

## Le praticien face au tabagisme du patient: quelques conseils

Le tabagisme est un problème crucial de santé publique en raison de sa prévalence élevée et de ses conséquences majeures sur la mortalité, la morbidité et les coûts. Le médecin est bien placé pour conseiller les fumeurs qu'il voit à sa consultation. Ses conseils, complétés d'une aide pharmacologique, sont d'un très bon rapport coût-efficacité dans la promotion de l'arrêt du tabac. Le médecin peut individualiser l'intensité et le contenu de son intervention en fonction de la motivation de chaque patient. Sa prise en charge doit tenir compte du processus de changement de comportement et de la dépendance nicotinique. Il devrait ainsi recommander et prescrire une aide pharmacologique (substitution en nicotine ou bupropion) aux fumeurs dépendants qui sont prêts à cesser de fumer et ne présentent pas de contre-indication à ces substances. Le patch, la gomme à mâcher et l'inhalateur sont les substituts nicotiniques de choix en médecine ambulatoire.

### Pourquoi le médecin devrait-il conseiller les fumeurs ?

La prévalence du tabagisme est très élevée: 33% des adultes, 38% des hommes et 27% des femmes (1).

La causalité entre le tabac et de multiples affections, notamment les maladies cardiaques, vasculaires, pulmonaires et certains cancers, dont celui du poumon, est clairement établie (2).

Le tabagisme réduit l'espérance de vie de 7 à 8 ans: 80% des non-

fumeurs sont encore en vie à 70 ans contre seulement 60% des fumeurs (3).

En Suisse, environ 15% des décès, soit 8'000 à 10'000 morts, étaient attribuables au tabagisme en 1990, dont une large majorité d'hommes et environ 2'500 personnes de moins de 65 ans (4).

L'exposition passive à la fumée du tabac augmente d'environ 50% les risques de cancer pulmonaire, de maladies cardiovasculaires et pulmonaires chroniques (2).

Une estimation récente porte les coûts du tabagisme à CHF 10 milliards par an, dont 1,2 milliards de prestations médicales (5).

L'arrêt du tabac, quel que soit l'âge, réduit les risques pour la santé, que la personne souffre ou non d'une maladie liée au tabac (2, 6-8).

Les médecins, notamment de premier recours, peuvent individualiser et répéter leur conseil dans le cadre d'une relation thérapeutique (9-11).

La plupart des médecins suisses pense que le conseil aux fumeurs fait partie de leur rôle (10, 12).

La majorité des fumeurs consultant un médecin souhaite cesser de fumer et est favorable à une intervention de sa part (13, 14), qui contribue souvent à leur décision (15) et constitue l'approche préférentielle (16).

### Processus d'arrêt du tabac

En Suisse, 50% à 70% des fumeurs désirent, à des degrés di-

vers, cesser de fumer et un tiers essaye chaque année. L'arrêt du tabac est un changement de comportement, processus dynamique progressif décrit par le « modèle transthéorique du changement ». Un fumeur traverse 5 stades de motivation à cesser de fumer, avec une probabilité croissante d'arrêter totalement de fumer (tableau 1).

Seule une minorité de tentatives entraîne une abstinence prolongée car la rechute est la règle et le fumeur retourne à l'un des 3 stades précédents. Il poursuit cette évolution cyclique, 3 à 6 tentatives étant la moyenne avant l'abstinence définitive.

L'application de ce modèle permet d'individualiser l'intervention en adaptant son intensité et son contenu au degré de motivation de chaque patient. Même s'il n'aboutit pas à l'arrêt immédiat du tabac, le conseil bien ciblé augmente la motivation de certains fumeurs, donc les chances ultérieures de succès. L'application de ce modèle permet également un usage plus rationnel du temps de consultation et de l'investissement du médecin, qui se sent plus efficace et moins frustré car ses attentes concordent mieux avec la réalité (tableau 2). La prescription d'une substitution nicotinique est par exemple inappropriée si le patient est au stade d'indétermination, la probabilité de réussite étant quasi nulle et le fumeur risquant d'être découragé face à une nouvelle tentative.

Tableau 1: Stades de changement dans l'arrêt du tabac.

