

« Le tabac est la drogue la plus dure que le monde ait jamais connue » : tel fut l'alarmant constat du Chirurgien Général Charles Everett Koop, lorsqu'il lança, en mai 1984, sa campagne antitabac aux Etats-Unis¹. Quinze ans auparavant, en septembre 1970, l'éditorial du premier numéro du bulletin du CNCT, *Tabac et Santé*², présentait déjà le tabac comme une drogue à combattre vigoureusement. Mais comment ?

Première cause évitable de mortalité, le tabac tue prématurément plus d'un fumeur sur deux³. D'après la définition de la dépendance retenue en 1975 par l'OMS, celle-ci est établie dès lors qu'une personne consomme régulièrement, ne serait-ce qu'en une seule prise quotidienne, du tabac. Ce n'est donc pas la quantité consommée, mais la compulsion s'inscrivant dans durée, qui définit la dépendance.

Une dépendance complexe, dont le fumeur peut néanmoins s'affranchir sereinement et définitivement, à condition qu'il soit accompagné simultanément sur trois plans : chimique, comportemental et affectif.

La dimension chimique



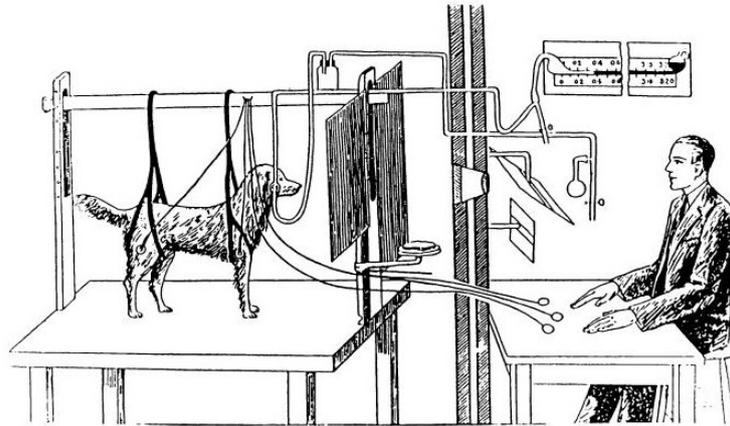
Molécule de nicotine

Principal alcaloïde du tabac, la nicotine est souvent désignée comme seul responsable de la dépendance tabagique. Cette substance augmente la quantité de dopamine, neurotransmetteur impliqué dans la sensation de plaisir. La nicotine imite un neurotransmetteur naturel : l'acétylcholine, qu'elle remplace, en surstimulant les récepteurs nicotiques, sur lesquels elle se fixe. Ces récepteurs sont portés par les neurones du circuit de récompense, les neurones dopaminergiques.

Même si certains fumeurs sont plus dépendants que d'autres à la nicotine, et quelque soit le nombre d'années passées à fumer quotidiennement avant l'arrêt, l'excrétion rénale de la nicotine est rapide : totalement réalisée en moins d'une semaine⁴. C'est pourquoi se contenter de prescrire de la nicotine à un fumeur en période de sevrage tabagique, en attendant que l'envie de fumer lui passe, demeure un artifice. L'apport en nicotine (communément appelé « substitut nicotinique » alors qu'il s'agit d'un complément) peut aider un ex-fumeur à calmer des besoins impérieux durant les premiers jours, mais empêche *de facto* l'excrétion rénale de se réaliser. Par ailleurs, le sevrage nicotinique n'entraîne pas de douleur physique qu'il faudrait prendre en charge. Enfin, une seule inhalation effectuée des années après l'arrêt est susceptible de réactiver rapidement la dépendance chimique.

Pour toutes ces raisons, le fumeur ne doit pas être encouragé à fumer moins, ou à remplacer la nicotine des cigarettes par d'autres sources de nicotine, mais à envisager l'arrêt tabagique définitif comme seule solution concrète à sa dépendance, en se faisant accompagner par un professionnel. Dès lors, c'est sur les deux autres aspects de la dépendance, plus tenaces et complexes, que le tabacologue sera amené à engager le travail préparatoire, indispensable pour aider son patient à « défumer » sereinement.

