Dr Thomas Jonard
Médecin généraliste en Formation Professionnelle
Deuxième année
Université Catholique de Louvain

Travail de fin d'étude
Maîtrise complémentaire en médecine générale

« Aide pratique en ligne destinée aux médecins généralistes dans leur lutte contre le tabagisme »

Année académique 2008-2009

Abstract :

Quel que soit le niveau d'investissement personnel de chaque médecin généraliste dans l'aide au sevrage tabagique de ses patients, il doit pouvoir trouver rapidement des conseils et des outils pratiques afin d'être orienté dans sa tâche.

Le but de ce travail aura donc été d'assurer la disponibilité de ces documents pour les médecins généralistes, via un site Internet.

D'autre part, ces derniers pourront aussi y trouver des informations pour orienter adéquatement leurs patients en cas de besoin, ou parce que leur emploi du temps ne leur permet pas d'assurer cette prise en charge.

Mots clefs : Sevrage tabagique, Outil d'aide pratique en ligne, Internet, SSMG

1. Préambule

Au début de mon assistanat en médecine générale, j'ai eu l'occasion de rencontrer, au cours d'un séminaire, le Dr Nicolas Raevens (médecin généraliste et président de la commission tabac de la SSMG). En effet, ce dernier était venu nous présenter un projet concernant la réalisation d'un outil d'aide pratique en ligne destiné aux médecins généralistes confrontés aux problèmes de sevrage tabagique.

L'ayant contacté par après et ayant reçu plus d'informations de sa part, je fus rapidement conquis par ce type de réalisation. Un travail de synthèse concernant un sujet m'intéressant particulièrement semblait convenir parfaitement pour un TFE. De plus, je pouvais bénéficier de l'encadrement des membres de la commission, rencontrés régulièrement à l'occasion de réunions. Les membres de la commission tabac de la SSMG sont tous médecins généralistes, et sensibilisés à la problématique du tabac, tant dans leurs pratiques respectives qu'en terme de prévention en santé publique.

Cet outil devait donc être fonctionnel et utilisable en consultation, via Internet.

La lecture de se travail peut donc se faire en parallèle avec celle du site lui correspondant : http://www.tabac.ssmg.be

2. **Matériel et méthode**

La première démarche entreprise fut l'élaboration de la structure générale du site. Celle ci fut soumise aux critères suivants : informations utiles, accès aisé, structure simple et claire.

D'autre part, une collecte de divers outils pertinents fut entreprise. Ces derniers me furent transmis par les différents membres de la commission, et choisis pour leurs intérêts respectifs.

Quant à la structure, elle fut divisée en quatre parties **(Annexe 1)**.

La première est destinée aux médecins généralistes désireux de s'investir dans ce type de prise en charge. Le médecin concerné peut alors y trouver différents tests à imprimer, et à réaliser en consultation ; ainsi qu'un tableau récapitulatif concernant les différentes aides pharmacologiques disponibles sur le marché. De plus, le médecin peut y trouver des informations concernant les formations accessibles dans ce domaine.

La deuxième partie fut crée afin de permettre aux médecins d'accéder aux informations les plus pertinentes en un coup d'œil. Par exemple, si le médecin est interpellé en fin de consultation par un patient, il peut lui remettre un document afin d'aider le patient à réfléchir, chez lui, à ses habitudes tabagiques. Ce dernier sera alors invité reprendre un rendez-vous spécifique à cette prise en charge.

Sachant que parler du tabagisme et de son arrêt peut prendre du temps, et que tout médecin n'est pas prêt à en consacrer, la troisième partie contient les coordonnées des différents CAF (Centres d'aide aux fumeurs) et tabacologues en Belgique.

Enfin, la quatrième et dernière partie, contient des références bibliographiques et électroniques (sites web) sur le sujet. Le médecin intéressé peut alors approfondir ses connaissances dans le domaine, ainsi que conseiller à son patient certaines lectures.

3. Tests et outils (Annexe 2)

Evaluation du degré de dépendance : Le test de Fagerström.

Ce premier test a été retenu afin de permettre aux médecins d'évaluer, en quelques questions, le degré de dépendance de leurs patients fumeurs. Ce test se décline en versions complète (6 questions) et courte (2 questions). Par manque de temps, on peut se contenter d'une seule question comme meilleur critère isolé de dépendance : le temps écoulé entre le lever et la première cigarette fumée (TTFC = Time To First Cigarette) (1).

Le fumeur, au vu de ses résultats, peut alors prendre conscience que la cigarette est une réelle dépendance pour lui, et des difficultés que son arrêt pourra engendrer. Peut-être cela l'amènera-t-il à mieux se préparer avant d'entamer les démarches menant à l'arrêt définitif du tabac.

De son côté, le médecin en apprendra beaucoup sur la dépendance de son patient. Ces informations l'aideront à adapter sa prise en charge et son accompagnement au patient fumeur l'ayant sollicité en vue d'un arrêt. Evidemment, le médecin devra s'encourir d'un certain nombre d'autres informations pertinentes tels les essais antérieurs et leurs résultats.

Si on se réfère à la législation actuelle concernant le tabagisme sur le milieu de travail, il semblerait que la version complète du test de Fagerström présente quelques limites. En effet, le fumeur, sur son milieu de travail, a spontanément adapté ses habitudes tabagiques, en concentrant ses bouffées durant les courtes pauses, avant et après le travail. Les questions n° 2 et 5 *(Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ? Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?)* seraient à réserver aux fumeurs non contraints d'adapter leurs habitudes au travail (2).

Evaluation du degré de motivation à l'arrêt.

Le test de Demaria et Grimaldi s'avère utile tant pour le médecin que pour le fumeur. Il peut être réalisé en consultation, ou être remis au patient afin d'en discuter lors d'une entrevue ultérieure.

Comme pour les autres tests, loin de prétendre à une objectivité à toute épreuve, il permet d'ouvrir le dialogue sur ce qui a motivé le patient fumeur à venir en consultation. Le patient, d'une part, se positionne face à sa démarche. D'autre part, le médecin peut évaluer les chances de réussite du sevrage de son patient. Il peut éventuellement juger inopportun le moment choisi pour l'arrêt (contexte familial conflictuel par exemple), et proposer à son patient d'en reparler à une autre occasion.

Le test Q-MAT, complémentaire au précédent, informe plus le médecin sur la motivation à l'arrêt de son patient. Cela peut alors influencer la suite de la prise en charge ou la décision d'une éventuelle prescription: immédiate ou différée.

Dans le même contexte, l'échelle de motivation est un outil simple qui permet, en quelques minutes au patient de quantifier son désir d'arrêt. Cette échelle peut-être réutilisée à plusieurs reprises si nécessaire ; le désir d'arrêt du fumeur pouvant évoluer au fil du temps (maturation du fumeur (3)).

Enfin, la grille d'ambivalence peut s'avérer très intéressante tant elle est personnalisable pour chaque patient. Il s'agit d'une part, des avantages et des inconvénients à fumer, et, d'autre part, des inconvénients et des avantages à arrêter.

Le patient commence par compléter la partie concernant les avantages de son tabagisme, et termine enfin par les avantages de son arrêt.

Ces tests permettent également d'inscrire le patient dans une démarche active vis-à-vis de son sevrage. Il devient ainsi un acteur, réfléchissant au sens de son tabagisme et de sa démarche d'arrêt. Il n'est pas passif, attendant, comme trop de patients, les effets miracles d'un médicament !

Evaluation des raisons pour lesquelles le patient est amené à fumer

Afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles son patient est amené à fumer, le médecin peut soumettre ce dernier à quelques tests supplémentaires.

Tout d'abord, le test de Horn aide à distinguer les différentes raisons qui amènent à fumer : stimulation, plaisir du geste, relaxation, anxiété et soutien, besoin absolu, habitude acquise.

Ensuite, le journalier de la cigarette peut être remis au patient. Ce dernier est amené à compléter son journalier au fil des jours et des heures de la journée en tenant compte du contexte et de ce qui l'a motivé à allumer une cigarette, ainsi que de l'effet procuré par cette dernière. Ce tableau peut par exemple aider à faire la distinction entre les cigarettes dont on aurait pu se passer, et celles dont on n'oserait aucunement envisager la suppression.

