



Guide d'aide au sevrage tabagique

SOMMAIRE

PREFACE

- 1. Introduction**
- 2. Epidémiologie**
- 3. Méfaits du tabac et bienfaits du sevrage**
- 4. Stades de changement chez le fumeur**
- 5. Déroulement pratique du sevrage**
- 6. Surveillance et évaluation du sevrage**
- 7. Prévention des récives après arrêt**
- 8. Conclusion**

PREFACE



La tabacologie, pour beaucoup de médecins non spécialistes, est une science ésotérique hors de portée des praticiens généralistes et des infirmiers polyvalents. Introduire la tabacologie et l'aide au sevrage tabagique au niveau des centres de santé et dans le paquet de soins médicaux des entreprises peut donc sembler un pari difficile à gagner.

Et pourtant, par la force des choses, dans certains pays occidentaux, des infirmiers et des médecins généralistes ont

été formés et ont acquis une expérience pour soutenir et accompagner les fumeurs et les fumeuses à abandonner leurs habitudes tabagiques. Il ne fait pas de doute que nos médecins et infirmiers, exerçant dans le secteur public, peuvent être initiés à la tabacologie et aider bon nombre de nos concitoyens volontaires à arrêter la consommation de tabac. En mettant en place les outils nécessaires pour une formation dans la matière, ils peuvent ainsi jouer un rôle très positif tant dans la prévention

de l'initiation au tabagisme, que dans l'aide au sevrage tabagique, que dans la protection des non fumeurs et bien sûr dans la prévention de beaucoup de maladies mortelles dont les cancers.

Fidèle à sa stratégie globale et intégrée, l'Association **LALLA SALMA** de lutte contre le cancer a lancé, en collaboration avec le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Education Nationale, de la Formation des Cadres de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et la Fondation Pfizer, le programme : « Collèges, Lycées et Entreprises sans tabac » (CLEs) dont l'objectif est de réduire la mortalité et la morbidité liées à la consommation du tabac. Ce programme propose, entre autres activités, la formation des médecins et des infirmiers en tabacologie en vue d'intégrer la consultation d'aide au sevrage tabagique dans les Soins de Santé primaires afin d'aider et d'accompagner les fumeurs désireux d'abandonner leurs habitudes tabagiques. Cette expérience a intéressé jusqu'à présent la formation de plus de 800 professionnels de santé dont environ 600 médecins. Le programme "collèges, lycées sans tabac" intéresse actuellement 804 établissements de l'enseignement secondaire et sera généralisé à l'ensemble des collèges et lycées d'ici la fin de l'année 2010 . Le présent guide d'aide au sevrage tabagique, édité par l'Association **LALLA SALMA** de lutte contre le cancer, représente un premier outil didactique qui décrit succinctement les différents modules de tabacologie enseignés lors des sessions de formation et plus particulièrement le déroulement pratique du sevrage tabagique, sa surveillance et son suivi ainsi que la prévention des formes de récurrence.

Le guide d'aide au sevrage tabagique, destiné à accompagner les médecins et les infirmiers formés en tabacologie, est l'oeuvre du Professeur Moulay Hicham Afif, spécialiste en tabacologie et Professeur de pneumologie à la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca. Il faut également remercier pour son implication, le Professeur Mohamed Bartal, expert international de la lutte contre le tabac et président du comité de pilotage du projet « CLEs ».

Signé : Yasmina BADDOU
Ministre de la Santé

1. Introduction

Le tabac provient de la plante *Nicotiana Tabacum*. Il constitue le principal carcinogène dans l'environnement de l'homme. Il est responsable d'un nombre élevé de décès correspondant à 5 % des décès dans le monde, soit plus que les accidents de la voie publique. Il est de ce fait un problème majeur de santé publique.

L'arrêt du tabac permet de réduire la surmortalité liée à sa consommation. Il est bénéfique pour la santé de s'arrêter même après l'apparition de pathologies liées au tabac. Le bénéfice est d'autant plus grand que l'arrêt est plus précoce. L'effet le plus spectaculaire est obtenu sur le risque cardio-vasculaire.

Près de deux tiers des fumeurs souhaitent actuellement arrêter de fumer, mais 70% d'entre eux projettent de le faire sans l'aide d'un médecin et seuls 25% envisagent l'utilisation d'une aide pharmacologique. Or en l'absence de toute aide médicale à l'arrêt, les taux de sevrage tabagique apparaissent faibles, de l'ordre de 3 à 5% à 6-12 mois.

La dynamique de l'arrêt du tabac dépend de quatre facteurs en interaction :

- La dépendance pharmacologique
- Les dimensions de la personnalité
- Les stades du changement
- Les processus du changement

Tous les professionnels de santé doivent intervenir dans le sevrage tabagique en adaptant le type d'intervention aux caractéristiques du tabagisme de chaque fumeur.

2. Epidémiologie

En dépit de ce qu'on sait aujourd'hui de la consommation du tabac, elle n'en continue pas moins de s'accroître dans le monde. L'épidémie se répand toujours, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où l'industrie du tabac dispose d'un immense marché et où les mesures antitabac sont souvent moins contraignantes.

L'épidémie du tabagisme s'est récemment propagée au niveau mondial parmi les femmes. De récentes enquêtes montrent que la consommation de tabac chez les jeunes filles se répand à grande vitesse dans le monde entier et que la prévalence est dans bien des cas comparable voire supérieure à celle des garçons.

Au Maroc, selon l'étude MARTA (MAROC TABAC)*, menée en 2007 sur une population de 9197 personnes ; 31,5% des hommes fument contre 3,3% des femmes.

