

# Médecine générale et nicotinomanie

Interview du Dr Marc Jamouille par le Dr Lac-hong Ngyuen

**A mes patients héroïnomanes,  
qui m'ont permis de comprendre  
et de maîtriser ma dépendance  
à la nicotine.**

**MJ**

Le Dr Jamouille est médecin de famille à Gilly depuis plus de trente ans et maître de stage UCL et ULg en médecine générale. Il a travaillé en groupe multidisciplinaire dans une Maison Médicale puis a créé un cabinet de groupe de médecine de famille. Il a développé un intérêt particulier pour les processus de dépendance. Il est interviewé en 2005 par le Dr N'Guyen dans le cadre d'un travail de recherche sur la tabacomanie au sein du Centre académique de médecine générale de l'UCL.

Cabinet de médecine générale  
Jamouille et associés  
Rue du Calvaire 98  
6060 Gilly  
[marc@jamouille.com](mailto:marc@jamouille.com)

Centre académique de médecine  
générale  
Université Catholique de  
Louvain  
1200 Bruxelles  
[mutchulh@yahoo.fr](mailto:mutchulh@yahoo.fr)

Dr N'Guyen

Comment abordez-vous la question de la tabacomanie en médecine générale?

Dr Jamouille

Du point de vue médical de parler de tabac et de tabacomanie mais de nicotine et de nicotinomanie. La question en jeu est la nicotinomanie malgré les additifs addictifs introduits par l'industrie dans la cigarette. Continuer à parler du tabac c'est continuer à faire le jeu de l'industrie du tabac. L'industrie du tabac nous a vendu depuis des dizaines d'années le concept du tabac et pas le concept de la nicotine, or la drogue qui est dans le tabac est la nicotine, c'est une drogue dure, d'une intensité, si on pouvait parler de dureté, au moins équivalente à celle de l'héroïne. Il faut donc parler de la dépendance à une drogue dure nommée nicotine..

Lorsque j'aborde ce sujet avec mes patients, j'aborde le concept de dépendance à une drogue dure qui s'appelle nicotine. J'élimine le tabac de la conversation. On ne parle pas du tabac, on parle de la nicotine et de ses effets sur le corps humain. Il s'agit d'une drogue dure irrésistible qui modifie les comportements. A 10 heures du soir si on en a pas, on descend en ville en chercher et on sait exactement à quel endroit on va en trouver. On retrouve la une caractéristique je dirais socio - psychologique d'une drogue dure. Le Cannabis n'est pas addictif de cette façon.. Le manque de Cannabis ne pousse pas à une quête immédiate et obligatoire. Les comportements du nicotinomane sont très semblables à ceux des patients qui ont des troubles endorphiniques. Les patients qui ont pris de l'héroïne, de la codéine ou de la tilidine (Valtran®) savent exactement où, quand et comment se procurer les substances. Le nicotinomane sait où, quand et comment il

doit se procurer la substance qu'on appelle tabac, qui est commercialisée sous le nom de tabac, qui a une publicité sous le nom de tabac mais qui est en fait de la nicotine.

Le problème central est de faire accepter par une personne qu'elle est dépendante d'une drogue dure. C'est une parole difficile. Les patients n'acceptent pas ce type de langage en raison de la connotation péjorative du terme drogue. Ils vont s'en défendre et pourtant c'est la clé de la réussite du traitement. Qui dit dépendance à une drogue dure, dit acceptation de la notion de dépendance à une drogue dure, dit acceptation du rôle du malade par rapport à une dépendance à une drogue dure, ce qui n'est plus du tout une dépendance au tabac. Cette idée est corroborée par la technique thérapeutique. Le traitement revient au fond à remplacer la nicotine en doses adéquates pour pouvoir laisser là la fumée. Fumer n'intéresse plus, à partir du moment où la quantité de nicotine est suffisante. En occupant les récepteurs nicotiques, l'assuétude est temporairement maîtrisée, le patient ne pense même plus à fumer pendant un certain temps.

On est impliqués dans la tabacomanie parce que l'industrie du tabac l'a décidé ; parce que soigneusement, on cache la nicotine et les autres produits addictifs, y compris dans les contre-publicités. Si l'industrie finance un fond de lutte contre le tabagisme, c'est justement pour qu'on reste dans le tabac et qu'on ne parle pas de la nicotine.

Voilà je ne sais pas si je réponds à votre question, mais c'est un préambule pour moi, une mise au point indispensable. Il est grand temps de réorienter toute la stratégie, et arrêter de parler de tabacomanie, arrêter de parler de lutte contre le tabac, et réintroduire le vrai débat qui est la dépendance à une drogue dure qui s'appelle nicotine. Ce serait un changement de cap vraiment salutaire.

Dr N'Guyen

Qu'entendez-vous par effet négatif du terme drogue dure chez les patients ?

Dr Jamouille

Le terme drogue en médecine est assez mal prisé. Les gens ne veulent pas « se droguer » Ils prennent du « Temesta® » ou de « Lexotan® » tous les jours mais ils refusent l'appellation « se droguer » Le mot drogue a une connotation péjorative. Le fait de dire : « Je suis un drogué dur », c'est quelque chose qui est difficile à avaler. C'est une prise de conscience parfois douloureuse, parfois difficile qui ne se fait pas rapidement. Il faut dire aussi qu'il est préférable pour un être humain dépendant de rester au niveau de l'image du tabac, parce que l'image du tabac est bonne et que le langage médical ne réussira jamais à outrepasser la puissance symbolique du langage publicitaire.

