

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech*

**EXTRAIT des
Mises à jour
en gynécologie médicale
Volume 2010**

Publié le 10 décembre 2010

—



*TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2010*

Notions essentielles de tabacologie

H.J. AUBIN ¹, A. BORGNE ²
(Villejuif, Bondy)

Résumé

Le comportement tabagique est le plus souvent sous-tendu par une dépendance très forte qui s'appuie sur des composantes pharmacologiques, environnementales et génétiques. Le tabagisme est aujourd'hui considéré comme une maladie chronique, caractérisée par une évolution longue, émaillée de rechutes, et fatale dans la moitié des cas s'il n'y a pas d'arrêt persistant du comportement tabagique. Il existe cependant des réponses thérapeutiques efficaces. Il est de la responsabilité de tout professionnel de santé de s'enquérir du statut tabagique de tous ses patients, de conseiller l'arrêt du tabac et de proposer une intervention thérapeutique.

Mots clés : tabagisme, traitement, recommandations

- 1 - Hôpital Paul Brousse - Centre d'addictologie - 14 avenue Paul-Vaillant Couturier - 94804 Villejuif
2 - Hôpital Jean Verdier - Centre d'addictologie - Avenue du 14 juillet - 93140 Bondy

Déclaration publique d'intérêt

Henri-Jean Aubin déclare avoir reçu des honoraires pour des activités de consultant ou de participation en tant qu'orateur à des symposiums avec les laboratoires suivants : Pfizer, Sanofi-Aventis, Lundbeck, Merck, McNeil.

Anne Borgne déclare avoir reçu des honoraires pour des activités de consultant ou de participation en tant qu'oratrice à des symposiums avec les laboratoires suivants : Pfizer, Sanofi-Aventis.

Le tabagisme est, à ce jour, la première cause de mortalité prématurée évitable dans les pays occidentaux [1]. En France, on évalue la mortalité liée au tabagisme à 60 000 morts par an [2]. Un fumeur continuant à fumer toute sa vie a une chance sur deux de mourir d'une complication de son tabagisme. On retrouve au premier rang de ces complications létales les cancers, les maladies cardiovasculaires et les pathologies respiratoires. Le tabagisme est également un facteur de risque de nombreuses pathologies infectieuses, notamment respiratoires, de l'ostéoporose, de troubles de la reproduction, de complications postopératoires, en particulier de troubles de la cicatrisation, d'ulcères gastroduodénaux et de diabète.

Environ 70 % des fumeurs souhaiteraient arrêter de fumer et, chaque année, 40 % arrêtent au moins une journée. Plus de 80 % de ceux qui tentent d'arrêter de fumer sans aide rechutent au cours du premier mois. Finalement, seuls 3 % des fumeurs cessent de fumer pour de bon chaque année. Malheureusement, le nombre de nouveaux fumeurs, essentiellement des enfants et des adolescents, vient compenser le taux d'arrêt, ce qui fait que la prévalence du tabagisme est à peu près stable dans les enquêtes répétées [2]. La prévalence du tabagisme en France varie cependant de 21 % à 31 % des adultes, selon les enquêtes [2-4].

La nicotine est en grande partie responsable du comportement de dépendance tabagique, en stimulant les récepteurs nicotiques, et en activant ainsi les circuits de la récompense. La tolérance aux effets psycho-actifs de la nicotine se développe à la suite d'une exposition répétée. Ainsi, le renforcement positif de la nicotine diminue quand le

renforcement négatif augmente, avec l'apparition d'un véritable syndrome de sevrage dans les heures qui suivent la dernière cigarette. Le comportement tabagique est guidé par cette rétroaction pharmacologique et par des facteurs environnementaux, comme les modèles dans la famille, les pairs et la publicité [5]. Finalement, un véritable conditionnement classique (pavlovien), opérant (skinnerien) et vicariant (imitation) se conjugue à l'effet pharmacologique du tabac pour conduire le fumeur dans une dépendance toujours plus forte, à l'origine d'un taux de rechute particulièrement important lors des tentatives d'arrêt. Le taux de nicotémie dépend du niveau de consommation mais également du métabolisme, essentiellement hépatique, sous le contrôle de l'enzyme CYP2A6. D'autres facteurs interviennent dans les mécanismes de la dépendance, comme l'âge, le sexe, l'hérédité, la vulnérabilité psychiatrique, et l'usage d'autres substances, en particulier l'alcool [6, 7].

Le tabagisme doit être considéré comme une maladie chronique. Après chaque tentative d'arrêt, le taux de rechute est important. Il est ainsi souvent nécessaire de multiplier les tentatives d'arrêt avant d'obtenir une abstinence durable. Bien que la plupart des fumeurs n'aient pas recours au système de soins pour s'arrêter, l'intervention de professionnels de la santé, même s'ils ne sont pas spécialisés dans l'approche tabacologique, augmente notablement les taux de succès. Malgré cela, il est souvent nécessaire de répéter les interventions thérapeutiques pour obtenir un résultat durable.