La plupart des fumeurs actuels et anciens fumeurs déclarent avoir commencé à «vraiment» fumer à l'adolescence : environ un quart d'entre eux fumaient déjà quotidiennement à 15 ans, la moitié à 17 ans et neuf sur dix à 22 ans. Chez les hommes, quel que soit leur âge actuel, l'âge de début du tabagisme quotidien se situe ainsi principalement avant 20 ans.

Le tabac tue un fumeur sur deux. Un 1/4 des fumeurs meurent entre 35 et 69 ans, perdant ainsi entre 20-25 années de vie.

On estime à 100 millions le nombre de décès liés au tabac au cours du 20ème siècle et on en prévoit 1 milliard au cours du 21ème siècle.

L'arrêt est positif à tout moment. Le fumeur qui arrête le tabac avant 35 ans peut éviter pratiquement tous les risques. Le fumeur qui arrête entre 35 et 69 ans et avant d'avoir contracté une maladie sérieuse peut éviter le risque de mourir de son tabagisme.

En France, sur les plus de 12 millions de fumeurs actuels âgés de 15 ans ou plus, plus de trois sur cinq ont déjà essayé d'arrêter de fumer au moins une fois, sans succès. Parmi eux, un quart environ ont eu recours à diverses aides dans leur dernière tentative. Parmi l'ensemble des personnes qui ont essayé d'arrêter de fumer au cours des trois dernières années, environ sept sur dix ont repris une consommation quotidienne. Le taux d'échec reste donc important.

3. Méfaits du tabac et bienfaits du sevrage tabagique

3.1. Les méfaits du tabac

La dépendance à la nicotine

La cigarette est une «seringue à nicotine». Un «shoot» est 2 fois plus rapide qu'une intraveineuse car la nicotine met 7 secondes pour passer des alvéoles au cerveau. Un fumeur prend une dizaine de «shoots» par cigarette. Cet effet crée et entretient la dépendance.

Au niveau de la bouche et des dents

La cigarette favorise la survenue des infections bucco-dentaires et du cancer, notamment celui de la langue, des gencives et de la joue. Elle est aussi responsable de la coloration jaune des dents, de la coloration bleue des gencives et des lèvres et de la mauvaise haleine.

(*) Pr Chakib Nejjari, service d'épidémiologie de la faculté de médecine de Fès

Au niveau des yeux, du nez et des oreilles

Le tabagisme peut entraîner au niveau des yeux une cataracte, des brûlures, ou un larmoiement. Il peut favoriser une dégénérescence maculaire responsable d'une cécité.

Il pourrait aussi être responsable d'une perte de l'odorat, ou du cancer des cavités nasales et/ou sinusiennes mais également d'infections auriculaires à répétition, ainsi qu'une baisse de l'audition.

Au niveau de l'appareil respiratoire

La cigarette entraîne des infections nasosinusiennes, laryngées et bronchiques. Elle favorise le développement d'un asthme chez l'enfant et d'une inflammation chronique chez l'adulte et par conséquent la survenue d'une bronchite chronique ou d'un emphysème. Elle constitue également un facteur de risque majeur du cancer du larynx (70%) et du cancer broncho-pulmonaire (risque relatif (RR) de 3 chez les petits fumeurs, de 16 chez les grands fumeurs, et de 29 chez les très gros fumeurs).

Au niveau du coeur et des vaisseaux

Le tabac est un facteur de risque cardiovasculaire et s'accompagne d'athérosclérose (RR de 2). Il peut être responsable d'un accident vasculaire cérébral (RR de 1,5), d'un infarctus du myocarde (RR de 3) ou d'une artériopathie oblitérante (RR de 2 à 7) et d'une gangrène au niveau des membres.

Les maladies cardio-vasculaires tuent plus de femmes américaines que les 16 autres causes de décès combinées, y compris tous les types de cancers.

Au niveau de l'appareil digestif

Le tabac peut entraîner une oesophagite, une gastrite, un ulcère gastroduodéal. Il est aussi responsable d'un cancer de l'oesophage (risque fonction de la quantité et de la durée du tabagisme), de l'estomac, du pancréas, du foie et du colon.

Au niveau de l'appareil génito-urinaire

Le tabac favorise la survenue du cancer rénal, vésical et du cancer de l'utérus. Il est responsable aussi de l'impuissance sexuelle et de la stérilité.

Chez la femme

La ménopause précoce est fréquente. Un certain nombre de complications au cours de la grossesse telles un avortement spontané, un accouchement dystocique et prématuré ou un faible poids de naissance (200 à 400g de moins) sont aussi souvent notées.

Autres méfaits

Le tabac est également responsable de nombreux autres méfaits sanitaires comme la mauvaise odeur et la décoloration des cheveux, la perte de tonus cutané, la couleur bleutée de la peau, l'acné, les rides et le vieillissement prématuré, l'altération de la microcirculation, l'ostéoporose, les fractures et anomalies cartilagineuse. Enfin, le tabagisme ouvre la porte vers d'autres toxicomanies.

Méfaits du tabagisme passif

Les méfaits sanitaires actuellement reconnus du tabagisme passif sont :

- Risque élevé de cancer bronchique (20-30%) et de cardiopathie (25%) ;
- Retard de croissance chez les enfants ;
- Autres : infections, asthme, dégression de la fonction respiratoire, artériopathie (coronaires).

