

Lettre thématique : les thérapies non conventionnelles d'aide au sevrage tabagique

Le champ des thérapies non conventionnelles pour l'aide au sevrage tabagique est extrêmement vaste et hétérogène. Au sein de cette famille, l'hypnose, l'acupuncture, et (dans une moindre mesure) la méditation sont sans doute les traitements les plus employés, et en tout cas ceux qui bénéficient de la littérature scientifique la plus fournie. La sélection d'articles de cette lettre se focalise principalement sur ce trio de tête. Pour un recensement des autres types de thérapies alternatives, on renverra par exemple à l'intervention de Gérard Peiffer lors de la première conférence de consensus sur l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac (1998), intitulée [« Au grand bazar de la tabacologie »](#).

● Auriculothérapie : pas d'efficacité démontrée dans le sevrage tabagique

Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'auriculothérapie

Gueguen et al., *Revue de la littérature médicale scientifique et de la littérature destinée aux professionnels par l'Inserm*, 2013.

Accès libre : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteAuriculotherapie_2013.pdf

L'auriculothérapie est une thérapeutique non conventionnelle consistant à stimuler des points du précis du pavillon de l'oreille afin d'agir sur l'organisme. Elle repose sur l'hypothèse, non attestée en l'état des connaissances scientifiques, d'une correspondance entre les zones de l'oreille et les organes. La version occidentale de l'auriculothérapie, appelée auriculomédecine, a été mise au point dans les années 1950 par un médecin généraliste lyonnais, le Dr Paul Nogier. Elle s'inspire de l'acupuncture chinoise mais ne se confond pas avec elle.

Ce rapport de l'Inserm, publié en 2013, visait à évaluer l'efficacité et la sécurité de ces méthodes dans les différents domaines revendiqués par les spécialistes, qui vont de la prise en charge de la douleur à l'aide au sevrage. De nombreuses variations existent selon les écoles et les praticiens, concernant par exemple le nombre de séances (généralement trois ou plus) et le mode de stimulation employé : aiguille (d'acupuncture ou semi-permanente), électrique (impulsions électriques appliquées via des électrodes), moxa (application locale de chaleur), micro-saignées (par aiguille ou bistouri)... N'ont été sélectionnés que les essais randomisés, en ouvert ou en aveugle, qui permettaient de statuer sur l'efficacité de l'auriculothérapie (les interventions combinées ont donc été exclues).

Cinq études compilées entre 1996 et 2007

Dans le domaine de l'aide au sevrage tabagique, les auteurs ont répertorié 5 études, conduites entre 1996 et 2007. Conduites par des équipes chinoises, elles relèvent de l'acupuncture auriculaire et non de l'auriculothérapie à la française, pour laquelle aucun essai clinique randomisé n'a pu être identifié au moment du rapport (publié en 2013). Deux études portaient sur l'acupuncture auriculaire, 1 étude sur l'acupression (où les aiguilles sont substituées par une pression des doigts), 1 étude sur l'acupuncture et l'acupression combinées, et enfin 1 étude sur l'acupuncture laser. Les résultats sont synthétisés dans le tableau ci-après.

Référence	Design	Addiction	Interventions	Comparateurs	Critère principal	Suivi
(Leung, 1991) <i>Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient</i>	3 groupes 95 sujets inclus Monocentrique	Tabac >= 1 an	Standardisée : Mouth, Lung. Aiguilles semi-permanentes, 10 séances sur 2 semaines (pose à la 3 ^e séance)	- Groupe contrôle thérapie comportementale - liste d'attente	Arrêt du tabac à la fin du traitement et à 6 mois	6 mois
	Résultats	<i>Mitigés.</i> À l'issue des 2 semaines de traitement, 66.7% des sujets du groupe thérapie comportementale avaient arrêté de fumer, versus, 91.7% des sujets du groupe acupuncture auriculaire et 7.4% des sujets du groupe liste d'attente. À 6 mois de suivi, 33.3 % des sujets du groupe thérapie comportementale avaient arrêté de fumer, versus 16.7 % des sujets du groupe acupuncture auriculaire et 3.7% des sujets du groupe liste d'attente. Ainsi, l'acupuncture auriculaire s'est avérée plus efficace que la thérapie comportementale à court terme, mais moins efficace à long terme (p < 0.05).				
	Commentaires	- méthodes de randomisation et de dissimulation de l'affectation non précisées - absence de contrôle biochimique de l'arrêt du tabac - effets secondaires non recueillis - pas d'analyse en intention-de-traiter (ITT), pas de diagramme de flux de patients				
(Tian & Chu, 1996) <i>Journal of Chinese Medicine</i>	2 groupes 120 sujets inclus Monocentrique	Tabagisme > 10 cigarettes par jour CO expiré > 10 ppm Age > 20 ans	Standardisée : acupression sur 4 points (Shenmen, mouth, lung, external nose) avec autostimulation en appuyant sur des graines auriculaires 6 fois/jour. Traitement unilatéral avec changement d'oreille 2 fois par semaine pendant 1 mois	- groupe conseil	Arrêt du tabac à 1 mois et à 1 an, avec confirmation par mesure du CO	1 an
	Résultats	<i>Positifs.</i> À 1 an de suivi, 63.3 % des sujets du groupe Acupression avaient arrêté de fumer ou diminué leur consommation tabagique versus 8.3 % des sujets du groupe conseil (p < 0.05)				
	Commentaires	- méthodes de randomisation et de dissimulation de l'affectation non précisées - erreurs dans les tableaux de résultats - pas de procédure en aveugle (pas de précision sur le recueil des mesures ni sur l'évaluateur) - pas de diagramme de flux de patients - procédure contrôle non détaillée - effets secondaires non recueillis				
(Waite & Clough, 1998) <i>British Journal of General Practice</i>	2 groupes 79 sujets inclus Monocentrique Recrutement par affichage et bouche à oreille	Tabac (>= 10 cigarettes / jour)	Standardisée Électro-acupuncture auriculaire (1 point bilatéral : lung), avec 20 minutes de stimulation par un courant intermittent, biphasique à une fréquence de 4 Hz. 1 séance unique	- Groupe contrôle acupuncture factice (stimulation superficielle au niveau de la rotule)	Arrêt du tabac à 6 mois : déclaratif et test urinaire (dosage de la cotinine)	6 mois
	Résultats	<i>Positifs.</i> 12% de sujets non-fumeurs à 6 mois dans le groupe acupuncture auriculaire vs 0 % dans le groupe contrôle (p = 0.055)				
	Commentaires	- méthode de randomisation non précisée - randomisation effectuée après le 1 ^{er} entretien (qui comprenait une évaluation par le praticien et un counselling...) - Pas d'analyse en ITT (83 sujets ont assisté au 1er rendez-vous, 4 ne sont pas revenus, et n'ont pas été randomisés, ni inclus dans l'analyse) - Contact, Recrutement, counselling et traitement effectué par le même praticien - Les auteurs parlent de simple aveugle, mais les points choisis sont de localisations très distinctes. Les auteurs pensent que les sujets du groupe contrôle semblaient suffisamment convaincus de l'authenticité du traitement car ils ont gardé les graines en place en moyenne 7 jours				

