

# Les fumeurs ne sont pas des nicotinomanes !

## *Le mensonge sur la dépendance à la nicotine*

Article de Jean Touati, hypnothérapeute

*Mai 2011*

La Haute Autorité de la Santé — HAS — affirme dans son avis sur les stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique que « le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance, dont la nicotine est le principal responsable ». Aussi préconise-t-elle la prescription de substituts nicotiques et du Zyban, au passage elle déconseille, sans aucune justification, un certain nombre de thérapies parmi lesquelles l'hypnose.

Dans le même temps l'INSERM nous dit que « la dépendance à la nicotine reste difficile à démontrer, qu'il apparaît clairement que la nicotine ne résume pas la dépendance au tabac. » Quant à l'hypnose, une étude internationale, synthèse de 633 études incluant près de 72000 fumeurs et comparant l'efficacité de toutes les méthodes de sevrage tabagique, conclut qu'il s'agit de l'approche la plus efficace.

Confrontant ces contradictions cet article montre que contrairement à l'avis de la HAS, l'arrêt du tabac relève davantage d'une approche communicationnelle que médicale.

Bernstein (1969) dans sa méta-analyse (synthèse d'un grand nombre d'études) sur le comportement des fumeurs menée à la fin des années 60 soulève cette question fondamentale et paradoxale, mais qui n'a toujours pas une réponse claire aujourd'hui : Pourquoi des fumeurs informés du risque majeur pour leur santé ne changent pas leur comportement ? Quels facteurs sont responsables du maintien de ce comportement ?

Précisant qu'il s'agit d'une question complexe impliquant de nombreux facteurs, il souligne que le facteur le plus controversé est l'explication du maintien par l'addiction à la nicotine. Aussi, différencie-t-il l'addiction de l'accoutumance selon les critères de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) de l'époque : contrairement à l'addiction, l'accoutumance se caractérise par un désir, et non une obligation, à continuer à prendre la drogue à cause de la sensation de bien-être qu'elle procure, peu ou pas de tendance à augmenter les doses, une dépendance psychique, et non pas physique, qui ne provoque donc pas de symptômes de sevrage systématiques.

Constatant que lorsque le fumeur ressent des symptômes d'abstinence, ceux-ci ne diffèrent en aucune manière significative de ceux observés lors de « la privation d'un objet désiré ou d'une habitude » (Surgeon General's Report, 1964 p. 352) les auteurs concluent que ces symptômes ne singularisent aucunement une quelconque dépendance physique à la nicotine et que cette dépendance relève davantage d'une accoutumance. Brown (1963) souligne que cette distinction est cruciale : « Si la dépendance au tabac est comparable à l'addiction à la cocaïne ou à la morphine, le traitement devrait relever d'une approche pharmacologique, si elle relève largement ou totalement d'un conditionnement sociale et d'une motivation psychologique une autre approche est nécessaire. »

## Où en sommes-nous près de 50 ans après ?

Aujourd'hui la plupart des études s'accordent à dire que le fumeur subit une dépendance à la fois physiologique, psychologique et sociale. Mais après avoir passé en revue l'ensemble des effets du tabac, et en particulier les effets physiologique de la nicotine, le très détaillé rapport « *Tabac : Comprendre la dépendance pour agir* » (Inserm, 2004) nous dit dans ses conclusions que la dépendance à la nicotine reste difficile à démontrer, qu'il apparaît clairement que la nicotine ne résume pas la dépendance au tabac comme la morphine, la cocaïne ou l'alcool le font pour leurs sources respectives. Mais que le tabac n'en demeure pas moins « prodigieusement addictif. » Il précise que l'effet physiologique de la nicotine — libération de la dopamine dans l'accumbens —, commun aux drogues addictives, ne démontre pas, à lui-seul, que la nicotine serait la molécule responsable de l'addiction au tabac. Les auteurs mettent en évidence de manière assez amusante, voire provocante pour un rapport scientifique, les différences de comportement sociaux par rapport aux substances addictives. Je reprends ici certains de leurs propos que j'utilise dans mon protocole de sevrage (Inserm, 2004 p. 446) : « Lorsqu'un chimiste isole une molécule d'une plante addictive, elle supprime rapidement la plante originelle. On ne mâche pas de feuille de coca et on ne fume plus l'opium en France, on utilise la cocaïne et la morphine. La nicotine n'a jamais fait l'objet d'un tel usage toxicomane [...] les toxicomanes trouvent vite les dilutions et les voies d'administration adéquates [...] Le prix de la nicotine extra-pure est, en 2003, de 350 euros le litre chez Fluka, soit l'équivalent de 150 paquets de cigarettes pour un euro. Aucune "drogue" n'est aussi bon marché [...] Même dans des circonstances de guerre où les cigarettes s'achetaient au marché noir, elles n'ont jamais été un objet de trafic. » Ils nous disent donc, contrairement à ce qui est largement répandu, que les fumeurs ne sont pas des nicotinomanes !

