Comment vaincre les résistances au sevrage tabagique ?

par le Dr Pierre Nys*

* Médecin généraliste, tabacologue
1160 Bruxelles

Le tabagisme est une cause majeure de mortalité dans le monde. Pourtant, les fumeurs sont toujours aussi nombreux. À côté des résistances évidentes du fumeur à entamer un sevrage tabagique, le médecin lui-même éprouverait-il certaines réticences à proposer un tel sevrage à ses patients fumeurs ? Le but de cet article est de faire le tour de ces résistances et de dégager les pistes qui peuvent être mises en place pour surmonter celles-ci.

PRÉTEST

	Vrai	Faux
1. Le statut tabagique du médecin influence sa tendance à proposer, ou non, un sevrage à son patient fumeur.	❑	❑
2. Il faut investir beaucoup de temps en consultation pour amener nos patients fumeurs à décider d'un sevrage.	❑	❑
3. Le médecin généraliste sont les acteurs de santé les plus souvent impliqués dans l'aide au sevrage tabagique.	❑	❑

Réponses en page 398.

ABSTRACT

This article reviews the obstacles to smoking cessation. These are related to the doctor, to the patient, to the organization of health care or to certain specificities of the cessation. For each of these categories, answers exist to surmount these. These answers are also developed here.

Words-keys : smoking, smoking cessation.

RÉSUMÉ

Cet article fait le point sur les obstacles au sevrage tabagique. Ceux-ci sont liés au médecin, au patient, à l'organisation des soins de santé ou encore à certaines spécificités du sevrage. Pour chacune de ces catégories d'obstacle, des réponses existent pour surmonter ceux-ci. Ces réponses sont également développées ici.

Mots-clefs : tabagisme, sevrage tabagique.

Le tabagisme tue cinq millions de personnes de par le monde chaque année, étant responsable de trois causes majeures de décès évitables, représentées par des maladies cardio-vasculaires, la BPCO et les cancers pulmonaires, ORL, vessies, etc.[1, 2] En Belgique, selon les données du CRIOC, 20,5 % de la population est fumeuse. Ce chiffre reste globalement stable depuis 2004. Les récentes recommandations NICE (New Institute for practice and Clinical Excellence) rappellent que les interventions faites par les médecins généralistes concernant la cessation tabagique sont efficaces et présentent un rapport coût/efficacité favorable… mais il existe un hiatus entre les recommandations et l'attitude des médecins sur le terrain[3, 4].

ÉTAT DES LIEUX

La prise en charge du patient fumeur est actuellement bien balisée avec les 5 A & les 5 R (tableau 1)[5, 6]. Beaucoup de médecins généralistes (MG) ont des connaissances suffisantes en matière de cessation tabagique et nombreux sont ceux qui conseillent l'arrêt du tabac à leurs patients[3, 7]. Et la crédibilité du médecin comme source d'information est jugée très élevée par nos patients, ceux-ci étant d'ailleurs sensibles au conseil tabagique formulé par leur médecin[7]. Par contre, peu de patients se sentent encouragés par ce dernier à arrêter de fumer[2, 8]. Pourtant, l'aide du médecin de famille permet de doubler voire de tripler les chances de réussite du sevrage[2]. Or, peu nombreux sont les médecins à offrir un conseil tabagique complet[2].

Dans l'étude FOCUS, 8 % des patients font appel à un professionnel de santé pour un premier arrêt et 13 % après plusieurs tentatives d'arrêt. Ceux qui cherchent de l'aide consultent en priorité leur MG (77 %), les tabacologues n'étant consultés que dans 12 % des cas[8]. Il est par ailleurs révélateur que seulement 16 % des arrêts sont initiés par les médecins, le plus souvent par le MG (63 %), puis le cardiologue, le gynécologue (14 %), le pneumologue (11 %) et enfin le tabacologue (9 %)[8]. La majorité des arrêts (50 %) sont le fruit d'une décision personnelle du patient. Il est intéressant de noter que le cercle familial peut amener le fumeur à faire une démarche d'arrêt dans 35 % des cas[8].