1. Indétermination (« précontemplation »)	2. Intention (« contemplation »)	3. Préparation	4. Action	5. Consolidation (« maintenance »)
Le fumeur n'envisage pas sérieusement d'arrêter de fumer dans un délai de 6 mois.	Il envisage sérieusement d'arrêter de fumer dans les 6 prochains mois mais pas dans l'immédiat.	Il est fermement décidé à arrêter de fumer dans les 30 jours.	Il a cessé de fumer depuis moins de 6 mois.	Il a cessé de fumer depuis plus de 6 mois.
Les avantages de la cigarette l'emportent sur les risques.	Ambivalence: les bénéfices à long terme de l'arrêt égalent les avantages immédiats de la consommation.	Les bénéfices de l'arrêt l'emportent sur les avantages immédiats du tabagisme.	Efforts actifs pour rester non-fumeur.	Efforts actifs pour rester non-fumeur.
Non réceptivité aux messages de prévention.	Début de réceptivité aux conseils de prévention.	Recherche d'aide et/ou de conseils (patient n° 2).	Importants risques de rechute.	Moindres risques de rechute.
~ 70% des fumeurs suisses.	~ 20% des fumeurs suisses.	~ 10% des fumeurs suisses.		

Tableau 2: Comment conseiller les fumeurs?

Face à un patient ambivalent	
<i>La sensibilisation des fumeurs n'envisageant pas sérieusement d'arrêter de fumer ne nécessite qu'une intervention minimale de quelques minutes.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suscitez la remise en question du tabagisme avec un argument personnalisé en fonction des croyances du fumeur et en montrant l'ambivalence entre le tabagisme et une de ses opinions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourquoi continuez-vous à fumer ?</li> <li>Vous êtes inquiet pour votre santé mais vous continuez à fumer ?</li> <li>Votre famille est importante pour vous; leur avez-vous demandé si votre fumée les gêne ?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Offrez votre aide pour une éventuelle tentative d'arrêt en laissant au patient la décision d'arrêter de fumer, sans le heurter ni le culpabiliser.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je peux vous aider à cesser de fumer mais c'est vous seul qui prenez la décision.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Offrez la brochure « Et si j'arrêtais de fumer ? » pour les fumeurs au stade « Indétermination ».</li> <li>Planifiez le suivi en abordant à nouveau le tabagisme lors d'un prochain rendez-vous.</li> </ul>	
Face à un patient décidé à arrêter de fumer	
<i>L'aide active aux fumeurs décidés à arrêter de fumer nécessite une intervention plus soutenue d'environ 10-15 minutes, qui ne s'adresse qu'à une minorité de fumeurs. Elle peut avoir lieu lors d'une consultation spécifique consacrée à l'arrêt du tabac.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Encouragez le patient et renforcez sa décision d'arrêter de fumer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vous êtes décidé à arrêter de fumer ? Félicitations pour cette décision !</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informez le patient du processus de sevrage et de la prise en charge, notamment:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'arrêt du tabac est un processus difficile nécessitant plusieurs mois.</li> <li>Cesser de fumer entraîne des symptômes désagréables dus au sevrage de la nicotine.</li> <li>Le sevrage de la nicotine est maximal lors des 2 premiers jours et diminue peu à peu.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fixez avec le patient une date d'arrêt complet de tabac dans les prochaines semaines.</li> <li>Suggérez au patient de jeter l'équipement du fumeur et d'informer son entourage.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recommandez et prescrivez une substitution en nicotine aux fumeurs dépendants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vous êtes dépendant de la nicotine; je vous conseille un patch, une gomme ou un inhalateur buccal de nicotine.</li> <li>Avec ces produits, vous sentirez beaucoup moins les effets désagréables du sevrage.</li> <li>L'utilisation d'un produit contenant de la nicotine double vos chances de succès.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Offrez la brochure « C'est décidé, j'arrête de fumer ! » pour les fumeurs au stade « préparation ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lisez cette brochure, vous y trouverez plein de « petits trucs » pour résister aux envies de fumer.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Planifiez le suivi sur 2 à 6 consultations (en général à 1, 2, 4 et 8 semaines) selon la demande du patient et l'évolution du sevrage et fixez le prochain rendez-vous; remplacez certains rendez-vous par un contact téléphonique.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de rechute, valorisez les aspects positifs de la tentative, évitez toute culpabilisation, identifiez les circonstances de la rechute et suggérez des stratégies contre cette situation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne vous découragez pas, vous avez déjà réussi à arrêter pendant 2 semaines !</li> <li>Ce n'est pas un échec, mais une expérience où vous avez appris quelque chose.</li> <li>Dans quelle situation avez-vous recommencé à fumer ?</li> </ul>

Les brochures peuvent être obtenues via le site : [www-stop-tabac.ch](http://www-stop-tabac.ch)

## Intervention du médecin

De nombreuses études et méta-analyses ont démontré qu'un conseil médical aux fumeurs est efficace, le taux d'abstinence à 1 an atteignant environ 7% pour un simple conseil et 11% pour un conseil avec prescription d'un substitut nicotinique (17-20).

