prise tabagique depuis le début de la tentative (cigarette et/ou bouffée). ; l'interrogatoire et la mesure du CO dans l'air expiré (< 10 PPM) sont seuls disponibles (la mesure de la cotinurie est sans intérêt chez le patient bénéficiant d'une substitution nicotinique). Toute prise tabagique sera analysée afin d'en découvrir la parade.

###### **QUALITE DE L'ARRÊT.**

On apprécie craving, pulsions à fumer, effets secondaires divers dont on évalue l'intensité dans le but de parfaire la prise en charge des dépendances pharmacologiques et psycho-comportementales.

###### **LA CONDUITE DE L'ENTRETIEN EST DELICATE.**

Elle ne doit pas se faire sur un mode trop directif ; au contraire, d'inciter le patient à exprimer librement son vécu afin de mieux appréhender les solutions aux difficultés de l'arrêt (les meilleures sont celles qu'il découvre lui-même).

On doit respecter les différentes facettes de sa personnalité, l'assurer d'une disponibilité sans faille et développer un climat d'empathie favorable à confiance, dialogue et compliance vis-à-vis du traitement.

Mais il faut savoir aussi :

- rappeler les objectifs de sa démarche (arrêt total et définitif du tabagisme) notamment s'il tendait à négocier la consommation d'une ou plusieurs cigarettes rituelles (fin de repas...) ou occasionnelles (ambiance festive...) fréquentes causes de rechute.
- Demander au patient de reformuler ses objectifs, ses attentes et ses craintes en lui faisant mettre en perspective ce qu'il imaginait et ce qu'il constate.

**2. LA MESURE DES CONSTANTES CLINIQUES OU FONCTIONNELLES** (fréquence cardiaque, pression artérielle, Peak Flow ou VEMS, CO dans l'air expiré) peuvent servir à renforcer l'arrêt (bio-feed back).

##### **3. LA POSOLOGIE DE LA SUBSTITUTION EST ADAPTEE.**

A ce stade, généralement poursuite en l'état à moins qu'un craving persistant et mal dominé nécessite d'augmenter l'apport substitutif.

#### **LORS DE LA TROISIEME CONSULTATION (J0 + 21 OU 28 JOURS).**

##### **1. UN LIEN CONFIAANT SUR FOND D'EMPATHIE S'EST INSTAURE.**

- Il accroît la compliance du patient vis-à-vis du protocole de prise en charge.

Ce dernier doit avoir compris que l'arrêt du tabac est un apprentissage et que le suivi est un élément décisif dans sa réussite.

Il exprime le vécu de son arrêt et les bénéfices qu'il en tire (renforcement de l'arrêt) :

###### **Bénéfices objectifs :**

- Amélioration de la symptomatologie fonctionnelle respiratoire, ORL ou cardiovasculaire.
- Amélioration des perceptions olfactives ou gustatives.
- Bénéfices esthétiques (teint, rides, haleine, voix, cheveux...)
- Disparition de l'odeur de tabac sur les vêtements et dans voiture, maison, bureau...

### **Bénéfices subjectifs :**

- Soulagement, libération ou fierté de la réussite.
- Satisfaction et reconnaissance de l'entourage.
- Exemplanité, éventuellement source de décision d'arrêt d'autrui.

Il prend conscience des transformations qui s'opèrent (relation avec les autres fumeurs ou non fumeurs, relation avec lui-même : moi obéré qui se libère, relation avec le tabac...).

## **2. LA PRISE EN CHARGE PSYCHO-COMPORTEMENTALE EST CAPITALE.**

Elle identifie les difficultés non résolues (ou nouvelles) afin de les solutionner et prépare le patient à se confronter aux circonstances de rechutes qui doivent être connues de lui (d'après LAGRUE) :

- persistance ou reprise de la dépendance physique (8 %)
- Perte de motivation, souvenir du plaisir pris à fumer (10 %)
- Prise de poids (15 %)
- Stress, événement douloureux (16 %)
- Stress chronique, tension psychologique (13 %)
- Dépression (16 %)
- Convivialité, pressions environnementales (16 %)

dans toutes les situations critiques le patient doit pouvoir compter sur la disponibilité du thérapeute ou de son équipe (écoute téléphonique ou accueil).

## **3. LES EFFETS SECONDAIRES SONT RECENSES ET TRAITES.**

Tout particulièrement état dépressif et prise de poids.

## **4. LA SUBSTITUTION NICOTINIQUE EST POURSUIVIE.**

A cette étape, la diminution peut en général commencer.

## **LORS DES QUATRIEME ET CINQUIEME CONSULTATIONS (J0 + 60 ET 90 JOURS).**

### **1. LA SUBSTITUTION NICOTINIQUE SE POURSUIT JUSQU'À L'ARRÊT.**

Cette diminution est progressive, elle tient compte des besoins inhérents à chaque individu, elle peut se poursuivre au delà de la durée moyenne de 3 mois (sujets fortement dépendants : Fagerström  $\geq 7$  ; gros consommateurs ; cotininurie initiale très élevée ; terrain anxio-dépressif...).

