

Les astuces de l'ex-fumeur

Comment éviter la rechute après 6 mois de sevrage

Objectif : Savoir soutenir un ex-fumeur dans sa lutte contre son envie de fumer.

Le médecin généraliste peut aider son patient à dépister les situations à risque, à trouver des alternatives aux effets positifs de la cigarette et à garder une motivation.

La période de sevrage tabagique dure, selon les fumeurs, de 3 à 6 mois. L'ex-fumeur est la personne qui a passé cette période. Or, 1 sur 2 reprend sa cigarette dans l'année qui suit l'arrêt. Pourquoi ? Le médecin généraliste peut-il aider à éviter ce faux pas ?

La connaissance des stades d'évolution du fumeur décrits par Prochaska¹ (encadré ci-dessous) et des actions psychoactives de la fumée de tabac permet d'appréhender les causes de reprises du tabagisme et de mettre en place des stratégies de résistance à la cigarette !

Par **Patrick Dupont**, médecin généraliste tabacologue, hôpital Chenevier, 40, rue Mesly, 94000 Créteil.

SEVRAGE : UNE BALANCE DÉCISIONNELLE ÉVOLUTIVE

Fumer est un comportement renforcé par une dépendance dont la nicotine est le principal responsable. Après une phase d'apprentissage du tabagisme, les effets psychoactifs positifs de la nicotine sont ceux qui apparaissent les plus importants aux yeux des nouveaux fumeurs : effet hédonique, anti-stress, psycho-stimulateur, antidépresseur, anorexigène.^{2,3} La dépendance comportementale et cognitive, liée à ces effets, s'installe progressivement.

L'idée de l'arrêt ne s'impose pas, malgré la connaissance des dangers acquise dès le plus jeune âge. « Le tabac aide à vivre, l'alcool à oublier et toutes les mesures basées sur la peur échouent, car aujourd'hui a sur l'esprit plus de pouvoir que demain ».⁴ Le fumeur est alors dit consonant ; c'est le stade 1 dit d'indétermination de Prochaska, stade qui peut durer de nombreuses années (schéma 1). Le terme d'indétermination peut paraître impropre pour la première partie de ce stade, le fumeur paraissant plutôt déterminé ... à ne pas arrêter de fumer !

Dans une seconde phase, l'accumulation d'informations et de sensations physiques, psychiques et environnementales négatives liées à l'usage de la cigarette fait passer la balance décisionnelle par un point d'équilibre (stade d'indécision ou d'ambivalence) puis la fait pencher du côté « je ne fume pas » (schéma 2).

Plus la balance penche en faveur de l'arrêt, plus la date choisie approche, plus un sentiment nouveau risque de survenir : la crainte de l'arrêt lui-même. La balance décisionnelle peut retrouver un état d'équilibre voire de nouveau pencher fortement du côté du tabac reculant le moment de l'arrêt (schéma 3).

Grâce à sa motivation et aux stratégies d'aide à l'arrêt du tabac, le fumeur parvient souvent à vaincre ses craintes et enfin à arrêter de fumer. Après quelques mois, il ne ressent plus de sensations de manque physique de nicotine, il a appris à repousser ses envies et à lutter contre ses habitudes. Il devient progressivement un ex-fumeur.

Causes des rechutes à moyen terme. La persistance ou la réapparition de la dépendance physique survient en général pendant la période de sevrage. Les syndromes anxiodépresseurs et la prise de poids sont les causes les plus fréquentes de reprise du tabagisme à moyen terme.⁵

Schéma 1 : Balance décisionnelle penchant en faveur de l'usage du tabac

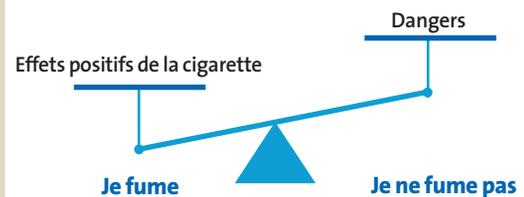


Schéma 2 : Balance décisionnelle penchant en faveur de l'arrêt du tabac

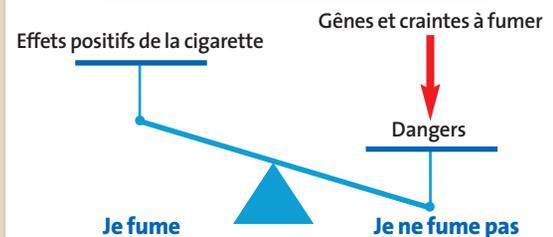
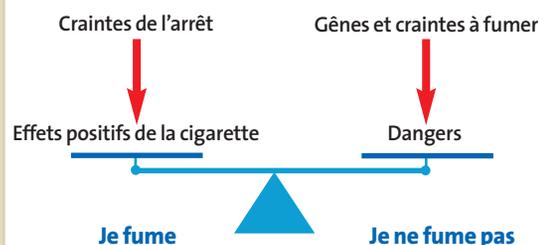