3.2. Les bénéfices du sevrage

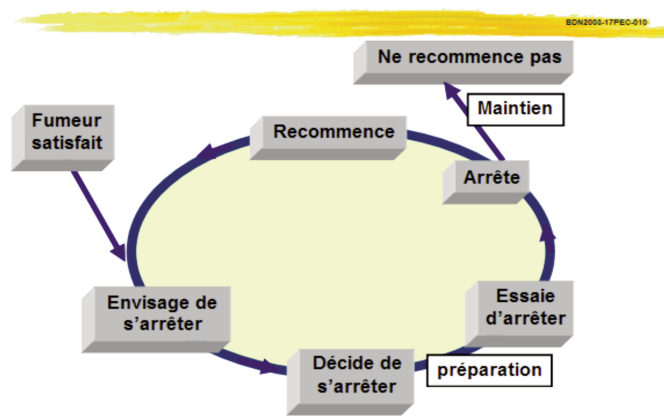
L'apport du sevrage tabagique est énorme, non seulement sur le plan sanitaire, mais aussi sur les plans psychologique, économique et éducationnel.

- Bénéfices Sanitaires : par éviction des maladies et réduction de la morbidité et de la mortalité liées au tabac.
- Bénéfices psychologiques: en prouvant la capacité de se libérer de la cigarette et ne plus en être l'esclave.
- Bénéfices économiques.
- Individuels: économiser le prix des cigarettes et des dépenses pour la santé. Exemple : fumer 1 paquet/jour pendant 20 ans équivaut en dépenses à 30 Dhs x 7300 j soit 219.000 Dhs et 1 paquet/jour pendant 30 ans équivaut en dépenses à 328.500 Dhs.
- Pour la société: réduction du nombre des jours pour arrêt maladie et réduction du nombre de décès prématuré lié au tabac.
- Bénéfices éducationnels: en donnant l'exemple pour les autres, chacun dans son domaine (père, frère, enseignant, corps médical et paramédical...).

4. Stades de changement chez le fumeur

La dynamique des stades de changement a fait l'objet de réflexions nombreuses. Les travaux sur le comportement tabagique ont ainsi cherché à proposer des descriptions dynamiques de l'arrêt du tabac. Cinq grands stades de changement ont été décrits par Prochaska & DiClemente (Figure 1) :

Les stades de préparation à l'arrêt du tabac



Source : DiClemente CC, et al. J Consult Clin Psychol, 1991, 59 : 295-304

Figure 1 : stades de changement de Prochaska et Di Clemente

- **Stade de la non-motivation ou précontemplation** : il concerne les fumeurs « heureux » qui ne se posent pas de question sur leur tabagisme et n'envisagent pas d'arrêter dans les 6 mois. Ces fumeurs ne recherchent pas de solution car ils n'ont aucune perception du problème. Ils sont parfois hostiles, résistent au changement, contre-argumentent et justifient leur comportement.
- **Stade de la contemplation** : il concerne les fumeurs qui prennent conscience des risques encourus et des répercussions pour l'entourage. Ils mesurent les difficultés pour arrêter et développent une intention de changer mais restent passifs. Ils envisagent sérieusement d'arrêter de fumer dans les six prochains mois, mais n'ont jamais fait de tentative d'arrêt, tout en attendant le moment propice et en recherchant la solution miracle.

Le passage de la pré-contemplation à la contemplation s'obtient en confortant le fumeur pour qu'il prenne conscience et en l'incitant à poser des questions. Il faut aussi lui donner l'information et des conseils judicieux et susciter une prise de confiance, surtout chez les fumeurs résignés.

- **Stade de la préparation** : il concerne les fumeurs qui envisagent sérieusement d'arrêter de fumer dans les trente jours. Ils formulent une demande claire pour le sevrage et ont une attitude ouverte et une coopération facile avec le médecin. Ces fumeurs ont une planification et une organisation du changement.

Le passage de la contemplation à la préparation s'obtient en posant au fumeur les bonnes questions sur les « bons » et mauvais côtés du tabac, sur l'avenir si rien ne change et faire avec lui le scénario du pire. Le fumeur doit établir une balance décisionnelle pour peser les bénéfices et les inconvénients de deux situations : continuer à fumer et arrêter de fumer.

- **Stade d'action** : il concerne les sujets qui ne fument plus et ont arrêté depuis moins de six mois. Ces fumeurs ont mis en place de réels changements de mode de vie en évitant les lieux, les situations et les événements associés au tabac.

Le passage de la préparation à l'action passe par l'évaluation de la dépendance et des éventuelles co-morbidités. Il faut envisager avec le fumeur les obstacles et les difficultés susceptibles de faire échouer la tentative et essayer de trouver les solutions.

- **Stade de maintenance** : il concerne les sujets qui ont arrêté de fumer depuis plus de six mois. Ils apprécient les avantages de ce nouveau comportement par rapport à ceux du tabac. Une attention particulière doit être prêtée aux situations exceptionnelles pouvant favoriser les reprises du tabagisme.

Le passage de l'action à la maintenance repose sur le soutien et les encouragements du médecin pour faciliter la poursuite de l'action. Il faut l'aider à résoudre les difficultés rencontrées et lui montrer les progrès accomplis. Il faut aussi relancer les fumeurs qui manquent leur rendez-vous.

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

5. Déroulement pratique du sevrage

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

5.1. Descriptif tabagique

Au cours de la consultation, il est important d'évaluer la situation tabagique, en précisant l'histoire du tabagisme, notamment l'âge de début, la consommation tabagique actuelle et passée, et l'environnement tabagique. Certaines précisions sont très importantes à faire : personnalité anxio-dépressive, équilibre alimentaire, toxicomanie associée, contexte de vie, qualité du sommeil, pratique d'activité physique régulière et traitement en cours.... Il faut également classer les fumeurs dans un des stades de préparation à l'arrêt, aider les fumeurs hésitants à se motiver pour arrêter, et utiliser une stratégie basée sur les aptitudes au changement.