Référence	Design	Addiction	Interventions	Comparateurs	Critère principal	Suivi
(Wu, Chen et al., 2007) <i>Journal of the Chinese Medical Association</i>	2 groupes 131 sujets inclus Monocentrique	Tabac >= 10 cigarettes par jour depuis plus d'un an	Standardisée : 4 points (shenmen, lung, mouth, sympathetic) + Conseils d'une Infirmière	- Groupe contrôle AA factice (+ conseils d'une infirmière)	Arrêt du tabac à la fin du traitement : déclaratif	6 mois
	Résultats	<p><i>Négatifs.</i> À l'issue des 8 semaines de traitement, 27.1 % des sujets du groupe intervention avaient arrêté de fumer, versus 20.3 % des sujets du groupe contrôle (p = 0,517). À l'issue des 6 mois de suivi, 16.6 % des sujets du groupe intervention avaient arrêté de fumer, versus 12.1 % des sujets du groupe contrôle (p = 0,737). Par ailleurs, à l'issue des 8 semaines de traitement, le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement avait diminué de manière significative dans chaque groupe, mais sans différence significative entre les groupes (diminution de 48 % dans le groupe intervention versus 43 % dans le groupe contrôle). Le score moyen des symptômes de sevrage nicotinique avait diminué de manière significative dans le groupe intervention (7,3 à 3,0 ; p < 0,01), mais pas dans le groupe contrôle (7,0 à 3,7 ; p = 0,26).</p>				
	Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'analyse en ITT - Effets indésirables rapportés : douleur, sensation que les aiguilles sont toujours en place, étourdissement, saignements mineurs, nausées. Pas de différence significative entre les groupes. - L'instrument de mesure utilisé pour considérer l'arrêt du tabac n'est pas clair (déclaratif et/ou test respiratoire). Les auteurs disent dans la discussion qu'ils ont validé l'arrêt du tabac de manière biochimique mais les résultats ne sont pas présentés dans l'étude et la méthode ne détaille pas les conditions à réunir pour être considéré comme non fumeur à l'issue du traitement. 				
(Yiming, Changxin et al., 2000) <i>The American Journal of Chinese Medicine</i>	2 groupes 330 sujets inclus Monocentrique	Tabac : >=5 cigarettes par jour depuis plus de 3 mois Sujets adolescents (12-18 ans)	Standardisée : laser-acupuncture auriculaire : 4 points sur l'oreille gauche (Ershenmen, Ko, Fei, Waibi)	- Groupe contrôle laser factice	Arrêt du tabac : déclaratif + test respiratoire	3 mois
	Résultats	<p><i>Négatifs.</i> À la fin du traitement, 21 % des sujets avaient arrêté totalement et 80 % avaient diminué leur consommation au moins de moitié, sans différence significative entre les groupes. À 3 mois post traitement, 24 % des sujets avaient arrêté totalement et 70 % avaient diminué leur consommation au moins de moitié, sans différence significative entre les groupes</p>				
	Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Méthode de randomisation non précisée - Pas d'analyse en ITT - Effets indésirables rapportés dans environ 20% des cas (céphalée, nausée, vomissements, étourdissements, changement d'odeur de la cigarette), sans différence significative entre les groupes. - L'instrument de mesure utilisé pour considérer l'arrêt du tabac n'est pas clair (déclaratif et/ou test respiratoire). Il semblerait que le test respiratoire ait surtout été utilisé pour inciter les sujets à être honnêtes sur leur déclaration de consommation tabagique. Les auteurs n'ont pas présenté de manière croisée les résultats déclaratifs d'arrêt du tabac et les résultats du test respiratoire. 				

Résultats des cinq essais contrôlés randomisés retenus, destinés à évaluer l'efficacité de l'auriculothérapie dans l'aide au sevrage tabagique (adapté de Guéguen et al., 2013).

Les études analysées se signalent par une grande diversité de protocole, qui porte aussi bien sur le mode de stimulation employé (électrique, aiguilles, laser, acupression¹), que sur le choix des points d'acupuncture stimulés et le nombre et l'étalement des séances. Le design est également très variable selon les études, en termes de population, de bras contrôle et de durée de suivi. Cette hétérogénéité limite grandement la portée d'éventuelles conclusions générales.

Sur les cinq études retenues, deux seulement présentent des résultats positifs, respectivement à 6 mois et 1 an. Le premier essai (Waite & Clough, 1998) comparait une séance unique d'électro-acupuncture vs acupuncture stimulée chez des sujets adultes fumant plus de 10 cigarettes par jour. Le second (Tian & Chu, 1996) comparait l'acupression auriculaire pendant 1 mois à de simples séances de conseil chez des sujets de plus de 20 ans fumant plus de 10 cigarettes par jour. Mais ces deux études souffrent de biais méthodologiques importants et ces résultats n'ont pas été répliqués.

Une dernière étude (Leung, 1991) conclut à un bénéfice à très court terme (deux semaines) de l'acupuncture auriculaire, qui s'inverse au fil du temps : à 6 mois, la thérapie comportementale s'avère supérieure à l'acupuncture. Ses auteurs émettent l'hypothèse que l'acupuncture permettrait de soulager les symptômes physiques d'addiction à la cigarette tandis que la thérapie comportementale serait efficace pour traiter la dépendance psychique, et suggèrent une approche combinée.

Pas de preuve d'efficacité

Au regard de ces données, « *il n'y a pas de preuve que l'auriculothérapie soit une intervention efficace pour le sevrage tabagique* », concluent les auteurs du rapport. C'est également le cas dans les autres domaines d'emploi de l'auriculothérapie (dermatologie, vomissements et nausées, troubles du sommeil, rhinite allergique, hypogalactorrhée post-césarienne, endométriose), essentiellement par manque de données concluantes.

Deux exceptions à ce bilan globalement négatif : la douleur per opératoire et l'anxiété per opératoire : les résultats dans ces domaines sont jugés « *intéressants* » par les auteurs du rapport, qui invitent à « *s'interroger sur la place à donner à cette approche thérapeutique dans ces indications* ».