## Conseil médical

Idéalement, la démarche devrait suivre cinq étapes, cinq «A», soit:

- «**Asking**», demander au patient s'il fume, identifier et documenter ainsi le tabagisme dans le dossier médical.
- «**Advising**», conseiller d'arrêter de fumer.
- «**Assessing**», évaluer la volonté d'arrêter de fumer et adapter le conseil en conséquence.
- «**Assisting**», assister le patient dans sa démarche de désaccoutumance.
- «**Arranging**», planifier des contacts ultérieurs et, selon la situation de la désaccoutumance, sa poursuite lors des prochaines consultations.

Chaque patient devrait être formellement questionné sur son statut tabagique puis conseillé clairement et fermement («*il est important pour vous d'arrêter de fumer et je peux vous aider*») mais avec empathie et dans le respect de son autonomie («*Je sais que cela n'est pas forcément facile à entendre et que chacun est maître de sa décision mais, en tant que médecin, je ne peux que vous recommander l'arrêt de la cigarette, la meilleure chose que vous puissiez faire pour protéger votre santé*»). L'avis devrait également être personnalisé, informatif mais non culpabilisant, lié par

exemple à la situation médicale (« *votre tabagisme est non seulement à l'origine de votre toux chronique mais vous expose, à long terme, à des problèmes respiratoires majeurs*») et à l'impact du tabagisme sur les enfants. («*Je vous rappelle que le tabagisme augmente le risque d'asthme et d'infection des voies aériennes supérieures chez les jeunes enfants*»). Ces différentes étapes peuvent être réparties sur plusieurs consultations.

Même si elle n'aboutit pas à l'abstinence, l'intervention médicale permet de faire progresser certains fumeurs dans les stades de la désaccoutumance au tabac, entraînant une augmentation du nombre de tentatives d'arrêt (21, 22). Certaines stratégies de conseil sont particulièrement efficaces: soutien du médecin, détermination d'une date d'arrêt et enseignement de techniques de prévention de la rechute (23).

En cas de multiples facteurs de risque cardiovasculaire ou après un infarctus du myocarde, l'impact de l'intervention est plus important, le taux d'arrêt pouvant atteindre 50% (17, 18).

## Dépendance à la nicotine

Après une exposition répétée et prolongée à la nicotine, l'expression de récepteurs nicotiques cérébraux augmente parallèlement à une accoutumance. Lorsque le taux de nicotine s'abaisse brutalement, des symptômes de sevrage apparaissent et exercent un renforcement négatif car l'individu fume pour éviter l'état de manque typique de la dépendance physique à la nicotine. En cas d'arrêt de la consommation, les symptômes de sevrage (envie irrésistible de fumer, maux de tête, fatigue, manque de concentration, irritabilité, troubles du sommeil) apparaissent en moins de 24 heures, sont maximaux à 24-48 heures et s'atténuent en

quelques semaines. Il faut également veiller à ne pas précipiter une dépression sous-jacente, jusqu'alors «masquée» par la consommation de cigarettes. Une toux productive, toujours transitoire, peut s'installer pour quelques jours à 1-2 semaines (Tableau 3).

Tableau 3: Evaluation de la dépendance à la nicotine.

	Cig./j.	Délai réveil → 1 <sup>re</sup> cig.	Sympt. de sevrage	
Dépendance à la nicotine	faible	1-5	> 60 min.	faibles
	modérée	6-15	30-60 min.	modérés
	forte	15-30	5-30 min.	importants
	très forte	>30	< 5 min.	très importants

## Substituts de nicotine

La substitution d'environ un à deux tiers de la nicotine absorbée en fumant facilite la désaccoutumance tabagique en réduisant les symptômes de sevrage. Les cinq formes actuellement disponibles en Suisse sont: gomme à mâcher, patch transdermique, spray nasal, inhalateur, comprimés sublingual et à sucer.