Personnellement j'ai commencé à fumer avec Mme Laurens et Mme Belga. Toutes ces images de tendresse et de gentillesse qu'on utilisait dans les années cinquante soixante. Après on a vu apparaître le langage de la domination dans les publicités. Celui qui fume est le meilleur et il a le plus beau cheval, la plus belle moto, la plus belle femme, la meilleure bière. L'association positive est extrêmement puissante si on utilise le mot tabac. Dès qu'on va parler de lutte antitabac on va se retrouver dans un monde symbolique extrêmement pervers dont tous les chemins sont barrés. Il faut vraiment changer très fort et très durement avec le patient.

Dr N'Guyen

Et quand vous leur renvoyez cette image de drogué dur ; comment réagissent-ils ?

Dr Jamouille

Ils réagissent bien et ça ne fait guère de problème. Un peu estomaqué peut-être mais je prends le temps de l'expliquer. J'ai été moi-même fumeur pendant 30 ans donc je connais cette dépendance à la nicotine, je la connais intimement. De plus ça fait maintenant 14 ans que j'accompagne les héroïnomanes et cocaïnomanes. Le comportement addictif m'intéresse. Je peux décrire, je peux parler du comportement addictif de la même façon que je pourrais parler de la vie d'un cancéreux. Le fait de connaître le domaine est fondamental dans une relation thérapeutique. Ça ne vaut pas la peine d'approcher un patient si vous ne connaissez pas le langage qu'il utilise pour comprendre sa maladie.

C'est un principe élémentaire de l'éducation pour la santé. Je n'ai pas de difficultés, je connais le langage du tabac, comme je connais maintenant le langage des tox.

Dr N'Guyen

Et un médecin non fumeur, qui n'a jamais touché, est-ce qu'il est moins apte à aider ses patients à arrêter de fumer ?

Dr Jamouille

Je ne pense pas non, ça ne se passe pas comme ça. Je pense qu'il va devoir étudier plus les substrats culturels de la nicotinomanie pour pouvoir poser les mêmes questions. Personnellement je n'ai jamais pris d'héroïne et j'ai eu trois ou quatre cents héroïnomanes ici et je les ai écoutés avec attention, j'ai noté, j'ai fait comme vous, j'ai enregistré ce qu'ils disaient et j'ai relu. Je pense que la médecine ça s'apprend. Il est probable qu'un fumeur non scientifique sera moins efficace qu'un non-fumeur scientifique. La question n'est pas tellement d'avoir fait l'usage personnel que d'avoir un positionnement scientifique par rapport au problème qui est posé.

Dr N'Guyen

On voit souvent on dit que la plupart des fumeurs essayent avant tout d'arrêter tout seul, comment expliquez-vous ça ?

Dr Jamouille :

Parce que c'est terriblement culpabilisant d'être fumeur. C'est le type même du double langage. D'un côté une publicité effrénée qui vous montre un paradis du fumeur, une béatification du fumeur et de l'autre côté la société médicalisée qui vous traumatise et qui vous dit « C'est scandaleux, vous ne devriez pas fumer ». C'est tout à fait schizophrénique. Un vrai fumeur invétéré peut vivre des moments douloureux. Il lui arrive d'arrêter de fumer tous les jours et d'échouer tous les jours. Il se culpabilise à mort tous les jours parce que ça ne marche pas et tous les jours il se dit « C'est la dernière » La plupart des gros fumeurs se vivent incapables d'arrêter de fumer et n'en parlent même plus, s'estimant faibles, sans volonté et paralysés, comme touchés par un fatalisme inéluctable et bien sûr culpabilisés de se sentir ainsi.

Dr N'Guyen

Tout à l'heure vous parliez essentiellement de dépendance à la nicotine. Que pensez-vous de tous ce qui l'entoure. Il n'y a pas que la dépendance, il y a également tous les gestes, les habitudes, que pensez-vous de cela ?

Dr Jamouille

Vous évoquez les habitudes comportementales, tout ce qui est le briquet, le cendrier, porter à la bouche, etc. Dans les années 80, les psychiatres s'autorisaient à dire que l'injection de substances comme l'héroïne c'était la pénétration du corps et donc se sont commis à prescrire de la méthadone injectable. A vrai dire, il est étonnant de constater que tous ces comportements disparaissent quand la dose de nicotine adéquate est donnée. Ils disparaissent automatiquement. Il n'y a plus tous ses gestes, il n'y a plus le besoin du cendrier, il n'y a plus le besoin de la réassurance d'avoir son paquet de cigarettes dans la poche, d'avoir son briquet, Il m'est arrivé de retourner chez moi pour aller chercher des allumettes parce que j'avais des cigarettes mais pas des allumettes. Mais tout ça disparaît à partir du moment où vous donnez la dose de nicotine adéquate. Si vous ne donnez pas la dose adéquate ça ne marche pas. C'est la même chose si vous soignez un héroïnomane qui carbure à 3 grammes par jour et que vous lui donnez 20 milligrammes de méthadone, ça ne marchera pas. Il va aller acheter de l'héroïne sans vous le dire parce que il va avoir honte. Le patient substitué en nicotine insuffisamment, ça ne marchera pas ! Ce n'est pas la peine d'essayer de commencer. En manque de nicotine il se voit intimé par le cerveau en manque de porter une cigarette à la bouche pour assurer l'alimentation en nicotine. Il va la chercher sa cigarette dans sa poche et il va tenter de résister. Mais ça c'est déjà trop tard. Il n'avait pas la dose adéquate de

nicotine. C'est un peu comme ça que ça marche, je crois, parce que j'avance, je suis toujours en train de chercher dans ce domaine là, d'écouter ce que le patient me dit.