MAIS QU'EST-CE QUI FAIT DONC OBSTACLE ?

Plusieurs études montrent que les médecins estiment que le volet préventif est tout à fait dans leurs compétences et la plupart des médecins reconnaissent que les stratégies de prévention sont importantes [3,9]. Mais l'implication de ces mêmes médecins est différente selon que l'on aborde la tension artérielle, le cholestérol, la sédentarité, les aspects nutritionnels, le dépistage du cancer du sein, du colon, la consommation d'alcool ou le tabac… Pourtant, chacun voit ses patients fumeurs 4,3 x/an en moyenne[10].

Les barrières, ou obstacles au sevrage peuvent être rangés dans quatre catégories, selon qu'ils sont liés au médecin, au patient, d'origine structurelle ou encore, liés à certaines spécificités de l'arrêt du tabac.

LES 5 A ET LES 5 R
To Ask: poser la question du tabagisme à chaque patient et le noter dans le dossier
To Advice: informer le patient que fumer est dangereux pour lui-même et ses proches. Que l'on peut l'aider à arrêter de fumer, s'il le désire. Le but n'est pas de le culpabiliser, mais ne pas parler du tabagisme, c'est aussi avaliser la fume. C'est aussi pouvoir aborder avec lui les gains de santé liés à l'arrêt.
To Asses: interagir avec le patient pour augmenter ses motivations et ses compétences à l'arrêt. Évaluer le niveau de désir d'arrêt.
To Assis: aider concrètement le patient à quitter le tabac, éventuellement avec une aide médicamenteuse. Choisir la date d'arrêt. Anticiper les situations à risque, modifier l'environnement. Informer sur la dépendance. Recommander un traitement en tenant compte des ES et CI
To Arrange: assurer le suivi après l'arrêt. Revoir le patient de façon rapprochée pour le féliciter et l'encourager à persévérer. C'est renforcer les acquis du patient et prévenir la re-consommation. En cas de rechute, connaitre les circonstances permet de mettre de nouvelles stratégies en place.
Relevance: encourager le patient à expliquer pourquoi l'arrêt du tabac pour lui est important.
Risk: aider le patient à identifier les risques liés au tabac s'il poursuit sa consommation
Rewards: faire parler le patient sur les gains qu'il attend suite à l'arrêt du tabac
Roadblocks: aider le patient à identifier les obstacles à l'arrêt
Repetition: répéter ses actions avec les patients, même non motivés ou reconsommateurs

Tableau 1: stratégie des 5 A pour l'aide à l'arrêt du tabac[5, 6]

Obstacles liés au médecin

Absence de mention au dossier médical

Appliquer les «5 A» et inscrire le statut tabagique du patient dans le dossier médical est indispensable. En effet, le simple fait de noter le statut fumeur dans le dossier médical augmente le taux d'intervention du médecin[5, 11]. En Belgique, 28% des médecins rapportent inscrire le statut tabagique de tous leurs patients dans le dossier médical[3]. Généralement, le médecin intervient plus facilement lorsqu'il y a un lien entre la pathologie du patient et le tabac, ce chiffre passant alors de 28% à 85%[3]. Par ailleurs, une étude européenne nous apprend que seuls 36% des médecins recommandent systématiquement à leurs patients d'arrêter de fumer[3].

Habitudes de consommation du médecin

Les médecins fumeurs prodiguent moins souvent un conseil tabagique[3, 10, 12].
Un certain nombre de confrères estiment que le tabagisme est de l'ordre de la vie privée des patients et qu'ils seraient intrusifs en intervenant auprès du patient[9]. Pour certains, réaliser le screening et le «counselling» concernant l'alcool ou les habitudes tabagiques ne fait pas partie de leurs tâches[3]. Selon une étude sur ce thème, ces derniers ont une consommation d'alcool plus élevée (OR: 8,4), sont plus souvent sédentaires (OR 3,4) et ne connaissent ni leur TA ni leur cholestérol (OR: 2)[9]. Ceci tend à confirmer le fait que les caractéristiques du médecin et ses habitudes personnelles de santé sont prédictives de ses attitudes préventives envers les patients[7, 9].

