

Efficacité du bupopion chez le fumeur français.

Dr Henri-Jean Aubin

Centre de traitement des addictions, Hôpital Emile Roux 94456 Limeil-Brévannes

E-mail : henri-jean.aubin@erx.ap-hop-paris.fr

L'objectif de cette étude était de confirmer l'efficacité du Zyban chez des fumeurs français, dans des conditions de tabacologie courante. 506 fumeurs ont été randomisés (2 :1) pour recevoir 7 semaines de traitement par Zyban LP 300 mg/j ou placebo et ont été suivis pendant 26 semaines. Le taux d'abstinence continue au cours des semaines 4 à 7 était significativement plus élevé chez les fumeurs ayant reçu le Zyban (41%) par rapport à ceux ayant reçu le placebo (21%) (OR = 2,5 – IC 95% : 1,6-3,9). Le taux d'abstinence continue au cours des semaines 4 à 26 était également significativement plus élevé chez les fumeurs ayant reçu le Zyban (25%) par rapport à ceux ayant reçu le placebo (13%) (OR = 2,2 – IC 95% : 1,3-3,6). Le score de *craving* (envie compulsive de fumer) était significativement diminué au cours des semaines 1 à 7 dans le groupe Zyban par rapport au groupe placebo. La prise de poids à la semaine 7 était significativement réduite dans le groupe Zyban par rapport au groupe placebo. Cette différence n'a pas été retrouvée à la semaine 26. Les facteurs prédictifs d'abstinence à court terme (semaines 4-7) étaient le traitement par Zyban, un faible score de Fagerström et un score de motivation élevé (Q-MAT). Les facteurs prédictifs d'abstinence à long terme (semaines 4-26) étaient le traitement par Zyban, la durée cumulative des tentatives antérieures d'arrêt du tabac, le sexe masculin, et un faible niveau de problèmes d'alcool. Aucune interaction entre le traitement et les autres facteurs prédictifs d'arrêt n'a été trouvée. En particulier, les scores de dépendance à la nicotine ou de motivation ne permettaient pas de prédire l'efficacité du Zyban. En conclusion, nous avons bien confirmé l'efficacité du Zyban sur l'abstinence continue à court et long terme, sur l'envie compulsive de fumer et sur la prévention de la prise de poids (à court terme). Nous n'avons pas trouvé de profil socio-démographique prédictif de l'efficacité du Zyban. En particulier, le Zyban est aussi efficace quels que soient l'intensité de la dépendance tabagique, la motivation à l'arrêt et le sexe.

Auteurs associés : Pr François Lebargy, Dr Ivan Berlin, Dr Claude Bidaut-Mazel, Mme Chemali-Hudry, Pr Gilbert Lagrue, Dr Véronique Peim-Boujenah

Dépression & Tabac: des relations complexes

Dr Ph Courtet Université Montpellier I p-courtet@chu-montpellier.fr

Le tabagisme représente un important problème de santé publique. Sa morbidité et sa mortalité sont élevées tant pour le fumeur que pour son entourage. Seul son arrêt total et définitif permet de réduire de manière notable et parfois rapide les risques sanitaires. Or, tout type de thérapeutique confondu, l'abstinence à un an ne dépasse pas 30%. La dépendance nicotinique reste le principal obstacle au sevrage. Il est ainsi estimé que 80% environ des fumeurs sont dépendants. Un ensemble d'arguments suggère qu'une meilleure compréhension physiopathologique des conduites tabagiques devrait permettre de définir les meilleures stratégies thérapeutiques, ceci en tenant compte des spécificités individuelles de chaque patient. En effet, les fumeurs apparaissent comme une population hétérogène quant aux différents déterminants impliqués dans l'initiation et le maintien de la dépendance. Il est désormais établi que des facteurs psychopathologiques et génétiques sont notamment impliqués.

Sur le plan psychopathologique, les liens entre dépression et tabagisme et dépendance nicotinique sont bien établis désormais. Les fumeurs présentent une histoire de dépression plus fréquente, et les patients ayant une histoire de dépression ont plus de dépendance tabagique actuelle ou passée. De plus, il semble que l'existence d'antécédents dépressifs augmente le risque de présenter des symptômes dépressifs, voire une authentique dépression, au sevrage de nicotine, limite importante à l'obtention de l'abstinence. Plus récemment, des arguments apparaissent pour suggérer qu'il existe un lien contemporain entre consommation de tabac et conduites suicidaires, indépendamment de l'effet de la dépression.

Sur le plan psychologique, une association a été montrée entre le tabagisme et le neuroticisme, un trait de personnalité caractérisé par une tendance générale à ressentir des affects négatifs face au stress. D'autre part, de nombreuses données épidémiologiques et cliniques soulignent la forte association entre tabagisme et dépression. En outre, l'implication de facteurs génétiques dans la dépendance tabagique est maintenant établie. Deux études récentes ont en effet rapporté un effet d'interaction entre le gène du transporteur de la sérotonine et le neuroticisme dans la dépendance tabagique, facteurs par ailleurs associés entre eux.

En conclusion, une relation tri-variée dépendance tabagique, facteurs génétiques, psychopathologie est ainsi évoquée.

Enfin, nous commenterons les données de la littérature concernant l'effet des antidépresseurs dans le sevrage tabagique.

LES VACCINS CONTRE LA NICOTINE

JACQUES LE HOUEZEC.

Amzer Glas, Rennes (jacques.lehouezec@amzer-glas.com).

Parmi les nouveaux produits en développement pour l'arrêt du tabac, figure un tout nouveau concept ; le vaccin contre la nicotine. Ce concept a été à l'origine développé pour la cocaïne, en particuliers par des équipes du NIDA (National Institute on Drug Abuse). Plusieurs équipes travaillent sur un projet de vaccin contre la nicotine aux USA et en Europe. Les études pré-cliniques (chez le Rat) ont principalement été publiées par le groupe américain Nabi. Depuis deux ou trois ans, les premières données cliniques (essais de phase 1 et 2) sont régulièrement présentées lors des congrès internationaux (en particuliers ceux de la Society for Research on Nicotine and Tobacco).

Le principe du vaccin réside dans le fait de capturer la nicotine dans le sang périphérique grâce à des anti-corps, et de l'empêcher d'atteindre le cerveau et d'agir sur les récepteurs nicotiques sur lesquels elle agit pour créer et entretenir la dépendance au tabac. La nicotine est une molécule trop petite pour être la cible du système immunitaire, il faut donc la conjuguer à une protéine porteuse (carrier) pour la rendre immunogène. L'immunisation d'animaux avec un conjugué de nicotine est employée depuis longtemps pour produire des anti-corps anti-nicotine spécifique pour les dosages immunologiques de nicotine. Pour amplifier la réponse immunitaire, un adjuvant est ajouté au vaccin (alun). Malgré cela, la réponse immunitaire est très variable d'un individu à l'autre, et la quantité d'anti-corps produite peut être relativement modeste. Afin de maintenir une réponse suffisante, il faut alors recourir à des injections de rappel.

Le problème majeur du vaccin anti-nicotine est d'agir très rapidement pour capturer la nicotine avant qu'elle n'atteigne le cerveau. En effet, l'inhalation de la fumée de tabac fait que la nicotine est absorbée très rapidement dans le sang artériel (à des doses beaucoup plus élevées qu'au niveau veineux) et atteint le cerveau en 10 à 20 secondes. Afin de réduire l'effet renforçateur de la nicotine, il faut que celle-ci se lie très rapidement aux anti-corps afin de réduire au maximum la quantité de nicotine atteignant le cerveau. Des études chez le Rat ont montré que des animaux immunisés (niveau d'anti-corps entre 0,1 et 0,2 g/L, niveaux potentiellement atteignables chez l'Homme), présentaient des modifications de la pharmacocinétique

de la nicotine (ralentie) et une réduction des effets comportementaux et cardiovasculaires (Pentel et coll., Pharmacol Biochem Behav, 2000; 65 : 191-198). Cependant, la dose administrée par voie intraveineuse, correspondant à l'équivalent de 2 cigarettes, ne bloquait que 64% de la nicotine atteignant le cerveau. Les près de 40% restant posent donc un problème quant à l'efficacité potentielle du vaccin chez l'Homme. C'est pourquoi la communauté scientifique attendait avec impatience les résultats cliniques.