Enfin, il existe le test HAD *(Hospital Anxiety Depression scale)* qui revêt une importance toute particulière. En effet, un sevrage tabagique peut déclencher un épisode dépressif ou renforcer une dépression préexistante. Le dépistage des troubles anxio-dépressifs est important à réaliser en cas de suspicion de présence d'un tel trouble auprès du patient concerné. Il est recommandé de soigner d'abord la dépression avant d'envisager l'arrêt du tabac (4).

Quelques situations particulières :

Tabac et dépression

Actuellement, on sait qu'il existe un lien entre tabagisme et dépression. En effet, on a remarqué qu'un grand nombre de patients psychiatriques sont des fumeurs dépendants. Aussi, on trouve deux fois plus de dépressifs chez les fumeurs que dans la population générale. Le risque suicidaire est également augmenté chez les fumeurs (4).

Plusieurs hypothèses ont déjà été avancées pour expliquer ce lien. Malgré de nombreuses études déjà réalisées, on ne sait pas encore vraiment quel élément induit l'autre.

D'après de plus récentes études, cela irait plus dans le sens tabagisme induisant la dépression, et ce, en particulier chez les adolescents ou chez les femmes (5, 6).

D'autre part, le tabagisme, à doses modérées, a des vertus antidépressives : la cigarette du matin stimule, donne du courage ; et la cigarette du soir peut apaiser, relaxer.

Par contre, chez le fumeur chronique, c'est après l'arrêt du tabac (abstinence prolongée) qu'une diminution du score de dépression est notée (4).

Cela a également été remarqué lors d'une étude réalisée par une équipe grecque (7). 106 patients dépressifs et fumeurs avaient été soumis à une intervention médicamenteuse et psychothérapeutique. La principale surprise des chercheurs fut de voir que l'ensemble des symptômes dépressifs avait diminué en cours de sevrage. Cette expérience pilote semble démontrer le réalisme d'une approche simultanée sevrage tabagique et prise en charge de la dépression. Il faut souligner néanmoins l'importance de l'intervention psychothérapeutique, qui, a elle seule, pourrait expliquer l'évolution favorable de la symptomatologie dépressive. Il faut aussi se demander dans quelle mesure on pourrait extrapoler cela à la pratique de chaque médecin généraliste, l'approche psychothérapeutique n'étant pas d'abord facile pour chacun.

Il n'est dès lors pas étonnant de remarquer que deux médicaments d'aide à l'arrêt du tabac sont des antidépresseurs (Bupropion et Nortriptyline), inhibant la recapture de la Noradrénaline pour les deux, ainsi que de la Dopamine pour le premier, et, dans une moindre mesure, de la Sérotonine pour le second.

Spontanément, on pourrait dès lors imaginer donner le Bupropion sous sa forme destinée au traitement de la dépression : le Wellbutrin®. Ceci ne fait partie d'aucune recommandation, mais puisque l'on sait que le Bupropion fut d'abord utilisé comme antidépresseur, et qu'un abandon du tabac plus important fut remarqué avec cette molécule, cette option pourrait être envisagée.

<u>Le tabagisme en fonction du milieu social</u>

D'après une enquête de 2004 réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique, il existe des variations de comportement tabagique parmi la population, et ce, en fonction du statut socio-économique (mis en parallèle avec le niveau de scolarité).

Les groupes sociaux moins favorisés fument plus fréquemment. L'âge d'initiation est plus précoce, la dépendance y est plus forte et les tentatives d'arrêt sont moins fréquentes. Cette différence de tabagisme entre groupes sociaux expliquerait plus de la moitié de la différence de mortalité entre eux (8). C'est pour ces raisons qu'une attention particulière sera donc à accorder aux patients issus de milieux sociaux défavorisés. Ce seront donc eux qui auront aussi le plus grand besoin des méthodes d'aide à l'arrêt.

Mais comme en atteste l'article du Dr Ngyen, la prise en charge du sevrage tabagique des patients défavorisés n'est pas sans poser quelques problèmes (9). En effet, les médecins interrogés dans cet articles ne semblent pas aborder si systématiquement le problème du tabac chez leurs patients. Certains établissent une relation directe entre le manque de motivation du fumeur et leur manque personnel de motivation à en parler. D'autres incriminent le fait que les personnes du quart monde ont assez de soucis que pour en rajouter avec l'arrêt du tabac. Ou encore, certains médecins ont une image négative de leurs patients défavorisés : ils leur trouvent peu de perspectives de santé favorable à long terme.

Des pistes ont alors été proposées tant par les médecins interrogés que par l'auteur. Ainsi, ils soulignent le fait de prendre le temps nécessaire, d'adapter son langage ; et comme avec les autres patients, faire preuve d'écoute, d'empathie. La pratique de groupe et/ou multidisciplinaire (avec des infirmiers, des psychologues) permettrait de diminuer le fardeau de la prise en charge des patients défavorisés.

Tabac et alcool

D'un point de vue épidémiologique, une très grosse majorité des patients alcoolo dépendants fument. D'autre part, on a pu remarquer que ces derniers décèdent plus des répercussions liées à la consommation de tabac que de celles qui sont liées à l'alcool.

Le dépistage en médecine générale de ces deux consommations est donc important, et la prise en charge en cas de demande d'arrêt sera adaptée à chaque patient. En effet, environ un quart des patients alcooliques désirent arrêter le tabac en même temps, un autre quart désirant continuer, et la moitié restante préférant envisager les choses de manière différée (10).

Néanmoins, le taux de succès de l'arrêt du tabac semble meilleur si le patient arrête quelques mois après avoir arrêté l'alcool.

A long terme, l'abstinence d'alcool semble meilleure si le patient arrête de fumer.

En pratique, il faudra alors adapter la prise en charge en fonction de la motivation et des désirs du patient, et des possibilités en pratique ambulatoire, tout en considérant l'arrêt de ces deux substances comme un objectif thérapeutique associé.

Enfin, il ne faut pas oublier que le Bupropion (Zyban®) est contre-indiqué en cas de sevrage alcoolique récent ou concomitant.

Quelques trucs pour ne pas craquer

Très fréquemment, le médecin généraliste risquera d'être confronté, dans sa prise en charge, à des problèmes de rechute ou d'altération de la motivation de son patient au cours du temps et en fonction des difficultés quotidiennes. Dans cette section du site, les médecins pourront trouver quelques documents à remettre à leurs patients en début ou en cours de sevrage.

Le document « trucs pour tenir bon » contient un certain nombre de pistes intéressantes et concrètes pour que le futur ex-fumeur prépare au mieux le terrain, avant d'envisager concrètement l'arrêt. De plus, ce document contient quelques stratégies d'évitement à adopter en cas d'envie passagère, en cours de sevrage. De petits conseils diététiques complètent cette page afin de donner quelques repères aux patients. Le sevrage tabagique s'accompagnant fréquemment d'une prise de poids, adapter son alimentation, en combinaison avec la reprise d'une activité sportive revêt une importance cruciale, et ce, particulièrement chez les femmes. En effet, nombreuses d'entre-elles, pourtant prêtes et motivées, renoncent au sevrage par crainte de la prise de poids.

La page « bénéfices de l'arrêt » est complémentaire à la précédente, tant en début qu'en cours de sevrage. Donner quelques repères concrets en terme de bénéfices pour la santé est susceptible d'améliorer la motivation du fumeur. Ce dernier pourra mettre ces différents bénéfices à l'arrêt en parallèle avec ses objectifs personnels. Il est aussi important que le fumeur sache que la toux (ou son exacerbation) est un phénomène normal en début de sevrage, le tapis ciliaire éliminant le mucus et les résidus de fumée.

Enfin, la page reprenant les symptômes pouvant survenir à l'arrêt du tabac peut s'avérer être un soutient important pour le patient. Il y trouvera une courte explication ainsi que des ébauches de solutions pour faire face à ce cortège de petits symptômes qui peuvent survenir lorsque le corps se libère de la nicotine. Il faut à tout prix que la patient ne reprenne pas ses habitudes tabagiques afin d'atténuer ses plaintes. Le rôle du médecin est alors d'insister sur l'aspect transitoire de ces plaintes, et éventuellement d'aider son patient à trouver des astuces pour atténuer ces dernières.

