



Fumeurs très dépendants et psychotraumatismes : une étude en médecine générale et en tabacologie libérale

Hard-core smokers and psychological traumas: a study in general and private tobaccology practice, or "who are truly the hard-core smokers?"

G. Errard-Dubois*, N. Jan**

Une catégorie particulière de fumeurs est identifiée depuis quelques années : les fumeurs les plus dépendants, encore appelés "hard-core smokers", qui, malgré la mise en œuvre des moyens recommandés par la Haute Autorité de santé (HAS) et les autorités scientifiques, ne parviennent pas à arrêter totalement de fumer, c'est-à-dire à obtenir une abstinence totale, ou qui vivent ce temps d'abstinence comme un réel combat, ou encore qui rechutent de façon récurrente, en particulier du fait de phénomènes de craving puissants (1-5).

Ce sont ces fumeurs en grande difficulté que nous rencontrons dans les services de médecine, atteints de pathologies sévères, évoluées, conséquences d'une longue et forte exposition à la fumée de tabac (cardiologie, pneumologie, diabétologie, néphrologie, cancérologie, etc.). Ce sont aussi ces fumeurs qui, malheureusement, viennent alourdir le coût financier de l'addiction tabagique. Ces fumeurs dont on n'a pas exploré tous les aspects de la dépendance complexe, pour laquelle on n'a pas trouvé les solutions de guérison, représentent donc un vrai sujet de santé publique à l'intérieur de la maladie tabagique.

Nous avons le devoir de mieux les caractériser, afin d'améliorer les scores de maintien dans l'abstinence et la pérennité de celle-ci.

Nous avons mené une étude en médecine générale et en tabacologie libérale pour comprendre l'impact possible de psychotraumatismes, d'un état de stress post-traumatique (ESPT), chez ces sujets fumeurs très dépendants.

The authors developed several contentions in this study which aimed to demonstrate new perspectives concerning those members of the population who present with a complex addiction (hard-core smokers):

- » *Do psychotraumatic disorders exist within the population of hard-core smokers?*
- » *Within the smoking population, was the craving phenomenon associated with the malfunctioning of the cortical control, as it is known to occur in cases of traumatic dissociation?*
- » *Is it legitimate to suggest that the EMDR and the Ericksonian hypnosis, brief and problem-solving therapies validated within the context of the treatment of psychotraumatic disorders, tend to strengthen the efficiency of the recommended strategies by the HAS regarding smoking-cessation in this specific population?*

Two observational studies have been carried out: 1 prospective study in consultations of general medical practice (n=150 patients of all kind) and 1 retrospective study in consultations of private tobaccology practice (n=199 smoking patients).

The authors then suggest modifications to change the initial evaluation of addiction to tobacco as well as the therapeutic approach to adopt within the decision tree. To conclude, the authors ask future questions to be resolved and directions for future research.

Mots-clés : Dépendance tabagique complexe, *hard-core smokers* et stratégies de sevrage tabagique, *craving*, déficit de la régulation émotionnelle, affects négatifs, troubles psychotraumatiques, contrôle cortical, dissociation traumatique, hypnothérapie ericksonienne, EMDR, arbre décisionnel

Keywords: *hard-core smokers quitting process, craving, lack of emotional control, negative affects, psychotraumatic disorders, cortical control, traumatic dissociation, Ericksonian hypnosis therapy, EMDR, decision tree*

HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Les fumeurs de tabac ne sont pas tous concernés par une dépendance, et s'ils le sont, celle-ci n'est pas aussi forte ni aussi complexe pour tous. Les moyens à mettre en œuvre pour arrêter de fumer sont donc aussi divers qu'il y a de formes de dépendance, et il est évident qu'une évaluation initiale rigoureuse de ses déterminants chez chaque fumeur est une étape primordiale d'un parcours de sevrage.