Caractère ingrat de la démarche

De 14 à 43% des médecins scandinaves et 45% des médecins anglais expriment leurs difficultés à formuler un conseil de cessation tabagique[3]. Nombreux sont les médecins qui expriment que la cessation tabagique est non valorisante, et en tout cas, moins valorisante que la prise en charge de l'hypercholestérolémie ou de l'hypertension artérielle[7]. Le manque de bénéfice immédiat, le manque d'intérêt du patient ou d'efficacité de la prise en charge sont ici invoqués[9, 10].

Crainte de conflit

La peur exprimée par certains de se trouver en désaccord avec le patient, avec détérioration de la relation thérapeutique, est clairement exprimée[10, 13].

Caractère non urgent du sevrage

Le choix d'autres priorités médicales, considérées comme plus urgentes, est aussi rapporté par de nombreux médecins pour ne pas évoquer le problème du tabagisme[11, 13].

Cas particuliers

L'adolescent fumeur, accompagné d'un parent, est vécu comme une situation difficile, de par la dénaturation consécutive de la relation soignant/soigné[14]. De même, la situation de la femme enceinte, avec prise en charge nécessairement spécifique, est jugée plus difficile.

Obstacles liés au patient

Manque de motivation au sevrage

D'emblée, il convient d'identifier les **moteurs possibles du sevrage**. Parmi ces moteurs, on retrouve le coût (44%), la pression sociale (39%), l'amélioration de la condition physique (36%), la crainte d'une maladie en relation avec le tabac, le ras le bol de fumer (21%) et l'existence d'un problème de santé pulmonaire ou cardiaque (14%). Peu de fumeurs, par contre, se disent sensibles aux lois, nouveautés thérapeutiques ou aux campagnes anti-tabac (4%, 3% et 2% respectivement)[4].
À l'inverse, un nombre non négligeable de patients ne reviennent pas aux RDV par manque de motivation ou de confiance en eux[11].

Crainte d'une prise pondérale

L'apparition d'une prise pondérale, même limitée et surtout si elle est importante peut être un frein à l'arrêt, surtout chez la femme.

Les troubles dépressifs

L'apparition d'une dépression plus ou moins sévère, pré-existante ou non, peut décourager le patient dans sa démarche d'arrêt[6, 11].

Le coût des traitements

Le non-remboursement de traitements efficaces comme les substituts nicotiniques; les remboursements sous condition du bupropion de la varénicline, peuvent être une entrave réelle pour certains patients, et plus particulièrement pour les patients précarisés ou polymédiqués.

Obstacles divers

D'autres obstacles possibles sont:

- l'opposition du pharmacien par rapport à la prescription du médecin[11]. Ceci induit une perte de confiance du patient qui ne sait plus à quel professionnel de santé se fier;
- la non-compliance du patient par rapport à la posologie et/ou à la durée du traitement[7, 11];
- les symptômes du sevrage qui peuvent rendre la démarche d'arrêt complexe[6];

Obstacles structurels

Sont repris ici divers types d'obstacle qui tiennent à l'organisation et au financement des soins de santé, mais qui rejoignent certains obstacles déjà évoqués ci-avant.

Le manque de temps

Le «temps qui court» semble être le frein le plus important pour les praticiens[3, 4, 7, 9, 10]. Pourtant, ce sont le plus souvent des interventions brèves de moins de 2 minutes qui sont nécessaires et suffisantes[3, 7, 11]. À noter que la charge de travail du MG constitue aussi un frein au suivi par celui-ci de formations complémentaires sur le sevrage tabagique. Ces deux facteurs cumulés induisent une plus faible activité dans le domaine de la prévention tabagique[10].

