
“AÉRIANCE®”

LA CURE DE SEVRAGE TABAGIQUE À LUCHON

PREMIERS RÉSULTATS À 3 MOIS

Michelle LAMAS¹, Etienne ANDRÉ², Pierre BARTSCH³, Jean-Paul LADRIX⁴, Guillaume RANDAXHE^{4,5} Charles TAIEB⁵

¹ORL Tabacologue, Luchon. ²Tabacologue, Médecin de Santé publique, Grenoble.

³Pneumologue, Liège. ⁴ORL-allergologue. ⁵Pierre Fabre Santé, Castres, santé publique et qualité de vie, Laboratoires Pierre Fabre.

Contexte

Même si les différentes mesures pour lutter contre le tabagisme ont entraîné une diminution du nombre de fumeurs, il reste en France 13,8 millions de fumeurs [1].

Un peu plus de 6 millions de femmes et de 7 millions d'hommes sont considérés comme des fumeurs, soit 32,7 % de la population française et ce, malgré une diminution de 10 % du nombre de fumeurs en 5 ans. Même si les désirs d'arrêt sont en nette augmentation : en 1995, un peu plus d'un tiers (36,7 % des Français âgés de 18 à 75 ans) déclaraient “envisager d'arrêter”[2] ; en 1999, ils étaient près de 3 sur 5 (59,2 %)[3]. Près de la moitié des fumeurs envisagent un arrêt dans les 12 prochains mois. Le tabagisme reste un problème de santé publique prioritaire et la vocation des stations thermales est sûrement de s'impliquer dans ce domaine.

Grâce à ses eaux et ses installations, la station thermale de Luchon offre un plateau technique adapté pour accélérer non pas le sevrage mais la restauration et la remise en état des muqueuses respiratoires.

Luchon, avec une situation géographique privilégiée au cœur des Pyrénées à 630 mètres d'altitude dans une nature préservée, est la 1^{ère} station thermale française pour les voies respiratoires et la 2^e station pour le traitement des enfants. La station thermale de Luchon reçoit 16 000 curistes chaque année.

La cure de sevrage tabagique “Aériance®”, se déroulant sur 5 jours, a été mise en place en partenariat avec les Laboratoires Pierre Fabre et l'établissement thermal de Luchon. Le premier programme Aériance a débuté en avril 2005 pour s'achever en octobre 2005 et a concerné 80 curistes.

Pour chacun des curistes, la veille du premier jour de la cure, le médecin effectue dans l'établissement thermal une consultation médicale personnalisée. Après un interrogatoire

sur les traitements médicamenteux en cours, le médecin effectue un examen ORL, prend la tension artérielle, pèse le patient, réalise un premier test au monoxyde de carbone et surtout vérifie systématiquement l'absence de contre-indication aux soins thermaux qui contribueront à l'aide à l'arrêt du tabac.

À l'issue de cette première consultation, le médecin remet à chacun des curistes le questionnaire-test de Fagerström permettant d'évaluer le degré de dépendance à la nicotine.

Objectif

L'objectif de la cure de sevrage tabagique "Aériance®" est d'apporter à chaque curiste les outils ou stratégies face à chacune de ces dépendances.

Méthodologie

L'équipe qui prend en charge les curistes est pluridisciplinaire, incluant des médecins ORL, pneumologue, tabacologue, animateur, conseiller en nutrition, sophrologue-relaxologue, personnel soignant.

Ce sevrage tabagique se décline en 3 étapes respectant ainsi les recommandations de l'Afssps (Association française de sécurité sanitaire des produits de santé) [4].

- L'évaluation de la motivation à l'arrêt et son renforcement.
- L'évaluation des dépendances : physique (nicotine), comportementale (geste, habitude, rite), psychologique (plaisir, anxiété).
- Le suivi et l'accompagnement.

Prise en charge

Chaque matin, les curistes effectuent les soins thermaux suivants : gargarisme, lavages du nez à la pipette, nébulisations, aérosols soniques, humages et ont un accès libre à la piscine de natation (facultatif).

La relaxation proposée permet de réapprendre aux curistes à respirer et à se relaxer en même temps : deux séances sont proposées en 5 jours.

L'animation de groupe fait appel aux concepts liés à la thérapie de groupe et aux thérapies comportementales et cognitives (TCC) [5]. C'est l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. L'expérience montre en effet que ces TCC sont plus efficaces lorsqu'elles sont effectuées en groupe.

Les mesures d'accompagnement nutritionnel nécessaires et essentielles pour éviter une prise de poids trop importante (cause non négligeable des échecs du sevrage) sont proposées. Pour ne pas compenser le manque de nicotine (anorexigène) par une augmentation de la prise alimentaire, de nombreuses activités physiques sont également proposées.

Les troubles du sommeil liés au sevrage sont également abordés.

L'espace de remise en forme "Sourcéa" propose à chacun des curistes tout un panel d'activités de détente et de loisirs propices à une prise en charge optimum.