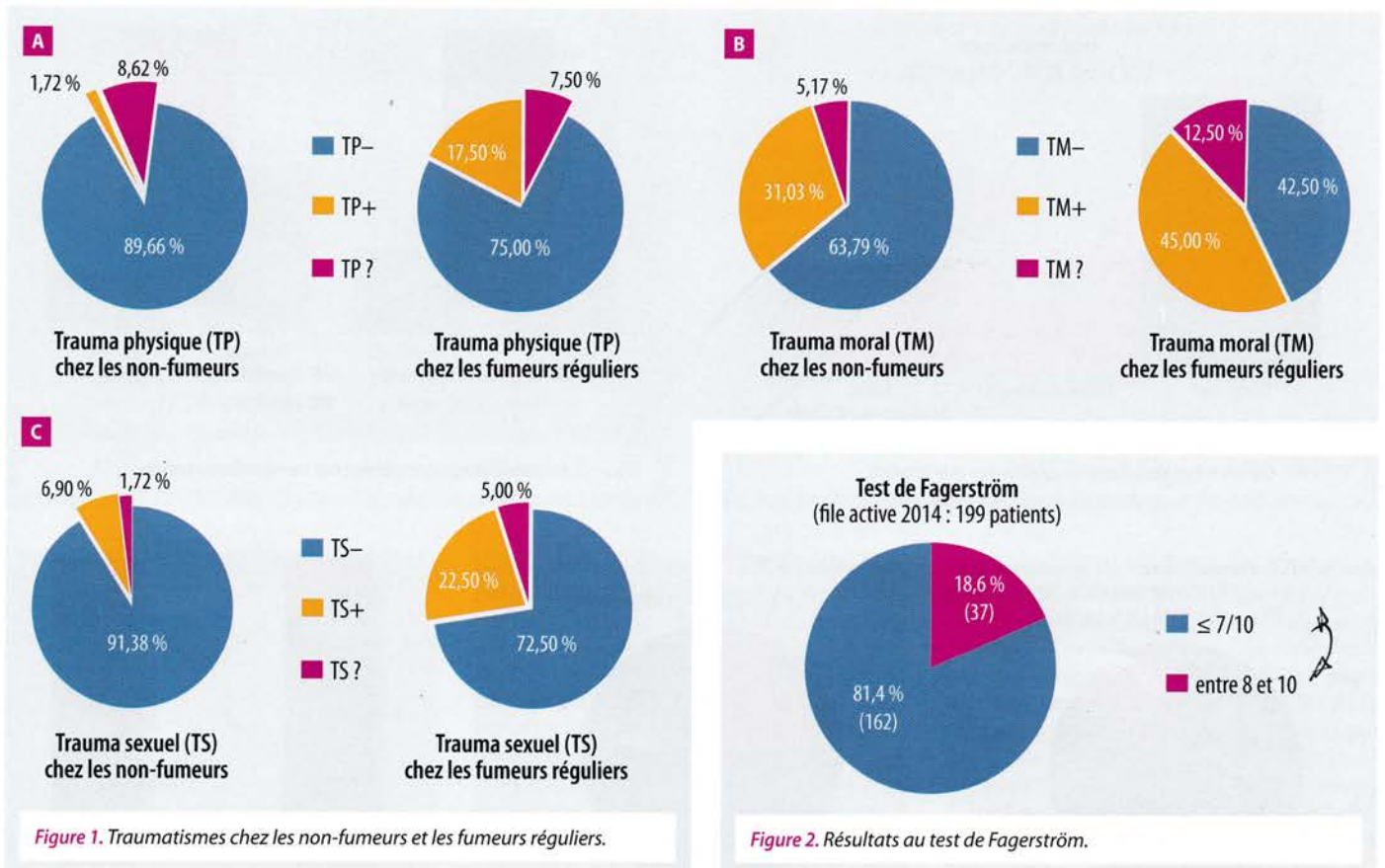
Les fumeurs dépendants ont intérêt à avoir recours à des professionnels de santé formés aux approches recommandées par l'HAS (6). On a montré que l'association de ces différentes approches, selon un équilibre judicieusement choisi par le professionnel, en alliance avec ce dernier, sur les bases d'un contrat thérapeutique avec le patient, augmente les chances de devenir abstinent et de le rester.

