
LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS : LES SÉMINAIRES DE TABACOLOGIE, QUELS ENJEUX, QUELLES MODALITÉS ?

André Emonot et G Mathern

Service de Pneumologie Hôpital Nord 42055 Saint-Etienne Cedex 2

Le tabac véhicule un certain nombre de symboles culturels qui ont à voir avec son histoire, et qui doivent être pris en compte quand on veut élaborer une méthode de désintoxication.

UN PEU D'HISTOIRE

L'histoire du tabac commence par une erreur : Christophe Colomb, lorsqu'il aborde la côte orientale de Cuba en 1492 après deux mois de navigation, croit atteindre les Indes et fait de ses habitants « les Indiens ».

Ses compagnons espagnols voient alors un spectacle nouveau : les Indigènes aspirent la fumée d'une herbe présentée en rouleaux de feuilles sèches allumées à une extrémité. On ne fume pas cette herbe n'importe quand mais en cas de fêtes religieuses chez les Aztèques et les Incas ou pour calmer la faim ou la fatigue, avec d'autant plus de réussite que l'on y associe souvent des feuilles de coca, ou pour se soigner, associée alors à d'autres plantes aromatiques.

On va vite le cultiver en Europe, à Lisbonne ; et de là l'ambassadeur français au Portugal en envoie des graines en France. Ce Jean Nicot porte donc une très grande responsabilité d'autant qu'il présente le tabac comme une plante médicinale de très haute valeur : en 1561 il fait connaître la plante à Catherine de Médicis. Le tabac va se répandre dans toute l'Europe, mais aussi en Egypte, en Inde... Il est pourtant combattu sévèrement par les gouvernements chrétiens et musulmans qui parlaient d'un *produit du diable*.

En Europe même, il a vite des détracteurs : au début du XVIème siècle, Rodrigo de Jerez, compagnon de Christophe Colomb, est arrêté en Espagne par l'Inquisition pour avoir fumé en public : il écoperà de 10 ans de prison pour sorcellerie. Un siècle plus tard, Jacques Ier, roi d'Angleterre, écrit en 1604 : *cette habitude dégoûtante à la vue, repoussante pour l'odorat, dangereuse pour le cerveau, malfaisante pour la poitrine, qui répand autour du fumeur des exhalaisons aussi infectes que si elles sortaient des antres infernaux*. Le favori de la reine, Raleigh, grand fumeur de pipe, sera décapité le jour où les premières cargaisons de tabac virginien arrivent en Angleterre. Il avait osé donner à la pipe un prestige social que le roi n'avait pas supporté...

En Turquie Mourad IV, qui régna de 1623 à 1640 fit démolir les cafés où les Turcs se réunissaient pour fumer. Il fit aussi condamner les marchands de tabac à avoir les pieds

et les mains coupés. Les récidivistes étaient condamnés à mort.

En Russie, après le fouet et l'institution d'un tribunal spécial pour les fumeurs, le tsar Alexis accentua la répression ; les fumeurs furent déportés en Sibérie puis par l'Ukase de 1655 condamnés à mort.

En Chine, on décapitait. Au Japon, les amateurs de tabac étaient condamnés à l'esclavage. Toutes ces réactions contre le tabac furent présentées comme des interdictions religieuses. Et pourtant le tabac n'était cité dans aucun texte sacré : ni le Coran, la Bible, les Védas ...

On voit dans le tabac un démon.

L'attitude médicale est beaucoup plus ambiguë, le tabac étant longtemps présenté comme une panacée. La première mise en garde médicale, en Angleterre, sous Jacques Ier, date de 1601. Le médecin de Louis XIV, Fagon, refuse comme le roi, que l'on fume ou prise en sa présence... Ces mises en garde vont conduire l'Etat à limiter l'usage du tabac par un système de taxes. Au début du XVIIème siècle, la France établit un droit d'entrée sur le tabac en territoire métropolitain. Ce droit sera augmenté par Richelieu.

En 1674 Colbert transforme ce droit en privilège royal exclusif pour la fabrication, la vente ou la distribution du tabac.

