



Mon patient

fume...

Patient

Fu

Attitudes

du **G**énéraliste

Table des matières

<i>Préambule</i>	4
Parler du tabac ou se taire ?	4
L'inconfort du patient, l'inconfort du médecin	6

1ère Partie

Autour de l'accompagnement du patient fumeur

Le médecin généraliste, complice ou aidant ? 7

Un patient fumeur, une personne dépendante et à risques 8

La dépendance au tabac	8
Les maladies liées au tabac	9
Le tabac et la femme enceinte	11
Le tabac et l'enfant	12
La diminution de risques à l'arrêt tabagique	13
Les bénéfices de l'arrêt du tabac	15

Un patient fumeur, une personne installée dans un cycle 16

Le cycle du fumeur	16
Commentaires du schéma «Processus de maturation du fumeur»	17

un accompagnement efficace : Le «counselling» en médecine générale 18

Des critères de qualité de l'accompagnement 19

La pertinence de l'accompagnement	20
L'efficacité scientifique de l'accompagnement	20
Un accompagnement global du patient fumeur	21
La continuité des informations	22
Un accompagnement intégré aux contacts curatifs avec le patient fumeur	23
L'accessibilité de l'accompagnement pour les patients	24
L'acceptabilité	24
L'équité	24
La participation des patients	25
L'échelonnement des soins	25
La pluridisciplinarité	25
La systématisation de la démarche	26
La satisfaction des acteurs	26

Patient
Mon patient fume ?
patient

2^{ème} Partie
Guide pratique

<i>La prise en charge</i>	28
Trois questions de départ pour évaluer le stade du « Processus de maturation du fumeur »	28
Le non-fumeur	30
Le fumeur satisfait	31
Le fumeur ambivalent	32
Le fumeur prêt à l'arrêt	34
Le fumeur qui arrête	40
L'ex-fumeur satisfait	44
L'ex-fumeur qui rechute	45
<i>Situations particulières</i>	47
La femme enceinte	47
Les jeunes	48

3^{ème} Partie
Outils & moyens

<i>Test de Fagerström</i>	52
<i>Test Dimaria et Grimaldi</i>	53
<i>Test #AD</i>	54
<i>L'aide médicamenteuse</i>	56
<i>Les substituts nicotiniques</i>	57
<i>Adresses utiles</i>	58
Ressources pour aider vos patients à arrêter de fumer	58
Ressources pour vous aider dans votre accompagnement	61

Bibliographie

Attitudes
du
généraliste

Préambule

Parler du tabac ou se taire ?

Pourquoi les généralistes s'intéresseraient-ils aux habitudes de vie - *et tout particulièrement au tabagisme* - des patients ? Ceux-ci ne sont-ils pas les premiers responsables de leurs comportements ? De leurs choix ? De leur santé ? Ils fument, ils l'ont choisi⁽¹⁾ et rares sont ceux qui leur demandent de les aider à diminuer, voire à arrêter...

Pourtant, plus de la moitié des fumeurs souhaiteraient arrêter de fumer. Et, même s'ils n'en sont pas toujours suffisamment conscients, les généralistes sont investis d'un capital confiance certain par chaque patient. La parole du généraliste n'est donc

pas si anodine qu'il le croit le plus souvent⁽²⁾.

Le généraliste est le scientifique de proximité, librement choisi par chacun.

A ce titre, il ne peut ignorer que, toutes maladies confondues, la première cause de mortalité évitable dans nos pays reste le tabac, responsable de 19 % de tous les décès et d'un grand nombre de maladies...^[1]

Dans l'accompagnement de chaque patient, le médecin n'est pas responsable des choix de santé du patient, mais il est responsable de ses conseils, de ses silences, du dialogue

*«Si le patient ne m'en parle pas, je n'ose pas lui en parler, par peur de le choquer...
C'est plus facile s'il vient me voir pour une maladie liée au tabac.»*

¹ Est-ce un véritable choix ? Conscient ? Ou est-ce une occasion sociale ?...et la dépendance à la nicotine fait le reste, pour le plus grand bonheur des cigarettiers...

² De plus, le généraliste identifie ainsi un facteur de risque non négligeable pour bon nombre de pathologies. Plus de la moitié des fumeurs quotidiens ne sont pas identifiés par leur médecin-traitant ! Le jeu en vaut la chandelle. Poser la question à chaque patient : «*Est-ce que vous fumez ?*» *Oui/non.* «*Si oui, voulez-vous arrêter ?*» *Oui/non.* «*Quand pouvons-nous en reparler ?*»

autour de ce qui va bien, de ce qui ne va pas et de ce qui peut aller mieux... Se taire concernant le tabac, c'est comme enlever un des deux écouteurs du stéthoscope...

L'enjeu pour le généraliste, c'est de s'autoriser à parler du tabac avec chaque patient, qu'il soit fumeur ou non.

Chez le non-fumeur, il suffira de noter dans le dossier «*non-fumeur*» et de passer à autre chose.

Par contre, en présence d'un «*fumeur*», c'est le début d'une longue histoire, d'un long cheminement, fait de respect et d'informations, d'encouragements et de compréhension réciproque.

«C'est décourageant ! J'essaie de les aider à arrêter et ils n'y arrivent pas.»

L'inconfort du patient et l'inconfort du médecin

Dans le désormais très classique « cycle du fumeur » (cfr. p.16), une attitude possible pour le généraliste est de « mettre de l'inconfort » chez le fumeur satisfait de fumer, de l'amener petit-à-petit à devenir ambivalent, à ce qu'il se pose des questions, qu'il hésite, qu'il envisage de diminuer de fumer, voire d'arrêter.

Au quotidien, même si certaines cigarettes sont délicieuses ou stimulantes, les performances diminuent : que ce soit pour respirer, pour faire du sport, pour faire l'amour ou pour garder une belle peau...

Cette première recommandation ne restera jamais sans suite. Certains patients arrêtent

de fumer après en avoir parlé avec leur généraliste : le taux d'« arrêt spontané » est doublé.