Toutefois, il apparaît, dans toutes les études sur le sevrage tabagique, que les scores d'abstinence restent faibles et peu satisfaisants : 6 % à 1 an sans accompagnement, 26 % à 1 an, avec accompagnement. Ces chiffres témoignent de façon certaine du fait que la dépendance tabagique est le phénomène addictif le plus complexe à traiter. Une catégorie particulière de fumeurs est identifiée depuis quelques années : les fumeurs les plus dépendants, encore appelés "hard-core smokers". Dans l'objectif de porter un nouvel éclairage sur ce sujet, nous nous sommes interrogés dans ce travail sur plusieurs points :

- **Qu'a-t-on encore à découvrir sur ce qui caractérise ces fumeurs à dépendance complexe ?**
- **Peut-on envisager qu'ils ont vécu, dans leur parcours de vie, des psychotraumatismes, qu'ils souffrent d'un état de stress post-traumatique chronique (ESPTc) [7-12] passé inaperçu, masqué par l'usage de tabac ou en arrière-plan d'une symptomatologie "macroscopique", entrant dans une autre nosographie psychiatrique, tels l'anxiété ou l'état dépressif ?**
- **Peut-on rapprocher le phénomène de craving (ou déficit de la régulation émotionnelle) des *hard-core smokers* d'un dysfonctionnement du contrôle cortical, connu chez les sujets victimes de psychotraumatismes (dissociation traumatique) [7, 8] ?**

* Cabinet libéral de tabacologie, Evres-sur-Indre.

** Cabinet de médecine générale, Loches.



> Si on peut montrer que de tels psychotraumatismes constituent une caractéristique significativement fréquente chez ces fumeurs très dépendants, est-il légitime de proposer que l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy et l'hypnothérapie ericksonienne, thérapies brèves et solutionnistes, viennent renforcer chez eux l'efficacité des stratégies recommandées par l'HAS pour obtenir et maintenir une abstinence durable (13-16)? Afin de commencer à répondre à ces différentes questions, et avant de proposer des stratégies nouvelles d'accompagnement pour cette catégorie de fumeurs à fort risque de rechute, 2 études ont été réalisées: une étude prospective dans une consultation de médecine générale (n = 150) et une étude rétrospective dans une consultation de tabacologie libérale (n = 199).

LE POIDS DES PSYCHOTRAUMATISMES

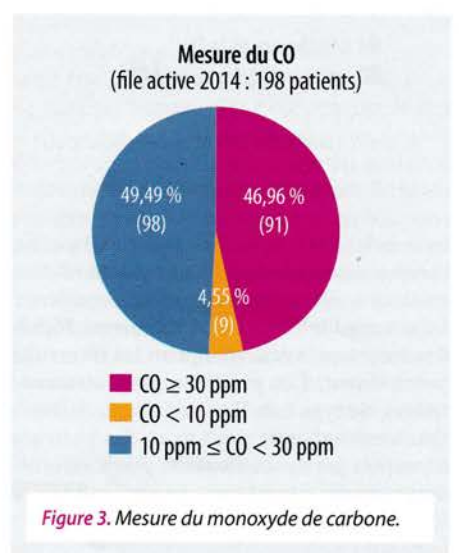
Ces 2 études observationnelles permettent d'avancer les éléments suivants: sous réserve des limites liées à sa réalisation (petit effectif de l'échantillon, courte période, absence de relevé des non-répondeurs), d'après l'étude en médecine générale portant sur une popu-

lation consultante, âgée de 15 à 75 ans, interrogée, sur une période de 15 jours, sur l'existence de psychotraumatismes, on peut affirmer que ces événements se retrouvent dans des proportions élevées chez les fumeurs actifs (60%), soit presque 2 fois plus que chez les consultants n'ayant jamais fumé (34%) [figure 1].

Dans le cadre de l'étude réalisée auprès d'une population de patients fumeurs consultant en tabacologie libérale (58% de femmes et 42% d'hommes), âgés de 14 à plus de 65 ans, reçus de janvier à décembre 2014, soit venus spontanément demander un accompagnement à l'arrêt du tabac, soit adressés par un médecin pour l'instauration d'un sevrage tabagique, on constate que les fumeurs consultants sont majoritairement très dépendants (Fagerström en 6 items) [figure 2], qu'ils inhalent très fortement (figure 3), et qu'ils sont souvent polyconsommateurs d'autres substances psychoactives (figure 4, p. 26).