Une récente méta-analyse exhaustive montre que la substitution nicotinique multiplie par 1.7 le taux d'abstinence à 6-12 mois, qui atteint alors 17% en moyenne, contre environ 10% dans les groupes «placebo» (19). L'efficacité des cinq formes de substitution nicotinique ne diffère pas significativement. L'inhalateur permet chez certains de compenser la dépendance gestuelle comportementale

générée par la consommation régulière de cigarettes. Certaines données suggèrent que la gomme à 4 mg et le spray nasal sont plus efficaces pour les fumeurs les plus dépendants (19). La substitution en nicotine est efficace quels que soient l'intervention associée et le contexte de prescription mais les taux d'arrêt varient selon le degré de motivation du fumeur. Le tableau 4 résume les différentes caractéristiques de ces substituts et les tableaux 5 et 6 les techniques de prescription.

Craignant d'induire des événements aigus, les médecins sont réticents à prescrire un substitut nicotinique aux patients cardiaques. Deux études suggèrent que cette substitution n'entraîne pas plus d'événements coronariens que la poursuite du tabagisme ou le placebo chez des patients avec une coronaropathie stable (24, 25), quoiqu'elle reste déconseillée lors d'angor instable, d'arythmie ventriculaire grave et pendant les trois mois suivant un infarctus aigu du myocarde. Il est cependant probable qu'un substitut nicotinique soit moins néfaste que la poursuite de la consommation de tabac.

## Autres traitements pharmacologiques

Parmi les autres traitements pharmacologiques, un antidépresseur, le bupropion, est efficace dans l'arrêt du tabagisme, même chez les fumeurs non dépressifs (26). Son mécanisme d'action n'est pas établi avec certitude mais inclut l'inhibition de la recapture présynaptique de la dopamine et de la noradrénaline, sans effet sur la recapture de la sérotonine. Le pic plasmatique est atteint 3 heures après une dose orale de 150 mg. Sa demi-vie est de l'ordre de 8h. La posologie est de 150 mg 1x/j durant les 6 premiers jours, puis 150

mg 2x/j pour le reste du traitement, qui dure 7 à 9 semaines. L'arrêt du tabac est programmé entre le 8<sup>e</sup> et le 13<sup>e</sup> jour du traitement. Il est nécessaire de bien connaître les contre-indications et les précautions relatives à ce traitement (tableau 4). De récents articles de presse ont signalé la survenue de décès chez des patients qui avaient été ou étaient sous traitement de bupropion, quoique rien n'indique de relation causale à ce jour. En effet, les patients souhaitant arrêter de fumer et sous traitement pharmacologique constituent malheureusement une population à risque d'événements cliniques graves. En Amérique du Nord (USA et Canada), le bupropion est prescrit depuis de nombreuses années comme antidépresseur (Wellbutrin®) à des doses supérieures (400 mg), sans que les autorités sanitaires n'aient constaté d'accroissement de la mortalité. Un risque de crises convulsives existe néanmoins aux doses plus élevées ou dans des situations de vulnérabilité particulières (27).

Quelques études suggèrent que la clonidine facilite l'arrêt du tabac mais son efficacité est limitée par ses effets secondaires. Les benzodiazépines sont par contre inefficaces (17).

## Autres interventions

D'autres méthodes de désaccoutumance au tabac sont efficaces mais ne seront pas détaillées ici car elles sortent des activités de la consultation médicale :

- Programmes comportementaux en groupe.
- Traitement comportemental individuel.
- Méthodes d'arrêt par soi-même (« self-help ») avec messages

personnalisés, comme le nouveau programme suisse, « Stop-Tab@c », qui donne par courrier ou Internet des conseils individualisés aux participants en fonction de leurs réponses à un questionnaire (27, 28).

Les études visant à optimiser l'aide donnée par l'entourage des patients lors du sevrage/maintien de l'abstinence n'ont pour l'instant pas permis d'objectiver de bénéfice significatif (29). De même, l'acupuncture et l'hypnose, pour lesquelles les études de bonne qualité sont rares, sont également statistiquement inefficaces avec des taux d'arrêt semblables à ceux des groupes sans intervention ou placebo (acupuncture factice). D'éventuels effets placebo liés aux attentes positives des fumeurs sont cependant évoqués (18).

