



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DEPHARMACIE

ANNEE 2010

Thèse N° 131

PLACE DE L'ACUPUNCTURE DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE : METHODE POINT CHIAPI ; A PROPOS DE 42 CAS

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../ 2010
PAR

Mr. **Mohammed HAJJAM**

Né le 09/02/1983 à SAFI

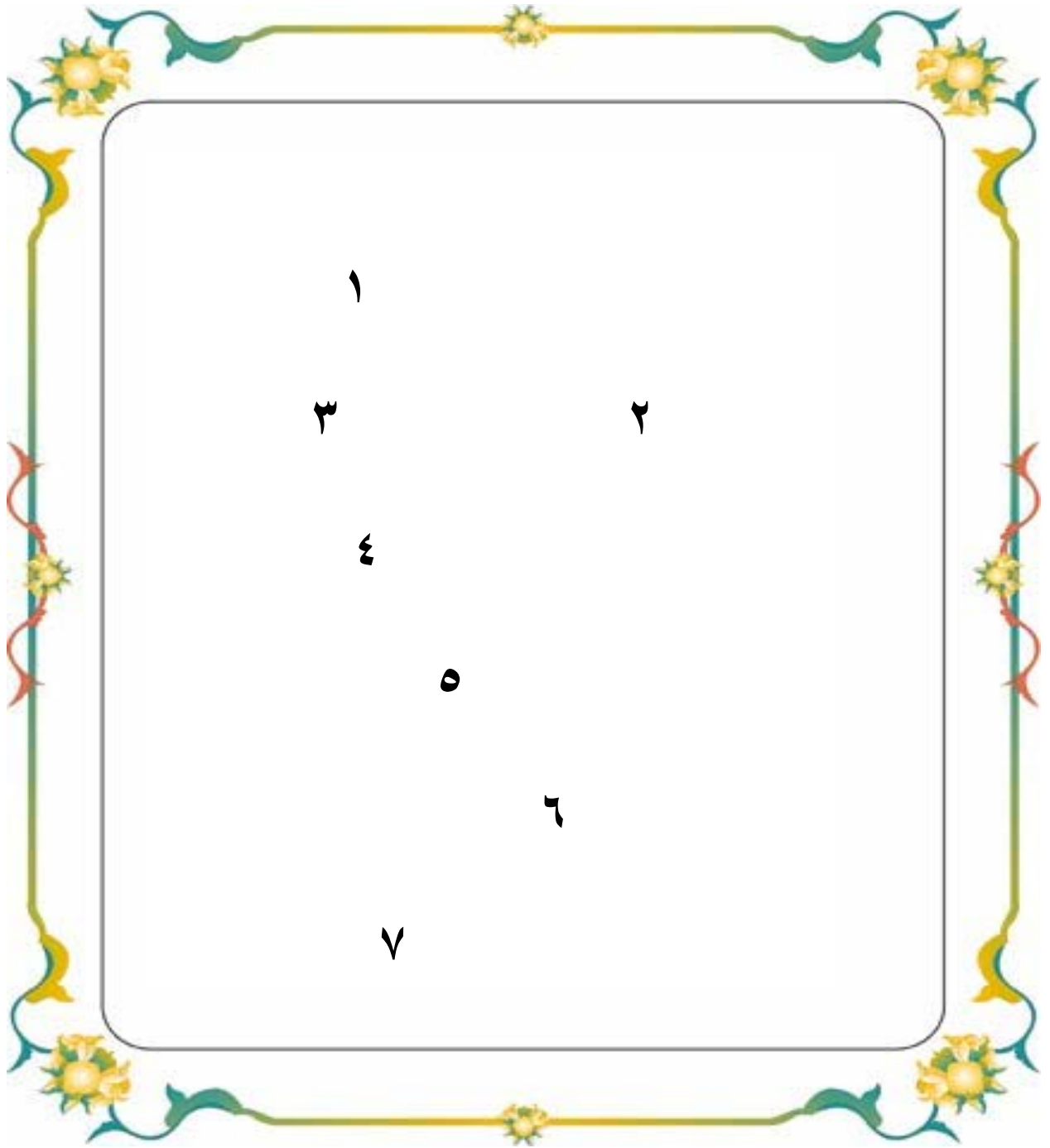
POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

SEVRAGE TABAGIQUE - POINT CHIAPI - EFFICACITE

JURY

Mr.	M. BOUSKRAOUI Professeur de Pédiatrie	PRESIDENT
Mr.	R. HSSAIDA Professeur d'Anesthésie Réanimation	RAPPORTEUR
Mr.	S. AIT BENALI Professeur de Neurochirurgie	} JUGES
Mr.	D. TOUITI Professeur d'Urologie	
Mr.	A. ACHOUR Professeur agrégé de Chirurgie générale	
Mr.	H.AMMAR Professeur agrégé d'ORL	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



: ١٦٤-١٦٧

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr. Badie-Azzamann MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice doyen

: Pr. Ahmed OUSEHAL

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique
AIT BENALI	Said	Neurochirurgie
ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie
EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale

ESSADKI	Omar	Radiologie
FIKRY	Tarik	Traumatologie- Orthopédie
FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
KISSANI	Najib	Neurologie
KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie
MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophthalmologie
OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
SARF	Ismail	Urologie
SBIHI	Mohamed	Pédiatrie
SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique
TAZI	Imane	Psychiatrie

PROFESSEURS AGREGES

ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique
AMAL	Said	Dermatologie
AIT SAB	Imane	Pédiatrie
ASRI	Fatima	Psychiatrie
ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique
AKHDARI	Nadia	Dermatologie
BENELKHAIAI BENOMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire

CHABAA	Laila	Biochimie
DAHAMI	Zakaria	Urologie
EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
ELFIKRI	Abdelghani	Radiologie
EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie
LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie
TAHRI JOUTEI HASSANI	Ali	Radiothérapie
YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation

PROFESSEURS ASSISTANTS

ABKARI	Imad	Traumatologie-orthopédie
ABOU EL HASSAN	Taoufik	Anesthésie - réanimation
ABOUSSAIR	Nisrine	Génétique

ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
ADMOU	Brahim	Immunologie
AGHOUTANE	El Mouhtadi	Chirurgie – pédiatrique
AIT BENKADDOUR	Yassir	Gynécologie – Obstétrique
AIT ESSI	Fouad	Traumatologie-orthopédie
ALAOUI	Mustapha	Chirurgie Vasculaire périphérique
AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
AMRO	Lamyae	Pneumo - phtisiologie
ARSALANE	Lamiaie	Microbiologie- Virologie
ATMANE	El Mehdi	Radiologie
BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
BASRAOUI	Dounia	Radiologie
BASSIR	Ahlam	Gynécologie – Obstétrique
BENCHAMKHA	Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
BEN DRISS	Laila	Cardiologie
BENHADDOU	Rajaa	Ophtalmologie
BENJILALI	Laila	Médecine interne
BENZAROUEL	Dounia	Cardiologie
BOUCHENTOUF	Rachid	Pneumo-phtisiologie
BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique
BOURROUS	Monir	Pédiatrie
BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique

CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique
CHAFIK	Rachid	Traumatologie-orthopédie
CHAIB	Ali	Cardiologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
DIFFAA	Azeddine	Gastro - entérologie
DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie
DRISSI	Mohamed	Anesthésie -Réanimation
EL ADIB	Ahmed rhasane	Anesthésie-Réanimation
EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL BARNI	Rachid	Chirurgie Générale
EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOURY	Hanane	Traumatologie-orthopédie
EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie
EL JASTIMI	Said	Gastro-Entérologie
EL KARIMI	Saloua	Cardiologie
EL MANSOURI	Fadoua	Anatomie - pathologique
HAJJI	Ibtissam	Ophtalmologie
HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique
HERRAG	Mohammed	Pneumo-Physiologie

HERRAK	Laila	Pneumo-Phtsiologie
HOCAR	Ouafa	Dermatologie
JALAL	Hicham	Radiologie
KAMILI	El ouafi el aouni	Chirurgie – pédiatrique générale
KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
KHOUCHANI	Mouna	Radiothérapie
KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie
LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
LAKMICH	Mohamed Amine	Urologie
LAOUAD	Inas	Néphrologie
MADHAR	Si Mohamed	Traumatologie-orthopédie
MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
MAOULAININE	Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
MOUFID	Kamal	Urologie
NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
NOURI	Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
OUALI IDRISSE	Mariem	Radiologie
QACIF	Hassan	Médecine Interne
QAMOUSS	Youssef	Anesthésie - Réanimation
RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
SAMLANI	Zouhour	Gastro - entérologie

SORAA	Nabila	Microbiologie virologie
TASSI	Noura	Maladies Infectieuses
ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
ZOUGAGHI	Laila	Parasitologie –Mycologie

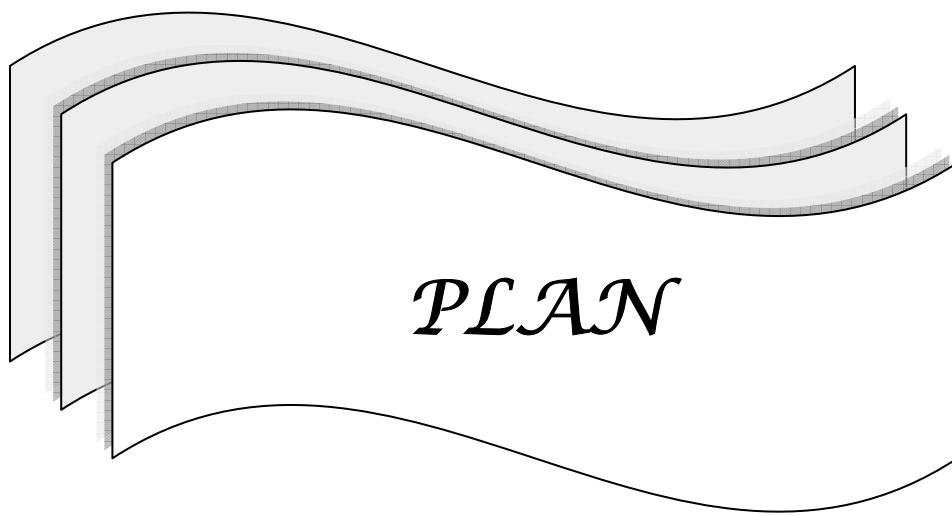


ABBREVIATIONS

INDEX DES ABREVIATIONS

AFSSAPS	: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
AT	: Auriculo-temporal
BPCO	: Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CAGE-DETA	: Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener –Diminuer, Entourage, Trop et Alcool
CB	: Récepteurs cannabinoïdes
CDS	: Cigarette Dependence Scale
CO	: Monoxyde de Carbone
COE	: Monoxyde de Carbone Expiré
DH	: Dirham
F	: Frontal
Fig	: Figure
G/F	: Garçon/Fille
HAD	: Hospital Anxiety and Depression scale
IgG	: Immunoglobuline G
L	: Lacrymal
M	: Mentonnier
MPOWER	: Monitor Protect Offer Warn Enforce Raise
MSN	: Mort Subite du Nourrisson
N	: Nombre
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OR	: Odds-ratio
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
PAD	: Pression Artérielle Diastolique
PAS	: Pression Artérielle Systolique
P/j	: Paquet par jour

Ppm : partie par million
SAR : Son Altesse Royale
SO : Sous orbiculaire
TB : Temporo-buccal
TM : Temporo-maxillaire
VEMS : Volume Expiratoire Maximal Seconde



PLAN

PLAN

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	3
I. POPULATION CIBLE	4
II. METHODE D'ETUDE.....	4
III. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	4
IV. METHODE POINT CHIAPI	5
1. Localisation	5
2. La séance	6
3. Durée.....	6
4. Matériel utilisé.....	6
5. Thérapeutiques adjuvantes	7
6. Nombre de séances	7
7. Déroulement de la séance.....	7
RESULTATS	9
I. EFFICACITE GLOBALE DE LA METHODE DE POINT CHIAPI DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE	10
II. EFFICACITE SELON LES TRANCHES D'AGE.....	11
III. EFFICACITE SELON LE SEXE	12
IV. EFFICACITE SELON LA QUANTITE FUMEE.....	13
V. EFFICACITE SELON LA DUREE DU TABAGISME	14
VI. EFFICACITE SELON LES ANNEES CIGARETTES.....	15
VII. EFFICACITE SELON LE DELAI DE LA PREMIERE CIGARETTE APRES LE REVEIL ET L'ASSOCIATION AVEC L'ALCOO.....	15

VIII. EFFICACITE SELON LA MOTIVATION.....	16
IX. EFFICACITE SELON LA DEPENDANCE	16
DISCUSSION.....	18
I. GRAVITE DU TABAGISME	20
1. Introduction	20
2. Mortalités liées au tabac	20
3. Cancer.....	20
3-1. Cancer bronchique.....	20
3-2. Cancers des voies aérodigestives supérieures	21
3-3. Autres cancers	21
4. Maladies respiratoires.....	21
5. Maladies cardiovasculaires.....	22
6. Maladies infectieuses	23
7. Tabagisme passif	23
7-1. Mort subit du nourrisson (MSN).....	23
7-2. Pathologies infectieuses.....	24
7-3. Maladie asthmatique.....	25
7-4. Bronchopneumopathies chroniques obstructives.....	25
II. FLEAU DU TABAGISME	25
III. INTERET DE SEVRAGE MEDICAL ASSISTE.....	29
1. Introduction	29
2. Bénéfices de l'arrêt du tabac.....	29
2-1. Bénéfices en termes de mortalités	30
2-2. Bénéfices en termes de morbidité	30

3. Nécessité d'une aide au sevrage tabagique	31
4. Définition de l'arrêt du tabac	32
5. Le tabagisme : un comportement renforcé par une dépendance physique et psychologique ..	32
5-1. Dépendance tabagique	33
5-2. Mesure de la dépendance tabagique	35
6. Le tabagisme : une maladie chronique	35
6-1. Dynamique du sevrage tabagique	35
6-2. Facteurs de rechute	37
7. Situations particulières	37
7-1. Existence d'une maladie liée au tabac	38
7-2. Etat anxio-dépressif et co-addictions	38
7-3. Situation sociale particulière	39
7-4. Adolescence	40
IV. MOYENS DE SEVRAGE DU TABAGISME.....	41
1. Prévention du tabagisme	41
2. Prise en charge du fumeur	41
2-1. Évaluation de la motivation	41
2-2. Dépression	42
2-3. Autres dépendances	42
2-4. Evaluation de la dépendance	42
2-5. Consultation d'aide au sevrage....	42
3. Différents types de traitement	43
3-1. Traitements pharmacologiques	43
a- Substitution nicotinique	43

b- Bupropion	43
c- Varenicline	44
d- Rimonabant	45
e- Vaccin contre la nicotine	46
3-2. Thérapies cognitivo-comportementales	47
a- Techniques aversives	47
b- Contrôle de stimulus.....	48
c- Technique de relaxation	48
d- Approche cognitive	48
e- Techniques d'ajustement et de prévention de la rechute :	48
4. Autres traitements.....	48
4-1. Consultations de groupe.....	48
4-2. Autres « approches »	49
4-3. Cas particuliers.....	49
a- Les fumeurs hospitalisés.....	49
b- Les comorbidités psychiatriques	49
c-La grossesse	49
5. Avenir du sevrage.....	49
V. ACUPUNCTURE	50
1. Notions générales.....	50
2. Efficacité d'acupuncture.....	53
3. Acupuncture : méthode de point Chiapi	54
3-1. Anatomie de point Chiapi.....	54
3-2. Repérage du point Chiapi.....	57

3-3. Mécanisme d'action de point Chiapi.....	59
a- Innervation sensitive : le trijumeau	60
b- Innervation sensorielle : l'olfactif	62
c. Innervation du sympathique du nez	64
3-4. Efficacité.....	65
3-5. Les caractéristiques du point Chiapi.....	66
VI. AUTRES ETUDES	67
1. Résultat global.....	67
2. Résultats selon les tranches d'âge	68
3. Résultats selon le sexe.....	69
4. Résultats selon la quantité fumée	70
5. Résultats selon l'ancienneté de l'intoxication	70
6. Résultats selon la motivation	71
7. Résultats selon la dépendance	71
CONCLUSION.....	72
RECOMMANDATIONS	74
ANNEXES	76
RESUMES.....	84
BIBLIOGRAPHIE.....	88



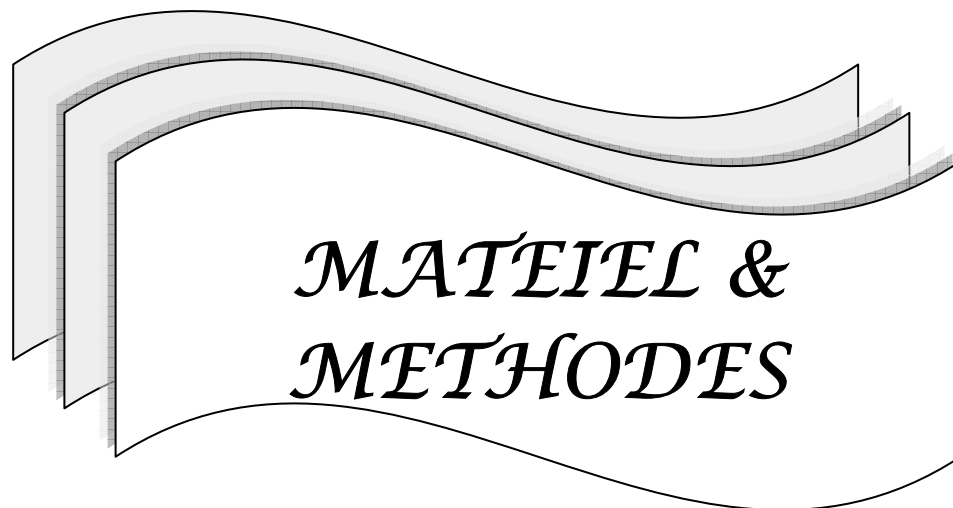
INTRODUCTION

Le tabagisme constitue un véritable problème de santé publique, Il est non seulement la cause réversible numéro un de mortalité mais aussi la source évitable la plus importante de mortalité, d'invalidité et de décès prématurés [OMS].

Malheureusement ; la pandémie du tabac ne cesse de croître notamment dans les pays en voie de développement, l'OMS compte un milliard et trois cents fumeurs dans le monde avec un taux annuel de décès à cinq millions. Si rien n'est fait pour enrayer l'épidémie du tabagisme, les experts de l'OMS estiment un taux de 8 décès sur 10 seront secondaire au tabac à l'horizon de 2030.

Le Maroc n'est pas épargné de ce fléau, la prévalence actuelle du tabagisme est de 18 % [1]. Près de deux tiers de fumeurs souhaitent actuellement arrêter de fumer mais 70 % d'entre eux projettent de le faire sans l'aide d'un médecin et seuls 25 % envisagent l'utilisation d'une aide pharmacologique. Or en l'absence de toute aide médicale à l'arrêt, les taux de sevrage tabagique apparaissent faibles, de l'ordre de 3 à 5 % à 6-12 mois [2]. Ceci dit l'intérêt de la mise en place des moyens médicaux devant tout fumeur désirant arrêter le tabac ; à ce propos plusieurs méthodes sont disponibles, les plus connues sont les médicaments (traitement nicotinique de substitution, Bupropion LP, la Varenilline (Champix).....), la thérapie comportementale et cognitive, avec l'apparition des nouvelles méthodes telles l'acupuncture, auriculothérapie, la mésothérapie, la phytothérapie

Notre travail s'intéressera à étudier la place de l'acupuncture méthode point Chiapi dans le sevrage tabagique, son efficacité et ses avantages par rapport à l'arsenal thérapeutique déjà au marché.



*MATERIEL &
METHODES*

I. POPULATION CIBLE :

Les fumeurs désirant d'arrêter de fumer.

II. METHODE D'ETUDE :

C'est une étude ouverte ayant colligé 42 cas, à propos de l'efficacité de la méthode d'acupuncture point Chiapi en matière du sevrage tabagique, réalisée au sein du service de réanimation à l'hôpital militaire Avicenne à Marrakech.

Notre étude s'étalait sur une période de 2 ans, depuis Janvier 2007 au Février 2009, au cours de cette période, chaque fumeur bénéficiait au moins d'une séance d'acupuncture (parfois 3 séances selon les cas).

Le recueil des données anamnestiques s'est fait au moyen d'un fichier de consultation anti-tabac remplie lors de la première séance.

Les résultats, que nous publions ici, sont affichés avec un recul de 1 à 20 mois.

III. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE :

Après l'exploitation du fichier de consultation antitabagique, on a pu déterminer les caractéristiques de la population étudiée ; ainsi :

La population étudiée totale est faite de 42 fumeurs

Selon le genre: on a noté 24 de sexe masculin soit 57,14 % alors que le sexe féminin représente 18 soit 42,58 %.

Selon l'âge : l'âge moyen est estimé à 45,30 ans avec des extrêmes -âges allant de 26 ans à 56 ans.

Selon le statut familial : 33 mariés (78,57 %), 7 célibataires (16,66 %) et 2 divorcées (4,76%).

Selon le type de la cigarette : blonde dans 41 cas (97,61 %) et mixte dans 1 seul cas (2,38%).

Selon les habitudes toxiques associées : les alcooliques actuels : 9 et les ex-alcooliques déjà arrêtés : 4

Selon le degré de la dépendance : le score de Fagerström a été calculé, il est compris entre 3 et 6 de la manière suivante : 3 fumeurs ont un score de 3 (7,1 %) 6 fumeurs ont un score de 4 (14,28 %). Donc la dépendance faible représente 21,38 %, par contre la dépendance moyenne représente 78,65 % de la manière suivante : 13 fumeurs ont un score de 5 (30,95 %) et 20 fumeurs ont un score de 6 (47,61 %).

Selon la durée du tabagisme : allant de 4 ans à 32 ans.

Selon l'âge de début du tabagisme : allant de 15 à 32ans.

IV. METHODE POINT CHIAPI :

Elle a consisté pour nous à puncturer les deux points Chiapi du nez à l'exclusion de tout autre point.

1. Localisation :

Ce point est situé à la base des os propres du nez, latéralement à mi-distance entre l'arête nasale et la ligne de séparation entre l'aile du nez et la pommette. Ce point correspond à la vésicule biliaire.

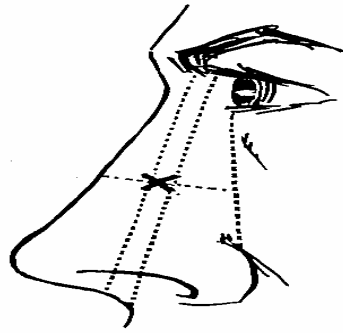


Figure 1 : Localisation de point Chiapi

2. Séance :

L'insertion de l'aiguille doit se faire par le thérapeute de façon perpendiculaire au plan cutané et à une profondeur assez importante entre 3 et 5 mm. Cette insertion profonde, vu la faible épaisseur du nez, approche la pointe de l'aiguille assez près de la muqueuse endonasale. On tourne l'aiguille sur elle-même pendant 1 à 3 secondes pour déclencher le réflexe lacrymal. On arrête la stimulation dès l'obtention de ce réflexe. Ce réflexe lacrymal est comme la preuve que le besoin est coupé. Si la puncture de Chiapi a été trop superficielle, ou à côté de sa localisation optimum, ou sur l'os du nez et si le réflexe lacrymal n'a pas été recherché ni obtenu, les résultats seront partiels, voir nuls et nécessiteront un rappel. Ce réflexe se déclenche immédiatement à l'implantation chez certains sujets sensibles. Juste au moment d'enlever les aiguilles, on exercera une stimulation de 3 à 5 secondes par aiguilles en la tournant sur elle-même par la manche entre le pouce et l'index. Cette ultime manœuvre, pas davantage douloureuse que l'insertion initiale, déclenche un réflexe lacrymal plus ou moins intense selon les sujets, de l'humidification des yeux aux grosses larmes qui coulent. Elle cesse instantanément après la puncture, bien que la personne ressent parfois les aiguilles pendant la séance ainsi qu'une sensation de relâchement, de détente et d'euphorie.