L'accessibilité limitée aux traitements

Le non-remboursement de certains traitements efficaces, comme les traitements substitutifs nicotiniques (TSN) pose un réel problème et peut limiter notre intervention auprès des patients[10]. Ceci est d'autant plus important si le patient est en situation de précarité, statut Omnio, ou psychiatrisé.

La non revalorisation financière

Cette dernière est invoquée par de nombreux médecins pour ne pas s'impliquer dans une démarche d'aide à l'arrêt[5, 7, 9, 10]. A contrario, l'existence d'un remboursement spécifique des consultations augmente le taux d'intervention[3]. En Belgique, précisément, nous avons la chance de bénéficier d'un remboursement forfaitaire spécifique des consultations de tabacologie depuis octobre 2009[15].

Obstacles spécifique au sevrage

Manque de compétence

Le manque d'aisance dans la cessation tabagique parait être un frein essentiel[3, 4, 7, 9, 12]. Un quart des médecins n'a, en effet, aucune formation concernant la cessation tabagique.

Le manque de pratique

Un médecin sur trois estime que les formations spécifiques sont efficaces[10]. Bien qu'ils possèdent le bagage théorique, beaucoup de MG ne se sentent pas aptes à gérer une consultation de tabacologie[7, 10]. Il est vrai que nous sommes confrontés à une grande variété de patients avec des niveaux de dépendance différents ainsi qu'avec un désir d'arrêt variable.

Consommations associées

Bon nombre de patients présentent des co-dépendances complexes associées (cannabis-alcool) ainsi que des co-morbidités très diverses et parfois multiples (HTA, diabète, dépression, IRC…).

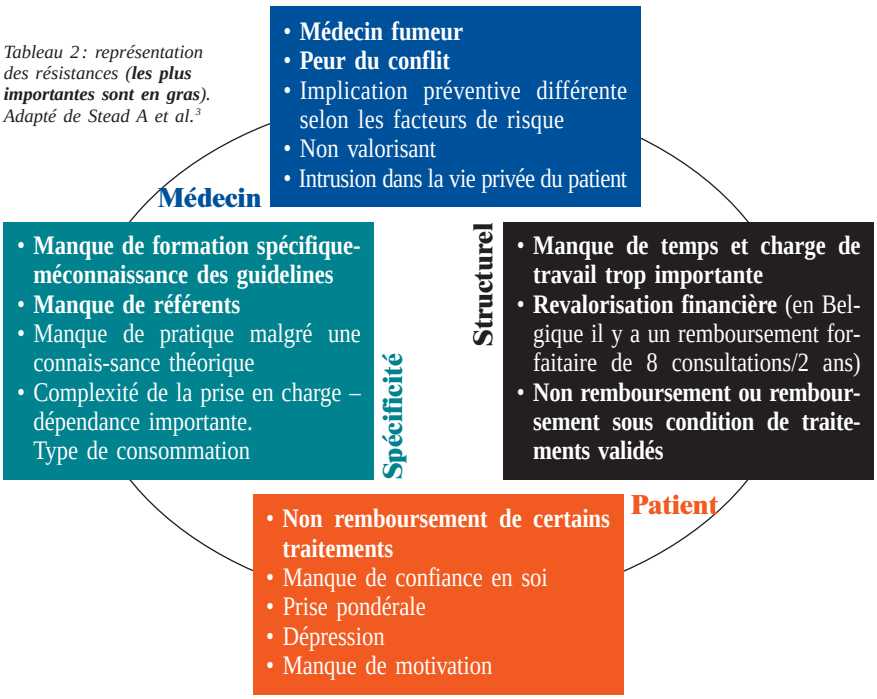
Expérience de l'échec

La gestion des rechutes et des échecs, éventuellement répétés, n'est pas toujours aisée ni pour le patient, ni pour le professionnel de santé[11].