### **2. ON EVALUE L'EQUILIBRE GENERAL DU PATIENT**

En précisant sa nouvelle « organisation de vie » tout autant que son niveau de confiance en lui, sa capacité à gérer les situations critiques propices à la rechute. Ceci procède autant de l'affirmation de soi, d'une meilleure gestion du stress que de la mise en place de stratégies de résistances efficaces (contrôle du stimulus et/ou de la réponse).

## **LES CONSULTATIONS ULTERIEURES.**

### **1. LA CHRONOLOGIE ET LE NOMBRE SONT ADAPTES AU PATIENT.**

La durée de l'intervalle qui les sépare, proposée par le médecin est validée par le patient... l'arrêt de la surveillance relevant de la décision de ce dernier. Passée la phase d'arrêt proprement dit, le patient entre dans la phase de maintenance (au delà du 6<sup>ème</sup> mois après le début de la tentative).

A cette phase, les mécanismes psycho-comportementaux du tabagisme doivent être contrôlés afin de prévenir efficacement les récurrences. Celles-ci sont fréquentes (60 à 80 %) dans les 12 premiers mois qui suivent l'arrêt. Ainsi faut-il assurer un suivi étalé sur la première année (et au moins les 6 premiers mois) ; 5 à 10 consultations suffisent habituellement mais le patient doit savoir prendre contact et pouvoir obtenir un rendez-vous lors des caps difficiles.

## **2. LE SUIVI EST UN ELEMENT PRONOSTIC DETERMINANT.**

Il permet d'inscrire la tentative d'arrêt dans la durée seule à permettre l'apprentissage à dépasser dépendances psychologiques et comportementales. Mais ceci est impossible en l'absence d'une prise en charge efficace de la dépendance pharmacologique permettant par ailleurs de limiter le risque de prise de poids et dépression.

La qualité du suivi conditionne largement le résultat global de l'arrêt à 12 mois (selon LAGRUE) :

- globalement : 26 %
- suivi de 1 mois : 10 %
- suivi de 1 à 3 mois : 28 %
- suivi de 3 à 9 mois : 38 %

### **PRONOSTIC DE L'ARRÊT.**

Il est difficile d'avancer des résultats parfaitement précis ou explicites des causes de succès ou d'échecs. Les comportements humains reposent en effet sur des paramètres multiples, largement interactifs et échappant aux modalités habituelles de l'évaluation scientifique.

## **L'ARRÊT : DEFINITION, EVALUATION.**

### **1. DEFINITION.**

Il n'est possible de parler d'arrêt qu'en cas d'absence de prise tabagique depuis le début de la tentative (« QUITTING DAY » : QD), quelques faux pas (« LAPSE » ou « SLIP ») peuvent toutefois être tolérés à la phase initiale de la tentative.

Les assertions du patient doivent être confirmées par la mesure de marqueurs du tabagisme (CO dans l'air expiré, cotinine dans les urines)... à 12 mois, il existe environ 20 % d'affirmations d'abstinence erronées. Mais au total, la notion d'arrêt se définit comme une « prévalence ponctuelle ».

Par convention, on définit trois stades d'arrêt :

- Arrêt à 6 mois : Arrêt récent
- Arrêt à 12 mois : Arrêt persistant
- Arrêt à 24 mois : Arrêt confirmé

### **2. EVALUATION.**

Globalement, on estime que le taux d'arrêt spontané dans une population de fumeurs est de 2 % par an... la simple incitation médicale, éventuellement « conseil minimal » (schéma 5) double ou triple ce taux sur la même période... La prise en charge selon les principes ici exposés permet d'atteindre un taux d'abstinence de 30 à 40 % à 12 mois.

La vérification de la réalité de l'abstinence est répétée tout au long de la prise en charge. Certaines étapes sont importantes (QD + 3 mois, QD + 6 mois, QD + 12 mois) et guident la chronologie des consultations.

## **PLUSIEURS REMARQUES S'IMPOSENT.**

### **1. UNE ALCHIMIE DE FACTEURS CONDITIONNE LE PRONOSTIC.**

Si la compensation efficace des dépendances pharmacologique, psychologique, comportementale associée au suivi prolongé sont des éléments décisifs du pronostic, beaucoup d'autres facteurs interviennent.

La qualité de la décision d'arrêt mêle motivation, maturation, circonstances déclenchantes ; et les conditions environnementales dans lesquelles s'inscrit l'arrêt ne procèdent ni de la prise en charge, ni du choix du patient, guère plus de sa personnalité.

Enfin, il y a cette part d'indéfinissable qui lie patient et thérapeute pour transformer des situations précaires en succès inattendus.

### **2. Y A-T-IL DES SEVRAGES TABAGIQUES A RECUSER ?**

Les périodes de préparations d'examens profitent des effets psycho-actifs induits par la pratique tabagique (stimulation des performances cognitives d'origine nicotinique). On doit alors retarder la tentative de quelques semaines.

Les périodes marquées d'événements douloureux au plan professionnel ou personnel ne sont pas favorables à la réussite, elles favorisent l'émergence de dépression au cours d'une tentative qu'il peut être légitime de différer.