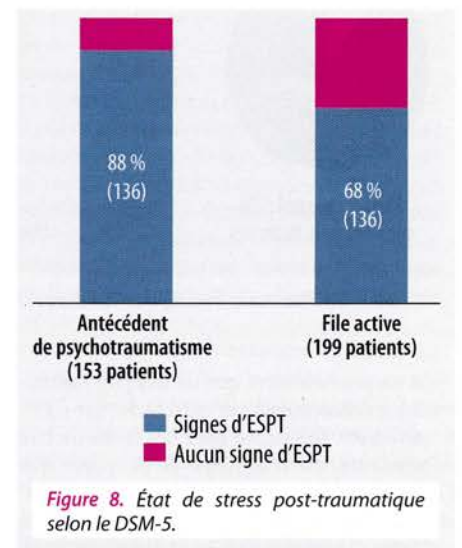
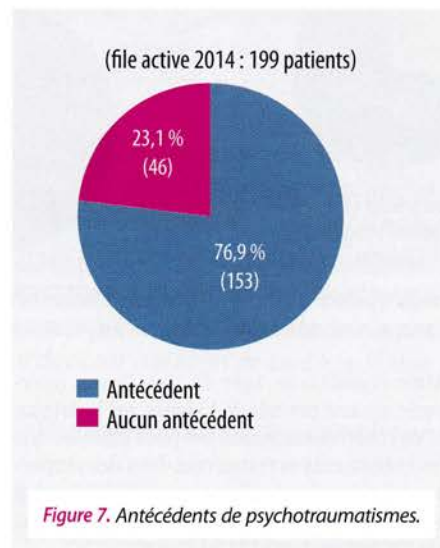
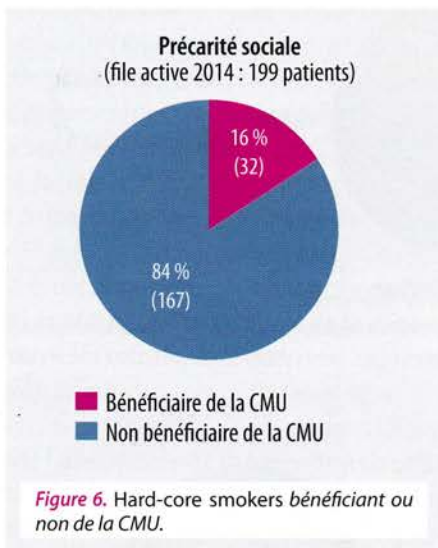
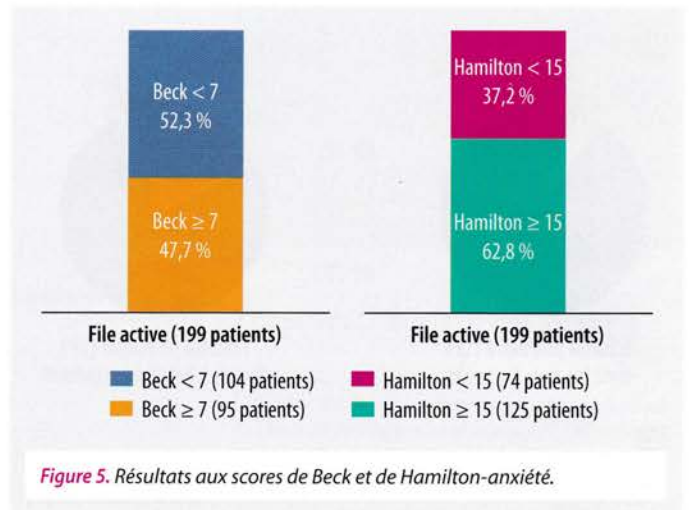
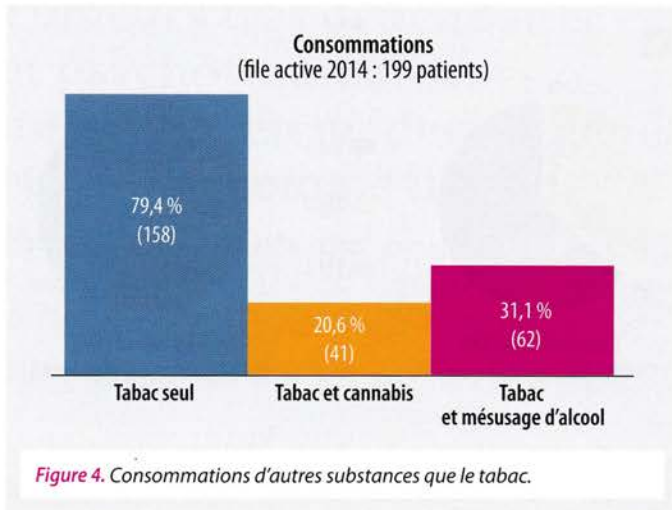
Ils ont fait de nombreuses tentatives d'arrêt du tabac avant de consulter, et présentent de très fortes vulnérabilités psychopathologiques, avec des indicateurs chiffrés élevés de dépression ou d'anxiété (score de Beck > 7 dans 48% des cas; score de Hamilton-anxiété > 15 dans 63% des cas; prescription d'un traitement psychotrope dans 69% des cas).