3. Durée :

La durée de la séance, les aiguilles en place, est de 15 minutes, au bout de ce laps de temps, les aiguilles sont retirées, le point saigne parfois.

4. Matériel utilisé :

Les aiguilles sont à usage unique de 4 cm de long, 4/10° de diamètre, en acier, manche en laiton. On demande au patient de s'efforcer de respirer en déclenchant la respiration par la descente initiale du diaphragme, ce qui augmente la capacité pulmonaire et provoque une chasse sanguine dans les vaisseaux et les organes comprimés par la poussée diaphragmatique.

5. Thérapeutiques adjuvantes :

Le Hijama a été pratiqué chez 14 patients, soient 33,33 % selon leur propres volontés, un patient était sous antidépresseur (2,38 %) et deux patients étaient sous antimigraineux (4,76 %).

6. Nombre de séances :

1 à 3 selon les cas.

7. Déroulement de la séance :

En commence la séance par l'entretien qui est un élément important dans la prise en charge, tout en informant le fumeur sur les effets de la méthode entreprise, il est nécessaire également de les mettre en garde des dangers et les pièges souvent psychologiques qu'ils pourront rencontrer.

Une fois réunis, nous prenons connaissance de leur passé de fumeur, de leur situation générale ou particulière (familiale, sanitaire, professionnel), pour cette raison un fichier est rempli au début dès la première consultation.

Nous avons pris l'habitude de les poncturer d'entrée puis de dialoguer avec eux lorsqu'ils sont sous aiguilles. Le premier point que nous précisons concerne l'effet de l'acupuncture, nous leurs expliquons que l'acupuncture agit par voie réflexe et coupe nette le besoin de fumer. Très souvent ce que nous disons à un écho dans l'assistance et certaines citent les exemples des fumeurs désintoxiqués (amis, collègues, membres de familles ...) qui n'ont ressenti à leur grande surprise aucun manque et qui les ont poussés à venir nous consulter. Puis nous leur donnons la marche à suivre, c'est-à-dire : abstention totale du tabac dès la première séance en leur précisant de tenir au mieux une semaine et que cette période servira pour eux de test.

Durant cette semaine nous les rejoignons de ne pas fumer une seule cigarette car elle pousse à en reprendre une et ainsi de suite ; l'intoxication s'installe très vite supprimant purement et simplement les effets de la séance.

A la clôture de l'entretien nous ôtons les aiguilles, nous tenons à préciser les points suivants :

- seul est efficace le sevrage total, ce qui signifie que les simples diminutions de la consommation sont toujours vouées à l'échec (méthode de tout ou de rien) ;
- La thérapeutique qui va être appliquée n'est pas une magie, et la volonté, la coopération du patient sont indispensables ;
- Pour éviter les difficultés psychologiques, les sujets sont invités à distinguer dans leur comportement ce qui ressort du besoin et de l'habitude. L'efficacité de l'acupuncture est orientée vers le besoin, et va parfois jusqu'à créer un sentiment de dégoût. Par contre, le traitement laisse entier « l'habitude », c'est-à-dire le geste machinal d'allumer la cigarette et de la porter à la bouche, c'est que doit concentrer l'effort de volonté, et c'est là qu'il faut aider les sujet en lui faisant détruire les paquets de cigarettes qu'il a sur lui, dans sa voiture et son domicile. On demande au sujet d'être attentif au geste, tandis que l'acupuncture a pour but de lui éviter l'état de manque.



RESULTATS

I. EFFICACITE GLOBALE DE LA METHODE POINT CHIAPI DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE :

Les résultats de notre étude montrent que la méthode point Chiapi permet dès la première séance le sevrage de 26 fumeurs ce qui représente un pourcentage de 61,90 %, alors qu'après une deuxième séance ce chiffre augmente à 30, ce qui représente 71,42 % (figure1).

Autrement dit après une séance d'acupuncture point Chiapi, les résultats sont très satisfaisants. Cette réussite augmentera à peu près de 10 % après une deuxième séance.

Les autres résultats ont été ventilés selon : l'âge, le sexe, la quantité, la qualité, la durée, la dépendance, les années cigarettes, la première cigarette à jeun, la prise de l'alcool et la motivation.

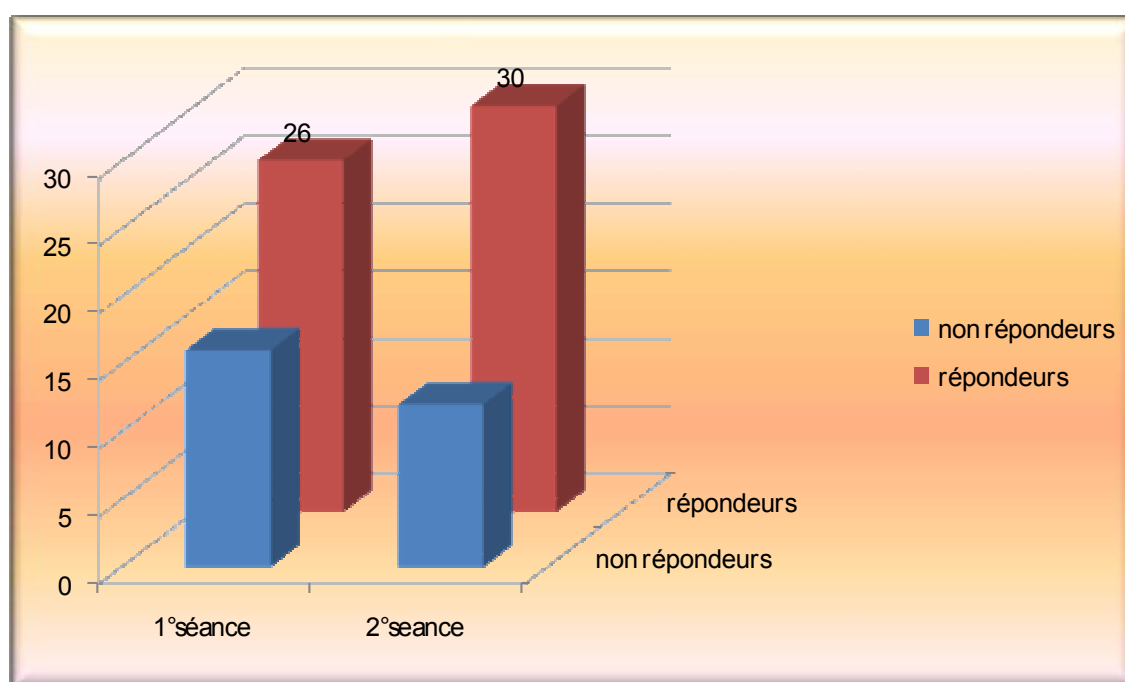


Figure 1: Efficacité de la méthode point Chiapi

Tableau I: Efficacité de la méthode point Chiapi

	Répondeurs	Non répondeurs
1 Séance	26	16
2 Séance	30	12

II. EFFICACITE SELON LES TRANCHES D'AGE :

Tableau II: Efficacité selon l'âge

	Répondeurs	Non répondeurs
Moyenne	45,7	45,9
Médiane	34	45,5

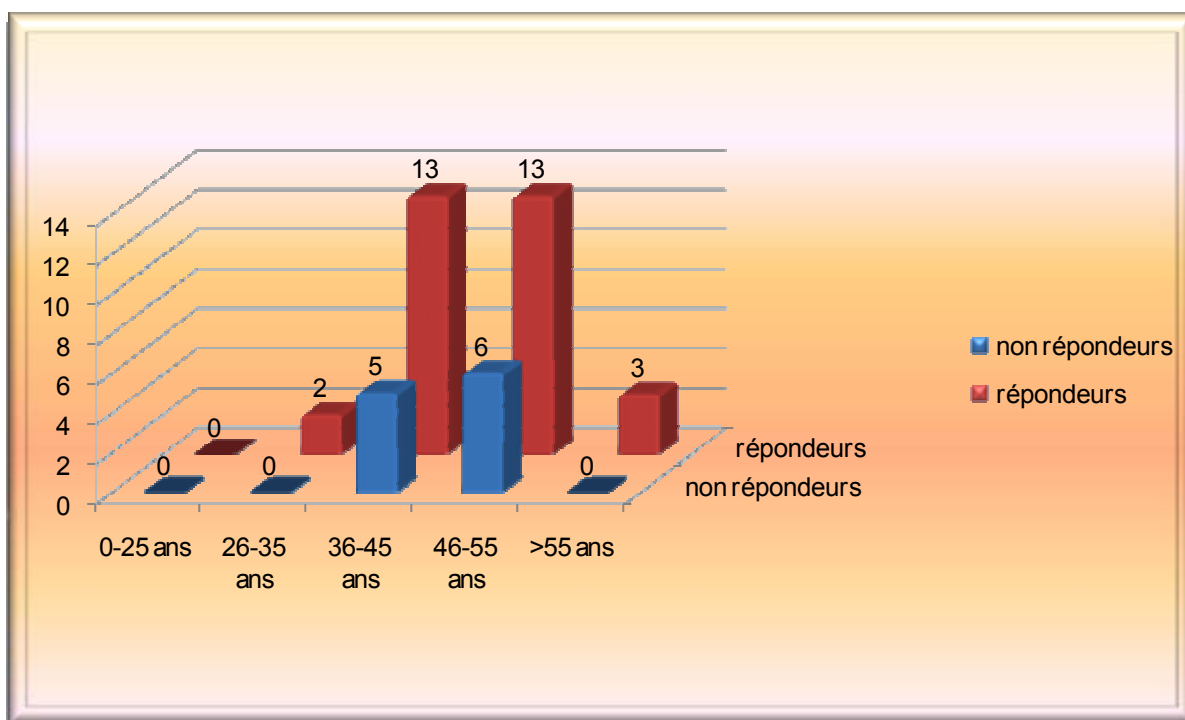


Figure 2: Efficacité selon les tranches d'âge

Selon ce diagramme on peut faire les conclusions suivantes:

- ❖ Aucun fumeur pour la tranche d'âge : [0-25 ans]
- ❖ Pour la tranche d'âge [26-35 ans] : 2 fumeurs ont complètement cessé de fumer, soit une réussite de 100 %.
- ❖ Pour la tranche d'âge [36-45ans] : 13 fumeurs ont complètement cessé de fumer parmi les 18 fumeurs soit un taux de réussite de 72,22 %.
- ❖ Pour la tranche d'âge [46-55ans] : 13 fumeurs ont complètement cessé de fumer parmi les 19 fumeurs soit un taux de réussite de 68,42 %.

- ❖ Pour ceux qui ont plus de 55ans : les 3 fumeurs ont complètement cessé de fumer, soit un taux de réussite de 100 %.

Conclusion : on ne peut pas prendre en considération les tranches d'âge [0-25 ans] et plus de 55 ans vu le petit nombre de fumeurs, à part ça on peut dire que l'efficacité de la méthode Chiapi est proportionnelle à la précocité de l'âge du fumeur, même si l'efficacité reste globalement élevée.

III. EFFICACITE SELON LE SEXE :

Sur les 24 hommes traités par la méthode Chiapi 19 fumeurs ont totalement cessé de fumer, ce qui nous donne 79,16 % d'arrêt total masculin, par contre sur 18 femmes traitée 7 fumeurs ont totalement cessée de fumer soit 61,11 % d'arrêt total féminin (tableau III) (figure 3).

Tableau III: Efficacité selon le sexe

	Répondeurs	Non répondeurs
Homme	19	5
Femme	11	7

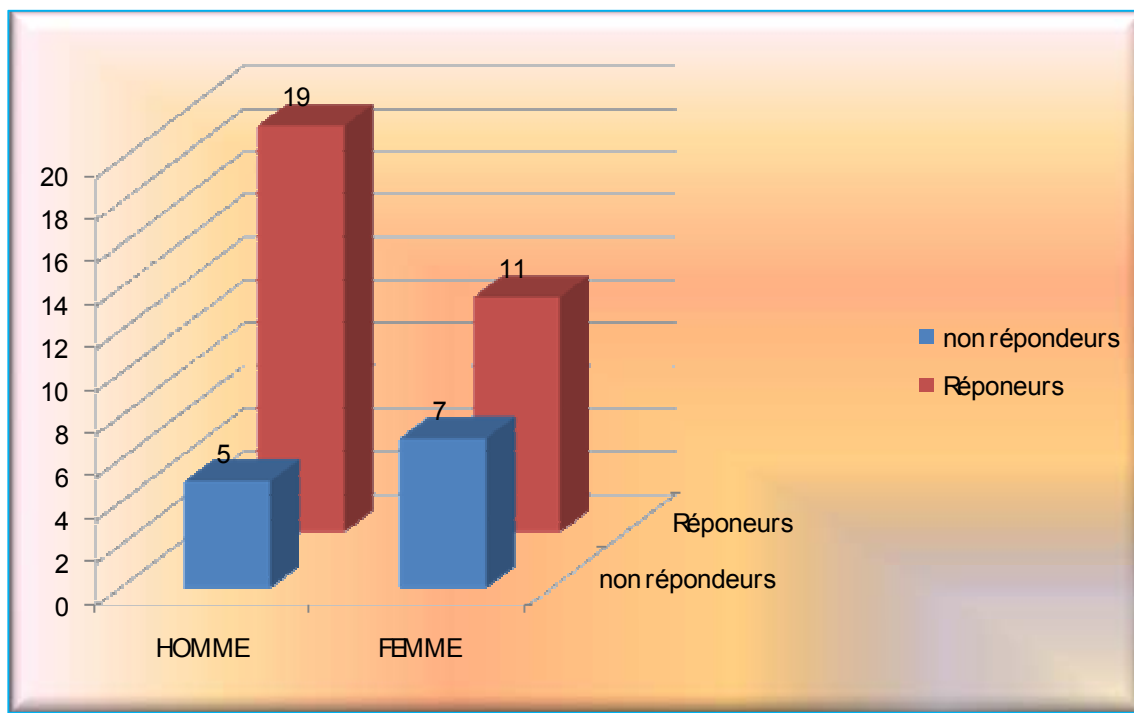


Figure 3: Efficacité selon le sexe

Cette différence est suffisamment significative pour conclure que les femmes s'arrêtent moins facilement que les hommes par cette méthode.

IV. EFFICACITE SELON LA QUANTITE FUMEE :

Tableau IV: Efficacité selon la quantité fumée

	Répondeurs	Non répondeurs
Moyenne	23,6	20,41
Médiane	20	20

L'analyse statistique des résultats de notre étude montre que la quantité du tabac fumée n'a eu aucune influence significative sur l'efficacité de la méthode Chiapi.

V. EFFICACITE SELON LA DUREE DU TABAGISME :

Tableau V: Efficacité selon la durée du tabagisme

	Répondeurs	Non répondeurs
Moyenne	23 ans	23,5 ans
Médiane	20 ans	20 ans

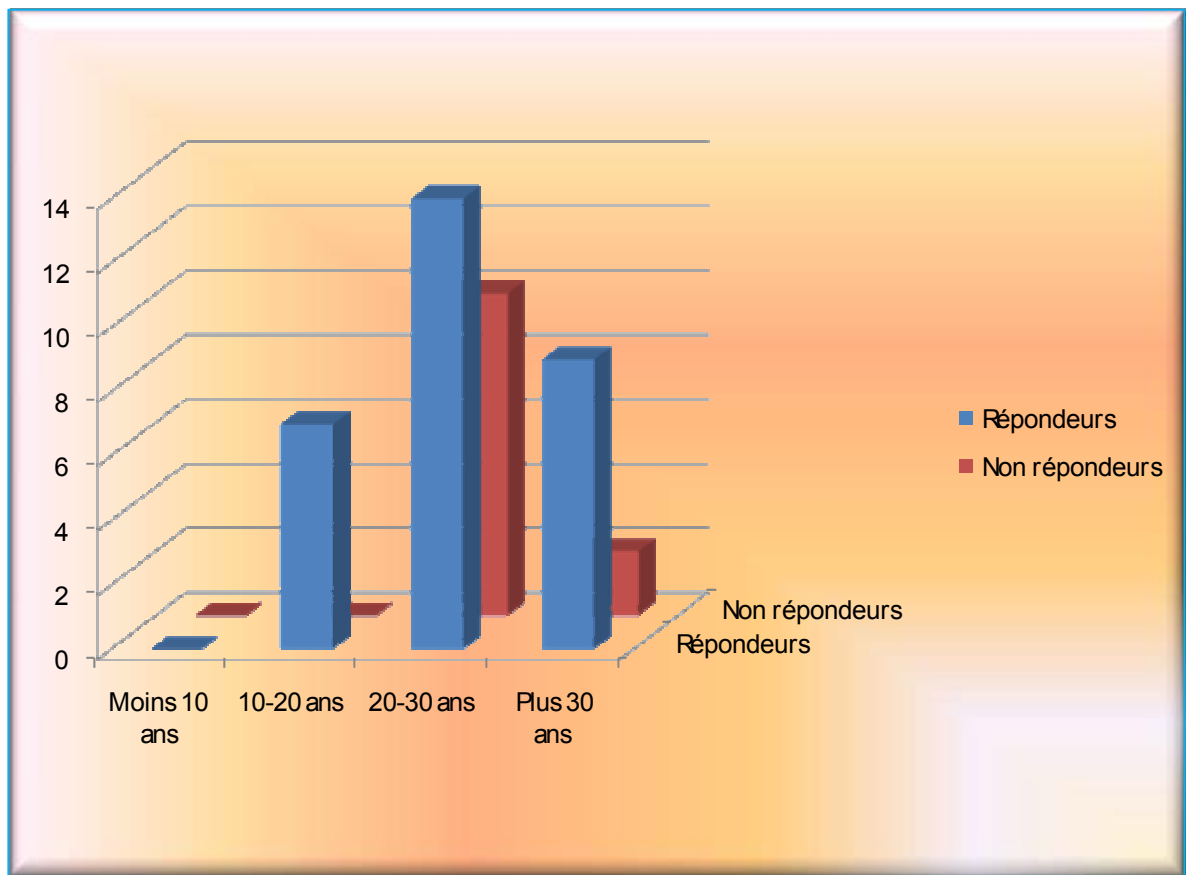


Figure 4: Efficacité selon la durée du tabagisme

Selon les résultats de ce diagramme on peut conclure que :

- ❖ 10-20 ans : 7 fumeurs parmi 7 ont totalement cessé de fumer, ce qui représente un taux de 100 %.
- ❖ 20-30 ans : 14 fumeurs parmi 24 ont totalement répondu, ce qui représente un taux de 58,33 %.

- ❖ Plus de 30 ans : 9 fumeurs parmi 11 ont totalement arrêté représentant alors un taux de 81,81 %.

En conclusion, la durée de la consommation du tabagisme n'a pas eu de valeur sur le sevrage du tabagisme par cette méthode.

VI. EFFICACITE SELON LES ANNEES CIGARETTES : (Ex : 1p/j pendant une année=>1année cigarette)

Tableau VI: Efficacité de méthode selon les années cigarettes

Années cigarettes	Répondeurs	Pourcentage %
5-10	5/5	100
11-20	13/21	61,90
21-30	4/5	80
31-40	2/3	66,66
41-50	1/2	50
+50	5/6	83,33

A la vue de ces résultats, on peut supposer que le nombre des années cigarettes n'a pas eu d'influence sur l'efficacité de la méthode.

VII. EFFICACITE SELON LE DELAI DE LA PREMIERE CIGARETTE APRES LE REVEIL ET L'ASSOCIATION AVEC L'ALCOOL :

Selon le tableau VII, le délai de la première cigarette après la levée et l'association avec l'alcool n'ont pas eu d'influence sur l'efficacité de point Chiapi.

Tableau VII: Efficacité selon le délai de la 1^o cigarette après la levée et l'association avec l'alcool

	Répondeurs	Non répondeurs
1 ^o cigarette à la levée	25 /30	12/12
Alcool	6/30	4/12

VIII. EFFICACITE SELON LA MOTIVATION :

Selon le tableau VIII parmi les 30 répondants 18 sont motivés ce qui représente un taux de 60 %. Tandis que parmi les 12 non répondants ce taux atteint 75 % (9/12).

En conclusion, la motivation n'a pas eu de valeur prédictive sur le succès du sevrage.

Tableau VIII: Efficacité selon la motivation

Répondeurs	Non répondants
18/30	9/12

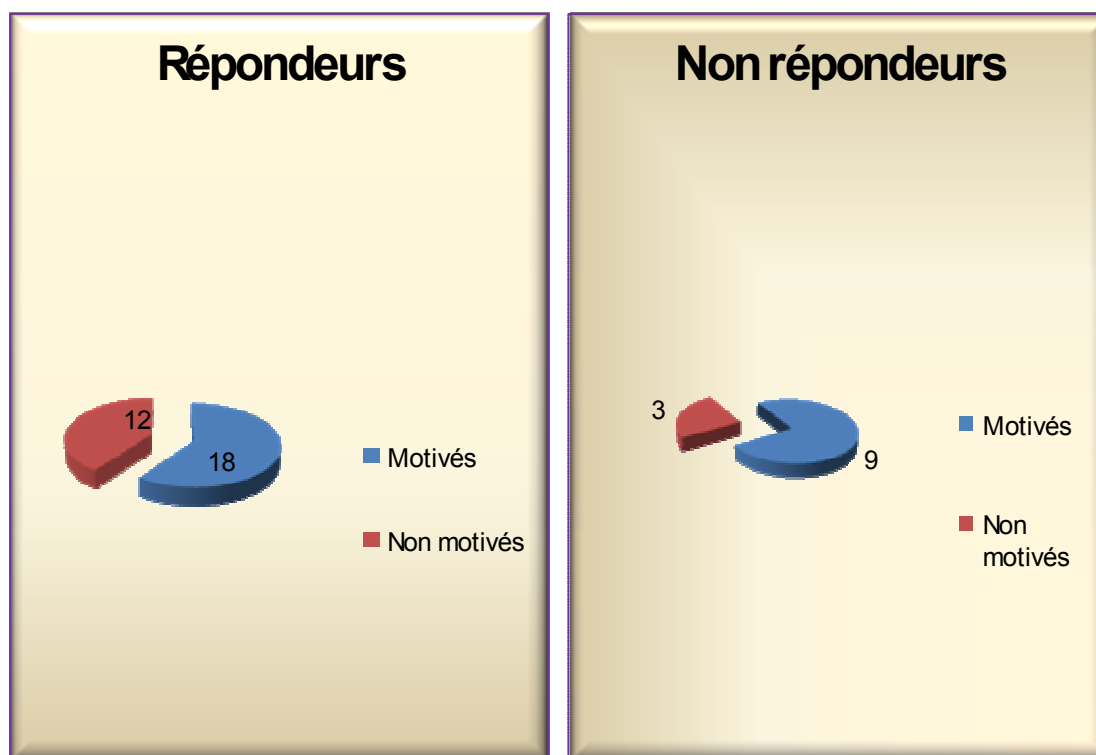


Figure 5 : Efficacité selon la motivation

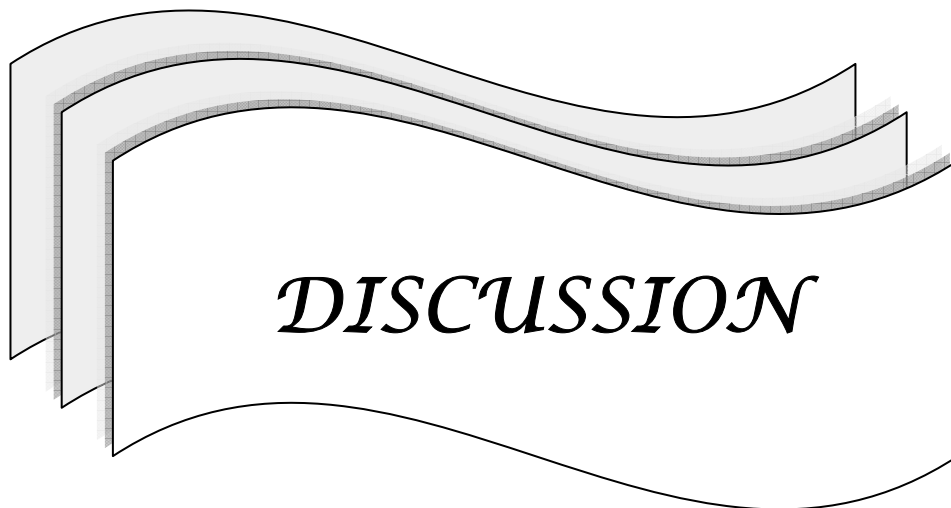
IX. EFFICACITE SELON LA DEPENDANCE :

Tableau IX: Efficacité de la méthode selon la dépendance

Répondeurs	Non répondants
26/30	12/12

Les résultats de notre étude montre que parmi les 30 fumeurs qui ont répondu à la méthode 26 sont dépendants, ce qui représente un taux de 86 %, par contre ce taux atteint 100 % chez les non répondants.