La dimension comportementale

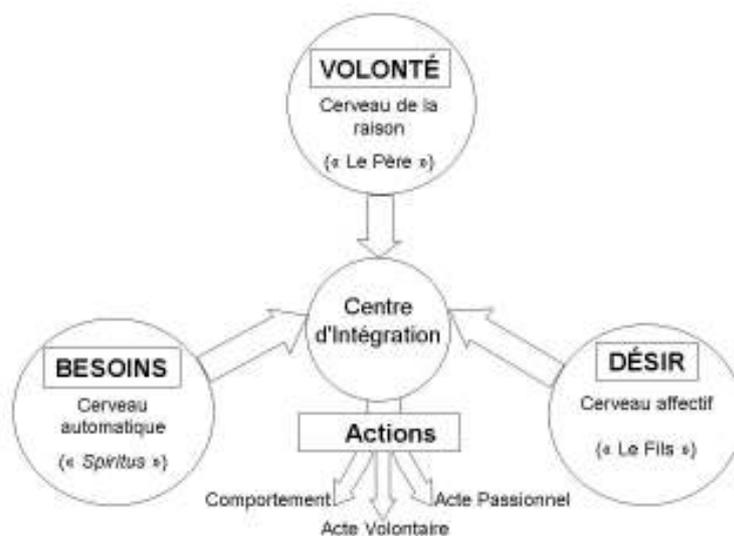


Le chien de I. Pavlov⁵

Ayant remarqué qu'un chien salivait peu avant d'entrer en contact avec les aliments, Ivan Pavlov fit tinter une cloche avant de le nourrir. Au bout de quelques répétitions, il suffisait que le chien entende la cloche pour que la sonde placée dans sa gorge recueille des sécrétions salivaires. Une « situation-signal » s'était installée. Dans un second temps, Pavlov n'alimenta plus le chien après avoir fait sonner la cloche. Le chien saliva les premières fois, mais cessa au bout d'une vingtaine de répétitions. La « situation-signal » s'était éteinte. C'est ainsi que furent découvertes les lois fondamentales de l'acquisition, puis de la perte, des réflexes conditionnels.

A l'instar du chien de Pavlov, le fumeur associe durablement chacune de ses cigarettes à des situations répétées maintes fois en fumant (cigarette-café, cigarette-détente, cigarette-stress, cigarette festive, etc.). C'est pourquoi l'apprenti « défumeur » doit désapprendre à fumer près d'une vingtaine de fois dans chacune des situations apprises, jusqu'à l'extinction de toutes ses « situations-signal ». Ne pas se faire accompagner dans un travail préalable portant sur la dimension comportementale de la dépendance, c'est prendre le risque de céder à la première envie-réflexe, puis de culpabiliser en s'accusant soi-même, à tort, de « manque de volonté ».

La dimension affective



Les trois cerveaux, schéma de R. Molimard⁶ :

Le cerveau automatique (besoins) veille à l'approvisionnement (rôle de « dealer »).

Le cerveau de la raison (décisions) joue le rôle du donneur de leçons (« il faut que... »).

Le cerveau affectif (désirs) est le véritable moteur de l'arrêt tabagique (« j'ai envie de... »)

Un fumeur qui s'abstient de fumer pour des raisons de santé (dictées par le cerveau de la raison) et pense qu'il fait le sacrifice d'un plaisir (d'où conflit avec le cerveau affectif) ne résistera pas bien longtemps à la compulsions. Tout comme les fondations solides d'un bâtiment assurent sa pérennité, le désir réel d'être à nouveau libre, enfin libéré de la dépendance nicotinique, est le seul fondement durable de l'arrêt tabagique.