L'ensemble du groupe poursuit la matinée en se retrouvant pour une réunion quotidienne thématique menées par une animatrice qui offre l'occasion aux curistes de réagir entre eux d'une part, mais aussi entre curistes et intervenants (médecin tabacologue, pharmacien, relaxologue, conseillère en nutrition, médecin ORL) dans un climat de confiance, d'aide, de soutien et non de culpabilité.

Ces réunions thématiques ont pour but de développer et de traiter les dépendances liées au tabac, la dépendance physique (nicotine), comportementale (geste) et psychologique (anxiété, colère, plaisir).

Les après-midi sont libres afin que les curistes puissent pratiquer une activité physique de leur choix. Ils ont également accès tous les après-midi au *vaporarium* (bain de vapeur naturel en galeries souterraines – chaleur humide de 38 à 42 degrés) et à la piscine.

À l'issue de la cure, en partenariat avec les Laboratoires Pierre Fabre, l'établissement thermal engage un suivi sur un an. Ainsi les curistes, qui reçoivent un questionnaire à compléter le premier et le dernier jour de la semaine, en reçoivent également afin d'établir un suivi au 3^e, 6^e, 9^e et 12^e mois.

Outils

L'échelle HAD [6] est un auto-questionnaire structuré de 14 items. Elle est utile pour suivre les éventuels troubles anxieux et dépressifs et pour en évaluer la sévérité. Cette échelle a été mise au point chez des sujets consultant en médecine générale et chez des patients hospitalisés ou consultant en médecine interne ou en psychiatrie. Elle peut donc être utilisée par des non-spécialistes. Sa version française a été réalisée par JP Lépine [7]. Chaque item est coté sur une échelle en 4 points pour éviter les cotations moyennes. Pour utiliser cette échelle dans l'optique d'un dépistage de symptômes dépressifs ou anxieux, on peut choisir deux valeurs seuils [8] :

- si l'on veut privilégier la spécificité, il faut considérer la valeur seuil de 10 pour chacune des sous-échelles (anxiété et dépression) ;
- si l'on souhaite privilégier la sensibilité, une note seuil de 8 à chacune de ces sous-échelles doit être adoptée.

On peut aussi se servir de l'échelle en tenant compte de la valeur globale du score. La note seuil est alors de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs et de 13 pour les troubles de l'adaptation et pour les dépressions majeures.

L'échelle SF-12 [9] est une version courte de la SF-36, outil générique permettant d'appréhender l'état de santé dans la population générale.

L'échelle est constituée de 12 items regroupés autour de 8 concepts : l'activité physique (2 items) ; les limitations dues à l'état physique (2 items) ; la douleur physique (1 item) ; la vie et les relations avec les autres (1 item) ; les limitations dues à l'état psychique (2 items) ; la santé psychique (2 items) ; la santé perçue (1 item) ; la vitalité (1 item).

Deux scores globaux peuvent être calculés à partir de ces 8 dimensions : un score résumé physique : fonctionnement physique, douleur, limitations dues aux problèmes physiques

(PCS-12) ; et un score résumé mental : bien-être émotionnel, limitations dues aux problèmes émotionnels ou personnels (MCS-12). Ces 2 scores peuvent être transformés (moyenne 50 et écart-type 10) pour être comparés aux normes américaines.

Le test de Fargerström [10] est un test évaluant la dépendance nicotinique. Il a été validé par la conférence de consensus d'Octobre 1998. Le score est compris entre 0 et 10 points. Il permet de définir 5 niveaux de dépendance tabagique.

Résultats

Notre analyse porte sur les 58 curistes ayant répondu au questionnaire le jour de l'inclusion. Le sexe ratio est de 56,9 % d'hommes versus 43,1 % de femmes.

L'âge moyen est de 53 (écart-type 10), le poids moyen est de 71,6 (écart-type 18,1) pour une taille moyenne de 170,3 (écart-type 9,7), 75,8% d'entre eux vivent en couple, avec ou sans enfant et 62,5 % d'entre eux ont une activité professionnelle rémunérée.

Le score moyen obtenu au test de Fargerström [11] est de 6,1 (écart-type 2,4), sachant que le score au test de Fargerström est strictement supérieur à 5 pour 56 % d'entre eux. Les scores de l'échelle HAD [11] témoignent d'un état anxieux des curistes à leur arrivée, score moyen de 8,9 (écart-type 4,5)

Parmi eux, 82 % avaient déjà fait une ou plusieurs tentative(s) d'arrêt, avec une moyenne de 3,3 arrêts (écart-type 2,6), 25 % avaient utilisé des gommes ou comprimés à la nicotine, 37,7 % avaient utilisé des patchs à la nicotine au cours de leur tentative d'arrêt précédente.

L'âge moyen de la 1^{ère} cigarette est de 17 ans (écart-type 5,8), avec une ancienneté du tabagisme régulier de 34,9 ans (écart-type 12,1). La consommation quotidienne moyenne de cigarette est de 22,9 (écart-type 14,1).

