

L'AIDE À L'ARRÊT DU TABAGISME : LA RÉUSSITE AU LONG TERME

Aspects psychologiques et pharmacologiques

M. DELVAUX (1), A-M. ETIENNE (2), J-F. GAILLARD (3), P. BARTSCH (4), R. LOUIS (5)

RÉSUMÉ : Cet article décrit les différents moyens, tant pharmacologiques que psychologiques, destinés à aider les fumeurs souhaitant cesser de fumer. On distingue, d'une part, les aides pharmacologiques qui reposent sur les moyens de substitution nicotinique et le bupropion, et, d'autre part, les thérapies comportementales et cognitives. Les différentes méthodes pharmacologiques permettent un taux de sevrage à un an voisin de 20-25%. L'efficacité des méthodes cognitives et comportementales a été moins validée jusqu'à présent. Des centres d'aide aux fumeurs (CAF) multidisciplinaires ont été mis sur pied en communauté française de Belgique sous l'égide de la FARES.

MOTS-CLÉS : *Tabac - Sevrage - Nicotine - Bupropion - Thérapie cognitivo-comportementale*

Les patients qui se présentent à une consultation d'aide à l'arrêt du tabagisme peuvent avoir diverses demandes : information, augmentation de la motivation, aide au sevrage, suivi, prévention de la rechute. Le degré de maturation du fumeur (1) détermine alors le type d'intervention à appliquer. L'arrêt peut même être retardé, en cas de sevrage alcoolique récent, de dépression sévère, ou si le moment n'est pas propice.

LES DIFFÉRENTES PHASES DU SEVRAGE

Il est indispensable de distinguer la période de préparation de la phase thérapeutique ou curative. La première concerne les fumeurs «heureux» et «ambivalents» qui n'ont pas formulé de demande d'aide au sevrage tandis que la seconde concerne les fumeurs prêts à l'arrêt ou ayant déjà cessé (2).

(1) Psychologue, tabacologue, Université de Liège, Faculté de Médecine, Service de Pneumologie, Avenue de l'Hôpital B35, 4000 Liège Université de Liège, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Unité de Thérapies Comportementales et Cognitives, Secteur Psychologie de la Santé, Boulevard du Rectorat B33, 4000 Liège

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

(3) Pneumologue-tabacologue, Praticien Hospitalier, Service de Pneumologie, Service de Pneumologie CHU de Liège, CAF Province de Liège, Institut Malvoz.

(4) Pneumologue, Professeur, Consultant, Président de la FARES, Université de Liège, Faculté de Médecine, Service de Pneumologie, CHU Sart-Tilman

(5) Pneumologue, Professeur, Chef de Service Université de Liège, Faculté de Médecine, Service de Pneumologie, CHU Sart-Tilman

STOP SMOKING HELP : KEYS TO LONG TERM SUCCESS

SUMMARY : This review deals with the pharmacological and psychological means to help in smoking cessation and compares the efficacy of the different methods. Pharmacological support results in a smoking cessation rate reaching at best 20-25%. The efficacy of behavioural and cognitive therapy have been much less validated so far. Multidisciplinary specialized centres for helping smokers have been raised under the care of FARES in the French Community of Belgium.

KEYWORDS : *Tobacco - Withdrawal - Nicotine - Bupropion - Behavioral and cognitive therapy*

La période de préparation a pour but d'amener le plus grand nombre de fumeurs jusqu'à la prise de décision d'arrêter de fumer et/ou de se faire aider. Cet objectif peut donc se traduire en termes de changement d'attitude. Tout le personnel médical et paramédical peut donc y contribuer, car il s'agira avant tout d'informer. Cette information va finir par produire un état de tension salutaire, une impulsion qui favorisera l'intention d'un changement de comportement. Pour ce faire, il est utile de se montrer cohérent et déterminé face aux méconnaissances et autojustifications des fumeurs, sans pour autant chercher à être culpabilisant. Enfin, il est essentiel de ne pas tenter de forcer la prise de décision d'un fumeur ambivalent : cela reviendrait à lui «voler» un moment déterminant pour la suite (2).

La seconde phase est la phase curative. Indépendamment du type d'aide envisagé, lorsque le patient a pris sa décision, qui se manifeste par sa venue au rendez-vous, il existe plusieurs phases successives contemporaines de différentes consultations.