Dr N'Guyen

Vous parliez de honte. Pensez-vous que si un patient rechute il viendra vous en parler ?

Dr Jamouille :

Ca dépend de la relation. Je suis médecin généraliste, je ne suis pas un médecin de passage à qui on vient parler parce qu'il est spécialisé. Je vais voir Marcel parce qu'il a un rhume ou je vais voir sa femme parce qu'elle a mal au ventre et je vais lui demander des nouvelles de Marcel. « Ah oui il refume », « Ah bien ce n'est pas grave qu'il revienne me voir » Donc dans la relation d'empathie de la médecine générale qui se construit sur la durée il est rare qu'échappent des informations de ce genre. De toute façon, que ce soit pour l'héroïne ou la nicotine, je préviens mes patients des rechutes possibles et de ma politique de porte ouverte. La question centrale est de ne pas culpabiliser les gens évidemment. « Oui, tu as encore rechuté, enfin je t'avais dit pourtant bien dis de ne pas... » etc. Ça c'est une question qui transcende toute la médecine. Ne pas mélanger son éthique personnelle et l'éthique professionnelle. De la même façon que vous ne dites pas à un héroïnomanes : « Tu as encore repris de l'héroïne ! » On ne va pas dire à un diabétique : « Tu as encore repris du sucre ! » ou « Tu as encore repris du gâteau ! »

Il y a la une question d'éthique professionnelle et de conscience qu'on délivre un message normatif et qu'il n'y a pas lieu de délivrer un message normatif quand il s'agit de ces matières. Il y a au contraire lieu d'accepter les gens comme ils sont, avec les problèmes qu'ils présentent. C'est à nous de changer la stratégie, pour s'adapter à ces problèmes. Il s'agit d'un des fondements de la médecine. Si un patient n'a pas été faire sa chimiothérapie, on ne va pas le punir en lui disant : « Bien, vous n'aurez pas la suivante » C'est ce que certains faisaient avec les héroïnomanes dans les années 90. On leur disait : « Si vous prenez de l'héroïne, on ne vous donne plus de méthadone » Ici, on dit : « Ah vous avez fumé, alors on ne vous donne plus le traitement, vous n'avez droit qu'à un tour ». Par exemple la mutuelle socialiste rembourse une fois, pas deux, les produits de substitution. C'est bien le caractère de drogue qui est là derrière avec la culpabilité sociale. Un message lourd de conséquences pour votre santé. « Vous allez faire dépenser des sous à la société comme les tox. »

Dr N'Guyen

Et dites-moi, quelle est la place de la motivation ?

Dr Jamouille :

La motivation va être déterminante pour accepter le rôle du malade. Si le papa et la maman ont décidé d'arrêter de fumer parce que le bébé va naître, ils viennent chez le docteur et disent : « On va arrêter de fumer » et c'est bien. Je réponds « le problème ce n'est pas la fumée, le problème c'est la nicotine. » « Ah, bon ». Et là pour accepter d'être des drogués durs et d'agir en conséquence par rapport à cette drogue, on a besoin de la motivation, on a besoin de quelque chose, d'une poussée chez ces gens-là pour dire : « Je vais reprendre mon autonomie ! »

Tout ça dépend de comment on leur explique. C'est clair que la nicotinomanie est un vol d'autonomie par des sociétés transnationales. On a fait inhaler des substances par des méthodes de plus en plus sophistiquées. Vous connaissez cette analyse de Friedmann sur l'abaissement de l'âge de la cible publicitaire puisque les vieux fumeurs ne changent pas, meurent plus tôt et ne changent pas de marque de tabac. La seule façon d'augmenter la part du marché c'est d'abaisser l'âge de la première cigarette et donc on a induit systématiquement en erreur des générations de jeune gens et on a transformé le tabac et la cigarette en une espèce d'instrument culturel d'identification des jeunes. Tous ces jeunes innocents sont tombés dans le piège. Jamais à aucun moment il ne se sont rendus compte qu'ils devenaient esclaves du tabac et de l'industrie du tabac..

J'avais vu une pub anti-tabac remarquablement faite destinée à des jeunes. On y voyait une main glisser quelque chose dans un verre et le scénario faisait la comparaison avec la nicotine, poison insidieux imposé à leur insu à des jeunes gens. Il est vrai que faire appel chez des jeunes au sens de la santé est inutile, ils sont immortels. Par contre « on est train de t'entuber » ça c'est un bon langage. « On te trompe » dans le langage adéquat de l'adolescence, ça marche très bien. Avec les gens aussi d'ailleurs, « On vous a trompé, ça fait des années qu'on vous trompe, ça fait des années qu'on vous vend du tabac en sachant parfaitement bien que c'est de la nicotine » C'est quelque chose qui peut révolter et fâcher les patients.