Aspects spécifiques de la prise en charge chez la femme enceinte

Les risques liés au tabagisme durant la grossesse sont actuellement bien fondés. Une grossesse est, pour la patiente fumeuse, une période au cours de laquelle il est d'autant plus important d'aborder le sujet, tant les bénéfices pour la mère, le fœtus et le futur enfant sont importants (3). Dans le même contexte, le futur père, s'il est fumeur, doit aussi être sensibilisé à la problématique du tabagisme passif. Les effets sont moindres, mais néanmoins démontrés (11).

Cette prise en charge doit aussi se concevoir dans une perspective d'avenir. Le tabagisme passif en période néonatale et infantile augmente, entre autre, le risque de mort subite du nourrisson et d'infections respiratoires chez l'enfant (11).
C'est donc pour ces raisons qu'une partie du site y est spécifiquement consacrée. Une fois de plus, ce n'est pas l'exhaustivité qui a été recherchée, mais simplement un rappel d'éléments clefs pouvant s'avérer utile au médecin avant, ou en cours de consultation.

Tout d'abord, il faut rappeler que si une aide pharmacologique est envisagée, seuls les substituts nicotiniques peuvent être administrés. L'utilisation de substituts ne sera jamais plus dangereuse que la poursuite du tabagisme. En effet, tant le Bupropion (Zyban®) que la Varénicline (Champix®) sont contre-indiqués durant la grossesse et l'allaitement. La Nortriptyline (Nortrilen®) pourrait être envisagée seulement dans le cas où le bénéfice thérapeutique l'emporte sur le risque fœtal. En pratique courante, cette médication, dans l'indication pour le sevrage tabagique, sera évitée durant la grossesse.

Par ailleurs, dans ce contexte précis, le dosage de la cotinine urinaire**,** avant et après l'arrêt du tabagisme, porte un intérêt particulier pour contrôler l'importance de l'imprégnation initiale, et ensuite la réalité de l'arrêt du tabac. De plus, sa valeur permet d'adapter de manière optimale la posologie initiale de la substitution nicotinique. Un simple calcul permet d'obtenir une évaluation de la dose optimale : Nicotine inhalée (mg/24h) = Cotinine urinaire (µg/l) x 0,013. Ce test est spécifique du tabac, mais reste coûteux (environ 25 €) et non remboursé (12).

4. Présentation des différentes aides pharmacologiques sous forme de tableau (Annexe 3)

Actuellement, un certain nombre de pharmacothérapies sont disponibles sur le marché dans le but d'aider le patient fumeur au cours de son sevrage. Même si certaines d'entre elles ne sont pas soumises à prescription médicale (les substituts nicotiniques), leur prescription et délivrance nécessite des connaissances adéquates pour le prescripteur, pour informer au mieux son patient. Aussi, la présentation des informations concernant les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac a été conçue sous forme de tableau, dans un but de clarté et d'obtention rapide des informations essentielles. N'ont pas été repris, entre autre, les mécanismes d'action ou résumés d'études concernant l'efficacité de ces différentes thérapeutiques.

Les substituts nicotiniques

Connus sous forme de gommes à mâcher, comprimés sublinguaux ou à sucer et systèmes transdermiques, les substituts nicotiniques restent les médicaments de première intention et de premier choix dans le sevrage tabagique chez tous les fumeurs dépendants et motivés par l'arrêt.

Leur délivrance libre atteste de leur sécurité d'emploi (peu d'effets indésirables graves), mais, néanmoins, une information adéquate lors de leur délivrance est nécessaire pour assurer une utilisation adéquate. En effet, bien que sans risque pour la femme enceinte, les notices belges des substituts nicotiniques ne sont pas encore adaptées et en contre-indiquent l'usage durant la grossesse. Le médecin de famille doit utilement le savoir afin d'en informer préalablement ses patientes. Au risque, dans le cas contraire, de mettre à mal la relation thérapeutique et de confiance instaurée. Le FARES effectue actuellement des démarches auprès du ministère afin que les notices des substituts nicotiniques soient corrigées.

Grâce aux substituts, l'ex-fumeur se voit alors libéré des plus de 4000 composés toxiques de la fumée du tabac, tout en réduisant la symptomatologie liée au syndrome de privation nicotinique.

Il faut insister sur la durée moyenne de traitement qui sera de 8 à 12 semaines (moins chez la femme enceinte). Le caractère souvent incomplet et transitoire de la substitution contribue à la fréquence des rechutes.

La dose prescrite sera à évaluer en fonction de la consommation journalière de tabac et du niveau de dépendance (1). Pour plus de précision, un dosage de cotinine urinaire pourra être réalisé, mais étant donné son coût, il sera plutôt à réserver pour des situations précises (chez la femme enceinte ou chez les gros fumeurs) (12).

Même s'il ne s'agit « que » de substituts nicotiniques, un suivi en cours de sevrage est indispensable pour répondre aux questionnements éventuels du patient, adapter le dosage si nécessaire (à majorer ou à diminuer), voire même discuter d'un changement de mode d'administration en fonction de la tolérance (par exemple : irritation cutanée pour les patchs, mauvais goût et nausées pour les formes orales).
L'association des substituts entre eux est envisageable. Ainsi, en plus d'un patch, une gomme ou un comprimé permet de faire face aux envies impérieuses de fumer.

Le Bupropion (Zyban®)

Ce médicament, même s'il ne fait plus beaucoup parler de lui, a toujours sa place dans l'arsenal thérapeutique d'un accompagnement médical du sevrage tabagique. C'est pourquoi les informations principales le concernant ont été reprises dans ce tableau. Il peut être utilisé en première intention, mais plus souvent après échec d'une autre thérapie (en particulier les substituts nicotiniques). Néanmoins, ses contre-indications (dont l'épilepsie est la plus importante) peuvent être un frein à sa prescription. Un certain nombre de précautions sont de mise (cliniques et pharmacologiques) et ses effets indésirables (dont l'insomnie est la plus fréquente) peuvent devenir des limites supplémentaires pour son administration.

Il est important de rappeler qu'en cas de sevrage alcoolique concomitant, le Zyban® est formellement contre-indiqué étant donné le risque épileptogène accru dans ce cas.
La durée totale de traitement conseillée est de 7 semaines. Un doublement de la dose quotidienne se fait classiquement après une semaine de traitement.

Il faut aussi rappeler qu'un remboursement est accordé par l'Inami, seulement en cas de BPCO (à partir du stade II), en étant âgé d'au moins 35 ans et après avoir bien toléré le Zyban® lors d'un traitement d'essai de 18 jours (13, 14).

La Varénicline (Champix®)

Plus récent, et doué d'une action pharmacologique attrayante, le Champix® semble avoir tout pour plaire. De plus, à l'exception de la grossesse et de l'allaitement, il ne présente pas de contre-indications formelle, ni d'interaction médicamenteuse cliniquement significative. Néanmoins, et cela est encore sujet à discussion, sa prescription doit rester prudente dans certains cas bien précis. En effet, des troubles neurologiques et psychiques (idées suicidaires, dépression) ont été rapportés. Ces éléments ne justifient apparemment pas de limiter sa prescription. Une vigilance accrue doit être de mise avant et en cours de traitement.

Le Champix® bénéficie lui aussi d'un accord de remboursement, pour autant que le médecin atteste que son patient est dépendant à la nicotine et motivé à l'arrêt, en association avec une thérapie comportementale de soutien. Le patient doit être âgé d'au moins 18 ans et doit avoir bien toléré la spécialité durant le traitement de départ de 14 jours (13, 14, 15).

Une contrainte rencontrée en pratique est le délai nécessaire pour obtenir l'autorisation de remboursement. Ce délai est d'environ 3 semaines. Après les 15 premiers jours de traitement, la demande de remboursement est rédigée. Le patient, en attente de la réponse du médecin conseil, se voit alors contraint d'acheter au prix plein une nouvelle boîte pour 15 nouveaux jours de traitement. Une autre possibilité est de demander au pharmacien d'anticiper les choses en accordant un remboursement avant l'autorisation écrite. Compte tenu du prix de la boîte délivrée, cela reste délicat pour ce dernier. La seule solution reste alors de rédiger la demande en même temps que la prescription de la première boite. En cas de non tolérance, il est alors encore possible d'annuler la démarche pour le remboursement.