Lors de la consultation initiale, plusieurs domaines sont spécifiquement abordés. En premier lieu, l'entretien est destiné à évaluer la motivation du fumeur, sa connaissance des risques liés au tabac, à quantifier la consommation de tabac et à faire l'histoire du tabagisme (âge de début, tentatives de sevrage éventuelles,...). Il s'agit également d'évaluer la dépendance nicotinique, psychologique et comportementale, de préciser la fonction du tabac dans la vie du fumeur, et éventuellement, de revenir sur les bénéfices de l'arrêt tabagique.

En fonction de l'état de maturation du fumeur et en l'absence de contraintes nécessitant de repousser le sevrage (cfr supra), la décision

d'une date d'arrêt peut être prise lors de cette première consultation.

La consultation au décours immédiat de l'arrêt du tabac a lieu dans les jours suivant la date d'arrêt prévue et permet d'apprécier les résultats de la tentative ainsi que l'apparition de signes de sevrage et ses éventuels effets désagréables pour le sujet ou son entourage. La majorité des échecs se produisent dans les premières semaines. Le fumeur est invité à se représenter à la consultation même s'il n'a pas réussi à cesser de fumer ou s'il a rechuté, afin d'analyser la cause de l'échec et d'y remédier.

Les consultations de suivi régulières lors des trois premiers mois ont pour objet de prévenir la rechute et d'entretenir la motivation. Le cas échéant, elles serviront à enregistrer les rechutes.

L'évaluation de l'efficacité se fait à un an.

PHARMACOTHÉRAPIE

SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Le syndrome de sevrage nicotinique est ressenti par approximativement 50% des fumeurs faisant un essai sérieux de cessation. Il apparaît après quelques heures, est maximal après 24 à 48 heures et dure de quelques jours à quelques semaines. Cependant, la pulsion à fumer et la sensation de faim persistent souvent pendant des mois. Une envie sporadique persiste parfois durant des décennies.

Le maximum d'efficacité est obtenu lorsque le taux sérique de la substitution s'approche de 100%, ce qui est très rare car les fumeurs ont tendance au sous-dosage. La substitution nicotinique atteint très difficilement la nicotémie obtenue par la consommation de 25 cigarettes/jour (3). Elle est par ailleurs incapable de produire le «bolus» nicotinique cérébral procuré par l'inhalation de fumée de cigarette (la nicotine inhalée

atteint le cerveau en 7 secondes environ). On peut estimer la dose de nicotine nécessaire de façon empirique en se basant sur le nombre de cigarettes quotidiennes consommées ou sur le test de Fagerström (4). En cas de rechute après échec d'une tentative de sevrage menée avec une substitution standard, il est évident que toute nouvelle tentative demandera une élévation des doses.

Le tableau I expose les différentes formes de substituts nicotiniques disponibles en Belgique.

En cas de dépendance modérée (Fagerström < 7), on recourt habituellement (selon les préférences du patient) au patch 24h (21 mg) ou 16 h (15 mg), avec emploi progressif des patchs moins dosés jusqu'à l'arrêt complet après 2 à 3 mois. L'utilisation de gommes à mâcher (goût fruit ou menthe, l'utilisation d'édulcorants constituant une amélioration importante compte tenu du goût désagréable de la nicotine qui poussait souvent à stopper le substitut) ou de comprimés à usage sublingual est une alternative. Pour les gommes à 2 mg ou les comprimés à usage sublingual (Microtab®, Lozenge®), l'usage *ad libitum* en fonction des besoins ressentis conduit souvent à un sous-dosage. Il est préférable de conseiller l'emploi d'une gomme ou d'un Microtab®, par heure, méthode dont l'efficacité est apparue supérieure à la méthode *ad libitum* (5).

Lorsque la dépendance physique est forte (test de Fagerström ≥ 7) ou en cas de rechute après substitution standard, on aura intérêt à prescrire une gomme à 4 mg toutes les heures ou 2 Microtab® par heure, ou encore à combiner une de ces formes modulables avec le patch. Dans les cas difficiles, on peut également envisager de prolonger la durée d'administration au-delà des 2 ou 3 mois classiques. Certains ex-fumeurs restent dépendants de la substitution nicotinique.