En guise d'épilogue

L'identification et la gestion des obstacles exprimés par le patient sont fondamentales. L'ensemble se complexifie avec l'augmentation potentielle du stress, l'irritabilité, l'anxiété, le craving (besoin obsessionnel et intense de fumer), la prise pondérale, etc.[8]
Certains guidelines, comme ceux qui concernent les femmes enceintes, recommandent d'intervenir systématiquement (Recommandation de Bonne Pratique belge). Ils sont encore insuffisamment connus. Certains médecins se sentent plus démunis par rapport aux modalités spécifiques des consultations de tabacologie[3]. «Que vais-je dire à mon patient durant 45 minutes?» « Comment aider mon patient à progresser dans sa démarches?» J'ai trop peur d'être en conflit. Trop peu de médecins osent référer leurs patients fumeurs à des structures d'aide à l'arrêt. Que ce soit par crainte de perdre le patient, de paraître incompétent ou encore par méconnaissance des structures d'aide à l'arrêt[3, 4, 10, 13].

*Tableau 2: représentation des résistances (**les plus importantes sont en gras**). Adapté de Stead A et al.[3]*



LES RÉPONSES AUX RÉSISTANCES

Les deux principaux obstacles sont la gestion du temps et l'implémentation des compétences. Les consultations consacrées à l'arrêt du tabac bénéficient de **pseudocodes de remboursement** spécifiques. Idéalement, ces consultations ont lieu, dans ce cadre, sur rendez-vous.

Les **aides en ligne, validées**, sont aisément consultables sur le site de la SSMG : (http://www.ssmg.be/new/index.php?Page=106)[15].

La **participation à des formations spécifiques** d'aide au sevrage augmente significativement le taux d'intervention des MG [3,10]. L'utilisation des «5 A & 5 R» augmente les chances d'arrêt du patient et vous identifie comme la personne compétente à laquelle le patient peut s'adresser lorsqu'il sera prêt à l'arrêt [2,11]. Cette intervention double ou triple les chances d'arrêt. À noter qu'un entretien motivationnel est 5,2 fois plus efficace qu'un bref conseil tabagique[2]. La réalisation de formations spécifiques à l'aide au sevrage tabagique semble être une réponse au manque d'investissement des médecins[3, 4, 10, 12]. Une étude montre qu'une formation de 3 h à la cessation tabagique augmente de 1% le taux d'abstinence à 1 an parmi la patientèle du MG concerné, et que ce chiffre monte à 2,2% avec des patients motivés. Une autre étude démontre que là où existe une formation à l'arrêt pour les médecins, un plus grand nombre d'arrêts à 24 mois est rapporté[19]. Katz en 2004 démontre qu'à 6 mois le taux d'arrêt est de 1,7 dans le groupe training par rapport au groupe contrôle[20]. De plus, il apparaît que nombreux sont les médecins demandeurs d'une connaissance plus importante en matière d'aide à l'arrêt.

Il ne faut pas hésiter à **interpeller systématiquement nos patients fumeurs**. C'est un mythe de croire que les fumeurs ne désirent pas être interpellés sur leur tabagisme et qu'ils ne veulent pas arrêter de fumer [2]. Mais il est fondamental d'aborder cette problématique de façon non culpabilisante, ouverte et constructive[11]. D'ailleurs, 61% des médecins anglais rapportent des discussions valorisantes concernant la cessation tabagique[3].

Un des obstacles importants rencontrés est le manque de référents identifiés auquel le médecin peut adresser, **référer son patient**[4]. Une des réponses offertes, en Belgique, est la liste des tabacologues reconnus par l'INAMI et la liste des Centres d'Aide aux Fumeurs (CAF) qui sont accessibles sur le site du FARES.