Ils se rendent compte qu'ils se sont fait avoir et qu'ils sont l'objet d'une manipulation qui leur a coûté la santé et souvent une baraque, parce que sur une vie c'est le montant d'une maison, Ce langage doit être clair, je dirais même à la limite assez agressif pour passer, pour rentrer dans la réalité d'un problème lourd de toxicomanie avec des causes et des conséquences sévères et que il faut s'y attaquer de la façon la plus adéquate. La nicotine est un produit qui n'est pas pris par hasard par les gens. La nicotine est un antidépresseur sédatif. Si vous l'arrêtez un antidépresseur sédatif que vous êtes habitué à prendre depuis 30 ans vous pouvez être déprimé et anxieux.

Dr N'Guyen

C'est ça, c'est ce que vous leur dites ?

Dr Jamouille :

Ça dépend de ma connaissance des patients. Chaque cas est particulier. Un traitement de nicotinomanie peut démarrer par un traitement antidépresseur. C'est ce qui fonde le recours aux antidépresseurs pour aider au sevrage tabagique. Le Bupropion a ouvert la voie. C'est une molécule commercialisée depuis plus de vingt ans, toujours sur le marché aux USA sous le nom de Welbutrin® et qui s'est refait une santé commerciale sous le nom de Zyban® à 97€ pour 100c. Bien dangereuse pour les épileptiques, elle n'est pas plus efficace dans cette indication que la Nortryptiline (Nortrilen®) un antidépresseur de première génération qui ne coûte que 3,24€ les 50c. Il y a des patients en dépression que je mets sous antidépresseurs qui me disent qu'ils fument moins. Ce n'est pas étonnant. Un autre écueil de la nicotine est sa propriété anorexigène. Beaucoup de patient redoute la prise de poids qui suit le sevrage nicotinique.

Dr N'Guyen

Et que faites-vous alors?

Dr Jamouille :

Eh bien, on attend la consultation suivante. On ne peut pas tout faire. On peut expliquer aux gens et on peut les laisser comme ça aussi. Si un héroïnomanie vient chez moi et qu'il a besoin de soins et ne veut pas arrêter l'héroïne, je le soigne. Pour la nicotine, c'est pareil. Mon éthique professionnelle ne me force pas à modifier les comportements des gens. Je fais des propositions, j'explique les tenants et aboutissants et on démarre le traitement s'ils le souhaitent. On peut aussi dire que la pensée agit lentement chez les être humains. Mes patients n'oublient pas ce que je leur ai expliqué. Mon discours sort des sentiers battus et ils sont touchés, même s'ils ne se décident pas tout de suite. Ma force, c'est la durée. La prochaine fois que tel patient reviendra avec une bronchite, il sait bien que je vais le tarabuster au sujet du tabac. A la longue, le médecin traitant peut avoir un fort impact sur le comportement.

Contrairement à un service spécialisé qui voit les gens une fois, moi j'ai le temps pour moi. Depuis que je soigne les héroïnomanes j'ai toujours pensé que les dépendances sont vraiment l'affaire de la médecine générale, parce qu'elles se déroulent dans la durée. Il faut aussi admettre que les êtres humains sont des êtres humains et pas des pièces de jeu d'échecs. Il y a des rechutes. Si vous avez été habitué pendant 30 ans à prendre de la nicotine en plus chaque fois que ça n'allait pas, et si quelqu'un meurt ou que vous perdez votre job, vous avez des chances de rechuter. Les jeunes gens qui ont leurs système endorphinique perturbé reprennent de l'héro, et les fumeurs reprennent de la nicotine. Un ancien dépendant, de l'alcool, de la nicotine, de l'héroïne est plus fragile que

quelqu'un d'autre. La rechute est assez imprévisible. La seule façon de les aider est d'expliquer et de laisser la porte ouverte, de leur dire qu'ils ne seront pas jugés s'ils reviennent après une rechute.

Ce positionnement éthique du médecin généraliste est fondamental. C'est la clé de tous rapports avec les patients pour quelques problèmes que ce soit. L'acceptation de l'être humain tel qu'il est avec sa grandeur et sa misère est au cœur du métier. Je ne suis qu'un témoin en quelque sorte et je peux orienter parfois et rester modeste. Il n'y a pas de hasard à l'utilisation des produits par les personnes. Les produits ont toujours une signification profonde. L'utilisation d'un produit c'est un symptôme. Derrière un symptôme il peut y avoir tellement de choses.

Dr N'Guyen

Vous dites que la nicotine est un symptôme. Que pensez-vous qu'il y ait derrière la nicotine?