Donc, il n'y a pas eu une grande différence, ce qui nous permettra de dire que la dépendance n'a pas eu une grande influence sur l'efficacité de la méthode Chiapi.



DISCUSSION



Figure 6: Comment peut-on se libérer du tabac ?

I. GRAVITE DU TABAGISME :

1- Introduction :

Depuis les premiers travaux épidémiologiques publiés en 1950 par Doll et Hill évoquant la nocivité du tabac [3], la liste des pathologies associées au tabagisme n'a cessé de s'étendre.

En fait, les principales causes de décès attribuables au tabac sont les cancers des bronches et des voies aérodigestives supérieures (VADS), les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques.

Les effets observés aujourd'hui sont les conséquences du tabagisme des années 1950 à 1970. Il est donc possible d'établir les prévisions de morbidité et de mortalité à partir des chiffres du tabagisme actuel.

2. Mortalités liées au tabac [4]:

Selon l'OMS, le tabac est responsable de près de 3 millions de décès par an dans le monde (6 % de la mortalité globale), dont plus de 500 000 décès féminins.

La moitié de ces décès est due aux cancers, l'autre moitié est due aux maladies cardiovasculaires et respiratoires. Les hommes paient un plus lourd tribut au tabagisme que les femmes, ce qui s'explique par le caractère plus récent du tabagisme féminin.

Les projections 2010–2020 font état de 10 millions de décès annuels, dont 30 % dans les pays industrialisés et 70 % dans les pays en voie de développement.

3. Cancer :

3-1 Cancer bronchique [5] [6]:

Le tabac est responsable de la quasi-totalité des cancers bronchiques qui est devenu le plus meurtrier des cancers chez l'homme par un taux de 1,2 million par an dans le monde par

contre, ce chiffre chez la femme est de 337 000 par an, soit près du quart des cancers bronchopulmonaires.

Le risque de cancer est proportionnel à quatre paramètres: la consommation cumulée, la durée d'exposition, la précocité d'âge de début du tabagisme et l'exposition simultanée à d'autres carcinogènes. La mortalité par le cancer du poumon commence à diminuer chez l'homme, mais est en augmentation chez la femme.

3-2 Cancer des voies aérodigestives supérieures :

Il regroupe les cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage dont son risque de survenu est proportionnel à la consommation du tabac et l'alcool qui agissent de façon synergique.

3-3 Autres cancers :

De nombreuses études épidémiologiques ont montré que le tabac augmentait plus modestement le risque relatif de cancer de divers organes : cancers de vessie dont 30 % sont attribuables au tabagisme, cancer du pancréas et du col de l'utérus.

4. Maladies respiratoires [7] :

Les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO: emphysème, bronchite chronique) sont fréquentes et graves. De même que pour le cancer bronchique, les facteurs de risque sont multiples mais le rôle du tabagisme est majeur, puisque l'on estime que 80 à 90 % des BPCO sont liées au tabac, et que le risque augmente avec le nombre de cigarettes fumées (relation dose/effet). Toutefois, à tabagisme identique, les conséquences varient d'un individu à l'autre en fonction des caractéristiques individuelles mal définies. À ce jour, l'arrêt de la consommation de tabac est la première mesure thérapeutique efficace ; la deuxième étant l'oxygénothérapie de longue durée.

L'importance de cet arrêt de la consommation du tabac est centrale, car même s'il existe des rechutes, les arrêts temporaires se traduisent par une meilleure fonction respiratoire par rapport aux fumeurs qui n'arrêtent pas du tout.

La mortalité par bronchopneumopathie chronique obstructive va augmenter lors des 20 prochaines années et se placer au troisième rang des causes de mortalité dans le monde [4].

5. Maladies cardiovasculaires :

Le tabac est un facteur de risque d'athérosclérose à l'origine d'accidents d'occlusion vasculaire. On estime le nombre de décès par maladie cardiovasculaire à 170 000 par an, dont 30 % sont attribuables au tabagisme chez les hommes dans la tranche d'âge de 35 à 69 ans.

L'artériopathie des membres inférieurs s'observe presque exclusivement chez les fumeurs, le risque d'artériopathie chez un fumeur de plus de 15 cigarettes par jour est 9 fois supérieur à celui du non-fumeur. L'évolution de la maladie est influencée de façon néfaste par la poursuite du tabagisme.

Le risque d'occlusion des pontages artériels est également multiplié par 3 chez le fumeur, à l'inverse, l'arrêt du tabac réduit de plus de 30 % les indications chirurgicales et divise par 4 le taux de mortalité à 10 ans.

La consommation de tabac multiplie par 3 à 5 le risque d'infarctus du myocarde et de mort subite. Il peut être à l'origine de troubles du rythme ventriculaire [8].

Le tabagisme intervient dans les AVC principalement d'origine ischémique, néanmoins, pour ces accidents, le principal facteur reste l'élévation de la pression artérielle.

Le fait de fumer une cigarette entraîne une élévation tensionnelle, avec une augmentation moyenne de 11 mm Hg pour la pression artérielle systolique (PAS) et de 9 mm Hg pour la pression artérielle diastolique (PAD). Cette élévation est due à des modifications vasomotrices aiguës, liées à l'action de la nicotine qui se prolonge pendant 20 à 40 minutes, avec parallèlement une accélération du pouls de l'ordre de plus de 40 % en moyenne.

Des modifications de la microcirculation sont également présentes, bien évaluées par le laser-doppler; le flux microcirculatoire cutané est réduit de façon rapide et le spasme artériolaire se maintient pendant toute la durée où la cigarette est fumée [8].

6. Maladies infectieuses :

Le tabac expose à un risque majoré d'infections respiratoires et extra respiratoires, en particulier les méningites bactériennes dont le portage initial est souvent respiratoire [3]. Le risque infectieux lié au tabac est sous-estimé car ses conséquences individuelles sont souvent moins graves que celles des autres maladies liées au tabac. Cependant, les nombreuses consultations médicales correspondantes et le volume considérable de prescriptions d'antibiotiques qu'elles engendrent ont un impact majeur sur l'économie de la santé [9].

7. Tabagisme passif :

Il existe deux grands types de tabagisme passif [10], l'un, très spécifique, qui concerne le fœtus et l'autre banal et fréquent appelé tabagisme environnemental. À volume égal, le courant latéral est plus concentré en toxiques que le courant primaire inhalé par le fumeur.

L'absence de marqueur quantitatif fiable et de mesure précise de durée d'exposition explique les résultats contradictoires des études faites dans le sens de préciser les risques sanitaires chez les exposés au tabac de l'autrui. Il est admis que le risque relatif des infections des voies respiratoires (rhinopharyngites, bronchites) et des exacerbations d'asthme est augmenté chez les enfants exposés au tabagisme parental. En revanche, le tabagisme passif ne semble pas influencer de façon très nette le risque de cancer bronchique et les pathologies interstitielles [11].

7-1 Mort subit du nourrisson (MSN) :

Ce drame résulte d'un processus multifactoriel dépendant de facteurs propres à l'enfant : âge (1 à 4 mois), sexe (G > F), prématurité, petit poids de naissance, absence d'allaitement

maternel, vaccins, de facteurs familiaux (conditions socioculturelles défavorables, antécédents de MSN dans la fratrie, jumeau survivant) et de facteurs environnementaux (hiver, tabagisme, position ventrale).

Situé immédiatement après le mode de couchage, le risque relatif de MSN lié au tabagisme varie entre 2 et 5 et ne doit pas être négligé.

Par ailleurs, la prématurité et le petit poids de naissance augmentent le risque de MSN, avec un risque relatif de 2 à 10, impliquant par là même indirectement le tabagisme maternel. Le risque relatif de MSN passe de 2,5 pour une consommation maternelle de moins de 20 cigarettes/jour à 3,4 pour plus de 20 cigarettes/jour, et de 4,4 à 7,4 en cas d'association avec un tabagisme paternel.

7-2 Pathologies infectieuses :

Le tabagisme anténatal puis environnemental joue un rôle prépondérant sur les problèmes respiratoires des premières années de la vie [12]. Il est responsable d'altérations de la fonction respiratoire à type d'obstruction bronchique distale [13]. Ces perturbations favorisent les sifflements respiratoires au cours des épisodes infectieux respiratoires [13] et les hospitalisations pour dyspnée spastique sont plus fréquentes.

Chez l'enfant, les infections des voies aériennes hautes et basses sont favorisées par le tabagisme passif, avec une relation dose-effet nette. Les risques croissent progressivement selon que le père seul, la mère seule, ou les deux parents fument. Cette progression est moins nette lorsque l'enfant est plus âgé alors que ces risques infectieux sont aggravés si l'enfant a moins de 2 ans.

La fréquence de survenue d'une otite moyenne aiguë est augmentée et proportionnelle à la dose absorbée. Le temps de guérison de ces affections ORL est allongé par rapport à celui d'enfants non exposés au tabagisme passif et l'indication d'adénoïdectomie est multipliée par 4.

Chez l'adulte, le tabagisme passif a été suggéré comme un facteur de risque pour la survenue des affections respiratoires aiguës et des otites [10].

7-3 Maladie asthmatique :

Des études récentes suggèrent que le tabagisme maternel pendant la grossesse est responsable d'obstruction bronchique distale apparaissant avant les dernières semaines de gestation. Il est observé chez ces nouveau-nés une diminution significative du VEMS [12] et de la compliance avec une augmentation de la résistance et de la capacité résiduelle fonctionnelle témoignant d'une réduction du calibre des voies aériennes. La survenue d'un wheezing chez le nourrisson est un facteur prédictif de survenue d'un asthme chez les très jeunes enfants. La gravité de la symptomatologie est directement corrélée au tabagisme maternel, avec une relation dose-effet et une majoration nette du risque de consultation aux urgences hospitalières.

Chez l'enfant atopique ; le risque de survenue d'un asthme est nettement augmenté chez les enfants sensibles aux acariens et soumis au tabagisme passif durant les 2 premières années de leur vie.

En cas d'arrêt de l'exposition durant la grossesse, 5 à 15 % des cas d'asthme seraient prévenus chez les enfants.

7-4 Bronchopneumopathies chroniques obstructives :

Il n'existe pas, à proprement parler, de BPCO liée au tabagisme passif. Toutefois, les fonctions respiratoires des conjoints de fumeurs sont altérées avec une chute modeste mais constante du VEMS. Le tabagisme passif est un facteur de risque pour la survenue des affections respiratoires aiguës et chroniques et des otites.

Ceci se traduit par une augmentation des symptômes respiratoires avec augmentation de la réactivité bronchique.

II. Fléau du tabagisme :

Le tabagisme est la deuxième cause de décès dans le monde, il est actuellement responsable de la mort d'une personne sur dix dans le monde (environ 5 millions de décès). Si la

consommation actuelle de la cigarette continue, il va entraîner quelques 10 millions de décès chaque années d'ici 2020.

La moitié des personnes qui fument aujourd'hui (environ 650 millions de personnes) vont finalement être tué par le tabac, ce dernier constitue le quatrième courant facteur de risque de maladie dans le monde entier.

En plus des frais élevé des traitements des maladies causées par le tabac, celui-ci tue les gens à la hauteur de leur productivité, privant les porteurs des familles et des nations d'une main d'œuvre saine, d'autant plus que les utilisateurs du tabac sont moins productifs à cause des maladies engendrées par le tabac.

En 2008 l'OMS a présenté le programme MPOWER qui comporte une série de mesures dont l'objectif est d'aider les pays ayant signés la convention cadre pour la lutte antitabac –y compris le Maroc mais qui ne l'a pas encore ratifié –ce programme se résume en six points :

1. Surveiller la consommation du tabac et les politiques de prévention
2. Protéger la population contre la fumée du tabac
3. Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
4. Mettre en garde contre les dangers du tabagisme
5. Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
6. Augmenter les taxes sur le tabac.

Seuls, 21 pays abritant 6,2 % de la population mondiale, taxent le tabac à plus de 75 % du prix de vente au détail. Cependant les recettes fiscales sur les ventes du tabac sont 173 fois plus élevées que les sommes dépensées pour la lutte antitabac [14].

L'OMS a consacré le 31 Mai 2010 au sujet tabac et appartenance sexuelle. On compte, dans le monde, plus d'un milliard de fumeurs dont 20 % environ sont des femmes. Toutefois, l'épidémie du tabagisme parmi les femmes est en augmentation dans certains pays.

L'augmentation de la prévalence du tabagisme parmi les jeunes filles est particulièrement préoccupante. Le nouveau rapport de l'OMS, intitulé :<<Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain>> montre que la publicité en faveur du tabac cible de

plus en plus les jeunes filles. Il ressort de données de 151 pays qu'environ 7 % des adolescentes, contre 12 % des adolescents, fument des cigarettes. Dans certains pays, il y a presque autant de filles que de garçons qui fument. Il est donc important que les politiques de lutte antitabac tiennent compte, pour chaque sexe, des normes, des différences et des réactions vis-à-vis du tabac afin de réduire la consommation du tabac et d'améliorer la santé des hommes et des femmes partout dans le monde".

La Convention Cadre, qui est entrée en vigueur en 2005, exprime une inquiétude quant à l'augmentation de la consommation de cigarettes et d'autres formes d'usage du tabac chez les femmes et les jeunes filles partout dans le monde. Elle reconnaît la nécessité de stratégies sexospécifiques de lutte antitabac, ainsi que "d'une pleine participation des femmes à tous les niveaux de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac.

À l'occasion de la journée mondiale 2010 sans tabac et tout au long de l'année qui suivra, l'OMS encouragera les pouvoirs publics à tenter de déjouer les tentatives de l'industrie du tabac pour attirer les femmes vers un produit qui les rendra dépendantes à vie de la nicotine.

La consommation du tabac pourrait faire un milliard de morts au cours du siècle. Si l'on admet qu'il est important de réduire la consommation du tabac chez les femmes et si l'on prend des mesures à cet égard, de nombreuses vies pourraient être sauvées.

Quant au Maroc, il est considéré comme l'un des grands consommateurs du tabac dans la zone méditerranéenne avec plus de 15 milliards cigarettes par an, chaque jour au moins 14 cigarettes est fumées par l'homme et 12 par la femme, actuellement on ne dispose aucun chiffre exacte concernant le nombre de décès lié au tabac. Cependant une étude transversale a été conduite par Dr Fakir et al. sur un échantillon représentatif de la population marocaine (9195) âgée entre 15 et 75 ans, a conclu que 52 % étaient des hommes et 27,8 % des enquêtés avaient un faible revenu (<2000DH/mois) et 9,9 % des cas avaient un revenu élevé (+6000DH/mois). La prévalence globale des fumeurs selon l'étude est de 18,0 % (IC95 % :17,2-18,8) :31,5 % (IC95 % :30,2-32,9) chez l'homme et 3,3 % (IC95 % :2,8-3,8) chez la femme. Cette étude a trouvé également que 14,5 % sont des fumeurs quotidiens et 3,5 % des fumeurs occasionnels et que 11 % des personnes sondées reconnaissent avoir fumé avant d'arrêter la consommation du tabac.

Cette étude révèle également que l'âge moyen des fumeurs est de 17,6 ans et que plus de 60% des fumeurs appartiennent à la tranche d'âge 20-39ans. De même, 41,7 % sont victimes du tabagisme passif et plus de 90 % pensent que le tabac nuit dangereusement à la santé.

La quasi-totalité des sujets enquêtés (94,4 %) considéraient le tabagisme comme une habitude nocive pour la santé. Le niveau des connaissances des risques liés à l'usage du tabac était significativement plus élevé chez les personnes qui avaient un revenu élevé ($p < 0,00001$), les répondants qui avaient un faible revenu étaient moins informés de la relation entre le tabac et cancer que ceux à revenu élevé (55 % versus 71,5 %).

Ces résultats soulignent l'importance d'améliorer les connaissances sur les effets du tabac et particulièrement dans la population défavorisée.

Selon une enquête nationale sur les habitudes et les comportements des fumeurs publiée en 2008, le fumeur marocain dépense en moyenne 22 DH par jour pour l'achat du tabac (30 % du SMIG).

Le Maroc déploie un effort louable pour lutter contre ce fléau, depuis le lancement du programme "Collèges, lycées et entreprises sans tabac" dont le coup d'envoi avait été lancé en novembre 2007 par SAR la princesse Lalla Salma, plusieurs activités ont été réalisées. Les audits tabac, réalisés au niveau de plus de 800 établissements scolaires, 114 hôpitaux et toutes les entreprises concernées par le projet, ont révélé que le taux des fumeurs parmi les collégiens et les lycéens varie entre 1 et 5 %, alors que chez les enseignants ce taux varie entre 5 et 18 % selon les régions. Pour ce qui est du volet formation, celui-ci a concerné 800 professionnels de santé, dont 590 médecins et 20 assistantes sociales en tabacologie et sevrage tabagique. Le volet consultations spécialisées a porté sur la création de 400 consultations de sevrage tabagique au niveau des centres de santé et 60 au niveau des hôpitaux. Un total de 700 clubs de santé antitabac a été créé. Ces clubs ont pour objectif de sensibiliser les élèves et les enseignants sur les dangers du tabac. Des tables rondes, des conférences, des compétitions sportives, des concours de dessin sont organisés dans ce cadre [15].

Nul ne nie que le Maroc fourni de grands efforts pour bannir le tabagisme. Mais en vain, la proposition d'une loi relative à l'interdiction de la consommation du tabac dans les lieux

publics, ainsi que la vente aux mineurs n'est pas suffisante. Il est vrai qu'il y a eu une certaine réflexion par rapport à ce texte qui vient pour compléter la loi 15-91 en vigueur, et il est vrai aussi que la ministère de tutelle a salué cette initiative qui vise la protection des citoyens et particulièrement les jeunes et les mineurs. Mais nous espérons toujours une vraie campagne de sensibilisation quant aux dangers de ce fléau, et surtout une continuité du programme initié par la princesse Lalla Salma, pour arriver à expatrier le tabac dans tous les lieux publics.

III. INTERET DU SEVRAGE MEDICAL ASSISTE :

1- Introduction :

Le fardeau constitué par les pathologies associées à la consommation du tabac justifie la poursuite des efforts de lutte contre le tabagisme. L'arrêt de la consommation tabagique offre des bénéfices pour l'individu lui-même, mais aussi pour son entourage. Il se heurte néanmoins à certaines difficultés, liées aux caractéristiques particulières de la dépendance tabagique, qui rendent nécessaire une aide individuelle au sevrage.

2- Bénéfices de l'arrêt du tabac :

L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de quatre facteurs: la consommation moyenne quotidienne du tabac, la durée du tabagisme et l'âge de début du tabagisme et l'exposition simultanée à d'autres facteurs carcinogènes. En effet, arrêter la consommation du tabac permet de diminuer la durée du tabagisme qui apparaît comme le facteur de risque le plus important. Ces bénéfices ont été mis en évidence en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac, notamment les maladies cardio-vasculaires et le cancer broncho-pulmonaire.

2-1 Bénéfices en termes de mortalités :

L'arrêt du tabac réduit la mortalité totale globalement, et celle liée aux maladies cardiovasculaires et au cancer du poumon particulièrement. Ainsi la mortalité toutes causes dans la tranche d'âge 65-74 ans était comprise entre 22,7 et 36,4 pour 1000 chez les anciens fumeurs, alors qu'elle s'élevait à 50,7 pour 1000 chez les médecins qui avaient continué à fumer selon une étude britannique [16].

Les bénéfices de l'arrêt du tabac en termes de mortalité spécifique ont également été démontrés, notamment la diminution du risque lié à la mortalité par le cancer pulmonaire et par infarctus du myocarde après l'arrêt du tabac [16] [17]. La réduction du risque de mortalité était retrouvée quels que soient le sexe, la durée de suivi, le site et la période de l'étude.

Si l'arrêt du tabac permet de réduire la mortalité de façon constante, les bénéfices s'avèrent plus importants quand le sevrage tabagique est plus précoce [1]. Cependant, il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge. Doll et al. ont ainsi estimé le gain d'espérance de vie à 3 ans chez un fumeur de 60 ans si celui-ci s'arrête de fumer. Ce gain atteignait 6 ans si l'arrêt avait lieu à l'âge de 50 ans, 9 ans s'il avait lieu à 40 ans. Enfin la courbe de survie des ex-fumeurs se superposait à celle des non-fumeurs si l'arrêt avait lieu à 35 ans.

2-2 Bénéfices en termes de morbidité :

Si l'arrêt du tabac permet de réduire la mortalité, il entraîne également de façon constante une diminution des risques de survenue ou d'aggravation des pathologies associées au tabagisme.

Ainsi, le risque de survenue d'un cancer broncho-pulmonaire diminue après l'arrêt de la consommation tabagique. Le risque cumulé de cancer broncho-pulmonaire (jusqu'à l'âge de 75 ans) chez des personnes ayant continué de fumer régulièrement et chez des sujets ayant arrêté, en fonction de l'âge à l'arrêt était de 16 % chez les sujets ayant continué à fumer, 10 % chez les sujets ayant arrêté à 60 ans, 6 % chez ceux ayant arrêté à 50 ans et 2 % chez les sujets ayant arrêté à 40 ans [18].

Le sevrage tabagique améliore également les résultats des explorations fonctionnelles chez les bronchitiques chroniques [17] [19].

Les bénéfices de l'arrêt du tabac sur le plan cardio-vasculaire interviennent encore plus rapidement. Ainsi le risque de survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral diminue de 50 % dans les deux ans après un sevrage tabagique. L'arrêt de la consommation tabagique apparaît également souhaitable chez des personnes atteintes de pathologies aggravées par le tabac (hypertension artérielle, diabète de type 1 et 2, insuffisance rénale, asthme) afin de stabiliser ou de ralentir l'évolution de ces maladies [20].

Selon la conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire, les bénéfices prouvés de l'arrêt du tabac avant une intervention chirurgicale varient en fonction du délai préopératoire : un arrêt du tabagisme 6 à 8 semaines avant l'intervention entraîne la disparition du risque de complications opératoires dues au tabac ; 3 à 4 semaines avant l'intervention, il apporte un bénéfice sur tous les paramètres opératoires ; survenant même 12 à 48 heures avant l'intervention, il permet une baisse du CO circulant et donc une meilleure oxygénation. La poursuite du sevrage tabagique durant le temps nécessaire à la cicatrisation (2-4 semaines) et éventuellement à la consolidation osseuse (2-4 mois) favorise les suites opératoires.