Un élément supplémentaire à noter dans le cadre de la prescription du Champix® est le programme d'accompagnement créé par la firme pharmaceutique commercialisant celui-ci. Outre l'aspect commercial de ce dernier, il peut servir d'aide, pour autant que le patient ait des facilités à manipuler les technologies actuelles que sont Internet et les gsm. Une version papier est aussi disponible après demande auprès de la firme. Personnellement, je pense que cela ne remplacera jamais un accompagnement par un professionnel de la santé. Eventuellement, ce programme peut être envisagé en

complément (la disponibilité du médecin pouvant parfois être insuffisante), ou chez certains patients réfractaires aux entrevues prévues par le médecin (absences lors des consultation de suivi par exemple).

La Nortriptyline (Nortrilen®)

Antidépresseur tricyclique, mais non enregistré en Belgique pour le traitement d'aide à l'arrêt du tabac, le Nortrilen® avait tout à fait sa place dans ce tableau récapitulatif. En effet, les publications à propos de son efficacité sont nombreuses et concordantes (16). Outre son efficacité dans le sevrage tabagique, on peu lui souligner quelques atouts supplémentaires. On pourrait peut-être commencer par un élément non négligeable : son prix. En effet, une boîte de Nortriptyline (au dosage de 25 mg) coûte moins de 5€ ! Aussi, ses contre-indications sont elles peu nombreuses, de même que ses précautions d'usage ou interactions. Par contre, ses effets indésirables anticholinergiques peuvent se montrer gênant au quotidien (sécheresse de bouche, somnolence entre autres).
De petites doses allant de 50 à 75 mg sembleraient suffisantes pour être efficaces.

A la lumière de ces quelques informations, il ne me semble pas étonnant que le Zyban® ait moins de succès qu'auparavant, d'autant que l'arrivée du Champix® et de son lot d'informations commerciales n'a pas été sans conséquence auprès de la population cible et des médecins. Le Nortrilen®, peu connu pour son indication dans le cadre du sevrage tabagique, reste une alternative intéressante surtout en raison de son faible coût.
Enfin, les substituts nicotiniques resteront la valeur sûre toujours d'actualité, pour autant que leur utilisation se fasse adéquatement et de préférence dans un contexte d'accompagnement médical ou tabacologique spécifique.

5. Formations en tabacologie

Pour tout médecin intéressé de s'investir de manière plus importante dans le domaine du sevrage tabagique, un certain nombre de formations sont accessibles.

SSMG

La société scientifique de médecine générale organise occasionnellement des formations d'un à plusieurs jours sur le sujet du tabagisme dans le cadre de son programme de formation continue.

FARES

L'Asbl « Fonds des affections respiratoires » organise chaque année une formation interuniversitaire de tabacologie. Le programme comporte 7 journées réparties au cours d'une année académique comportant avant tout des cours théoriques, mais aussi quelques ateliers pratiques en fin de formation. Deux demi-journées de stage dans un centre de tabacologie agrée et la réalisation d'un mémoire complètent la formation. Cette formation ne s'adresse pas exclusivement aux médecins, mais est ouverte aussi aux autres professionnels de la santé (infirmières, sages femmes, psychologues,…).

6. Outils prêts à l'emploi (Annexe 4)

Cette page a été conçue dans le but de reprendre les informations les plus essentielles qu'un médecin pourrait être amené à vouloir consulter au moment venu.

Le conseil minimal

S'il y a bien une action importante à rappeler, c'est le conseil minimal. Cette intervention de quelques minutes est d'une importance cruciale. En effet, si l'on en croit un calcul paru dans la revue de la SSMG en avril 2008 (17), le simple fait de pratiquer le conseil minimal permettrait d'obtenir 15000 sevrages supplémentaires par an pour la médecine générale francophone !

Le conseil minimal consiste à demander systématiquement, à chaque patient, s'il est fumeur. En cas de réponse positive, il est utile de demander à chaque fumeur, et lors de chaque contact, s'il a envie d'arrêter de fumer.

Si la réponse est non, il suffit de transmettre le message suivant : « Le jour où vous vous sentirez prêt, je peux vous aider si vous en ressentez le besoin. »

Si la réponse est oui, il est utile d'encourager le patient à prendre sa décision d'arrêt et à s'engager dans l'action.

Des situations précises peuvent permettre au médecin d'aborder plus facilement le tabagisme de son patient, par exemple à l'occasion d'une récidive de bronchite.
Le conseil minimal est à distinguer de l'intervention brève. Cette dernière consiste en un entretien de motivation ne faisant pas partie d'une consultation pour d'autres raisons de santé. Elle peut durer une dizaine de minutes.

Demande de sevrage en fin de consultation

Une situation peu exceptionnelle est la demande de sevrage tabagique en fin de consultation, alors que la porte du cabinet médical est déjà entrouverte. Trop tard pour aborder le sujet complètement, mais une occasion à saisir pour le médecin ! Via le site, il peut alors imprimer un ou deux documents, et inviter le patient à reprendre rendez-vous pour en parler correctement. Le test de Demaria et Grimaldi peut être remis en version papier (ou réalisé sur Internet), avec éventuellement la grille d'ambivalence.
La consultation ultérieure sera d'autant plus productive qu'elle aura été préparée et réfléchie par le patient auparavant.

Quelques tests déjà présentés plus haut sont repris sur cette page : Fagerström, Demaria et Q-Mat pour évaluer la dépendance, les chances de réussite et la motivation à l'arrêt respectivement.

D'autres documents intéressants sont mis à disposition.
Les 10 questions que se pose le fumeur portent un intérêt pour le patient encore interrogatif vis-à-vis de son éventuel futur sevrage. Ce document rappelle aussi que la stratégie d'arrêt conseillée est l'arrêt du jour au lendemain, après une bonne préparation mentale et environnementale (se débarrasser des cendriers, des paquets de cigarettes,…). En effet, le fait de diminuer progressivement le nombre de cigarettes fumées amène le fumeur à adapter inconsciemment sa manière de fumer pour maintenir sa nicotinémie à un taux identique à celui antérieurement obtenu.
Une exception est celle du gros fumeur (2 à 3 paquets par jour) pour lequel on peut envisager une réduction du nombre de cigarettes par jour en association avec la mise en place d'un patch nicotinique, avant un arrêt complet.
Les bénéfices de l'arrêt du tabac et les symptômes pouvant survenir à l'arrêt ont été repris de la première section du site.
Enfin, quelques lectures sont ici conseillées pour le patient.

7. Si le médecin préfère référer son patient fumeur

Parce que la prise en charge du sevrage tabagique prend du temps, et que tout médecin n'est pas prêt à en consacrer, cette partie du site répertorie les coordonnées des différents centres d'aide aux fumeurs (CAF) et des tabacologues en Wallonie.

Il est important de savoir que les personnes ayant suivi la formation de tabacologie possèdent des formations de base différentes et ne sont pas tous médecins. Cela veut dire que les prises en charge peuvent varier selon que le tabacologue est psychologue ou infirmier. Idéalement, donc, avant de référer un patient chez un tabacologue, il faudrait connaître quelques informations complémentaires sur ce dernier, pour que la prise en charge corresponde le mieux possible aux attentes du patient envoyé.

D'autre part, seuls les médecins son habilités à rédiger des prescriptions médicales. Il se peut dès lors que cette demande soit faite de la part du tabacologue au médecin. Une bonne coordination entre tabacologue et médecin généraliste doit donc être de mise.

Enfin, toute consultation de tabacologie doit idéalement être conclue par une lettre au médecin référent.

8. Littérature et références (Annexe 5)

La dernière partie du site reprend plusieurs références utiles, tant pour le médecin que le patient fumeur.

Tout d'abord, les sites web francophones, dont celui du Fares et du Sept (Service d'étude et de prévention du tabagisme). Les sous-sections du site du Fares concernant le tabagisme chez la femme enceinte et le sportif méritent d'être soulignées pour leurs intérêts didactiques et pratiques ouverts à un large public.