C'est pourquoi l'assertion selon laquelle il suffit d'avoir de la volonté pour en finir avec le tabac est inexacte. Dépasser le paradigme de la raison en se faisant accompagner par le tabacologue vers celui de la motivation profonde, c'est parcourir le chemin séparant la volonté du désir d'être libre. Ainsi préparé, le fumeur s'autorisera enfin à sortir durablement du labyrinthe tabagique.

* *
*

Le professionnel dentaire est amené à constater quotidiennement les méfaits du tabac sur la santé de ses patients⁷. Un sevrage tabagique est très souvent le préalable nécessaire à une intervention chirurgicale dans la zone bucco-dentaire. Mais, ainsi que l'a souligné Robert Molimard, fondateur des formations à la tabacologie en France⁸, l'action de la nicotine seule ne suffit pas à expliquer, puis prendre en charge, la dépendance tabagique.

Si un sevrage doit être entrepris, il est vivement recommandé de prévoir, en aval, le temps nécessaire à l'accompagnement par un tabacologue sur les trois plans de la dépendance. Afin d'aider le patient à se débarrasser de ses automatismes, puis lui permettre d'aborder le sevrage animé d'un réel désir d'arrêter de fumer, le tabacologue devrait pouvoir intervenir un à deux mois avant l'acte chirurgical, pour guider le patient vers une libération définitive, sans pulsions compensatrices conduisant le plus souvent à une prise de poids, et sans frustration.

Bernard ANTOINE

Tabacologue (DU de Tabacologie, faculté de médecine Paris Sud XI) et hypnothérapeute

¹ « Campaign for a Smoke-Free America by the year 2000 ». The C.Everett KOOP Papers, U.S. National Library of Medicine. Consulter sur Internet : <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/qq/p-nid/85/p-docs/tru>.

² Consultable à la Bibliothèque nationale de France sous la cote 4-JO-25205. Voir aussi, de GODEAU, Éric, « Comment le tabac est-il devenu une drogue ? », numéro spécial consacré à « La société française et le tabac de 1950 à nos jours », *Vingtième Siècle, revue d'histoire*, 2009, n° 102, pp. 105-115.

³ HILL, Catherine et LAPLANCHE, Agnès, « Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2003, n°22-23, pp. 98-100. Consulter aussi la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, sur Internet : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf>.

⁴ Coll., « Pharmacodynamie de la nicotine », rapport public *Tabac : comprendre la dépendance pour agir*, La Documentation française, 2004, pp. 37-44.

⁵ PAVLOV, Ivan Petrovich, *Lectures on Conditioned Reflexes. Twenty-Five Years of Objective Study of the Higher Nervous Activity (Behaviour) of Animals*, traduit en anglais par W. H. Gantt et G. Volborth, New York International Publishers, 1928, p. 138.

⁶ MOLIMARD, Robert, *La fume*, Paris, SIDES, 2000, p. xx.

⁷ « Les hommes fumeurs présentent en moyenne trois dents atteintes de plus que les non fumeurs. Chez les femmes, le décalage est supérieur puisqu'il s'élève à quatre dents. ». ROLAND, Edith, « Etat bucco-dentaire des adultes de 35 à 44 ans », Colloque National de Santé Publique *Addictologie et santé bucco-dentaire*, octobre 2007. Sur Internet : http://ufsb.d.onepoleweb.com/medias/fichiers/071005_addictologieetsantebucco-dentaire-20090302181204.pdf

⁸ MOLIMARD, Robert : professeur de physiologie à la faculté de médecine Paris Sud et chef de service de médecine interne à l'hôpital Max Fourestier de Nanterre ; co-fondateur, en 1982, de la Société d'étude de la dépendance tabagique et des phénomènes comportementaux associés. C'est sous forme d'un diplôme d'université portant le même nom que R. MOLIMARD créait, à l'université Paris Descartes, en 1986, le premier enseignement organisé en France sur le tabac et le tabagisme. En 1990, R. MOLIMARD proposa le néologisme « tabacologie », adopté depuis aussi bien en tant que titre de la Société que pour intitulé des diplômes universitaires et inter-universitaires afférents.