Il est illusoire de penser pouvoir arrêter durablement un tabagisme si l'on reste dépendant d'autres toxiques (alcool, cannabis). La prise en charge de l'addiction associée préalablement ou parallèlement au sevrage tabagique s'impose.

Les troubles psychiatriques majeurs (psychose, schizophrénie, troubles graves de la personnalité, syndromes déficitaires, Alzheimer...) associés à la pratique tabagique (patients généralement fortement dépendants) vouent généralement la tentative d'arrêt à l'échec.

### **3. Y A-T-IL DES PERIODES PLUS FAVORABLES A L'ARRET ?**

S'il est possible de définir des situations peu favorables au succès, il est plus délicat de caractériser les moments pour réussir la tentative.

La « bonne période » ne serait-elle pas d'abord celle qui est choisie par le patient pour tenter l'arrêt ? L'adhésion du patient au projet thérapeutique et sa compliance au suivi ne traduirait-elle pas déjà sa projection dans une dimension de réussite définitive ? Ces éléments ne feraient-ils pas passer, de fait, le médecin d'un statut de technicien du sevrage tabagique dans celui de témoin objectif de la réussite du patient ?

## **LES DIFFERENTS FACTEURS DE PRONOSTIC.**

### **1. L'ÂGE.**

Chez l'adolescent ou l'adulte jeune (avant 25 ans), la décision de tenter l'arrêt et les succès dans la tentatives sont rares. Motivation et maturation ne s'installent que progressivement, tandis que les dépendances pharmacologiques et psycho-comportementales se constituent rapidement.

A défaut d'être l'âge de la réussite dans l'arrêt, la 4<sup>ème</sup> décennie est souvent la période où la perception d'un « besoin » ou d'une « réussite » de s'arrêter s'opère.

## **2. LE SEXE.**

Les troubles anxio-dépressifs paraissent plus fréquents chez la femme au cours du sevrage ; ils paraissent majorés par la période prémenstruelle et rendent l'arrêt plus délicat.

Chez elle, la prise de poids est particulièrement redoutée et en moyenne plus importante que chez l'homme... fréquente source de reprise du tabagisme.

Le temps de maturation précédant la tentative victorieuse paraît plus long chez la femme qui aurait besoin d'un nombre de tentatives d'arrêts supérieurs à l'homme avant de réussir.

## **3. LA PROFESSION.**

Son impact est difficile à évaluer. Néanmoins, certains travaux postés, de nuit, nécessitant efficacité cognitive, marqués par des phases d'attente ou un contexte anxigène rendent la tentative plus problématique.

## **4. L'INJONCTION DU MEDECIN.**

Elle peut inciter à l'arrêt, voire être source de la décision de tenter l'arrêt. L'impact du conseil minimal n'est plus à démontrer. Pour autant, les modalités de l'intervention du médecin et le contenu de son discours restent autant que la nature de la relation médecin-patient (confiance – empathie) décisifs.

## **5. LA DEPENDANCE NICOTINIQUE.**

Le sevrage est d'autant plus difficile que la dépendance est forte... Les fumeurs ayant une forte dépendance nicotinique sont ceux qui ont les dépendances psycho-comportementales les plus marquées... Ce sont également ceux pour lesquels le risque anxio-dépressif est le plus présent... Ainsi, chez de tels patients, la prise en charge du sevrage doit-elle être renforcée.

Si l'on prend pour référence les valeurs de l'indice nicotinique :

- Fagerström  $\leq 5$  : 50 % d'arrêt à 12 mois avec ou sans substitution nicotinique
- Fagerström  $\geq 8$  : 10 % d'arrêt à 12 mois en l'absence de substitution nicotinique lors de la tentative d'arrêt.

## **6. TOXICOMANIE ASSOCIEE.**

### **TOXICOMANIE ALCOOLIQUE.**

Il existe de nombreuses similitudes entre toxicomanie alcoolique et tabagique (courbes d'abstinence superposables, succession de cycles « arrêt-rechute » avant abstinence « définitive ») mais la dépendance tabagique (d'abord comportementale puis associant la dimension pharmacologique) s'installe beaucoup plus rapidement que l'alcool dépendance.

Tous les buveurs, y compris excessifs, ne deviennent pas alcool-dépendants, par contre 60 % des fumeurs ont une dépendance tabagique nette... et plus de 80 % des sujets alcool-dépendants sont fumeurs (et fortement dépendants au tabac).

L'association alcool-tabac relevant de causes multiples (action synergique de l'alcool et du tabac sur le système dopaminergique cortico-méso-limbique, facteurs culturels, sociologiques, environnementaux, psychologiques, génétiques communs...).

En matière de sevrage, quelques règles simples doivent être rappelées :

- Un fumeur alcool-dépendant ne peut interrompre durablement sa pratique tabagique sans interrompre préalablement ou parallèlement sa pratique alcoolique.