Bien sûr, la plupart des patients continuent à fumer, après en avoir parlé une première fois avec leur médecin, mais un grand nombre se sentent tiraillés, se posent des questions...

Le médecin aussi se pose des questions.

C'est le quotidien de la médecine générale : chercher à adapter les recommandations théoriques à chaque patient individuellement. Le généraliste peut, lui aussi, être tiraillé entre ce qu'il pourrait proposer au patient et ce que le patient peut entendre aujourd'hui...

*«Pour ce patient, le tabac est sans doute le moindre de ses soucis.
Sa cigarette l'aide à supporter la vie.»*

Le médecin généraliste, complice ou aidant ?

Le médecin qui n'aborde pas le tabagisme de son patient est perçu comme «*donnant son accord*» au patient qui fume : «*Mon médecin ne m'a pas dit que je devais arrêter de fumer. Il pense donc que ce n'est pas mauvais pour moi de fumer. Je ne risque rien à continuer.*»

Pour le patient, le médecin qui aborde le tabagisme se situe comme un interlocuteur de référence pour gérer l'arrêt du tabac.

Le médecin transmet au patient le message qu'il peut compter sur son aide lors des différentes étapes menant à l'arrêt du tabac.

Au niveau de l'éthique et de la responsabilité professionnelle, le médecin a un rôle spécifique, au vu de sa relation privilégiée avec le patient, dans la prise en charge du tabagisme dont il connaît le risque à long terme. Il doit considérer l'intervention sur le tabagisme au même titre que toutes les autres interventions préventives et curatives de sa pratique.

ère
Partie
Autour de
l'accompagnement
du patient
fumeur

Un patient fumeur, une personne dépendante et à risques

La dépendance au tabac

Le fumeur n'est pas coupable de fumer mais est victime de son tabagisme, plus particulièrement de trois dépendances, physique, psychologique et comportementale. Les dépendances psychologique et comportementale, toujours présentes chez le fumeur régulier, apparaissent rapidement.

La dépendance psychologique est liée au sentiment de plaisir, de détente et de bien-être ressenti lorsqu'on fume.

La dépendance comportementale est associée au geste, à l'automatisme, à l'habitude de fumer dans certaines circonstances.

La dépendance physique apparaît progressivement en fonction de la consommation et est particulièrement présente chez les fumeurs qui inhalent la fumée. La nicotine est la principale substance responsable de cette dépendance. Cette dépendance physique est liée à des mécanismes comportementaux et pharmacologiques identiques à ceux que l'on observe dans les dépendances aux drogues illicites dites dures comme l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines. Elle est une réalité parfois durement vécue par le fumeur ;

le médecin le sait et doit l'expliquer à son patient. La courbe du pourcentage de sujets demeurant abstinents après arrêt du tabac est parallèle à celle observée après sevrage alcoolique ou après sevrage de l'héroïne.

La nicotine, un alcaloïde actif chez l'homme, mime l'action d'une molécule endogène, l'acétylcholine (Ach) : elle interfère ainsi avec des processus physiologiques en se liant au récepteur nicotinique de l'Ach, en particulier au niveau de la zone de récompense du cerveau (noyau caudé, putamen, hippocampe, thalamus ...).

Absorbée surtout au niveau des poumons, la nicotine atteint le cerveau en moins de dix secondes et va se fixer sur les récepteurs nicotiques cérébraux pré et post synaptiques. La liaison de la nicotine au récepteur permet la libération surtout de dopamine mais aussi de noradrénaline, sérotonine, glutamate, GABA, beta endorphines et Ach. En présence d'une quantité suffisante de nicotine, on constate l'apparition de nouveaux récepteurs, prêts à être stimulés, c'est l'*up-regulation*. L'affinité des récepteurs à la nicotine est également différente chez les fumeurs [2-6].

Les maladies liées au tabac

Tout le monde sait que le tabac est responsable, dans les pays développés, de 19 % de tous les décès. Il détient ainsi le triste record d'être et de rester depuis plus de 10 ans « LA » première cause de tous les décès évitables dans nos pays riches.

Pour s'en faire une idée, en 2001 en Belgique, il y a eu 1500 personnes tuées sur la route et... 20.000 personnes décédées (trop) discrètement d'une maladie liée directement au tabac !

Selon l'OMS, 50 % des maladies évitables sont liées au tabac.

Trois grands groupes de pathologies sont largement favorisés par l'exposition à la fumée de tabac :

- **Le cancer** : cancer du poumon bien entendu mais aussi les cancers des voies aériennes supérieures comme le larynx, le cancer de la vessie et du rein, du col de l'utérus, de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas...
- **Les pathologies cardio-vasculaires** : infarctus, artérite, accidents vasculaires cérébraux...
- **Les pathologies respiratoires chroniques** : la bronchite chronique, l'emphysème, (BPCO), l'asthme...

Risque relatif de contracter une maladie du fait de son tabagisme			
MALADIE	« Risque » Non-Fumeur	Risque chez le Fumeur	% des décès attribuables au tabac
BPCO	1	6	80 - 90 %
Artérite de membres inférieurs	1	9	68 - 98 %
Cancer du Poumon	1	10	80 - 85 %
Mort subite cardiaque avant 45 ans	1	5	75 - 80 %
Décès tout cancer	1	2	30 %
Maladie des coronaires	1	2	25 - 43 %

[7] Fielding (1985), Wald (1996) et Slama (1996), US department of Health and Human Services.

D'autres maladies sont également favorisées par le tabac : l'ulcère gastro-duodéal, l'ostéoporose...

Enquête par interviews. Institut de Santé Publique, Bruxelles, 2001.

Pourcentage de fumeurs en 2001 ⁽¹⁾	
Hommes 34 %	Femmes 22 %
Population générale > 18 ans 28 % de fumeurs*	

*Le tabagisme est plus important dans les milieux précarisés.