Enfin, rappelons que la formation des médecins, basée sur les aptitudes et les compétences de counseling, est efficace, comme l'a récemment montré une étude romande (30).

## Comment motiver un patient qui ne souhaite pas arrêter de fumer ?

L'intervention du médecin doit être personnalisée et adaptée au stade de changement de son patient fumeur. Recommander l'arrêt à ceux qui ne le souhaitent pas, les agréments de la poursuite du tabagisme l'emportant chez eux sur d'éventuels bénéfices de l'arrêt, serait inapproprié et contre-productif. Il est dans ce cas préférable de suivre une démarche englobant les 5 « R » des recommandations anglo-saxonnes (relevance, risks, rewards, road-block, and repetitions).

Tableau 4: Comparaison des traitements pharmacologiques pour la désaccoutumance au tabac: substituts nicotiniques et bupropion (1<sup>re</sup> partie)

Critères médicaux	Nicotine					Bupropion
	Patch transdermique	Gomme à mâcher	Spray nasal	Inhalateur	Comprimé sublingual	
Indication	Arrêt du tabac chez les fumeurs dépendants à la nicotine et motivés avec un plan d'arrêt					
Efficacité: milieu spécialisé *	N 15.4 vs P 9.1%	N 28.8% vs P 19.9%	N 23.9% vs P 11.8%	N 17.1% vs P 9.0%	N 20.2% vs P 12.6%	N 17.2% vs P 7.0%
Efficacité: c/o médecin 1 <sup>er</sup> recours *	N 10.1% vs P 7.2%	N 11.4% vs P 7.0%	?	?	?	?
Réduction des symptômes de sevrage	++	+	+	+	+	++
Réponse aux « cravings »	0	+	++	+	+	0
Facilité d'usage & observance	+++	+	+	+	+	+
Contre-indications absolues	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune	Epilepsie, anorexie / boulimie, prise d'IMAO
Précautions & contre-indications relatives	Infarctus du myocarde récent (<2 sem.); angor instable; arythmie ventriculaire; grossesse/allaitement.					Alcoolisme; traumatisme crânio-cérébral, tumeur cérébrale. Antidépresseurs, neuroleptiques, théophylline. Insuff. hépatique et rénale.
	Réaction cutanée sévère Dermatoses générales	Maladies oesophagiques, gastriques, buccales, dentaires	Maladies de nez / sinus	Maladies buccales, pharyngées	Maladies buccales	
Effets secondaires	+ Réaction cutanée; insomnie (24h.), rêves (24h.)	++ Irritation buccale, douleur, mâchoire, hoquet, dyspepsie, nausées	+++ Irritation nasale, rhinorrhée, éternuement, larmoiement, toux	++ Irritation buccale & pharyngée; toux	+ Irritation buccale & pharyngée	++ Insomnie, bouche sèche, « diz-ziness »
Risque d'abus à long terme	+	++	+++	?	?	?
Biodisponibilité	1 mg/heure	0.9 mg/gomme 2 mg 1.2 mg/gomme 4 mg	0.6 mg/application 1 mg	2 mg/cartouche	1 mg/comprimé 2 mg	
Pic d'action	4-9 heures	30 minutes	5-10 minutes	30 minutes	30 minutes	7-14 jours
% substitution §	50-60%	30-60%	50%	30%	30-50%	0%