En 1735, la France afferme le privilège royal à la Compagnie des Indes Occidentales : il y a interdiction de cultiver le tabac sur tout le territoire métropolitain (sauf Alsace, Flandres, Franche-Comté).

En 1770, le tabac importé des colonies est râpé par la Ferme.

Le 24 février 1791, l'Assemblée constituante décrète la liberté de culture, de fabrication et de débit du tabac sur toute l'étendue du royaume.

En 1811, le monopole du tabac est créé par Napoléon et en 1926, création de la Seita pour gérer le monopole sous la tutelle du ministère des finances.

En 1959, la Seita devient indépendante des contributions indirectes. Elle a dû être aménagée pour obéir aux clauses du traité de Rome sur les monopoles publics. La Seita est transformée en société d'exploitation ouverte aux tabacs importés et en 1995, elle est privatisée.

Les risques

- Dans le monde : 1 million/an de morts prématurés (données OMS).
- Aux USA : 350 000 morts supplémentaires/an.
- En Europe : l'équivalent de 7 avions gros-porteurs s'écrasant chaque jour.
- En France : à peu près 110 000 morts/an dont
 - 30 000 décès par cancer du poumon.
 - 30 000 décès par bronchite chronique.
- Toutes pathologies confondues :
 - 1 décès sur 5 est dû au tabac.
 - Chez l'homme, 1 cancer sur 3 est dû au tabac
 - Autres cancers : pharynx, larynx, lèvre, langue, œsophage, vessie...

D'où : après un premier cancer, quel qu'il soit, il y a nécessité d'arrêter le tabac.

Le tabac a des points d'impact multiples avec un risque de coronaropathie multiplié par 3, d'hyperglycémie et d'HTA.

Quand on regarde les résultats du sevrage tabagique, ils sont très intéressants. On rejoint en 10 ans le risque général des non fumeurs et il est toujours intéressant de s'arrêter de fumer car le tabac a des points d'impact multiples. On gagne des années de vie même en s'arrêtant à l'âge de 70 ans.

Un sevrage difficile et complexe

L'époque des méthodes empiriques et des consultations antitabac stéréotypées est révolue.

Chaque consultation avait *sa* méthode, toujours la même, employée chez tous les fumeurs, sans évaluation, ni esprit critique.

Fumer était une habitude : la volonté associée à quelques méthodes magiques devait en venir à bout, ces méthodes associées étant fort nombreuses : acupuncture, homéopathie, auriculothérapie, mésothérapie ...

En fait le tabagisme est un comportement « appris » renforcé par une dépendance pharmacologique avec la nicotine.

On est obligé, pour aborder les méthodes nouvelles du sevrage tabagique, de préciser deux notions fondamentales : celle du réconfort et celle du renforcement.

Depuis 30 ans, les sciences du cerveau ont été l'objet de progrès considérables grâce notamment au développement simultané de la neurobiologie et des sciences cognitives. Il existe un ensemble complexe de systèmes neuromodulateurs alimentant les structures corticales associatives. Le développement et le fonctionnement de ce couple : modulation sous-corticale / effecton corticale, obéissent aux lois du vivant et de la physiologie.

Qu'est-ce la notion de récompense ? C'est un concept opérationnel qui décrit la valeur positive qu'un être vivant attribue à un objet (exemple : la nourriture), un acte ou un état physique intense. La fonction de la récompense peut être décrite par rapport au comportement qu'elle induit afin de rechercher la même situation qui lui a procuré satisfaction. C'est le système dopaminergique mésocorticolimbique qui est le circuit principal impliqué dans la récompense.

Qu'est-ce que le renforcement ? Il faut rappeler qu'un organisme est en interaction constante avec son environnement dont il dépend, et possède un système nerveux central pourvu de circuits spécialisés ayant un rôle fondamental dans la régulation et l'adaptation comportementale en renforçant les comportements favorables à la survie de l'individu (alimentation, reproduction) et assurant ainsi la pérennité de l'espèce.

Approche cognitivo-comportementale

Au plan cognitivo-comportemental, l'addiction est un comportement appris qui est régulièrement réamorcé par de nombreux stimuli externes et internes et qui est renforcé par des voies multiples physiologiques et/ou psychologiques.