Deux équipes, Nabi aux USA et Cytos en Suisse, viennent de présenter des résultats cliniques de phase 2 (permettant d'évaluer le degré d'immunisation atteint, la tolérance, la possibilité d'un sevrage induit, la compensation et l'efficacité potentielle). L'étude américaine, présentée au congrès SRNT de Prague, a été réalisée sur 68 fumeurs (sans intention particulière d'arrêt et sans incitation à le faire), en testant 3 doses (50, 100 et 200 µg) injectées à 4 reprises (J0, J28, J56, J182), avec un suivi de 9 mois. La réponse immunitaire est clairement dose-dépendante et réactivée par la dernière dose. La tolérance semble bonne, sans effet sur les symptômes de sevrage ou la compensation (CO réduit de façon dose-dépendante). Au bout des 9 mois, 33% des fumeurs ayant reçu la dose la plus forte (200 µg) avaient arrêté depuis au moins 30 jours, par rapport à 9% dans le groupe placebo (sans aucun suivi comportemental ou psychologique). L'étude suisse, présentée au congrès de l'ASCO en Floride, a été réalisée sur 341 fumeurs qui ont reçu un soutien pour l'arrêt du tabac, afin de maintenir une abstinence continue entre la 8^{ème} et la 24^{ème} semaine. Plusieurs doses ont été injectées à 5 reprises sur 4 mois. Une analyse en intention de traiter (tous les sujets) n'a pas donné de résultats significatifs. Une seconde analyse a été réalisée sur 239 fumeurs s'étant abstenus de prendre des substituts nicotiniques. La réponse immunitaire était très variable, mais ceux présentant la réponse la plus forte, étaient ceux qui avaient le plus de chance de rester abstinents. En fin d'essai, 57% (N = 30 / 53) des fumeurs ayant reçu le vaccin et présentant la plus forte réponse immunitaire, contre 31% (N = 25 / 80) des fumeurs ayant reçu le placebo avaient arrêté pendant 6 mois.

Ces récentes données semblent prometteuses, mais ne lèvent pas totalement les doutes d'une application à moyen terme dans ce domaine. En particuliers, il convient de savoir dans quel but ce vaccin sera mis sur le marché. Il y a 3 possibilités : 1) vacciner des fumeurs désirant arrêter de fumer ; 2) vacciner des ex-fumeurs

souhaitant éviter le piège de la rechute ; 3) vacciner les adolescents pour éviter qu'ils ne commencent à fumer.

Les Substituts Nicotiniques : de la théorie à la pratique

Gilbert Lagrue

L'utilisation de la médecine basée sur des preuves (Evidence Based Medicine - EBM), a introduit le rationnel et le scientifique dans la décision médicale, pour démontrer l'action de telle ou telle molécule ou stratégie thérapeutique.

Mais ces notions doivent ensuite être confrontées à la pratique quotidienne, qui diffère souvent des conditions très strictes et toujours étroites de l'essai thérapeutique. L'expérience clinique de terrain doit bien évidemment tenir compte de ces données de base, mais elle doit les appliquer aux caractéristiques de chaque consultant. Les observations recueillies pourront également suggérer de nouvelles orientations, qui devront ensuite être soumises à un essai thérapeutique contrôlé.

C'est là la contrainte et la mission de la pratique clinique quotidienne. L'histoire des substituts nicotiniques (SN) illustre très bien ces difficultés.

Données classiques tirées de l'EBM

L'efficacité des SN dans l'aide à l'arrêt du tabac a été bien démontrée dans de très nombreuses études depuis maintenant près de 20 ans. Les méta-analyses des études comportant une posologie et une durée standardisées, ont établi les faits suivants :

- à la fin d'un traitement de 2 à 3 mois, le pourcentage d'abstinences obtenues est de 2 à 3 fois supérieur au groupe placebo ; mais il est seulement de 20 à 50 % selon le type de population recrutée.
- à 1 an, le pourcentage de succès diminue exponentiellement, pour n'être plus que de 10 à 20 %, mais il reste le double de celui du placebo.
- les résultats sont comparables pour les diverses formes galéniques.

Comment améliorer ces résultats ?

1° - une prise en charge psychologique structurée (TCC) permet pratiquement de doubler à 3 mois et à 6 mois le pourcentage de succès.

2° - l'adaptation posologique et la durée du traitement font l'objet de nombreux travaux ; les résultats des études contrôlées concernant une posologie plus élevée et une durée plus longue, ont fourni des résultats discordants. Mais l'expérience clinique quotidienne des Tabacologues s'inscrit en faveur de doses plus élevées et de traitements plus prolongés, dans certains cas.

3 ° - l'intérêt de l'association de système transdermique (ST) et de substituts oraux (SO) a été maintenant démontré, et elle est d'ailleurs confirmée par l'AMM et les recommandations de l'AFSSAPS. Elle permet indiscutablement d'adapter les apports nicotiques en fonction de l'intensité de la dépendance, et surtout des divers événements extérieurs.

4° - la contre-indication des maladies vasculaires est maintenant levée ; le problème de la grossesse reste encore en débat, malgré tous les arguments pour l'emploi de la nicotine, en particulier sous forme orale.

5° - la réduction du risque grâce au SN constitue le progrès essentiel de ces dernières années, malgré certaines réticences initiales auxquelles l'expérience a permis de répondre :

- la diminution du nombre de cigarettes associée à une compensation de SO, s'accompagne d'une réduction des apports toxiques, comme le montre l'évolution du CO dans l'air expiré ;
- elle s'accompagne également d'une réduction de la gravité des complications démontrée pour les BPCO et les artérites des membres inférieurs) ;
- elle n'est pas un obstacle à un sevrage ultérieur ; bien au contraire, elle constitue une étape vers l'arrêt.

Cette stratégie doit être réservée aux « victimes du tabac » qui doivent arrêter, mais qui n'ont pas encore la motivation suffisante pour un arrêt brutal et total.

Aspects pratiques

Les systèmes transdermiques (ST) : plusieurs formes galéniques existent, qui permettent le choix selon les circonstances. Le débat, timbre sur 24 heures ou timbre sur 16 heures est un faux débat : les sujets les plus dépendants ont besoin de la nicotine dès le réveil pour éviter le manque du matin.

Les substituts oraux (SO) : les progrès ont été considérables dans la présentation (gomme de texture différente, comprimé, pastille, inhalateur), et surtout en offrant le

choix de plusieurs goûts, gage d'une meilleure tolérance. Dans notre pratique, nous proposons systématiquement de tester les différentes formes de SO. Certains sujets vont utiliser ces SO pendant de longues années : tout se passe comme s'ils restaient dépendants à la nicotine, sous une forme autre que le tabac. Le bénéfice est certain, car ils n'ont plus le risque de la fumée de tabac. Notre expérience personnelle sur 10 ans et plus nous permet de vérifier que la tolérance vasculaire est bonne.

Varenicline, agoniste partiel des récepteurs nicotiques, une nouvelle aide médicamenteuse au sevrage tabagique

Ivan Berlin, GHU Pitié-Salpêtrière, Paris

La varénicline appartient à une nouvelle classe thérapeutique: c'est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cholinergiques. Il se lie avec une haute affinité et spécificité aux récepteurs $\alpha 4\beta 2$. Par son effet agoniste, la varénicline pourrait réduire les symptômes de sevrage à l'arrêt du tabac ; par son effet antagoniste, elle pourrait diminuer l'effet renforçateur (récompense, satisfaction) de la nicotine ou du tabac.