Les effets indésirables ne sont pas fréquents et sont dépourvus de gravité. Chez les sujets atteints de maladie cardio-vasculaire, les complications cardiaques ne sont pas plus fréquentes

TABEAU I : DIFFÉRENTES FORMES DE SUBSTITUTIONS NICOTINIQUES DISPONIBLES EN BELGIQUE

	<i>Nicorette® (Pfizer)</i>	<i>Nicotinell® (Novartis)</i>	<i>Niquitin® (GSK)</i>
Comprimés	Microtab 2 mg		Lozenge 2 mg Lozenge 4 mg
Gommes	Chewing-gum 2 mg Chewing-gum 4 mg	Chewing-gum 2 mg Chewing-gum 4 mg	
Inhalateur	Inhaler 10 mg		
Patchs	Patch 16h 15 mg Patch 16h 10 mg Patch 16h 5 mg	Patch 24h 21 mg Patch 24h 14 mg Patch 24h 7 mg	Patch 24h 21 mg Patch 24h 14 mg Patch 24h 7 mg

chez les sujets bénéficiant d'une substitution nicotinique que chez les sujets contrôles (6).

LE BUPROPION (ZYBAN®)

Le bupropion à effet retard est un faible inhibiteur sélectif de la recapture neuronale de la noradrénaline et de la dopamine, impliquées respectivement dans le syndrome de privation et les réseaux de récompense. Il n'influence que très peu la recapture de la sérotonine. Il n'inhibe pas les monoamineoxydases (MAO). L'efficacité du bupropion dans l'arrêt semble indépendante de ses effets antidépresseurs. Les effets indésirables les plus courants sont l'insomnie (42.4%) et la sécheresse de la bouche (11%). La posologie est d'un comprimé à 150 mg par jour pendant les six premiers jours, et d'un comprimé à 150 mg deux fois par jour (espacés d'au moins huit heures) à partir du septième jour. Le traitement dure entre sept et neuf semaines. Il est conseillé de le débiter lorsque la personne fume toujours et de déterminer une date d'arrêt du tabac au cours des deux premières semaines de traitement, de préférence située la seconde semaine. La prescription de Zyban® est indissociable d'une prise en charge régulière. Les contre-indications sont l'hypersensibilité au produit et les facteurs accentuant le risque de convulsions au premier rang desquels on retrouve l'épilepsie et les antécédents de convulsions fébriles dans l'enfance. Les antécédents de boulimie ou d'anorexie mentale, la prise d'inhibiteurs de la MAO ou de lévodopa dans les 15 derniers jours, les traumatismes crâniens et tumeurs du système nerveux central, un sevrage éthylique ou en benzodiazépines récent et la cirrhose hépatique sévère figurent aussi parmi les contre-indications.

THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

Elles sont souvent utilisées en combinaison avec la pharmacothérapie.

Les méthodes comportementales sont orientées vers le contrôle émotionnel, le développement de comportements alternatifs incompatibles avec la conduite addictive et les techniques visant à mieux négocier les situations à risque relationnel (7).

Les thérapies cognitives permettent dans un premier temps de prendre conscience des pensées avant, pendant et après le comportement problème. Dans un second temps, elles visent à modifier ces pensées dans un sens souhaitable pour mieux passer à l'action et maintenir le résultat. Rappelons que Prochaska & DiClemente (8) 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 (pré-intention, intention, préparation, action et parfois rechute).

MÉTHODES ALTERNATIVES

Il existe de multiples méthodes et techniques dites alternatives. On peut citer la kinésithérapie basée sur la relaxation, la sophrologie, l'hypnose, l'homéopathie, l'acupuncture, l'auriculothérapie, la méthode laser et la mésothérapie. Toutes ces méthodes peuvent servir de support à la psychothérapie sans avoir pour autant d'activité spécifique.

RÉSULTATS

Le simple avis formel et renforcé (par l'exemple) du médecin de famille peut obtenir des taux de sevrage de 2 à 7%. La substitution nicotinique, toutes formes confondues, donne un taux de sevrage de 17% pour le suivi le plus long. Le taux d'abstinence à 12 mois est de 18% pour le traitement par la gomme, 13 % pour le patch, et 17 % pour l'inhalateur. Il n'y a pas de différence d'efficacité entre le patch de 16h et celui de 24h (9).

L'efficacité du Zyban® a été démontrée (10). Le taux d'abstinence continue à 12 mois était de 24.4% contre 10.5% avec placebo.

Les thérapies comportementales et cognitives ont de 10 à 70% de résultats. Cette variabilité entre les études s'explique par l'hétérogénéité des populations étudiées et l'association ou non à une approche pharmacologique.