Il semble en particulier que la note anxieuse fortement marquée soit plus caractéristique



que la note dépressive dans cette population de fumeurs (figure 5, p. 26).

La population de cette étude comprend donc bien une forte proportion de *hard-core smokers*, et, contrairement à ce qui est constaté et décrit dans les consultations hospitalières de tabacologie en France, ces sujets ne se limitent pas à une catégorie de personnes en situation de précarité sociale: moins de 16% des fumeurs reçus dans cette consultation libérale bénéfi-



cient de la CMU (figure 6). La précarité sociale, comme marqueur significatif des *hard-core smokers*, serait par conséquent à reconsidérer. Dans cette file active de 199 fumeurs, **76,9 % des sujets ont vécu, lorsqu'on les interroge précisément, 1 ou plusieurs psychotraumas, de type I ou II (figure 7)**. Quarante-huit pour cent des patients concernés par des événements psychotraumatiques ont des symptômes caractérisés d'ESPTc (68 % de la file active totale) [figure 8]. Lorsqu'il y a eu psychotraumatisme et que des signes d'ESPTc surviennent, il s'agit dans 15 % des cas de violences sexuelles, dans 46 % des cas, d'abandons ou de négligences sévères dans l'enfance, dans 15 % des cas, de violences physiques et, dans 71 % des cas, de violences morales : certains patients ont vécu plusieurs types de psychotraumas (figure 9). Soixante-seize pour cent des fumeurs de cette file active concernés par un psychotraumatisme ont un score de Hamilton-anxiété supérieur à 15, et 53 % ont un score de Beck supérieur à 7.

Près de 90 % des fumeurs de la file active ayant un score de Beck élevé ont vécu 1 ou plusieurs psychotraumas, et près de 89 % de ceux qui ont un score de Hamilton-anxiété élevé ont ce type d'antécédent. Une fois de plus, il semble que la note anxieuse forte soit encore plus caractéristique de l'existence d'un psychotraumatisme qu'une note dépressive forte (figure 10). Il semble donc que la principale et première "précarité" chez les fumeurs très dépendants, ou *hard-core smokers*, soit d'ordre psychotraumatique et psychoaffectif. Cela permet de mieux comprendre le réel handicap social et sanitaire de cette population : il peut se voir comme la conséquence, non obligatoire, d'une maladie des affects/d'une mauvaise régulation des émotions, elle-même conséquence des psychotraumas passés inaperçus (ESPT passés à la chronicité, non pris en charge ni traités). Nous en concluons que nous ne pouvons plus en médecine, encore moins en tabacologie, en rester au repérage initial d'une dépression ou

d'une anxiété, ni même d'indicateurs de forte dépendance. Il conviendrait selon nous d'aller rechercher, dans le bilan initial de toute demande d'accompagnement au sevrage chez un fumeur dépendant, un ou des antécédents d'événements ou de situations psychotraumatiques, puis de déceler les signes cliniques évocateurs d'ESPTc. Nous proposons de poser une simple question au cours de tout bilan initial chez un fumeur : "Avez-vous déjà vécu un ou des situations ou événements qui seraient pour vous des violences physiques, psychiques/morales ou sexuelles ?" Il conviendrait aussi de réinterroger le patient sur ce type d'événements et de chercher à nouveau un ESPT, au décours même de la démarche thérapeutique de sevrage, devant la survenue d'un craving, de rechutes apparemment non expliquées, impulsives, non contrôlées, impossibles à prévenir par les approches usuelles et consensuelles en tabacologie, surtout lorsque le "climat émotionnel" semble prépondérant dans ces rechutes.

