

L'AIDE À L'ARRÊT DU TABAGISME : UNE NÉCESSITÉ

M. DELVAUX (1), A-M. ETIENNE (2), P. BARTSCH (3), R. LOUIS (4)

RÉSUMÉ : Aujourd'hui, le fumeur présente un pourcentage de mortalité de 70% supérieur à celui du non-fumeur. En Belgique, le tabac est indiscutablement la cause de décès évitable la plus importante. En 2004, la population belge comptait 27% de fumeurs. Cet article décrit la comorbidité associée au tabagisme, et définit les concepts de dépendance et sevrage, ainsi que les trois éléments influençant le succès du sevrage : le degré de dépendance nicotinique, la présence de troubles anxio-dépressifs, et l'importance de la motivation à l'arrêt.

MOTS CLÉS : *Tabac - Morbidité - Dépendance - Sevrage*

EPIDÉMIOLOGIE

Depuis la seconde guerre mondiale, le tabagisme a tué 62 millions de personnes et en tuera 100 millions dans les vingt prochaines années (1).

En 2004, la population belge comptait 27% de fumeurs. Parmi les 1022 personnes interrogées début 2004, 27,4% ont en effet déclaré fumer tous les jours. Elles étaient 29 % en 2002 et 28 % en 2001. Cette diminution non significative montre une relative stabilité du nombre de fumeurs quotidiens. 5,8% ont déclaré fumer de temps en temps, et 66,7% ne jamais fumer (CRIOC). La différence entre les sexes se réduit, même si les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes à consommer du tabac: en 1980 cette différence était presque du simple au double. Elle s'est progressivement réduite jusqu'à un écart de 5% en 2004: les 27% de fumeurs belges se répartissent en effet entre 30% d'hommes et 25% de femmes. (2). La première cigarette est expérimentée à un âge de plus en plus précoce. Selon une enquête du CRIOC en 2003, un jeune sur 10 essaie sa 1ère cigarette à 11 ou 12 ans. 25% des jeunes ont déjà fumé à 15-16 ans et ils sont 33% dans le cas à 17-18 ans.

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ

Les preuves scientifiques se sont accumulées au cours des 50 dernières années en ce qui concerne l'influence de la fumée de tabac sur la santé du fumeur et celle de son entourage (3). Les maladies les plus nettement liées au tabagisme sont le cancer du poumon, la bronchite chronique,

STOP SMOKING HELP : A NEED

SUMMARY : Today the smoker carries a risk of mortality 70% higher compared to the nonsmoker. In Belgium active smoking is indisputably the most important cause of avoidable death. In 2004 it appears that 27% of the Belgian population was smoking. This review describes the comorbidity associated with active tobacco consumption and defines the concepts of dependence and smoking cessation. It also identifies the three factors which determine the success of smoking cessation, i.e. the degree of nicotine dependence, the presence of anxiety-depressive disorders and the importance of the motivation to the stop.

KEYWORDS : *Smoking cessation - Tobacco dependence - Tobacco use disorders*

l'emphysème et les pathologies cardio-vasculaires. D'autres formes de cancer (lèvre, bouche, larynx, pharynx, œsophage et vessie) et l'ulcère gastro-duodéal complètent ce tableau. Le tabac tue actuellement 1 Européen sur 7. Le premier responsable de cette hécatombe est le cancer du poumon. Pour les cancers en général, pratiquement 1 cancer sur 4 lui serait imputé. Aujourd'hui, le fumeur présente un pourcentage de mortalité de 70% supérieur à celui du non-fumeur. S'il consomme régulièrement un paquet de cigarettes par jour, le fumeur perd quatre à cinq années d'espérance de vie. A deux paquets par jour, celle-ci peut être réduite de huit ou neuf ans. En Belgique, le tabac est indiscutablement la cause de décès évitable la plus importante. Ce taux de mortalité lié au tabagisme tend à se normaliser à partir du moment où l'individu abandonne le tabac, avec cependant des variations suivant la pathologie considérée. Cet abandon est néanmoins difficile puisqu'on considère qu'un fumeur sur deux au moins présente une dépendance au sens du DSM IV (4) (voir plus loin).