- Ces patients ont généralement plus de difficultés à arrêter le tabac que l'alcool. Par contre, chez les « ex alcoolo-dépendants », l'arrêt du tabac ne favorise pas la reprise alcoolique, au contraire, il paraît pérenniser l'arrêt de l'alcool.
- L'arrêt du tabac favorise une légère et transitoire augmentation de la prise alcoolique chez le buveur excessif, ce qui n'est pas vrai chez le buveur occasionnel.
- Le buveur excessif a fortiori alcoolo-dépendant, présente une dépendance nicotinique élevée et des troubles anxio-dépressifs fréquents lors du sevrage. Il convient de réaliser chez eux une substitution nicotinique forte (adaptation de la posologie grâce à la mesure de la cotinine dans les urines), l'usage d'antidépresseurs (IRS) est fréquent.

## **AUTRES TOXICOMANIES.**

Toutes les drogues (licites ou illicites) sollicitent le système de récompense du cerveau incluant les voies dopaminergiques cortico-méso-limbiques. Qu'elles soient psycho-dépressives (opiacés naturels, benzodiazépines), psycho-stimulantes (cocaïne, héroïne, ecstasy, LSD, amphétamines) ou qu'il s'agisse de cannabis, leur usage est fréquemment associé à celui du tabac (forte dépendance tabagique).

L'usage des drogues illicites s'accompagne d'un lot de désocialisation, délinquance et pathologies infectieuses (VIH, VHC...) qui font souvent mettre au second plan la prise en charge du sevrage tabagique.

La pratique du cannabis (résine ou marijuana) se généralise. Elle pose un problème grave en cas de sevrage tabagique. Les consommateurs de cannabis et fumeurs de tabac ont généralement une forte dépendance nicotinique ; bien souvent ils veulent interrompre leur tabagisme mais garder le cannabis !! La prise en charge a ses spécificités (les manifestations anxio-dépressives sont fréquentes), elle doit être double (tabac et cannabis).

D'une manière générale, l'existence d'une toxicomanie associée au tabagisme (a fortiori d'une drogue illicite) aggrave le pronostic du sevrage, désigne les sujets les plus fortement dépendants et les plus à risque de manifestations dépressives ; autant que les moins compliants au protocole de sevrage.

## **7. GROSSESSE.**

Le tabagisme se développe dans la population féminine y compris pendant la grossesse (70 % de celles qui fument avant le début de leur grossesse, poursuivent leur tabagisme pendant. 50 % de celles qui arrêtent à cette occasion reprennent après l'accouchement).

Le pronostic de la tentative d'arrêt lors de la grossesse est mauvais chez certaines patientes :

- Les fortement dépendantes à la nicotine (Fagerström  $\geq 7$ ).
- Les femmes alcoolisées (prise en excès ou alcoolo dépendantes).
- Les dépressives (dépression traitée ou non).
- Les célibataires ou divorcées.
- Celles dont le niveau socioculturel est bas.

Un certain nombre de remarques doivent être faites concernant la prise en charge du sevrage tabagique à l'occasion de la grossesse :

- La tentative d'arrêt dans une perspective de grossesse (avant la conception) est de meilleur pronostic qu'en cours de grossesse (que la décision d'arrêt soit spontanée ou suscitée par le gynécologue).

- La substitution nicotinique chez les femmes fortement dépendantes est nécessaire (après épreuve probatoire d'arrêt sans nicotine de 7 jours).

Elle est réalisée 16h/24 (timbre enlevé la nuit) afin d'éviter la concentration de nicotine dans le liquide amniotique.

- La seule prise en charge psycho-comportementale (thérapie de groupe ou individuelle) permet d'obtenir de fréquentes diminutions de la consommation mais elle est souvent insuffisante pour permettre l'abstinence complète.

- Le post partum est difficile à gérer, dysphorie ou dépression authentique sont fréquentes, sources de récurrence.

## **8. MALADIES ASSOCIEES.**

### **MALADIE MENTALE.**

80 % des psychotiques et notamment les schizophrènes fument. Ils sont généralement fortement nicotino-dépendants. Si les tentatives d'arrêt ne sont pas rares, les succès temporaires possibles, les réussites durables restent exceptionnelles.

On admet que la nicotine (entre autres substances contenues dans la prise de tabac) est responsable d'effets psycho-actifs et antidépresseurs interférant avec les neuroleptiques dont elle limiterait les effets extra-pyramidaux et sédatifs.

80 % des patients hospitalisés pour dépression grave fument ; leur nicotino-dépendance est forte, leur sevrage difficile. Leur tabagisme paraît mettre en exergue, les effets psycho-actifs de la nicotine autant que favoriser la régulation émotionnelle.

Force est de constater que le milieu d'hospitalisation psychiatrique est marqué par une pratique tabagique généralisée (soignés et soignants), le tabac jouant le rôle de véhicule à la communication entre des personnalités sommaires ou plongées dans l'inactivité l'essentiel du temps... La répétition de « la fume » pourrait revêtir le sens d'un rituel qui, à défaut de structurer rassure ; à moins qu'il n'ait d'autre vocation qu'à être répété ou devenir une activité de remplacement, presque un rituel éthologique.

### **AUTRES MALADIES.**

Il paraît licite dans le sevrage tabagique de distinguer les maladies d'expressions aiguës et chroniques.