Au coin articles et RBP, sont repris la recommandation « Arrêter de fumer » parue en mars 2005 et éditée par la SSMG. Ecrite par le Dr J. Gailly, elle est un complément de lecture indispensable à tout médecin intéressé par le sujet (et a fortiori, par tout médecin, simplement !). Vu sa date de parution, cette RBP ne contient pas d'informations concernant la Varénicline. Un complément paru dans la revue de la SSMG en février 2008 le concernant a donc été joint.

La brochure « Mon patient fume.. » synthétise beaucoup d'éléments essentiels et contentera beaucoup de médecins en quête d'idées et d'informations.

Les livres traitant le tabagisme et son arrêt sont nombreux. La sélection reprise ici permettra au médecin de faire un meilleur choix pour lui-même et pour son patient.
Le livre d'Allen Carr a fait beaucoup parler de lui, ainsi que de la méthode du même nom. Le livre semble porter ses fruits auprès des fumeurs, en travaillant principalement sur la dépendance psychologique. Il n'est pas susceptible de convenir à tout le monde car nécessite du temps et un certain goût pour la lecture.
Par contre, le livre « S'arrêter de fumer pour le nuls » est plus convivial et conviendra probablement à un public plus large.
« Le piège fatal » et « Le rideau de fumée » aborderont plus la problématique de l'emprise des industries du tabac sur les fumeurs. Ces derniers prennent alors conscience de ce phénomène et, par dégoût et sentiment de manipulation, auront d'autant plus envie de quitter leur addiction. Cette approche semblerait sensibiliser particulièrement les adolescents, peu réceptifs aux messages concernant les méfaits du tabac sur leur santé.

Enfin, certains documentaires et films sont proposés : un avantage pour les patients fumeurs plus ouverts à ce type de média. Leur accès est par contre rendu difficile, en particulier pour les reportages. Quant aux films, ils sont rarement exposés en haut des piles de vente ou de location…

9. Discussion

Bien qu'étant au tout début de ma pratique de médecine générale, les recherches et démarches liées à mon travail de fin d'étude m'ont particulièrement motivé. Je me suis donc intéressé, dès que l'occasion a pu se présenter, aux problèmes de tabagisme chez certains patients.

De manière assez concrète, j'ai rencontré un certain nombre de difficultés dans ce cadre là. Ci-dessous, je les mettrai en rapport avec les recommandations actuelles, tout en en pointant aussi les éléments positifs.

Le médecin généraliste : un contact de choix pour aborder le tabagisme

En effet, s'il on tient compte que 80 % de la population belge consulte son médecin généraliste chaque année, celui-ci, en tant que personne de contact, est le mieux placé pour aborder le tabagisme de ses patients. De plus, il est rapidement joignable et offre des rendez-vous dans la journée (à l'opposé des médecins spécialistes). Tout cela est donc favorable à la pratique du conseil minimal (effet démontré, pour un investissement minimum).

Par contre, il n'a pas été rare que certains patients s'étonnent que l'on programme des consultations uniquement dédiées à leur problème de tabac. J'ai pu remarquer, et ce, même en dehors de toute contrainte financière (pratique du tiers payant), que les patients essayent de rentabiliser leurs consultations en abordant plusieurs sujet les concernant. Payer une consultation pour aborder leur tabagisme, et peut-être même en sortir sans aucune prescription (parce que le médecin l'a jugé inopportun), parait parfois difficilement envisageable pour certains patients. Cette réticence se perçoit aussi lorsque l'on invite le patient à se représenter une semaine à quinze jours après la consultation initiale, pour assurer le suivi nécessaire et indispensable pour assurer de meilleurs résultats.

Des solutions ?

- Réduire l'éventuelle contrainte financière : pratique du tiers payant, travail au forfait (maisons médicales).
- Sensibiliser les patients au moyen de brochures ou d'affiches explicatives dans la salle d'attente. En effet, dans de nombreux domaines, comme l'ont bien compris toutes les sociétés pharmaceutiques, des brochures explicatives ou des affichettes informatives dans la salle d'attente touchent un large public,

initialement présent pour d'autres motivations. L'abord du sevrage tabagique avec lui sera facilité, voire, dans certains cas, initié par le fumeur lui-même.

Il faut néanmoins souligner le principal avantage qu'a le médecin généraliste par rapport à toute autre personne : il connaît son patient. Il connaît ses antécédents, son traitement actuel, sa situation sociale et familiale ; autant d'éléments déterminant pour sa prise en charge.

Le médecin généraliste doit consacrer du temps pour son patient fumeur

Les médecins généralistes ont de moins en moins de temps à consacrer pour leurs patients. Les salles d'attente se remplissent vite, de même que les plages d'inscription aux rendez-vous. Les appels téléphoniques sont fréquents, et nécessitent d'interrompre les entrevues. De ce fait, les patients se sentent parfois pressés et mal à l'aise pour parler de tout se dont ils voudraient. Un appel téléphonique peut rapidement faire perdre tant au médecin qu'au patient le cours de leurs idées. La qualité de la consultation s'en voit vite altérée.

Des solutions ?

- Travail de groupe : lorsqu'un médecin assure une prise en charge spécifique, un autre médecin peut assurer les autres tâches.
- Secrétariat : option idéale, mais souvent trop coûteuse pour un médecin travaillant seul.
- Travailler soi-même en tant que tabacologue dans un centre d'aide aux fumeurs (nécessité d'avoir suivi la formation du Fares).

Dans ce cadre difficile de la médecine générale en Belgique, le projet d'un site Internet offrant en un même lieu tous les éléments utiles aux professionnels de santé de première ligne prend tout son sens. C'est exactement ce que les membres de la commission tabac de la SSMG ont tenté d'élaborer.

Concernant la prescription de médicaments d'aide à l'arrêt

Une difficulté à souligner concerne les patients qui émettent le désir d'arrêter de fumer, mais affirmant qu'ils ont déjà essayé des substituts nicotiniques en précisant bien que « ça ne marche pas » !

Une contrainte supplémentaire vient s'ajouter : le patient ne veut plus entendre parler de cette alternative intéressante et fiable que sont les substituts, en insistant sur leur inefficacité ou leurs effets indésirables.

D'autant plus de temps sera alors nécessaire pour expliquer le but des substituts dans le sevrage tabagique, ainsi que l'accompagnement concomitant.

Des solutions ?

- Une information correcte de la part du pharmacien délivrant le substituts : est-ce un médecin qui vous l'a prescrit ou conseillé ? Savez-vous comment l'utiliser ? Saviez-vous que l'on conseille habituellement d'être suivi par un professionnel de la santé pour augmenter les chances de réussite ?
- Mise à disposition des prospectus dans les officines.
- S'assurer d'un message cohérent, tant auprès des pharmaciens que des médecins. Un projet commun entre l'APB (Association Pharmaceutique Belge) et la SSMG est en cours de discussion.
- Pourquoi ne pas envisager un remboursement des substituts nicotiniques s'ils sont prescrits par un médecin ou un tabacologue, moyennant un document attestant qu'un suivi est prévu ?

10. Conclusion

Aborder le tabagisme en médecine générale, attrayant et valorisant pour le médecin qui a pu aider son patient à atteindre son but, peut présenter pour certains des difficultés, et peu nécessiter d'apporter des aménagements substantiels.

Mais en rappelant que le tabagisme reste une importante cause de mort évitable, cela vaut bien l'investissement nécessaire pour assurer l'accompagnement des patients fumeurs à la recherche d'une aide dans leur démarche.

Le sevrage tabagique est un excellent exemple de rôle du médecin généraliste en termes de prévention et de santé publique.

En attendant l'idéal d'une société sans tabac, la tâche est de taille, mais porte ses fruits chaque année. D'importants éléments doivent évoluer conjointement, entre autres : majorer le prix des cigarettes, maintenir les campagnes d'information (via des spots publicitaires, des affiches, des programmes éducatifs en milieu scolaire), assurer le remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique.

Au cours de la réalisation de ce travail, j'ai pu apprendre énormément au sujet du sevrage tabagique. D'une part, c'est à l'occasion des réunions de la commission tabac de la SSMG, et au cours des discussions sur le sujet que j'ai agrémenté mes connaissances. D'autre part, dans le contexte de mon TFE, mais aussi par intérêt personnel, j'ai suivi la formation de tabacologie du Fares durant 7 journées de l'année 2008-2009.