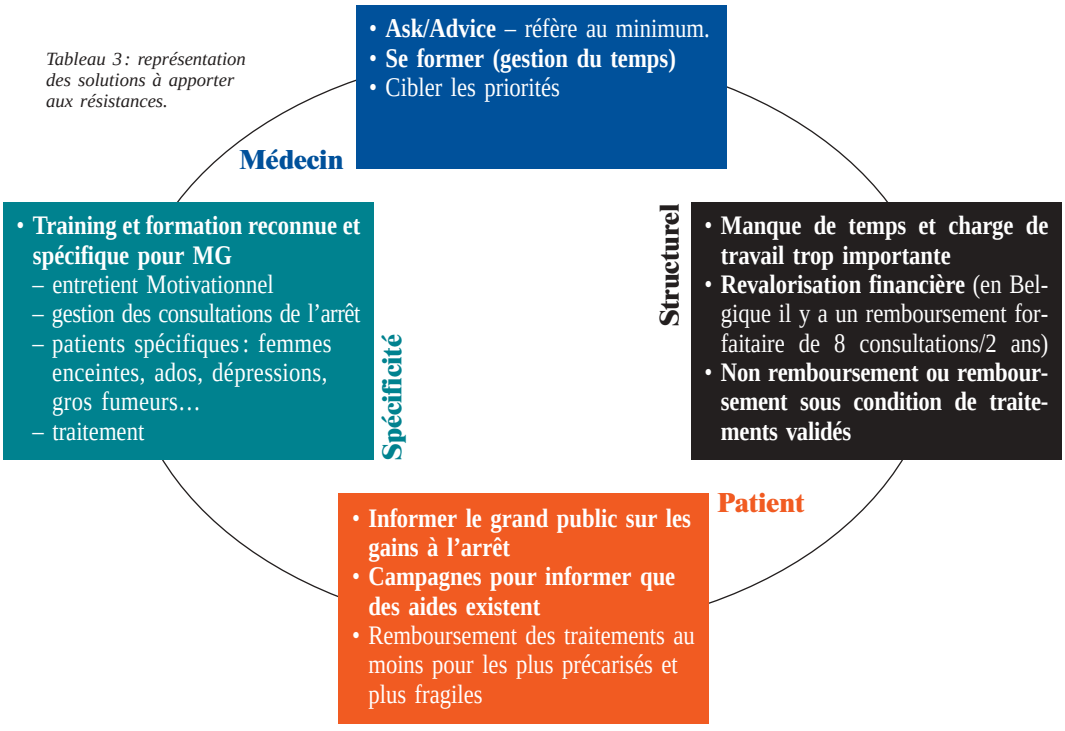
Le **suivi du patient en sevrage** est essentiel. Il est important de revoir ses patients précocement afin d'objectiver la situation, l'évolution, la bonne adhésion au traitement. Il est utile de s'assurer de l'efficacité thérapeutique et de la bonne tolérance du traitement instauré ainsi que de l'adhésion à celui-ci[2, 7]. C'est aussi l'occasion de rechercher la dépression, la prise de poids afin de prendre les mesures adéquates.

L'utilisation de **nouvelles méthodes**, telles les techniques de réduction avant l'arrêt a fait ses preuves et devrait être de plus en plus utilisée[15]. L'utilisation de méthodes d'apprentissage par multimédia semble plus efficace pour modifier un comportement à long terme et les écrits ne devraient pas être utilisé seuls[17] (cf. tableau 3).

CONCLUSION

Plusieurs obstacles liés aux résistances à l'aide à l'arrêt semblent s'estomper en Belgique. En effet avec le remboursement forfaitaire de consultations en tabacologie l'obstacle lié au remboursement est un pas dans la bonne direction. Un second obstacle lié aux méconnaissances de la prise en charge du patient fumeur est aussi en cours de résolution. En effet, des médecins ayant pour tropisme la cessation taba-

Tableau 3 : représentation des solutions à apporter aux résistances.



gique interviennent et interagissent avec les GLEMs et autres dodécagroupes®. Comme mentionné dans la littérature, le site de la SSMG permet une interaction en ligne et peut donc répondre à certaines attentes. Le site du FARES mentionne les tabacologues reconnus par l'INAMI. Ainsi un médecin, s'il le désire, peut référer sans crainte. un patient à une personne spécifique dans le cadre d'un arrêt.