Les affections d'expression brutale respiratoires (pneumothorax, pneumonie), ou cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux) paraissent plus favorables sinon à la réussite du sevrage au moins à l'arrêt immédiat (sidération de la pulsion tabagique ?). Néanmoins, 50 à 80 % des patients, passée la phase critique, reprennent leur consommation ; l'explication de ces récurrences reste complexe, mêlant absence de mûrissement de l'arrêt, forte dépendance, dépression latente ou patente... et déficit de prise en charge !

Les affections d'installation progressive (artérite des membres inférieurs, insuffisances respiratoires...) donnent lieu à des difficultés dans le sevrage en raison du niveau élevé des dépendances, de fréquentes dépressions latentes ou patentes, de personnalités rigides, frustes marquées par de faibles aptitudes à modifier les habitudes.

Les cancers (ORL, bronchiques, vessie) souvent directement liés à la pratique tabagique paraissent avoir des pronostics intermédiaires aux deux aspects précédents. En règle générale, le niveau des dépendances est élevé et si l'arrêt est fréquent pendant la période d'hospitalisation, la reprise ultérieure de la pratique non moins fréquente (plus d'une fois sur deux) retentissant sur le pronostic de l'affection, favorisant la récurrence et l'apparition de nouveaux cancers ou d'autres pathologies liées au tabagisme.

## **CONCLUSION**

L'aide à l'arrêt du tabac est une entreprise délicate qui va bien au delà de la simple compensation des dépendances pharmacologique, psychologique et comportementale mais réalise une prise en charge globale qui tient compte du stade décisionnel du patient tout autant que de sa personnalité.

Cette prise en charge doit être mise en place bien avant la tentative d'arrêt elle-même (stade préparatoire). Elle se poursuit avec la phase d'arrêt proprement dit (stade d'action) pour concerner enfin la phase de suivi (stade de maintenance) qui permet un maintien « définitif » dans l'abstinence.

La compensation de la dépendance pharmacologique relève pour l'essentiel de la substitution nicotinique adaptée (posologie initiale et durée suffisante, arrêt total du tabagisme dès le début de la tentative, diminution progressive). Elle permet d'éviter ou réduire le syndrome de manque (craving) et d'obtenir un arrêt effectif chez le sujet fortement nicotino-dépendant. Elle permet de réduire la fréquence de survenue des effets secondaires (prise de poids, dépression) et leur intensité.

Certains psychotropes actuellement introduits sur le marché permettent également de réduire le manque.

Une telle prise en charge de la dépendance nicotinique permet de doubler le taux d'arrêt à 12 mois.

La prise en charge des dépendances psychologiques et comportementales par une analyse de pratique du ressenti du fumeur permet au patient de mieux gérer les stimuli inducteurs du tabagisme et la réponse tabagique elle-même. Elle permet de renforcer le maintien dans l'abstinence, d'accroître la confiance du fumeur en lui-même et de réduire la fréquence des récidives à long terme.

Le rythme et la chronologie des consultations sont adaptés aux besoins de chaque patient. Sa compliance au protocole de prise en charge n'est possible que si une relation médecin-patient de qualité est acquise mêlant confiance, empathie et solutionnement des difficultés pouvant émailler la tentative.

Autant le patient doit être conscient que l'arrêt du tabagisme procède d'un changement de comportement passant par un apprentissage qui s'inscrit dans la durée, autant c'est lui qui décide de la fin de la prise en charge.

Point n'est besoin d'ajouter qu'une telle prise en charge requiert de la part du médecin disponibilité, responsabilité, compétence et expérience.

## BIBLIOGRAPHIE

**COLLECTIF D'AUTEURS** L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Paris, 8 et 9 Oct. 1998. Editions EDK, 1998.

**ANDRE E.** Le sevrage tabagique dans la pratique quotidienne. Guide médical Pierre Fabre, 1996.

**AUBIN H.J.** Nicotine et troubles neuro-psychiatriques. Masson, 1998.

**LAGRUE G.** Arrêter de fumer. Editions Odile Jacob. Paris, 1998.

**LAGRUE G.** Aide au sevrage tabagique. Guide médical Novartis Santé Familiale, 1998.

**MARTINET Y., BOHADANA A.** Le tabagisme de la prévention au sevrage. Masson, 1998.

**MOLIMARD R., SCHWARTZ J.T.** Le traitement de la dépendance tabagique. Analyses et perspectives. INSERM, la documentation Française, 1989.

**PEIFFER G.** Principes thérapeutiques du sevrage tabagique. Les grands essais thérapeutiques. Le consensus. Enseignement du DIU de Tabacologie NANCY – REIMS - STRASBOURG - CLERMONT FERRAND, 1999.

**PERRIOT J.** Tabacologie. Masson, 1995.

**PERRIOT J.** Comportement fumeur. Dépendance 1996, n°2, 23-28.

**PERRIOT J.** Arbre de décision dans le sevrage tabagique. Propositions clermontoises, explications, compléments et critiques. Alcoologie, Paris 1995, 17, n°1, 79.