Critères médicaux	Nicotine					Bupropion
	Patch transdermique	Gomme à mâcher	Spray nasal	Inhalateur	Comprimé sublingual	
Dosage	24h: 21 mg/j x 4 sem 14 mg/j x 2 (4) sem 7 mg/j x 2 (4) sem 16h: 15 mg/j x 4 sem 10 mg/j x 2 (4) sem 5 mg/j x 2 (4) sem	Gomme 2 mg : 8-15/j (max 30/j) x 4-8 sem, réduire sur 4-8 sem. Gomme 4 mg : 8-15/j (max 20/j) x 8-12 sem, réduire sur 4-8 sem.	15-40 applications/j (=1 nébulisation / narine) x 8-12 sem, réduire sur 4-12 sem.	6-12 cartouches/j (max 16/j) x 8- 12 sem, réduire sur 4- 12 sem.	8-12 x 1-2 cpr/j (max 30/j) x 8 sem, réduire sur 4 sem.	1 x 150 mg/j J1-J3; 2 x 150 mg/j dès J4; arrêt du tabac entre J8 & J14. Réduire à 1x150 mg/j si effets secondaires ++
Durée	2 mois, max. 6 mois	2-3 mois, max 6 mois	2-3 mois, max 6 mois	2-3 mois, max 6 mois	2-3 mois, max 6 mois	7-9 sem
Instructions	Appliquer sur peau sèche & glabre entre le cou et la taille. Changer lieu d'application chaque jour; rotation sur 4-8 sites.	Mâcher 10-15 sec → goût irritant; plaquer contre gencive → disparition goût; remâcher 10-15 sec → goût irritant. Répéter → 20-30 min. Eviter café, jus de fruits & limonades 15 min avant et pendant mâchage.	Introduire nébuliseur obliquement dans narine. Respirer par la bouche. Gicler dans 1 narine puis l'autre, sans inhaler. Persévérer, les effets secondaires s'atténuent en 2-3 jours.	Séparer l'embout en 2. Insérer une cartouche dans l'embout. Inhaler par la bouche comme en fumant une cigarette → 20 min.	Laisser fondre le comprimé sous la langue.	Si insomnie, avancer la 2 <sup>e</sup> prise 8 h après 1 <sup>re</sup> .
Présentations & emballages (CHF)	Nicotinell® (/24h) 21 mg: 7 =50.25, 21=119.70 14 mg: 7=46.35, 21=119.70 7 mg: 7= 42.55, 21=109.75 Nicorette® (/16h) 15 mg: 14=85.10, 28=166.25 10 mg: 14 =78.45 5 mg: 14=71.90	Nicorette®: 2 mg: 30=15.20, 105=49.50 4 mg: 30=19.90, 105=64.60 Nicotinell® 2 mg: 12=6.50, 48=24.00 4 mg: 12=7.95, 24=15.50	Nicorette® spray 10 ml/200 nébulisations =51.75	Nicorette Inhaler® 42 cartouches & 1 embout buccal = 51.75	Nicorette Microtab® 30 microtab = 17.50	Zyban® 40 cpr = 129.80 60 cpr = 174.- 100 cpr = 284.65
Coût journalier CHF # (paquet cigarettes: 4.50)	Nicotinell®: 5.16-6.10 Nicorette®: 5.14-5.93	Nicorette®: 3.77-9.23 Nicotinell®: 4.00-7.50	7.76-20.70	7.39-14.79	4.66- 7.00	5.69
Prescription / remboursement	Vente libre / non	Vente libre / non	Sur ordonnance / non	Sur ordonnance / non	Sur ordonnance / non	Sur ordonnance / non

\* % arrêt à 1 an, nicotine vs placebo. (+) Effet faible, (++) modéré, (+++) important, (?) inconnu. § substitution en nicotine par rapport au tabagisme. # variations selon dosage et nombre de doses prescrites.

Tableau 5: Comment prescrire une substitution nicotinique

• Envisagez une substitution en nicotine pour :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fumeurs au stade « Préparation » décidés à arrêter de fumer dans les 30 jours, qui ont fixé une date d'arrêt du tabac.</li> <li>- Fumeurs au stade « Action » qui ont arrêté de fumer au cours des dernières semaines et montrent des symptômes de sevrage.</li> </ul>
• Évaluez la dépendance à la nicotine en posant 3 questions sur :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de cigarettes par jour.</li> <li>- Délai entre le réveil et la première cigarette.</li> <li>- Symptômes de sevrage lors d'un essai d'arrêt du tabac.</li> </ul>
• Déterminez à l'aide du tableau 3 le degré de dépendance à la nicotine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon le critère correspondant à la catégorie de dépendance la plus élevée.</li> </ul>
• Posez l'indication à la substitution en nicotine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Indication formelle</b> : tous les fumeurs avec une dépendance à la nicotine très forte, forte ou modérée.</li> <li>- Indication appropriée : fumeurs avec une dépendance à la nicotine faible, surtout en cas d'échecs répétés ou de forte demande du patient.</li> <li>- Pas d'indication reconnue pour les fumeurs réguliers avec faible dépendance à la nicotine ni les fumeurs occasionnels.</li> </ul>
• Vérifiez l'absence de contre-indication à la substitution en nicotine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infarctus du myocarde récent (&lt; 3 mois).</li> <li>- Angor instable.</li> <li>- Arythmies ventriculaires majeures.</li> <li>- Grossesse.</li> <li>- NB : dans toutes ces situations, il est probablement moins néfaste de prendre un substitut nicotinique que de continuer à fumer.</li> </ul>