Enfin, des bénéfices ont été démontrés chez la femme enceinte en cas d'arrêt du tabac avant la grossesse ou au cours des 3 à 4 premiers mois. Ils concernent aussi bien le poids de naissance que le risque de rupture prématurée des membranes ou d'hématome rétro-placentaire.

En conclusion, la conférence de consensus de l'ANAES de 1998 portant sur l'arrêt de la consommation du tabac a rappelé que l'arrêt de la consommation tabagique doit intervenir le plus tôt possible. Cependant, quel que soit l'âge, encourager et inciter à l'arrêt permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour la santé.

3- Nécessité d'une aide au sevrage tabagique :

Si les bénéfices démontrés de l'arrêt du tabac en termes de mortalité comme de morbidité confortent l'intérêt d'un sevrage tabagique, les caractéristiques particulières de la dépendance tabagique justifient la nécessité d'une aide individuelle à l'arrêt du tabac,

notamment chez certains fumeurs. Certes, la plupart des fumeurs qui s'arrêtent le font seuls, mais l'essentiel des plus fortement dépendants sont en échecs répétés lors de leurs tentatives d'arrêt, ils constituent ce que G. Lagrue appelle « le noyau dur » des fumeurs qui méritent une aide spécialisée [21]. Parmi ces derniers, on distinguera les «fumeurs récalcitrants – Hard Core Smokers» fortement dépendants, issus des couches sociales les plus humbles, faibles consommateurs de soins, peu sensibles aux messages de prévention et les « gros consommateurs – Heavy Chronic Smokers » dont la consommation est supérieure ou égale à 15 cigarettes, de dépendance élevée qui échouent dans leurs tentatives spontanées d'arrêt [21] [22]. Près de 50 % des échecs du sevrage surviennent au cours du premier mois de la tentative et le taux de réussite à 12 mois avoisine au mieux 30 %. Enfin, les effets secondaires du sevrage sont d'autant plus sévères et fréquents que le niveau de dépendance est élevé [24].

4- Définition de l'arrêt du tabac [23][25] :

Évalué un jour donné, c'est une « prévalence instantanée » : aucune bouffée de cigarette ne doit avoir été prise ce jour-là, ce qui ne préjuge en rien d'une prise tabagique dans l'intervalle séparant deux évaluations. Il doit être continu depuis le début de la tentative. La durée de l'abstinence distingue trois types d'arrêts : récent (6 mois), persistant (12 mois), confirmé (24 mois). L'évaluation de l'arrêt associe l'interrogatoire et la mesure de marqueurs du tabagisme: taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré (COE) et/ou dosage de cotinine dans le sang ou urines, thiocyanates dans le sang ; les seuils d'abstinence retenus sont : CO expiré < 10 ppm, cotinine salivaire ou plasmatique : 15 ng/ml, urinaire : 50 ng/ml, thiocyanates plasmatiques : 78 - 84 mmol/l.

5- Tabagisme : un comportement renforcé par une dépendance physique et psychologique

Les difficultés rencontrées par certains fumeurs lors du sevrage tabagique, les taux de rechute élevés enregistrés ainsi que l'amélioration des connaissances des effets

neurobiologiques du tabac, notamment de la nicotine, alcaloïde supposé principalement responsable des effets addictogènes du tabac rendent la dépendance tabagique comme un phénomène complexe faisant intervenir à la fois des facteurs constitutionnels et environnementaux.

5-1 Dépendance tabagique :

Selon l'OMS, la dépendance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence. La tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses, peut ou non être présente. La dépendance correspond donc à un trouble du comportement caractérisé par la perte du contrôle de la consommation du produit par le sujet.

Il s'agit d'un comportement renforcé par une dépendance, dont la nicotine est en grande partie responsable. Il persiste cependant encore des zones d'ombre dans la compréhension des mécanismes de dépendance au tabac, qui n'impliquent sans doute pas que la seule action de la nicotine.

La compréhension du rôle de la nicotine dans la dépendance tabagique a bénéficié des progrès accomplis dans la connaissance des systèmes neurobiologiques de la récompense [26]. La densité des récepteurs nicotiques est, en effet, particulièrement élevée au niveau des neurones dopaminergiques du système mésolimbique qui gouvernent les réactions comportementales liées aux conduites affectives et émotionnelles. La fixation de la nicotine sur les récepteurs nicotiques provoque une libération de dopamine au niveau du noyau accumbens.

Le fort pouvoir addictif de la nicotine résulte de plusieurs facteurs. Les effets positifs de la nicotine sur l'humeur et le fonctionnement cognitif (augmentation de la concentration) constituent des éléments renforçateurs importants de la dépendance. Il existe également un effet cinétique lié à la voie d'administration de la nicotine. Un bolus de nicotine atteint le

système nerveux central en moins de 10 secondes après inhalation. Or plus une drogue atteint rapidement le système nerveux central, plus son pouvoir addictif est important.

Au total, si l'entrée dans le tabagisme est la conséquence de pressions sociologiques et culturelles, sa persistance est favorisée par l'installation progressive d'une double dépendance, impliquant des phénomènes de renforcement positif et négatif [25] :

- ► Une dépendance pharmacologique, liée à la nicotine authentifiée par l'apparition d'une tolérance et de symptômes de sevrage en cas d'arrêt ;
- ► Une dépendance non pharmacologique : le fumeur continue de fumer en dépit des risques et malgré une pression sociale et environnementale négative.

A la suite de l'initiation tabagique, apparaissent chez certains fumeurs des sensations ressenties comme positives, apportées par le tabac : sensations de plaisir, de satisfaction, de détente, de stimulation intellectuelle. La cigarette peut également être perçue comme un soutien dans les situations de stress ou un moyen d'affirmation de soi en cas d'anxiété sociale. Le renforcement positif correspond au renouvellement du comportement tabagique à la recherche de ces effets positifs. La consommation tend donc à devenir régulière et à augmenter en raison d'un phénomène de tolérance. En cas d'arrêt ou de diminution brutale de la consommation de tabac chez des fumeurs réguliers, peuvent survenir des troubles de l'humeur avec instabilité, irritabilité, nervosité, colère, anxiété, troubles du sommeil et symptômes dépressifs, correspondant à un syndrome de sevrage.

Chez certains fumeurs, la persistance du comportement tabagique a pour objectif de supprimer la sensation désagréable survenant lors du sevrage : il s'agit de renforcement négatif.

Les dépendances pharmacologique et non pharmacologique peuvent ou non coexister chez un même fumeur. La compréhension de ces phénomènes a permis de proposer des approches thérapeutiques complémentaires aux fumeurs, pharmacologiques et comportementales.

5-2 Mesure de la dépendance tabagique :

La reconnaissance de la dépendance nicotinique et de son intensité apparaît donc comme un temps essentiel afin d'évaluer les probabilités du succès initial et de la durée du sevrage et de choisir les moyens à proposer dans le cadre d'une aide au sevrage tabagique.

Deux types de méthodes sont utilisés pour évaluer la dépendance à la nicotine :

- ❖ Des questionnaires spécifiques : le test de Fagerström est l'instrument le plus utilisé pour mesurer l'intensité de la dépendance [20].
- ❖ Des marqueurs biologiques : permettent de quantifier le tabagisme dans certaines circonstances : le taux de CO dans l'air expiré, les taux urinaire et plasmatique de la cotinine. L'ANAES a considéré en 1998 que " le recours aux marqueurs biologiques n'était pas indispensable dans l'appréciation de la dépendance dans les conditions cliniques habituelles". Cela a été rappelé par l'AFSSAPS en 2003.

6- Tabagisme : une maladie chronique :

Les caractéristiques particulières de la dépendance tabagique font du tabagisme une maladie chronique. Elles influent en effet sur la motivation à l'arrêt du tabac et sont à l'origine de taux de rechute élevés.

6-1 Dynamique du sevrage tabagique :

La dynamique de l'arrêt du tabac dépend de quatre facteurs en interaction [25] : la dépendance pharmacologique, les dimensions de la personnalité, les stades du changement et les processus du changement.

La dynamique des stades de changement a fait l'objet de réflexions nombreuses. Les travaux sur le comportement tabagique ont ainsi cherché à proposer des descriptions dynamiques de l'arrêt du tabac.

Ainsi cinq grands stades de changement ont été décrits par Prochaska :

- ❖ Stade de la non-motivation : il concerne les fumeurs heureux qui ne se posent pas de question sur leur tabagisme ;

- ❖ Stade de la contemplation: il concerne les fumeurs qui déclarent envisager sérieusement d'arrêter de fumer dans les six prochains mois mais n'ont jamais fait de tentative d'arrêt ;
- ❖ Stade de la préparation: il concerne les fumeurs qui envisagent sérieusement d'arrêter de fumer dans les trente jours, et qui ont déjà fait au moins une tentative d'arrêt au cours des douze derniers mois ;
- ❖ Stade d'action : il concerne les sujets qui ne fument plus et ont arrêté depuis moins de six mois ;
- ❖ Stade de maintenance : il concerne les sujets qui ont arrêté de fumer depuis plus de six mois.

L'analyse du schéma de Prochaska présenté ci-dessous, peut aider le fumeur à reconstituer son histoire.

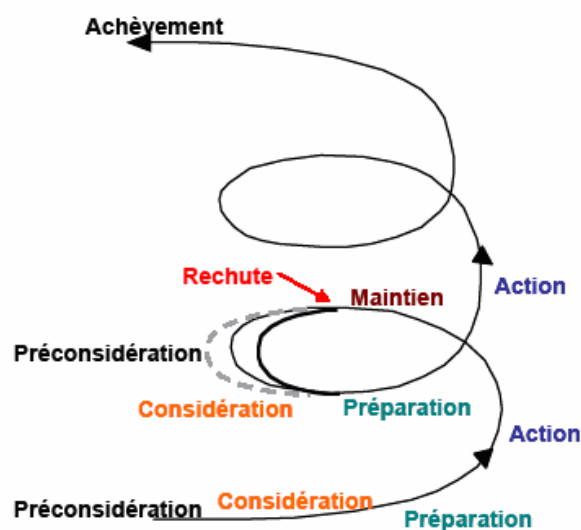


Figure 7 : Modèle de Prochaska illustrant les différentes étapes de changement au cours de la dépendance [25]

Bien que ce schéma présente des limites et ait fait l'objet de contestations, il constitue un apport intéressant dans l'aide au sevrage tabagique, permettant d'adapter la prise en charge proposée en fonction du stade de motivation du patient.

Enfin, l'envie d'arrêter était d'autant plus fréquente que la consommation quotidienne de tabac était élevée et que la dépendance à la nicotine était forte.

6-2 Facteurs de rechute :

Seule une minorité de fumeurs parvient à une abstinence permanente dès la première tentative d'arrêt, alors que la majorité persiste dans une consommation de tabac sur plusieurs années selon une alternance de périodes de rechutes et de rémissions. En l'absence de toute aide pharmacologique ou non pharmacologique à l'arrêt, les taux de sevrage tabagique apparaissent faibles. Ainsi selon une revue systématique réalisée par Hughes et al. en 2004, seuls 3 à 5 % des fumeurs étaient abstinents à 6-12 mois en l'absence d'une aide au sevrage tabagique. La plupart des rechutes survenaient au cours des 8 premiers jours de l'arrêt.

De nombreux facteurs concourent à la rechute de la consommation tabagique dans le cadre d'une tentative d'arrêt, parmi ces facteurs on peut citer : la persistance ou la reprise de la dépendance physique, la perte de motivation, le souvenir du plaisir pris à fumer, la prise de poids, la survenue d'un stress ou d'un événement douloureux, un stress chronique, une tension psychologique, la survenue d'une dépression, la convivialité et les pressions environnementales.

Par ailleurs, les facteurs prédictifs d'arrêt du tabac identifiés dans la littérature comprennent un haut niveau d'éducation ou socio-économique, une faible consommation de cigarettes, l'absence d'entourage fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début du tabagisme tardif, une durée de tabagisme brève, un long délai entre le réveil et la première cigarette et la forte motivation à l'arrêt [26].

Des facteurs tels que le sexe, l'âge, la vie en couple, un indice de masse corporelle élevé ou l'existence d'une maladie liée au tabac ont une relation moins claire avec le taux de succès.

7. Situations particulières :

Si la dépendance au tabac et son intensité doivent être systématiquement évaluées dans le cadre d'une aide au sevrage tabagique, d'autres caractéristiques individuelles du fumeur sont susceptibles d'influencer les modalités d'aide à l'arrêt de la consommation de tabac.

Les recommandations issues de la conférence de consensus de l'ANAES de 1998 ont notamment distingué cinq situations particulières [25].

7-1 Existence d'une maladie liée au tabac :

Alors que le lien entre consommation tabagique et risque cardio-vasculaire fait l'objet d'une large publicité et que les bénéfices d'un sevrage tabagique chez un patient atteint d'une coronaropathie sont rapides et importants, le comportement tabagique chez les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires semble peu influencé par la connaissance du risque potentiel.

Les études Euro Heart Survey on Secondary and Primary Prevention of Coronary Heart Disease I et II (EUROASPIRE) ont ainsi montré que la prévalence du tabagisme restait stable chez des patients ayant été hospitalisés pour une pathologie coronarienne et interrogés six mois après leur sortie de l'hôpital [27].

Parmi les facteurs pouvant expliquer la fréquence des rechutes chez les patients atteints de coronaropathies, l'une des causes les plus importantes est l'apparition d'un état anxio-dépressif non pris en charge. Ainsi de nombreuses études ont montré la fréquence des troubles émotionnels secondaires à la survenue d'un infarctus du myocarde, chez des patients sans antécédents psychiatriques.

7-2 Etat anxio-dépressif et co-addictions :

L'existence d'une association entre troubles anxio-dépressifs et tabagisme est clairement établie. La dépression constitue la comorbidité psychiatrique la mieux documentée. Ainsi la prévalence du tabagisme est plus élevée parmi les patients souffrant de dépression majeure.

De même, selon Glassman et al., le pourcentage de troubles dépressifs majeurs était deux fois plus élevé chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs ; de plus, les fumeurs ayant

un antécédent de dépression majeure avaient deux fois moins de chance d'arrêter de fumer que ceux ne présentant pas cet antécédent. De surcroît, l'arrêt du tabac peut induire une recrudescence des troubles dépressifs. Ainsi le risque d'épisode dépressif majeur est augmenté au cours des 6 mois suivant l'arrêt du tabac.

Les relations entre troubles anxieux et tabagisme sont plus complexes, ces troubles apparaissent le plus souvent après le début du tabagisme. Il semble également que l'arrêt du tabac puisse s'accompagner d'une amélioration de l'anxiété. Malgré la persistance de débats concernant les liens physiopathologiques entre consommation de tabac et troubles anxieux, il semble établi que les fumeurs présentant ce type de troubles ont plus de difficultés à s'arrêter de fumer.

Dès lors, selon les recommandations de l'AFSSAPS, il convient de rechercher les troubles anxieux et dépressifs (par des questionnaires comme l'HAD) avant de débiter un sevrage tabagique et de les prendre en charge [20].

D'autres pathologies psychiatriques sont associées au tabagisme. Ainsi la prévalence de la consommation tabagique est très élevée en cas de schizophrénie. Elle est également accrue chez les sujets ayant souffert d'une hyperactivité au cours de leur enfance. Le sevrage tabagique est souvent d'une extrême difficulté en cas de pathologie psychiatrique associée [20].

Enfin, le tabagisme est souvent associé à certaines co-addictions. En particulier, il existe une corrélation positive entre consommation d'alcool et de tabac dans la population générale. Cette association est dose-dépendante : les gros fumeurs boivent plus que les petits fumeurs et inversement les gros buveurs fument plus que les petits buveurs [25].

Par ailleurs les fumeurs présentant un abus ou une dépendance envers l'alcool rencontrent plus de difficultés pour arrêter de fumer. Selon l'AFSSAPS, il est donc recommandé de rechercher une addiction ou une consommation excessive d'alcool au moment de l'évaluation de la dépendance au tabac au moyen du questionnaire CAGEDTA (accord professionnel) [20].

7-3 Situation sociale particulière :

Si le tabagisme concerne l'ensemble de la population, il existe de gros écarts de consommation entre personnes en situation de précarité et personnes socialement insérées.

Ainsi, la consommation de tabac significativement plus élevée chez les populations précaires par rapport aux populations non précaires avec une différence moyenne de 30 %. De plus, la dépendance au tabac était plus forte chez les fumeurs en situation de précarité.

De fait, il existe une forte liaison entre le tabagisme et les indicateurs de précarité socioéconomique, qu'il s'agisse de l'initiation tabagique, de la progression vers l'usage régulier et de son maintien au cours de la vie [28]. Il semble que les personnes en situation de vulnérabilité sociale présentent des traits de personnalité particuliers qui les conduisent à porter une plus grande attention aux préoccupations immédiates, comme se nourrir ou se loger, faire face aux risques professionnels, aux dangers liés à l'environnement plutôt qu'aux projets à long terme [29]. Le tabac les aiderait à gérer ces difficultés de la vie quotidienne, l'arrêt du tabac ne pouvant devenir une priorité qu'après les avoir réduites ou réglées. Les conséquences bénéfiques de l'arrêt du tabac passent au second plan par rapport aux préoccupations quotidiennes.

Cette relation entre tabac et précarité n'est pas seulement déterminée par les caractéristiques individuelles des fumeurs. Elle est également renforcée par le regroupement de fait des populations défavorisées dans certaines zones d'urbanisation [25].

Ces populations de fumeurs précaires présentent par ailleurs la caractéristique de recourir moins fréquemment aux soins [25]. De plus, elles répondaient le plus souvent à la présence d'un symptôme majeur ou à une urgence, ce qui rendait plus difficile l'introduction d'une démarche de sevrage tabagique.

7-4 Adolescence :

Il existe un certain nombre de similitudes entre le tabagisme des adolescents et celui des adultes [25]:

- ❖ La fréquence de la dépendance nicotinique est élevée, la moitié des adolescents admettant des difficultés à l'arrêt du tabac ;

- ❖ Les représentations associées au tabac ne diffèrent pas fondamentalement de celles rencontrées chez les adultes, beaucoup d'adolescents considérant le tabac comme une drogue ;
- ❖ Les préoccupations de santé ne sont pas absentes chez les jeunes fumeurs.
- ❖ Le tabagisme des adolescents présente cependant certaines différences avec celui des adultes qui méritent d'être prises en compte :
- ❖ Le comportement des proches à l'égard du tabac détermine souvent celui des adolescents, le tabac pouvant être perçu comme un rite de passage à l'âge adulte;
- ❖ La prise en compte de critères économiques semble importante ;
- ❖ Le recours au dispositif de soins est rarement envisagé par l'adolescent fumeur ;
- ❖ L'offre de soins actuelle spécifiquement orientée vers les adultes s'avère ainsi peu adaptée au cas des adolescents.

IV. MOYENS DE SEVRAGE DU TABAGISME :

1. Prévention du tabagisme :

La législation est l'un des leviers les plus efficaces dans la lutte contre le tabagisme. Elle joue sur le prix du tabac, la réglementation dans les lieux publics, la vente aux mineurs et la publicité.

2. Prise en charge du fumeur :

2-1 Évaluation de la motivation :

La motivation est évaluée selon le modèle développé par Prochaska et Di Clémente qui définit le stade du patient dans l'évolution de son tabagisme et de lui proposer une aide adaptée.

Le conseil minimal donné par un professionnel de santé est efficace pour favoriser l'arrêt de la consommation tabagique avec un odds ratio de 1,69 (1,45–1,98) [30].

2-2 Dépression :

La dépression, plus souvent observée chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, diminue les chances de succès du sevrage. Il semblerait qu'il existe une influence plus importante de la dépression sur le tabagisme de la femme [31].

L'anxiété et la dépression peuvent être évaluées par un questionnaire de type HAD.

L'échelle de Beck permet également de préciser l'état dépressif.

2-3 Autres dépendances :

La dépendance au tabac est fréquemment associée à d'autres toxicomanies ; la plus fréquente est l'alcoolisme. Il existe une forte corrélation entre tabagisme et usage du cannabis et particulièrement chez les jeunes.

2-4 Evaluation de la dépendance :

Le test de Fagerström est d'utilisation simple. Il comprend 6 questions et tente d'évaluer la dépendance du patient sur une échelle entre 0 et 10 et a été proposé pour adapter la substitution nicotinique.

Une autre échelle a été récemment validée : il s'agit de « Cigarette Dependence Scale » (CDS) qui existe en 2 versions (5 ou 12 items) [30].

2-5 Consultation d'aide au sevrage :

Elle s'adresse à des patients motivés et volontaires. Il est souhaitable que les intervenants soient formés spécifiquement à la tabacologie. Plus qu'une simple consultation, il s'agit d'un programme d'aide établi sur plusieurs mois. Cette aide peut être associée à un traitement pharmacologique de type substitution nicotinique ou bupropion. Dans ces conditions les taux de sevrage à un an sont de l'ordre de 25 % [32].

3. Différents types de traitement :

3-1 Traitements pharmacologiques :

À ce jour deux types de traitement ont clairement fait la preuve de leur efficacité dans l'aide au sevrage tabagique : la substitution nicotinique et le bupropion.

a- Substitution nicotinique :

La substitution nicotinique consiste à remplacer temporairement et partiellement la nicotine apportée par le tabac, et ainsi à supprimer, au moins en partie, les symptômes liés au sevrage. Cette nicotine thérapeutique est « propre » et son mode d'administration ne permet pas de reproduire l'effet « bolus » de l'inhalation de la fumée de cigarette. L'odds-ratio global concernant la réussite d'un sevrage avec substitution nicotinique versus bras contrôle est de 1,71 (1,60-1,82). Cette efficacité est largement indépendante de la prise en charge psychologique globale du fumeur [32] (niveau 1). La dose initiale de la substitution nicotinique est adaptée à la dépendance du fumeur évaluée, notamment, par le test de Fagerström. Le traitement est ensuite modulé en fonction de la survenue des signes cliniques traduisant un sous-dosage ou un surdosage nicotinique.

La substitution nicotinique peut être proposée sous 5 formes différentes : les timbres nicotiniques, les gommes à mâcher, les comprimés sublinguaux, les comprimés à sucer et l'inhaleur. L'association de ces différentes substitutions nicotiniques est supérieure, en termes de sevrage au long terme à la substitution par un seul produit avec un odds-ratio de 1,9 (1,3-2,6) [32] (niveau 1).

b- Bupropion :

Le bupropion est un antidépresseur atypique, inhibant la recapture de la dopamine et de la noradrénaline, dont le mode d'action dans le sevrage tabagique est imparfaitement connu. Les doses efficaces sont de 300 mg par jour pendant 7 à 9 semaines précédées par une période de 6 jours à 150 mg afin de tester la bonne tolérance du produit. L'arrêt du tabac est à programmer au cours de la deuxième semaine du traitement. Dans ces conditions, le bupropion est efficace

pour le sevrage tabagique des fumeurs moyennement et fortement dépendants avec un odds ratio de 1,97 (1,67-2,34) [33] (niveau 1). Les principaux effets secondaires sont les crises d'épilepsies, les sécheresses de bouche et les insomnies.

c- Vareniciline [40]:

Il s'agit d'un agoniste partiel, qui se fixe sur le récepteur de la nicotine par le biais de l'acétylcholine. Sa demi-vie est de 17 heures. L'élimination est urinaire à 90 %. Une étude a été effectuée chez des sujets fumant plus de 10 cigarettes par jour, âgés de 18 à 65 ans. Elle comportait 5 bras avec 126 sujets dans chaque bras : placebo, Bupropion 150 mg x 2, Vareniciline 0,5 mg/j, Vareniciline 1 mg/j et Vareniciline 1 mg x 2/j.