Ma pratique clinique de l'arrêt du tabac confirme cette conclusion : comment imaginer, en présence d'une réelle dépendance physiologique, autant de fumeurs (plus de 60 patients traités en 2010 avec un taux d'arrêt de l'ordre de 95% à 12 mois) parmi lesquels une majorité présente un score très élevé au questionnaire de Fagerström (Heatherton, 1991) sur la prétendue dépendance à la nicotine — test utilisé dans les consultations médicales anti-tabac

Cependant la HAS (2006, 2007) — Haute Autorité de la Santé — dans son avis destiné au pouvoir public et au corps médical précise, sans ambages, que si en l'absence de toute aide pharmacologique ou non pharmacologique, les taux de sevrage tabagique sont très faibles — de l'ordre de 3 à 5% à 6-12 mois (la méta-analyse Chockalingam (1992) donne une valeur moyenne de 6,4% à 12 mois) — c'est parce que « le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance, dont la nicotine est le principal responsable. » Aussi est-il particulièrement interpellant de voir les préconisations de la HAS en matière de stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Pour émettre ses préconisations elle se réfère aux recommandations de l'AFSSAPS (2003) — Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé — en matière de pratique clinique portant spécifiquement sur les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses dans l'aide à l'arrêt du tabac, qui, dit-elle, « constituent à ce jour le cadre de référence en matière d'aide au sevrage tabagique ». Après avoir listées les recommandations quant à l'utilisation des substituts nicotiques sous toutes leurs formes et du bupropion (Zyban) — le Champix a été mis sur le marché en 2007. Il n'est

plus pris en charge par l'assurance maladie depuis mai 2011 suite à ses effets indésirables — le rapport cite, comme aide non médicamenteuse, uniquement les thérapies comportementales et cognitives, selon eux : « techniques validées et recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabac » et « une approche psychologique qui privilégie le conseil individuel des différents professionnels de santé » précisant que « ce processus est long et nécessite plusieurs consultations approfondies » et, remarquons étonnamment, que si l'on trouve parmi les thérapeutiques non recommandées — et cela sans aucune justification — l'acupuncture, la mésothérapie, l'auriculothérapie, le laser, les cigarettes sans tabac, on trouve aussi l'hypnose !

Si les laboratoires pharmaceutiques mettent en avant les résultats de certaines méta-analyses montrant que le traitement substitutif nicotinique permet de doubler les chances d'arrêt par rapport à un placebo (Silagy et al., 2003) ils ne disent cependant pas clairement que ce taux reste désespérément bas : 7% de succès à 6 mois (Hughes et al., 2003) ce qui suffit pourtant à l'assurance maladie pour prendre en charge, depuis 2007, les patchs et autres substituts, à hauteur de 50 € par an.

Les médicaments de sevrage, quant à eux, donnent un taux de 14,6% pour le bupropion — Zyban — et 23% pour la varenicline — Champix — (Jorenby et al., 2006). En tant que médicaments, ces produits sont comparés à un placebo. On peut constater avec étonnement ou amusement que le placebo conduit à un taux d'arrêt de 10,3% à 12 mois ; soit un taux supérieur à celui des substituts nicotiques !

### **Qu'en est-il pour l'hypnose qui, je le rappelle, est déconseillée par la HAS ?**

La méta-analyse (Chockalingam, 1992) — 633 études, 71806 sujets — comparant l'efficacité des méthodes de sevrage tabagiques donne le meilleur score pour l'hypnose : 36% à 12 mois (48 études et 6020 sujets). Les auteurs s'étonnent par ailleurs du faible score résultant du conseil du médecin (7 %).