Schéma 3 : Balance équilibrée



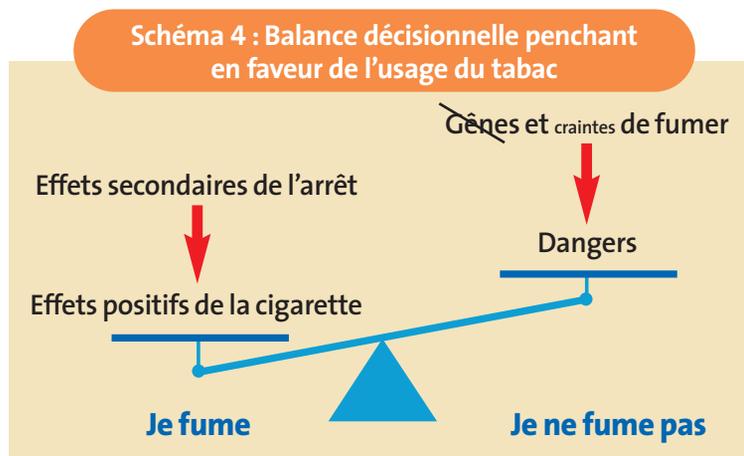
EX-FUMEUR

CAUSES DE RECHUTES DE L'EX-FUMEUR...

... nostalgie de la cigarette

Pendant la période de sevrage, mais aussi bien au-delà de celle-ci, la cigarette peut redevenir tout simplement tentante.

La balance décisionnelle penche alors progressivement vers l'usage du tabac pour plusieurs raisons :
– les gênes à fumer disparaissent à partir du moment où la personne ne fume plus. Dans le même temps et pour la même raison, la crainte de fumer se réduit lentement (schéma 4) ;



– les effets secondaires de l'arrêt et le souvenir des effets psychoactifs de la cigarette finissent par peser plus fort. La nostalgie de la cigarette s'installe (« nostalgie : regret attendri ou désir vague accompagné de mélancolie » *Petit Larousse*).

Ce désir vague peut se déclencher dans des circonstances différentes, d'un fumeur à l'autre, avec des intensités variables (nous ne sommes plus dans les pulsions du début du sevrage). Il est lié à la recherche des effets psychoactifs de la cigarette, effets positifs perdus avec l'arrêt, mais aussi aux représentations cognitives que l'ex-fumeur a gardées de « sa » cigarette. Les situations les plus fréquentes déclenchant ce désir, cette nostalgie, cette envie de fumer sont :

- une situation conviviale. La soirée amicale ou la fin d'un bon repas, entre amis ou en famille, déclenche très facilement une envie de prendre une cigarette dont l'ex-fumeur espère qu'elle sera très bonne ;
- une situation stressante. Il est difficile dans ce cas de parler de nostalgie d'une bonne cigarette, mais il s'agit bien du même processus : celui du souvenir que l'usage de la cigarette « servait » à quelque chose, en l'occurrence à gérer son stress ;
- la difficulté d'identification. Tous les tabacologues ont reçu, au moins une fois, un fumeur déclarant que lors d'un arrêt précédent, il ne se « reconnaissait » plus. Le fumeur ressent un trouble qui peut aller d'un sentiment de simple ennui à la perte de repères d'identité ;

– le plaisir perdu. Une cigarette fait plaisir, la nicotine ayant une action hédonique. Certains fumeurs aiment le goût de la cigarette dans la bouche, parfois la sensation d'air chaud dans le pharynx. Souvent, l'association avec le café ou le verre d'alcool est regrettée pour ses effets physico-chimiques mais aussi pour le moment agréable lui-même.