Mais le tabac a aussi une influence sur la qualité de vie : il est responsable d'une mauvaise haleine, d'une perte de l'odorat et du goût, d'une diminution du souffle, du jaunissement des dents et de la peau notamment des doigts, d'un vieillissement prématuré de la peau avec apparition plus précoce de rides, d'une augmentation des pathologies dentaires, sans parler de la diminution des performances sexuelles.

Si l'exposition passive à la fumée de tabac a aussi des effets néfastes sur la santé, cela est particulièrement vrai dans deux situations spécifiques, celle de la femme enceinte et celle de l'enfant.

Le tabac et la femme enceinte

Le tabac est en effet nuisible pour la grossesse et pour le fœtus. On observe une diminution de la fécondité chez les femmes fumeuses : taux de conception moins élevé, stérilité et échec de l'implantation in vivo plus fréquents.

Chez les femmes fumeuses, on observe une augmentation des avortements spontanés et des accouchements prématurés, de rupture prématurée des membranes, de décollement et mauvais positionnement du placenta, des grossesses extra-utérines...

Le tabac est responsable d'une diminution du poids de naissance du bébé le rendant plus fragile aux infections respiratoires.

Le risque de prématurité et de péri mortalité est plus élevé chez les bébés de mères

fumeuses. Le tabac est actuellement un des facteurs de risque important de mort subite du nourrisson.

Lorsque la future maman fume, les différents composants de la fumée de tabac qu'elle inhale vont être absorbés par le bébé via le placenta. Ainsi, le monoxyde de carbone, un gaz produit lors de la combustion de toute substance organique en particulier du tabac, va chez le bébé aussi prendre la place de l'oxygène sur l'hémoglobine et ainsi être responsable d'une hypoxie chronique nocive au bon développement de l'enfant. La nicotine, elle, va se fixer sur des récepteurs nicotiques qui apparaissent sur les cellules cérébrales du fœtus de la mère fumeuse dès la quatrième semaine de gestation [8-9].

Le tabac et l'enfant

Outre le rôle important du tabac comme facteur de risque de mort subite du nourrisson, le tabagisme passif augmente le risque de bronchites, de bronchiolites, de pneumonies et d'asthme chez le nourrisson.

Le tabagisme passif a également un effet nocif sur la santé du jeune enfant de plus de deux ans : il est responsable d'une fréquence accrue d'infections bronchiques

et pulmonaires, d'une augmentation du risque de développer de l'asthme et de souffrir d'otites moyennes.

Certaines études scientifiques ont même mis en évidence un retard de développement intellectuel chez les enfants de parents fumeurs et une augmentation du risque de cancers tels les leucémies et les lymphomes [10-12].

La diminution de risques à l'arrêt tabagique

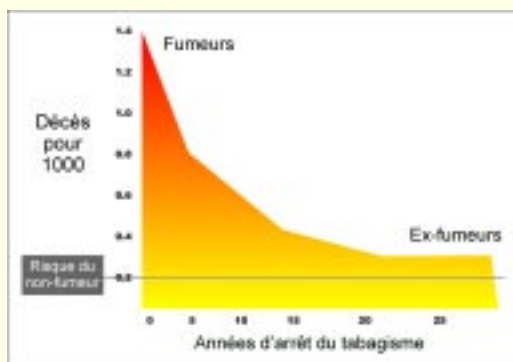
Dès l'arrêt du tabac, les risques pour les patients de contracter une maladie du fait de leur tabagisme diminuent. *Fielding (1985), Wald (1996) et Slama (1996)*

présentent dans le tableau ci-dessous la diminution du risque à court terme et à long terme pour les principales maladies dues au tabac.

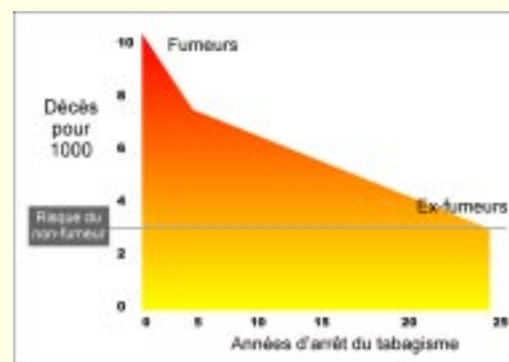
Maladies à risque	Changements du risque	
	Court terme	Long terme
Infarctus du myocarde	Baisse de 50% du risque à un an	Egale le risque du non-fumeur après 5-20 ans
Atteinte cérébro-vasculaire	Egale le risque non-fumeur en 1 an	
Cancer du poumon	Baisse du risque après 5 ans	50-90% de baisse du risque après 15-20 ans
BPCO	Lent déclin du risque	Baisse de 50% en 20 ans
Cancer des lèvres, de la bouche et du larynx	Rapide décroissance du risque	Egale le risque des non-fumeurs en 10 ans
Cancer du pancréas	Inconnu	Egale le risque des non-fumeurs en 28 ans

[7] *Fielding (1985), Wald (1996) et Slama (1996), US department of Health and Human Services.*

Ces deux graphiques illustrent la chute du risque de mortalité par cancer du poumon (DOLL et PETO, BMJ) et de mortalité coronarienne après arrêt du tabac (Ministère de la santé USA)[13].