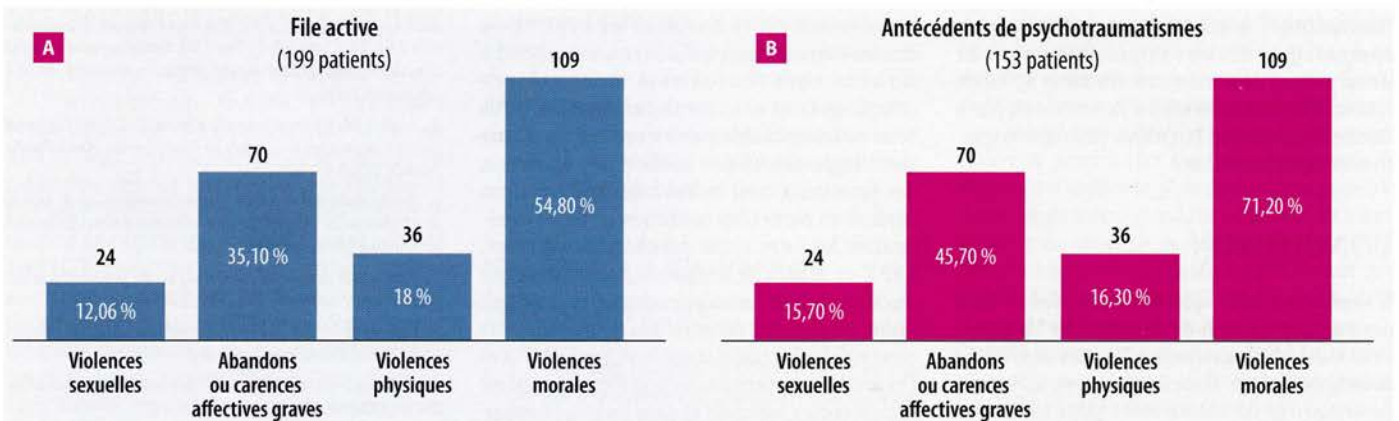


Figure 9. Types de psychotraumatismes vécus par les patients.

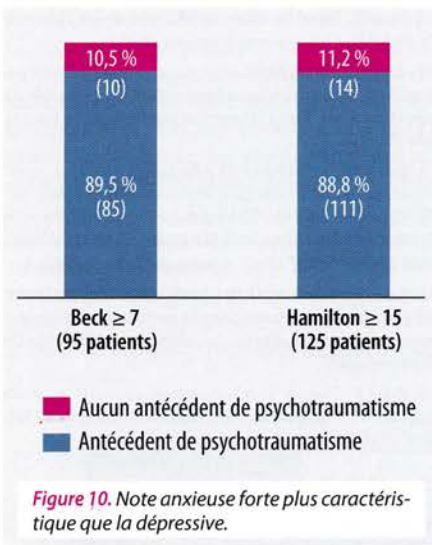


Figure 10. Note anxieuse forte plus caractéristique que la dépressive.

Enfin, cette notion de psychotraumatisme est, selon nous, à rechercher de façon appuyée, lorsque sont présents chez le fumeur, initialement ou au cours d'un sevrage, des idées suicidaires et/ou des antécédents de tentatives de suicides.

INTÉRÊT PRATIQUE DE CETTE RECHERCHE D'UN ESPT

Quel intérêt pratique à rechercher un ESPT chez un fumeur dépendant ? Les ESPT relèvent aujourd'hui de traitements précis, que sont l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy (EMDR), désensibilisation par les mouvements oculaires et retraitement, et l'hypnothérapie ericksonienne (13-16). Il devient donc urgent de les proposer aux fumeurs à dépendance complexe qui en ont besoin.