Si les résultats de cette méta-analyse (Chockalingam, 1992) nous montrent que l'hypnose est le traitement le plus efficace avec un score qui reste toutefois modeste. Il est important de souligner que ces études utilisant l'hypnose mettent en œuvre des protocoles très disparates ; pour certaines il s'agit de séances d'hypnose très courtes, standardisées, réalisées en groupes, le nombre de séances est variable et nous n'avons pas de précisions sur la qualification du praticien. Aussi certaines études montrent des résultats très supérieurs : Von Dedenroth (1968) a mis au point un protocole utilisant l'hypnose et ayant permis un arrêt du tabac — avec un suivi à 18 mois — à 94% des 1000 sujets impliqués dans son étude. Je citerai également l'étude sur le sevrage par hypnose de Hall et Crasilneck (1970). Cette étude porte sur 75 fumeurs recommandés par leur médecin traitant pour des raisons de santé (emphysème, etc.). Cette étude montre un taux d'arrêt de 64% à 12 mois — avec un biais étant donné que les patients ont une maladie déclarée —. Ces deux études conjuguent des instructions relevant des principes de « communication engageante » (Girandola et Joule, 2008) formalisés en psychologie sociale à des suggestions directes faites aux patients sous hypnose ; il s'agit d'injonction à ne plus fumer et de suggestions recourant à la culpabilisation, l'aversion, l'appel à la peur et aussi visant à limiter les effets de manque.

Le protocole que j'ai développé au cours de ma pratique se rapproche de ces démarches sur le plan des actes préparatoires demandés aux fumeurs — actes relevant des principes de « communication engageante » — et du nombre réduit de séances mais s'en éloigne radicalement, comme de la plupart des méthodes de communication qui visent à inciter les fumeurs à arrêter la cigarette par des approches se référant à « l'appel à la peur » (Leventhal et Watts, 1967) (cf. lien ci-dessous) via une information rationnelle et / ou émotionnelle sur les risques pour la santé et la maladie ou, comme dans ces deux protocoles hypnotiques, en se référant également à la peur conjuguées à des suggestions directes d'aversion vis-à-vis du tabac. Prenant le contre-pied de ces approches mon discours hypnotique ne recourt pas du tout à l'appel à la peur et, de manière peut être surprenante, aucun mot lié explicitement à la cigarette, au tabac ou à leurs conséquences sur la santé n'est prononcé. Il conduit pourtant à un taux d'arrêt de 95% à 12 mois (mesuré sur 60 patients en 2010).

Ce que j'ai développé intuitivement, au contact des patients, en structurant ce protocole, se retrouve dans les réflexions sur la dynamique d'arrêt du tabac du rapport Inserm (2004) : Prochaska (1979) décrit la dynamique d'arrêt du fumeur en 5 stades ; les fumeurs qui consultent sont pour l'essentiel au **stade 3 — préparation** : envisage d'arrêter dans les 30 j et ont déjà fait au moins une tentative dans les 12 mois et pour une petite partie au **stade 2 — espérance ou contemplation** : déclare vouloir arrêter dans le 6 mois mais n'a pas fait de tentative. Les travaux croisant stades et processus de changement que l'on peut classer en 2 catégories : cognitifs ou comportementaux (Prochaska et al. 1988) amènent à comprendre que pour les fumeurs souhaitant arrêter (stade 2 et 3) le mouvement naturel du changement ne va pas vers plus de conflit cognitif — c.-à-d. insister sur les risques pour la santé ou culpabiliser —, mais plutôt vers moins de conflit cognitif tout en les incitant à l'action. Cette population représente les 2/3 des fumeurs en France (INPES, 2005 — Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé).

