

L'ACTIVITE PHYSIQUE, UNE AIDE AU SEVRAGE TABAC ?

G.Filhol¹, J.Guionneau¹, T.Joulié¹, P.Bernard¹.

¹*UFR STAPS, Université Montpellier 1.*

Introduction.

La fumée de tabac est un facteur de risque majeur de morbidité et de décès prématuré au niveau mondial (OMS, 2008). Elle est aussi la première cause de décès évitable (Evin, 2011). La cigarette peut rendre dépendant pour diverses raisons, souvent associées. Celles-ci peuvent être physiques, mais aussi psychologiques, sociales et comportementales. Ces dernières années, en France, le nombre de fumeurs ayant décidé d'arrêter le tabac a diminué malgré les mesures mises en place (Beck et al., 2011). La lutte contre le tabagisme a pour but d'éviter l'apparition de nouveaux consommateurs en plus de diminuer le nombre de personnes déjà fumeuses et dépendantes.

En France, la prévalence de consommation de tabac (fumeurs quotidiens et occasionnels) en 2010 était de 29,1% chez les 15-75 ans. De plus, le taux de fumeurs quotidiens n'a pas diminué (hausse de 2% depuis 2005) (Beck et al., 2011). Le nombre annuel de décès imputables au tabac est de 73000 par an, représentant 21% de la mortalité masculine et 5% de la mortalité féminine (Hill, 2012).

Complémentaires aux traitements médicamenteux, les thérapeutiques non médicamenteuses jouent un rôle clé dans la lutte contre le tabagisme et le maintien de l'abstinence. L'activité physique (AP) ou l'exercice, par leurs caractéristiques multidimensionnelles, en font partie (Ussher, Taylor & Faulkner, 2008 ; Taylor, Ussher & Faulkner, 2007).

Arrêt du tabac.

Bénéfices de l'arrêt.

L'arrêt du tabagisme permet d'obtenir des bénéfices tant sur le plan physique que psychique. Il est montré que quel que soit l'âge auquel les personnes arrêtent de fumer, leur espérance de vie est augmentée (Taylor et al., 2002). Ce phénomène peut s'expliquer par la diminution du risque de développer certaines pathologies, telles que :

- les cancers (effets observés pour le poumon, le larynx, la cavité buccale, le larynx, l'œsophage, l'estomac, le pancréas, la vessie ou encore le col de l'utérus) ;
- les maladies cardiovasculaires (diminution du risque de morbidité et mortalité lié à la cardiomyopathie coronarienne, diminution du risque d'accident vasculaire cérébral) ;
- les maladies respiratoires (empêche ou retarde l'apparition de bronchite chronique obstructive, réduction de la détérioration de la fonction respiratoire, diminution du nombre d'hospitalisations pour les personnes atteintes de BPCO) (Léon, 2008).

Sur le plan psychologique, l'arrêt permettrait d'augmenter la qualité de vie globale des personnes, et leur qualité de vie liée à la santé. Après une durée de 1 à 3 ans, une diminution des affects négatifs ainsi qu'une stabilisation des affects positifs seraient observées. Après 3 ans d'abstinence, les personnes relèvent une réduction du stress (Piper et al., 2012). Enfin, il a été démontré que les fumeurs ayant arrêté il y a moins d'un an, ont un niveau de bonheur inférieur aux non-fumeurs ou aux fumeurs abstinents de plus d'un an (Shahab & West, 2012).

Prédicteurs de rechute.

Au niveau sociodémographique, les personnes ayant un faible niveau de revenu, faible niveau d'étude, vivant en région rurale, étant séparé, divorcé ou veuf, ont un risque plus élevé de rechute tabagique (Matheny & Weatherman, 1998 ; McDermott, Dobson & Owen, 2009).

Certaines situations peuvent également favoriser la rechute, notamment le fait qu'il y ait d'autres fumeurs dans le ménage, ou dans l'environnement immédiat, que des cigarettes soient facilement accessibles, ou le fait de consommer de l'alcool (Piasecki, 2006). Schiffman (2005) a montré que l'apparition d'affects négatifs peut être un risque dans les minutes ou heures qui suivent. Sur le plan personnel, un faible niveau de confiance en soi, ou faible niveau d'auto-efficacité augmente le risque de rechute. Le style de vie peut également jouer un rôle, et la condition physique serait également une condition importante dans le risque de rechute (Matheny & Weatherman, 1998 ; McDermott, Dobson & Owen, 2009).

Activité physique et sevrage tabagique.