Dr Jamouille :

Il ne s'agit pas de phénomènes simples ou linéaires. La prise de produit exprime souvent la complexité et le labyrinthe du vécu. Derrière l'héroïne il y a souvent la psychose. L'héroïne est un très bon anti-psychose. Certains jeunes ont trouvé un apaisement dans l'héroïne à l'adolescence. La nicotine est un bon sédatif. Ce n'est pas un mauvais anxiolytique immédiat. Inhalée, elle agit en quelques minutes et cela la rend probablement plus efficace qu'une benzodiazépine d'action rapide. La vie de l'être humain est angoissée. Il vit dans l'attente de sa mort même en la niant toujours. Il n'y a pas beaucoup de façons d'exprimer tout ça. Il y a peu de parole sur la mort. Il n'y a pas de parole sur l'angoisse. Il y a une disparition de l'expression symbolique, notamment au niveau de la religion. Il y a peu de choses qui touchent au spirituel au plus profond de l'être humain qui puissent être exprimées. C'est, probablement une façon d'évacuer l'angoisse au moment même ; on prend une clope en plus, et ça passe. C'est un symptôme assez spécifique d'une mise en tension personnelle.

En consultation, aborder la cigarette c'est aussi un moyen d'approfondir la relation. On peut faire la parole aux moments où on parle de la cigarette et suggérer des ouvertures comme « Tiens, comment ça va la maison ? » Cela peut être un objet transitionnel pour aller plus loin. C'est dangereux pour le timing de la consultation. Mais quand les patients viennent, ils ont droit à la parole.

Dr N'Guyen

Et en parlant de timing, est-ce que le temps vous manque pour faire tout cela ?

Dr Jamouille :

Ah bien je prends un assistant ! Mais en fait j'ai passé ma vie comme ça. J'ai commencé en 1974 à pratiquer. En 79 j'ai pris un associé et puis ça n'a pas marché, j'ai pris un autre associé ça a marché, puis un troisième associé, puis un quatrième associé, puis ça c'est transformé en maison médicale. Vingt ans plus tard on m'a trouvé insupportable, on m'a mis à la porte et j'ai recommencé sur le trottoir d'en face. J'ai pris une assistante, et puis maintenant une deuxième assistante. A partir du moment où vous donnez du sens à l'écoute, il y a toujours plus de patients qui viennent. L'écoute de la médecine générale c'est une écoute avec du sens. On participe à la communication, à la non communication des gens, ou à leur difficulté à communiquer. On doit pouvoir faire les signes d'appels nécessaires et suffisants pour comprendre ce qui se passe derrière le symptôme. Il faut tendre des filets pour qu'ils sortent leurs paroles, donner parfois le conseil dont ils ont besoin et qu'ils soient contents d'avoir le conseil ou bien de reconnaître qu'ils sont effectivement malades. Parfois un patient a besoin d'entendre : « Oui madame vous êtes effectivement malade » « Vous me croyez docteur ? »

« Mais oui bien sûr je vous crois » L'écoute active est totalement indispensable dans la pratique de la médecine générale. Et ce qui est fantastique c'est que les gens reviennent et que ce qu'on n'a pas entendu la première fois on peut l'écouter la deuxième.

Dr N'Guyen

Est-ce que parfois vous demandez de revenir quand vous vous proposez un traitement de nicotineomanie ?

Dr Jamouille :

Toujours, pour la nicotine toujours. Je déplore que les produits de substitution nicotinique soient en vente libre, que le traitement de la nicotineomanie ait été banalisé comme l'a été le tabac. Il s'agit d'une intoxication grave à une drogue dure et dont le traitement doit être laissé à des professionnels formés. Le patient doit être revu. C'est trop dangereux de le laisser à lui-même aux prises avec une intoxication qu'il ne maîtrise pas. Ça ne va pas marcher si le patient n'a pas une sorte de surmoi temporaire. Le fait d'avoir une échéance, c'est très important. Il ne faut pas négliger non plus les effets déprimeurs de l'arrêt de la nicotine. Laisser les gens comme ça tout seuls, tout nus, c'est dangereux

Il faut avoir une stratégie dans laquelle l'image du thérapeute est forte. Dans la stratégie je compte en tant que l'image que le patient a de moi. Quand je dis je, c'est je thérapeute qui est vécu dans la tête des gens, ce n'est pas moi en tant que moi-même. Les patients viennent chez le médecin en projetant à l'avance approximativement ce qu'ils pensent que ce médecin peut comprendre, ou peut entendre et donc ils vont dire certaines choses qu'ils croient pouvoir être entendues. Mais ils n'imaginent pas ce que je peux entendre d'autre.

Donc si j'ouvre cette porte thérapeutique, je dois le faire de façon cohérente en disant : « Vous reviendrez dans 10 jours parce que je vous donne un traitement, il s'agit d'un traitement par rapport à une intoxication grave et je veux vous suivre jusqu'au bout. Et en cas de rechute, je veux pouvoir vous aider aussi » Donc je médicalise le problème parce que je pense que c'est une intoxication grave avec des conséquences redoutables..

Dr N'Guyen

Posez-vous à chaque consultation chez tous les fumeurs la question de savoir où ils en sont dans leur dépendance à la nicotine ?

Dr Jamouille :

Vous évoquez les évaluations de Fagerström et ce genre de test ? C'est assez peu opératoire en pratique quotidienne. C'est rare que les gens ne soient pas complètement dépendants. La consommation usuelle tourne ordinairement autour d'un paquet et on sait que la charge en nicotine reste longtemps constante chez un patient donné. Et puis, il ne faut pas se faire d'illusion, les patients mentent et se mentent à eux même. Ils mentent tous comme les alcooliques, tout le monde ment, on ment parce qu'on sait qu'on fait des choses qui ne sont pas très cohérentes alors on ment, on escamote la réalité. Mais c'est vrai que j'ai de temps en temps une personne qui fume trois cigarettes et qui n'est pas vraiment dépendante.