Chute du risque de mortalité par cancer du poumon après arrêt du tabac. (Source : Doll R. et Peto R. BMJ)



Chute du risque de mortalité coronarienne après arrêt du tabac. (Source : Ministère de la santé USA)

Les bénéfices de l'arrêt du tabac

<i>Après 20 minutes</i>	La pression sanguine, la fréquence cardiaque et la circulation périphérique s'améliorent.
<i>Après 8 heures</i>	Le niveau de monoxyde de carbone diminue et le niveau d'oxygène augmente.
<i>Après 24 heures</i>	Le CO est éliminé. Les poumons commencent à éliminer le mucus et les autres résidus de fumée, le patient tousse ! Les risques de crise cardiaque commencent déjà à diminuer.
<i>Après 48 heures</i>	Toute la nicotine a quitté l'organisme. L'odorat et le goût s'améliorent.
<i>Après 72 heures</i>	La respiration devient plus facile.
<i>Après 2 semaines à 3 mois</i>	Le fonctionnement des poumons augmente jusqu'à 30 %, la circulation sanguine s'améliore.
<i>Après 6 mois</i>	La toux, la congestion des sinus, la fatigue et le souffle court s'améliorent.
<i>Après 1 an</i>	Le risque d'infarctus du myocarde est réduit de moitié; le risque d'AVC rejoint celui du non-fumeur.
<i>Après 10 ans</i>	Le risque de mortalité du cancer du poumon est réduit de 50 %; le risque de cancer du pharynx et de la bouche rejoint celui du non-fumeur.
<i>Après 15 ans</i>	Le risque d'infarctus du myocarde rejoint celui du non-fumeur après 5 à 20 ans.
<i>Après 20 ans</i>	L'inflammation des bronches (BPCO) est améliorée de 50%, le risque de cancer du poumon est fortement diminué.

[14] *Environics Research Group Limited. The Health Effects of Tobacco and Health Warning Message on Cigarette Packages. Environics Research Group Limited, février 2001.*

Un patient fumeur, une personne installée dans un cycle

Le cycle du fumeur

La personne qui fume s'installe dans un cycle de maturation du fumeur.

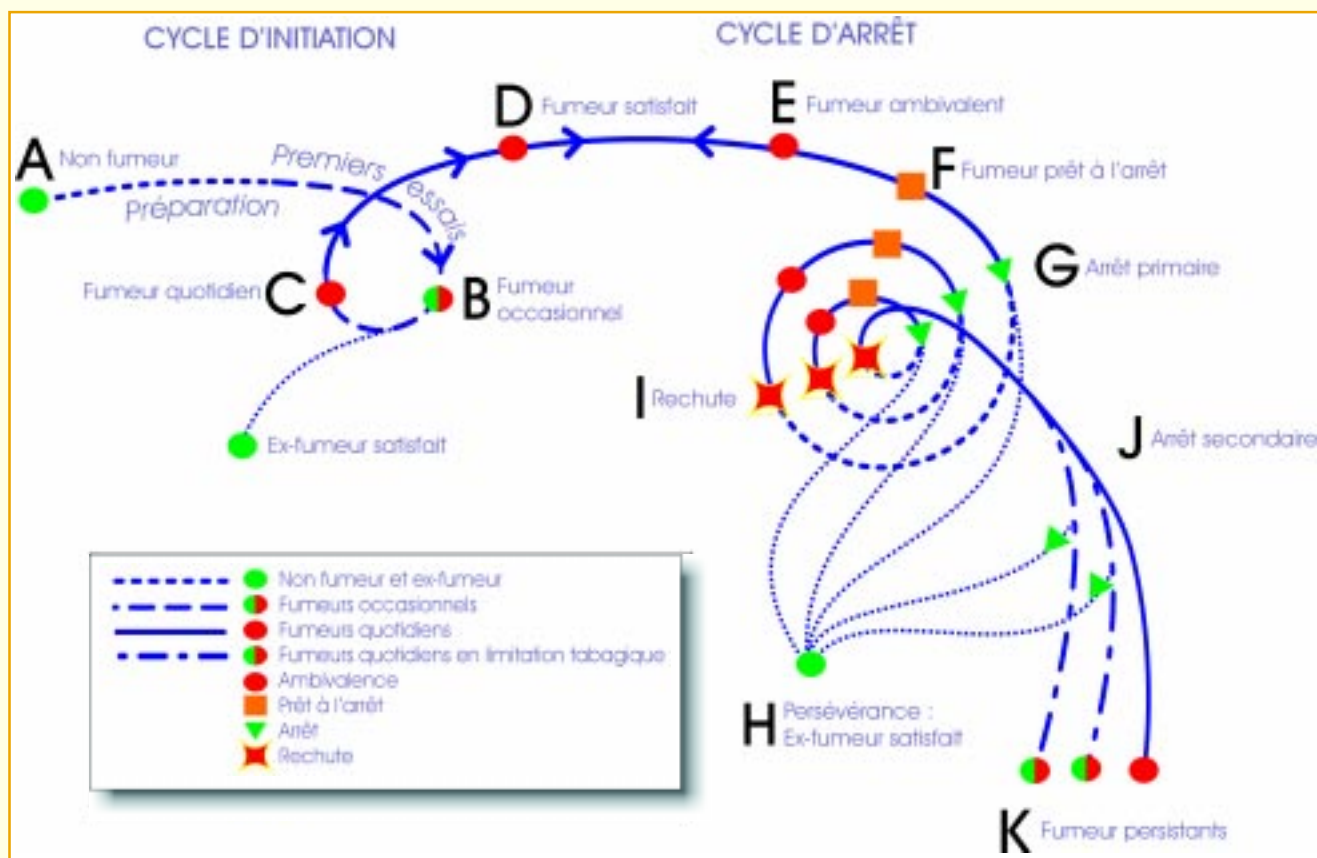


Figure 1. Processus de maturation du fumeur ([15] Prignot J., *Tobacco control* Vol. 9 ; 2000 : p.113)

Commentaires

Le statut tabagique

NON-FUMEUR (A)

Est appelé non-fumeur un sujet qui a fumé moins de 100 cigarettes au cours de sa vie et qui ne fume pas actuellement.

FUMEUR OCCASIONNEL (B)

Un fumeur occasionnel est un sujet qui a fumé plus de 100 cigarettes et qui fume encore certains jours.

Stades de maturation du fumeur

Le fumeur passe dans sa vie de fumeur par différents stades (Figure 1) :

FUMEUR QUOTIDIEN (C)

Le fumeur occasionnel a fumé plus de 100 cigarettes dans sa vie et fume encore tous les jours.