5.2. Examen clinique

L'examen clinique au cours de cette consultation est nécessaire car il permet de crédibiliser la démarche médicale. La mesure du CO par les petits appareils disponibles permet de montrer au fumeur de manière objective et simple l'importance de l'intoxication tabagique.

5.3. Examens complémentaires

Les examens complémentaires à réaliser dans un premier temps sont : la radiographie thoracique, l'exploration fonctionnelle respiratoire et l'électrocardiogramme. Ces examens seront au mieux programmés durant les consultations ultérieures de suivi.

Points importants

- *Analyser les désirs, besoins et craintes du fumeur notamment la confiance, le choix de la date et la prise de poids.*
- *Ne pas sous évaluer le rôle du thérapeute et le patient doit être convaincu qu'une aide efficace peut lui être apportée*
- *Ne pas dissocier la phase d'arrêt proprement dite (phase d'action) de la phase qui la précède (phase de préparation) ou de celle qui la suit (phase de maintenance)*
- *Le meilleur motif qui vaille est celui avancé par le patient*
- *La décision d'arrêt ne peut procéder que du libre choix du fumeur*
- *Se méfier du caractère illusoire de la simple diminution de consommation et du caractère trompeur des mentions «light» et «faiblement dosé».*

5.4. Evaluation des dépendances

Avant de mettre en place une décision thérapeutique, il convient d'évaluer respectivement les dépendances comportementales et nicotiques à l'aide du test de Horn (annexe 1) et du test de Fagerström (annexe 2). La motivation à l'arrêt du tabagisme est évaluée par le test de Lagrue et Légeron (annexe 3).

5.5. Traitements pharmacologiques

5.5.1. But

- Faciliter le sevrage et augmenter ses chances de réussite ;
- Réduire les symptômes qui accompagnent le sevrage.

5.5.2. Moyens

I. Substitution nicotinique

La substitution nicotinique consiste à remplacer temporairement et partiellement la nicotine apportée par le tabac, et ainsi à supprimer, au moins en partie, les symptômes liés au sevrage : besoin urgent de fumer, irritabilité, déprime, difficultés de concentration, anxiété, troubles du sommeil, maux de tête, prise de poids, appétit augmenté...

a. Présentation : La substitution nicotinique peut être proposée sous 6 formes différentes : les timbres nicotiques ou patchs, les gommes à mâcher, les comprimés sublinguaux, les comprimés à sucer, l'inhalateur et le spray nasal. Toutes les formes ont une efficacité similaire à posologie égale.

Le choix entre les différentes formes peut être fondé sur la sensibilité aux effets indésirables, la préférence du patient et la disponibilité des produits dans les pays.

L'association de ces différentes substitutions nicotiques est supérieure, en terme de sevrage au long terme à la substitution par un seul produit. L'association des substituts nicotiques avec une prise en charge psychologique augmente les taux d'abstinence.

* Patch (timbre ou dispositif transdermique)

Principe : Le patch est un sparadrap contenant de la nicotine. Utilisé une fois par jour, simple et discret, le patch diffuse des quantités contrôlées de nicotine à travers la peau.

Indication : Il convient aux fumeurs ayant des habitudes régulières.

Présentation: Le patch existe en 3 dosages, selon les marques (15mg-10mg-5mg ou 21mg (fort) -14mg (moyen) -7mg (léger)). Il se colle le matin au réveil et doit être porté, soit 24 heures ou 16 heures sur 24 heures. Le maximum de nicotine dans le sang est obtenu 6 à 8 heures après que le patch ait été collé.

Utilisation :

- Coller le patch sur une surface de la peau sèche et sans poils (bras, cuisse, tronc, hanche, omoplate).
- Changer chaque jour l'emplacement où le patch est collé.
- Respecter d'un intervalle d'une semaine avant de recoller le patch dans la même zone est nécessaire.
- Une douche ou un bain peuvent être pris avec le patch, car il est imperméable.
- Si le patch se décolle, il peut être fixé avec du sparadrap par-dessus.

Posologie :

La dose initiale de la substitution nicotinique est adaptée à la dépendance du fumeur, évaluée notamment par le test de Fagerström. Le traitement est ensuite modulé en fonction de la survenue des signes cliniques traduisant un sous-dosage ou un surdosage nicotinique. Le choix de la dose constitue un facteur important du succès. Les taux de succès sont améliorés si les substituts nicotiques apportent une quantité de nicotine proche de celle apportée par les cigarettes.

Pour les timbres, l'efficacité de leur utilisation sur 16 heures ou sur 24 heures semble similaire. Les doses sont diminuées progressivement par paliers sur 8 à 12 semaines.

Durée du traitement :

8 semaines à 3 mois au maximum.

Effets indésirables :

Le patch de nicotine ne provoque aucun effet indésirable sérieux. On observe des effets indésirables mineurs chez un utilisateur sur 5, particulièrement en début de traitement. Il s'agit le plus souvent de rougeurs de la peau et de démangeaisons locales et passagères, qui disparaissent au bout de 48 heures après le retrait du patch. Les autres effets rares sont des vertiges, maux de tête, nausées, malaises, insomnies et tachycardie.