J'ai également apprécié le fait de prendre contact avec la SSMG, via les membres de la commission tabac. Leurs motivations et investissements sont encourageants et donnent envie de suivre leurs voies.

En conclusion, ma participation à la réalisation de la page Internet de la commission tabac de la SSMG fut une expérience enrichissante à tout point de vue, tant personnel que scientifique.

11. Bibliographie

1. Gailly J. *Recommandations de Bonne Pratique : Arrêter de fumer*. SSMG. Mars 2005.
2. D'après une entrevue avec le Dr Pierre Nys, médecin généraliste et tabacologue.
3. Galanti L., Gailly J, Dumont J, Laperche J, Roucloux A. *Mon patient fume. Attitudes du généraliste.* 2003.
4. D'après l'exposé et les notes de cours de Mr David Tordeurs, docteur en psychologie, psychothérapeute. Formation de tabacologie du Fares, 2008-2009.
5. Pasco JA et al. *Tobacco smoking as a risk factor for majore depressive disorder: population-based study.* Br Journal of Psychiatry. 2008 ; 193 (4) : 322-6.
6. Munafo MR et al. *Attentional bias training and cue reactivity in cigarette smokers.* Addiction 2008 ; 103 (11) : 1875-82.
7. D'après l'exposé du Dr O. ANDROUTSOS, médecin généraliste en Grèce. Congrès WONCA 2007, Paris.
8. Lorant V, Nguyen LH, Prignot J, Laperche J. *Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus ?* Louvain Médical. 2006 ; **125**, 9: S354-363.
9. Nguyen LH, Lorant V, Prignot J, Laperche J. *La prise en charge du sevrage tabagique des patients défavorisés en médecine générale.* Louvain Médical. 2006 ; **125**, 9: S364-370.
10. D'après l'exposé et les notes de cours du Dr Vincent Lustygier, CHU Brugmann. Formation de tabacologie du Fares, 2008-2009.
11. D'après l'exposé et les notes de cours du Dr Véronique Godding, Pneumologie pédiatrique et tabacologie. Formation de tabacologie du Fares, 2008-2009.
12. Galanti L. *Cotinine urinaire : dosage et applications.* La revue de la médecine générale. Mars 2008 ; 251 : 112-115.
13. Centre Belge d'information pharmacothérapeutique. http://www.cbip.be
14. e-compendium. http://www.e-compendium.be/
15. Gailly J. *Un nouveau médicament pour arrêter de fumer. Faut-il modifier les recommandations ?* La revue de la médecine générale. Février 2008 ; **250** : 78-80.
16. Fiche de transparence (CBIP) *Prise en charge du sevrage tabagique*. Avril 2005.
17. Van der Schueren T, Raevens N, Delpierre V. *15 000 sevrages tabagiques par an en médecine générale : réalisme ou utopie ?* La revue de la médecine générale. Avril 2008 ; **252** : 157-158.

Table des matières

1. Préambule……...page 2
2. Matériel et méthode……page 3
3. Tests et outils……..….page 4
    a. Evaluation de degré de dépendance : Le test de Fagerström
    b. Evaluation du degré de motivation à l'arrêt
    c. Evaluation des raisons pour lesquelles le patient est amené à fumer
        i. Tabac et dépression
        ii. Le tabagisme en fonction du milieu social
        iii. Tabac et alcool
    d. Quelques trucs pour ne pas craquer
    e. Aspects spécifiques de la prise en charge chez la femme enceinte
4. Présentation des différentes aides pharmacologiques sous forme de tableau…..page 11
    a. Les substituts nicotiniques
    b. Le Bupropion (Zyban®)
    c. Le Vanéricline (Champix®)
5. Formations en tabacologie……..……..page 15
    a. SSMG
    b. Fares
6. Outils prêts à l'emploi……..……page 15
    a. Le conseil minimal
    b. Demande de sevrage en fin de consultation
7. Si le médecin préfère référer son patient fumeur…..……...……...…..page 17
8. Littérature et références……...…….page 17
9. Discussion……...……..page 19
10. Conclusion……...…….page 22
11. Bibliographie……page 23
12. Table de matière……...page 24
13. Annexes……...…….page 25

Annexe 1

Bienvenue sur le site de la commission tabac de la SSMG !

Ce site est un <u>outil pratique d'aide aux médecins généralistes confrontés aux problèmes de sevrage tabagique</u>

Faites un choix parmi ces 4 chapitres afin d'accéder en quelques clics à l'information souhaitée :

1	2	3	4
Je veux m'investir avec mon patient dans son sevrage. Comment faire ?	***Outils prêts à l'emploi pour motiver mon patient***	***Je voudrais référer mon patient : à qui puis-je le faire ?***	***Littérature et références***
↓	↓	↓	↓
Sont disponibles : - Différents tests et outils à réaliser en consultation - Un tableau récapitulatif concernant les aides pharmacologiques au sevrage tabagique - Des informations concernant les formations spécifiques accessibles en Belgique	En un coup d'œil, pour conseiller, motiver et encourager la patient fumeur	Vous trouverez ici les coordonnées des tabacologues ou des centres d'aide au fumeur de votre région	Quelques références : sites web, RBP, livres et films pouvant intéresser tant le médecin que le patient fumeur

Annexe 2

1- Tests et outils : Pour mon patient, je désirerais…

1- Evaluer son degré de dépendance :

	Durée	Notre avis
Test de Fagerström	⏳⏳	🙂🙂🙂
Test de Fagerström - version courte	⏳	🙂🙂
TTFC (Time To First Cigarette)	⏳	🙂🙂

Le **tes de Fagerström** est l'outil classique et internationalement reconnu pour évaluer la dépendance physique du fumeur. Il comporte 6 questions. La **version simplifiée** n'en contient que 2. Par manque de temps, on peut se contenter d'**une seule question** comme meilleur critère isolé de dépendance : le temps écoulé entre le lever et la première cigarette fumée.

2- Evaluer son degré de motivation et les chances de réussite à l'arrêt du tabagisme :

	Durée	Notre avis
Test de Demaria – Grimaldi (chances de réussite)	⏳⏳	🙂🙂🙂
Test Q-mat (degré de motivation)	⏳⏳	🙂🙂
Echelle de motivation	⏳	🙂🙂
Grille ambivalence	⏳⏳	🙂🙂🙂

La prise en charge du sevrage tabagique s'adresse à des fumeurs motivés et volontaires.
Le **test de Demaria – Grimaldi** est classiquement utilisé pour évaluer les chances de réussite de l'arrêt.
Le **test Q-mat** évalue le degré de motivation à l'arrêt.
Une **échelle de motivation** permet en quelques secondes de situer le patient dans sa démarche.
La **grille ambivalence** permet d'explorer les points de vue du patient par rapport à son tabagisme : les avantages et les inconvénients de l'arrêt et de la poursuite du tabagisme

3- Evaluer les raisons pour lesquelles il est amené à fumer, ainsi que dépister d'éventuelles co-morbidités :

	Durée	Notre avis
Test de Horn	⏳⏳⏳	🙂🙂
Journalier cigarette	À remettre au patient	🙂🙂
Test HAD (Anxiété – Dépression)	⏳⏳⏳	🙂🙂

Parce que la cigarette fait partie de notre quotidien et que l'on ne s'est pas toujours interrogé sur sa consommation, **le test de Horn et le journalier de la cigarette** permettent de déterminer avec précision les moments et les circonstances dans lesquels on est amené à fumer.
Un sevrage tabagique pouvant déclencher un épisode dépressif ou renforcer une dépression déjà existante. Le dépistage de troubles anxio-dépressifs peut se faire grâce au **test HAD**.

4- Lui fournir quelques trucs pour ne pas craquer :

	Durée	Notre avis
Trucs pour tenir bon	À remettre au patient	🙂🙂
Bénéfices de l'arrêt	À remettre au patient	🙂🙂
Symptômes pouvant survenir lors de l'arrêt	À remettre au patient	🙂🙂

5- Aspects spécifiques de la prise en charge chez la femme enceinte :

- La grossesse est une période durant laquelle le tabagisme, ainsi que son arrêt, doivent être abordés, tant les bénéfices pour la mère, le fœtus et futur enfant son importants.
- Si une aide pharmacologique est envisagée, seuls les substituts nicotiniques peuvent être administrés. **L'utilisation de substituts ne sera jamais plus dangereuse que la poursuite du tabagisme.**
- La durée de traitement sera inférieure aux durées habituelles de 8 à 12 semaines.
- Dans ce contexte précis, le dosage de la **cotinine urinaire,** avant et après l'arrêt du tabagisme porte un intérêt particulier pour contrôler l'importance de l'imprégnation initiale, et ensuite la réalité de l'arrêt du tabac. Ce test est spécifique du tabac.