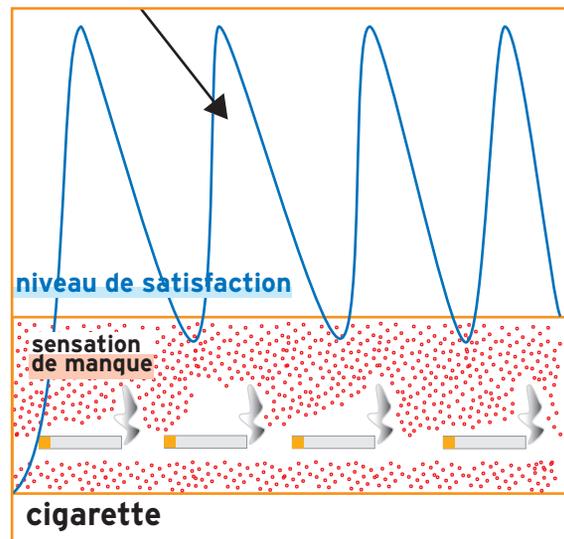
Deux cognitions fréquentes mais erronées pour les ex-fumeurs qui étaient dépendants du tabac renforcent souvent l'idée de prendre une cigarette :

- juste une, cela ne fera pas de mal ;
- j'arriverai bien à n'en fumer qu'une.

... souvenir de la dépendance physique

Le fumeur s'habitue à recevoir régulièrement de la nicotine. Après quelques années de tabagisme, un seuil de besoin s'est constitué, seuil en dessous duquel une sensation désagréable de manque s'installe et au-dessus duquel le fumeur va bien (figure ci-dessous).⁶ Après la période de sevrage l'organisme ne réclame plus « sa » dose de nicotine, mais les récepteurs nicotinniques centraux semblent garder la mémoire de cette dose moyenne habituelle. La prise d'une cigarette, même des années après un arrêt, « réveille » en quelque sorte ces récepteurs neuronaux qui vont, rapidement (la plupart des fumeurs parlent de moins d'une semaine), chercher à retrouver cette « dose » seuil, obligeant à refumer « comme avant » voire plus.

CONCENTRATION DE NICOTINE DANS LE SANG



Évolution de la concentration de nicotine dans le sang : programme Nicomède 2003 (source DGS)

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : UN RENFORT PRÉCIEUX

Le médecin peut, comme dans la phase de préparation à l'arrêt et dans la période de sevrage, être un renfort précieux pour son patient ex-fumeur. Rappelons que tous les effets positifs de la cigarette ne sont pas ressentis par tous les fumeurs et surtout pas avec la

EX-FUMEUR

même intensité. Certains ressentent plus l'effet anti-stress, d'autres l'action psycho-stimulante... L'action médicale après l'arrêt du tabac ne peut donc pas, comme dans le sevrage, être identique pour tous les fumeurs. Elle doit être individualisée et se décline en 3 parties.

Dépister les situations personnelles à risque

Aider l'ex-fumeur à repérer ses situations à risque, les circonstances dans lesquelles les envies de fumer étaient fortes. Le médecin peut proposer à son patient d'être son propre observateur pendant 2 à 3 jours. Ce repérage doit se faire au mieux avant la période de sevrage. Le fumeur doit noter les situations où il allume une cigarette avec, pour chacune, une note de 0 à 10 selon l'importance de l'envie (tableau I).

Ce tableau de « repérage » servira également à l'ex-fumeur.

Heures	Situations	Envie de 0 à 10
7 h 30	Après le petit-déjeuner	9
8 h	En sortant la voiture	4
8 h 20	Sur le quai de la gare	3
9 h	En arrivant au bureau	6

Rechercher des troubles de la personnalité et des troubles psychologiques, tels que la phobie sociale, les troubles paniques, l'anxiété généralisée, la dysthymie, les dépressions masquées... Dans cette tâche, le médecin peut s'aider de tests comme le HAD⁷ ou encore le test de Beck (diagnostic d'une dépression actuelle).⁸

Avec le patient, mettre en évidence la perte (très fréquente) du plaisir de fumer responsable de nombreuses reprises. La question la plus difficile étant, sans doute, ce que le fumeur recherche (ou recherchait) dans chacune de ses cigarettes. Certaines sont faciles à repérer : le besoin impérieux de la première du matin par exemple, la détente de la cigarette après le café de midi. Tous les fumeurs le disent : certaines cigarettes ne procurent pas de plaisir et ils pourraient s'en passer. D'autres sont bonnes, agréables. En d'autres termes, elles font plaisir. La perte de ce ou de ces plaisirs est un obstacle sérieux à la poursuite de l'arrêt du tabac. Dans la phase de repérage, le fumeur ajoute une 4^e colonne au tableau ci-dessus pour y inscrire les sensations ressenties à chaque cigarette et repérer les plus importantes.