* Gommages à mâcher (chewing-gum)

Principe :

Les gommages à mâcher libèrent des quantités contrôlées de nicotine dans la bouche. La nicotine qui est avalée n'est pas absorbée, car elle est détruite par le foie. Le maximum de nicotine dans le sang est obtenu 30 minutes après le début de la mastication, ce qui correspond à une quantité beaucoup moins élevée et une diffusion beaucoup plus lente que lorsqu'on fume une cigarette.

Indication :

Fumeurs irréguliers et en complément des patchs s'ils sont insuffisants.

Présentation :

Les gommages existent en deux dosages : 4mg pour les grands fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) et 2 mg pour les fumeurs moyens et les petits fumeurs. Selon les marques, plusieurs arômes sont disponibles (menthe, citron, fruit, original). Il faut savoir que seule la moitié de la dose est en réalité absorbée.

Utilisation :

Les gommages peuvent être prises régulièrement sur la journée, ou uniquement lorsque l'envie est importante. Pour un résultat optimal, suivre les instructions de mastication suivantes:

- Mâcher lentement la gomme : le goût apparaît,
- Après environ 10 mastications, observer une pause en calant la gomme entre la joue et la gencive,
- Attendre que le goût s'atténue,
- Recommencer à mâcher lentement la gomme (une gomme dure 30 minutes).

Une mastication trop rapide libère une quantité trop importante de nicotine générant un goût fort et piquant, une diminution de l'efficacité de la gomme, le hoquet ou encore des épigastralgies.

Il faut éviter de boire du café ou du jus de fruits (acide) avant et pendant la prise de la gomme, car ces boissons diminuent son efficacité.

Effets indésirables : les gommages ne provoquent aucun effet indésirable sérieux. Ces effets se résument essentiellement aux vertiges, maux de tête, nausées, brûlures d'estomac, hoquet, douleurs des gencives, et inflammation de la bouche et de la gorge. La plupart des effets indésirables peuvent être évités si l'on respecte les instructions d'usage.

* Microtabs (comprimés)

Principe :

Placé sous la langue, le comprimé fond doucement en diffusant des quantités contrôlées de nicotine dans la bouche. Son utilisation est discrète et flexible.

Présentation : Comprimé de 2 mg, avec distributeur pratique.

Utilisation :

Le comprimé doit être placé sous la langue et laissé fondre en 20 minutes. L'effet ressenti est individuel. S'il est trop fort, le comprimé peut être recraché avant d'être complètement dissous.

Durée du traitement : 8 semaines à 3 mois au maximum.

Effets indésirables :

Les microtabs ne provoquent aucun effet indésirable sérieux, sauf parfois des maux de tête, des vertiges, des nausées, une insomnie, des symptômes évocateurs de rhume et des aphtes.

* Pastilles à sucer

Principe : Il s'agit d'une alternative plus discrète que les gommes à mâcher.

Présentation : Les pastilles à sucer existent en 1mg (arôme menthe). Une pastille à 1 mg équivaut à une gomme à mâcher de 2 mg.

Durée du traitement : 8 semaines à 3 mois au maximum.

Effets indésirables : les mêmes que les comprimés.

* Inhalateurs

Principe : Un moyen actif qui combat à la fois la dépendance envers la nicotine et l'habitude gestuelle.

Indication : apaiser l'envie de fumer et reproduire le rituel du geste et de l'inhalation.

Présentation : Il s'agit d'une sorte de porte-cigarette à partir duquel on aspire une vapeur de nicotine. Le matériel d'utilisation de l'inhalateur est composé de 3 éléments : 1) une boîte de 42 recharges, chaque recharge contient une éponge imprégnée de 10 mg de nicotine

(goût menthe), dont seulement 5 mg sont absorbées. 2) un tube en plastique blanc ressemblant à un porte-cigarette, dans lequel il faut insérer les recharges de nicotine. 3) une boîte sécurisée qui permet d'emporter les recharges et le tube dans une poche ou un sac à main.

Utilisation :

- Aspiration des bouffées de vapeur de nicotine. Prendre des bouffées plus fréquentes qu'avec une cigarette, car chaque bouffée délivre moins de nicotine qu'une bouffée de cigarette : 10 à 20 bouffées d'inhalateur procurent la même quantité de nicotine qu'une bouffée de cigarette. Le maximum de nicotine dans le sang est obtenu environ 20 minutes après le début de l'inhalation, donc plus lentement que lorsqu'on fume une cigarette (maximum après 10 minutes).

- Utilisation d'au moins 6 recharges de nicotine par jour, et jusqu'à 12 recharges.

- Le fumeur peut soit aspirer de la vapeur de nicotine dans la bouche sans l'avaler, soit l'inhaler profondément dans les poumons. La quantité de nicotine absorbée est la même dans les 2 cas. La nicotine est surtout absorbée à travers la muqueuse de la bouche.

Durée du traitement : 8 semaines à 3 mois au maximum.

Effets indésirables : Aucun effet indésirable sérieux n'a été rapporté pour l'usage de l'inhalateur. Les effets secondaires possibles mais rares sont les maux de tête, la nausée, et les brûlures d'estomac. On peut ressentir une irritation de la bouche et de la gorge et une légère toux.

* Spray nasal

Principe : agit très rapidement et met un terme aux symptômes de sevrage.

Indication : fumeurs ayant connu une très forte dépendance au tabac.

Présentation : Une prescription médicale est nécessaire. Il se présente sous forme d'un flacon de 10ml qui contient 100mg de nicotine.

Utilisation : Au début l'utilisation du spray nasal se fait une à deux fois par heure, 3 fois au maximum. Une dose correspond à 1 mg de nicotine. Le spray est appliqué dans chaque narine.