Les méthodes alternatives n'agissent le plus souvent que sur la dépendance psychologique. Il existe encore peu d'études objectives sur les résultats que l'on peut en attendre et les rares données suggèrent qu'elles n'ont pas un effet différent du placebo.

En dépit de l'existence de méthodes de sevrage tabagique efficaces, la grande majorité des fumeurs tentent de cesser de fumer seuls. 78% des fumeurs estiment qu'ils sont tout aussi susceptibles de cesser de fumer seuls qu'avec une assistance. Par contre, ceux qui perçoivent les méthodes d'aide au sevrage tabagique comme utiles sont plus susceptibles de projeter de cesser de fumer, de faire une tentative de sevrage, et d'adopter une assistance à la cessation. Le manque de connaissance des méthodes efficaces et la sous-estimation de leurs bénéfices représentent donc une importante barrière au traitement (11).

CENTRES SPÉCIALISÉS : LES CENTRES D'AIDE AUX FUMEURS (CAF)

Les Centres d'Aide aux Fumeurs (CAF) agréés ont vu le jour au début des années 80 et sont coordonnés par la FARES. Les CAF proposent des consultations individuelles et éventuellement, des réunions de soutien en groupe. Ils se composent, selon les centres, d'une équipe pluridisciplinaire comprenant un(e) médecin, un(e) psychologue, un(e) diététicien(ne) ou encore un(e) kinésithérapeute. Chacun d'eux propose une aide spécifique selon les centres (entretiens de soutien, substitution nicotinique, prescription de médicaments, accompagnement diététique, séances de relaxation ou d'hypnose,...) pour résoudre les problèmes liés au sevrage. Si le patient le souhaite, une collaboration étroite est établie entre le centre et son médecin traitant.

Le CAF du CHU de Liège se compose de deux pneumologues et d'une psychothérapeute, tous trois formés en tabacologie, et de psychiatres référents. De plus, notre centre de révalidation respiratoire (Site du Blanc Gravier) mène également une politique active et efficace de sevrage tabagique chez les insuffisants respiratoires graves.

CONCLUSION

La lutte contre le tabagisme est une priorité de santé publique. Les fumeurs tentent en moyenne de cesser de fumer tous les deux ou trois ans, et la plupart d'entre eux n'utilisent pas de traitement efficace. Les conseils répétés, brefs et adaptés aux patients augmentent le nombre de tentatives. De tels conseils devraient inclure une demande claire de cesser, une information précise des risques encourus, l'offre de solutions face aux barrières qui entravent le sevrage et un traitement. Tous les fumeurs devraient être encouragés à utiliser la médication et le soutien psychologique. Par une implication des différents acteurs des soins de santé, la communauté se doit d'offrir un large éventail d'interventions susceptibles de toucher différents sous-groupes de fumeurs dans le but d'obtenir un large impact sur le comportement tabagique d'une vaste population (12).

BIBLIOGRAPHIE

1. Delvaux M, Etienne A.M, Bartsch P, Louis R.— L'aide à l'arrêt du tabagisme : une nécessité. *Revue Med Liège*, 2005, **11**, 863-866
2. Galanti L, Schreiden L.— *Notes de cours certificat interuniversitaire de tabacologie*, Bruxelles, 2002.
3. Jarvis MJ, Russell MA, Benowitz NL et al.— Elimination of cotinine from body fluids: implications for noninvasive measurement of tobacco smoke exposure. *Am J Public Health*, 1988, **78**, 696-698.
4. Heatherton T, Fagerström KO.— The Fagerström test for nicotine dependence : A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit J Addiction*, 1991, **86**, 1119-1127.
5. Killen JD, Fortmann SP, Newman B, et al.— Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*, 1990, **58**, 85-92.
6. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al.— The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med*, 1996, **335**, 1792-1798.
7. Cungi C. (2000).— *Faire face aux dépendances*. Paris : Retz.
8. Prochaska, JO, Di Clemente, CC.— Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : theory, research and practice*, 1982, 276-288.
9. Silagy, C.— Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (2). Review, 2000.
10. Hammond D, McDonald PW, Fong GT, et al.— Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction*, 2004, **99**, 1042-1048.
11. Hurt RD, Sachs DPL, Glover, ED et al.— A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med*, 1997, **337**, 1195-1202.
12. Giardina TD, Hyland A, Bauer UE, et al.— Which population-based interventions would motivate smokers to think seriously about stopping smoking? *Am J Health Promot*, 2004, **18**, 405-408.

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