Une première étude de phase II a comparé sur 7 semaines, chez des fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour (cig/j), l'efficacité et la tolérance de 3 doses de varenicline (0.3 mg une fois par jour, 1 mg une ou deux fois par jour) à un placebo, et au bupropion, 150 mg , 2 fois par jour. Au total 638 sujets ont été randomisés en cinq groupes. Le critère principal était le taux d'abstinence complète sur 4 semaines consécutives quelle que soit la période. Ces taux ont été significativement supérieur au placebo pour les groupes varénicline 1 mg , une ou deux prises par jour et pour le groupe bupropion avec des taux respectifs de 37,3% , 48 % , 33,3 % versus 17,1 % pour le placebo.

Une autre étude de phase II, randomisée, en double aveugle, effectuée chez des sujets fumeurs de plus de 10 cig/ jour a comparé sur 12 semaines l'efficacité et la tolérance de deux doses avec et sans titration de 0,5 mg et 1 mg deux fois par jour de varénicline à un placebo. Au total 647 sujets ont été randomisés en cinq groupes. Le critère principal était le taux d'arrêt total du tabac (pas une bouffée de cigarette) confirmé par le taux de CO expiré sur une période consécutive de 4 semaines (semaines (S) 4-7 et semaines 9-12). Les sujets étaient considérés comme répondeurs s'ils n'avaient pas fumé durant cette période et si leur taux de CO expiré était ≤ 10 ppm.

Les résultats poolés des groupes titration / non titration, montrent un taux de répondeurs (S9-S12) pour les groupes varénicline significativement supérieur au

placebo ($p < 0,0001$) de respectivement 45,1 % pour le 0,5 mg ; 50,6% pour le 1 mg et 12,4% sous placebo. Les différences versus placebo sont de même amplitude si l'on effectue des comparaisons séparées titration /non titration.

Dans ces études la tolérance de la varenicline a été bonne, les effets les plus fréquemment rencontrés sont d'ordre digestif à type de nausées, le plus souvent légères ou modérées et n'entraînant que rarement l'arrêt de l'étude.

Le programme d'études de phase III est actuellement en cours.

La politique française de lutte contre le Tabagisme :

Le point de vue du Tabacologue de terrain

G. Lagrue – A.L. Le Faou

Les conséquences majeures du tabagisme sur la santé ont été progressivement démontrées depuis les années 1950. En France, le nombre de morts attribuables au tabagisme est près de 70.000 par an en ces premières années 2000, soit 15 % de la mortalité globale. Le coût médico-social est très important, plus élevé que les recettes fiscales de 11,6 milliards d'euros .

La lutte contre le tabagisme est donc un objectif majeur de Santé Publique et on ne peut que se réjouir des prises de position officielles. « Guerre au tabac » a déclaré le Président de la République en février 2003. Un an plus tard, en juin 2004, le Ministre de la Santé a publié un communiqué triomphal : « Une offensive victorieuse pour la Santé Publique ! La tendance à la baisse des ventes de cigarettes qui avait commencé dès 2002, s'est poursuivie ensuite avec une chute de 13,5 % en 2003. Sur le 1^{er} trimestre 2004, la chute des ventes s'est considérablement accentuée, avec une diminution supplémentaire de près de 25%. La prévalence du tabagisme dans la population a diminué de 12 % en 2003 par rapport à 1999. Au cours de l'année 2003 un nombre important de fumeurs semble avoir réussi un sevrage (9,2 % en 1999 – 14,2 % en 2003) ».

Ces données ne peuvent pas être admises sans réserves.

✓ La réduction des chiffres de vente des cigarettes ne reflète pas la consommation réelle. L'élévation importante des prix en 2002-2003 a eu deux conséquences :

- Le transfert de la consommation vers les cigarillos et le scaferlati, dont les ventes ont augmentées respectivement de 8 et 12 % de 2002 à 2004. Même en tenant compte des équivalences (un cigarillo correspond à deux cigarettes et un

gramme de scaferlati à deux « roulées »), cela représente déjà une compensation partielle.

- Le transfert des achats vers des cigarettes de contrebande dans une proportion par définition impossible à déterminer (3 % selon les douanes ?) et vers les achats transfrontaliers, comme le montre la baisse très importante des ventes dans les départements des frontières du nord, de l'est et du sud-ouest de la France.

✓ Même si la consommation a diminué réellement, il n'y a pas une réduction parallèle des risques.

- Les fumeurs compensent par une inhalation beaucoup plus profonde, avec des mégots plus courts, une pause en inspiration plus longue ; ils continuent ainsi à absorber la quantité de nicotine dont ils ont besoin, mais aussi tous les toxiques de la fumée de tabac.

- Les risques liés aux cigarillos et aux cigarettes roulées sont plus grands en raison de l'absence de filtre ou de filtre de qualité médiocre et d'une inhalation plus importante.

✓ L'augmentation des ventes de substituts nicotiques, ne permet pas de conclure à une diminution du nombre de fumeurs. Il est totalement irréaliste de déclarer : « La proportion de sevrage de l'année écoulée a été de 14 % en 2003 ». Tous les tabacologues de terrain savent bien que chaque tentative d'arrêt est loin d'aboutir toujours à une abstinence prolongée, surtout en l'absence d'évaluation de la dépendance, du suivi et de l'accompagnement indispensables : les rechutes sont alors la règle.

✓ Enfin la diminution du nombre des fumeurs ne traduit pas une amélioration proportionnelle des risques de Santé Publique. En effet, la population des fumeurs est très hétérogène ; près de la moitié d'entre eux fument 10 cigarettes /jour ou moins et ne sont que peu ou pas dépendants, ils arrêtent facilement dès qu'ils sont motivés à le faire ; les autres sont dépendants ; 25 à 30 % des fumeurs ont une forte dépendance et consomment 20 cigarettes/ jour et plus. Cette notion est confirmée par les données de l'enquête INPES-BVA de 2003 : 52 % disent fumer par besoin, 36 % prennent leur première cigarette suivant le réveil, ce qui est le symptôme d'une forte dépendance ; les chiffres sont supérieurs à ceux connus dans les données épidémiologiques antérieures.

- ✓ Dans les principales complications du tabagisme, le risque est directement corrélé à sa précocité, à sa durée et à son importance : 80 % de l'ensemble des complications liées au tabac vont survenir chez les 30 % de fumeurs très dépendants. Les différentes mesures mises en place ces dernières années dans la lutte contre le tabagisme ont eu un effet réel ; en inversant l'image de la cigarette dans la société, elles ont contribué à prévenir l'installation du tabagisme chez l'adolescent et à motiver certains fumeurs à une tentative d'arrêt. Mais il s'est constitué progressivement un « noyau dur » de fumeurs à forte consommation, peu sensibles aux informations sanitaires et aux augmentations de prix ; ils seront les victimes de ces vingt prochaines années.
- ✓ Les chiffres des enquêtes en population générale ne constituent pas un reflet fiable de la réalité du tabagisme. L'enquête INPES-BVA de fin 2003 indique pour les 45 millions de Français de 15 à 75 ans, une prévalence de 30 % de fumeurs consommant en moyenne 11,6 cigarettes/jour, soit 57 milliards de cigarettes par an. Or les chiffres de ventes, qui sous-estiment la consommation réelle, sont en 2003 de 87 milliards en équivalents-cigarettes, en tenant compte des roulées et des cigarillos. Il y a donc un écart d'au moins 30 milliards entre les chiffres officiels des ventes, et ceux de la consommation déclarée ! Deux explications possibles à cette différence :
 - le nombre de fumeurs et leur consommation sont plus ou moins volontairement sous estimés ;
 - l'existence de groupes échappant en grande partie à ces enquêtes téléphoniques : les schizophrènes (1 % de la population), les troubles dépressifs graves et les 2 millions d'alcoolodépendants, soit 3,5 à 4 millions de sujets dont 80 % ont un tabagisme très important.

En terme de Santé Publique, il est donc nécessaire d'évaluer le nombre global de fumeurs avec des statistiques fiables, et surtout le pourcentage de fumeurs dépendants et à forte consommation. Pour agir sur ce « noyau dur », il faut développer les actions d'aide à l'arrêt, d'une part en formant les médecins généralistes qui, jusqu'alors n'avaient pas reçu cet enseignement lors de leurs études, d'autre part en augmentant le nombre de centres spécialisés. Dans le budget 2003, Action contre le tabagisme du Plan Cancer, sur 50 millions d'euros, moins de 10 % sont attribués à la tabacologie de soins et de recherche. Grâce au plan

Kouchner, il y a actuellement environ 500 consultations spécialisées en France, avec une moyenne de 3 vacations hebdomadaires : cela ne couvre qu'en faible partie les besoins pour l'aide à l'arrêt du tabac des fumeurs les plus dépendants.