L'AP se définit comme « *tous mouvements corporels qui permettent d'augmenter la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos* »

(Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Malgré les recommandations en matière d'AP et ses bénéfices sur la santé (OMS, 2010), seulement un quart des fumeurs sont actifs en début de sevrage tabagique (Abrantes et al., 2009 ; Deruiter et al., 2008). Or, de nombreuses études ont montré que l'AP régulière apparaît comme un facteur prédicteur d'abstinence (Abrantes et al., 2009 ; Elibero, 2008 ; Harper, 2011 ; Marcus et al., 1999 ; McDermott, Dobson & Owen, 2009 ; Prochaska et al., 2008) et que l'exercice physique permet de réduire les symptômes de sevrage, à l'origine de la reprise du tabac. En effet, une récente revue systématique de la littérature ainsi qu'une méta-analyse Cochrane (Ussher, Taylor & Faulkner, 2012) indique que l'exercice physique, même occasionnel, diminue de manière significative les symptômes de sevrage dont les affects négatifs (Ussher et al., 2001 ; Taylor, Ussher & Faulkner, 2007 ; Bock, 1999), la tension (Ussher et al., 2001 ; Daniel et al., 2004 ; Taylor, Ussher & Faulkner 2007), l'irritabilité (Ussher et al., 2001), le stress (Ussher et al., 2001 ; Daniel et al., 2004) ainsi que les troubles de la concentration (Ussher et al., 2001 ; Daniel et al., 2004) et du sommeil (Grove et al., 2006). De plus, l'exercice agit positivement sur un élément clef du sevrage à l'origine de nombreuses rechute, le craving (pulsion irrépressible de fumer) (Ussher et al., 2001 ; Taylor, Ussher & Faulkner, 2007 ; Haasova et al., 2012), et ceci de manière plus rapide que les traitements de substitutions nicotiques oraux habituellement prescrits lors d'un sevrage (Harper, 2011). Enfin, une seule étude a montré que l'AP régulière permettait un meilleur contrôle de la prise de poids en fin de traitement (Marcus et al., 1999), mais ses bénéfices sur le long terme sont eux bien démontrés (Farley et al., 2012).

Recommandations pour la pratique.

La pratique régulière d'AP est associée aux tentatives de sevrage tabagique (Gauthier, Snelling & King, 2012).

Actuellement, les recommandations mondiales en matière d'AP pour la santé chez l'adulte de 18 à 64 ans sont d'au moins 150 minutes hebdomadaires d'AP d'endurance à intensité modérée (OMS, 2010). Ceci permet la diminution des risques de mortalité et de pathologies invalidantes (Myers et al., 2002 ; Powell, Paluch & Blair, 2011). Des recommandations ayant trait au sevrage tabagique ont été proposées suite aux résultats de la méta analyse Cochrane de Ussher, Taylor et

Faulkner (2008). Le tableau suivant présente les recommandations en AP durant le sevrage tabac.

Tableau. Recommandations de programmation de l'exercice pour l'arrêt du tabac.

Durée de l'intervention	8 semaines
Durée de la session	110 min/sem
Intensité	Modérée ou élevée
Fréquence	2 ou 3/sem
Nature d'AP	Aérobie et/ou résistance
Commentaire	Début avant ou avec l'arrêt Supervisé + conseil individualisé centré sur l'AP

Avant de débiter un programme d'activité physique, il est conseillé de vérifier la présence ou non de contre-indication à la pratique. Le questionnaire sur l'aptitude à l'AP ou Q-AAP (SCPE, 2002) représente un auto questionnaire en 7 items essentiel pour savoir si la personne peut commencer un programme d'exercice physique ou s'il serait préférable qu'elle demande l'avis d'un médecin préalablement.

Conclusion.

L'AP apparaît comme bénéfique lors du sevrage de par une réduction de la quasi totalité des symptômes de manque, souvent à l'origine des difficultés d'abstinence tabagique et de la rechute. Celle-ci, si supervisée par un professionnel qualifié et expert dans le domaine de l'AP à des fins de santé, pourrait représenter une possibilité efficace et complémentaire aux autres thérapeutiques pour aider les personnes à arrêter de fumer. D'autres études, dont des revues systématiques et des méta analyses, restent nécessaires afin que l'AP en tant qu'aide au sevrage tabagique fasse l'unanimité et ainsi légitime la place des professionnels en activité physique pour la santé au sein des équipes pluridisciplinaires en charge de l'accompagnement du sevrage tabac.

Bibliographie.