Les risques de morbidité et mortalité liées au tabagisme dépendent de quatre facteurs. Le premier est constitué par la consommation quotidienne de cigarettes. Plus la dose quotidienne est élevée, plus le risque est important. Le deuxième facteur est la durée de la consommation. Plus tôt on commence à fumer, plus longue est la période pendant laquelle un sujet risque de contracter une maladie, la durée du tabagisme ayant plus d'importance que la quantité fumée. La façon de fumer et la forme du produit tabagique consommé constituent le troisième facteur. Les façons de fumer qui prolongent l'exposition de l'organisme à la fumée (inhalation profonde et fréquente, garder la cigarette entre les lèvres entre chaque bouffée, etc.) augmentent le risque. Ainsi, la cigarette expose à un risque beaucoup plus élevé de cancer du larynx et du poumon, tandis que le cigare et la pipe exposent à un risque plus

(1) Psychologue, Tabacologue, Service de Pneumologie, CHU Sart Tilman, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Unité de Thérapies Comportementales et Cognitives, Boulevard du Rectorat B33, 4000 Liège

(2) Chef de travaux, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Unité de Thérapies Comportementales et Cognitives, Boulevard du Rectorat B33, 4000 Liège

(3) Pneumologue, (4) Pneumologue, Chef de Service, Service de Pneumologie, CHU Sart Tilman

important de cancer des lèvres et de la bouche. Enfin, le type de cigarettes fumées représente le dernier facteur. Le risque est plus élevé pour les cigarettes sans filtre et pour celles ayant une forte teneur en goudrons. La différence est cependant faible si bien que la notion de cigarettes «light» est contestée par les experts.

COMORBIDITÉ

Il existe une relation importante entre nicotine, alcool, drogues et morbidité psychiatrique (5). Plusieurs études ont démontré l'existence, avec une forte probabilité, d'un lien entre le tabagisme, d'une part, et, par ordre d'importance, la schizophrénie, l'alcoolisme et la dépression, d'autre part. Les troubles mentaux associés au tabagisme sont plus fréquents chez les fumeurs présentant une dépendance nicotinique (6).

La relation entre tabagisme et pathologie dépressive a été établie en 1986 par Hugues et coll. (7) qui montrent que, dans une population de consultants psychiatriques, la fréquence du tabagisme est plus grande chez les patients présentant une pathologie dépressive évolutive que dans la population générale. Ce sont les travaux de Glassman (8) qui ont permis de préciser la comorbidité entre pathologie dépressive et tabagisme. Il se base sur une enquête épidémiologique datant de 1980 qui a montré que les épisodes dépressifs majeurs sont plus fréquents parmi les fumeurs (6,6 %) que les non fumeurs (2,9%). Il y a une proportion significativement plus importante de sujets étant ou ayant été fumeurs parmi les sujets présentant des antécédents de dépression (76%) que parmi les sujets indemnes de tels antécédents (52%). Enfin les fumeurs ayant des antécédents de dépression (prévalence sur la vie entière) ont significativement moins de chances de s'arrêter de fumer (14%) que les sujets sans antécédents dépressifs (28%).

La nature de la relation entre tabagisme et dépression n'est pas claire et trois hypothèses tentent de l'expliquer. Selon la première hypothèse la dépression jouerait un rôle dans l'initiation à la cigarette et dans la progression vers une consommation importante, l'effet de la nicotine sur l'humeur renforçant encore cet usage. La deuxième hypothèse avance que la cigarette serait un déterminant de la dépression via les effets délétères à long terme de la nicotine sur le système neurobiologique. Enfin certains facteurs (sociaux, comportementaux, génétiques et d'influence environnementales pendant l'enfance) prédisposeraient à la fois à la dépression et au tabagisme.

LA DÉPENDANCE

Le tableau I décrit la dépendance à une substance suivant les critères du DSM IV.

Les fumeurs sont confrontés à trois types de dépendances. La dépendance comportementale dépend de la pression sociale et conviviale. La dépendance psychologique est liée aux effets psychoactifs de la nicotine que sont le plaisir, la détente, la stimulation intellectuelle, l'action anxiolytique, antidépressive et anorexigène. Elle apparaît rapidement après la phase d'initiation, dès que la consommation atteint 1 à 2 cigarettes par jour et est alors l'élément essentiel qui renforce le comportement tabagique. Enfin la dépendance physique survient après plusieurs années d'évolution. Elle se traduit par une sensation de manque, de pulsion irrésistible à prendre une cigarette, avec de la nervosité, de l'irritabilité. Ce renforcement négatif du comportement explique les échecs d'arrêt à court terme. A mesure que la sensation de manque se développe, le nombre des cigarettes-plaisir diminue, atteignant tout au plus 2 à 5 par jour. Les stratégies thérapeutiques dépendent du type de dépendance en jeu (9).