Dans ces deux dernières décennies les progrès réalisés ont permis une meilleure prise en charge des fumeurs dépendants. Mais au mieux on obtient 20 à 40 % de succès à un an ! Que dirait-on s'il en était de même pour l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie ? La recherche doit donc être soutenue dans deux directions :

- la recherche clinique, en particulier pour l'étude des troubles psychologiques dont le rôle est majeur dans les dépendances tabagiques les plus importantes ;
- la recherche biologique, pour mieux connaître la neurobiologie de la dépendance tabagique. Il y a en France des équipes prestigieuses, celles de J.P.Changeux, M. Le Moal, B. Roques et autres... mais elles ne reçoivent pas les subventions suffisantes.

Pour gagner la guerre contre le tabac, il faut poursuivre les actions générales, mais des mesures complémentaires sont indispensables concernant les soins et la recherche. Elles devraient être mises en place rapidement pour ne pas rester dans une situation de "**non-assistance à personnes en danger**".

Prévention et changement comportemental : approches psychosociales

Valérie Fointiat et Robert-Vincent Joule

Laboratoire de Psychologie Sociale (Université de Provence)

Pris dans leur ensemble, les travaux réalisés par les psychologues sociaux nous incitent à nous interroger sur les conditions d'optimalité des campagnes de prévention. Ces campagnes reposent pour la plupart sur le présupposé suivant : les comportements découlant logiquement des idées, il suffit de changer les idées pour changer les comportements. D'un point de vue pratique, il convient donc avant tout de mieux informer et de mieux argumenter. Malheureusement, si l'information et l'argumentation sont bien nécessaires, elles ne sont pas suffisantes, car il ne suffit pas d'avoir les *bonnes idées* pour avoir les *bons comportements*. A titre d'exemple : on peut être parfaitement convaincu de la nécessité de donner son sang et ne jamais le faire. Si nous ne franchissons pas le pas ce n'est certainement pas parce que nous n'avons pas les *bonnes idées* dans notre tête. Nous savons que ce don ne représente aucun risque pour notre propre santé et nous savons surtout qu'il peut sauver des vies. D'ailleurs, nous sentons bien qu'il suffirait de « peu de chose » pour que nous passions, un jour ou l'autre, des bonnes idées aux actes.

Depuis soixante ans au moins les psychologues sociaux ont fait de ce « peu de chose » un passionnant objet d'étude, si bien qu'on dispose aujourd'hui de tout un savoir scientifique sur lequel qui veut favoriser le passage à l'acte peut s'appuyer (Joule et Beauvois, 2002).

C'est ce savoir que nous souhaiterions partager. Les recherches sur le pied-dans-la-porte – et de façon plus générale les recherches réalisées dans le paradigme de la soumission librement consentie (Joule et Beauvois, 1998) - montrent, par exemple, qu'on a plus de chance d'être entendu lorsque les arguments que l'on avance, ou lorsque les informations que l'on diffuse, ont été précédé(e)s de l'obtention d'un comportement préalable (dit « comportement préparatoire »). Aussi, de notre point de vue, en matière de prévention, si les bonnes questions à se poser restent : quelles sont les bonnes informations à transmettre, quels sont les bons arguments à mettre en avant ? Il s'en rajoute une autre : quel(s) acte(s) préparatoire(s) doit-on

obtenir de la part des récepteurs ? En nous appuyant sur des travaux expérimentaux qui relèvent de la psychologie de l'engagement (Kiesler, 1971), nous nous efforcerons de montrer l'intérêt qu'il y a selon nous (cf. notamment : Joule, Py et Bernard, 2004) à passer d'un schéma de communication classique (« qui dit quoi à qui ? ») à un schéma de communication engageante (« qui dit quoi à qui *en lui faisant faire quoi ?*») et, en l'occurrence, à passer d'une action de prévention classique à une action de « prévention engageante ».

Bibliographie

Kiesler, C.A. (1971). *The psychology of commitment. Experiments linking behavior to belief.*

New York : Academic Press.

Joule, R.V et Beauvois, J.L (2002). *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens.* Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Joule, R.V et Beauvois, J.L (1998). *La soumission librement consentie : Comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ?* Paris : Presses Universitaires de France.

Joule, R. V., Py, J. & Bernard F. (2004). Qui dit quoi, à qui, en lui faisant faire quoi ? Vers une communication engageante. Dans M. Bromberg et A. Trognon (Eds.). *Psychologie sociale et communication.* Paris : Dunod, 205-218.

Promouvoir l'image d'une femme non-fumeuse.

Dr Maurice Miray

Dès son apparition sur le sol Européen et quelques fut son mode de consommation, le tabac a de tout temps été combattu. Force est de constater que ces combats, passés et présents, furent de piètre efficacité: le tabagisme est toujours présent, en bonne santé, plein d'avenir !

Il me paraît urgent de le reconnaître, de l'accepter, d'en tirer des conséquences.

De nombreuses actions moins rassurantes qu'il n'y paraît :

Par méconnaissance du rôle des émotions nos messages sanitaires ou de peur ont de tout temps incités bon nombre d'adolescents à devenir fumeurs.

Par méconnaissance du puissant pouvoir réactionnel des cigarettiers nous commençons à comprendre comment ces derniers ont depuis longtemps contré lois et actions. Notamment à faire, durant des années, de la loi Evin une loi iatrogène.

Par méconnaissance des stratégies commerciales des cigarettiers l'avenir du tabagisme mondial a de beaux jours devant lui : un milliard cent millions de fumeurs de par le monde hier, un milliard cinq cents millions demain !

Par méconnaissance de l'effet pervers de l'augmentation du prix des cigarettes nous commençons à découvrir ses néfastes mais prévisibles dégâts collatéraux :

- aggravation de la précarité des gros fumeurs les plus démunis,
- transfert vers d'autres produit du tabac : tabac à rouler, petits cigares, réutilisation des mégots ...
- fait beaucoup plus grave, transfert de nombreux ados vers d'autres produits, comme le cannabis, qu'il faut considérer comme une extension de gamme du tabagisme.

Enfin par méconnaissance des motivations d'entrée en tabagie, nous assistons impuissants, à une impressionnante remontée du tabagisme des adolescentes anglaises, comme nous le montre l'étude de l'université de Leeds. Avec pour motivation : ne pas grossir. Ce constat a de quoi nous inquiéter compte tenu de l'explosion prévue de l'obésité.

Comprendre la révolution marketing des cigarettiers des années 50 :

1^{ère} étape: naissance de la cigarette. Cours d'Espagne, champs de guerre: de Crimée, de Sécession.

2^{ème} étape: développement de la cigarette. A partir de 1911, suite au démantèlement de l'american tobacco company. Explosion des marques, concurrences techniques et commerciales acharnées. Prédominance de la stratégie « push ». Basée sur l'utilisation préférentielle des 3 premiers P de la règle des 4 P : produit, placement, prix. On pousse le produit vers le consommateur.

3^{ème} étape: les années noires des cigarettiers. Des publications médicales de plus en plus nombreuses accusent le tabac d'être responsable des cancers du poumon.

4^{ème} étape: la révolution marketing des cigarettiers. Trois faits essentiels :

- le bout filtre, 1952.
- le piège aux médecins : faites la preuve scientifique de vos affirmations. Batailles d'experts qui durèrent jusqu'en 1964 : reconnaissance officielle par le surgeon general d'une relation causale entre fumée de cigarette inhalée et cancer du poumon.
- mise en place de la stratégie « pull ». Mettre un hameçon psychologique sur la cigarette et faire ainsi tirer le produit par le consommateur. Stratégie basée sur la promotion.

Les principaux outils actuellement utilisés pour la promotion.