Nous dégageons dans ce travail, **6 indications particulières** à l'instauration d'une hypnothérapie chez un fumeur à dépendance complexe :

- > à chaque fois qu'on identifie des *antécédents* de psychotraumatismes et/ou des signes cliniques d'ESPTc, en particulier en cas de repérage d'un fort risque suicidaire (antécédents de tentatives de suicide, idées suicidaires) ;
- > lorsque le fumeur, pourtant très motivé pour un sevrage, et bien soulagé par un traitement pharmacologique adapté, ne parvient pas à commencer une abstinence complète et maintient longtemps de petites consommations de tabac ;
- > lorsque, pourtant très motivé pour un sevrage, il a pu parvenir à une abstinence complète quelque temps, mais fait de multiples faux pas et consomme à nouveau (craving puissant) en raison d'une mauvaise gestion de ses affects négatifs ;
- > lorsque, toujours très motivé, il parvient à maintenir, moyennant des efforts majeurs, une abstinence, n'y trouve aucun avantage évident, et présente une hyperactivation émotionnelle et neurovégétative récurrente, menaçant gravement le pronostic du sevrage et rendant sa vie difficile ;
- > lorsque, réellement abstinent, il révèle au cours de son sevrage des manifestations physiques majeures venant gravement gêner sa qualité de vie, non soulagés par des traitements habituels : troubles majeurs du sommeil (sommeil très court, interrompu, cauchemars fréquents avec flash-backs, etc.), troubles digestifs majeurs (constipation, douleurs abdominales), douleurs physiques importantes (appareil osseux et musculoligamentaire, céphalées, etc.)...
- > lorsque, s'abstenant de consommer du tabac et bien aidé sur le plan pharmacologique par un traitement de substitution, il "*bascule*" ou "*glisse*" vers un autre comportement addictif : mésusage de l'alcool, jeu pathologique, addiction au travail, trouble des conduites alimentaires, automutilations compulsives, etc.

Le phénomène de craving serait-il donc une nouvelle hypothèse étiologique ? Les *hard-core smokers* sont en effet particulièrement "*empêchés*" dans leur démarche de sevrage par des consommations compulsives puissantes survenant toujours sur un déficit de la régulation des émotions (craving). Dans ces cas, la mise en œuvre des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) avec restructuration cognitive et émotionnelle semble très difficile, voire impossible. Par ailleurs, ces fumeurs sont fréquemment concernés par des psychotraumatismes. Nous émettons une nouvelle hypothèse explicative du craving comme phénomène pathognomonique de l'addiction, qui demanderait à être explorée et étudiée.

Le sujet post-traumatique présente, on le sait maintenant, du fait du phénomène double d'hyperactivation spontanée du système limbique devant certaines situations de la vie courante (réactivation anxieuse et/ou émotionnelle post-traumatique) et de dissociation cortico-limbique, une hyperactivation dopaminergique avec hyperréactivité. Ils présentent aussi des dysfonctionnements des voies modulatrices de la transmission neuronale que sont les voies sérotoninergiques, endomorphiniques et gabaergiques, très sollicitées pour "*se mettre à distance*", ou se dissocier des émotions (émotions = sources de danger et risque de mort physique → impulsivité, compulsion, obsession). Et, surtout, ils ont une mobilisation du cortex vers la dissociation comme seule réponse possible en face des situations dites de réactivation, à la place d'un "*contrôle analytique*" rationnel et efficace.

Le "*cortex*" d'un "*fumeur addict*" et "*post-traumatique*" n'aurait donc appris, devant toute situation apparentée selon lui à un nouveau danger, qu'à "*se couper des voies de l'émotion*", oubliant qu'il est censé savoir et pouvoir analyser la situation, construire une solution, générer puis commander une action réfléchie. **Le cerveau de tels sujets ne serait donc plus**




“contrôlant”, mais “dissociant”, réactif et compulsif. Il devient impossible pour eux d’analyser ou de penser une situation de façon rationnelle, et encore moins de mettre en place une restructuration cognitive (thérapie cognitivo-comportementale).

CONCLUSION

Il semblerait donc que des stratégies de soin permettant d’abord de **“réassocier”** le sujet, c’est-à-dire de **“reconnecter” cortex et système limbique** (cortex associatif), soient une étape prioritaire et incontournable pour espérer le sortir du phénomène de craving et obtenir une abstinence durable en évitant les rechutes.