TABLEAU I : DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE (DSM IV, 1996)

Selon le DSM IV, la dépendance à une substance se caractérise par un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

(1) tolérance définie par l'un des symptômes suivants :

- (a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
- (b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

(2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- (a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance
- (b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

(3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

(4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance

(5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets

(6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

(7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

LE SEVRAGE

Tous les fumeurs qui arrêtent de fumer ne présentent pas ce phénomène (Tableau II).

La réussite au long terme d'un arrêt du tabagisme résulte souvent de tentatives multiples, conduites avec ou sans aide. Il y a trois éléments influençant le succès de l'arrêt tabagique : le degré de dépendance nicotinique, la présence de troubles anxio-dépressifs, et l'importance de la motivation à l'arrêt. Le succès dépend également de l'adaptation des méthodes de sevrage à la situation propre du patient.

LA MOTIVATION

La motivation est «la probabilité qu'un individu adhère, s'engage et poursuive une démarche spécifique de changement» (10). Prochaska et Di Clemente (11) ont proposé un modèle de changement trans-théorique dans lequel ils décrivent les étapes et les processus naturels par lesquels passe tout fumeur, bénéficiant ou non d'une aide extérieure, avant l'arrêt complet du tabac. Ce cycle comprend plusieurs phases. Tout d'abord une phase de pré-intention (précontemplation) au cours de laquelle le fumeur «heureux» ne se pose pas de question. Ensuite, vient la phase d'intention (contemplation) où le fumeur est indécis et s'interroge sur ses comportements tabagiques. Dans la phase de préparation, le fumeur envisage l'arrêt et étudie les moyens d'y parvenir avec ou sans aide extérieure. La phase d'action est celle de l'arrêt et est suivie de la phase de maintien qui réalise l'accomplissement de la démarche. Malheureusement, le sevrage est parfois suivi d'une phase de rechute.

LA DÉPENDANCE NICOTINIQUE

Elle est mesurée par le test de Fagerström (12) (Tableau III), par l'anamnèse. La mesure de la cotinine sérique ou urinaire est un marqueur d'imprégnation tabagique dont on sait qu'elle est souvent proportionnelle à la dépendance.

LA DÉPRESSION

Il y a, à l'heure actuelle, de nombreux arguments en faveur d'un lien entre dépression et tabagisme (13). 75% des fumeurs qui tentent d'arrêter le tabac relatent des affects dépressifs lorsqu'ils ont des antécédents de trouble dépressif majeur. De plus, l'échec des tentatives d'arrêt est plus fréquent chez les patients qui ont de tels antécédents. Le fait que des symptômes dépressifs apparaissent lors du sevrage en nicotine pourrait être lié à une action anti-dépressive du tabac.

L'arrêt du tabagisme peut lui aussi être responsable de l'apparition de symptômes ou de syndromes dépressifs. Lors de l'arrêt, les sujets ayant des antécédents de dépression signalent plus de symptômes dépressifs au cours de la première semaine que les fumeurs sans antécédents de dépression et le syndrome de sevrage, lorsqu'il apparaît, semble, de manière générale, plus sévère chez un fumeur présentant des antécédents dépressifs. La survenue de symptômes dépressifs au cours de la première semaine de l'arrêt semble avoir une valeur pronostique puisqu'elle est plus fréquemment associée à un échec (8). Par ailleurs, un certain nombre d'observations cliniques ont été rapportées dans la littérature faisant état de la survenue d'épisodes dépressifs comme manifestation du sevrage et améliorés par la reprise du tabagisme (8). Ces données, bien qu'anecdotiques, tendent à suggérer que le sevrage nicotinique lors de l'arrêt peut entraîner la survenue d'épisodes dépressifs francs, mais aussi que, chez certains individus, la nicotine pourrait intervenir comme un véritable anti-dépresseur. Le fait que le tabagisme puisse, dans un certain nombre de cas, permettre de réduire ou de prévenir un risque dépressif chez certains semble confirmé par des arguments expérimentaux et par les résultats de la prescription, de traitements anti-dépresseurs avant et pendant le sevrage tabagique, chez les sujets présentant des antécédents dépressifs (14).