¹ Stimulation des points d'acupuncture par simple pression des doigts.

● Acupuncture et sevrage tabagique : que dit la revue Cochrane ?

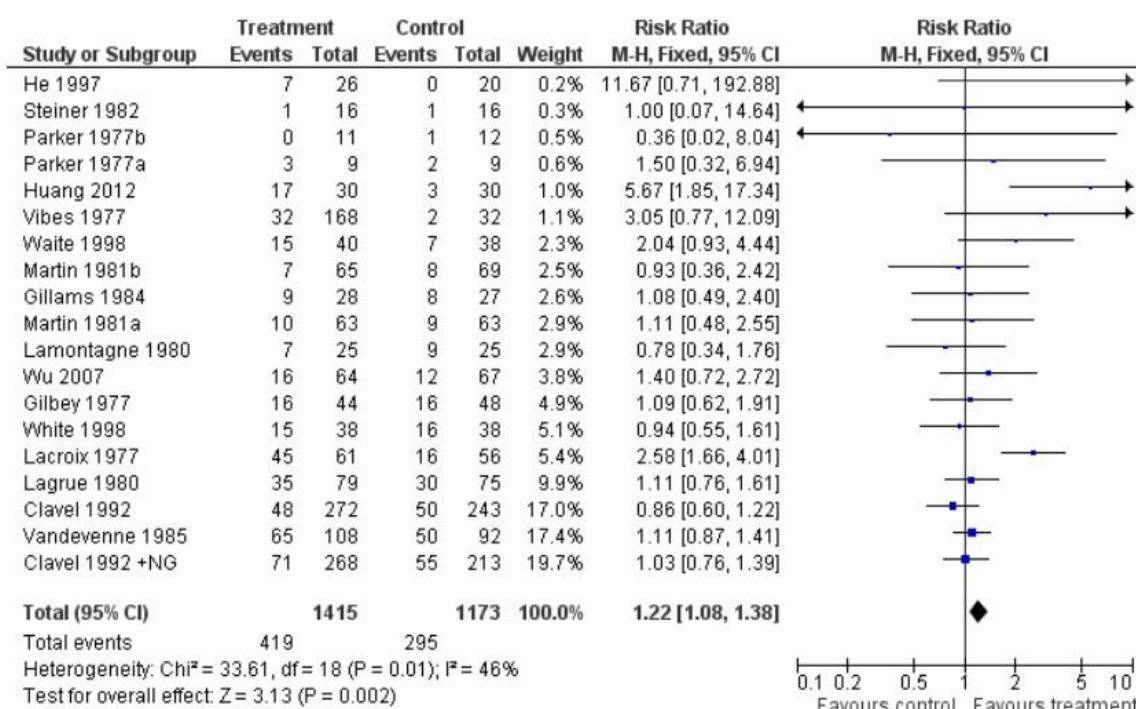
Acupuncture and related interventions for smoking cessation.

White et al., *Cochrane Database of Systematic Reviews*, janvier 2014.

Accès libre : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000009.pub4/full>

Cette revue Cochrane publiée en 2014 vise à synthétiser l'ensemble de la littérature disponible sur l'utilité de l'acupuncture dans l'aide au sevrage tabagique. Au total 38 études ont été recensées : 23 portant sur l'acupuncture, 5 sur l'acupression, 3 sur la stimulation laser et 7 sur l'électrostimulation. L'abstinence à court (avant 6 semaines) et long terme (entre 6 mois et 1 an) était examinée.

Sur la base de trois études, la comparaison entre l'acupuncture et un groupe contrôle (liste d'attente avant intervention) a échoué de peu à montrer une efficacité supérieure ($RR_{\text{groupé}} = 1,79$; IC 95 % 0,98 – 3,28 ; $I^2 = 57\%$). La comparaison de l'acupuncture avec un protocole d'acupuncture factice a donné un RR groupé de 1,22 (IC 95 % 1,08 – 1,38 ; $I^2 = 46\%$) pour l'abstinence à court terme (voir figure ci-dessous) et un RR non significatif de 1,10 (IC 95 % 0,86 – 1,40) pour l'abstinence à long terme.



Méta-analyse acupuncture vs acupuncture factice, pour l'abstinence à court terme.

Ces résultats suggèrent une efficacité à court terme de l'acupuncture pour l'aide au sevrage tabagique, sans que ce bénéfice se maintienne sur le long terme (plus de 6 mois). Mais l'hétérogénéité des études est importante et il existe un biais de publication détectable, ce qui empêche de tirer des conclusions définitives. Les auteurs n'excluent pas l'existence d'un effet spécifique, qui resterait à démontrer.

Avec un niveau de preuve limitée, les analyses en sous-groupes montrent, quant à elles, un possible effet bénéfique à court terme de l'acupression (3 essais ; $n = 325$; $RR_{\text{groupé}} = 2,54$; IC 95 % 1,27 – 5,08) et de la stimulation auriculaire continue² (14 essais ; $n = 1155$; $RR_{\text{groupé}} = 1,69$; IC 95 % 1,32 – 2,16), mais pas de l'électrostimulation ni des lasers.

² La stimulation continue repose sur l'utilisation d'aiguilles, de perles ou de graines laissées plusieurs jours au niveau des points d'acupuncture, afin de permettre un effet prolongé dans le temps.

● Acupuncture, hypnothérapie et méthode aversive : revue des essais contrôlés randomisés de qualité

Alternative Smoking Cessation Aids: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials.

Tahiri *et al.*, *The American Journal of Medicine*, 2012

[https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(12\)00003-4/abstract](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(12)00003-4/abstract)