Publicité de produit, publicité de marques, P.L.V., R.P., lobbying, mécénat.

Les dangers de la promotion de la femme non-fumeuse :

Investir le terrain de la promotion occupé par les cigarettiers depuis plus de 80 ans risque de nous faire commettre bons nombres d'erreurs.

Comment promouvoir l'image d'une femme fumeuse sans parler de la cigarette ?

Vouloir les contrer sur ce domaine, nous risquons rapidement, comme pour la loi Evin, d'être subtilement diabolisés. Une fois de plus devenir à notre insu iatrogènes.

Que faire des images passées, de femmes fumeuses, sans tomber dans le ridicule "syndrome J.P. Sartre" ?

Comment agir ou réagir aux articles de journalistes traitant du tabac d'une façon que nous pouvons certes regretter, sans tomber dans des attitudes aussi absurdes que celles qui suivirent un article de courrier international ?

Que faire maintenant pour sortir de cette affligeante caricature de « tabacophobes » ? Conséquence d'une dissonance émotionnelle induite par des tabacologues stupides interdicateurs. Rendant maintenant difficile le contact avec certains journalistes.

Comment combler nos dramatiques lacunes sur la forme des messages pour promouvoir enfin efficacement ?

Comment rapidement combler notre retard sur la mécanique des émotions et du rapport besoins désirs pour créer sur le fond des messages sans être contre-productifs ?

Que faire, comment s'y prendre pour changer mentalités et comportements :

Rappel de l'importance des désirs : « on ne pourra faire avancer l'humanité qu'en s'appuyant sur ses désirs » E. Dichter.

Rappel de la mécanique besoins désirs, de sa parfaite maîtrise par les cigarettiers. Notamment de l'utilisation des besoins obsessionnels universels constants : les BOUC.

Pour nous situation identique, trouver le bon BOUC. Afin de créer une répulsion affective pour provoquer un désir puissant à ne pas être ou plus être une femme fumeuse.

Devenir des casseurs de catalyseur d'identité !

Intérêt ; stratégies transposables sur d'autres produits.

Conclusion :

Etudions la révolution marketing des cigarettiers des années 50. Non seulement nous y trouverons les outils utilisés pour piéger nos ados. Mais nous y trouveront des moyens nouveaux de lutte infiniment plus efficaces que ceux proposés jusqu'à présent. Moyens que nous pourrons transposer dans d'autres pays, sur d'autres produits.

Le concours Classes Non-Fumeurs

Jean-François ETTER

Dr sci. pol., privat docent, maître d'enseignement et de recherche

Institut de medecine sociale et preventive, Faculte de medecine, Universite de Geneve

Il s'agit d'un concours dans lequel les classes d'école s'engagent à ne pas fumer. Les classes gagnantes reçoivent de l'argent. Plus de 25'000 classes y participent dans 15 pays européens. Dans de nombreux pays, il s'agit du plus important programme de prévention du tabagisme au niveau national. En Suisse, le statut de fumeur était vérifié jusqu'à 2004 par un prélèvement de salive. Nous présenterons une critique de ce concours portant sur 2 aspects: son efficacité n'est pas démontrée, et il pose des problèmes d'ordre éthique.

Le principe même de ce concours est de faire jouer la pression de la classe sur les enfants fumeurs. Cela pose problème, car les enfants fumeurs ne choisissent pas individuellement de participer au concours. De plus, les enfants fumeurs sont souvent les sujets les plus faibles, ils cumulent souvent les problèmes scolaires, psychologiques et familiaux. Il faudrait conduire des entretiens systématiques (et confidentiels) avec ces élèves (et pas seulement avec les enseignants), pour savoir comment ils ont ressenti le concours (baisse de l'estime de soi, pressions des camarades, honte, marginalisation et autres conséquences d'être déclaré "menteur" si le test de cotinine salivaire est positif, etc). Cela n'a pas été fait, ou du moins ces résultats n'ont pas été publiés.

Il existe à ce jour 3 études sur l'efficacité de ce concours publiées dans des journaux scientifiques (Crone 2003, Vartiainen 1996 et Wiborg 2002). Or, l'efficacité à moyen terme du concours sur le taux de fumeurs n'est pas démontrée de façon convaincante par ces 3 études. De plus, ces études ont porté sur le nombre de fumeurs, mais pas elles n'ont pas rapporté de résultats sur l'impact du concours sur les sujets qui fument et font échouer la classe.

Rappelons enfin qu'en général, les programmes destinés à éviter que les jeunes commencent à fumer sont peu ou pas efficaces, voir les 4 synthèses de la littérature

scientifique sur ce sujet (revues Cochrane), sur les programmes dans les écoles (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001293.htm>), sur les interventions dans la communauté (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001291.htm>), dans les médias (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001006.htm>) et sur l'interdiction de vente (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001497.htm>). On doit se rendre à l'évidence: les approches de prévention destinées aux jeunes sont peu ou pas efficaces, dans une société où les cigarettes sont omniprésentes et où les parents, les enseignants et les vedettes fument trop souvent. Nous discuterons des conséquences de ces constatations.

Références:

- Vartiainen E, Saukko A, Paavola M, Vertio H. No smoking class competition in Finland: their value in delaying the onset of smoking in adolescence. *Health Promotion International*. 1996;11(3):189-92.
- Crone et al. Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:675-80
- Wiborg G, Hanewinkel R. Effectiveness of the "Smoke-Free Class Competition" in delaying the onset of smoking in adolescence. *Preventive Medicine*. 2002 Sep;35(3):241-9.

SPECIALITES D'ORIGINE DES TABACOLOGUES FRANÇAIS : Résultats d'une enquête nationale 2005

Docteur François LETOURMY Unité de Coordination de Tabacologie CHU
TOULOUSE letourmy.f@chu-toulouse.fr

La première tentative d'analyse exhaustive des données d'inscription aux 5 Diplômes Inter Universitaire de Tabacologie présents en France n'a pas été possible à ce jour. La multiplicité des Facultés pour chaque Diplôme, la dispersion, voire l'absence de secrétariat universitaire ont rendu cette recherche incomplète.

Alors que les demandes d'inscription à ces diplômes ne cessent de croître de la part de l'ensemble des professionnels de santé, témoignant du caractère pluridisciplinaire de la tabacologie et de l'importance des besoins dans l'aide à l'arrêt du tabac, les moyens nécessaires sont dérisoires, marginaux au regard des enjeux de santé publique que constitue la tabacologie.

Le diplôme de tabacologie n'est que depuis peu reconnu par l'Ordre National des Médecins, tout récemment présent dans l'annuaire téléphonique, ce diplôme ne donne aucun droit au regard du système de la sécurité Sociale , ce qui pénalise le développement de la pratique tabacologique par les différents professionnels de santé formés. Cette non-reconnaissance actuelle va de pair avec l'absence de la reconnaissance de la prévention, l'aide à l'arrêt du tabac pouvant être considérée comme une prévention tertiaire.

Nous présentons les données concernant 3 des 5 diplômes, en analysant les évolutions sur les 3 dernières années uniquement.

Plusieurs régions françaises n'ont pas encore de DIU de tabacologie ; notamment les régions PACA-Corse et Nord Pas de Calais.

La proportion de médecins formés, initialement forte, diminue au profit des infirmières, des sages-femmes, des psychologues, ... Plusieurs spécialités médicales ont une existence confidentielle dans cet enseignement de la tabacologie, en particulier la gynécologie obstétrique et la cardiologie

Si le contenu des DIU de tabacologie est analogue, les modalités d'enseignement, de stage, de mémoire, d'examens sont très variés. Depuis trois ans, les responsables pédagogiques de ces DIU se concertent régulièrement.

Introduction aux thérapies comportementales et cognitives

AM Clauzel, I Clauzel, Ph Guichenez

Le terme de thérapies comportementales et cognitives correspond à une approche psychothérapique fondée sur les théories de l'apprentissage et du traitement de l'information.