TABLEAU II : DÉFINITION DU SEVRAGE À LA NICOTINE (DSM IV, 1996)

Le sevrage à la nicotine (DSM IV) est caractérisé par

A. Utilisation quotidienne de nicotine pendant au moins plusieurs semaines

B. Arrêt brutal de l'utilisation, ou réduction de la quantité de nicotine utilisée, suivie, dans les 24 heures, d'au moins quatre des signes suivants :

- (1) humeur dysphorique ou dépressive
- (2) insomnie
- (3) irritabilité, frustration, colère
- (4) anxiété
- (5) difficulté de concentration
- (6) fièvre
- (7) diminution du rythme cardiaque
- (8) augmentation de l'appétit ou prise de poids

C. Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants

D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental

TABLEAU III : TEST DE DÉPENDANCE À LA NICOTINE DE FAGERSTRÖM

Questions	Réponses	Points			
Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	dans les 5 minutes	3			
	après 6 à 30 minutes	2			
	après 31 à 60 minutes	1			
	au-delà d'une heure	0			
Avez-vous des difficultés à rester sans fumer dans les endroits où c'est interdit (églises, bibliothèques, cinémas,...)	oui	1			
	non	0			
Quelle cigarette abandonneriez-vous le plus difficilement ?	la première matinale	1			
	n'importe quelle autre	0			
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0			
	11 à 20	1			
	21 à 30	2			
	31 ou davantage	3			
Fumez-vous plus souvent pendant les premières heures après le lever que le reste de la journée ?	oui	1			
	non	0			
Fumez-vous même si votre état de santé vous cloue au lit la plus grande partie de la journée ?	oui	1			
	non	0			
En fonction de la somme de points obtenus, déterminez le niveau de nicotino-dépendance :					
Niveau	très bas	bas	moyen	élevé	très élevé
Total des points	0-2	3-4	5	6-7	8-10

CONCLUSION

Les chiffres de mortalité et de morbidité associés au tabagisme sont éloquentes. Le conseil à l'arrêt du tabagisme doit être une priorité chez tout professionnel de la santé face à un patient fumeur. Néanmoins, la nicotine entraîne une dépendance certaine qui s'installe rapidement chez tout fumeur régulier. Elle se caractérise chez un fumeur sur deux par la présence d'un syndrome de sevrage, qui entrave le bon déroulement de celui-ci. Le succès du sevrage tabagique dépend de la motivation, de la dépendance nicotinique et la présence éventuelle de troubles dépressifs. L'ensemble de ces facteurs doit impérativement être pris en compte lorsque l'on aborde la question d'un sevrage tabagique.

BIBLIOGRAPHIE

- Peto R, Lopez A et al.— *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*, Oxford University Press, Oxford.
- Vanhaevre I.— *Farde de documentation tabac 2005*. www.oivo-crioc.org
- Doll R.— *Tobacco: a medical history*. *J Urban Health*, 1999, **76**, 289-313.
- American Psychiatric Association.— (1996). *DSM IV, critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Paris : Masson.
- Farrell M, Howes S, Bebbington P et al.— Nicotine, alcohol and drug dependence, and psychiatric comorbidity—results of a national household survey. *Int Rev Psychiatry*, 2003, **15**, 50-6.
- Schmitz N, Kruse J, Kugler J.— Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry*, 2003, **160**, 1670-6.
- Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE et al.— Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 1986, **143**, 993-997.
- Glassman AH.— Cigarette smoking : Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 1993, **150**, 545-553.
- Aubin HJ, Dupont P, Lagrue G.— *Comment arrêter de fumer ?* Odile Jacob, Paris 2003
- Miller-William R.— *Increasing motivation for change*. in Miller WR Ed, ester RIC EOL Glandbook of alcoholism treatment approaches effective alternatives. Allyn Bacon, Boston, MA, 1989, 67-80.
- Prochaska JO, Di Clemente CC.— *Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy : theory, research and practice*, 1982, **19**, 276-287.
- Heatherton T, Fagerström KO.— The Fagerström test for nicotine dependence : A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit J Addiction*, 1991, **86**, 1119-1127.
- Martinet Y, Bohadana A.— *Le tabagisme : De la prévention au sevrage*. Paris, 1997, Masson.
- Dalack GW, Glassman AH, Rivelli S, et al.— Mood, major depression, and fluoxetine response in cigarette smokers. *Am J Psychiatry*, 1995, **152**, 398-403.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. M. Delvaux, Ph. D, Université de Liège Faculté de Médecine, Service de Pneumologie, Avenue de l'Hôpital B35, 4000 Liège Muriel.Delvaux@ulg.ac.be