FUMEUR SATISFAIT (D)

Il apprécie son tabagisme et n'a aucune envie spontanée d'arrêter de

fumer. Ce stade dure le plus souvent de nombreuses années.

FUMEUR AMBIVALENT (E)

Il est partagé entre le plaisir de fumer et l'envie d'arrêter.

FUMEUR PRÊT À L'ARRÊT (F)

Après une période variable de réflexion, il prend la décision d'arrêter de fumer.

FUMEUR QUI ARRÊTE (G)

Le fumeur entreprend un sevrage. Pour arriver à l'arrêt définitif, plusieurs tentatives de sevrage sont souvent nécessaires

L'EX-FUMEUR SATISFAIT (H)

Il a arrêté de fumer et persévère dans l'arrêt.

LE FUMEUR QUI RECHUTE (I)

Le fumeur reprend sa consommation de tabac.

L'ARRÊT SECONDAIRE (J)

Le fumeur arrête après avoir réduit sa consommation.

LE FUMEUR PERSISTANT (K)

Identifier clairement le stade où se trouve la personne dans son processus de maturation fournit au professionnel de la santé de précieuses indications sur le «*Que faire pour cette personne ?*»

Un accompagnement efficace du patient fumeur :

Le «counselling» en médecine générale

Dans la culture anglo-saxonne, le terme de «*counselling*» est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques.

Celles-ci consistent à

- orienter, aider,
- informer, soutenir
- traiter.

On peut aussi y ajouter «*écouter*» et «*accompagner*».

Toutes les définitions du counselling insistent sur les aspects suivants :

- le counselling est un processus. Il se déroule sur plusieurs consultations et ne peut être réduit à une intervention unique ;
- il vise un changement de comportement ou l'amélioration de l'état psychologique du patient ;

- il ne se réduit pas à une relation duelle mais peut être étendu à un groupe ;
- le counselling peut-être utilisé dans l'accompagnement du patient fumeur soit dans le but de l'aider à arrêter, soit dans l'optique de le motiver à, un jour, arrêter de fumer.

La prescription trop rapide de substituts nicotiques ou de bupropion, sans situer le patient dans son processus de maturation et sans l'accompagner, n'est pas recommandé.

Dans les interventions sur le tabagisme, l'apport du counselling est indispensable, qu'il soit ou non associé à un traitement médicamenteux [16-18].

Des critères de qualité de l'accompagnement

Pour expliciter les différentes facettes de la qualité de l'accompagnement des patients fumeurs par les généralistes, nous prenons comme cadre de référence certains critères de qualité des soins prestés au niveau de la première ligne des soins, c'est-à-dire lors des consultations et des visites à domicile des généralistes, définis par la WONCA³

La qualité des soins demande une prise en compte de l'ensemble des critères proposés – certains se renforçant ou s'équilibrant – et non pas un « saucissonnage » ou une juxtaposition de ces critères [19-20-21].

³ World Organization of National Colleges, Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

La pertinence de l'accompagnement

Accompagner des patients fumeurs, est-ce pertinent pour les médecins généralistes ?

Comme nous l'avons vu précédemment, le tabac reste dans nos pays le premier facteur

de risque de mortalité évitable [16].

Le généraliste est le scientifique de proximité le mieux placé pour aborder le tabagisme.

L'efficacité scientifique de l'accompagnement

L'accompagnement des personnes confrontées au tabagisme est complexe.

Moins de 5 % des fumeurs qui arrêtent seuls restent abstinents après 1 an. On augmente le nombre de fumeurs qui arrêtent de fumer en les faisant bénéficier d'un Programme d'Intervention Minimal (aborder le tabagisme durant 3 à 10 minutes par un professionnel de la santé).

Dans le Guide canadien de médecine clinique préventive [16], considéré comme une référence internationale, il existe peu de recommandations « *de catégorie A* » (c'est-à-dire du meilleur niveau de preuves d'efficacité).

Trois de celles-ci concernent le tabagisme :

- offrir aux adultes fumeurs un « *counselling* » relatif à l'abandon du tabac et proposer une thérapie de substitution nicotinique.
- offrir aux adolescents fumeurs un counselling concernant l'abandon du tabac.
- offrir aux femmes enceintes fumeuses un counselling concernant l'abandon du tabac.

Un accompagnement global du patient fumeur

Accompagner un patient fumeur, c'est d'abord et avant tout accompagner un patient dans son histoire singulière dans laquelle, élément parmi d'autres, il fume... Accompagner ce patient, c'est écouter et prendre en compte sa vie quotidienne qui influence sa santé : la vie à la maison, le boulot ou l'absence de travail, les soucis, les souffrances, les petites et grandes joies, les maladies, l'alcool, le tabac...

Accompagner ce patient, c'est -avec lui-, situer sa consommation de tabac dans ce contexte riche et complexe de nos existences quotidiennes...

Pour certains patients, la cigarette, « *C'est le dernier de mes soucis* » et on peut les comprendre. Accompagner ces personnes dans leurs priorités de santé d'aujourd'hui, c'est les aider aussi à se préparer à arrêter de fumer. Un moment qui sera choisi, par eux, quand ils seront un peu apaisés dans leurs difficultés et que ce sevrage deviendra dès lors plus réaliste, avec ou sans soutien médicamenteux.

« *Ma cigarette, c'est ma seule copine* »

« *Docteur, aidez-moi à arrêter de fumer* »

« *Mon mari est alcoolique et violent, vous le savez bien. Hier, nous avons eu une grosse dispute. Il me reproche de fumer. Mon cancer, c'est de ma faute, dit-il.* »

La continuité des informations

Le statut tabagique du patient doit être noté dans le dossier médical. Le médecin aura également le souci de noter d'autres informations telles que celles recueillies sur le contexte de vie des patients, leurs habitudes tabagiques, leurs tentatives d'arrêt... Cette manière de faire permet

d'assurer la continuité des informations de santé, et très souvent, la continuité de la relation. Cela rend la relation solide et bien nécessaire pour pouvoir, demain encore, parler du tabac de manière positive et pour pouvoir donner un coup de pouce aux bons moments.