NB : Coût d'un dosage de cotinine urinaire : 25€ (non remboursé)

- D'autre part, le dosage de cotinine urinaire permet d'adapter de manière optimale la posologie de la substitution nicotinique.

Nicotine inhalée (mg/24h) = Cotinine urinaire (µg/l) x 0,013

Quelques valeurs de référence :

Non fumeur, non exposé à la fumée	< 6 µg/l
Non fumeur, exposé à la fumée	6 à 50 µg/l
Petit fumeur	50 à 150 µg/l
Fumeur	150 à 600 µg/l
Gros fumeur	600 à plus de 5000 µg/l

Annexe 3

Produits	Posologie habituelle	Contre-indications principales	Précautions - Interactions	Effets indésirables les plus fréquents
Substituts Nicotiniques **Nicopatch®, Nicorette®** **Nicotinell®, Niquitin®**	***Formes et dosages: voir tableau 2***	Hypersensibilité à la nicotine Phénylcétonurie	**Eviter de poursuivre le tabagisme actif** <u>Antécédents cardio-vasculaires</u> : Infarctus du myocarde récent, angor, arythmies cardiaques graves, AVC récent, HTA sévère Ulcère gastro-duodénal actif	**Vertiges, Nausées** **Céphalées, Palpitations** Irritation au site d'administration Eruption ou prurit pour les patchs
Bupropion **Zyban®** **(Co 150 mg)**	**150 à 300 mg/j**	**Epilepsie,** Antécédents de convulsions, de trauma crânien, Tumeur du système nerveux central Cirrhose hépatique sévère Antécédents de troubles du comportement alimentaires, de troubles bipolaires Sevrage récent ou concomitant d'alcool ou de sédatifs Prise d'IMAO (< 14 jours) Age < 18 ans **Grossesse et allaitement**	Diabète ou médication hypoglycémiante Abus d'alcool Antidépresseurs Antipsychotiques Théophilline Fluoroquinolones Anti-arythmiques	**Insomnie** **Sécheresse de bouche** Troubles gastro-intestinaux Céphalées Fièvre Eruptions cutanées Hypertension Convulsions
Varénicline **Champix®** **(Co 0,5 ou 1 mg)**	**0,5 à 2 mg/j**	**Grossesse et allaitement**	**Eviter avec substituts nicotiniques** Insuffisance rénale sévère Troubles neurologiques et psychiques Pas d'interactions médicamenteuses cliniquement significatives	Nausées, Céphalées, Fatigue Insomnies, rêves anormaux Troubles neurologiques et psychiques (dépression, idées suicidaires)
Nortriptyline **Nortrilen®** **(Co 25 mg)** **(= Antidépresseur tricyclique)**	**75 à 150 mg/j** **en 2 ou 3 prises**	**Infarctus myocardique récent** Trouble de la conduction cardiaque (bloc de branche) Glaucome à angle fermé Hypertrophie prostatique Prise d'IMAO **Grossesse et allaitement**	Insuffisance cardiaque Epilepsie, Paranoïa Alcool Clonidine (effet antihypertensif diminué) <u>Diminution progressive des doses avant arrêt (Symptômes de sevrage en cas d'arrêt brutal)</u>	**Sécheresse de bouche** **Sédation** Constipation, Rétention urinaire Tremblements, Palpitations Troubles de la libido

Spécialités	Mode d'administration	Dosages disponibles	Conditionnement
Nicopatch®	Système transdermique	7 – 14 – 21 mg/**24h**	7 ou 28
Nicorette®	Comprimés SL Gommes à mâcher	2 mg 2 ou 4 mg	30 ou 105 30 ou 105
	Système transdermique	5 – 10 – 15 mg/**16h**	14
	Cartouche à inhaler	10 mg	42
Nicotinell®	Gommes à mâcher	2 ou 4 mg	12 ou 96
	Système transdermique	7 – 14 – 21 mg/**24h**	7 ou 28
Niquitin®	Comprimés à sucer	2 ou 4 mg	72
	Système transdermique	7 – 14 – 21 mg/**24h**	7 ou 21

Remarques importantes concernant les substituts nicotiniques :

- = médicaments de **1ère intention** et de **premier choix** dans le sevrage tabagique chez tous les fumeurs dépendants **et** motivés à l'arrêt.
- L'utilisation de substituts ne sera jamais plus dangereuse que la poursuite du tabagisme. Ils sont d'ailleurs les seuls à être indiqués chez la femme enceinte ou allaitante.
- La durée moyenne de traitement est de **8 à 12 semaines** (8 semaines pour les patchs); durée plus courte chez la femme enceinte.
- La dose prescrite sera fonction de la consommation journalière de tabac et du niveau de dépendance.
    - Gommes à mâcher, comprimés SL et comprimés à sucer :
        - Préférer une **prise systématique toutes les heures.**
        - Une dose de **2 mg** est plutôt recommandée chez les fumeurs de **moins de 20 cigarettes/jours.**
        - Une dose de **4 mg** est plutôt recommandée chez les fumeurs de **20 cigarettes/jours ou plus.**
        - La consommation ne doit pas dépasser **60 mg/jour** (**15x4mg ou 30x2mg**).
        - L'arrêt peut-être envisagé lorsque le nombre de prises est réduit à 2x/j (un schéma dégressif n'est pas indispensable).

- Patchs :
  - Un patch de **21 mg** équivaut à fumer **une cigarette/heure**.
  - Les patchs de 16h et 24h ont une efficacité comparable. Penser aux patchs de 16h en cas d'effets indésirables nocturnes.
  - Un schéma à doses dégressives n'est pas indispensable, mais peut être envisagé au cas par cas.

- Cartouches à inhaler :
  - 80 puffs sont nécessaires pour aboutir à la dose de 1 mg de nicotine.
  - Nombre de recharges à utiliser : au moins 4 chaque jour (avec un maximum de 12).
  - Lorsque la consommation est retombée à 1 ou 2 recharges par jour, le traitement peut-être stoppé (un schéma dégressif n'est pas indispensable).

- Pour toutes les administrations orales, il est préférable de ne pas manger ni boire (sauf de l'eau) pendant les **15 minutes** qui précèdent la prise.
- Gommes à mâcher : bien « parquer » la gomme sur la gencive pour augmenter l'absorption.
- Les différents substituts nicotiniques peuvent être associés entre eux. Une association avec le Bupropion est envisageable.
- Pour les **gros fumeurs** (2 à 3 paquets/jour):
  - Plusieurs patchs peuvent être collés simultanément.
  - La consommation de tabac peut-être réduite tout en donnant un patch.
  - NB: Dans ces cas, un dosage de cotinine urinaire s'avère utile pour vérifier si l'on ne dépasse pas les doses de départ.

Annexe 4

1- A faire pour tout patient : le **conseil minimal** :

Le conseil minimal consiste à demander systématiquement, à chaque patient, s'il est fumeur. En cas de **réponse positive**, il est utile de demander à chaque fumeur, et lors de chaque contact, s'il a envie d'arrêter de fumer.
Si la réponse est non : Il suffit de transmettre le message suivant : « *Le jour où vous vous sentirez prêt, je peux vous aider si vous en ressentez le besoin.* »
Si la réponse est oui : Il est utile d'encourager le patient à prendre sa décision d'arrêt et à s'engager dans l'action.

2- Mon patient quitte la consultation et me demande des conseils pour l'aider à arrêter de fumer. Que puis-je faire ?

Remettre le document « demande de sevrage en fin de consultation » accompagné du test de Demaria – Grimaldi.
Joindre éventuellement la grille d'ambivalence.