**RUFF P.** Le sevrage tabagique. Le Quotidien du Médecin, 1997, Collection FMC n°2.

**SLAMA K, HIRSCH A.** L'aide non médicamenteuse au sevrage tabagique. Rev. Prat. (Paris) 1993, 43, 10 : 1245 – 1250.

## ANNEXES

*Nous ne reproduisons pas certains tests ou échelles essentielles ( Fagerström, HAD, BECK ) que l'on retrouvera après d'autres cours, nous bornant à ceux que nous utilisons le plus couramment au Dispensaire Emile ROUX.*

### **TEST D'ÉVALUATION DE LA REUSSITE (DEMARIA – GRIMALDI)**

1. Je viens à la Consultation spontanément , par décision personnelle..... 2  
Je viens à la Consultation sur avis médical ..... 1  
Je viens à la Consultation sur avis de ma famille ..... 1
2. J'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d'une semaine ..... 1
3. Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnels ..... 1
4. Actuellement, je n'ai pas de problèmes familiaux ..... 1
5. Je veux me libérer de cet esclavage ..... 2
6. Je fais du sport ou j'ai l'intention d'en faire ..... 1
7. Je veux être en meilleure forme physique ..... 1
8. Je veux préserver mon aspect physique ..... 1
9. Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant ..... 1
10. J'ai des enfants en bas âge ..... 2
11. J'ai bon moral actuellement ..... 2
12. J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends ..... 1
13. Je suis plutôt de tempérament calme, détendu ..... 1
14. Mon poids est actuellement stable ..... 1
15. Je veux accéder à une qualité de vie meilleure ..... 2

**Entourer le score correspondant ( $\leq 6$  : Difficultés à prévoir ;  $\geq 16$  : Chances réelles d'arrêt)**

### **QUESTIONNAIRE EMILE ROUX**

*Dans les questions suivantes, cochez les cases qui vous correspondent.*

#### **VERSANT DEPRESSION**

- Vous sentez-vous mélancolique et triste, le cœur à rien ?
- Etes-vous moins en forme au lever ? Faites-vous des cauchemars ?
- Vous arrive-t-il de pleurer ou avoir envie de pleurer ?
- Vous sentez-vous fatigué(e) sans raison apparente ?
- Eprenez-vous souvent moins d'intérêt et de facilité face aux tâches quotidiennes ?
- Avez-vous des difficultés à prendre des décisions ?
- Avez-vous le sentiment d'être peu utile ?