Le taux d'abstinence à 10 semaines a été plus élevé (48 %) dans le bras Vareniciline 1 mg x 2, comparativement au groupe placebo (fig.8) [32].

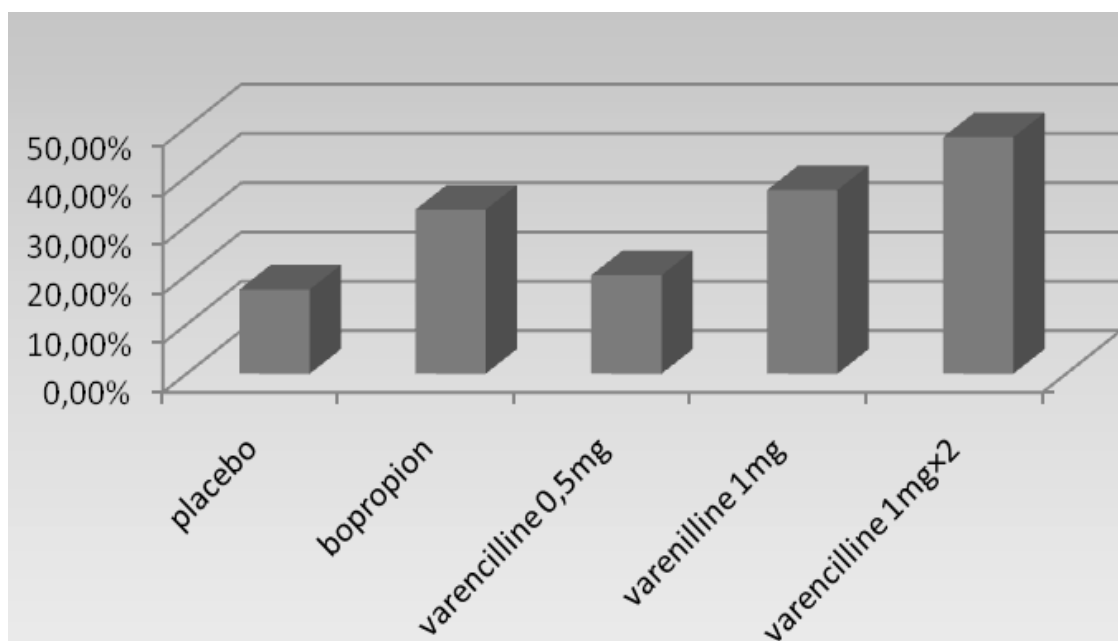


Figure 8 : Effet de la Vareniciline sur le taux de sevrage tabagique à 10 semaines [32]

Sur le plan clinique, les auteurs mentionnent une diminution très forte du plaisir de fumer. Cependant, les effets secondaires, en particulier digestifs, étaient très importants dans le bras Varencilline (tableau X). De plus, ils ne concernaient pas uniquement le début de traitement, comme c'est souvent le cas, mais pouvaient persister pendant toute sa durée. Il n'existe pas pour l'instant d'interactions médicamenteuses connues.

Enfin, aucune donnée n'est actuellement disponible chez les patients atteints de BPCO.

Tableau X : Effets secondaires de la Varencilline

Effets secondaires	Placebo %	Varencilline %
Nausées	19	52
Insomnie	22	35
Cauchemars	8	15
Flatulences	1	8
Dysgueusie	7	15

d- Rimonabant (SR 141716) [38]:

C'est un antagoniste des récepteurs aux cannabinoïdes. Il existe deux types de récepteurs CB1 (qui augmente l'appétit et diminue la douleur) et CB2 (diminue l'appétit et la douleur). De son côté, la nicotine agit au niveau neurologique en augmentant la dopamine.

L'administration de Rimonabant simultanément à la nicotine supprime le plaisir de fumer et diminue la motivation à s'administrer de la nicotine. Cet agent bloque donc le renforcement de la dépendance par la nicotine.

Plus la dose est augmentée plus l'efficacité est élevée et plus que les effets secondaires sont élevés et qui sont : les nausées, la fatigue et les vomissements. Ceci a conduit à essayer des doses plus faibles.

Sur le plan métabolique, le Rimonabant augmenterait le HDL-cholestérol et diminuerait les triglycérides aux doses 20 mg/20 mg, ce qui explique la diminution du poids chez les patients traités par une dose de 20 mg.

En l'état actuel des connaissances, il ne semble pas y avoir d'autres effets adverses. Cependant, de par le mécanisme d'action, de tels effets sont à craindre chez les consommateurs de cannabis.

Tableau XI : Efficacité et effets indésirables du Rimonabant dans l'aide au sevrage tabagique

	Taux abstinence à 10 semaines	Poids	Survenue d'événements indésirables
Placebo n = 261	16,1 %	+ 3 kg	2,3 %
Rimonabant 5 mg n = 262	15,1 %	+ 2,4 kg	1,5 %
Rimonabant 20 mg n = 261	27,6 %	- 0,8 kg	2,7 %

e- Vaccin contre la nicotine [39]:

Les effets addictogènes de la nicotine passent par sa fixation sur ses récepteurs cérébraux, qui vont activer le système dopaminergique. Le principe du vaccin est donc d'empêcher la pénétration de la nicotine dans le cerveau. Pour ce faire, la nicotine a été couplée à un vecteur viral de façon à induire la production d'anticorps qui, en se couplant à elles empêcheraient le passage de la barrière hémato-encéphalique.

Dans une étude de phase 1 chez 40 volontaires sains, non-fumeurs, une injection de vaccin a induit une augmentation des IgG, mais non des IgE. Un syndrome pseudo-grippal est survenu chez 50 % des sujets.

Une étude multicentrique de phase 2 randomisée (ratio 2:1), en double aveugle contre placebo a été effectuée chez 300 fumeurs avec un score de Fagerström > 5 ; Le taux d'abstinence global a été de 26 % dans le bras placebo et de 32 % dans le bras vaccin (différence non significative, p = 0,26). Le taux d'effets indésirables était comparable : 2,2 % dans le bras placebo et 2,7 % dans le bras vaccin la dose exacte et le rythme des injections restent encore à déterminer.

En conclusion, ces nouvelles molécules permettent d'obtenir, dans le meilleur des cas, un taux d'abstinence à long terme qui reste inférieur à 50 %. Cependant, elles pourraient constituer des armes thérapeutiques supplémentaires dans l'aide au sevrage tabagique. Les études à venir permettront de mieux préciser leurs indications.

Les patients allergiques et les maladies auto-immunes sont les principales contre-indications.

3-2 Thérapies cognitivo-comportementales :

Elles visent à modifier les comportements de l'individu. Le déroulement de ces thérapies en tabacologie est standardisé :

Il commence d'abord par l'analyse fonctionnelle qui permettra d'étudier le tabagisme dans ses différentes composantes : comportement, entourage du fumeur, recherche des causes potentielles de rechute; l'objectif du traitement étant de proposer des stratégies permettant d'éviter le comportement tabagique; en cas de succès du sevrage, l'objectif est la recherche de renforcements positifs pour le maintenir et, en cas d'échec, la recherche des causes pour éviter ultérieurement une rechute; l'évaluation des résultats démontre une augmentation du taux de sevrage dans le groupe traité avec un odds-ratio à 1,62 (1,35-1,94) [34] (niveau 1). L'efficacité est plus importante si la thérapie comportementale est associée à une substitution nicotinique [35] (niveau 1).

Les techniques utilisées ont fortement évolué depuis leur apparition dans les années 1960. Parmi les différentes stratégies évaluées dans l'aide au sevrage tabagique, on distingue :

a- Techniques aversives :

Elles ont pour but de réduire le pouvoir renforçant du tabagisme en associant la prise de cigarette avec un stimulus aversif afin d'établir une réponse conditionnée négative à la consommation du tabac: parmi ces méthodes on cite notamment :

- ❖ Les méthodes d'aversion physiques : fumées chaudes, chocs électriques ;
- ❖ Les méthodes d'aversion pharmacologique : acétate d'argent ;

- ❖ Les méthodes d'aversion comportementale : modification du mode consommation des cigarettes ;
- ❖ Les méthodes d'aversion cognitive : association du tabagisme à des images mentales déplaisantes.

b- Contrôle de stimulus :

C'est l'ensemble des stratégies qui ont pour but de supprimer ou d'éteindre les conditionnements. La première phase consiste en une auto-observation afin d'identifier les situations associées à la consommation de tabac et puis éviter ou supprimer ces situations pour diminuer les pulsions à fumer.

c- Technique de relaxation :

Elles ont pour objectifs d'offrir une réponse alternative pour gérer la survenue de pensées négatives, les situations de stress et le syndrome de sevrage.

d- Approche cognitive :

Elle cherche à corriger les cognitions dysfonctionnelles qui participent au maintien du tabagisme et aux rechutes.

Le thérapeute recherche les situations à risque ou les pensées qui conduisent à une rechute.

Lors de la survenue de situations identiques, la stratégie cognitive consiste à focaliser ses pensées sur les aspects positifs dès l'arrêt ou sur les conséquences négatives de la poursuite du tabagisme.

e- Techniques d'ajustement et de prévention de la rechute :

Elles ont pour but d'anticiper les diverses situations qui risquent de générer une pulsion à fumer.

4. Autres traitements :

4-1 Consultations de groupe :

Les consultations collectives de sevrage sont plus efficaces que le conseil minimal avec un odds-ratio de 2,10 (1,64 à 2,70), mais il n'existe pas de preuve de leur équivalence par rapport à la consultation individuelle [36].

4-2 Autres « approches » :

- L'acupuncture
- L'auriculothérapie
- L'hypnothérapie
- L'exercice physique

4-3 Cas particuliers :

a- Les fumeurs hospitalisés

Les interventions intensives chez les patients hospitalisés sont globalement efficaces avec des variations en fonctions des pathologies. Une intervention intensive avec suivi d'au moins 1 mois est efficace avec un odds-ratio à 1,82 (1,49-2,22) [37] (niveau 1).

b- Les comorbidités psychiatriques :

Elles doivent être repérées avant le sevrage et traitées au préalable [32].

c-La grossesse :

Les traitements substitutifs ne sont plus contre indiqués depuis 1997 chez la femme enceinte. En cas d'allaitement, une substitution nicotinique peut être prescrite en cas de nécessité (formes orales en première intention à prendre après les tétées). L'attitude du conjoint est importante durant le sevrage.

5. Avenir du sevrage :

Pour les fumeurs réfractaires au sevrage et très dépendants à la nicotine, il est possible d'envisager une diminution de la consommation à condition d'utiliser de façon concomitante un traitement par substitution nicotinique, ce qui permet d'éviter le phénomène de compensation et de diminuer l'exposition à la fumée de tabac et ainsi de réduire les facteurs de risques cardiovasculaires. Celle-ci ne doit être envisagée que dans certains cas particuliers et doit être considérée comme une étape possible vers la motivation à l'arrêt complet du tabac.

V. ACUPUNCTURE:

1. Notions générales :

Sur le visage, se situent plusieurs points d'acupuncture appartenant aux méridiens principaux : méridiens de l'estomac, de la vésicule biliaire, du gros intestin, de l'intestin grêle, du triple réchauffeur et les méridiens curieux Du Mai et Ren, mais il existe en plus des points supplémentaires appelés points curieux et points nouveaux.

Alors que le point Chiapi appartient à un système de point encore à part de tous ceux-là, à savoir les points réflexes de tout le corps projeté sur la face (faciopuncture) et sur le nez (rhinopuncture).

Les points de la rhinofaciopuncture sont à la face et au nez ce que les points de l'oreille sont à l'auriculothérapie. Toutefois, ce système réflexe est moins utilisé et moins connu de nombreux acupuncteurs du monde.

Pourtant, les médecins chinois opèrent en faisant des anesthésies avec la seule stimulation de ces points selon des protocoles établis [40].

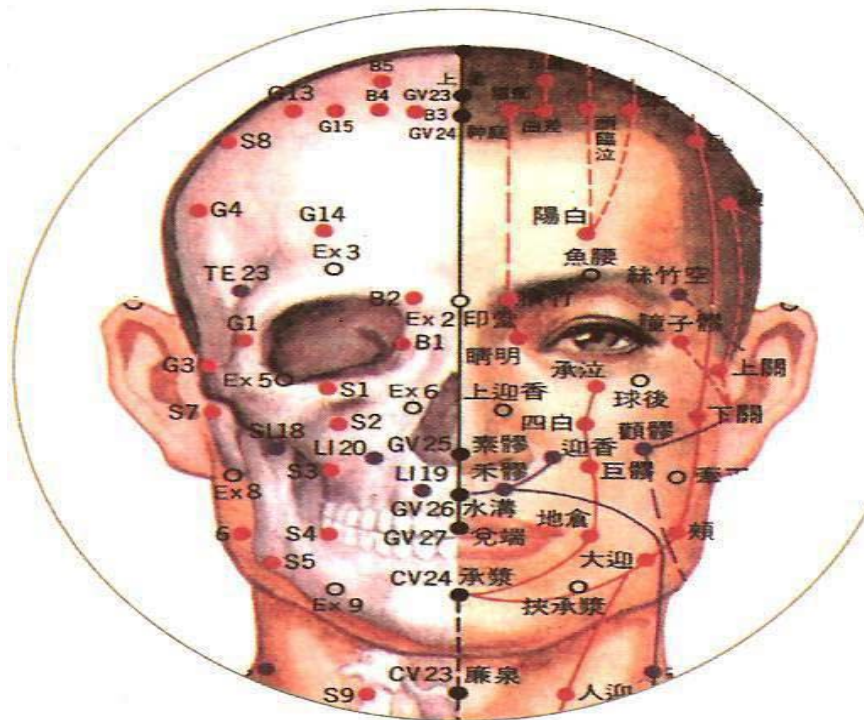


Figure 9 : Planche chinoise des points principaux des méridiens, points curieux et points nouveaux du visage [40]



Figure 10 : Les 162 points de l'auriculothérapie [40]

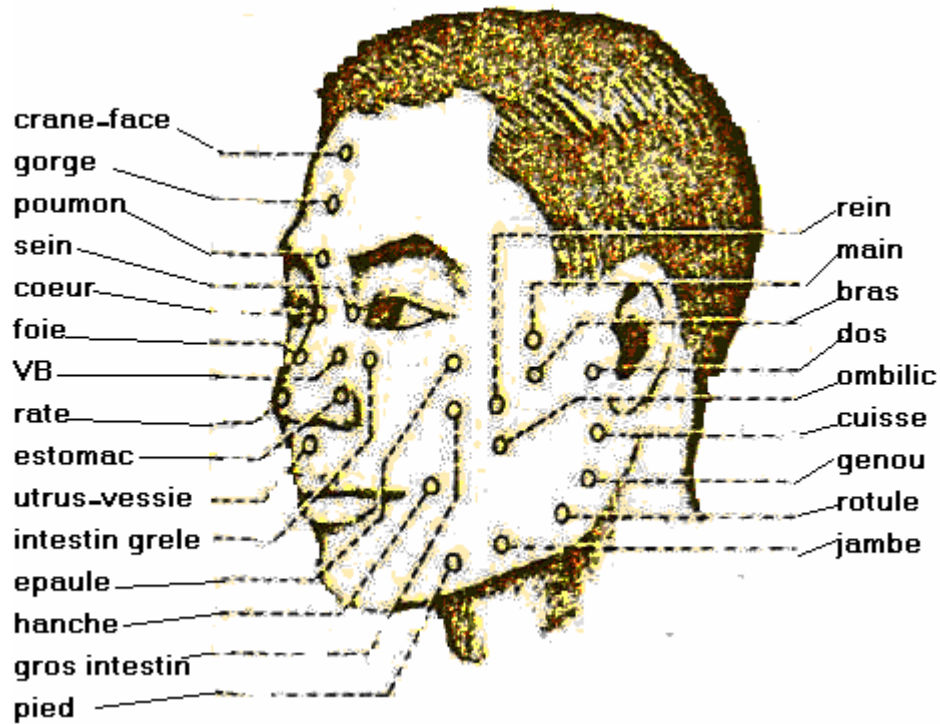


Figure 11: Points de la faciopuncture [40]

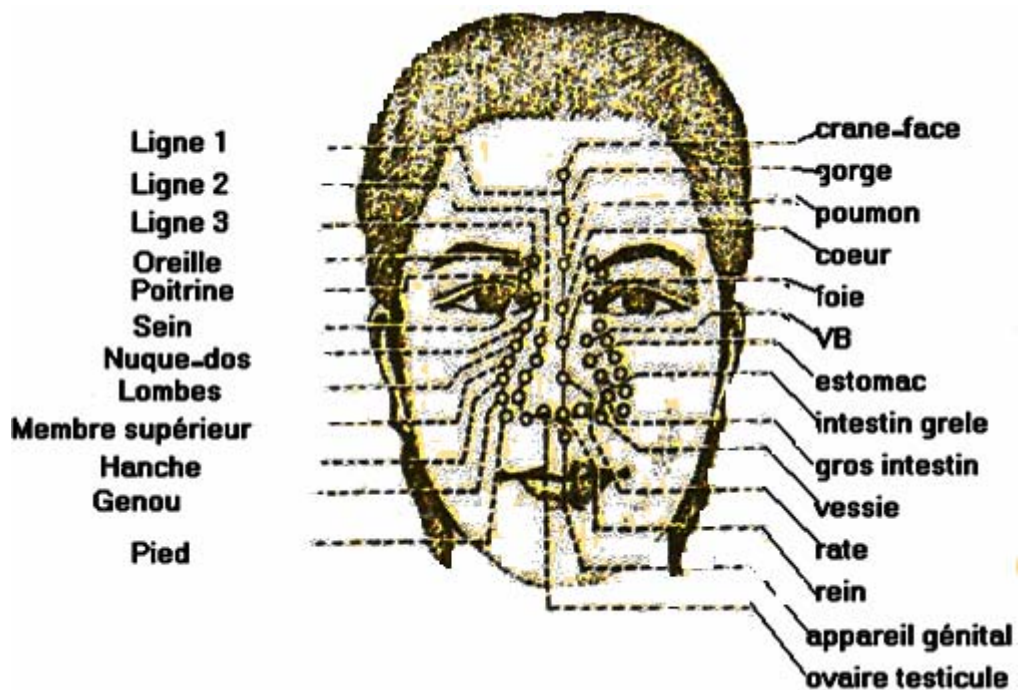


Figure 12: Points de la rhinopuncture [40]

2. Efficacité d'acupuncture :

C'est une technique de soin de la médecine traditionnelle chinoise. Elle a permis de diminuer l'intensité du syndrome de sevrage des fumeurs d'opium, ce qui a suggéré son utilité dans la dépendance au tabac. Cependant l'efficacité de l'acupuncture a été contestée dans les milieux officiels de la tabacologie, du fait de la variabilité des protocoles et de leur efficacité différente, et du nombre de séances nécessaires pour y arriver. Pour déterminer si cet effet résulte d'un effet placebo, plusieurs synthèses méthodiques et méta-analyses ont été réalisées dans ce sens : Ter Riet G et al. 1990 [41], Ashenden R et al. 1997 [42], White et al. 1997 [43], Castera P 1998 [44], White AR et al. 2000 [45] et White AR et al. 2002 [46]. Des études comparant une technique d'acupuncture de référence à l'acupuncture-factice (dite placebo), ont été réalisées. Nous rapporterons ici uniquement les résultats de différentes méta-analyses.

Ainsi les résultats trouvés sur le syndrome de sevrage sont soit pas d'effet soit un effet limité.

La première version de la méta-analyse de White AR et al a conclu " l'acupuncture n'est pas supérieure à l'acupuncture-factice dans le sevrage tabagique ". C'est sur la base de ces données que la Conférence de Consensus Américaine du NIH de 1997 a conclu : "il n'y a pas de preuve de l'efficacité de l'acupuncture dans le sevrage tabagique"[48]. De même que la Conférence de Consensus Française de 1998 : "l'acupuncture et l'homéopathie ont été évaluée mais la faible qualité méthodologique de nombreux essais et les résultats contradictoires ne permettent pas d'en tirer des conclusions fiables " [23]. La mise à jour de White AR et al publiée en 2002 [46], confirme les conclusions initiales : " il n'y a pas de preuve évidente que l'acupuncture, l'acupression, le laser ou l'électrostimulation soient efficaces pour l'arrêt du tabac".

Cependant la méta-analyse de Castera et al. a conclu que l'acupuncture est significativement supérieure à une absence d'intervention ou à une intervention minimale à moins de 6 semaines de suivi (OR 1.82, 95 %CI 2.34 à 4.68) et à l'évaluation la plus tardive, entre 6 mois et 12 mois (OR 1.31 ,95%CI 1.91 à 4.57). L'acupuncture est significativement

supérieure à l'acupuncture-factice à moins de 6 semaines de suivi (OR 1.31 ,95 %CI 1.07 à 1.60, à 6 mois de suivi (OR 1.82 ,95%CI 1.14 à 2.88), mais pas à 12 mois de suivi (OR 1.07 ,95%CI 0.76 à 1.50) ou à l'évaluation la plus tardive (OR 1.16, 95%CI 0.85 à 1.59) multipliant les chances d'arrêt par un facteur trois. Cette donnée est renforcée par sa bonne tolérance et sa popularité [46].

Autrement dit ; l'acupuncture apparaît bénéfique dans le sevrage tabagique, justifiant son utilisation dans cette indication. Une action spécifique est mise en évidence [44].

Nous laissons de côté la comparaison de l'acupuncture à un autre traitement du fait de la trop grande hétérogénéité et la diversité de ces traitements, tant dans leurs modalités que dans leur niveau d'évaluation.

3. Acupuncture : méthode de point Chiapi

3-1 Anatomie de point Chiapi :

Le point Chiapi se situe sur la face latérale du nez, il correspond au point n°10 de la rhinofaciopuncture et à la stimulation de la vésicule biliaire. Sa localisation n'est pas suffisamment précise dans les traités chinois, en effet ce point est repéré à partir du point Foie, lequel est situé sur la ligne médiane de la crête du nez, à l'union des étages osseux et cartilagineux sur le dorsum. Le point Chiapi est repéré par rapport à lui selon ces termes " en arrière et à la hauteur du point foie".

Des explications complémentaires le situent à un tiers de la distance du point Foie, point Sibai 2E sur la ligne horizontale, perpendiculaire à l'axe du visage. Or le Sibai (2E)-deuxième point du méridien de l'estomac- est localisé lui-même à la verticale de la pupille dans le creux du trou sous-orbitaire.

Si l'on s'en tient à ces seules indications théoriques, le point Chiapi va être localisé par le praticien sur l'os propre du nez alors que sa vraie localisation diffère. Par ailleurs, en cas de malformation des os propres du nez, le point Chiapi sera refoulé en arrière, parfois de plus d'un centimètre, projettera alors à la verticale du Sibai (2E).