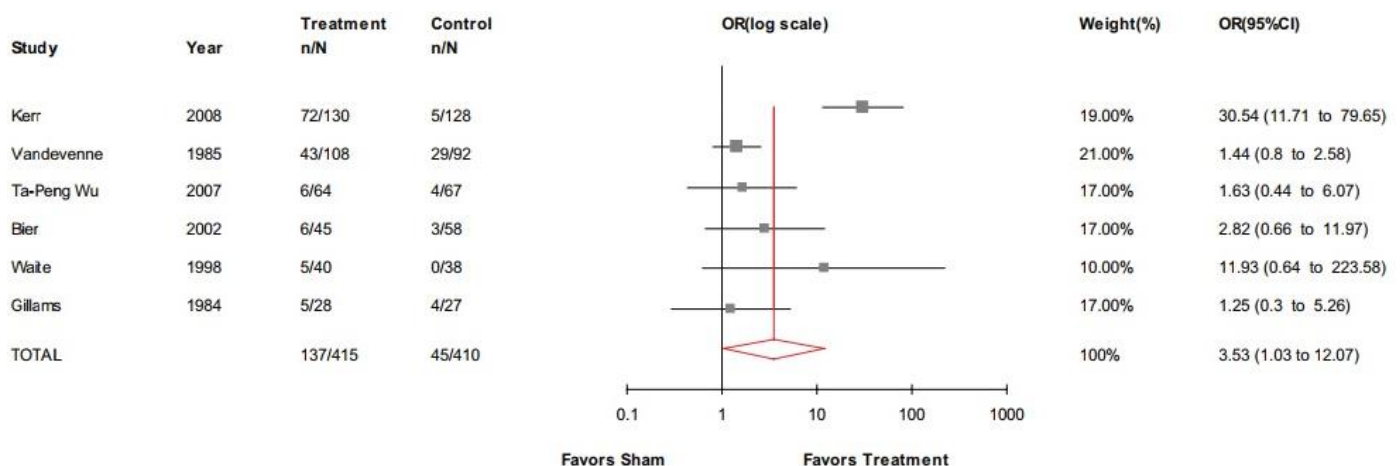
Cette méta-analyse canadienne, publiée en 2012 dans *The American Journal of Medicine*, a pour objet de synthétiser les données sur l'efficacité des principales thérapies alternatives d'aide au sevrage tabagique. Trois types de thérapies ont été retenus : l'acupuncture (stimulation de points de l'oreille par des aiguilles ou des lasers de basse intensité), l'hypnothérapie (induction d'un état de concentration et de réceptivité propice à l'arrêt du tabac), et la méthode aversive³.

Seuls les essais contrôlés randomisés avec un suivi à long terme (plus de 6 mois) et portant sur des sujets adultes ont été retenus à l'analyse. Les critères d'évaluation admis étaient l'abstinence tabagique continue ou ponctuelle. Lorsque plusieurs critères coexistaient au sein d'un même essai, c'est le critère le plus rigoureux (abstinence continue > ponctuelle ; 12 mois > 6 mois) qui était retenu.

Des critères de sélection rigoureux

Concernant l'acupuncture, 6 études ont été retenues à l'analyse. Conduites entre 1985 et 2008, elles visaient à comparer l'acupuncture auriculaire à une forme d'acupuncture factice (« *sham acupuncture* »), qui consiste à stimuler de façon superficielle des points de l'organisme ne correspondant pas à des points d'acupuncture. Quatre de ces études figurent dans la revue Cochrane étudiée ci-avant (Gilliams, 1984 ; Vandevenne, 1985 ; Waite, 1998 ; Wu, 2007).

Les résultats sont résumés dans la figure ci-dessous.



Méta-analyse des essais cliniques randomisés évaluant l'acupuncture dans l'aide au sevrage tabagique.

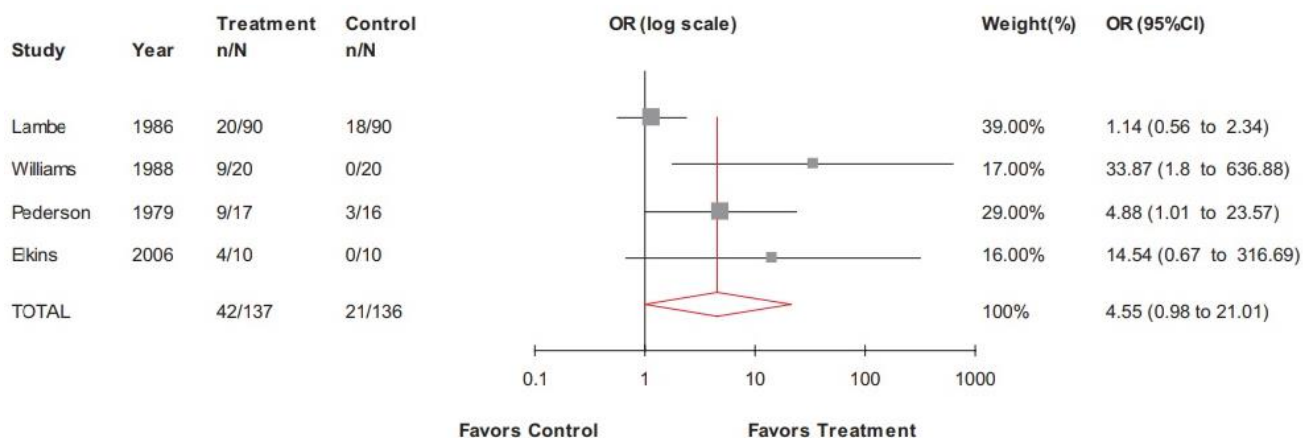
OR : odd ratio ; weight : pondération dans la méta-analyse.

La forêt de points compare l'acupuncture à un protocole d'acupuncture factice. Les barres horizontales figurent les intervalles de confiance à 95 %.

³ Les méthodes aversives reposent sur le principe du conditionnement opérant. Elles consistent à faire fumer le patient à un rythme intense sur une courte période de temps, afin qu'il associe le tabac aux sensations désagréables (nausées, malaise, maux de tête...) ainsi produites.

L'OR groupé résultant des cinq études combinées suggère, d'après les auteurs, que l'acupuncture accroît significativement les chances de sevrage, avec un OR groupé de 3,53 (IC 95 % 1,03 – 12,07 ; $I^2 = 85\%$) par rapport à un protocole d'acupuncture factice. Il convient cependant de noter que l'intervalle de confiance est si large que ce résultat est à peine significatif.

Le constat est analogue pour l'hypnothérapie (voir figure ci-dessous), avec un OR groupé de 4,55 (IC 95 % 0,98 – 21,01 ; $I^2 = 67\%$) sur 4 études. Mais l'intervalle de confiance englobant cette fois la valeur OR = 1 correspondant à l'hypothèse nulle, les auteurs estiment cette fois-ci « *qu'aucune conclusion ferme ne peut être tirée* » quant à l'efficacité de l'hypnothérapie.