Aussi, j'ai intitulé ce protocole : « *Communication hypnotique et appel à la liberté pour l'arrêt du tabac.* »

Sur ce plan le témoignage d'une de mes patientes, dans lequel la plupart de mes patients se reconnaissent, est particulièrement éloquent : «... Je conserve des séances le souvenir d'une exploration bucolique de l'étendue des libertés, et des forces du cerveau. » Elle nous dit encore à propos de sa première soirée suivant la séance : « Quand certains amis sont sortis fumer, j'ai voulu les suivre. J'ai cédé... enfin presque. J'ai insisté pour me faire offrir une cigarette, je l'ai eue en bouche, le briquet à la main... mais à ce stade : non, j'en n'avais pas envie. Et j'ai rendu, bien fière de moi, briquet et cigarette ! Je ne sais pas expliquer le phénomène qui m'a conduite à cela, n'ayant fait l'objet d'aucune injonction à proprement parler... c'est un mystère, un aimable mystère ! »

cf. témoignage complet et autres témoignages ainsi qu'une interview à la radio   
Témoignages de patients ayant arrêté de fumer avec notre protocole d'hypnose

Je conclurai cette discussion sur la dépendance controversée à la nicotine en revenant sur les motivations des fumeurs et sur un des effets moins connu de la nicotine. Les

fumeurs ont différentes motivations pour fumer, mais la plupart d'entre eux disent que cela produit à la fois une stimulation intellectuelle, principalement avec les premières cigarettes de la journée, et un effet relaxant, particulièrement dans les situations stressantes (McKennell, 1970). Aussi concernant cet effet relaxant, je soulignerai, parmi les nombreux effets endocriniens de la nicotine, un effet rarement mis en avant : la libération de bêta-endorphine (Pomerleau, 1998). L'endorphine est un antalgique, proche de la morphine, sécrétée par le cerveau lors d'une douleur, d'un stress intense ou lors d'une activité physique soutenue comme la course à pieds. La sécrétion d'endorphines a un effet à la fois euphorisant, anxiolytique et anesthésiant réduisant les sensations douloureuses — « le second souffle » en course à pieds. Selon l'étude Inserm (2004) le tabagisme pourrait ainsi être assimilé à une recherche d'endorphines.

J'ajouterai que paradoxalement, vis-à-vis de l'effet relaxant que recherche le fumeur et comme je le présentais dans ma consultation — 1/3 de mes patients consultent pour des troubles anxieux et une très grande proportion sont des fumeurs — diverses études montrent que les fumeurs ont un risque accru de développer des troubles anxieux : anxiété généralisée, trouble panique, également anxiété sociale et agoraphobie (Regier et coll., 1990 ; Amering et coll., 1999 ; Breslau et Klein, 1999 ; Johnson et coll., 2000 ; Kandel et coll., 2001). Aussi, nombreux fumeurs s'étonneront de se découvrir, dès les premières semaines après l'arrêt du tabac, beaucoup plus détendus (West et Hajek, 1997).

## **Autres textes**

### **Arrêt du tabac : « l'appel à la peur » ou « comment réussir à ne pas arrêter de fumer ! »**

Toutes les communications des pouvoirs publics visant à influencer sur les comportements des fumeurs ont recours à l'appel à la peur via une information rationnelle et / ou émotionnelle sur les risques pour la santé.

Or depuis plus de 50 ans nous savons que l'appel à la peur, s'il peut renforcer le désir d'arrêter de fumer, n'a pas d'effet sur l'arrêt effectif.

### **Arrêt du tabac : protocoles d'arrêt du tabac avec l'hypnose**

Si les résultats de la méta-analyse (Chockalingam, 1992) nous montrent que l'hypnose est le traitement le plus efficace pour l'arrêt du tabac avec un score qui reste toutefois modeste de 36% d'arrêt à 12 mois, certaines études montrent des résultats très supérieurs allant jusqu'à 94% d'arrêt du tabac avec un suivi de 18 mois. Cet article synthétise deux protocoles conduisant à ces très bons résultats et présente les principes de la démarche que je mets en œuvre et qui conduit à 95% d'arrêt avec un suivi à 12 mois.

### **Influence et persuasion en psychologie sociale et techniques communicationnelles de l'hypnose éricksonienne**

Les études sur les techniques d'influence et de persuasion modélisées en psychologie sociale ne se réfèrent pas aux techniques communicationnelles de l'hypnose éricksonienne. Pourtant, si ce courant thérapeutique a pu initialement puiser parmi ces techniques il peut à son tour contribuer à la compréhension des processus d'influence. Cet article nous rappelle, que la psychothérapie sous toutes ses formes se fonde sur des processus de persuasion puis établit des passerelles entre les techniques d'influence et de persuasion issues des recherches en psychologie sociale et les techniques de communication de l'hypnose d'inspiration éricksonienne.