Durée du traitement : 8 semaines à 3 mois au maximum.

Effets indésirables : Ils apparaissent le plus souvent pendant la première semaine du traitement et se manifestent localement: irritation de la muqueuse nasale, rhume et éternuement. Plus rares

sont le vertige, les nausées et la tachycardie.

b. Contre- indications :

En octobre 2003, il y a eu suppression des mises en garde et contre indications cardio-vasculaires :

Les contre-indications supprimées sont l'infarctus récent du myocarde, l'angor instable, l'angor de Prinzmetal, les troubles du rythme sévères et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) récents.

Les mises en garde supprimées sont les maladies cardio-vasculaires sévères (artériopathie périphérique oblitérante, AVC, angor, insuffisance cardiaque et vasospasme), l'hypertension artérielle sévère et l'ulcère gastroduodéal évolutif.

Par ailleurs, certaines mises en garde ont été maintenues car l'arrêt du tabac rendra nécessaire l'adaptation des posologies des thérapeutiques éventuelles, notamment les insuffisances hépatiques et rénales sévères, l'hyperthyroïdie, le diabète et le phéochromocytome.

Cas particuliers : Les autorisations de mise sur le marché (AMM) des substituts nicotiques ont connus certains changements ; tels que l'abstinence temporaire (juin 2001) au cours des longues réunions de travail, des voyages en avions et des dîners chez les non fumeurs.... Ces changements concernent aussi l'association de plusieurs substituts nicotiques (juillet 2004) pour les patients fortement dépendants ou sous dosés par un seul substitut et la réduction de la consommation de tabac (octobre 2004) dans l'objectif de préparer le fumeur à un arrêt complet et rapide du tabac.

II. Bupropion

Principe :

Le Bupropion est un antidépresseur utilisé depuis de nombreuses années, inhibant la recapture de la dopamine et de la noradrénaline, dont le mode d'action dans le sevrage tabagique est imparfaitement connu.

Posologie :

Les doses efficaces sont de 300 mg par jour (en deux prises espacées de 8 heures) pendant 7 à 9 semaines précédées par une période de 6 jours à 150 mg afin de tester la bonne tolérance du produit. L'arrêt du tabac est à programmer au cours de la deuxième semaine du traitement. Dans ces conditions, le Bupropion est efficace pour le sevrage tabagique des fumeurs moyennement et fortement dépendants avec de bons résultats versus un placebo (44% versus

19% en fin de traitement, 27% versus 16% à 6 mois et 23% versus 12% à un an).

Effets secondaires :

Les principaux effets secondaires sont les crises d'épilepsies, les sécheresses buccales et les insomnies.

Contre-indications: Grossesse et allaitement, sujets < 18 ans, hypersensibilité connue, troubles convulsifs ou antécédents de convulsions ou hypertension artérielle, tumeur du système nerveux central, insuffisance hépatique sévère, existence ou antécédents de boulimie ou anorexie mentale ou troubles maniaco-dépressifs, association aux IMAO sélectifs ou non sélectifs et enfin sevrage en cours d'alcool ou de benzodiazépines.

III. Varenicline

Principe : la Varenicline est un médicament non nicotinique qui agit dans le sevrage tabagique par la liaison avec affinité et sélectivité élevée aux récepteurs nicotiques neuronaux à l'acétylcholine avec action agoniste partielle et antagoniste en présence de nicotine. Elle s'est montrée efficace pour aider les fumeurs à s'abstenir de fumer, en comparaison avec un placebo et à un autre médicament de référence (Bupropion). A 3 mois, l'efficacité est 2,5 fois supérieure au placebo et 1,5 fois supérieure au Bupropion. A 1 an, elle est 2,2 fois supérieure au placebo et 1,6 fois supérieure au Bupropion.

Posologie : 0,5mg par jour pendant 3 jours, puis 0,5mg deux fois par jour pendant 4 jours puis 1 mg deux fois par jour jusqu'à la fin du traitement.

Durée du traitement : 12 semaines en moyenne.

Effets secondaires : principalement des nausées, vomissements et céphalées...

Contre-indications : hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.

Mises en garde spéciales :

- Ajustement des posologies de certains médicaments (Théophylline, warfarine et insuline).
- Grossesse et allaitement : peu d'études et donc à éviter.

IV. Traitement symptomatique :

Vitamine C :

- Pour pallier au manque d'acide ascorbique chez les fumeurs
- Il faut utiliser les comprimés à croquer ou à sucer (un comprimé le matin et un comprimé à midi, si besoin un troisième comprimé à 16h). Il faut éviter les prises vespérales afin d'éviter les insomnies

Magnésium et calcium : pour leur effet détendant et aussi pour améliorer le transit intestinal en cas de constipation pouvant survenir au cours du sevrage.

5.6. Prise en charge psychologique et comportementale

Cette prise en charge consiste à préparer le changement des habitudes du fumeur pour faciliter la prise en charge de la dépendance psychologique et comportementale et à chercher autour de soi des « alliés » qui pourraient apporter leur soutien en cas de besoins (conjoint, enfants, amis...). Le fumeur doit commencer à fumer de façon « consciente » en se débarrassant des cigarettes « non indispensables », et lister toutes les habitudes où la cigarette est très présente : café, sorties..., il doit aussi faire ces comptes et réfléchir à comment dépenser les économies du tabac. Il faut instaurer un nouveau mode de vie, surtout en ce qui concerne les habitudes alimentaires qui doivent être modifiées de façon constructive afin d'éviter les excès de poids, sans oublier de faire du sport ou d'autres activités physiques.