Mais ce n'est pas très utile de savoir si un nicotineomane fume sa cigarette la nuit, quand il se réveille, où le matin avant 10 heures ou avant midi. Ce qui est important c'est évaluer la charge en nicotine. Ça ne sert à rien de mettre un patch à 21 mg à quelqu'un qui fume plus que 20 cigarettes par jour, ou 15 roulées, parce qu'entre une roulée et une faite il n'y a pas la même charge en nicotine.

Donc j'explique d'abord l'orientation thérapeutique puis je passe à une autre idée centrale qui est la reprise du contrôle par le patient de sa consommation de nicotine sous forme inhalée. Je propose d'acheter une boîte et de mettre dedans le nombre de cigarettes qu'il pense fumer par jour. Si c'est 25, il en met 25 dans sa boîte, et puis il enlève une cigarette par semaine de sa boîte et quand il arrive à 20 il revient. L'idée est de dire qu'il ne va plus être le jouet de l'industrie mais qu'il va décider à l'avance la quantité de drogue qu'il va prendre et diminuer très progressivement. S'il arrive à 18-20 cigarettes par jour alors je sais que j'ai une chance de pouvoir le substituer avec un patch à 21 mg. Sinon ça marchera pas, ce n'est pas la peine d'essayer. On a donc une première étape: faire la parole, expliquer, suggérer, offrir la possibilité de se soigner. De là au passage à l'acte cela peu prendre longtemps, des semaines ou des mois. Deuxième étape : reprise du contrôle. La deuxième étape peut prendre aussi de plusieurs semaines à

plusieurs mois. Troisième étape : substitution. Substitution en patch systématique avec nicotine per os dans la poche.

Utiliser la voie orale exclusive peut mener à poursuivre indéfiniment l'intoxication nicotinique. J'ai un exemple malheureux d'un patient qui n'a jamais expérimenté le patch, qui a toujours pris la Nicorette® buccale et qui cinq ans après en mange toujours. La fumée est partie mais il est toujours dépendant de la nicotine. On n'est pas avancé.

Le patch est intéressant, éventuellement associé au tout début à la nicotine per os parce qu'on peut casser plus facilement la dépendance. Donc, je leur mets des comprimés de nicotine en poche parce qu'on n'est pas sûr que les 21 mg du patch vont faire l'affaire. J'avertis : « Si tu sens le besoin d'une clope, ce n'est pas une clope que t'as besoin, tu as besoin de nicotine, donc tu en prends dans ta poche, et tu prends de la nicotine, sous forme comprimé et plus sous forme fumée, la fumée c'est fini ! » Donc cette étape de la substitution, ça revient à séparer nicotinomanie et fumée du tabac. On garde la nicotine, on laisse le tabac, c'est notre troisième étape.

La suite se passe souvent bien. Si la dose de nicotine est adaptée, le patient ne recourt que quelque fois aux suppléments nicotinique par la bouche. Il va alors se rendre compte que le tabac a une odeur pas très agréable, que ses vêtements, ses armoires, sa maison sentent le tabac froid. On arrangera un rendez-vous dans les dix jours, pour faire le point, comptabiliser les comprimés supplémentaires au patch et dire la difficulté ou la facilité de la thérapie. On pourra alors mettre en garde contre les tentations faciles, celle de fin de repas et d'après l'amour, moment qu'affectionnent les récepteurs nicotiniques. Conserver en poche des comprimés de nicotine reste essentiel mais le plus souvent le patch va suffire à compenser le manque. Le schéma ensuite est classique et on passera après 3 semaines au patch à 14 mg. Il est bien rare que mes patients achètent la boîte de patch à 7 mg ou même qu'ils terminent celle à 14. Il est bien sûr des exceptions. J'ai eu un patient qui pendant des mois, a porté des patchs à 7 mg qu'il a fini par couper en quatre.

C'est au moment de la décroissance nicotinique que les troubles anxieux ou dépressifs peuvent survenir. On le comprend puisque la nicotine, présente depuis souvent des dizaines d'années, vient à manquer. Les aléas de la vie et les mises en tension du quotidien peuvent évidemment provoquer des pulsions nicotiniques. Il faut veiller à revoir le patient de semaine en semaine ou de dix en dix jours pour faire le point et évaluer la nécessité d'éventuellement utiliser un anxiolytique ou un antidépresseur.

Souvent le bénéfice acquis est rapidement visible. Il faut bien sûr prévenir le patient que des accès de toux et des expectorations noirâtres en début de traitement ne sont pas anormales. On sait que les cils vibratiles pulmonaires sont paralysés par la nicotine. Il n'est pas étonnant d'assister à un grand nettoyage. Les patients bronchiteux, à courts d'haleine ou tousseurs chroniques sont souvent stupéfaits de la rapidité du résultat obtenu.

La quatrième étape et non des moindres est l'offre de présence continue en cas de difficulté ou de rechute. C'est une caractéristique des dépendances fortes, alcool, héro, nicotine de resurgir dans la vie des gens quand ils s'y attendent le moins. Pouvoir revoir son docteur sans se sentir culpabilisé d'avoir rechuté est primordial. Il faut donc préparer le terrain à l'avance.