Aider à la mise en place des alternatives aux effets positifs de la cigarette

Le repérage des situations où la cigarette avait une importance particulière aide le fumeur à apprendre progressivement à les vivre sans fumer.⁹ Il y est bien parvenu jusque-là. Il a donc appris que c'était possible. Comment a-t-il fait ? Quelles sont les techniques qu'il a mises au point pour y parvenir ? Il a dû modifier son comportement comme aller dans les lieux « non fumeurs », se lever rapidement à la fin du café, ne pas rester sur le lieu d'une envie forte, boire un verre d'eau,

se brosser les dents pour diminuer l'envie... Peut-il s'en resserrer désormais ?

Le médecin généraliste peut aider la plupart des fumeurs à trouver leurs palliatifs aux effets positifs de la cigarette. Une fois repérées, les situations de plaisir ou d'intérêt à fumer par le fumeur lui-même, le médecin travaille avec le patient pour trouver des solutions.

La cigarette fait plaisir : le goût, l'odeur de certains tabacs, la fumée en elle-même, le rituel, le geste de tenir sa cigarette... Sont-ce les seuls plaisirs de cette personne ? Par des questions toujours ouvertes, jamais par des suggestions directes, le médecin peut entraîner son patient dans une réflexion personnelle sur les autres façons qu'il a de se faire plaisir dans la vie, et sur celles découvertes depuis l'arrêt du tabac.

La cigarette est un psychostimulant, elle aide à débiter une action. Après la phase de sevrage, rares sont les fumeurs qui se plaignent encore d'un manque de stimulation. Si tel est le cas, la vitamine C est efficace à la dose de 500 mg, sous forme de pastilles à sucer matin et midi.¹⁰

La cigarette est un anti-stress. Est-ce le seul que connaît le sujet ? Utilise-t-il parfois d'autres techniques pour se détresser ? Si oui, un apprentissage de certaines techniques de relaxation, de respiration abdominale, la pratique de certaines activités sportives ou physiques peuvent être utiles et sont à conseiller. Dans les cas plus difficiles d'anxiété généralisée par exemple, le recours au spécialiste peut être utile (thérapie comportementale et cognitive [TCC] en particulier).

La cigarette soutient le moral. La « déprime » nécessite de l'écoute, du soutien et de l'encouragement. Il est possible de s'appuyer aussi sur l'entourage de la personne. En cas de dépression avérée, une prise en charge particulière, soit par le médecin généraliste soit par le psychiatre, est nécessaire afin d'éviter la reprise de la cigarette.

Dans les cas les plus complexes, le médecin généraliste peut s'appuyer sur les TCC et les thérapies allopathiques réputées efficaces. Les TCC sont actives¹¹ pour trouver des alternatives à la cigarette comme pour apprendre à vivre les situations conviviales, pour gérer des stress, s'affirmer... Le traitement des troubles psychologiques, tels que phobies sociales, anxiétés généralisées et dépression est indispensable. Les TCC¹²⁻¹⁴ et les traitements antidépresseurs IRS ont également fait la preuve de leur efficacité, les IRS ayant l'AMM dans la dépression, l'anxiété généralisée, et certains dans la phobie sociale, les TOC et les troubles paniques.¹⁵

Soutenir la motivation de l'ex-fumeur

Comment compenser la perte d'un plaisir ? Par un autre plaisir ! Le médecin généraliste a le grand avantage sur toutes les autres spécialités médicales de connaître son patient dans son intimité, sa famille, son environnement immédiat. Il est le plus à même de l'aider à trouver un intérêt à son arrêt (en dehors de la perte d'un risque !). Comme nous l'avons vu, chaque fumeur a ses bénéfices personnels. L'ex-fumeur doit mettre le doigt sur un plaisir important pour lui-

EX-FUMEUR

même, né de l'arrêt de son tabagisme. Les techniques des entretiens motivationnels^{16,17} utiles avant et pendant le sevrage, aident à repérer ce ou ces intérêts.

L'entretien motivationnel est une technique d'entretien récente, pas encore enseignée dans les facultés dans le cursus de médecine générale. Il s'agit d'un entretien empathique, fait d'écoute et d'encouragement. Par cet entretien, le médecin tente d'augmenter la confiance du patient dans sa capacité aux changements. En l'occurrence, le fumeur est parvenu à modifier son comportement pendant un temps long (supérieur à 6 mois), il est donc tout à fait capable de poursuivre ce changement. Dans cet entretien, il faut éviter de s'affronter avec le sujet et de forcer sa résistance. Le médecin peut affirmer son désaccord, mais il doit toujours laisser au fumeur le sentiment de liberté de choix en suggérant plutôt des alternatives. Il questionne le patient sur ses bénéfices acquis, oriente la réflexion par des suggestions et n'impose jamais son point de vue (préférer dire : « est-ce que l'arrêt du tabac vous fait gagner du temps ? » plutôt que « vous faites plus de choses avec tout ce temps gagné à ne pas fumer »). Les questions doivent être ouvertes, l'écoute active (écoute en écho par exemple en reformulant les