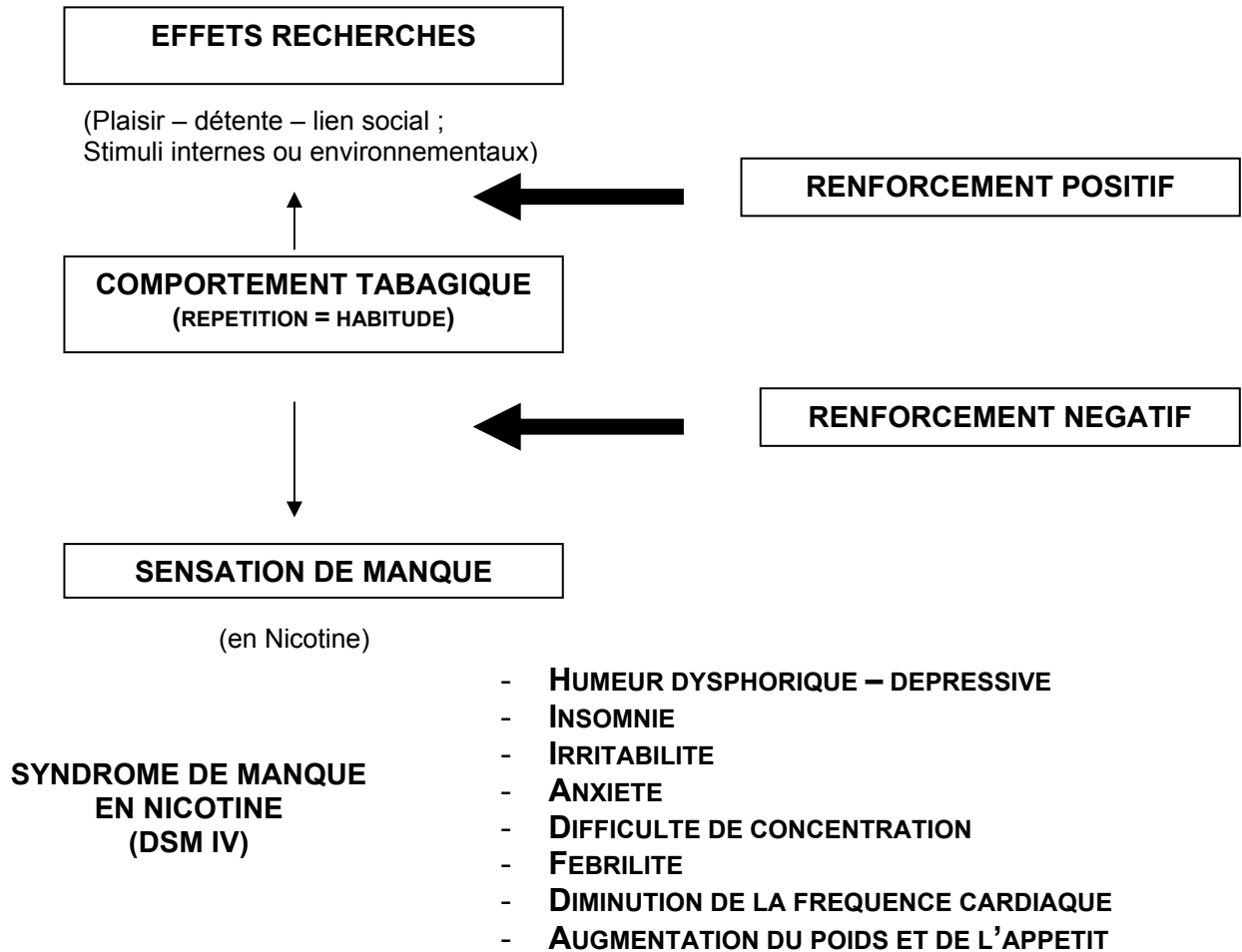
#### **VERSANT ANXIETE**

- Vous sentez-vous plus nerveux(se) et anxieux(se) que d'habitude ?
- Vous arrive-t-il d'avoir peur sans raison ? D'avoir le trac ?
- Etes-vous facilement contrarié(e) ?
- Etes-vous gêné(e) par des maux d'estomac, des douleurs dans le cou, le dos ?
- Parfois, avez-vous l'impression que vous allez vous évanouir ?
- Avez-vous des difficultés de mémoire ou de concentration ?

**UN SCORE DE 5 EN DEPRESSION OU ANXIETE SERAIT INDICATIF**

# Schéma 1 - LA DEPENDANCE TABAGIQUE

G. LAGRUE. ARRETER DE FUMER. Editions Odile Jacob, Paris, 1998



## Schéma 5 – LE CONSEIL MINIMUM

1- Etes vous fumeur ?

↓  
Oui

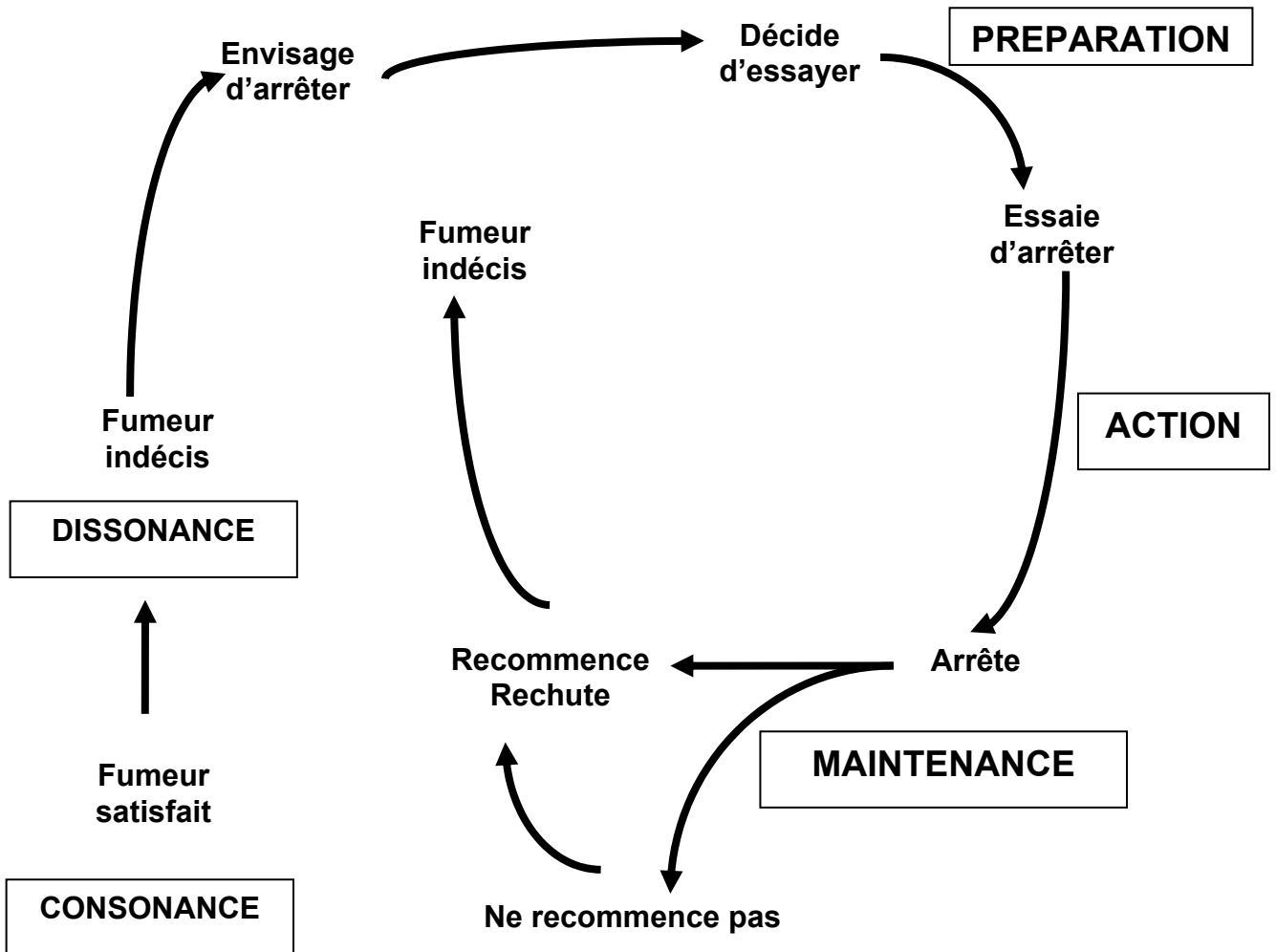
2.- Envisagez-vous d'arrêter de fumer ?