5.6.1. Evaluation psychologique et comportementale du fumeur

Avant tout projet de sevrage, il est important au même titre que l'évaluation de la dépendance nicotinique (test de Fagerström), d'évaluer les facteurs psychologiques tels que la motivation à l'arrêt, les croyances et les cognitions liées au tabac, les capacités d'autocontrôle, les facteurs déclenchants et les cigarettes les plus et les moins importantes.

Il existe certaines situations dites à haut risque qui sont souvent liées à l'environnement du fumeur, notamment des émotions positives (repas, alcool, fumeurs, fête...), des émotions négatives (colère, tristesse, ennui, stress...) et des situations moins habituelles comme la routine de travail.

5.6.2. Parcours d'un fumeur

Le fumeur passe par une phase plus ou moins longue durant laquelle il est un fumeur heureux qui trouve un plaisir, une détente dans le fait de fumer. Durant cette période, il n'a aucune envie de s'arrêter et est réfractaire à toute tentative de sensibilisation aux risques. Puis, il

entre dans une phase de maturation durant laquelle, il envisage de s'arrêter et il ne faut surtout pas précipiter le sevrage à ce stade. Enfin, le fumeur décide de s'arrêter et va essayer de le faire avec ou sans aide. Le sevrage va, dans l'idéal, perdurer ou alors une rechute survient.

Les éléments qui préparent à l'arrêt du tabac sont la dissociation du stimulus et de la réponse comportementale, la mise en place d'un déconditionnement, l'apprentissage progressif de la gestion de l'envie de fumer. Le fumeur doit augmenter sa confiance en sa capacité d'autocontrôle. L'entourage joue un rôle prépondérant dans l'organisation du soutien lors de la période du sevrage.

5.6.3. Gestion des envies et des pensées après l'arrêt

Le contrôle du stimulus en évitant le tabac et en trouvant une meilleure substitution permet de passer le cap des envies de fumer après l'arrêt. Les principales stratégies comportementales à adopter sont le changement du contexte et l'engagement dans une activité brève (faire de l'exercice physique, parler à une personne soutenante...). Certaines stratégies cognitives d'opposition s'avèrent très efficaces aussi :

- Se souvenir que les envies ne vont pas durer,
- Dédramatiser,
- Occuper le terrain cognitif par des slogans en boucle,
- Se répéter la liste des motivations, penser à autre chose de plaisant, auto-encouragement,
- Accompagner l'envie de fumer et contrôler toutes les manifestations.
- Retirer du domicile du fumeur le tabac et tous ces accessoires, annoncer qu'on a arrêté de fumer, éviter les lieux à risque (cafés, espaces fumeurs...), éviter de se rendre à une soirée où les gens fument et enfin planifier son temps libre.

5.7. Autres interventions

Des mesures complémentaires doivent être prises, telles que l'arrêt du cannabis, la réduction significative des excitants et la prise en charge d'un état dépressif.

5.8. Surveillance et évaluation du sevrage

La qualité du suivi conditionne largement le résultat global de l'arrêt. Pour un suivi de 1 mois, le taux d'arrêt est de 10%. Il passe à 28% pour un suivi de 1 à 3 mois et passe à 38% pour un suivi de 3 à 9 mois.

Il existe 3 stades d'arrêt : à 6 mois on parle d'arrêt récent, à 12 mois d'un arrêt persistant et à 24 mois d'un arrêt confirmé. Le patient confirme son arrêt à la 48^{ème} heure.

Il est de ce fait nécessaire de maintenir un contact avec le fumeur qui est en cours de sevrage et d'assurer un suivi régulier. Les consultations pourront être avec le temps de plus en plus espacées :

Deuxième consultation : J0 + 7 jours

Le médecin procède à :

- L'évaluation de la réalité et de la qualité de l'arrêt : en vérifiant l'absence de toute prise tabagique, en appréciant les pulsions à fumer et les effets secondaires divers. La conduite de l'entretien ne doit pas se faire sur un mode trop directif, il faut inciter le patient à exprimer librement son vécu afin de mieux appréhender les solutions aux difficultés de l'arrêt.
- La mesure des constantes cliniques ou fonctionnelles : fréquence cardiaque, pression artérielle, DEP, CO expiré...
- L'adaptation de la posologie de la substitution nicotinique si c'est le traitement choisi.

Troisième consultation : J0 + 21 ou 28 jours

Au cours de cette consultation, le médecin veille à :

- L'instauration d'un lien confiant sur un fond d'empathie : mettre l'accent sur les bénéfices du sevrage (amélioration de la symptomatologie respiratoire et des perceptions olfactives ou gustatives, bénéfices esthétiques, bénéfices psychologiques et éducationnels...)
- La prise en charge psycho-comportementale : pour identifier les difficultés non résolues ou nouvelles (perte de motivation, reprise ou persistance de la dépendance physique, prise de poids, dépression...)
- Le recensement et la prise en charge des effets secondaires
- Le maintien du traitement et éventuellement le démarrage de la dégression de la substitution nicotinique si c'est le traitement choisi.

Quatrième et cinquième consultations : J0 + 60 et 90 jours

Cette consultation permet au médecin de :

- Vérifier la poursuite du traitement jusqu'à l'arrêt : avec diminution progressive en tenant compte des besoins inhérents à

chaque patient.

- Evaluer l'équilibre général du patient : en précisant sa nouvelle «organisation de vie» tout autant que son niveau de confiance en lui.

Consultations ultérieures

- La chronologie et le nombre de ces consultations seront adaptés au patient (rythme de consultations proposé par le médecin et validé par le patient).
- Le suivi est un élément pronostic déterminant. Plus il est long, meilleures seront les chances de la réussite du sevrage.