Dr N'Guyen

Et le fait que vous leur demandez ainsi de diminuer d'une cigarette par semaine, n'est-ce pas aussi une manière d'évaluer leur motivation ?

Dr Jamouille :

Effectivement cela peut être un exercice de renforcement de la motivation. La première étape est un processus qui prend beaucoup plus de temps que les étapes subséquentes. La puissance du travail sous marin des psychologues de l'industrie du tabac est fantastique et la plupart des patients sont persuadés que le tabac n'est pas dangereux ou n'est pas



responsable de leur désastre pulmonaire ou artériel. Mais souvent ils passent d'eux même à la deuxième étape, reprennent le contrôle et reviennent six mois plus tard et me disent : « Ça va je le fais docteur, maintenant je suis plus qu'à 20 cigarettes »

Dr N'Guyen

Et chez les personnes plus âgées quel type d'arguments utilisez-vous ?

Dr Jamouille :

Plus ils vieillissent, plus je les vois pour leur bronchites. Parfois on revoit le dossier ensemble et on compte le nombre de bronchites ou on parle de la cousine qui prend déjà de l'oxygène. Les artérites et cardiopathies sont aussi un moment fort. Malheureusement les praticiens hospitaliers n'abordent pas souvent la question de la dépendance avec suffisamment d'insistance. Les patients peuvent même revenir avec l'argument qui tue du genre « Mais mon cardiologue, lui, il fume ! » La connaissance élémentaire du fonctionnement du corps humain est assez mal distribuée dans notre société. On peut dire que la population est assez analphabétisée de ce point de vue. Cette méconnaissance structurelle ajoutée à, en tous cas dans ma population consultante, une certaine déficience de la capacité intellectuelle rend les messages d'éducation pour la santé particulièrement difficile à faire passer. Ils ont tellement appris que le tabac est réservé aux gagnants et aux dominants. Même l'impuissance masculine n'est pas un argument accepté, encore moins les histoires de tabagisme passif.

Dr N'Guyen

Les guidelines, notamment anglaises, recommandent aux médecins de proposer à chaque consultation aux fumeurs d'arrêter de fumer à chaque consultation. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Dr Jamouille :

D'abord il faut que le médecin arrête de fumer. Mes patients se rappellent très bien le temps ils roulaient leurs cigarettes avec mon tabac. Je fumais beaucoup. J'ai arrêté de fumer à cause des héroïnomanes, quand j'ai compris le mécanisme de l'intoxication des héroïnomanes et la dépendance, je me suis rendu compte que j'étais dépendant de la nicotine. Quand j'ai compris la dépendance à l'héroïne j'ai compris la dépendance à la nicotine.

Mais rappeler aux patients à chaque fois qu'on les voit, ce n'est pas très respectueux de leur intimité. Le fait de savoir ne nous autorise pas à l'intrusion dans la vie des gens. Ils sont déjà assez culpabilisés comme ça. Bien sur, si le moment est propice, je vais leur sortir une vanne ou mettre la pression.

« Arthur alors ces cigarettes c'est pour quand ? » C'est de cette façon-là, parce qu'un patient ne reste nouveau qu'une seule fois en médecine générale. La deuxième fois c'est déjà un ancien patient, et la troisième fois et puis la quatrième on voit son enfant, puis on voit sa mère ou son épouse. Et puis la maman dit : « Oh qu'est-ce qu'il fume docteur » et puis « Oh Albert ta mère m'a dit que tu fumais comme un trou à la maison » On est dans l'intimité des gens, c'est bien et c'est dangereux. Le droit d'ingérence ne nous est pas acquis. Les patients ont droit à leur choix et à leur intimité, quelque soit le domaine. Et puis il faut savoir respecter son patient. S'il est trop malade, qu'il tousse comme un veau, ce n'est pas la peine de lui dire d'arrêter de fumer. Il sait bien. Ils savent. Evidemment qu'ils savent et ils savent que je sais.

Souvent ils me disent : « Oui, je sais bien que j'aurais du, mais voilà c'est comme ça ! ». Il y a aussi Joseph qui a 95 ans et je lui dis : « Ce n'est pas la peine Joseph, c'est trop tard pour arrêter de fumer, de toute façon tu mourras d'autre chose »

Dr N'Guyen

Et quand le patient, s'il s'avérait qu'il n'est pas motivé, vous répond : « Oui je sais bien docteur » d'un air bourru, que pensez-vous à ce moment-là ?

Dr Jamouille :

Je laisse tomber. On n'a pas de devoir moral de soigner les gens malgré eux. Si quelqu'un est obèse et qu'il veut rester obèse, s'il est diabétique et qu'il veut rester diabétique c'est son problème. S'il est héroïnomanie, il est héroïnomanie. Il veut rester diabétique ou héroïnomanie et je le soigne. Je le soigne parce qu'il a une infection et je le soigne parce qu'il a une bronchite. Je ne suis pas le gardien de la morale sociale.

Dr N'Guyen

En fin de compte vous évaluez le pour et le contre à chaque instant ?

Dr Jamouille :

Là vous entrez au cœur du métier. C'est difficile à mettre en équation, de savoir qu'à tel moment on peut dire ou ne pas dire, faire ou pas faire. Si une personne est déjà tellement préoccupée par les problèmes qu'elle vit, pourquoi en rajouter un autre ? Il faut être très attentif à nos patients. Notre arme favorite c'est la tendresse. Il faut montrer de la tendresse et de la compassion. On n'est pas là pour les juger ni pour nier le vécu de l'autre.