C’est clairement ici que l’**hypnothérapie ericksonienne** trouve sa place : elle permet, après substitution finement adaptée en cas d’états de manque nicotinique, d’aller, dans un second temps du soin, sécuriser et stabiliser les sujets atteints d’ESPT en réactivant dans leur système limbique leurs ressources émotionnelles positives et personnelles. L’hypnose peut enfin, après que l’**EMDR** a permis de **“désensibiliser”** les impacts émotionnels négatifs des traumatismes subis, **“réassocier et réorganiser de façon efficace les ressources positives”** du sujet.

Nous suggérons que, chez de tels fumeurs, la restructuration par des TCC n’intervienne qu’à l’issue de ce processus de soins – après traitement des psychotraumatismes –, pour **“défaire”** les automatismes cognitifs et comportementaux, et autoriser de nouveaux apprentissages en cas d’événements de la vie **“normale”** du sujet.

En perspective : ce travail et les hypothèses émises nous invitent à susciter une recherche sérieuse chez les fumeurs à dépendance complexe, dont nous savons maintenant qu’ils sont vraisemblablement confrontés à une pathologie des affects (déficit de régulation des émotions), c’est-à-dire à des ESPT. Il nous faudrait en particulier confirmer de façon significative les liens entre psychotraumatismes, ESPT et difficulté à obtenir une abstinence durable chez le fumeur (rechutes et craving). Enfin, on pourrait recourir à la neuro-imagerie pour valider les transformations que l’EMDR et l’hypnothérapie ericksonienne viennent opérer dans le cortex associatif et dans les voies cortico- limbiques, chez des sujets post-traumatiques concernés par une addiction tabagique. 

G. Errard-Dubois déclare ne pas avoir de liens d’intérêts.
N. Jan n’a pas précisé ses éventuels liens d’intérêts.

EN LIGNE

Nouvel arbre décisionnel
pour la prise en charge des fumeurs

Références bibliographiques

1. Augustson E, Marcus S. Use of the current population survey to characterize subpopulations of continued smokers: a national perspective on the «hardcore» smoker phenomenon. *Nicotine Tob Res* 2004;6(4):621-9.
2. Costa ML, Cohen JE, Chaiton MO, Ip D, McDonald P, Ferrence R. “Hardcore” definitions and their application to a population-based sample of smokers. *Nicotine Tob Res* 2010;12(8):860-4.
3. Perriot J, Underner M, Peiffer G et al. [Helping the “hard-core” smokers]. *Rev Mal Respir* 2012;29(4):448-61.

4. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284:2606-10.
5. Miller M, Hemenway D, Rimm E. Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. *Am J Public Health* 2000;90:768-73.
6. Haute Autorité de santé. *Recommandations de bonne pratique pour l’arrêt de la consommation de tabac*, novembre 2014. www.has-sante.fr
7. Louville P, Salmona M. Clinique du psychotraumatisme. *Santé mentale* 2013(176):30-3.
8. Salmona M. *Mémoire traumatique et victimologie*. www.memoiretraumatique.org
9. Salmona M. *Le livre noir des violences sexuelles*. Paris: Dunod, 2013.
10. *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff)*, 2000.
11. *Enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS)*, www.eurofound.europa.eu/fr/.../sixth-european-working-conditions-survey.
12. Josse E. *Troubles dissociatifs, quoi de neuf dans le DSM-5 ?* 2013. www.resilience-psy.com
13. *Évaluation de l’efficacité de la pratique de l’hypnose*. Expertise scientifique Inserm U1178, demande du ministère de la Santé (Direction générale de la Santé), juin 2015.
14. Bontoux D, Couturier D, Menkes CJ. *Thérapies complémentaires : acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi. Leur place parmi les ressources de soins. Rapport de l’Académie nationale de Médecine*. *Bull Acad Natle Méd* 2013;197(3):717-57, séance du 5 mars 2013.
15. Josse E. *Le pouvoir des histoires thérapeutiques. L’hypnose ericksonienne dans la guérison des traumatismes psychiques*. Paris: La Méridienne/Desclée De Brouwer, 2007.
16. Josse E, Dubois V. *Interventions en santé mentale dans les violences de masse*. Bruxelles: De Boeck Université, 2009.