Il faut continuer à faire connaître aux patients l'utilité des consultations d'aide à l'arrêt du tabac. Nous devons apprendre à leur parler des gains à l'arrêt du tabac et à leur dire qu'ensemble nous pouvons y arriver.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rennard ST, Rigotti N, Daugthton DM. Management of smoking cessation in adults. www.uptodate.com/contents/management-of-smokng-cessation-in-adults Consulté en juillet 2011.
2. McIvor A, Kayser J, Assaad JM, al. Best practice for smoking cessation intervention in primary care. *Can Respir J* 2009, **4**: 129-134
3. Stead M, Angus K, Holme et al. Factors influencing european GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract* 2009; **59**: 682-90.
4. Denney EW, Fanaian M, Qing Wan Vagholkar S et al. Lifestyle risk factors in general practice. *Austr Fam Physician* 2010; **39**: 950-3.
5. Okuyemi K, Nollen N, Ahluwalia J. Intervention to facilitate smoking cessation. *Am Fam Physician* 2006; **74**: 262-71
6. Chandler MA, Rennard ST Smoking cessation. *Chest* 2010; **137**: 428-35
7. Mowat DL, Mercredy F, Lee F et al. Family Physician and smoking cessation: survey of practices, opinions and barriers. *Can Fam Physician* 1996; **42**: 1946-52.
8. Aubin HJ, Peiffer G, Stiebner-Delmbarre A et al. The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: french smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC Public Health* 2010; **10**: 100
9. Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D et al. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice* 2000; **17**: 535-40
10. Berlin I. Physicians' perceived barriers to promoting smoking cessation. *J smoking Cessation* 2008; **3**: 92-100
11. FARES cours 2010
12. Twardella D, Brenner H. Smoking lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany; *Eur J Public Health* 2005; **15**: 140-5.
13. Vogt F, McEwen A, Michie A. What can general practioners do to deliver more brief stop-smoking intervention: an exploratory study. *J smoking Cessation* 3: 110-6.
14. Kaplan CP, Perez Stable EJ, Fuentes Affick E et al. Smoking cessation counselling with young patient. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; **158**: 83-90.
15. Van der Schueren T, Jonard T, Delpierre V et al. Outils en ligne et campagne «Sevrage pour tous»: des aides à ne pas rater! *La Revue de la Médecine Générale* 2009; **265**: 289-90.
16. Fagerström K, Groman E, Jimenez Ruis CE. Smoking Cessation: problems and opportunities and future perpectives. *J smoking Cessation* 2006; **1**:1-2.
17. Davis D, Galbraith R. Continuing medical education: effect on practice performance. *Chest* 2009; **135**: 42S-48S
18. Brontonsc C, Bjôrkelund C, Bulc M et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practioners in Europe. *Prev Med* **40** 595-601
19. Goldstein MG, Niaura R, Willey C et al. An academic detailing intervention to disseminate physician-delivered smoking cessation counseling: smoking cessation outcomes of the physicians counseling smokers project. *Prev Med* 2003; **36**: 185-96.
20. Katz DA, Muehlenbruch D, Bronw R et al. Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controled trial. *J Natl Cancer Inst* 2004, **96**: 594-603

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. **Le MG est un acteur incontournable du sevrage tabagique. C'est lui qui est le plus souvent sollicité par le candidat au sevrage.**
2. **La majorité de nos patients sont, en réalité, ouverts et réceptifs à nos messages d'incitation au sevrage.**
3. **Des outils pratiques, utiles et validés pour l'aide au sevrage sont disponibles sur le site de la SSMG.**
4. **Il suffit de messages courts et répétés pour amener le fumeur à envisager le sevrage. Le temps nécessaire à l'initiation et au suivi est actuellement correctement honoré grâce à la codification INAMI spécifique.**
5. **La participation à des formations spécifiques (entretien motivationnel, utilisation des 5 A et des 5 R) stimule la motivation du MG et accroît les chances de succès du sevrage.**
6. **Il est toujours possible de référer nos patients fumeurs à un médecin tabacologue.**

La Rédaction