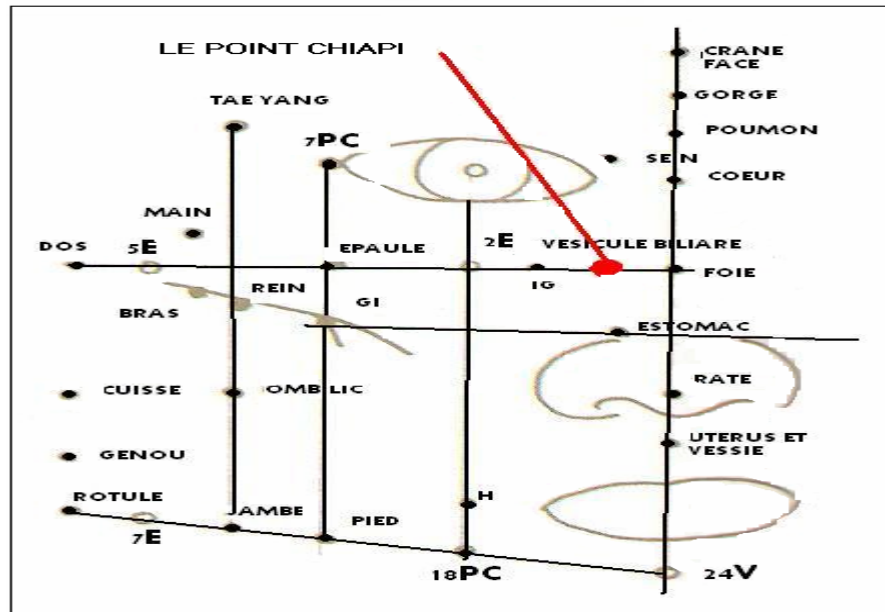


Figure 13 : Repérage des points de la faciopuncture [40]

Selon Yves Réquena le point de Chiapi ne se situe pas sur l'os du nez, mais se confond avec le Bitong (PC5), 5° point curieux. La localisation de Bitong PC5 est décrite dans le Zhen Jiu Xue de la manière suivante [40] :

Points communs de la tête et du cou Bitong -PC5-"passage du nez "

Localisation : dans une dépression sous l'os du nez, à la partie supérieure du sulcus naso-labial.

Anatomie : sur le bord latéral inférieur de l'os du nez et du cartilage nasal dorsal (alaire), dans le muscle quadratus (élevateur) de la lèvre supérieure (et de l'aile du nez) ; vascularisé par des branches de l'artère et de la veine faciales et innervés par le nerf ethmoïdal antérieur, le nerf infra-trochléaire et une branche du nerf sous-orbitaire.

Indications : rhinite allergique hypertrophique, atrophique, polypes et sinusites.

Combinaison : Gv (Gouverneur)-23Shangxing /M-HN-3 Yintang, LI (Gi)-4 Hegu pour les rhinites chroniques ; B(Vessie) -2Zanzhu, L(Poumon) -7Lieque pour les sinusites chroniques.

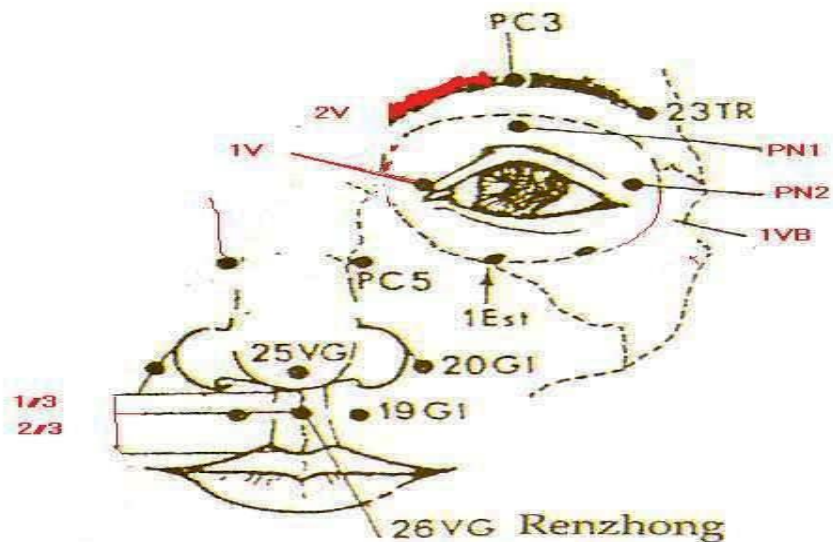


Figure 14 : Points communs de la tête et du cou : Bitong-PC5-

3-2 Repérage du point Chiapi :



Figure 15 : Insertion de l'aiguille au niveau du point Chiapi droit

Saisir le nez entre le pouce et l'index à mi-hauteur du nez sous les os propres. Plier le nez vers le côté et avec un doigt, de l'autre main, repérer le creux formé à la jonction entre les cartilages et l'os propres du nez. Cette dépression est repérée facilement soit avec la pointe d'un crayon, soit avec le manche de l'aiguille d'acupuncture. Le point repéré déclenche un petit réflexe lacrymal à la pression appuyée.

La localisation externe ne pose ainsi pas de problème. Cependant il convient de préciser les lieux que concerne cette localisation. On peut dire que le point Chiapi se situe entre deux cartilages, deux os et deux cornets.

- ❖ Entre deux cartilages : les cartilages latéraux du nez et le grand cartilage alaire.
- ❖ Entre deux os : l'os nasal et l'os maxillaire.
- ❖ Entre deux cornets : en projection avec l'intérieur du nez, le point se situe entre le cornet inférieur et le cornet moyen.

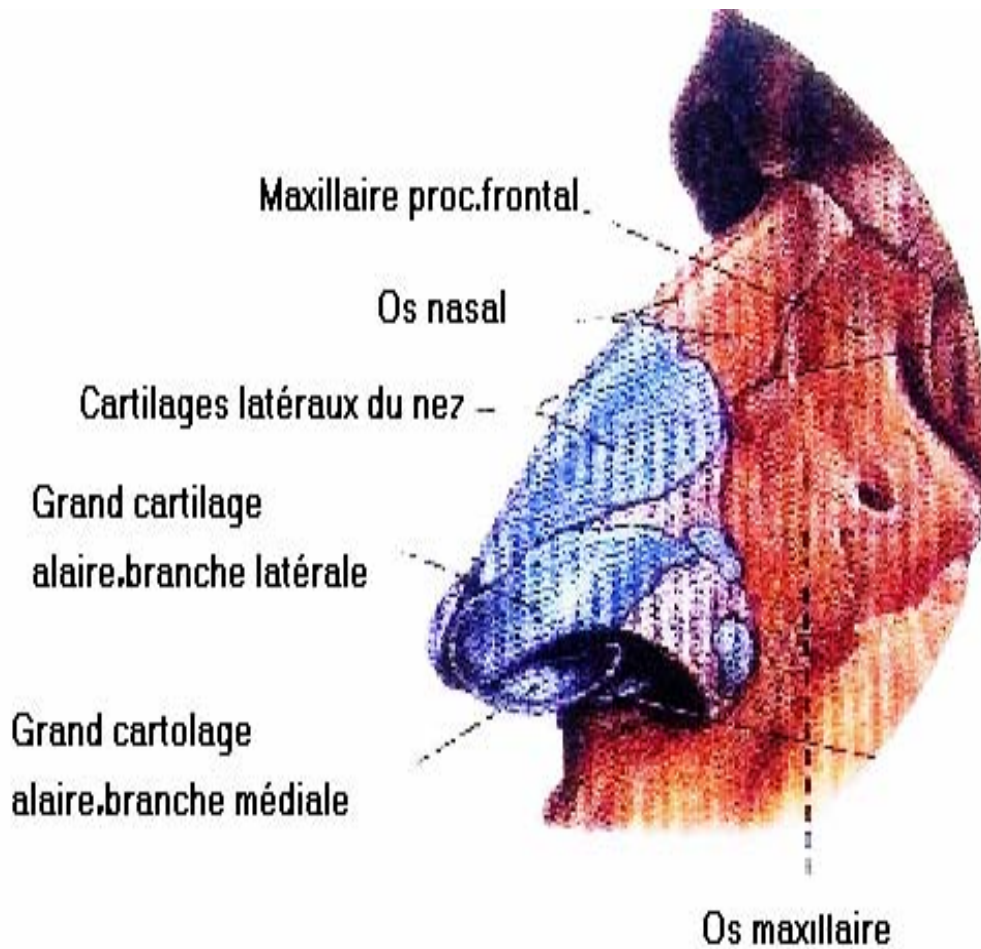


Figure 16 : Repérage du point Chiapi [50]

En conclusion, le point Chiapi se situe sur l'os propre du nez et l'os maxillaire, entre le cartilage triangulaire et le cartilage alaire ; il est bien positionné sur la ligne moyenne de l'aile du nez comme le précise pertinemment Johan NGUYEN dans ses travaux sur la rhinofaciopuncture [48].

Sa seule et unique position est donc sans équivoque à l'angle entre ces cartilages et l'os propre du nez dans l'échancrure entre cet os et l'os maxillaire [40].

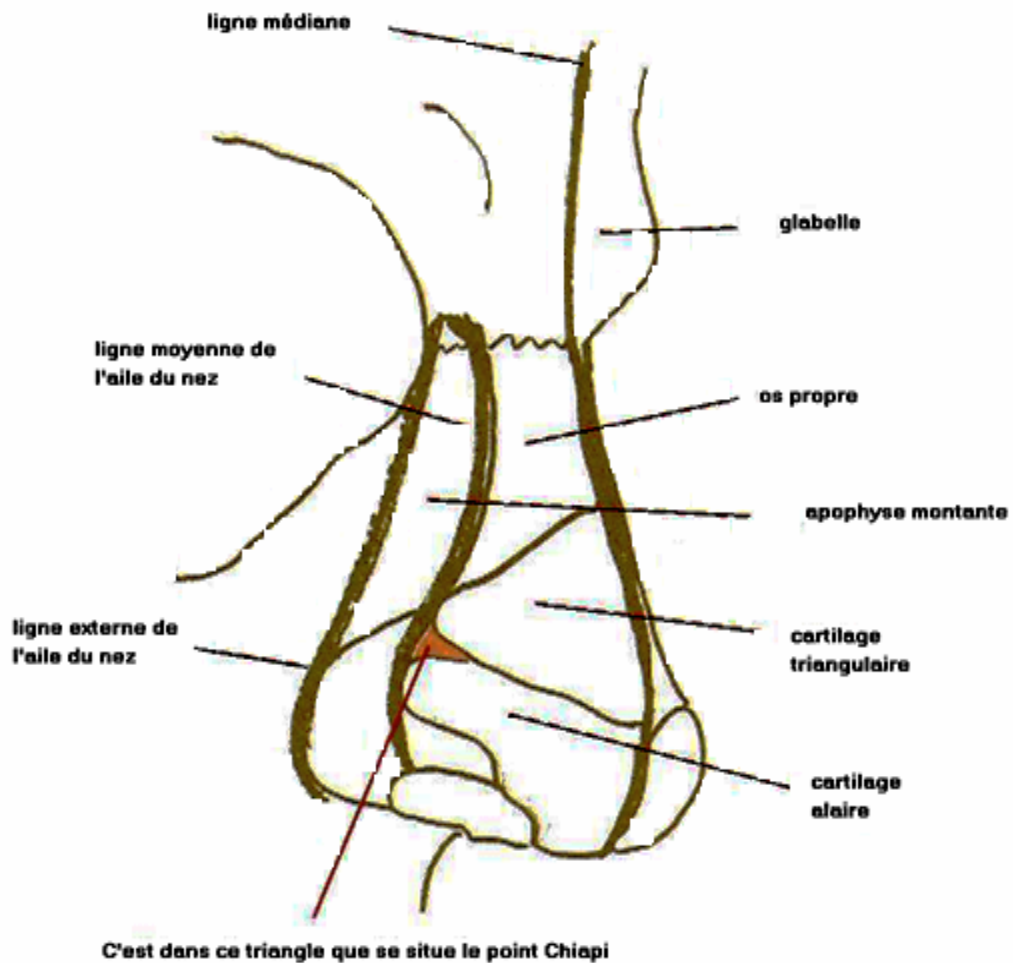


Figure 17 : Localisation du point Chiapi [40]

3-3 Mécanisme d'action de point Chiapi :

Pour comprendre la manière dont le point Chiapi coupe le besoin de fumer, il convient d'étudier son innervation.

Le point Chiapi est en rapport avec deux nerfs crâniens ; le trijumeau et l'olfactif ainsi qu'avec l'innervation sympathique du nez.

a- Innervation sensitive : le trijumeau

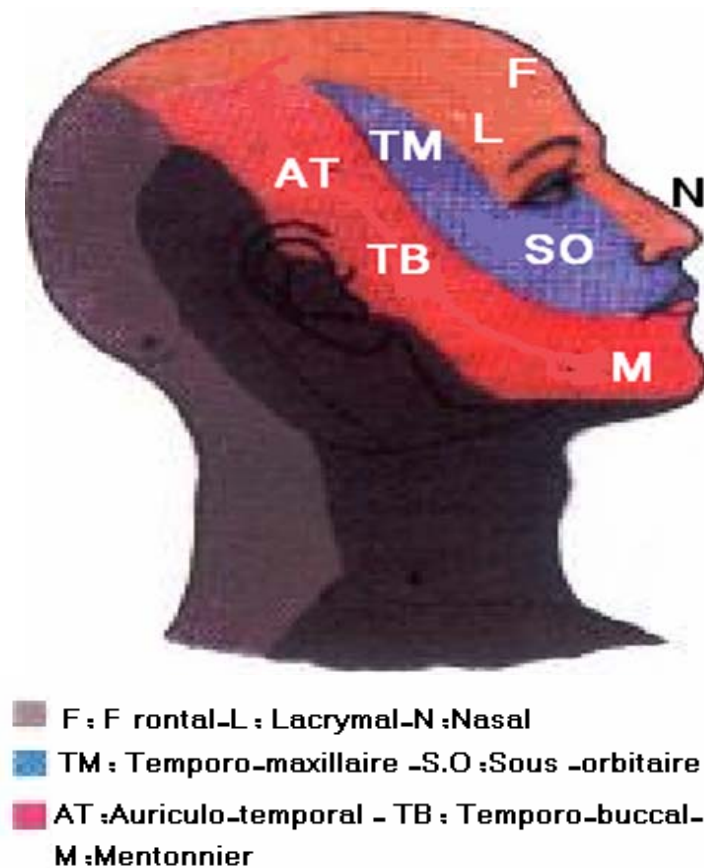


Figure 18: Territoires sensitifs de la face et du cou [55]

Le point Chiapi se situe sur le territoire de la peau du visage et des muqueuses nasales innervées par le trijumeau (nerf V), sur une carte de distribution de ce nerf et de ces branches V1 V2 V3, on constate que ce point Chiapi située sur la ligne moyenne de l'aile du nez est à cheval sur l'innervation du V1 V2, autrement innervé de deux rameaux.

Cette innervation explique en partie la réaction lacrymale de la puncture de ce point. Notons que l'acupuncture, dans ses indications générales est éminemment efficace dans le traitement de la névralgie faciale, indiquant par là une influence puissante sur le fonctionnement du nerf trijumeau [40].

Un autre effet obtenu par les chinois est l'analgésie possible des territoires viscéraux par la stimulation des points de la rhinofaciopuncture, dans le but d'opération chirurgicale.

Le point Chiapi n°10-vésicule biliaire : lorsqu'on associe la puncture et l'électrostimulation de ce point avec les points poumon, cœur et foie on peut opérer un malade de la vésicule pour une cholécystectomie sans anesthésie.

Selon Jean BOSSY, neuroanatomiste à la faculté de Nîmes, le premier universitaire à avoir institué un département officiel d'enseignement et de recherche sur l'acupuncture propose un schéma d'interactions du trijumeau V dans sa stimulation pour expliquer les effets anesthésiants de l'acupuncture. Ce chercheur a également mis en évidence une projection réflexologique des points de la rhinofaciopuncture sur une distribution réflexologique probable des plexus nerveux.

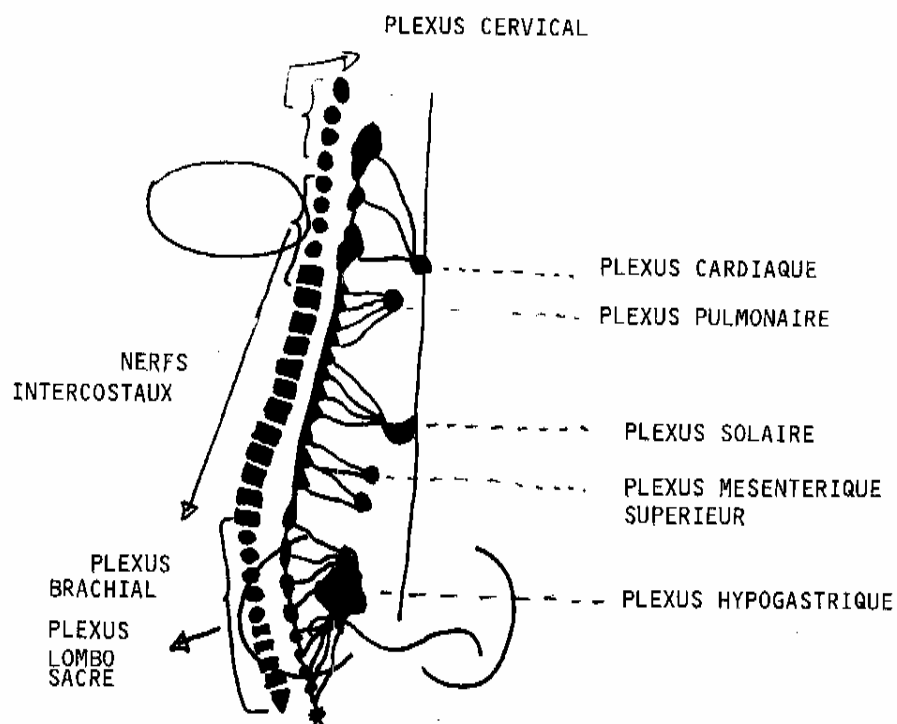


Figure 19: Représentation nasale du système cérébrospinal et du système nerveux autonome [49]

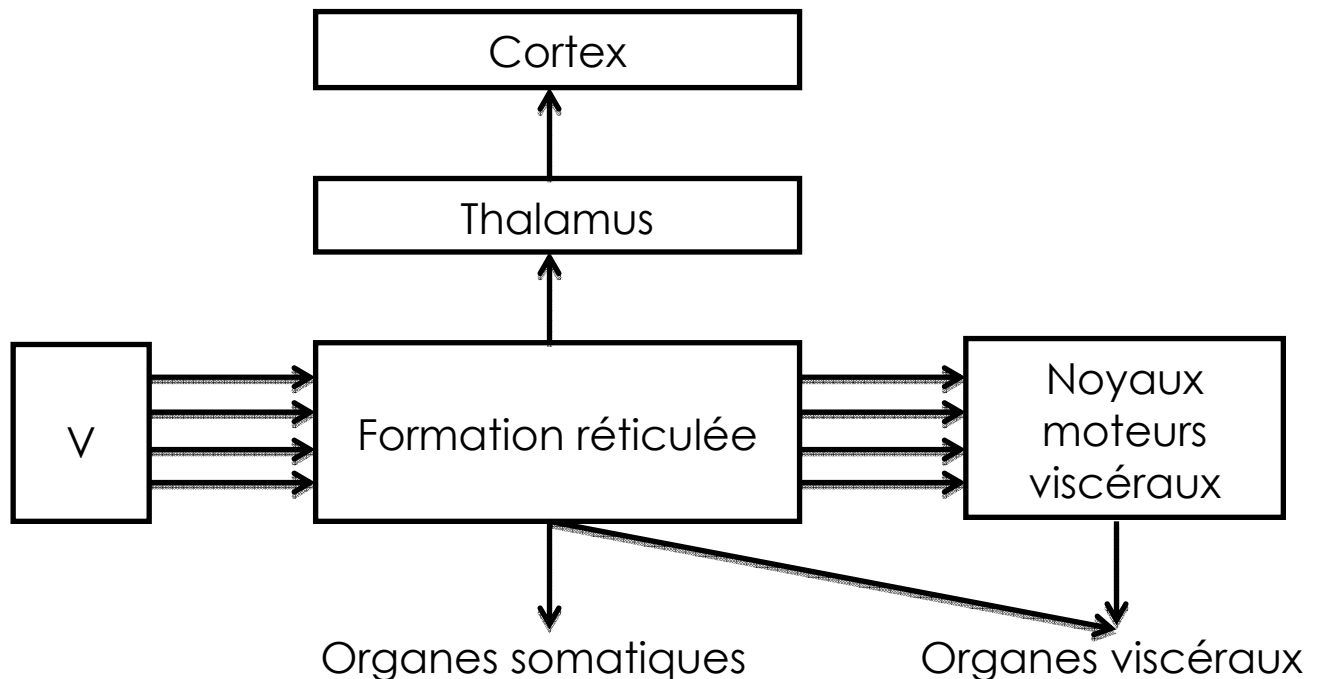


Figure 20 : Mécanisme d'action de la rhinofaciopuncture d'après Jean BOSSY [49]

La piqûre de point Chiapi entraîne une cascade de stimulation à partir du trijumeau d'abord vers le cortex puis le thalamus et la formation réticulée, les noyaux moteurs viscéraux et cette influence est si considérable sur le système nerveux, quelle permet d'opérer un malade de l'abdomen sans l'endormir. C'est vraisemblablement par ce type mécanisme neurologique complexe qu'intervient la stimulation de point Chiapi pour couper le besoin de fumer et régulariser les processus physiologiques de l'appareil digestif pour empêcher ou faire cesser les mécanismes de boulimie ou de polyphagie consécutifs à l'arrêt du tabac.

b- Innervation sensorielle : l'olfactif

La stimulation de point Chiapi va entraîner également la stimulation des organes et des tissus sous-jacents, le point Chiapi comme tous les autres points de la rhinofaciopuncture se trouve relié avec l'intérieur du nez et la muqueuse nasale où se ramifie le nerf olfactif en différentes terminaisons arrivant du crâne par la lame criblée de l'ethmoïde qui laisse passer par chacun de ses trous ses petits rameaux ou nerfs en pluie, formant la tache jaune (locus luteus). Ces terminaisons du nerf olfactif permettent le décodage des messages chimiques qui vont

directement au cerveau, et que le cortex va traduire en odeurs. La puncture du point Chiapi va exercer une stimulation, cette fois de type mécanique sur le nerf olfactif. Les aires olfactives partent des fibres vers les centres viscéraux tels les noyaux salivaires, le noyau dorsal du X, l'hypothalamus et l'épithalamus.

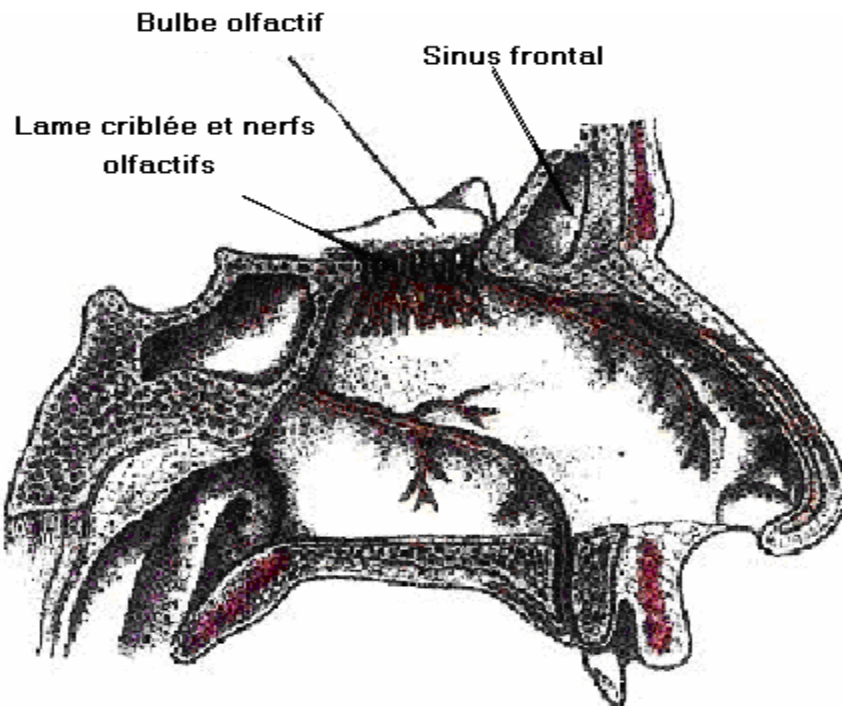


Figure 21 : Nerfs de la cloison médiane des fosses nasales, côté droit [40]

Cependant ces nerfs olfactifs qui transmettent le message olfactif de l'odorat sont connectés de façon directe avec le cerveau primitif ainsi qu'avec celui des émotions et des instincts. Les réactions comportementales et émotionnelles originellement associées au rhinencéphale sont relayées par le système limbique [50] qui est affecté par la nicotine et crée la dépendance psychique et affective à la cigarette. Autrement dit, l'action du point Chiapi, par son influence sur la muqueuse nasale et le nerf olfactif, agit en contrecarrant de façon réflexe la dépendance à la nicotine dans l'endroit même du cerveau où elle nous conditionne. Les tabacologues savent pertinemment que la dépendance à la nicotine concerne ce système mésolimbique [51].

c. Innervation du sympathique du nez :

La muqueuse du septum nasal a fait l'objet d'études de deux chercheurs Klotz et Guerard dans les années 30 en jouant sur les terminaisons du nerf sympathique, grâce à la stimulation électrique par des électrodes très fines, cette méthode appelée sympathicothérapie endonasale utilisée au début pour le traitement de l'impuissance mais aussi pour toutes sortes de troubles fonctionnels par les réflexothérapeutes en France, en Suisse et en Allemagne.