Connues depuis les années 60, la maturation de ce concept a été longue... En effet, les premiers écrits sur le Qi Chong, datant du 5ème siècle av.JC, mentionnent qu'il est possible de modifier un comportement par une image relaxante incompatible avec le comportement initial. Wolpe développera en 1975 la théorie de l'inhibition réciproque sur ce principe.

Marc Aurèle, quant à lui, dit « Si quelque chose te chagrine, ce n'est pas elle, mais le jugement que tu portes sur elle qui te trouble. Il ne tient qu'à toi d'effacer ce jugement de ton âme. C'est ta disposition propre qui te chagrine, qui t'empêche de rectifier ton destin ». Le concept de la relation entre pensées et émotions sera repris par Albert Ellis 1962.

Plus près de nous, à la fin du XIXème siècle, un courant philosophique introduit la notion d'inconscient et d'analyse psychologique : (Hartman (1868) dans « la philosophie de l'inconscient », Pierre Janet (1889) dans « l'automatisme psychologique : l'analyse psychologique des souvenirs traumatisants » et Sigmund Freud (1895) dans « 5 cas de psychanalyse »).

Tous les groupes en Europe ont à la fois travaillé sur les aspects comportementaux ou cognitifs. « *On réussit à guérir un patient seulement quand on peut par l'influence de l'analyse induire les agoraphobes à aller dans la rue et combattre leur anxiété* » S. Freud.

Alors qu'un groupe s'oriente vers la psychanalyse d'autres psychologues et analystes vont continuer leurs travaux expérimentaux dans plusieurs domaines :

 les cognitions : distorsions cognitives (Albert Ellis), traitement de l'information (Aaron Beck), schémas précoces inadaptés (Young)

renforcements du comportement, ce qui permet lors d'un sevrage de se rendre compte de l'efficacité d'un nouveau comportement.

Bandura propose un schéma où comportement, personne et environnement sont en constantes interactions ; on s'aperçoit ainsi que chaque comportement est anticipé selon des attentes de résultats et d'efficacité personnelle. Pour pérenniser le sevrage, il est fondamental de suivre ce modèle de façon à ce que le nouveau comportement de ne pas fumer soit valorisant et utile.

Fumer est un comportement, ne plus fumer en est un autre, voire plusieurs autres Voyons comment ces différents modèles s'appliquent en pratique ...

Le tabagisme est un comportement acquis à l'adolescence, période de la vie où se mettent en place les repères sociaux et personnels.

L'apprentissage initial fonctionne selon les modèles de Pavlov et de Skinner.

« *La sonnerie de la fin du cours retentit, je vois un élève de 4ème qui fume, j'allume une cigarette, je fais partie du groupe des aînés* ». Plus tard, le signal de fin de cours sera suffisant pour induire un besoin de cigarette. Ce comportement est renforcé rapidement par les conséquences positives que l'adolescent trouve à fumer (détente, convivialité ...) et par les conséquences déplaisantes ressenties s'il n'a pas de cigarette (manque ...).

Au cours des premières années de tabagisme, un ensemble complexe de signaux vont tisser des liens avec le tabac, la cigarette représente alors un élément naturel et immédiat de réponse à de nombreuses situations. Le tabagisme sera maintenu par les avantages personnels à fumer et les conséquences sociales se manifestant par les relations privilégiées avec les fumeurs « *tous mes amis sont fumeurs* », « *la cigarette c'est un lien de convivialité* »

En résumé, le comportement tabagique est progressivement appris, installé et maintenu selon le processus résumé dans le tableau I.

Schéma de l'apprentissage du tabagisme. Tableau I.

Le comportement est

a) Appris par Conditionnement Classique Pavlovien ou répondant : Déclenchement d'une réponse par association (Stimulus / Réponse)

- b) **Installé** par Conditionnement Opérant: Sélection d'une réponse par Renforcement
(Stimulus / Réponse / Conséquence positive ou négative / Renforcement)
(Skinner)
- c) **Maintenu** par Apprentissage social: Choix d'une réponse en fonction de l'observation (Stimulus / Réponse / Bénéfices / Attentes de résultats) (Bandura)

I.2. Principe du traitement de l'information

Selon J.COTTRAUX, l'organisme traite l'information (stimulus) en fonction de schémas acquis dans l'enfance par interaction entre les événements et le système nerveux central. Ces schémas sont inconscients et peuvent être activés par des émotions analogues à celles ressenties au moment ils ont été acquis. La notion de schéma permet d'aborder le problème de l'inconscient. La plupart des comportements humains sont automatiques tout comme l'est le traitement de l'information lui-même. Cependant, les schémas peuvent être mis en évidence par des méthodes issues de la neuropsychologie (mots à forte charge émotionnelle, recueil et analyse des pensées automatiques)

Pour simplifier, le tableau 2, représente une analogie avec les systèmes informatiques.

Traitement de l'information Tableau 2

MODELE COGNITIF	ANALOGIE INFORMATIQUE
Evénement stimulus	Entrée
Schéma cognitif (référence)	Mémoire centrale
Processus cognitif (modulation de l'information et distorsions cognitives)	Logiciel
Evénements cognitif (pensées automatiques et émotions)	Sortie
Comportement	Ecran/ imprimante

Tous les soirs, Pierre F. qui a très peu fumé de la journée, rentre chez lui et commence à fumer 2 à 3 cigarettes en voiture. Dans la soirée, il va consommer 10 à 15 cigarettes en 4 heures. Ce qu'il dit «*je n'ai rien à faire qui m'intéresse, je vais m'ennuyer comme tous les soirs, je suis toujours seul.*»

Les pensées automatiques se reconnaissent par leur caractère systématique. L'information est soumise à des distorsions cognitives (sorte de filtres) liées aux schémas selon des processus d'abstraction sélective, (focalisation sur un détail), de raisonnement dichotomique, de raisonnement émotionnelle (je sens...) d'inférence arbitraire, de conclusion sans preuve, de maximalisation/minimisation avec attribution majeure aux erreurs / mineure aux réussites, de personnalisation, de généralisation (extension d'un événement négatif) et de contraintes : (je dois, il faut...)

Devant la généralisation des pensées de Pierre F., on poursuit l'entretien et il dit «*si je suis seul, c'est que je n'ai aucun intérêt, pour avoir des amis, il faut avoir des intérêts communs* »

On perçoit alors le schéma de carence affective et le sentiment d'exclusion que l'on pourra explorer.

II. Applications de la TCC au sevrage

Après des années de tabagisme, 70 à 80 % des fumeurs envisage de changer de comportement, (58 % d'entre eux veulent réduire leur consommation, 28 % arrêter de fumer, 14 % changer de cigarettes pour une forme moins nocive, et 2 % changer simplement quelque chose). Ces résultats empiriques trouvent leur explication dans les travaux de Di Clemente et Prochaska

Si le stade de pré contemplation relève de l'information et du conseil minimum, la TCC devient utile aux stades suivants : pour développer les motivations, apprendre à résoudre les difficultés, mettre en place au quotidien les stratégies efficaces et prendre conscience des situations à risques de reprise du tabagisme.

II.1 Diagnostic du comportement problème : Analyse fonctionnelle

Si le dénominateur commun des fumeurs est de consommer régulièrement du tabac, le rôle de celui-ci dans leur équilibre varie d'un patient à l'autre. Il y a donc avantage à cerner cette relation individuelle et spécifique.

Que représente le tabac dans sa vie au quotidien ?

Le comportement problème est défini par une auto-observation et une à deux séances d'analyse fonctionnelle. L'analyse fonctionnelle représente l'étape diagnostique indispensable pour commencer un accompagnement du fumeur.

La plus simple permet de répondre aux questions suivantes :

- Ø Depuis combien de temps ?
- Ø Où ?
- Ø Quand ? (moment, situation...)
- Ø Comment ? (quantité, fumage, circonstances...)
- Ø Avec qui ?
- Ø Quelles sont les conséquences de ce comportement pour lui et pour l'entourage?
- Ø Quels sont les phénomènes qui augmentent la consommation?
- Ø Quels sont les phénomènes qui diminuent la consommation ?
- Ø Qu'est ce qui devient gênant dans le fait de fumer ?
- Ø Quelles sont ses craintes de la poursuite du tabagisme?
- Ø Quelles sont les craintes lors du sevrage

Une situation va déclencher en même temps une réponse (recherche de la cigarette) et des réponses couvertes (images, pensées, affects). A l'arrêt, le fumeur fait l'effort de ne pas allumer sa cigarette, mais que sait-on de ce qu'il pense et de ce qu'il ressent ? Or ce sont ces pensées et ces émotions qui vont faire la difficulté du sevrage.