La tolérance (= accoutumance) se traduit par la diminution de l'effet après administration répétée d'une même dose de substance et qui se caractérise par la nécessité d'aug-

menter les doses utilisées pour obtenir l'effet recherché.

La sensibilisation comportementale est opposée au phénomène de tolérance : elle se traduit par une hyperactivité comportementale s'amplifiant au cours des administrations successives d'une dose identique d'opiacés ou de psychostimulants.

Les stimuli appétitifs sont des stimuli qui ont été préalablement associés à une récompense délivrée si le sujet fournit une réponse comportementale appropriée : on parle ici de renforcement positif conditionné.

Les stressseurs sont des stimuli qui requièrent une réponse comportementale appropriée pour éviter un stress. Il s'agit d'un comportement d'évitement dans le cadre d'un renforcement négatif.

Les effets délétères liés à l'abstinence chez un sujet pharmaco-dépendant sont soulagés par la reprise de la consommation de la substance, conditionnement classique des toxicomanes. Dans tous ces phénomènes de tolérance, de sensibilisation de sevrage, le travail cognitif est inséparable et indissociable des critères de dépendance.

Toutes les substances addictives ont en commun la propriété d'augmenter la transmission dopaminergique au niveau du noyau accumbens (= striatum ventral) qui constitue l'interface entre les structures limbiques et les structures motrices. Ce striatum ventral joue un rôle essentiel dans le passage de la motivation à l'action. Mais les modes d'action moléculaire des différentes drogues sont différents :

- la cocaïne bloque la recapture de la dopamine en se fixant au transporteur pré-synaptique ;
- l'amphétamine vide dans la fente synaptique le contenu des vésicules de stockage de la dopamine et bloque sa recapture ;
- la nicotine stimule l'activité des neurones dopaminergiques en se fixant sur les nombreux récepteurs nicotiques présents en une densité particulièrement importante sur la voie mésolimbique et mésocorticale. De plus, la fumée de tabac par ses propriétés anti MAOB bloque l'enzyme de dégradation de la dopamine ;
- les opiacés, héroïne et morphine, activent de façon indirecte la transmission au niveau du noyau accumbens en déprimant l'activité des neurones GABAergiques inhibiteurs de l'aire ventrale.

De plus, il existe une sensibilisation croisée entre psychostimulants et opiacés, la prise répétée d'un psychostimulant, amphétamine, cocaïne ou nicotine, entraînant une sensibilisation à un produit du groupe des opiacés et inversement. C'est une illustration de l'existence de mécanismes d'action communs et c'est un moyen de comprendre les phénomènes de *polytoxicomanie*.

L'exposition à des agents stressants induit un phénomène de sensibilisation aussi bien chez l'homme que chez l'animal comparable à celui produit par les psychostimulants. Une sensibilisation croisée entre psychostimulants et exposition au stress pourrait expliquer certaines différences interindividuelles dans la sensibilité initiale aux effets des psychostimulants. Un individu riche d'un passé de confrontations stressantes pourrait être plus vulnérable aux effets psychotropes des drogues.

L'homme se distingue de l'animal par une augmentation qualitative et quantitative de ses

capacités à fabriquer des représentations mentales, à anticiper ses actions. De ce fait l'intrication entre cognition, élaborations psychiques, désirs éprouvés, subjectifs et acte est totale. Les réactions affectives sont dépendantes des processus cognitifs et réciproquement. Ainsi l'environnement envoie des informations qui sont modulées, interprétées par les circuits dopaminergiques mésencéphaliques ascendants : la réactivité des circuits dopaminergiques est en fait la résultante d'un traitement intégratif d'un événement immédiat à la lumière des informations accumulées au cours de l'oncogénèse. Cette réactivité est donc fonction de l'environnement dans lequel s'est développé l'individu et des types de stratégies qu'il a pu acquérir. Dans le registre des phénomènes de dépendance, le système dopaminergique aurait un rôle central dans la médiation des effets des substances d'abus renforçateurs négatifs comme le syndrome de sevrage, et renforçateurs positifs que sont les euphorisants et psychostimulants.