À l'inclusion, 71,2 % ont exprimé une motivation forte ou très forte pour l'arrêt, aucun curiste n'exprimait une absence de motivation (tableau I).

Tableau I - Motivation à l'arrêt du tabac

Comment décriez-vous votre motivation actuelle pour arrêter de fumer ?

	n	%
Absence de motivation	0	0
Faible motivation	6	11,5%
Motivation moyenne	9	17,3%
Motivation forte	25	48,1%
Motivation très forte	12	23,1%

À une semaine

- 88,9 % des curistes répondeurs ont arrêté totalement le tabac, pour les 11,1 % restant ils expriment tous une diminution de leur consommation.

- les 2 scores du HAD (anxiété et dépression) s'améliorent également de façon signifi-

cative passant respectivement de 9,9 à 6,9 ($p < 0,001$) pour le score anxiété et de 5,5 à 4,2 ($p < 0,04$) pour le score dépression.

- le score de la dimension physique du SF12 s'améliore passant de 47,7 à 49,8 ($p < 0,04$) (tableau II). On n'observe pas d'amélioration statistiquement significative en ce qui concerne le score de la dimension mentale.

- l'évaluation de la motivation pour arrêter de fumer, à l'inclusion et à une semaine, met en évidence une amélioration significative ($p = 0,035$) de la motivation. Si à l'inclusion, 71,2 % avaient exprimé une motivation forte ou très forte pour l'arrêt, ils sont plus de 86% à une semaine. Le nombre de curistes exprimant une motivation très forte passe de 28,1% à 50% après une semaine de prise en charge ($p = 0,035$).

Tableau II – Résultats à une semaine et à trois mois

	n	J0	J7	J90	p
Score HAD anxiété	32	9,9 (4,9)	6,9 (5)		<0,0001
Score HAD dépression	29	5,5 (4,1)	4,2 (3,9)		0,034
Score SF12 physique	28	47,7 (9,5)	49,8 (8,8)		0,03
Score SF12 physique	11	43,6 ()		46,9 ()	<0,05
Score SF12 mental	11	43,7 (7,2)		50,0 (9,2)	0,033

À trois mois

75 % des curistes qui ont répondu à l'enquête ont arrêté totalement le tabac et les 25 % restant expriment tous une diminution de leur consommation.

Les scores du SF12 s'améliorent passant de 43,6 à 46,9 ($p < 0,05$) pour la dimension physique et de 43,7 à 50 pour la dimension mentale ($p < 0,04$) (Tableau II).

Discussion

La prise en charge dans le cadre de la cure de sevrage tabagique "Aériance" permet aux curistes qui y participent d'améliorer sur la semaine leur état de santé globale et l'état d'anxiété qui était le leur. Leur motivation est renforcée ; près de 89% des répondants arrêtent la cigarette, les 11 % qui restent diminuent fortement leur consommation.

À trois mois, les premiers résultats sont plus que prometteurs, la motivation pour l'arrêt du tabac reste intacte (elle s'améliore même), la qualité de vie du curiste s'améliore également tant pour la dimension physique que mentale.

L'originalité de ce suivi réside dans son suivi longitudinal à 3, 6, 9 et 12 mois. Les premiers résultats à trois mois confirment l'intérêt de la prise en charge dans le cadre de la cure de sevrage tabagique "Aériance®".

Pour ne pas être critiqués, nous avons dans une mesure conservatrice estimé que, sans information concernant les non répondants, nous les considérerions comme des échecs

du sevrage. Les résultats semblent donc modestes, mais ils représentent la fourchette basse du taux réel de succès. Ainsi à trois mois, le taux de succès est de 39 % soit près de 2 curistes sur 5 ! À six mois, le taux de succès ainsi calculé est de près de 30%.

Les prochaines évaluations permettront de proposer des résultats plus précis, avec un meilleur taux de réponse des patients interrogés.

Bibliographie

1. Guilbert P, Gautier A, Beck F. Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée. *Baromètre Santé*. France 2004-2005.
2. Baudier F, Arene J. *Baromètre Santé*. Adulte 95/96 Vanves. C.F.E.S. 199;288 p.
3. Guilbert P, Baudier F, Gautier A. *Baromètre Santé 2000*. Méthodes. Volume 1. Vanves. C.F.E.S. 2001;142 p.
4. Conférence de consensus. Mai 2003. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Recommandation de bonnes pratiques "Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac".
5. Clauzel I. *Ne plus fumer*. Éditions Retz. Développement personnel.
6. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
7. Lepine JP, Godchau M, Brun P, Teherani M. Utilité des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété et de la dépression en médecine interne. *Acta Psychiatrica Belgica* 1986;86:608-15.
8. Guelfi JD. *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Éditions médicales Pierre Fabre, Paris.1996;Tome 1.
9. Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey : construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34:220-33.
10. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence : A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions* 1991;86:1119-27.
11. Les tests de Fagerström et HAD sont disponibles en ligne sur le site : www.nicopatch.com