Selon les travaux de Klotz et Guerard, les inventeurs de la méthode [52] ; Jean BOSSY a proposé une somatotopie endonasale sur une cartographie selon laquelle les branches du trijumeau V1, V2 et V3 se partageraient les territoires des plexus nerveux correspondants [48] [53].

Tableau XII : Corrélations trijumeau -système nerveux périphérique [40]

V1	Plexus cervical Nerfs intercostaux	Plexus cardiaque Plexus lombaire Plexus solaire
V2	Plexus brachial	Plexus mésentérique
V3	Nerfs intercostaux	Plexus hypogastrique
C2	Plexus lombo-sacré	

En s'appuyant sur la cartographie dessinée par ces auteurs et les travaux du Pr Jean BOSSY, la puncture de Chiapi revient à stimuler de façon indirecte mais efficace la zone endonasale, les plexus cardiaques, pulmonaires et solaires. Autrement dit, elle permet d'obtenir une action sur les poumons et leur désintoxication, le cœur et les vaisseaux et leur récupération, le pancréas et la régulation de l'appétit.

Comme on a vu que le point Chiapi est à cheval sur l'innervation du V1 et du V2, il est permis de localiser sa projection sur la muqueuse endonasale selon le schéma ci-dessous [40].

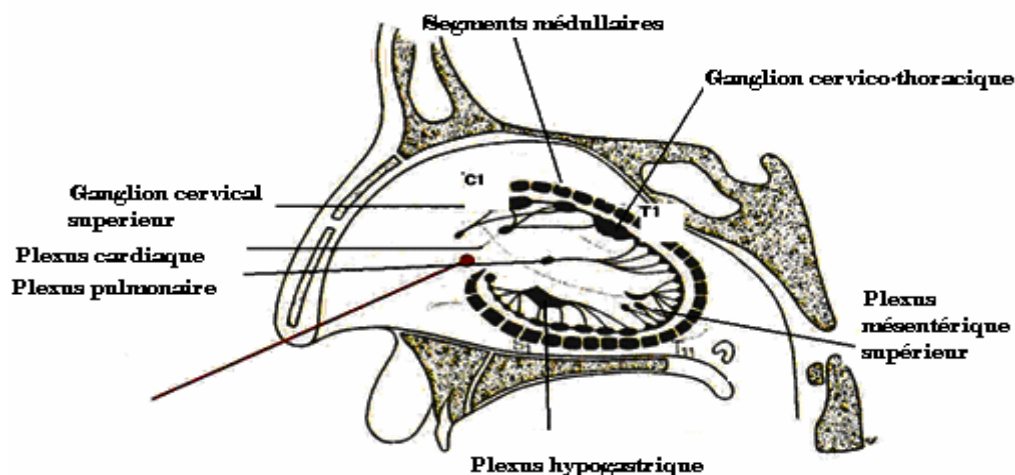


Figure 22: Projection du point Chiapi sur la carte du système sympathique endonasal [40]

Ainsi l'action du point Chiapi, à condition qu'il soit parfaitement localisé, est dotée d'une complexité et d'une efficacité étonnante. Car sa stimulation par l'intermédiaire du nerf olfactif bloque la dépendance dans le mésencéphale, tandis que par l'intermédiaire du trijumeau, il régularise le plexus nerveux pulmonaire dans ses commandes respiratoires neurovégétatives, sympathique comme parasympathique, tout en ayant une action non négligeable sur le plexus mésentérique supérieur.

C'est ce qui explique que la plupart des personnes sous acupuncture aux points Chiapi éprouvant un effet relaxant immédiat, avec relâche des tensions et sensation de sécurité.

Sachant que la nicotine est un produit anesthésiant, la stimulation de la muqueuse endonasale libère le nez (sinusite, rhinite...), ce qui augmente l'odorat et par conséquent la perception de façon inconsciente les phéromones (système limbique, mésencéphale) ainsi on aura une nette amélioration de la libido. Signalons aussi que la désobstruction du nez après une rhinite tabagique améliore la santé du poumon selon la théorie de l'acupuncture [40].

3-4 Efficacité :

L'efficacité de la méthode point Chiapi pour arrêter de fumer est largement démontrée par plusieurs études et notamment celle de Dr Yves Réquena et al. réalisait sur un échantillon de 1353 fumeurs en milieu hospitalier, à Marseille (intérêt thérapeutique de l'acupuncture dans la

lutte contre l'intoxication tabagique, 1975–1976). C'est la première étude à grande échelle mondiale sur le sevrage tabagique. Ainsi avec le seul point Chiapi, il obtenait un arrêt total de 70 % après une ou deux séances d'acupuncture réalisées à une semaine d'intervalle et à 3 mois 60 % des fumeurs ont cessé complètement de fumer [57]. Parmi ceux qui ont repris tout de suite, c'est-à-dire dans les quatre premiers jours, seulement 6,56 % du total des candidats au sevrage reconnaissent le manque et 10,15 % ont repris dans le premier mois en invoquant la même raison. Soit dans le premier mois, un total de 16,71 % de personnes qui ont invoqué le manque comme motif de reprise. Au-delà, dans le deuxième mois, deux personnes ont encore parlé du manque pour justifier leur reprise (0,17 %), idem le troisième mois. Au-delà du premier mois, donc, et encore moins après deux ou trois mois, le manque n'est jamais invoqué ou presque lorsqu'il y a rechute. Les autres raisons qui ont amenés les fumeurs à reprendre au cours du premier mois suivant la séance, étaient : l'envie, l'habitude, la tentation, ou un stress soudain et inhabituel.

En bref, le point Chiapi est incontestablement efficace sur le besoin dès la première séance. A tout moment un fumeur bien motivé pour une deuxième séance qui est susceptible d'enlever à ces 16,71 % de ceux qui se disent encore en manque, les signes de dépendance qui restent.

3-5 Caractéristiques de point Chiapi :

Cette méthode se caractérise par son efficacité, l'absence quasi-constante de contre-indications même pour les patients sous anticoagulants et les femmes enceintes et son innocuité à part quelques incidents mineurs tels que :

- ❖ La lipothymie: elle survient parfois chez les sujets sensibles aux piqûres, notamment aux intraveineuses. Ces sujets connaissent leur réaction, il suffit de les interroger et d'isoler les sensibles en les poncturant allongés [54].
- ❖ Le saignement des points : est bénin et l'hémostase immédiate avec un tampon de coton imbibé d'eau oxygénée [54].

- ❖ Après la cure, le goût du tabac devient désagréable, la bouche amère et la langue pâteuse, parfois le goût est métallique ou carrément aucune sensation, et donc le fumeur ne trouve plus le plaisir souhaité.
- ❖ Effet relaxant pendant la durée de la séance, se prolongeant au-delà de celle -ci avec l'absence d'irritabilité, d'anxiété, de névrosisme ou sédation de ces troubles s'ils préexistaient au début du traitement.

VI. AUTRES ETUDES :

1- Résultat global :

Dans notre étude, 61,90 % était le taux de la réussite du point Chiapi après la première séance et de 71,42 % après la deuxième séance pour un échantillon de 42 fumeurs ces résultats se rapprochent des études antérieures réalisées à ce propos :

- ❖ Réquena Y et al. en 1976 a montré que 70 % ne fumaient pas après une ou deux séances d'acupuncture réalisées à une semaine d'intervalle mais cette fois avec un échantillon de 1353 fumeurs en milieu hospitalier, à Marseille et à 3 mois 60 % des fumeurs ont cessé complètement de fumer [57].
- ❖ Poupy J L en 1976 dans l'hôpital de COUCHIN, a noté un taux de réussite de 77 % au sein d'un échantillon de 350 fumeurs [58].
- ❖ Lacroix JC a montré un taux de réussite de 73,77 % chez 61 fumeurs traités contre 28,57 % des 56 témoins après deux semaines [59]. Cet essai comparatif a été complété ultérieurement par une autre étude englobant cette fois 153 fumeurs : la réussite a été trouvée chez 86 fumeurs (60,13 %) après 5 semaines, parmi 143 personnes exploitables [60].
- ❖ Besse, dans une autre étude réalisée en 1976 a trouvé un taux de réussite de 65 % à 6 mois après la cure d'acupuncture [61].

- ❖ Aniber a trouvé un taux de réussite de 80 % après une ou deux séances, selon une étude réalisée à l'hôpital militaire de Marrakech sur un échantillon de 15 fumeurs en 2008 [62].

Tableau XIII : Efficacité de point Chiapi selon les différentes études

Etude	Notre étude	Réquéna	Poupy	Lacroix-Besançon	Lacroix	Besse	Aniber
Réussite	71,42 %	70 %	77 %	73,77 %	60,13 %	65 %	80 %

Ces succès s'expliquent par le mécanisme dont le point Chiapi fonctionne, or sa piqûre entraîne une cascade de stimulations à partir du trijumeau d'abord vers le cortex puis le thalamus et la formation réticulée, les noyaux moteurs viscéraux [47]. Ce qui va couper le besoin de fumer et régulariser les processus physiologiques de l'appareil digestif pour empêcher ou faire cesser les mécanismes de boulimie ou de polyphagie consécutifs à l'arrêt du tabac. La puncture de Chiapi revient à stimuler de façon indirecte mais efficace la zone endonasale, les plexus cardiaques, pulmonaires et solaires. Donc elle permet d'obtenir une action sur les poumons et leur désintoxication, le cœur et les vaisseaux et leur récupération, le pancréas et la régulation de l'appétit [47] [60].

2- Résultats selon les tranches d'âge :

Tableau XIV : Efficacité de point Chiapi en fonction des tranches d'âge selon les différentes études

	Notre étude	Réquéna	Lacroix	Besse
0-25ans	-	47,34 %	-	-
26-35ans	100 %	59,42 %	64 %	19 %
36-45ans	72,22 %	71,23 %	-	-
46-55ans	68,42 %	68,93 %	61 %	65 %
>55ans	100 %	46,51 %	48 %	72 %

Dans notre étude aucun fumeur pour la tranche d'âge [0-25an] alors que le pourcentage de réussite selon le travail de Réquéna était de 47,34 %.

Pour la tranche d'âge [26-35ans] 2 fumeurs ont complètement cessé de fumer soit une réussite de 100 % contre un taux de 59,42 % selon l'étude de Réquéna [57] alors que Lacroix a trouvé un taux de 64 % et Besse 19 % [61].

Pour la tranche d'âge [36-45ans] 13 fumeurs ont complètement cessé de fumer parmi les 18 fumeurs soit un taux de réussite de 72,22 % contre un taux de 71,23 % trouvé par Réquéna [57].

Pour la tranche d'âge [46-55ans] 13 fumeurs ont complètement cessé de fumer parmi 19 fumeurs soit un taux de réussite de 68,42 % contre un taux de 68,93 % dans l'étude de Réquéna [57] tandis que Lacroix a noté un taux de 61 % pour ceux qui ont entre 30-50 ans (98fumeures) [60] alors que Besse rapportait un taux de 65 % [61].

Pour ceux qui ont plus de 55 ans : dans notre étude les 3 fumeurs ont complètement cessé de fumer soit un taux de réussite de 100 % contre un taux de 46,51 %, 48 % et 72 % dans les études faites respectivement par Réquéna, Lacroix et Besse [57] [60] [61].

Conclusion : dans notre étude l'efficacité du point Chiapi était proportionnelle à la précocité du tabagisme, car plus la durée du tabagisme est courte plus le fumeur est moins intoxiqué plus il est moins dépendant, ces résultats s'accorde avec l'étude de Lacroix, tandis que dans l'étude de Réquéna la tranche d'âge [36-45ans] tient la palmarès de réussite au sevrage, pour lui cette tranche d'âge représente l'âge de la raison car le sujet commence à ressentir les premiers méfaits du tabac et encore assez jeune pour espérer vivre encore longtemps et en bonne santé [3].

3- Résultats selon le sexe :

Tableau 15 : Efficacité en fonction du sexe dans les différentes études

	Notre étude	Réquéna	Lacroix	Besse
Homme	79,16 %	62,83 %	66,11 %	56 %
Femme	61,11 %	48,74 %	53,12 %	40 %

Ces résultats sont suffisamment significatifs pour conclure que les femmes s'arrêtent plus difficilement que les hommes par cette méthode. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer les difficultés des femmes à arrêter de fumer : d'abord la femme est faiblement intoxiquée le plus souvent, elle ne ressent pas comme lui les premiers méfaits du tabac sur l'organisme en plus elle inhale moins souvent et parfois de façon moindre la fumée. L'intoxication tabagique de la femme serait donc beaucoup plus une question de gestuelle et de plaisir intellectuel qu'un réel besoin physique de drogue. Ceci expliquerait que l'acupuncture (qui supprime le besoin) ait moins d'action sur les fumeurs féminins. Sans négliger son caractère psycho-affectif qui est très différent de celui de l'homme, a peut être beaucoup plus de difficulté que ce dernier pour se séparer de la compagnie de la cigarette» [57]. Mais tout ceci est en train de changer car les femmes fument de plus en plus et même les plus jeunes, davantage que les hommes d'après l'OMS.

4. Résultats selon la quantité fumée :

Dans notre travail, il n'y a pas eu aucune influence de la quantité fumée sur le sevrage tabagique par la méthode du point Chiapi, des résultats similaires ont été rapportés par Réquena, Lacroix, Besse et Aniber [57][60][61][62]. Cette expérimentation va bien dans le sens de la théorie qui prétend que l'acupuncture supprime parfaitement le besoin même si la quantité fumée est très importante [57].

5. Résultats selon l'ancienneté de l'intoxication :

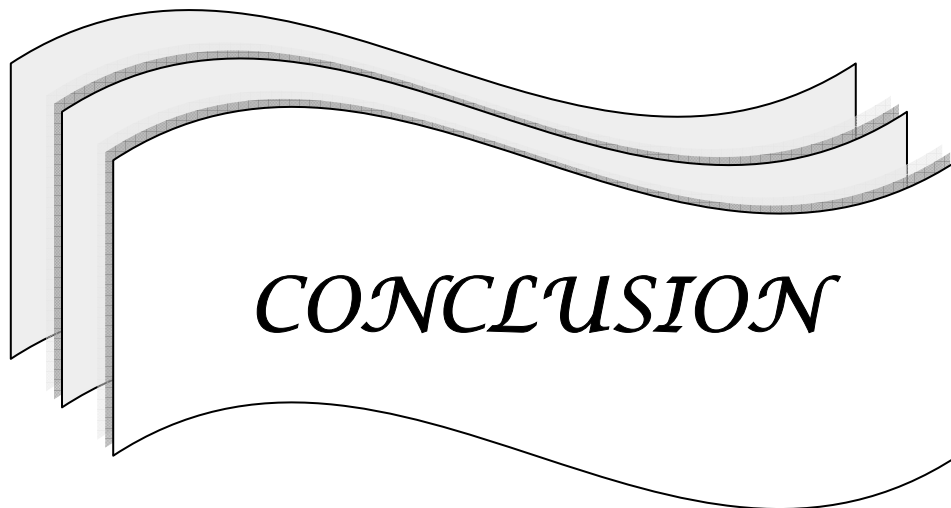
L'absence d'influence significative de l'ancienneté de l'intoxication sur la réussite par la méthode du point Chiapi trouvée dans notre étude est confirmée dans les autres études [57] [60].

6. Résultats selon la motivation :

La motivation à l'arrêt n'a pas de valeur prédictive sur le succès du sevrage, le même constat a été rapporté par Réquéna [57] tandis que dans l'étude de Aniber, ce paramètre a eu un impact sur le nombre de séance nécessaire pour s'abstenir du tabac [64].

7. Résultats selon la dépendance:

Les résultats obtenus par notre étude penche vers l'absence d'influence réelle de la dépendance sur l'efficacité de la méthode, ce qui est le cas pour Réquéna et Aniber [57][62], ceci peut être expliqué par le fait que la stimulation du point Chiapi va entraîner également la stimulation des organes et des tissus sous-jacents, le point Chiapi étant relié avec l'intérieur du nez et la muqueuse nasale où se ramifie le nerf olfactif en différentes terminaisons arrivant du crâne par la lame criblée de l'ethmoïde qui laisse passer par chacun de ses trous ses petits rameaux, formant la tache jaune (locus luteus) [40]. Ces nerfs olfactifs qui transmettent le message olfactif de l'odorat sont connectés de façon directe avec le cerveau primitif ainsi qu'avec celui des émotions et des instincts. Les réactions comportementales et émotionnelles originellement associées au rhinencéphale sont relayées par le système limbique [50] qui est affecté par la nicotine et crée la dépendance psychique et affective à la cigarette. Les tabacologues savent pertinemment que la dépendance à la nicotine concerne ce système mésolimbique[50], selon Réquéna la puncture de point Chiapi agit en contrecarrant de façon réflexe la dépendance à la nicotine dans l'endroit même du cerveau où il opère et nous conditionne, ce qui va stopper de manière nette le mécanisme de dépendance mais aussi les signes de manque consécutifs au besoin [40].



CONCLUSION

Le tabagisme constitue un problème majeur de santé publique qui évolue comme une épidémie n'épargnant aucune catégorie socioprofessionnelle, mais il est surtout en augmentation chez les jeunes filles qui sont devenues la cible numéro 1 de la publicité tabagique selon l'OMS.

Au terme de notre étude et comme le montrent d'autres études mondiales, il s'avère que l'acupuncture point Chiapi offre un outil très efficace au fumeur désirant arrêter le tabac.

Notre étude nous a permis d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture point Chiapi dans le sevrage tabagique. Cette efficacité était très remarquable chez l'homme (79,16%) par rapport aux femmes (61,11%). La quantité du tabac, la durée du tabagisme, les années cigarettes, la motivation et le niveau de dépendance n'ont pas eu d'influence sur la réussite de la méthode sauf pour les sujets très dépendants. Par contre cette efficacité était proportionnelle à la précocité du tabagisme.

Nous pouvons dire que l'acupuncture de point Chiapi est une technique simple, rapide et efficace. Le taux de succès élevé, la minorité des effets secondaires et l'absence quasi-totale de contre-indications permettront à la méthode point Chiapi de s'imposer comme une alternative thérapeutique efficace concurrente aux autres moyens de sevrage devant un fléau qui se propage rapidement et qui met en péril la santé de l'humanité. Cependant, en raison du nombre limité des malades traités et la rareté des études faites dans ce sens, ces résultats doivent servir de base pour en faire d'autres.



RECOMMANDATIONS

Les recommandations de bonnes pratiques médicales de l'acupuncture point Chiapi ont pour objectifs de limiter les échecs et les effets secondaires et d'augmenter au maximum la réussite pour le patient et le médecin.

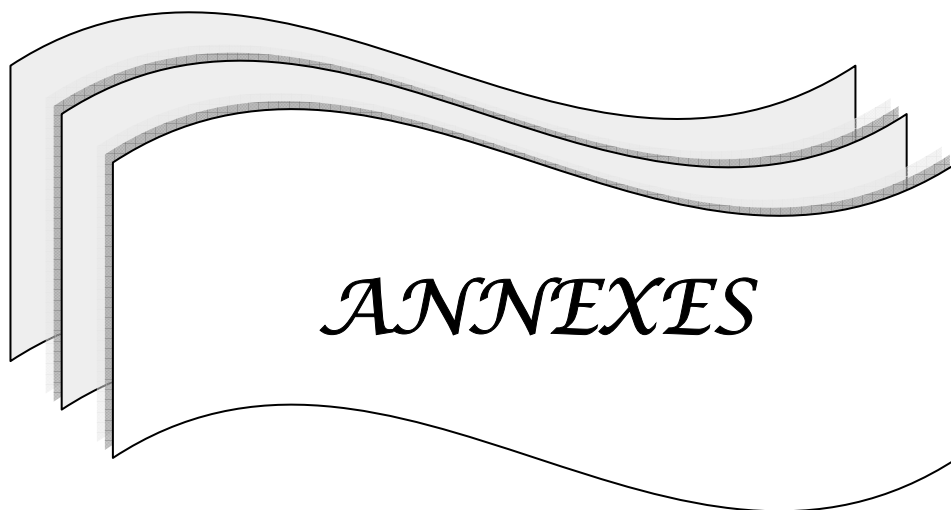
R1 : Respecter les mesures d'hygiène et d'asepsie lors de l'utilisation de l'aiguille [63].

R2 : La quantité du tabac, la durée du tabagisme, les années cigarettes, la motivation et le niveau de dépendance n'ont pas eu d'influence sur la réussite de la méthode.

R3 : Age ; l'efficacité de la méthode de point Chiapi est proportionnelle à la précocité du tabagisme.

R4 : Selon le sexe ; cette méthode donne de très bons résultats surtout chez l'homme.

En raison du nombre limité des malades traités et la rareté des études faites dans ce sens, ces recommandations doivent servir de base de réflexion pour aider les médecins à bien identifier les fumeurs à haute probabilité de réponse à cette méthode.



ANNEXES

Annexe 1:

Fichier de consultation anti-tabac

<u>Royaume du Maroc</u>	
<u>Hôpital militaire d'Avicenne Marrakech</u>	<u>Marrakech Le : ../.. /...</u>
<u>service de réanimation</u>	
<u>Chef de service Pr. Rachid HSSAIDA</u>	
<u>FICHER DE CONSULTATION ANTI-TABAC</u>	
1-Age :	2- Sexe :
3-Adresse :	4- Téléphone :
5-Profession :	6-Statut familial:- célibataire: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	- marié(e): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	- divorcé(e): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
7-Antécédents :* médicaux : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui préciser :
*chirurgicaux : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui préciser :
8-Combien de cigarettes fumez -vous par jour ?	
9-Type de cigarette :-brun: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	-blond : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-mixte: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
10-Depuis quand vous fumez ?.....	
11-Souffrez -vous actuellement d'une maladie ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui laquelle ?
.....	
12-Quel médicament(s) prenez-vous actuellement ?	
.....	
13-Comment évaluez-vous votre capacité sexuelle ?	
.....	

- 14- Avez-vous d'autres habitudes toxiques ? Si oui lesquelles ?
- alcool
 - cannabis
 - autres
- 15- Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
- moins de 5 minutes
 - 6 à 30 minutes
 - 31 à 60 minutes
 - après 60 minutes
- 16- Avez-vous essayé sérieusement d'arrêter de fumer : oui non
- 17- Si oui combien de fois :
- 18- Avez-vous utilisé de moyens pour vous aider à arrêter oui non Si oui lesquels.....
- 19- Voulez-vous arrêter ? oui non
- 20- Si oui Quelle est votre motivation pour arrêter ?