Il faut sentir à quel moment il est cohérent de placer quelque chose. Si chaque fois qu'un gros passe à mon bureau, je lui dis : « M'enfin, t'as pas encore maigri ! » il ne reviendra plus jamais. Mais si après 10 consultations je lui dis : « Tu ne crois pas que c'est peut-être pour ça que tu manges ? » parce qu'il vient de me parler de sa mère, alors là il y a peut-être un pas significatif qui a été fait. On ne peut pas évaluer la médecine générale sur une consultation, ni sur deux, ni sur trois. On fait ça dans la durée, C'est ça qu'on appelle la continuité des soins. La continuité a deux facettes, l'une factuelle, comment je fais pour transporter mon information chez le spécialiste, et l'autre interpersonnelle, cette relation qui se monte progressivement dans la reconnaissance mutuelle. Son père et son grand-père fumaient déjà, qui se faisaient soigner aussi par moi et ils sont morts tous les deux. Peut-être que j'ai une conception qui est dépassée. Il faut une génération de médecins qui ait des positions éthiques tranchées et des outils méthodologiques clairs. Avoir une telle insistance sur l'éthique professionnelle, une telle insistance sur le temps, une telle insistance sur la continuité de la relation interpersonnelle, cela ramène aux concepts fondateurs de la médecine générale. Ils sont tous repris là, dans la nicotineomanie. Vous allez retrouver ces concepts dans la définition de la médecine de famille de la Wonca, l'organisation mondiale de la médecine de famille. C'est la quintessence de médecine de famille.

Dr N'Guyen

Vous n'est pas très favorable, si je comprends bien, à toutes les offres thérapeutiques du marché antitabac ?

Dr Jamouille :

Je ne peux pas me prononcer sur la valeur d'autres thérapeutes. Il ne faut jamais négliger l'influence d'un thérapeute mais les techniques doivent être évaluées. Je pense qu'on a amputé gravement la formation du médecin généraliste. On l'a dépiauté en parcellisant ses attributions. Les soins palliatifs aux hospitaliers, le tabac aux tabacologues, la méthadone comme en France à des centres spécialisés. Il y a un écartèlement des fonctions de soins primaires.

Dr N'Guyen :

La prise en charge est-elle différente entre patients favorisés et défavorisés ?

Dr Jamouille :

La question se pose pas dans ces termes là. Les termes favorisés ou défavorisés ne sont pas adéquats. Le patient qui n'a pas de quoi payer sa consultation a depuis 20 ou 30 ans de quoi payer son tabac La question essentielle est une question de culture. On a appris où on n'a pas appris à gérer les ressources économiques. Rares sont les patients qui n'ont pas de ressources économiques du tout. Par contre, la gestion des ressources économiques est parfois catastrophique.

Je reçois 70 à 80 % de mes patients en tiers payant parce qu'ils me disent qu'ils n'ont pas d'argent. Souvent ils auraient le nécessaire mais ils ne savent pas gérer

Le problème n'est pas une question de pauvreté absolue où on ne pourrait pas avoir accès à un traitement. Le problème est une question de gestion, donc d'intelligence et d'alphabétisation, de développement culturel. Comme je l'ai dit plus haut une fraction importante de ma population consultante est assez limitée de ce point de vue.

Il y a quelques années une initiative politique a proposé de distribuer gratuitement sept patchs aux patients « défavorisés » C'était une initiative malheureuse et contreproductive.

Ou bien on reconnaît qu'il y a une pathologie grave qui s'appelle nicotinomanie et on a les moyens d'y faire face, parce que les conséquences physiques, sociales et mentales sont graves

Ou bien on n'a pas les moyens de sa politique et on ne propose pas d'introduire une dichotomie dans le corps social en contribuant à creuser le fossé entre la classe des favorisés et celle des défavorisés.. Nous bénéficions d'un système de sécurité sociale qui repose sur une solidarité collective. Introduire une telle dichotomie, c'est assurer la primauté individuelle et donc ouvrir la porte à l'assurance privée.

Dr N'Guyen

La prise en charge reste-t-elle possible malgré tout?

Dr Jamouille :

Cela paraît plus facile de traiter des gens qui ont des ressources financières et culturelles mais ce n'est pas forcément vrai. Les contradictions sociales et mentales des patients sont parfois surprenantes. On ne peut jamais oublier que l'être humain est par essence irrationnel et que le médecin est aussi un humain. Il est vrai que si l'état assumait ses responsabilités dans le domaine de la nicotinomanie et que les produits de substitution devenaient économiquement accessibles, notre rôle serait plus aisé. Il suffirait d'attribuer le produit de la taxe sur le tabac au traitement de la nicotinomanie.

\*\*\*\*\*

Document publié en avril 2007

Accessible et téléchargeable en ligne sur <http://docpatient.net/mj/nico.htm>

Citation :

Jamouille M, N'Guien L. Médecine générale et toxicomanie. CAMG UCL, Monographie. 14 p, 2007 , <http://docpatient.net/mj/nico.htm>

\*\*\*\*\*