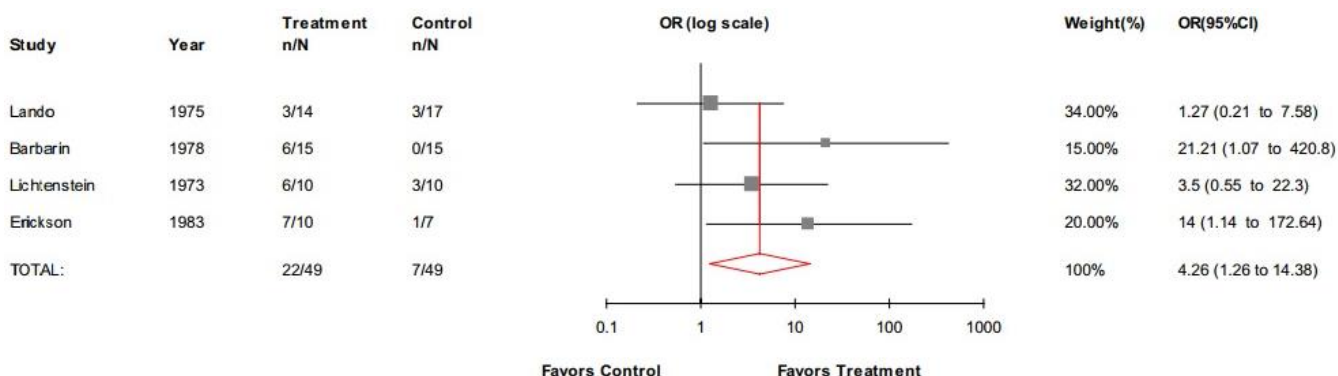


Méta-analyse des essais cliniques randomisés évaluant l'hypnothérapie dans l'aide au sevrage tabagique.

OR : odd ratio ; weight : pondération dans la méta-analyse.

Les barres horizontales figurent les intervalles de confiance à 95 %.

La méthode aversive retenue consistait à fumer à un rythme soutenu (une bouffée toutes les 6 secondes pendant trois minutes, avec un maximum de trois cigarettes, répété deux ou trois fois par séance), de façon à ressentir les effets aversifs du surdosage : nausées, malaise, maux de tête, toux, etc. La méta-analyse des 4 études retenues (voir figure ci-dessous) donne un OR groupé de 4,26 (IC 95 % 1,26 – 14,38), ce qui suggère une efficacité réelle.



Méta-analyse des essais cliniques randomisés évaluant la méthode aversive dans l'aide au sevrage tabagique.

OR : odd ratio ; weight : pondération dans la méta-analyse.

Les barres horizontales figurent les intervalles de confiance à 95 %.

Même si ces résultats semblent indiquer que les trois méthodes alternatives évaluées sont efficaces, le

⁴ L'indice I^2 mesure l'hétérogénéité des tailles d'effet obtenues dans différentes études combinées. Les seuils indicatifs sont $I^2 = 25\%$ (hétérogénéité faible), $I^2 = 50\%$ (modérée), $I^2 = 75\%$ (élevée).

faible nombre d'études analysées et la grande hétérogénéité des résultats invitent à une grande prudence. Les auteurs l'admettent, mentionnant les très larges intervalles de confiance obtenus pour chaque méta-analyse. Par ailleurs, les études retenues n'étaient pas exemptes de biais méthodologiques. Aucune d'entre elles, en particulier, ne validait les taux d'abstinence par un test biochimique.

On peut aussi remarquer que les études retenues à l'analyse sont relativement anciennes. Ce phénomène est sans doute à mettre sur le compte d'un durcissement des exigences méthodologiques au fil du temps.

Une conclusion controversée

Dans [une lettre à l'éditeur](#), Alain Braillon (Santé Publique France) et Edzard Ernst (université d'Exeter), tous deux très engagés dans la critique des thérapies alternatives, notent la divergence entre les conclusions de l'article et celles des deux revues Cochrane récemment publiées sur l'acupuncture et l'hypnothérapie ([White et al., 2011](#) ; [Barnes et al., 2010](#)). « Ces revues systématiques Cochrane incluaient 44 études, alors que Tahira et al. ont inclus seulement 10 études dans leur méta-analyse, avec une moyenne de 108 patients par étude », remarquent-ils. Ils dénoncent également l'absence de publication préalable des auteurs sur ce sujet.

Dans [leur réponse](#), les auteurs défendent leur méthodologie, assumant n'avoir sélectionné que « les études les plus rigoureuses », avec un suivi à long terme et un groupe contrôle approprié (« sham acupuncture ») dans le cas de l'acupuncture. Ils rappellent par ailleurs que 30 à 40 % des fumeurs américains se déclaraient intéressés par les thérapies alternatives en 2005 ([Sood et al., 2006](#)), justifiant ainsi leur intérêt pour ce qui ressemble de plus en plus à un phénomène de société.

● Méditation et tabac : un point de vue des neuroscientifiques

Mind–body practices: An alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature.

Carim-Todd *et al.*, *Drug and Alcohol Dependence*, 2013.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3770754/>

Les approches corps-esprit (« *mind-body practices* ») regroupent toutes les pratiques destinées à améliorer la santé via une interaction entre le psychisme et le fonctionnement de l'organisme, telles que la méditation ou le yoga. Cette revue systématique, conduite par des neuroscientifiques de l'université de l'Oregon (Portland), vise à dresser un tableau synthétique de la littérature disponible sur l'utilité de ces pratiques en vogue pour le sevrage tabagique.

Les auteurs ont sélectionné toutes les études interventionnelles portant sur le yoga, la méditation, le taïchi (gymnastique de santé inspirée des arts martiaux chinois) ou le qi gong (autre gymnastique de santé chinoise focalisée sur la maîtrise du souffle), en lien avec l'arrêt du tabac. En raison du faible nombre d'études publiées, les critères de sélection étaient larges, autorisant tous les types de critères principaux : taux d'abstinence, intention d'arrêter, réduction des symptômes de sevrage ou de l'intensité du « *craving* ».

Un total de 14 études a été retenu pour la revue systématique (*voir tableau ci-après*). Là encore, la littérature s'avère rare, hétérogène et de qualité diverse, ce qui empêche toute méta-analyse. Les auteurs se bornent donc à constater que « *les approches corps-esprit ont le potentiel pour aider à réduire la consommation de cigarettes, et donc d'aider à arrêter de fumer* », sans être en mesure de fournir de conclusions fermes.

Une efficacité à prouver, mais des avantages réels

La partie qualitative de l'article est plus instructive. Elle s'attache à caractériser les avantages potentiels des approches corps-esprit dans l'aide au sevrage. Premier élément d'intérêt : la plupart des techniques de méditation attachent une grande importance à la respiration, ce qui peut avoir des effets avérés sur l'anxiété et le stress. Il est par ailleurs démontré que la diminution du rythme respiratoire stimule le système nerveux parasympathique, d'où un effet de relaxation. D'un point de vue pragmatique, le yoga et ses dérivés sont des activités physiques, et par là propres à réduire les symptômes de manque, tout en permettant de développer un rapport plus sain au corps et à la santé.