Importance des raisons	Forte	Modérée	Faible	Nulle
1- survenue de certains symptômes				
2- donner le bon exemple aux professionnels de la santé				
3- éviter une grâce à votre entourage				
4- économie d'argent				
5- donner un bon exemple aux adultes de votre entourage				
6- donner un bon exemple aux enfants				
7- donner un bon exemple à vos enfants				
8- céder à la pression de l'entourage				
9- promotion de la santé				

Annexe 2:

Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	moins de 5 minutes 6 à 30 minutes 31 à 60 minutes après 60 minutes	3 2 1 0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	oui non	1 0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	la première le matin n'importe quelle autre	1 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 au moins 11 à 20 21 à 30 31 ou plus	3 2 1 0
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui non	1 0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	oui non	1 0
	total	

Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT, Ear Nose Throat J., 1990; 69:763-5

Annexe 3:

Conseil minimal et conseil bref anti-tabac

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Est-ce que vous fumez ? 2) Pourquoi ? 3) Voulez-vous arrêter ? 4) Que n'aimez-vous pas dans le fait de fumer ? 5) Comparez (raisons pour continuer/arrêter) ? 6) Quelle est votre motivation pour arrêter dans le mois ?* 7) Jusqu'à quel point avez-vous confiance en votre capacité à arrêter ? 8) Que pouvons-nous faire ensemble pour augmenter votre motivation et/ou confiance ? 9) Suivi : à chaque rencontre, parler du tabac |
|--|

Pour les questions 6 et 7 : de 0 = aucune à 10 = total

Journal des Maladies Vasculaires (Paris) Masson, 1999, 24, 4, 309-323

Annexe 4:

Questionnaire d'évaluation de l'état d'anxiété-dépression (HAD: Hospital Anxiety and Depression scale)

L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : anxiété et dépression. Elle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. La note de 8 constituerait un seuil optimal pour anxiété et dépression. On peut également retenir le score global (A+D) = le seuil serait alors de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs et de 13 pour les états dépressifs mineurs.

<p>A. Je me sens tendu, énervé :</p> <p>– la plupart du temps 3</p> <p>– souvent 2</p> <p>– de temps en temps 1</p> <p>– jamais 0</p> <p>D. Je me sens gai et de bonne humeur :</p> <p>– jamais 3</p> <p>– rarement 2</p> <p>– assez souvent 1</p> <p>– la plupart du temps 0</p> <p>A. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place :</p> <p>– un peu 2</p> <p>– pas tellement 1</p> <p>– pas du tout 0</p> <p>D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :</p> <p>– oui, toujours 0</p> <p>– pas autant 1</p> <p>– de plus en plus rarement 2</p> <p>– presque plus du tout 3</p> <p>A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :</p> <p>– jamais 3</p> <p>– rarement 2</p> <p>– oui, en général 1</p> <p>– oui toujours 0</p> <p>D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :</p> <p>– comme d'habitude 0</p> <p>– plutôt moins qu'avant 1</p> <p>– beaucoup moins qu'avant 2</p> <p>– pas du tout 3</p> <p>A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p>– oui, très nettement 3</p> <p>– oui, mais c'est pas trop grave 2</p> <p>– un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1</p> <p>– pas du tout 0</p>	<p>D. Je me sens ralenti :</p> <p>– pratiquement tout le temps 3</p> <p>– très souvent 2</p> <p>– quelquefois 1</p> <p>– jamais 0</p> <p>A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>– très souvent 3</p> <p>– assez souvent 2</p> <p>– rarement 1</p> <p>– jamais 0</p> <p>D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses</p> <p>– toujours autant 0</p> <p>– plutôt moins 1</p> <p>– nettement moins 2</p> <p>– plus du tout 3</p> <p>A. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge :</p> <p>– très souvent 3</p> <p>– assez souvent 2</p> <p>– rarement 1</p> <p>– jamais 0</p> <p>D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision :</p> <p>– souvent 0</p> <p>– parfois 1</p> <p>– rarement 2</p> <p>– pratiquement jamais 3</p> <p>A. Je me fais du souci :</p> <p>– très souvent 3</p> <p>– assez souvent 2</p> <p>– occasionnellement 1</p> <p>– très occasionnellement 0</p> <p>D. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :</p> <p>– totalement 3</p> <p>– je n'y fais plus attention 2</p> <p>– je n'y fais plus assez attention 1</p> <p>– j'y fais attention comme d'habitude 0</p>		
---	--	--	--

Zigmund AS, Snaith RT, The hospital anxiety depression scale. Acta Psycho Scand 1983; 67:361-70

Annexe 5:

The Cigarette Dependence Scale (CDS-12), French-language version

Questions	Options de réponse	Recodage
1. Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes: -Je ne suis absolument pas dépendant des cigarettes=0 -Je suis extrêmement dépendant des cigarettes=100	Dépendance	0-20 = 1 21-40 = 2 41-60 = 3 61-80 = 4 81-100 = 5
2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne?	Cigarettes/jour	0-5 = 1 6-10 = 2 11-20 = 3 21-29 = 4 30+ = 5
3. D'habitude, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?	Minutes	0-5 = 5 6-15 = 4 16-30 = 3 31-60 = 2 61+ = 1
4. Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait:	Impossible=5 Très difficile=4 Plutôt difficile=3 Plutôt facile=2 Très facile=1	Pas de recodage
<i>Veillez indiquer si vous êtes d'accord avec chacune des affirmations suivantes:</i>		
5. Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer	Pas du tout d'accord=1 Plutôt pas d'accord=2 Plus ou moins d'accord=3 Plutôt d'accord=4 Tout à fait d'accord=5	Pas de recodage
6. Je suis stressé à l'idée de manquer de cigarettes	comme item no. 5	
7. Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi	comme item no. 5	
8. Je suis prisonnier des cigarettes	comme item no. 5	
9. Je fume trop	comme item no. 5	

10. Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller acheter des cigarettes	comme item no. 5	
11. Je fume tout le temps	comme item no. 5	
12. Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé	comme item no. 5	

Etter JF, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure addiction to cigarettes:

The Cigarette Dependence Scale. Neuropsychopharmacology (2003), 28, 359-370.

**The Cigarette Dependence Scale, 5-item short version (CD S-5),
English-language version**

Questions	Response options	Recoding
1. Please rate your addiction to cigarettes on a scale of 0 to 100: - I am NOT addicted to cigarettes at all = 0 - I am extremely addicted to cigarettes = 100	___ Addiction	0-20 = 1 21-40 = 2 41-60 = 3 61-80 = 4 81-100 = 5
2. On average, how many cigarettes do you smoke per day?	___ Cigarettes / day	0-5 = 1 6-10 = 2 11-20 = 3 21-29 = 4 30+ = 5
3. Usually, how soon after waking up do you smoke your first cigarette?	___ Minutes	0-5 = 5 6-15 = 4 16-30 = 3 31-60 = 2 61+ = 1
4. For you, quitting smoking for good would be:	Impossible = 5 Very difficult = 4 Fairly difficult = 3 Fairly easy = 2 Very easy = 1	No recoding
Please indicate whether you agree with the following statement:		
5. After a few hours without smoking, I feel an irresistible urge to smoke	Totally disagree = 1 Somewhat disagree = 2 Neither agree nor disagree = 3 Somewhat agree = 4 Fully agree = 5	

Etter JF, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure addiction to cigarettes:

The Cigarette Dependence Scale. Neuropsychopharmacology (2003), 28, 359-370.

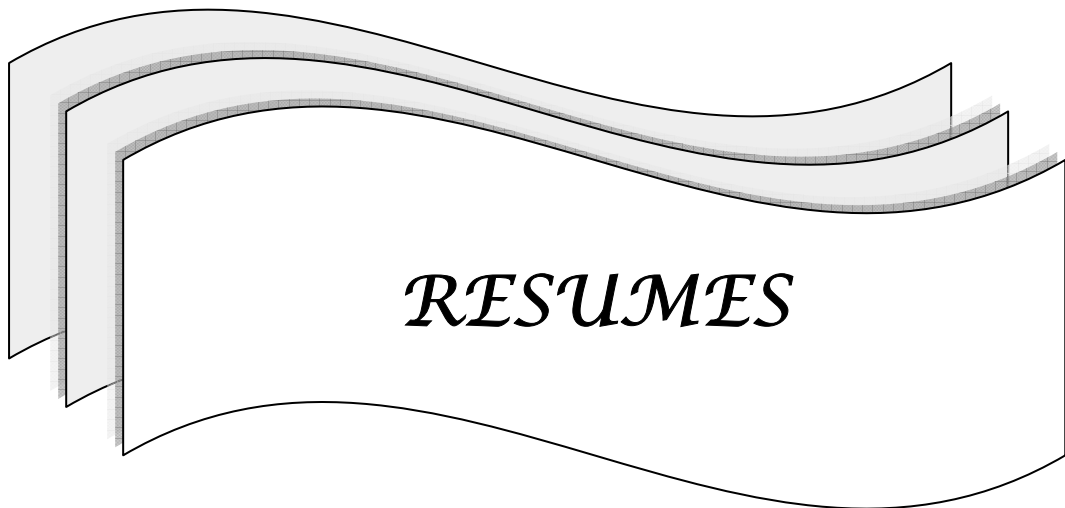
Annexe 6:

Questionnaire CAGE-DETA

- 1 -Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- 2 -Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- 3 -Avez déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- 4 -Avez-vous eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolo-dépendance à partir de 2 items positifs.

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac.
Saint Denis: Afssaps; 2003.



RÉSUMÉ

Notre étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité de la méthode point Chiapi pour le sevrage tabagique, chez les fumeurs ayant la motivation et l'envie d'arrêter de fumer.

C'est une étude prospective à propos de 42 cas (24 hommes et 18 femmes) réalisée au sein de l'hôpital militaire d'Avicenne de Marrakech pendant une durée de 2 ans. Le moyen d'âge calculé est 45,30 ans, la durée du tabagisme chez ces fumeurs varie de 4 à 32 ans et l'âge de début du tabagisme est compris entre 15 et 32ans. Cette technique consiste à puncturer les 2 points Chiapi localisés au niveau de la face latérale du nez à l'exclusion de tout autre point pendant 15 minutes par séance à répéter après 15 jours si nécessaire. C'est une méthode de tout ou rien ; or refumer une seule cigarette est considéré comme un échec de la méthode.

L'analyse des résultats de notre travail a conclu à un taux global de réussite de 71,43 % avec une légère différence selon les deux sexes : 79,16 % chez l'homme et 61,11 % chez la femme. Ni l'âge du fumeur ni sa durée du tabagisme ne sont des facteurs déterminants pour la réussite de cette méthode. Le même constat est valide pour la motivation et le degré de dépendance. L'échec de la méthode Chiapi a été constaté surtout chez les fumeurs très dépendants.

Le taux de succès élevé et la minorité des effets secondaires permettent à la méthode point Chiapi de s'imposer comme une alternative thérapeutique efficace concurrente aux autres moyens de sevrage devant un fléau qui se propage rapidement et qui met en péril la santé de l'humanité.

SUMMARY

Our study aims to evaluate the effectiveness of the method Chiapi point for smoking cessation in smokers with the motivation and desire to quit smoking.

This is a prospective study of 42 cases (24 men and 18 women) performed within the military hospital of Marrakech during a period of 2 years. The average age calculated is 45,30 years, duration of smoking in these smokers is 4 to 32 years and age of onset of smoking is between 15 and 32 years. This technique is to puncture the 2 points Chiapi located at the opposite side of the nose to the exclusion of any other point for 15 minutes per session to repeat after 15 days if necessary. This method is all or nothing, yet refumer one cigarette is considered a method failure.

Analysis of the results of our work has found an overall success rate of 71,43 % with a slight difference by gender: 79,16 % males and 61,11 % in women. Neither age nor duration of smoking of tobacco use are key factors for the success of this method. The same is valid for the motivation and the degree of dependence. The method failure Chiapi was found mainly in highly addicted smokers.

The high success rate and minority side effects helps to point method Chiapi itself as an effective therapeutic alternative to other competing methods of withdrawal before a scourge that is spreading rapidly and endangering the health of humanity.

ملخص

تهدف هذه الدراسة لتقييم فعالية تقنية شيابي للإقلاع عن التدخين وقد شملت المدخنين الذين لديهم الحافز والرغبة في ذلك. و أجريت هي الدراسة الاستطلاعية على 42 حالة: 24 رجلا و 18 امرأة ، بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش خلال سنتين علما أن متوسط العمر بلغ 30,45 سنة ، ومدة التدخين عند هؤلاء المرضى تتراوح بين 4 إلى 32 سنة وسن بداية التدخين بين 15 و 32 سنة . وتتلخص هذه التقنية في وخز جانبي الأنف بالإبر لمدة 15 دقيقة في الحصة وقد تتكرر العملية بعد 15 يوما إذا لزم الأمر ذلك. إنها طريقة تخضع لقانون الكل أو العدم حيث يعتبر تدخين سيجارة واحدة بعد العملية إيذانا بفشل هذه الطريقة.

معدل النجاح العام هو % 71,43 مع اختلاف طفيف حسب الجنس : % 79,16 عند الذكور في حين تبلغ هذه النسبة % 61,11 عند الإناث. ليس عمر المدخن ولامدة التدخين من العوامل الرئيسية المؤثرة في نجاح هذه التقنية. والشيء نفسه صحيح بالنسبة للدافع ودرجة الإدمان. إن نجاعة شيابي محدودة فقط عند الأشخاص الأكثر إدمانا.

إن نسبة النجاح العالية و الآثار الجانبية القليلة يجعلان من طريقة شيابي للوخز بالإبر بديلا علاجيا فعالا أمام أدوية حجزت مكانتها كمساعد للإقلاع عن آفة خطيرة آخذة في الانتشار بسرعة والمعرضة لصحة الإنسانية للخطر .



BIBLIOGRAPHIE

1. **El Fakir S, Serhier.Z, Bendahhou K, Berraho M, El Rhazi K, Tachfouti N, Slama K, Nejari C.**
Tabagisme au Maroc : connaissance des risques liés au tabac en fonction du revenu.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2009; 57:1:S23.
2. **Jean François, M Fernandes E, Dautzenberg B.**
Evolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000–2001.
BEH 22–23/2001.
3. **Doll R, Hill AB.**
Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report.
Br Med J 1950; 2(4682):739– 48.
4. **Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS.**
Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.
Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256–76.
5. **Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I.**
Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors.
BMJ 1994; 309:901–11.
6. **Peto R, Darby S, Deo H, Sillcocks P, Whitley E, Doll R.**
Smoking, smoking cessation and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case–control studies.
BMJ 2000; 321: 323–8.
7. **Brugière O, Fournier M.**
Bronchopneumopathies chroniques obstructives.
EMC : Pneumologie (6–030–A–10) 1999 ; 1–14.
8. **G Lagrue et A Maurel.**
Tabagisme et maladies vasculaires.
EMC : Angéiologie (19–0130) 2003 ; 1–18.
9. **Trosini–Desert V, Germaud P, Dautzenberg B.**
Exposition à la fumée du tabac et risque infectieux bactérien.
Rev Mal Respir 2004 ; 21 :539–47.
10. **Martinet Y, Bohadana A.**
Le tabagisme; de la prévention au sevrage.
Paris: Masson, 2001.

11. **Boffetta P, Trédaniel J, Greco A.**
Risk of childhood cancer and adult lung cancer after childhood exposure to passive smoke: a metaanalysis.
Environ Health Perspect 2000; 108:73–82.
12. **Cook DG, Strachan DP.**
Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research.
Thorax 1999; 54: 357–366.
13. **Gilliland D, Li YF, Peters JM.**
Effects of maternal smoking during pregnancy and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing in children.
Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 429–436.
14. **<https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/index.html>**
15. **<http://www.journaux.ma/maroc/actualite-marocaine/recul-du-tabagisme-dans-les-etablissements-scolaires>**
16. **Lawler DA, Frankel S, Shaw M, Ebrahim S, Smith GD.**
Smoking and ill health: does lay epidemiology explain the failure of smoking cessation programs among deprived populations?
Am J Public Health 2003; 93(2):266–70.
17. **Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS.**
Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study.
Am J Respir Crit Care Med 2000; 161:381–90.
18. **Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R.**
Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies.
BMJ 2000; 321(7257):323–9.
19. **Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP.**
Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years.
Am J Respir Crit Care Med 2002; 166(5):675–9.

- 20. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.**
Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac.
Saint Denis: Afssaps; 2003.
- 21. Perriot J, Llorca PM, Boussiron D, Schwann R.**
Tabacologie et sevrage tabagique.
Paris: John Libbey Eurotext, 2003:243.
- 22. Auguston EM, Marcus SE.**
Use of the Current Population Survey to characterize sub populations of continued smokers: A national perspective on the « Hardcore » smoker phenomenon.
Nicotine & Tobacco Res 2004; 6: 621–9.
- 23. L'arrêt de la consommation de tabac.**
Conférence de Consensus, Paris 8–9 Octobre 1998.
Journal des Maladies Vasculaires (Paris) 1999; 24(4):309–323.
- 24. Sachs D.**
Nicotine withdrawal medications.
Tobacco control 1993; 2: S42–S47.
- 25. Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.**
L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus.
Paris 8–9 octobre. Paris: Editions Médicales et Scientifiques; 1998.
- 26. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.**
Tabac. Comprendre la dépendance pour agir.
Paris: INSERM; 2004.
- 27. Euroaspire II Study Group.**
Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme.
Eur Heart J 2001; 22(7):554–72.
- 28. Gilman SE, Abrams DB, Buka SL.**
Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use: initiation, regular use, and cessation.
J Epidemiol Community Health 2003; 57(10):802–8.

29. **Doll R, Peto R, Boreham J, and Sutherland I.**
Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors.
BMJ 2004; 328(7455):1519.
30. **Etter JF, Le Houezec J, Perneger TV.**
A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale.
Neuropsychopharmacology 2003; 28: 359-70.
31. **Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, Johnson J.**
Smoking, smoking cessation and major depression.
JAMA 1990; 264: 1546-9.
32. **US Public Health Service Report.**
The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff, and consortium representatives.
JAMA 2000; 283: 3244-54.
33. **Hughes JR, Stead LF, Lancaster T.**
Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review).
Oxford: The Cochrane Library, update software, 2004, issue 2.
34. **Lancaster T, Stead LF.**
Individual behaviour al counselling for smoking cessation (Cochrane Review).
Oxford: The Cochrane Library, update software, 2004, issue 2.
35. **Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, Hurt RD, Offord KP, Croghan IT et al.**
Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counselling.
JAMA 1995; 274:1347-1352
36. **Stead LF, Lancaster T.**
Group behaviour therapy programmes for smoking cessation.
Oxford: The Cochrane Library (software). 2009.
37. **Nancy A. Rigotti, MD; Marcus R. Munafo, PhD; Lindsay F. Stead, MSc.**
Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Smokers. A Systematic Review.
Arch Intern Med. 2008; 168(18):1950-1960.
38. **Fernandez JR, Allison DB.**
Rimonabant Sanofi-Synthelabo.
Curr Opin Investig Drugs 2004; 5: 430-35.

- 39. Hall W.**
The prospects for immunotherapy.
Lancet 2002; 360: 1089-91.
- 40. REQUENA, Yves.**
S'arrêter de fumer avec 1 séance d'acupuncture.
Guy Trédaniel Editeur Paris, 2004:81-101.
- 41. Ter Riet G, Kleijnen J, Knipschild P.**
A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction.
Br J Gen Pract 1990; 40:379-82.
- 42. Ashenden R, Silagy C, Lodge M, Fowler G.**
A meta-analysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation.
Drug Alcohol Rev 1997; 16:33-40.
- 43. White AR, Resche KL, Ernst E.**
A meat-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation.
Tobacco Control 1999; 8:393-7(version imprimée de la version électronique: White AR, Rampes H. Acupuncture in smoking cessation. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Database on CD -ROM]. Oxford, England: Update Software; 1997. Updat November 24, 1996.9 The Cochrane Library; N°2.)
- 44. Castera P.**
L'acupuncture est-elle une méthode à l'efficacité scientifique établie pour aider les fumeurs à arrêter leur consommation de tabac.
Méridiens 1998; 111: 145-159.
- 45. White AR, Rampes H, and Ernst E.**
Acupuncture in smoking cessation (Cochrane Review).
In: the Cochrane Library, Issue3, 2000.Oxford: Update Software.
- 46. White AR, Rampes H, and Ernst E.**
Acupuncture in smoking cessation (Cochrane Review).
In: the Cochrane Library, Issue2, 2002.Oxford: Update.
- 47. Nguyen J.**
La rhinofaciopuncture.
Thèse Doc .Méd. Marseille 1977.

48. **Nguyen J.**
Encyclopédie des médecines naturelles.
Paris. 1989; II-3:8p.
49. **BOSSY J.**
Bases neurobiologiques des réflexothérapies.
Masson, Paris 1978.
50. **SABOTTA.**
Atlas d'anatomie humaine tome 1 Tête et cou, membre sup.
Ed. EM-inter, Paris 2000.
51. **Lagrue G.**
Traitement de la dépendance tabagique.
Encyclopédie Médico-chirurgicale 19-3701 (2004).
52. **Réquéna Y.**
Introduction à l'acupuncture en gastro-entérologie.
Thèse Doc. Med., Marseille, France, 1974.
Disponible sur <http://www.yves-requena.com/publications-scientifiques.html>
53. **NIH Consensus Development Panel on Acupuncture.**
Acupuncture, NIH Consensus Conference.
JAMA 1998; 280:1518-1524.
54. **Déloire H.**
Contribution de l'acupuncture au traitement du tabagisme.
Revue Française d'Acupuncture. 1975; 3:43-65.
55. **Pautret G.**
Traité d'anatomie humaine, tome 4, système nerveux.
Ed Masson, Paris 1964.
56. **Castera P, Nguyen J, Gerlier JL, Robert S.**
L'acupuncture est-elle bénéfique dans le sevrage tabagique, son action est-elle spécifique ? une méta-analyse.
Acupuncture & moxibustion 2002; 1(3-4):76-85.

- 57. Réquena Y, Fabre NJ, Pernicio NC, Michel D et Nguyen J.**
Smoking withdrawal therapy by acupuncture.
American journal of acupuncture. 1980; 8(1), 57-63. Ou :
Réquena Y, Pernice C, Michel D et Nguyen J.
Intérêt thérapeutique de l'acupuncture dans la lutte contre l'intoxication tabagique. A propos de 1353 cas (1975.1976); disponible sur www.arreterdefumer.info
- 58. Poupy JL.**
Premières conclusions à propos du traitement antitabagique par acupuncture en consultation hospitalière.
Revue Française d'Acupuncture 1976; 8:31.
- 59. Lacroix et Besançon.**
Le sevrage du tabac, efficacité de l'acupuncture dans un essai comparatif.
Revue Française d'Acupuncture 1976; 8:21-30.
- 60. Lacroix JC F.**
Le sevrage du tabac par l'acupuncture.
Revue française d'Acupuncture 1978; 13:21-5.
- 61. Besse.**
Apport de l'acupuncture dans la désintoxication tabagique.
Méridiens 1976; 35-36:153-161.
- 62. Aniber M.**
Place des médecines alternatives en pratique clinique: acupuncture et cupping-thérapie.
Thèse Médecine.
Marrakech 2008; n°100.
- 63. Stéphane JM et Nguyen J.**
13 recommandations des bonnes pratiques médicales sur le risque infectieux en acupuncture. Acupuncture et Moxibustion 2008 ; 7(1).