Comment les faire apparaître ? En théorie, la grille d'analyse de A.Beck représente la meilleure approche.

C'est après ce diagnostic précis, que l'on traite le problème.

Il est important de souligner que le comportement tabagique est souvent le symptôme d'une pathologie sous-jacente de type anxieuse, addictive ou dépressive,

voire d'un trouble de personnalité la bipolarité par exemple). Cette composante est fréquente actuellement, notamment chez des patients qui ont plusieurs essais non réussis dans leur histoire.

L'analyse fonctionnelle et la clinique permettent de mieux comprendre les comportements, d'expliquer au patient les liens entre la cigarette et le trouble psychologique. Thérapeute et patient sont alors à même de choisir le trouble à traiter en premier.

II.2. Recherche de l'ambivalence : les avantages à fumer et les inconvénients à court et long terme

Les balances décisionnelles permettent au patient de se voir en tant que fumeur, de reconnaître les avantages et les inconvénients de leur tabagisme de même que les inconvénients et les avantages de stopper ce comportement.

II.3. Exploration des stratégies comportementales et cognitives capables de modifier le comportement tabagique et apprendre au patient à s'entraîner.

III. Comment revisiter le concept de rechute ou reprise de la cigarette à la lumière de la TCC.

Devenir ex-fumeur, s'accompagne de modifications de comportements à long terme. La plupart des consultants en tabacologie ont déjà derrière eux plusieurs essais d'arrêt suivi de reprises et ont tout tenté. Même les patients accompagnés par les TCCistes ne sont pas à l'abri d'un sevrage incomplet, car la meilleure analyse fonctionnelle reste très souvent en deça de la complexité des liens cigarettes-fumeur.

Il est donc vain de penser que toutes les éventualités aient été mises à jour et traitées.

Considérer les reprises de cigarettes comme des problèmes restées en suspens permet au fumeur comme au thérapeute de se remettre en question puis au travail comme on le ferait pour une ébauche inachevée. Nous (patient comme thérapeute) avons laissé passer des petites violations d'abstinence « *j'aime allumer la cigarette*

de mon copain de temps en temps ». Nous n'avons pas estimé à leur juste valeur des petites décisions apparemment sans rapport avec une prise de cigarette. « *je ne vais rester à la maison le soir de la fête de la musique, je descends sur la place avec mes copains* » ce qui somme toute paraît judicieux hormis le fait que cette jeune fumeuse en sevrage avait l'habitude de fumer avec eux. Que s'est-il passé ? L'erreur est de pas avoir travaillé par anticipation sur cette situation.

Enfin, les reprises de cigarettes sont liées à des co-addictions méconnues ou passées sous silence et comme parfois à des troubles de l'humeur que l'on n'a pas pris en charge.

IV. Conditions pour que la thérapie comportementale et cognitive fonctionne.

V1. L'attitude du thérapeute

Cette attitude est un pré requis indispensable à toute thérapie comportementale et cognitive !!! Abandonner son statut d'expert n'est pas chose simple, or, le TCCiste se met au même niveau que son patient, parfois même en position basse. Il a les techniques et les savoirs scientifiques ; le patient, lui, est la personne qui connaît le mieux son fonctionnement personnel avec le tabac. « Le thérapeute séance ce qu'il a découvert et appris. Toutes les hypothèses, objectifs et tâches à effectuer pilote et le patient qui commande » ; dans cette optique le thérapeute « suit le patient pour mieux le précéder ».

Ce travail repose sur une alliance thérapeutique basée sur une relation empathique, participative, active, chaleureuse et dans une neutralité bienveillante (a priori du dote positif) afin de réaliser un contrat collaboratif. Ainsi, il implique, bien sûr, que le thérapeute dispose non seulement d'hypothèses mais aussi des techniques adéquates mais également que le patient expérimente entre chaque sont discutés avec le patient.

V.2. Structure des séances

La thérapie comportementale et cognitive est une thérapie « brève » structurée. Une dizaine de séances seulement sont nécessaires pour traiter un problème de comportement tabagique. (tableau 3).

Contenu des séances tableau 3

Un agenda de séance
Une revue des tâches effectuées entre les séances
Choix d'un problème à traiter
Les techniques cognitivo-comportementales proprement dites
Un résumé de séance par le patient où il indique ce qu'il a aimé et ce qui l'a gêné
Compte rendu de séance par le thérapeute
Travail à faire avant la prochaine séance
Nouveau rendez-vous.

Chaque thérapie est évaluée périodiquement, au moyen de tests spécifiques au comportement problème, afin de valider les progrès, valoriser les efforts et renforcer la motivation du patient

Bibliographie :

1. Les visiteurs du soi. A quoi servent les psy ? J. Cottraux . Odile Jacob ed. 2004
2. Les thérapies comportementales et cognitives J. Cottraux Masson ed. 1998
3. Je réinvente ma vie J.E Young, JS Klosko Les éditions de l'homme 1995
4. Faire face aux dépendances Ch.Cungi Retz ed. 2000
5. Ne plus fumer I.Clauzel Retz ed. 2005

L'évaluation des stades de changement

Nous présenterons le concept de "stade de changement" et plus généralement le modèle "transthéorique" de Prochaska (Prochaska et al. 1992). Avec plus de 1'400 citations, cet article est l'un des articles de psychologie les plus souvent cités dans la littérature scientifique. Pourtant, les limites de cette théorie ont été identifiées très tôt. En particulier, les "stades de changement", qui sont présentés comme une dimension unique du changement, sont en fait un amalgame désorganisé de concepts très différents les uns des autres: intention d'arrêter de fumer, tentatives d'arrêt passées, comportement actuel (fumeur ou ex-fumeur) et durée de ce comportement. Le coeur de cette théorie est la description d'associations entre stades et stratégies de changement. Pour progresser vers l'arrêt, le fumeur est supposé utiliser la bonne stratégie au bon moment. Or, ces associations n'ont jamais été démontrées empiriquement. De plus, il existe très peu de données empiriques démontrant que des ex-fumeurs ont progressé à travers les 5 stades de la façon prévue en théorie. L'une des conséquences négatives de cette théorie, c'est qu'elle risque de priver certains fumeurs de traitements efficaces. En effet, les fumeurs dans le stade de l'indétermination (*precontemplation*) reçoivent en général des interventions visant à les motiver à arrêter. Il serait contraire à la théorie de leur recommander un arrêt immédiat, car le passage par les stades de l'intention (*contemplation*) et de la préparation est prescrit avant de passer au stade de l'action. Or, des fumeurs très dépendants peuvent être démotivés précisément parce que leur degré de dépendance rend difficile toute tentative d'arrêt. Leur proposer, par exemple des méthodes ou des médicaments permettant de faire face aux symptômes de sevrage pourrait augmenter leurs chances de succès. Or ils risquent de se voir privés de cette aide par les thérapeutes adeptes du modèle de Prochaska. Nous discuterons des autres limites de ce modèle et recommanderons de l'abandonner au profit de théories moins simplistes et reflétant mieux la réalité.

Référence:

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47(9):1102-14.

METHODES COMPORTEMENTALES DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE

Dr G. Collin. Service de Psychologie Médicale et Psychiatrie, CHU Lapeyronie
Montpellier

Résumé

Les théories de l'apprentissage ont été développées au cours du XXe siècle pour expliquer la genèse de certains troubles névrotiques. Aux conditionnements classiques (pavlovien) et opérant (skinnerien), s'est ajoutée la théorie intégrative de l'apprentissage social de Bandura qui enrichît par une dimension cognitive et sociale les théories comportementales. Ces trois théories éclairent pleinement certains mécanismes liés à l'initiation et au maintien de la consommation tabagique ainsi que les difficultés du sevrage. L'application des thérapies comportementales aux addictions et notamment au tabagisme s'est organisée autour de différentes techniques comme les techniques aversives, le contrôle du stimulus, la relaxation/désensibilisation, l'exposition aux situations à risque et enfin les techniques d'affirmation de soi. La combinaison de ces différentes techniques adaptée à l'analyse fonctionnelle du sujet dépendant et associée aux thérapies cognitives et/ou pharmacologiques reste le traitement de choix du sevrage tabagique.