↓  
Oui

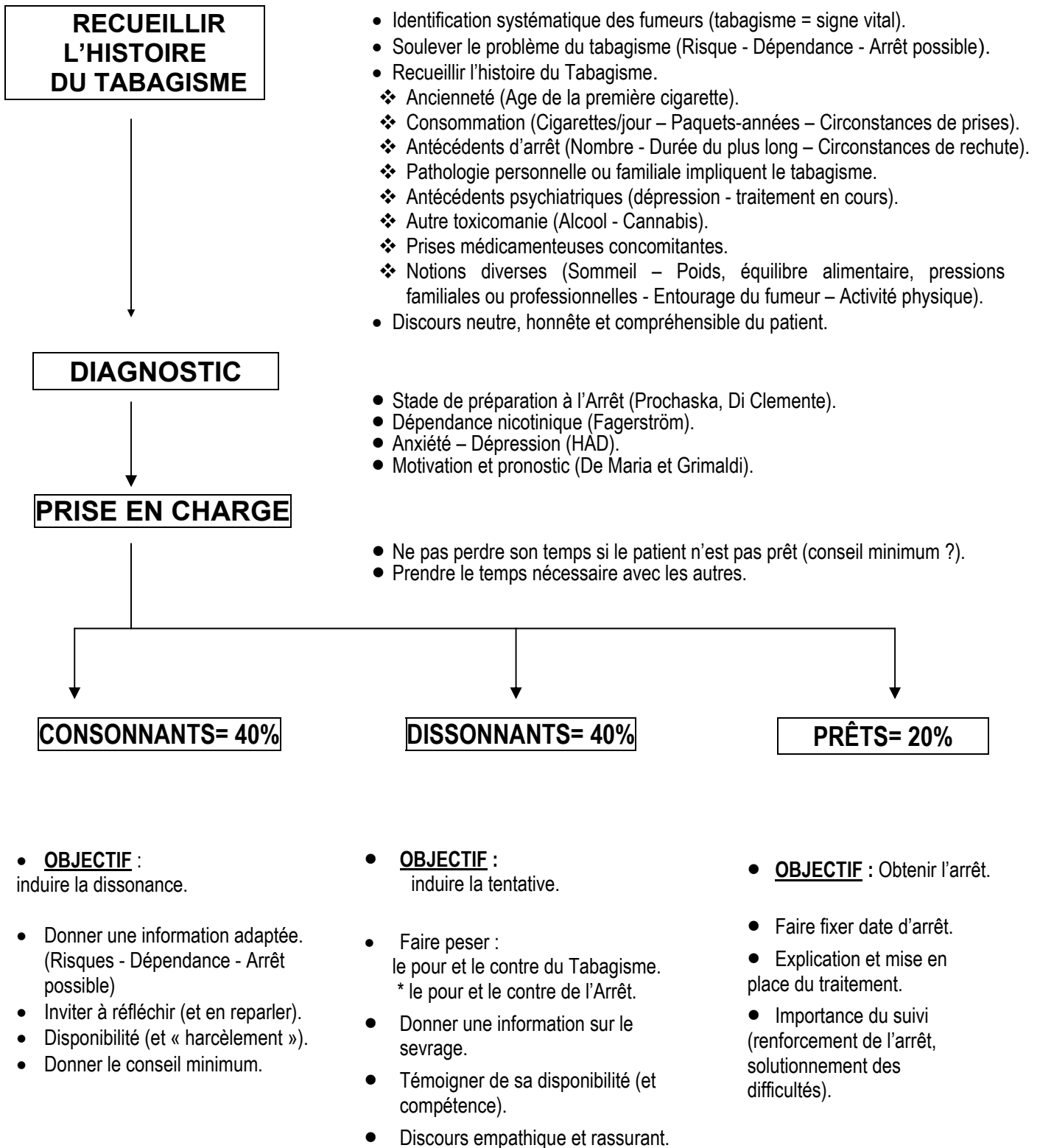
3.- Tenez, voici une plaquette d'information sur les différentes méthodes d'aide à l'arrêt.  
Si besoin, vous pouvez compter sur moi.

## Schéma 2.- EVOLUTION NATURELLE DU TABAGISME

J. PROCHASKA Amer. Psychologist 1992, 47



## Schéma 3.- CONDUITE A TENIR EN FACE D'UN FUMEUR



# Schéma 4 - MODELE COMPORTEMENTAL ET D'EXPRESSION DU PATIENT FUMEUR