La méditation pleine conscience, pour sa part, repose sur une autorégulation de l'attention à l'expérience sensible, dans une optique d'ouverture et d'acceptation. Autant d'éléments qui s'opposent aux habitudes et à l'impulsivité caractéristiques des comportements tabagiques. Autre avantage, d'ordre psychologique : il est possible de pratiquer les approches corps-esprit sans se considérer comme malade. Enfin, ces approches sont a priori peu coûteuses, relativement sûres, aisément adaptables à la population considérée (personnes âgées, femmes enceintes, personnes avec un handicap moteur, etc.), et peuvent aisément être employées en complément de traitements classiques.

Référence	Design	Population	Interventions	Condition contrôlée	Critère principal	Résultats
Elibero et al. (2011)	ECT à 3 bras	Fumeurs sans intention d'arrêter	Hatha Yoga n = 26 Exercice physique n = 25	Regarder une vidéo n = 25	« craving » tabagique	Intervention vs contrôle Atténuation du « craving » : hatha yoga (p < 0,05), exercice (p < 0,05)
Ussher et al. (2009)	ECT à 3 bras	Fumeurs adultes	Exercice isométrique (EI) n = 14 Balayage corporel (BC) n = 18	Écouter un documentaire nature n = 16	Envie de fumer	Intervention vs contrôle Diminution de l'envie de fumer : IE (p = 0,009) et BC (p = 0,044)
Shahab et al. (2013)	ECT à 2 bras	Fumeurs adultes	Respiration yogique n = 48	Regarder une vidéo sur la respiration yogique n = 48	« craving » tabagique	Intervention vs contrôle Atténuation du « craving » (p < 0,001) après l'intervention
Bock et al. (2012)	ECT à 2 bras	Fumeuses ayant l'intention d'arrêter	Vinyasa Yoga + TCC n = 55	Bien-être + TCC n = 23	Abstinence ponctuelle de 7 jours	Intervention vs contrôle 40,6 % vs 13 % à 8 semaines (p = 0,03) 21,9 % vs 8,7 % à 12 semaines (p = 0,012)
Brewer et al. (2011)	ECT à 2 bras	Fumeurs adultes en recherche de traitement	Entraînement à la méditation pleine conscience n = 41	Consultation d'aide au sevrage tabagique n = 47	Abstinence ponctuelle de 7 jours	Intervention vs contrôle 35 % vs 15 % à 4 semaines (p = 0,063) 30 % vs 5 % à 17 semaines (p = 0,012)
Rogojanski et al. (2011)	ECT à 2 bras	Fumeurs adultes	Thérapie d'exposition + méditation pleine conscience n = 31	Thérapie d'exposition + suppression de pensée n = 30	Tabac consommé au cours de la semaine	Pré vs post Diminution de 20 % en cig./jour (p < 0,001) Intervention vs contrôle Pas de différence (p = 0,17)
Bowen et al. (2009)	ECT à 2 bras	Fumeurs adultes	Thérapie d'exposition + méditation pleine conscience n = 61	Thérapie d'exposition + suppression de pensée n = 62	Tabac consommé au cours de la semaine	Diminution vs contrôle Diminution de 26 % en cig./jour vs 11 % (p = 0,002) à 7 jours de suivi
Cropley et al. (2007)	ECT à 2 bras	Fumeurs abstinents depuis 12 heures	Balayage corporel n = 15	Extrait de documentaire nature n = 15	Envie de fumer	Intervention vs contrôle Diminution de l'envie de fumer (p < 0,001)
Westbrook et al. (2013)	Essai contrôlé (intra-sujets, 3 conditions)	Fumeurs abstinents depuis 12 heures	Thérapie d'exposition + méditation pleine conscience n = 47	Thérapie d'exposition ou stimuli neutres + stratégie habituelle de « coping »	« craving » tabagique	Intervention vs contrôle Atténuation du « craving » (p < 0,001)
McClernon et al. (2004)	Essai contrôlé (intra-sujets, 2 conditions)	Fumeurs adultes	Respiration profonde contrôlée n = 21	Rester assis dans le calme n = 21	« craving » tabagique	Intervention vs contrôle Atténuation du « craving » (p = 0,002) et des affects négatifs (p = 0,002)
Royer (1994)	Essai à 2 bras	Fumeurs adultes	Méditation transcendantale n = 110	Aucun traitement n = 214	Abstinence tabagique	Intervention vs contrôle 51 % d'abstinence vs 21 % à 2 ans de suivi (p = 0,003)
Kochupillai et al. (2005)	Pré-post	Usagers du tabac	Respiration Sudarshan Kriya n = 82	-	Abstinence tabagique	Pré vs post 21 % d'abstinence à 6 mois (17 sujets sur 82)
Mciver et al. (2004)	Pré-post	Patients hospitalisés n'ayant pas l'intention d'arrêter de fumer	Hatha Yoga n = 20	-	Évolution de la consommation	Pré vs post Décalage vers une intention d'arrêter de fumer

Études retenues sur les approches corps-esprit dans l'arrêt du tabac (adapté de Carim-Todd et al, 2013).

ECT : essai contrôlé randomisé ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale.

● Patients hospitalisés : l'hypnothérapie plus efficace que les patches ?

Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial.

Hasan *et al.*, *Complementary Therapies in Medicine*, 2014.

[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0965-2299\(13\)00210-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0965-2299(13)00210-0)

Cet essai contrôlé randomisé, mené par des médecins-chercheurs de Salem et Boston, a fait l'objet d'une publication dans *Complementary Therapies in Medicine*, une revue scientifique à comité de lecture (éditée par Elsevier) vouée à l'évaluation des thérapies alternatives. Il porte sur des patients fumeurs de 18 à 75 ans, admis au North Shore Medical Center de Salem pour des pathologies cardiaques ou pulmonaires entre 2006 et 2009.

Les 164 participants (âgés de 55 ans en moyenne) ont été aléatoirement assignés à un des trois bras suivants : traitements de substitution nicotinique (TSN, n = 41), hypnothérapie (H, n = 41), ou les deux prises en charges combinées (TSN + H, n = 40). Les patients ne souhaitant pas bénéficier d'un traitement ont été répartis dans un quatrième groupe (Q), à des fins de contrôle. Tous ont reçu du matériel d'information et des conseils d'aide au sevrage au cours de leur hospitalisation.

Une nette supériorité de l'hypnose...

Les patients TSN se sont vus attribuer un mois de patches (et invités à poursuivre pendant deux mois), à un dosage adapté à leur consommation (*e.g.* 21 mg/j pour 10 à 20 cigarettes par jour), ainsi que de la gomme ou des pastilles de nicotine en cas de manque. Le sevrage devait commencer une semaine après la sortie de l'hôpital. Les interventions par hypnothérapie consistaient en une seule séance de 90 minutes dans les deux semaines après la sortie d'hôpital. La séance débutait par un examen des motivations du sevrage et se terminait par un entraînement à l'autohypnose.