Un accompagnement intégré aux contacts curatifs avec le patient fumeur

Le médecin peut saisir l'occasion de toute circonstance pour informer et motiver. Il n'en sera que plus crédible. Ce sera, par exemple, lors d'une grossesse ou d'une naissance ou lors de toute maladie en lien avec le tabac comme une bronchite, une toux persistante, des infections respiratoires répétitives chez les enfants, la découverte d'une hypertension ou d'un problème cardiovasculaire...

Les parents sont souvent motivés à agir par la prise de conscience de l'influence du tabagisme passif sur la santé de leurs enfants.

Les opportunités de parler du tabac en médecine générale sont très nombreuses. Le médecin intervient de manière quasi naturelle, allant de soi et donc plus acceptable. Une parole dite au bon moment et dans les bonnes conditions, sans jugement de valeur, peut motiver un patient qui reviendra quelques temps plus tard reparler du tabac et peut-être envisager l'arrêt.

L'intégration du réflexe «*tabac*» dans la routine du généraliste est bénéfique et réaliste.

L'accessibilité de l'accompagnement pour les patients

La proximité géographique,

facilitent la prise en charge globale du fumeur.

le coût raisonnable de la consultation (remboursement INAMI*),

ainsi que **la disponibilité** du généraliste,

* pour les «consultations préventives individuelles en dehors du dépistage de masse».

L'acceptabilité

L'acceptabilité peut se définir par le respect des valeurs culturelles de l'autre. Ce critère est particulièrement important à respecter chez les adolescent(e)s et chez les personnes des milieux sociaux dits «précarisés».

Il est essentiel que le généraliste exprime sa confiance dans les capacités de la personne à réfléchir et à décider ce qui est bon pour elle.

L'équité

L'équité se définit comme une adaptation des moyens aux besoins de chaque patient. C'est une valeur essentielle de toute action de santé. Les généralistes sont en première

ligne pour les patients démunis, étrangers, moins valides ou exclus... qui nécessitent un plus grand investissement.

La participation des patients

Maître de sa décision et acteur de son cheminement, le patient est informé et accompagné par son médecin.

Pour les généralistes, favoriser la participation des patients, c'est écouter,

accueillir et prendre en compte les sensibilités de tous : ceux qui refusent, ceux qui ne sont pas prêts, ceux qui ont d'autres priorités, ceux que le tabac aide à vivre...

Le pouvoir de décision du patient dépend aussi de la place que lui laisse son médecin.

L'échelonnement des soins

L'implication des généralistes dans l'accompagnement des patients fumeurs est une garantie de succès des programmes d'aide à l'arrêt du tabac.

Près de 90 % des belges ont un médecin de famille et le nombre moyen de contacts par habitant et par an est de 5,9 [22]. Presque tous les fumeurs ont donc l'occasion de rencontrer plusieurs fois chaque année ce scientifique de proximité, librement choisi et

investi d'une confiance indispensable pour ce long cheminement vers une vie sans tabac.

C'est le généraliste qui reste le premier interlocuteur de santé le plus proche des fumeurs.

Les tabacologues et les centres spécialisés d'aide aux fumeurs existent et restent une ressource disponible.

La pluridisciplinarité

Le généraliste n'est pas seul pour accompagner le patient fumeur. Il collabore habituellement avec des kinésithérapeutes, des diététiciennes, des sophrologues ou des

psychologues. Une approche pluridisciplinaire permet aux professionnels de santé de travailler ensemble pour une prise en charge optimale du patient.

La systématisation de la démarche

Le tabagisme doit être systématiquement abordé par le médecin.

Chaque dossier médical doit comporter les notions relatives au statut tabagique du patient : « Fumez-vous ? Que fumez-vous ? En quelle quantité ? Depuis combien de

temps ? » Idéalement, ces notions figureront dans le dossier dès que le patient est âgé de 12 ans. Elles seront réévaluées régulièrement (minimum une fois par an). Cette évaluation sera l'occasion d'ouvrir un dialogue avec le patient.

La satisfaction des acteurs

A propos du tabac, les personnes insatisfaites sont nombreuses : les patients qui se posent des questions et qui se sentent tiraillés quand ils fument, les professionnels de la santé qui se découragent vite quand ils revoient des patients qui ont repris la cigarette, certains décideurs politiques qui mesurent l'ampleur des dégâts...

Seuls les industriels sont contents, tant du côté des cigarettiers que des firmes pharmaceutiques...

Pour améliorer la satisfaction des professionnels de santé, leur formation est es-

sentielle. Il est important qu'ils comprennent le processus de maturation du fumeur et qu'ils acceptent positivement que les reprises du tabac font partie du parcours normal.

Il est indispensable qu'ils acceptent aussi de prendre le temps de bien préparer les patients et de construire avec eux des relations respectueuses des hésitations, des ambivalences, des dépendances dont on peut se libérer... Les patients en seront satisfaits et les professionnels s'y épanouiront, quel que soit le moment de l'arrêt du tabac !

2^{ème} PartieGuide
pratique

SEUL LE MÉDECIN TRAITANT A
L'OCCASION D'ÉVALUER
RÉGULIÈREMENT
LE STATUT TABAGIQUE ET LA
MOTIVATION À L'ARRÊT DE SON
PATIENT.
IL S'AGIT D'UN ACTE SPÉCIFIQUE
ET QUI NE PEUT ÊTRE
DÉLÉGUÉ !

Les phases de préparation et d'arrêt du tabac sont des domaines difficiles, qui prennent du temps, nécessitent une écoute et la compétence personnelle du médecin.

Une des particularités des personnes souffrant d'assuétudes est leur motivation faible et fluctuante. Attendre de leur part une motivation claire avant de proposer une aide revient souvent à laisser le problème s'aggraver et les difficultés de traitement s'accroître.