3- Tests permettant d'évaluer :

Son degré de dépendance	**Test de Fagerström**
Ses chances de réussite	**Test de Demaria – Grimaldi**
Sa motivation à l'arrêt	**Test Q-mat**

4- Quelques documents utiles :

10 questions que se pose le fumeur
Bénéfices de l'arrêt du tabac
Symptômes pouvant survenir lors de l'arrêt

5- Livres à conseiller :

- **Dautzenberg Bertrand,** *S'arrêter de fumer pour les nuls*, Edition First
- **CARR** Allen, *La méthode simple pour en finir avec la cigarette*, Editions Pocket, Janvier 2004
- **CICCHELERO Jean-Pierre,** *Le Piège Fatal – Thriller thérapeutique*, Editions Jouvence, Février 2007

Annexe 5

Littérature et références

Numéro de téléphone = Ligne Tabac-Stop : 0800/111 00 – www.tabacstop.be

1- Sites Web :

http://www.fares.be/	Fond des affections respiratoires
http://www.grossessesanstabac.be/	Section du site du Fares dédiée à la problématique du tabagisme durant la grossesse
http://www.sportsanstabac.be/	Section du site du Fares dédiée à la problématique du tabagisme chez les sportifs
http://www.sept.be/	Service d'étude et de prévention du tabagisme
http://www.cancer.be/	Fondation contre le cancer
http://www.cnct.org/	Comité national contre le tabagisme (France)
http://www.tabac-info.net	Centre de ressources anti-tabac (France)
http://www.prn-addictions.org/pro/	Pôle Ressource National – Médecine générale et conduites addictives (France)
http://www.oxygeneve.ch/	OxyRomandie – association suisse pour la prévention du tabagisme

2- Articles et RBP :

- Dr Jeannine Gailly, *Recommandations de Bonne Pratique : Arrêter de fumer*, SSMG, mars 2005

- *Mon patient fume… Attitudes du généraliste*, Brochure

3- Livres :

Tant pour le professionnel que pour le patient :

- **Dautzenberg Bertrand,** *S'arrêter de fumer pour les nuls*, Edition First
  - Ce guide explique, étape par étape, pourquoi vous êtes devenu dépendant et comment vous allez vous débarrasser du tabac au quotidien. Il s'adresse à toutes et à tous (jeunes, adultes, femmes enceintes...), décrit les pathologies liées au tabagisme, mais aussi les effets psychologiques et la dépendance. Il expose bien sûr toutes les thérapies de substitution et les alternatives douces pour arrêter de fumer, et explique comment juguler les effets postérieurs à l'arrêt : prise de poids, stress, rechute...

- **CARR Allen,** *La méthode simple pour en finir avec la cigarette*, Editions Pocket, Janvier 2004
  - La méthode de l'auteur est basée sur le fait de considérer le fumeur comme un toxicomane et l'aider ainsi à se "déconditionner".

Notre avis : Nous ne partageons pas le point de vue de l'auteur concernant l'inutilité des substituts nicotiniques.

- **CICCHELERO Jean-Pierre,** *Le Piège Fatal – Thriller thérapeutique*, Editions Jouvence, Février 2007
    - Sous forme d'un roman abordant la "carrière" d'un fumeur de 14 à 24 ans, dénonce le tabagisme par un processus de dénormalisation du phénomène: aide le fumeur à non plus lutter contre lui mais contre un ennemi extérieur que représente l'industrie du tabac.

Notre avis : Le décès du héros du roman peut s'avérer contre-productif, voire décourageant pour certains patients.

- **DUBOIS Gérard**, *Le rideau de fumée : les méthodes secrètes de l'industrie du tabac,* Edition du Seuil, Avril 2003
    - Ce livre est la synthèse de dizaines de milliers de pages arrachées au secret. Il démontre que les multinationales livrent une guerre totale pour prendre le contrôle des fumeurs, allant jusqu'à manipuler le produit afin d'accroître la dépendance de ces derniers. Filtres toxiques, fausses cigarettes " light ", corruption des milieux scientifiques, médiatiques et politiques : tout est bon, nulle " cible " n'est épargnée, même les enfants. L'Organisation mondiale de la santé a même fait l'objet de tentatives d'intoxication.
    - Il s'agit ici de révéler à tous, fumeurs ou non, le cynisme méthodique d'une entreprise de mort, aussi clandestin que délibéré.
    - Ce livre concilie un texte accessible au grand public avec une documentation de type universitaire. Évitant tout jargon scientifique, il contient 678 appels de note permettant au lecteur de connaître la source de chaque citation. http://www.rideau-de-fumee.fr.st/

- **Aubin Henri-Jean,** *Comment arrêter de fumer*, Edition Odile Jacob, Février 2004
- **Comby Bruno**, *Libérez-vous du tabac,* Edition J'ai Lu – Bien être (Santé), Mai 2004

Lectures destinées aux professionnels :

- **Delcroix Michel,** *La grossesse et le tabac*, Edition Presses Universitaires de France
- **Perriot Jean,** *Tabacologie et sevrage*, Edition John Libbey Eurotext, Juillet 2007
- **Dautzenberg Bertrand,** *Le tabagisme passif*, Edition : La Documentation Française, Février 2002
- **Martinet Yves,** *Le tabagisme*, Edition Masson, Novembre 2004
- **Bolliger**, *The tobacco epidemic*, Edition Karger
- **Abdennbi Kamel,** *Arrêt du tabac,* Edition Meditext, Avril 2005
- Le Maître Béatrice, *Sevrage tabagique pratique*, Edition Doins

3- Documentaires

- **C'est pas sorcier** – *Le tabac*
    - Fred, Jamy et Sabine nous expliquent tout sur le tabac. Nous découvrons avec eux comment on le cultive, comment on le sèche et comment ensuite on en

renforce les goûts pour le transformer finalement en cigarette. Nos trois acolytes nous expliquent également pourquoi les cigarettes créent une forte dépendance et détaillent pour nous les méfaits du tabac sur notre organisme. Comment la culture du tabac se répartit-elle dans le monde? Et en France, où la trouve-t-on? Pourquoi le tabac ne dégage-t-il ses arômes qu'une fois séché, ratatiné et jauni...? Pourquoi la nicotine, en atteignant le cerveau, provoque-t-elle une dépendance aussi bien psychique que physique? Pourquoi les goudrons qui s'accumulent dans les poumons sont-ils nocifs au point de provoquer des cancers? Plus de la moitié du prix d'un paquet de cigarettes revient à l'Etat. Quel usage est fait de cet argent?

- **Docu Arte** – *Drogues et cerveaux, tabac et alcool : poisons en vente libre*, Stéphane Horel et Jean-Pierre Lentin, France, 2005, Réalisé par Christine Carrière
    - Le tabac et l'alcool sont les drogues les plus consommées dans le monde. On sait aujourd'hui que la nicotine n'est pas la seule responsable de la dépendance au tabac. Ses complices se trouvent parmi les quelque quatre mille composés chimiques dégagés par la fumée de cigarette. Quant à l'alcool, les scientifiques le surnomment la "drogue sale". Il s'insinue dans des dizaines de circuits du cerveau et y fait des dégâts considérables. Plusieurs gènes impliqués dans la vulnérabilité à l'alcoolisme ont pu être identifiés.

- **Envoyé spécial** – *Tabac : retenez votre souffle*

4- Films

- *Thank you for smoking*, de Jason Reitman, avec Aaron Eckhart, Robert Duvall, Katie Holmes, Etats-Unis, 2004
    - Lobbyiste séduisant et ambitieux, Nick Naylor met son charme, son talent et son sourire carnassier au service de la société Big Tobacco pour contrer les ravages de la politique de prévention contre le tabagisme. De conférence de presse en talk-show télévisé, il défend l'indéfendable, mais a du mal à convaincre son ex-femme qu'il peut être un père modèle pour son fils

- *Révélations (The Insider)*, de Michael Mann, avec Al Pacino, Russell Crowe, Christopher Plummer, Etats-Unis, 1999
    - Ancien directeur du département Recherche et Développement du 3ème plus grand fabricant de cigarettes américain, Jeffrey Wigand, convaincu par le journaliste Lowell Bergman, accepte de devenir le témoin clé du procès qui opposa le Mississipi et 49 Etats aux géants du tabac, contraignant ces derniers à débourser 246 milliards de dollars.