Le critère d'évaluation était l'abstinence ponctuelle de 7 jours, mesurée à 12 et 26 semaines après la fin de l'hospitalisation. Les résultats (*voir figure et tableau ci-après*) semblent témoigner d'une nette supériorité de l'hypnothérapie sur les TSN. À 12 semaines, les patients du groupe H étaient ainsi 44 % (n = 18) à avoir arrêté de fumer contre 28 % (n = 11) dans le groupe TSN (OR ajusté⁵ = 2,2 ; IC 95 % 0,8 – 5,1). Cette différence se maintenait à 26 semaines, avec 37 % (n = 15) des patients du groupe H abstinentes contre 18 % (n = 7) dans le groupe TSN (OR ajusté⁶ = 3,6 ; IC 95 % 1,1 – 11,4).

... mais des failles méthodologiques majeures

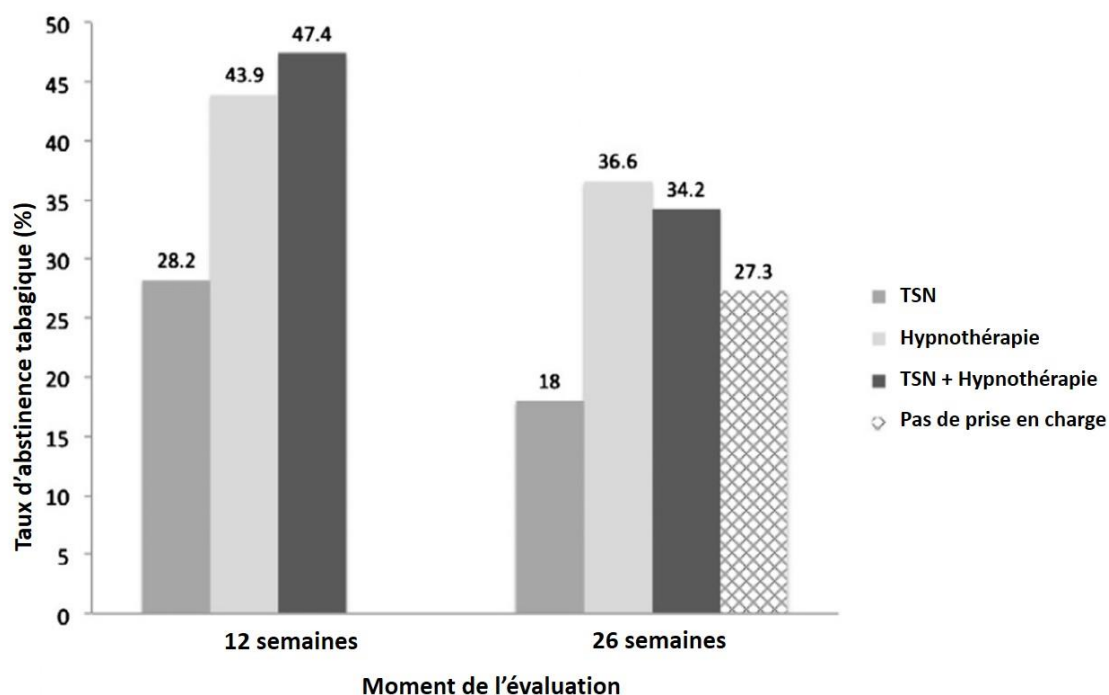
En comparant le groupe TSN+H au groupe TSN, il apparaît que les patients ayant bénéficié de l'hypnothérapie et des patches combinés étaient trois fois plus nombreux à arrêter de fumer que ceux n'ayant bénéficié que des patches : 34 % (n = 13) contre 18 % (n = 7) pour l'abstinence à 26 semaines (OR ajusté⁷ = 3,2 ; IC 95 % 1,04 – 9,7).

Ces résultats semblent montrer que l'hypnothérapie possède une efficacité majeure dans l'aide au sevrage tabagique à moyen terme, supérieure aux TSN, et qui persiste lorsqu'elle est combinée aux TSN.

⁵ Modèle ajusté pour le sexe, le statut marital et la pathologie (cardiaque vs pulmonaire).

⁶ Modèle ajusté pour le groupe ethnique et la pathologie (cardiaque vs pulmonaire).

⁷ Modèle ajusté pour la confiance du patient en sa capacité à arrêter de fumer (auto-efficacité évaluée de 1 à 10) et la pathologie d'hospitalisation (cardiaque vs pulmonaire).



Abstinence ponctuelle de 7 jours à 12 et 26 semaines selon les groupes (adapté de Hasan *et al.*, 2014).

	Quit rate in NRT control group n (%)	Quit rate in intervention group n (%)	Unadjusted relative risk (95% CI)	Multivariable relative risk (95% CI)
<i>NRT vs. hypnotherapy</i>				
Model 1: Quit at 12 weeks	11 (28.2%)	18 (43.9%)	2.0 (0.8, 5.1)	2.2 ^b (0.8, 6.2)
Model 2: Quit at 26 weeks	7 (18.0%)	15 (36.6%)	2.6 (0.9, 7.4)	3.6 ^c (1.1, 11.4)
<i>NRT vs. NRT plus hypnotherapy</i>				
Model 1: Quit at 12 weeks	11 (28.2%)	18 (47.4%)	2.3 (0.9, 5.9)	3.4 ^d (1.2, 10.0)
Model 2: Quit at 26 weeks	7 (18.0%)	13 (34.2%)	2.4 (0.8, 6.8)	3.2 ^d (1.04, 9.7)

Risques relatifs entre les interventions pratiques et le statut tabagique à 12 et 26 semaines.

NRT : traitement de substitution nicotinique (TSN) ; quit rate : taux de sevrage.