Les recommandations les plus récentes pour la prise en charge du tabagisme en pratique clinique ont été publiées en 2008 [8]. Le modèle des 5 « A » (Ask - Advise - Assess - Assist - Arrange) peut se traduire en français dans la séquence suivante. Pour tout patient se présentant à un lieu de soins, s'enquérir de son statut tabagique. La recherche du comportement tabagique doit se faire dans tous les types de lieux de soins, au même titre que la pression artérielle. Si le patient est fumeur, systématiquement conseiller de cesser de fumer, de la façon aussi claire et personnalisée que possible (par exemple : « arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé »). Il faut bien évidemment ensuite évaluer l'intention d'arrêter. Si le patient manifeste un intérêt pour l'arrêt du tabac, le soutenir en lui proposant un traitement, en lui recommandant de choisir une date d'arrêt et d'informer son entourage de son projet. La planification d'un suivi, éventuellement auprès d'un confrère tabacologue est capitale. Ce suivi devrait proposer des stratégies de prévention de la rechute. Si le patient

ne souhaite pas arrêter de fumer dans l'immédiat, il faut tâcher de renforcer sa motivation à l'arrêt, et évidemment proposer un traitement dès que le patient manifestera l'intention de faire une tentative.

LE RENFORCEMENT DE LA MOTIVATION S'APPUIE SUR CINQ POINTS

1. La pertinence : il faut encourager le patient à indiquer quelles raisons personnelles pourraient l'aider à prendre une décision d'arrêt. Si une information sur les bénéfices de l'arrêt doit être donnée par le professionnel de santé, celui-ci doit s'attacher à la rendre la plus appropriée à la situation personnelle du patient : grossesse en cours bien évidemment, mais également enfants à la maison, problèmes de santé existants, tentatives d'arrêt antérieures, représentations...
2. Les risques : le professionnel de santé devrait demander au patient d'identifier d'éventuelles conséquences négatives de son tabagisme. Elles pourront ensuite être soulignées et contextualisées par le clinicien. Il peut également insister sur le fait que les cigarettes dites « légères » ne diminuent en rien les risques pour la santé.
3. Les bénéfices : le clinicien doit aider le patient à identifier les bénéfices qu'il pourrait attendre d'un arrêt du tabac. Les plus fréquemment cités par ceux qui ont arrêté de fumer sont : l'amélioration de l'état de santé, la redécouverte du goût des aliments et des boissons, l'amélioration de l'olfaction, des économies d'argent, une meilleure opinion de soi, un habitat, une voiture, des vêtements et une haleine ne sentant plus le tabac, un meilleur modèle pour les enfants, une meilleure forme physique, et une meilleure apparence physique avec une diminution des rides et des dents plus blanches.
4. Les obstacles : le clinicien doit rechercher les obstacles à l'arrêt, et tenter de trouver des réponses. Les obstacles les plus courants sont la peur des symptômes de manque, la peur de l'échec, la crainte d'une prise de poids, le manque de soutien de l'entourage, la peur d'une réaction dépressive, la nostalgie du plaisir de fumer, la fréquentation de nombreux fumeurs, l'ignorance de l'efficacité des solutions thérapeutiques [4, 9].

5. La répétition : ce type d'intervention motivationnelle devrait être répétée à chaque fois qu'un fumeur non motivé à l'arrêt se présente dans un lieu de soins. Les fumeurs ayant déjà échoué dans des tentatives antérieures devraient être informés que la plupart des fumeurs ont besoin de s'appuyer sur l'apprentissage acquis lors de plusieurs tentatives pour finalement s'arrêter définitivement.

Il existe des traitements pharmacologiques dont l'efficacité est bien démontrée : les substituts nicotiques [10], le Bupropion [11] et la Varenicline [12]. Le Bupropion et la Varenicline ne sont pas indiqués au cours de la grossesse, au cours de laquelle les substituts nicotiques restent la seule option pharmacologique.

L'accompagnement psychologique a également démontré son efficacité, qu'il soit pratiqué en individuel [13], en groupe [14], ou même au téléphone [15]. Ces interventions sont efficaces au cours de la grossesse, et devraient être systématiquement proposées dans les maternités [16].

CONCLUSION

Les recommandations les plus récentes sur la prise en charge du tabagisme insistent sur la responsabilité de tout professionnel de santé de s'enquérir du statut tabagique de tous ses patients, de conseiller l'arrêt du tabac et de proposer une intervention thérapeutique chez ceux indiquant un intérêt pour l'arrêt du tabac. Les autres fumeurs devraient systématiquement recevoir une intervention motivationnelle minimale.

Bibliographie

- [1] Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442.
- [2] Beck F, Guilbert P, Gautier A. *Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé*. Éditions Inpes 2007.
- [3] Peretti-Watel P, Constance J. "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases? *Int J Environ Res Public Health* 2009;6:608-621.
- [4] Aubin HJ, Peiffer G, Stoebner-Delbarre A, Vicaut E, Jeanpetit Y, Solesse A, Bonnelye G, Thomas D. The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC Public Health* 2010;10:100-108.
- [5] Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med* 2010;362:2295-2303.
- [6] Fagerstrom K, Aubin HJ. Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders. *Curr Med Res Opin* 2009;25:511-518.
- [7] Aubin HJ. Management of emergent psychiatric symptoms during smoking cessation. *Curr Med Res Opin* 2009;25:519-525.
- [8] Panel L, and staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008;35:158-176.
- [9] Aubin HJ, Berlin I, Smadja E, West R. Factors associated with higher body mass index, weight concern, and weight gain in a multinational cohort study of smokers intending to quit. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6:943-957.
- [10] Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD000146.
- [11] Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD000031.
- [12] Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD006103.
- [13] Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD001292.
- [14] Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD001007.
- [15] Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD 002850.
- [16] Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009:CD001055.