6. Prévention des reprises après l'arrêt

Les reprises sont fréquentes et 75-80% d'entre elles surviennent dans les 6 mois qui suivent le sevrage. Elles touchent 40-60 % des ex-fumeurs à 1 an. Les reprises doivent être présentées comme des étapes dans la démarche d'arrêt (succès différés).

Les consultations régulières sont très importantes pour prévenir les rechutes. Ces consultations peuvent être suivies au long court ou faites à la demande si besoin. Il est préférable que le médecin soit disponible au téléphone notamment la première semaine.

Les fumeurs rechutent particulièrement dans des situations à risque telles :

- Prendre "juste une cigarette" pour voir ;
- Etat d'émotion négative, par exemple colère, frustration, épression, ennui ;
- Conflit entre personnes (avec la famille ou au travail) ;
- Pression sociale, directe par une personne, ou indirecte dans une situation où il y a d'autres fumeurs (comme lors d'une soirée) ;
- Prise d'alcool et bons repas ;
- Relaxation à la maison le soir, devant la TV ;
- Augmentation du poids.

En cas de reprise, le médecin doit impérativement :

- Ecouter et accompagner le fumeur ;
- Déculpabiliser (expliquer la dépendance) ;
- Valoriser tout arrêt, aussi court soit-il ;

- Valoriser la reprise comme une acquisition d'expérience ;
- Avoir en tête la longueur du suivi et les risques de reprise (prise en charge équivalente à celle d'une maladie chronique).

7. Conclusion

Le sevrage tabagique est une entreprise délicate nécessitant une approche globale. La prise en charge de la dépendance nicotinique double le taux d'arrêt à 12 mois. Le sevrage tabagique requiert de la part du médecin disponibilité, responsabilité, compétence et expérience.

Annexe 1 : Test de Horn

	*Tj	*S	*M	*P	*J
A Je fume pour me donner un coup de fouet	5	4	3	2	1
B Je prends plaisir à fumer et tenir ma cigarette	5	4	3	2	1
C Tirer sur une cigarette est relaxant	5	4	3	2	1
D J'allume une cigarette quand je suis soucieux	5	4	3	2	1
E Quand je n'ai plus de cigarettes je cours en acheter	5	4	3	2	1
F Je fume avec automatisme	5	4	3	2	1
G Je fume pour me donner du courage	5	4	3	2	1
H Le plaisir c'est d'abord manipuler ma cigarette	5	4	3	2	1
I Il n'y a quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
J Je fume quand je suis mal à l'aise	5	4	3	2	1
K Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
L J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
M Je fume pour en imposer aux autres	5	4	3	2	1
N J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	5	4	3	2	1
O Je fume même si je suis détendu	5	4	3	2	1
P Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
Q J'ai toujours besoin de manipuler quelque chose	5	4	3	2	1
R J'oublie la cigarette qui est dans ma bouche	5	4	3	2	1

- Stimulation (A) + (G) + (M)
- Plaisir du geste (B) + (H) + (N)
- Relaxation (C) + (I) + (O)

- Anxiété soutien (D) + (J) + (P)
- Besoin absolu (E) + (K) + (Q)
- Habitude acquise (F) + (L) + (R)

Score	Dépendance
0 à 5	Faible
6 à 10	Moyenne
10 à 12	Certaine à forte
13 à 15	Très forte

*Tj : Toujours - *S : Souvent - *M : Moyennement - *P : Parfois *J : Jamais

Annexe 2 : Test Fagerstrom

1. Combien de temps s'écoule entre votre réveil et votre première cigarette ?
 - * Plus de 60 minutes 0
 - * Entre 31 et 60 minutes 1
 - * Entre 6 et 30 minutes 2
 - * Moins de 5 minutes 3

 2. Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer là où c'est interdit ?
 - * Non 0
 - * Oui 1

 3. Quelle cigarette auriez-vous le plus de mal à ne pas fumer ?
 - * La première de la journée 1
 - * N'importe quelle autre 0

 4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
 - * 10 ou moins 0
 - * Entre 11 et 20 1
 - * Entre 21 et 30 2
 - * Plus de 31 3

 5. Fumez-vous davantage durant les premières heures suivant le réveil qu'au cours du reste de la journée ?
 - * Non 0
 - * Oui 1

 6. Fumez-vous même quand vous êtes malade au lit presque toute la journée ?
 - * Non 0
 - * Oui 1
- 0 à 2 : Très faible dépendance
3 ou 4 : Faible dépendance
5 : Dépendance moyenne
6 à 7 : Forte dépendance
8 à 10 : Très forte dépendance

Annexe 3 : Test de Lagrue et Légeron

* Pensez-vous que dans six mois :

- Vous fumerez toujours autant (0)
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes (2)
- Vous aurez diminué beaucoup votre consommation de cigarettes (4)
- Vous aurez arrêté de fumer (8)

* Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?

- Pas du tout (0)
- Un peu (1)
- Beaucoup (2)
- Enormément (3)

* Pensez-vous que dans quatre semaines :

- Vous fumerez toujours autant (0)
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes (2)
- Vous aurez diminué beaucoup votre consommation de cigarettes (4)
- Vous aurez arrêté de fumer (6)

* Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?

- Jamais (0)
- Quelquefois (1)
- Souvent (2)
- Toujours (3)

- < 6 : peu pas motivé
- 6 à 12 : motivé mais à renforcer
- > 12 : motivé
- autour de 20 : motivation élevée