Thérapie cognitive et tabac : Théorie et pratique

P. GUICHENEZ(1,2), I CLAUZEL(2), X QUANTIN(1), A STOEBNER-DELBARRE(3), AM CLAUZEL(2), P GODARD(1)

(1)Comité départemental des maladies respiratoires de l'hérault

(2)Vivre sans fumer, Montpellier

(3) Centre de Prévention Epidaure

Les thérapies comportementales et cognitives(TCC) représentent l'application des principes de psychologie scientifique à la pratique clinique. Concernant les thérapies cognitives, elles sont issues du modèle du traitement de l'information. Dans ce modèle, on considère que le sujet présente un ou des postulats de base (les schémas) influant la façon dont l'information est sélectionnée et traitée ainsi que ses correspondants affectifs, physiologiques et comportementaux.

Une TCC est structurée au niveau de chaque séance, et au niveau de l'ensemble de la thérapie. Elle s'établit à partir d'un rapport collaboratif, après une analyse fonctionnelle dont les buts sont :de délimiter les objectifs, de choisir les méthodes thérapeutiques, d'évaluer les résultats.

La séance type comprend : l'accueil, le rappel de la séance précédente, la revue des consignes de travail à domicile, la réalisation de l'agenda, le travail sur une situation cible avec liens entre situation émotions, pensées, la thérapie cognitive proprement dite, avec évaluation du gain émotionnel de la pensée alternative et nouveau pourcentage de croyance, nouveau pourcentage de croyance de la pensée initiale, consignes de travail à domicile, résumé final et fin de séance.

La restructuration cognitive est utile dans la prise en charge des addictions, notamment du tabagisme avec quatre axes : mise en évidence des pensées automatiques, modification des pensées automatiques, puis mise en évidence et modifications des erreurs logiques concernant le tabagisme, enfin mise en évidence et modification des postulats ou schémas de base(3).

1)Mise en évidence des pensées automatiques avec colonnes de Beck (situations, émotions, pensées automatiques (ce que je me dis à moi même)). Un certain nombre de techniques sont utiles pour mettre à jour les pensées automatiques négatives notamment au moment où l'émotion est la plus forte. On met

en évidence plusieurs types de pensées concernant le tabagisme : pensée en rapport avec l'effet destructeur des produits (tu risques d'avoir un cancer, je me ruine la santé, c'est nul) , pensée attribuant le tabagisme à un défaut de volonté à un caractère faible (je n'ai pas de volonté, la cigarette est plus forte que moi) , pensée concernant l'effet bénéfique du produit (plaisir : je me régale de fumer, tant pis), (effet anxiolytique ou anti-dépresseur du produit : je suis énervée, il m'en faut une), pensée concernant l'effet bénéfique du produit pour lutter contre la phobie sociale (je m'occupe les mains, on ne verra pas ma gêne), pensée concernant l'impossibilité de vivre sans produit (je ne pourrai jamais m'en passer), la dépendance physique, le tout ou rien (pensée dichotomique) (je suis trop dépendante, cela fait trop longtemps que je fume, je ne pourrais pas m'en passer), pensée minimisant l'effet toxique du produit (une de plus, une de moins, ce n'est pas bien grave).

2) Modification des pensées automatiques : on utilisera des colonnes de Beck à cinq colonnes repérant les situations concrètes qui poussent à consommer le tabac, les pensées et les émotions associées à la prise du produit et le pourcentage de croyance, les pensées modifiées ou alternatives avec une nouvelle émotion et enfin, des comportements modifiés ou alternatifs. On mettra en évidence, avec le patient quatre types de pensées qui s'enchaînent : facilitantes, immédiatement permissives, centrées sur la prise immédiate, après la cigarette ; exemple : pensées facilitantes: c'est l'enfer, j'ai eu une grosse journée au bloc, je me mets dans le salon, je n'ai pas le courage de faire autre chose; pensées immédiatement permissives: une petite clope ce n'est pas grave, je m'en fous ,je mérite bien 5 minutes de tranquillité, on ne viendra pas m'emm...derrière mon écran de fumée.; pensées centrées sur la prise immédiate: ça fait du bien, ça me calme.; pensées après la consommation du produit: tu es un c...tu es encore moins bien, ça ne t'a rien apporté, tu as perdu du temps en fumée.

3) Mise en évidence et modifications des erreurs logiques concernant le tabagisme : neuf erreurs logiques entretiennent les difficultés émotionnelles : inférence arbitraire, surgénéralisation, abstraction sélective, personnalisation, la tyrannie des je dois, il faut, la loi du tout ou rien, le raisonnement émotionnel, l'étiquetage, la minimalisation et maximalisation. Exemple de surgénéralisation « j'ai repris, je suis nul ». Exemple de raisonnement émotionnel « je sens que ça va mal tourner ». Exemple d'inférence arbitraire « mon arrêt du tabac ne va pas marcher ». Exemple de personnalisation « c'est de ma faute si ma femme fume ». A ce stade,

un certain nombre de techniques sont nécessaires pour mettre en évidence la distorsion cognitive et la discuter.

4) Mise en évidence et modification des croyances de base accordant un effet particulier indiscutable au tabac : exemple : « la cigarette est mon doudou et si je perds mon doudou, je fais une dépression ». Après travail sur la croyance de base, on obtient une croyance modifiée et on réalise des actions : croyance modifiée « la cigarette est un excellent antidépresseur mais l'ouverture vers les autres (ce que j'ai expérimenté en affrontant ma phobie sociale) est aussi un excellent antidépresseur » ; action : je m'ouvre de plus en plus aux autres, je fais des activités avec mon fiancé, je multiplie les activités avec mes amis.

Beck et al(1) ont bien décrit le modèle cognitif avec une situation à haut risque entraînant une attente de croyance, entraînant des pensées automatiques, entraînant un craving, puis des pensées permissives et des pensées contre, enfin, une recherche de substances (action), une poursuite, une reprise de la consommation.

La prévention de la rechute avec deux notions importantes selon Marlatt et Gordon(4). L'effet de violation de l'abstinence : processus cognitif émotionnel et comportemental qui se met en place entre la première reprise de la cigarette et la rechute totale. Les AID « Apparently irrelevant Decision » (des petites décisions apparemment sans rapport avec cette reprise) mais favorisant l'exposition à une situation à haut risque. Des techniques pour la prévention de la rechute sont décrites avec la modélisation de la rechute selon qu'il y ait une réponse adaptée entraînant un renforcement de l'efficacité personnelle et une diminution du risque de rechute ou aucune réponse adaptée entraînant une diminution du sentiment d'efficacité personnelle, une attente de résultat et une rechute avec violation de l'abstinence.

Les TCC peuvent être également utiles dans la gestion optimale d'un trouble anxieux notamment une phobie sociale associée au tabagisme(3)

En conclusion, en complément des autres outils utiles dans la conduite du sevrage tabagique, les thérapies cognitives s'intégrant dans les thérapies comportementales et cognitives sont une technique utile pour le patient notamment dans la prévention de la rechute.

Bibliographie

1-Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. et al ; cognitive therapy for substance abuse . Guilford press 1993; pp 354.

2-Cungi C. Faire face aux dépendances.Ed Retz 2000:pp239

3-Guichenez P, Clauzel I, Germaini G, Olivier F, Clauzel AM, Lagrue G.
Traitement d'une phobie sociale par thérapie comportementale et cognitive chez
un tabagique. Journal de thérapie comportementale et cognitive 2004 ;14 :47

4-Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the
treatment of addictive behaviors. New york; Guilford press 1985 .