- Abrantes, A. M., Strong, D. R., Lloyd-Richardson, E. E., Niaura, R., Kahler, C. W., & Brown, R. A. (2009). Regular Exercise as a Protective Factor in Relapse following Smoking Cessation Treatment. *American Journal on Addictions, 18*(1), 100-101.
- Beck, F., Guignard, R., Richard, J. B., Wilquin, J. L., & Peretti-Watel, P. (2011). Augmentation récente du tabagisme en France: principaux résultats du Baromètre 2010 santé en France. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire, 20-21*, 230-233.
- Bock, Marcus, B., King, T., Borrelli, B., & Roberts, M. (1999). Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation. *Addictive Behaviors, 24*(3), 399-410.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100*(2), 126–131.
- Deruiter, W. K., Faulkner, G., Cairney, J., & Veldhuizen, S. (2008). Characteristics of physically active smokers and implications for harm reduction. *American Journal of Public Health, 98*(5), 925-931.
- Elibero, A., Janse Van Rensburg, K., & Drobos, D. J. (2011). Acute effects of aerobic exercise and Hatha yoga on craving to smoke. *Nicotine & Tobacco Research, 13*(11), 1140-1148.
- Evin, C. (2011). Editorial. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire, 20-21*, 229.
- Farley, A. C., Hajek, P., Lycett, D., & Aveyard, P. (2012). Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (Online), 1*, CD006219.
- Gauthier, A. P., Snelling, S. J., & King, M. (2012). « Thinking outside the pack »: examining physically active smokers and implications for practice among Ontario residents. *Health Promotion Practice, 13*(3), 395-403.
- Grove, J. R., Wilkinson, A., Dawson, B., Eastwood, P., & Heard, P. (2006). Effects of exercise on subjective aspects of sleep during tobacco withdrawal. *Australian Psychologist, 41*(1), 69–76.
- Haasova, M., Warren, F. C., Ussher, M., Janse Van Rensburg, K., Faulkner, G., Cropley, M., Byron-Daniel, J., et al. (2012). The acute effects of physical activity on cigarette cravings: Systematic review and meta-analysis with individual participant data (IPD). *Addiction*.

- Harper, T. (2011). *Mecanisms behind the succes of exercise as an adjunct quit smoking aid*. University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.
- Hill, C. (2012). Épidémiologie du tabagisme. *Revue du Praticien*, 62, 325-329.
- Léon, M. (2008). Bénéfices de l'arrêt du tabac. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, 21- 22, 194-198.
- Marcus, B. H., Albrecht, A. E., King, T. K., Parisi, A. F., Pinto, B. M., Roberts, M., Niaura, R.S., et al. (1999). The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 159(11), 1229-34.
- Matheny, K. B., & Weatherman, K. E. (1998). Predictors of smoking cessation and maintenance. *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 223–235.
- McDermott, L., Dobson, A., & Owen, N. (2009). Determinants of continuity and change over 10 years in young women's smoking. *Addiction*, 104(3), 478–487.
- Myers, J., Prakash, M., Froelicher, V., Do, D., Partington, S., & Atwood, J. E. (2002). Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *The New England Journal of Medicine*, 346(11), 793-801.
- OMS. (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic - The MPOWER package*.
- OMS. (2010). *Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé*. (Recommandations) (p. 60).
- Piasecki, T. M. (2006). Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 196-215.
- Piper, Kenford, S., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2012). Smoking cessation and quality of life: changes in life satisfaction over 3 years following a quit attempt. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(2), 262-270.
- Powell, K. E., Paluch, A. E., & Blair, S. N. (2011). Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? *Annual Review of Public Health*, 32, 349-365.
- Prochaska, J. J., Hall, S. M., Humfleet, G., Munoz, R. F., Reus, V., Gorecki, J., & Hu, D. (2008). Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: a randomized trial. *Preventive medicine*, 47(2), 215–220.
- Shahab, L., & West, R. (2012). Differences in happiness between smokers, ex-smokers and never smokers: cross-sectional findings from a national

- household survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 121(1-2), 38-44.
- Shiffman, S. (2005). Dynamic influences on smoking relapse process. *Journal of personality*, 73(6), 1715-1748.
- Société Canadienne de Physiologie de L'exercice, (2002). *X-AAP pour femmes enceintes, questionnaire médical sur l'aptitude à l'activité physique pour femmes enceintes*. Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice.
- Taylor, D. H., Hasselblad, V., Henley, S. J., Thun, M. J., & Sloan, F. A. (2002). Benefits of Smoking Cessation for Longevity. *American Journal of Public Health*, 92(6), 990-996.
- Taylor, Ussher, M. H., & Faulkner, G. (2007). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction*, 102(4), 534-43.
- Ussher, M., Nunziata, P., Cropley, M., & West, R. (2001). Effect of a short bout of exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke. *Psychopharmacology*, 158(1), 66-72.
- Ussher, Taylor, A., & Faulkner, G. (2008). Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (4), CD002295.
- Ussher, Taylor, A., & Faulkner, G. (2012). Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 1, CD002295.