Les interventions qui vont ponctuer la prise en charge du fumeur vont dépendre de son stade de maturation (cf. p.16 et p.17). Bien entendu, ces interventions ne sont pas rigides et vont être adaptées à chaque patient.

Certains médecins généralistes ont acquis les qualités nécessaires pour un accompagnement efficace par une formation personnelle. Ils se sentent motivés et très à l'aise pour gérer cette prise en charge. D'autres perçoivent leurs limites (de temps, de disponibilité, de compétence...) et abordent rarement le tabagisme avec leurs patients. Il leur est possible de référer ces derniers à un centre d'aide au fumeur ou chez un tabacologue.

La prise en charge

Trois questions de départ
pour évaluer le stade de maturation (to Ask)

« JE ME SUIS RENDU COMPTE QUE LES FUMEURS PASSENT VRAIMENT PAR DES « STADES » DIFFÉRENTS : TRÈS MOTIVÉS À ARRÊTER OU AU CONTRAIRE NE VOULANT PAS ABORDER LE SUJET. J'ESSAIE DE LES AIDER À SE SITUER EUX-MÊMES ET À PROGRESSER VERS UNE VOLONTÉ D'ARRÊT, EN RESPECTANT LE RYTHME DE CHACUN. »

L'accompagnement va comprendre l'emploi de stratégies visant à élever la motivation du patient, élément indispensable au changement.

En parallèle des attitudes proposées, nous rappellerons la stratégie des 5A.

Celle-ci est reconnue comme une stratégie efficace d'aide aux patients qui souhaitent arrêter de fumer.

(*) Cette stratégie des 5A est reprise dans les recommandations européennes qui reposent sur le concept d'accompagnement développé initialement par l'American National Cancer Institute puis adapté par Fiore et al. en 2000 [23].

STRATEGIE DES 5 A*

1. **ASK**

Identifier systématiquement tous les fumeurs à chaque contact patient.

2. **ADVISE**

Inciter fermement les patients à l'arrêt du tabac.

3. **ASSESS**

Évaluer la motivation du patient à l'arrêt du tabac.

4. **ASSIST**

Aider le patient fumeur pendant l'arrêt.

5. **ASSURE FOLLOW-UP**

Assurer le suivi à court et moyen terme.

Pour connaître le stade de maturation, trois questions suffisent :

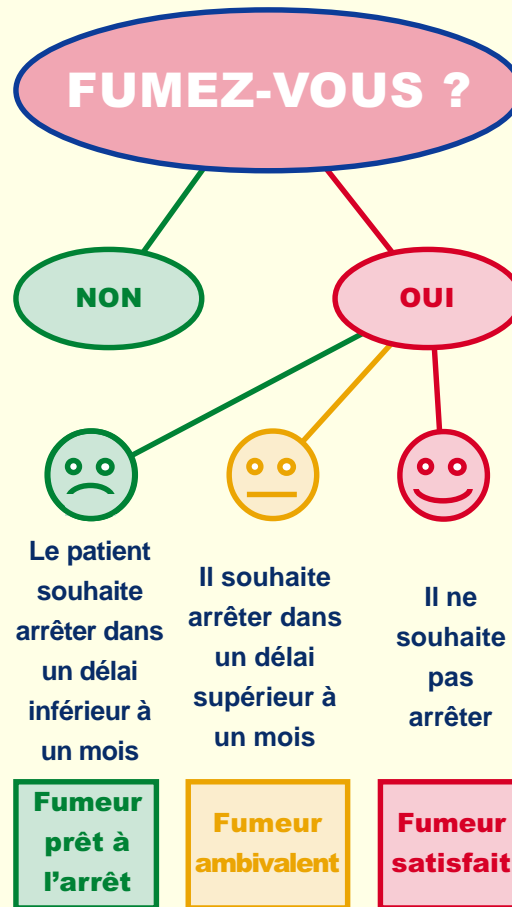
FUMEZ-VOUS ?
SOUHAITEZ-VOUS ARRÊTER ?
QUAND ?

Le statut tabagique du patient doit être évalué au minimum une fois par année, dès que le patient a atteint l'âge de 12 ans.

Il est important que ce statut soit noté au dossier (papier ou informatique), afin de pouvoir rappeler au patient :

« A tel moment, vous m'aviez dit que vous fumiez et que vous n'envisagiez pas d'arrêter.

Fumez-vous toujours ? »



STRATEGIE DES 5 A

1. ASK
2. ADVISE
3. ASSESS
4. ASSIST
5. ASSURE FOLLOW-UP

Poser la question, noter la réponse au dossier et la rappeler lors des contacts ultérieurs est une intervention qui a prouvé son efficacité en faveur de l'arrêt du tabac.

Le patient doit savoir que le médecin connaît son statut tabagique et s'y intéresse.

Non fumeur (to Ask)

STRATEGIE
DES 5 A

1. ASK
2. ADVISE
3. ASSESS
4. ASSIST
5. ASSURE
FOLLOW-UP

**Renforcer ce choix
par une intervention
positive**

« Je vous félicite. Le choix que vous avez fait de ne pas (ou de ne plus fumer) vous assure un meilleur état de santé. »

Fumeur satisfait (to Advise)

« CHAQUE FOIS QUE MONSIEUR V. ME REND VISITE, CLASSIQUEMENT POUR UNE RÉCIDIVE DE BRONCHITE, JE NE SAIS COMMENT LUI PARLER DE SON TABAGISME...

POUR L'INSTANT, IL N'EST PAS PRÊT À M'ÉCOUTER ! »

Conseil minimal

**Informé,
Susciter le doute,
l'inconfort**

Le généraliste informe le patient sans le culpabiliser des risques liés au tabagisme.

Il donne une brève information personnalisée pour quitter le tabac.