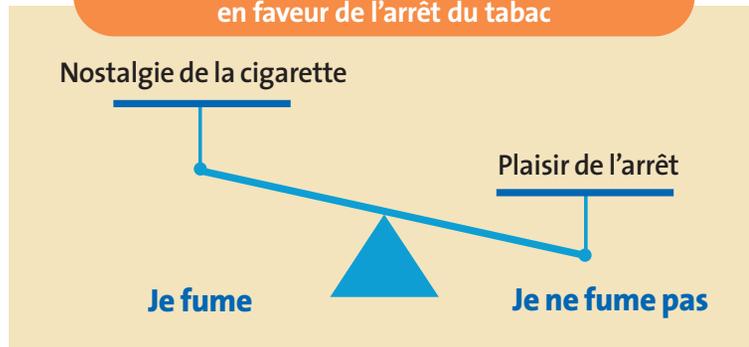
EN RÉSUMÉ

- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

CONCLUSION

Aider une personne à devenir un ex-fumeur heureux, n'est-ce pas là, certes un nouveau défi pour le médecin, au-delà de la nécessité de prévention, mais aussi un défi formidable ?

Schéma 5 : Balance décisionnelle penchant en faveur de l'arrêt du tabac



affirmations du fumeur) et les besoins de changement exprimés doivent être renforcés (« si je comprends bien, depuis votre arrêt vous avez le sentiment d'avoir amélioré vos performances physiques. Aimerez-vous conserver cette amélioration ? »...) Enfin, l'utilisation de brefs résumés aide le patient à s'approprier pleinement les profits de cet entretien.

Le plaisir, l'intérêt, le bénéfice de l'arrêt sont les meilleurs moyens de lutter contre la nostalgie de la cigarette (schéma 5).

L'encouragement à continuer, les félicitations que le médecin doit prodiguer à son patient d'avoir réussi à ne plus fumer sont de puissants renforçateurs de cette démarche pour qu'elle se poursuive indéfiniment. Un patient était dernièrement très heureux de rappeler à son généraliste que cela faisait 8 ans qu'il ne fumait plus. La réponse de ce dernier « vous pouvez être fier de vous » a sublimé le plaisir de cet ex-fumeur.

Références

1. Prochaska JO, DiClemente CC. Stades de Prochaska, Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 ; 51 : 390-5.
2. Le Houezec J. La dépendance à la nicotine. *AIM* 1995 ; 25 : p. 40-5.
3. Lagrue G. Arrêter de fumer ? Paris : Odile Jacob.
4. Hamburger J. Dictionnaire promenade. In : Lagrue G (ed.). Arrêter de fumer ? Paris : Odile Jacob.
5. Lagrue G, Dupont P. Sevrage tabagique : prévenir les rechutes. *Rev Prat Med Gen* 2003 ; 599 : 67-70.
6. Module de formation des médecins généralistes à l'arrêt du tabac. Nicomède version 99-0, topo, diapositive 73.
7. Lagrue G. Tabagisme et dépression, intérêt d'un test de dépistage, le HAD. *Le tabagisme au quotidien* 1992 ; 190-2.
8. Collet L, Cottraux J. Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items). Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *Encephale* 1986 ; 12 : 77-9.
9. Aubin HJ, Dupont P, Lagrue G. Comment arrêter de fumer. Paris : Odile Jacob, 2003.
10. Lagrue G, Mautrait C, Cormier S. La vitamine C peut-elle être utile dans l'arrêt du tabac ? *Presse Med* 2000 ; 29 : 1045-6.
11. L'arrêt de la consommation de tabac, conférence de consensus. Paris 8-9 octobre 1998, édition EDK.
12. Laaribi H, Frikha L, Marchandon MM. Traitement comportemental d'un cas de phobie sociale. *J TCC* 2001 ; 2 : 70-3.
13. Ladouceur R, Fontaine O, Cottraux J. Thérapie comportementale et cognitive. Paris : Masson, 1998 ; 3-74.
14. Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R. Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique. *Encephale* 2002 ; 28 : 374-7.
15. Dictionnaire Vidal.
16. Aubin HJ. L'entretien motivationnel. *Courrier Addict* 2001 ; 3 : 117-8.
17. Léonard T, Matheron I. Intérêt des entretiens de motivation pour les thérapies cognitives et comportementales. *J Ther Comport Cogn* 1998 ; 8 ; 125-30.