Tableau 6: Comment choisir la forme de substitution en nicotine

Évaluez le pour et le contre des différentes formes de substitution en nicotine au moyen des éléments suivants :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficacité démontrée en médecine de 1<sup>er</sup> recours : patch, gomme.</li> <li>- Sécurité démontrée avec un recul suffisant : patch, gomme.</li> <li>- Coûts plus bas : patch, gomme.</li> <li>- Facilité d'utilisation et meilleure observance : patch.</li> <li>- Instructions plus simples et plus brèves : patch.</li> <li>- Réponse rapide aux envies de fumer : spray nasal, gomme 4 mg.</li> <li>- Effets secondaires peu gênants : patch et inhalateur.</li> <li>- Faible risque d'abus à long terme : patch.</li> </ul>
Évaluez le type de traitement le plus adapté au patient individuel selon les critères suivants, notamment les 3 premiers :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépendance à la nicotine.</li> <li>- Préférence personnelle (l'acceptabilité est déterminante pour l'observance du traitement).</li> <li>- Observance probable en préférant une forme facile à utiliser.</li> <li>- Expérience personnelle préalable avec une forme de substitution.</li> <li>- Contre-indications relatives aux différentes formes de traitement.</li> </ul>
En première intention, prescrivez de préférence le patch transdermique de nicotine.	
Prescrivez la gomme à mâcher 4 mg si :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très forte dépendance à la nicotine.</li> <li>- Préférence du patient.</li> <li>- Rechute lors d'une tentative avec d'autres formes de substitution nicotinique.</li> <li>- Contre-indications spécifiques des autres formes de substitution nicotinique (par ex. réaction cutanée au patch).</li> </ul>
Prescrivez le spray nasal de nicotine si :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très forte dépendance à la nicotine.</li> <li>- Préférence du patient.</li> <li>- Rechute lors d'une tentative avec d'autres formes de substitution nicotinique.</li> <li>- Contre-indications spécifiques des autres formes de substitution nicotinique.</li> </ul>
Prescrivez l'inhalateur de nicotine si :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépendance modérée à la nicotine.</li> <li>- Préférence du patient.</li> <li>- Dépendance comportementale importante liée aux gestes de la main et de la bouche.</li> <li>- Rechute lors d'une tentative d'arrêt du tabac avec les autres formes de substitution nicotinique.</li> <li>- En bithérapie, en plus du patch, comme traitement d'appoint en cas de craving (maximum 3-6/ jour).</li> <li>- Contre-indications spécifiques des autres formes de substitution nicotinique.</li> </ul>
Précisez que :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune forme de traitement n'est remboursée par l'assurance maladie de base.</li> <li>- Une ordonnance est nécessaire pour la gomme à mâcher 4 mg, le patch et le spray nasal, mais pas pour la gomme à mâcher 2 mg.</li> </ul>

## Impact de l'intervention du médecin sur la population

Si l'efficacité de l'intervention médicale auprès des fumeurs paraît faible au niveau individuel, son impact potentiel est très important à l'échelle de la population en raison de la haute prévalence du tabagisme et du contact annuel des médecins avec 80% de la population. En Suisse, environ 69'000 des 1'400'000 fumeurs consultant un médecin chaque année arrêteraient spontanément. Un conseil médical

minimal pourrait amener ce chiffre à 104'000, voire 150'000 grâce à une prise en charge plus intensive et une substitution nicotinique.

Enfin, la consommation de cigare ou de pipe est aussi un facteur de risque de maladies cardiovasculaires et oncologiques.

## Que retenir?



Le tabagisme constitue un problème majeur de santé publique. Le médecin peut contribuer à en réduire les conséquences en dispensant à ses patients fumeurs des conseils adaptés au degré de motivation de chacun, ainsi que par la prescription d'un traitement de substitution en nicotine ou de bupropion à ceux, nombreux, qui dépendent de la nicotine et sont prêts à cesser de fumer.