Cas du tabac

Jamais la connaissance d'un risque n'a suffi à elle seule à modifier un comportement, surtout lorsque celui-ci est renforcé par une dépendance comme avec la nicotine.

La seule recommandation d'arrêt du tabac, si elle est indispensable (conseil minimal), ne suffit pas. Elle donne un résultat de 2 à 5%. Dans le Long Health Study, malgré une prise en charge importante des BPCO, plus de 3 sujets sur 4 sont encore fumeurs dans un délai de 5 ans.

La stratégie de prise en charge est complexe et doit être adaptable :

- Quantifier le tabagisme. Le Fagerström est utile mais insuffisant. Il faut savoir que si on est trop autoritaire dans l'investigation, on obtient 50% de réponses fausses ! L'utilisation de marqueurs (CO dans l'air expiré, nicotine et ses dérivés notamment dosage de la nicotine dans le sérum ou la salive, métabolites totaux de la nicotine dans les urines) permet de vérifier la réalité de l'arrêt du tabac. Rechercher les autres conduites addictives ...
- Evaluer et renforcer la motivation personnelle
 - . éviter les attitudes oppressives, agressives
 - . choisir empathie, compréhension, soutien psychologique : c'est l'objectif des entretiens motivationnels ayant pour base les modifications cognitives.
- S'appuyer sur les stratégies ayant fait la preuve scientifique de leur efficacité :
 - . le traitement de substitution nicotinique multiplie par deux le pourcentage de succès ;
 - . les psychotropes (Bupropion) seraient intéressants ;
 - . les approches comportementales et cognitives renforcent la motivation, aident à l'arrêt par l'action sur les stimuli excitateurs. Prévention des rechutes.

Intérêt du milieu thermal

Il possède des atouts : unité de lieu, de temps et d'action, avec une équipe expérimentée. Il s'agit d'une prise en charge plus globale avec une éducation pour la santé des poly-toxicomanies, la gestion du stress et l'apprentissage des techniques de résistance.

On peut intéresser les patients à d'autres choses dans le cadre de l'éducation à la santé

comme un environnement gastronomique par exemple...

L'équipe doit s'investir non seulement dans le sevrage tabagique mais dans le sevrage médicamenteux.

La prise en charge doit être la plus large possible.



Discussion

Patrice Queneau

Un des intérêts du milieu thermal est d'essayer de remplacer un plaisir par un autre plaisir (gastronomie). La volonté seule ne suffit pas. Il faut compenser le manque en « mieux être » par d'autres techniques.

Jacques Oudot

Je ferai un commentaire un peu marginal, en citant le livre de E. Loonis « Notre cerveau est un drogué » PU du Mirail 1998. Le cerveau serait donc lui-même un drogué. Il est encagé dans le crâne, s'ennuie toute la journée et ne cesse de nous réclamer des distractions, des stimulations ou des sensations. Quand il n'a pas sa dose, il se venge par un bruit de fond mélancolique (je fais simple !). Si le cerveau ne reçoit pas de surprise (un film à effets spéciaux, des petits câlins !...) il s'ennuie et nous le fait payer. Donc on ne peut pas vivre sans drogue. La question n'est pas de supprimer les drogues mais de les choisir.

La vraie question n'est donc pas seulement le tabac mais l'ensemble des stratégies thérapeutiques qui permettent de choisir sa posologie en matière d'addictions.

Il y a des addictions louables et sociales, d'autres inavouables, d'autres toxiques et suicidaires. On peut même mourir de plaisir !

Ceci dit, je suis de ceux qui pensent que le pool français d'établissements thermaux est riche et offre une nouvelle possibilité d'approche thérapeutique qui serait celle de la rééducation des addictions. Cela concerne le tabac, mais aussi les troubles alimentaires, pharmacologiques ou comportementaux en général. Parmi les troubles alimentaires, citons cette redoutable maladie moderne qu'est l'anorexie, et qui pourrait, à terme, être prise en charge dans un environnement thermal