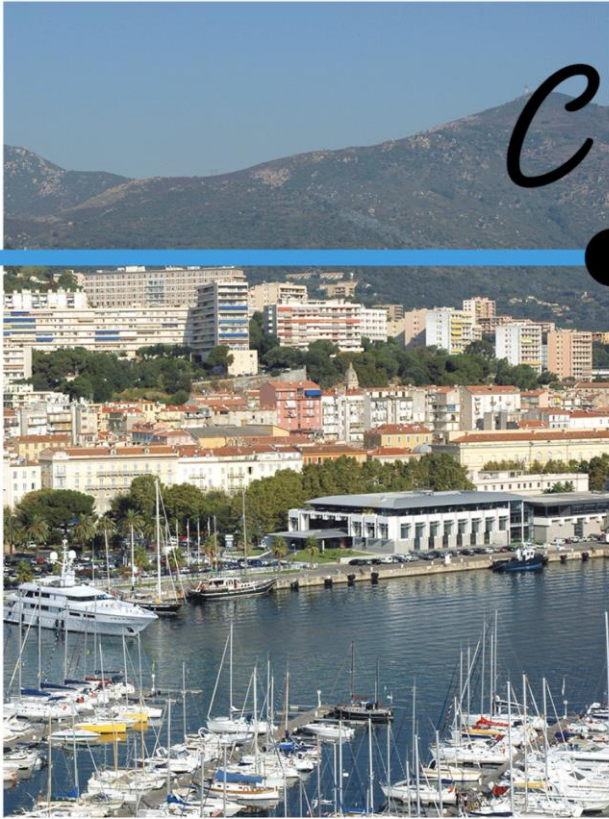
^b Modèle ajusté pour le sexe, le statut marital et la pathologie d'hospitalisation (cardiaque vs pulmonaire).

^c Modèle ajusté pour le groupe ethnique et la pathologie d'hospitalisation (cardiaque vs pulmonaire).

^d Modèle ajusté pour la confiance du patient en sa capacité à arrêter de fumer (auto-efficacité évaluée de 1 à 10) et la pathologie d'hospitalisation (cardiaque vs pulmonaire).

L'étude souffre toutefois de limitations importantes. Tout d'abord, comme le remarquent les auteurs, il est impossible de conduire ce type d'étude en aveugle, de sorte que les patients du groupe hypnose ont pu bénéficier d'une motivation supplémentaire par rapport aux autres groupes, du simple fait d'avoir été reçu par un spécialiste. (Une analyse en intention-de-traiter n'a cependant pas montré de différence entre les groupes.)

Un autre défaut majeur a trait à la faible puissance statistique de l'étude. Les résultats non ajustés ne sont pas significatifs, et les résultats ajustés ne le deviennent qu'au prix d'un choix de facteurs de confusion qui semble arbitraire. Les auteurs emploient des modèles multivariés différents selon les résultats, ce qui suggère un ajustement *post hoc* destinée à atteindre les seuils de significativité plutôt que le souci de neutraliser des facteurs de confusion probables.



CSFT 2019

**13e congrès de la Société
Francophone de Tabacologie**
Tous égaux face au tabac ?

21 au 22 novembre 2019

Centre de congrès d'Ajaccio



Ouverture du site prochainement

OFFRES D'EMPLOI

Médecin tabacologue à temps partiel (0,1 ETP) au service des consultations externes de l'Hôpital Stell à Rueil Malmaison (Hauts-de-Seine).

Contact :

Dr BOUKHSIBI Fatima, chef de pôle, fatima.boukhsibi@ch-rueil.fr

1 rue Charles Drot, 92500 Rueil-Malmaison

L'Unité de coordination de tabacologie de l'Hôpital Paul Brousse (Villejuif, Val-de-Marne) recherche un **médecin tabacologue** pour un poste de praticien attaché (2 vacations par semaine).

Prérequis : diplôme interuniversitaire de tabacologie.

Missions du poste : consultations externes (patients externes et personnels) ; liaison dans les services suivants : centre hépatobiliaire, service de cancérologie, service d'hépatogastroentérologie ; participation au staff mensuel de l'Unité ; informations du personnel médical et paramédical de l'établissement ; participation aux travaux de recherches de l'UCT.

L'UCT comprend un PH temps plein, deux praticiens attachés, une IDE tabacologue temps plein, une secrétaire temps plein, un temps psychologue. Ses missions sont : consultations externes ; liaison ; enseignements ; recherche. L'UCT est l'une des unités du département d'addictologie et de psychiatrie du Pr Benyamina. Le service d'addictologie (Centre d'enseignement, de recherche et de traitements des addictions - CERTA) prend en charge toutes les addictions avec ou sans produit, adolescents et adultes.

Contact :

Dr Patrick Dupont, Praticien hospitalier tabacologue, CERTA, APHP, GHU Paris Sud, Site Paul Brousse, 12, avenue P. Vaillant-Couturier, F-94800 Villejuif, Tél. 01 45 59 69 25, patrick.dupont@aphp.fr.

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>

INFORMATIONS

Tabac : Arrêtez comme vous voulez !

#MOOCLiveArretTabac

Le Dr Anne-Laurence Le Faou, présidente de la Société Francophone de Tabacologie (SFT) et responsable du centre ambulatoire d'addictologie de l'hôpital européen Georges Pompidou, a réalisé avec le centre Virchow-Villermé (université de Paris), un MOOC (« *massive open online course* », cours en ligne ouvert pour tous), entièrement gratuit pour permettre à tous les professionnels d'encourager et de suivre une tentative d'arrêt du tabac.

Ce [MOOC intitulé « Tabac, arrêtez comme vous voulez ! »](#), à travers des cours, des ateliers en groupe et du matériel pédagogique à disposition, permettra de renforcer les connaissances des professionnels en contact avec les fumeurs. Le public visé est l'ensemble des personnels de santé et sociaux, qu'ils soient médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, professionnels de la santé au travail, professionnels de santé publique et toute autre personne souhaitant connaître la prise en charge des fumeurs.

Sept semaines de formation sont proposées sur la plateforme France Université Numérique (FUN) :

- Tabac et santé ;
- Dépendance au tabac ;
- Qui peut aider les fumeurs ? ;
- Comment organiser l'aide aux fumeurs ? ;
- Les outils pour aider les fumeurs dans leur tentative d'arrêt ;
- La prise en charge de l'arrêt du tabac et la lutte contre le tabac en Europe ;
- Que se passe-t-il au-delà des frontières de l'Europe continentale pour la lutte contre le tabac et sa prise en charge ?

Le matériel pédagogique est disponible afin que chaque professionnel suivant le MOOC puisse le reproduire et l'adapter à sa convenance selon sa profession et les besoins spécifiques des fumeurs.

Un questionnaire est proposé au début du MOOC pour mieux connaître le public ainsi qu'à la fin de la formation afin d'évaluer ce MOOC.

<https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:USPC+37021+session01/about>

VU SUR LE NET

Quelques liens de nouvelles qui ont fait la une du net ce mois-ci.

[CNCT : dernières actus](#)

[Tabac : le paquet neutre aide à dissuader les fumeurs](#)

[Un tabac transgénique plus productif](#)

[Les réseaux sociaux, eldorado des trafiquants de tabac](#)

[Tabac : remboursement intégral des substituts nicotiniques dès le 1er janvier](#)

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau :
alice.deschenau@gh-paulquiraud.fr