## Références:

- Office Fédéral de la statistique 1998.
- DHHS publication N° CDC-89-8411, Rockville 1989.
- Doll. BMJ 1994; 309: 901.
- Bull OFSP 1992; 8: 101.
- Priez. In: Valuing the cost of smoking. Ed Jeanrenaud, Soguel Kluwer Ac Pub 1999.
- DHHS publication N° CDC-90-8416. Rockville 1990.
- Rosenberg. N Engl J Med 1985 313: 1511.
- Cornuz. Am J Med 1999; 106: 311.
- Ockene. Prev Med 1987; 16: 723.
- Richmond. Addiction 1994; 89: 35.
- Abelin. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern 1993.
- Humair. Assemblée Annuelle de la SSMI, Zürich 1996.
- Silagy. BMJ 1993; 306: 1657.
- Slama. Fam Pract 1989; 6: 203.
- Fiore. JAMA 1990; 263: 2760.
- Etter. Rapport d'évaluation du CIPRET-Genève 1996.
- Kottke. JAMA 1988; 259: 2882.
- Law. Arch Intern Med 1995; 155: 1933.
- Silagy. In: The Cochrane Library, Issue 2, Oxford 1999.
- Silagy. In: The Cochrane Library ; Issue 4, Oxford 1999.
- Cornuz. Prev Med 1997; 26: 292.
- Rohren. Prev Med 1994; 23: 335.
- Fiore. US DHHS, Rockville 1996.
- Joseph. N Engl J Med 1996; 335: 1798.
- Working Group for the Study of Transdermal Nicotine in Patients with Coronary Artery Disease. Arch Intern Med 1994; 154: 989.
- Hurt. N Engl J Med 1997; 337: 1195.
- Pharma-Flash 2001; 28: 3.
- Etter. Institut de Médecine Sociale et Préventive, Genève 1998.
- Cochrane Database Syst rev CD002928, 2002.
- Cornuz. Ann Intern Med 2002; 136: 429.

La rédaction remercie les Drs Jacques Cornuz, de l'Unité de prévention du CHUV à Lausanne et Jean-Paul Humair, de la Polyclinique de Médecine des HUG à Genève, pour leur contribution à ce numéro.  
Toute correspondance éditoriale doit être adressée au Dr J. Desmeules.

**Rédacteur responsable:** Dr. J. DESMEULES – E-mail: [Jules.Desmeules@hcuge.ch](mailto:Jules.Desmeules@hcuge.ch)

**Comité de rédaction:** Prof. J. BIOLLAZ, Division de Pharmacologie clinique, CHUV, Lausanne. Dr. P. BONNABRY, Pharmacie des HUG, Genève. Dr. T. BUCCLIN, Division de Pharmacologie clinique, CHUV, Lausanne. Dr. J. CORNUZ, Division d'Evaluation et de Coordination des Soins, CHUV, Lausanne. Prof. P. DAYER, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, HUG, Genève. Dr. J. DESMEULES, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, HUG, Genève. Prof. J. DIEZI, Institut de Pharmacologie et Toxicologie, Lausanne. Prof. J.P. GUIGNARD, Service de Pédiatrie, CHUV, Lausanne. Dr. C. LUTHY, Clinique de Médecine interne de Réhabilitation, Genève. Dr. M. NENDAZ, Clinique de Médecine I, HUG, Genève. Dr. P. SCHULZ, Unité de Psychopharmacologie clinique, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, HUG, Genève. Dr. N. VOGT, Unité de Gérontopharmacologie clinique, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, HUG, Genève.

**Secrétariat de rédaction:** Mme F. Morel, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, Hôpital Cantonal, CH-1211 Genève 14. Tél. (022) 382 99 32 - Fax (022) 382 99 40 - Email: [Florence.Morel@hcuge.ch](mailto:Florence.Morel@hcuge.ch).

**Administration et abonnements:** Editions Médecine et Hygiène, Case postale 456, CH-1211 Genève 4.  
Tél. (022) 702 93 22 - Fax (022) 702 93 55 - Email: [abonnements@medhyg.ch](mailto:abonnements@medhyg.ch)  
CCP 12-8677-8. Tarif d'abonnement annuel: Suisse FS 35.-, étranger FS 70.- (étudiants et assistants: FS 25.-).

Paraît six fois par an.

Copyright, Fondation Pharma-Flash 2003 – Genève