## Bibliographie

AFSSAPS — Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé — (2003). *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac*. Saint-Denis : Afssaps.

AMERING M, BANKIER B, BERGER P, GRIENGL H, WINDHABER J, KATSCHNIG H. *Panic disorder and cigarette smoking behavior*. Compr Psychiatry 1999, 40 : 35-38

BERNSTEIN, D.A. (1969). *Modification of smoking behavior: an evaluative review*. Psychological Bulletin, Vol. 71, No. 6, 418-440

BRESLAU N, KLEIN DF. *Smoking and panic attacks : an epidemiologic investigation*. Arch Gen Psychiatry 1999, 56 : 1141-1147

BROWN, J.A.C. (1963). *The nature and treatment of smoking*. Medical World. 98, 187-192.

CHOKALINGAM V., SCHMIDT F. L. (1992). *A meta-analysis comparison of the effectiveness of smoking cessation methods*. Journal of Applied Psychology. 77(4). 554-561.

HEATHERTON, TF., KOZLOWSKI, LT., FFRECKER, RC., FAGERSTROM, KO. (1991) The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict; 86(9):1119-27.

GIRANDOLA, F., JOULE, R.-V. (2008). *La communication engageante*. Revue Electronique de Psychologie Sociale, 2, 41-51.

HALL, J.A., CRASILNECK, H.B. (1970). *Development of a hypnotic technique for treating chronic cigarette smoking*. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 18. 283-289.

HUGHES, JR, SHIFFMAN, S, CALLAS, P, ZHANG, J. (2003). A meta-analysis of the efficacy of over the-counter nicotine replacement. Tob Control, 12 : 21-27

INSERM (2004). *Expertise collective. Tabac : Comprendre la dépendance pour agir*. Les Editions Inserm

JOHNSON JG, COHEN P, PINE DS, KLEIN DF, KASEN S, BROOK JS. *Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood*. JAMA 2000, 284 : 2348-235.

JORENBY, D.E., HAYS, J.T., RIGOTTI, N.A., AZOULAY, S., WATSKY, E.J., WILLIAMS, K.E., BILLING, C.B., GONG J. & REEVES, K.R. (2006). « *Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial* » in JAMA, vol. 296, no 1, 5 juillet, p. 56—63

KANDEL DB, HUANG FY, DAVIES M. Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug Alcohol Depend* 2001, 64 : 233-241

MCKENNEL, AC. (1970). Smoking motivation factors. *Br J Soc Clin Psychol* 9 : 8-22.

POMERLEAU, O.F. (1998). *Endogenous opioids and smoking : a review of progress and problems*. *Psychoneuroendocrinology*, 23 : 115-130

PROCHASKA, J.O. (1979). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. 3rd Edition, Brooks/Cole, Pacific Grove

PROCHASKA, J.O. VELICER, WF., DICLEMENTE, CC., FAVA, J. (1988). *Measuring processes of change : applications to the cessation of smoking*. *J Consult Clin Psychol*, 56 : 520-528

REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. *JAMA* 1990, 264 : 2511-2518

SILAGY, C., LANCASTER, T., STEAD, L., MANT, D. & FOWLER, G. (2003). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 2.

SONNTAG H, WITTCHEN HU, HOFLER M, KESSLER RC, STEIN MB. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults ? *Eur Psychiatry* 2000, 15 : 67-74

SURGEON GENERAL'S ADVISORY COMMITTEE (1964). *Smoking and health*. (Publication No. 1103) Washington, D. C.: United States Public Health Service.

VON DEDENROTH, T.E. (1968). *The use of hypnosis in 1000 cases of "tobaccomaniacs"*. *American Journal Of Clinical Hypnosis* Volume: 10 Issue: 3 p. 194-197.

WEST R, HAJEK P. *What happens to anxiety levels on giving up smoking ?* *Am J Psychiatry* 1997, 154 : 1589-1592