Il donne un message clair et non équivoque :
« Arrêter de fumer, c'est la meilleure chose que vous pouvez décider pour rester en bonne santé. »

INVITER À EN REPARLER

STRATEGIE DES 5 A

1. ASK
2. ADVISE
3. ASSESS
4. ASSIST
5. ASSURE FOLLOW-UP

Fumeur ambivalent (to Advise)

« JE SUIS UN COUPLE QUI HÉSITE À ARRÊTER DE FUMER. CHACUN D'EUX SE REND PARFAITEMENT COMPTE QUE LA CIGARETTE LEUR POSE PAS MAL DE PROBLÈMES DE SANTÉ MAIS C'EST AUSSI UN MOYEN DE LUTTER CONTRE LE STRESS...

JE NE CHERCHE PAS À TOUT PRIX À CE QU'ILS ARRÊTENT DÉFINITIVEMENT MAIS SIMPLEMENT À FAIRE UN BOUT DE CHEMIN ENSEMBLE... »

STRATEGIE DES 5 A

1. ASK
2. ADVISE
3. ASSESS
4. ASSIST
5. ASSURE
FOLLOW-UP

**Informer,
stimuler l'inconfort,
renforcer l'ambivalence,**

Le généraliste informe le patient sans le culpabiliser des risques liés au tabagisme actif et passif :

- effets sur la santé,
- dépendance à la nicotine...

Il l'aide à prendre conscience des effets néfastes du tabac spécifiquement sur sa santé.

Le médecin sera attentif à ne pas cautionner les raisons amenées par le patient pour justifier son tabagisme.

Le médecin explique au patient le mécanisme des dépendances physique à la nicotine et psychologique.

**Peser le « pour et le contre »
pour le patient**

Le généraliste envisage avec le patient les raisons qui le pousse à continuer de fumer et les bénéfices qu'il tirerait de l'arrêt.

**Envisager le problème du
tabagisme en tenant
compte du contexte de vie**

Le généraliste aide la personne à identifier les difficultés à l'arrêt et la soutient dans la recherche de solutions.

Exemples : *anticiper les situations difficiles, réduire son anxiété, mettre en place une hygiène de vie satisfaisante pour réduire le stress, améliorer sa qualité de vie et se faire plaisir.*

INVITER À EN REPARLER

**STRATEGIE
DES 5 A**

1. ASK
2. **ADVISE**
3. ASSESS
4. ASSIST
5. ASSURE
FOLLOW-UP

Fumeur prêt à l'arrêt (de «to Assess» à «to Assist»)

« J'AI DIFFICILE À «SITUER» LES PATIENTS FUMEURS...

IL N'EST PAS FACILE DE DÉTERMINER LEUR MOTIVATION EXACTE ET DONC DE DÉCIDER SI OUI OU NON UN PROCESSUS DOIT ÊTRE MIS EN PLACE. »

STRATÉGIE DES 5 A

1. ASK
2. ADVISE
3. ASSESS
4. ASSIST
5. ASSURE FOLLOW-UP

Encourager le patient dans son intention d'arrêter de fumer

Le généraliste se positionne de manière claire par rapport à la décision du patient à arrêter de fumer.

Il le félicite.

Evaluer et stimuler la motivation à l'arrêt du tabac

Le médecin analyse avec le patient les raisons qui le poussent à l'arrêt (questionnaire de motivation de « *Demaria et Grimaldi* » (cf. p.53).

Informé sur le sevrage

Le généraliste explique les différentes méthodes d'arrêt.

Il insiste sur l'efficacité des traitements médicamenteux.

Il s'informe des expériences d'arrêt antérieures et écoute les craintes du patient.

Evaluer la dépendance physique

Il existe différentes mesures permettant d'évaluer la dépendance physique. Elles portent sur les habitudes tabagiques (cf. p.52 Test de Fagerström), le ressenti du patient (cf. p.54-55 Test HAD), des dosages biologiques (cf. p.42)... Ces tests et dosages sont explicités au stade suivant « *Le patient qui arrête* » et présentés dans la 3ème partie « *Outils et moyens* ». Ils aident à l'adaptation du traitement.

Evaluer la dépendance psychologique

Le généraliste incite le patient à quantifier les cigarettes fumées par besoin, plaisir ou par habitude.

Favoriser l'autonomie du patient

Il insiste sur les capacités de la personne à arrêter de fumer.

Le généraliste aborde les difficultés prévisibles et les ressources possibles etc.

Il planifie l'arrêt :

- c'est le patient qui décide d'arrêter ;
- le généraliste propose au patient de fixer une date d'arrêt ;
- il prépare et envisage avec lui le suivi de ce moment important.

Informier des ressources possibles

Sophrologie,
kinésithérapie,
psychothérapie,
relaxation...
consultation diététique...

Informier des spécialistes

Tabacologue,
Centres d'Aide aux Fumeurs (CAF)...

COMMENT SUSCITER ET STIMULER LA MOTIVATION ?

La motivation n'est pas une caractéristique immuable d'un individu, une sorte de trait de personnalité figé.

Au contraire, la motivation est un processus dynamique résultant de la relation thérapeutique. Le style relationnel et l'attitude employés par le généraliste sont des facteurs déterminants de la motivation du patient et de son degré de résistance au changement.

QUID DU GÉNÉRALISTE ?

La pertinence de la décision d'arrêter de fumer

Le médecin encourage le patient à expliquer les raisons qui le poussent à arrêter de fumer, en étant le plus concret possible.

Il met en évidence l'impact du tabagisme sur la qualité de vie, la santé et le bien-être de ce patient, sur sa situation familiale ou sociale (coût du tabac et risque d'absentéisme au travail...), etc.

La motivation de vouloir arrêter est personnelle, ancrée dans les émotions (l'amour pour les enfants, le plaisir de se sentir mieux, la liberté...)

Elle se cultive et est encouragée par l'entourage.

Les conséquences du tabagisme du patient

Il vérifie que le patient a identifié les conséquences néfastes de son tabagisme sur sa santé et sur son environnement.

La diminution de la consommation

La diminution du nombre de cigarettes fumées peut représenter une prise de conscience du rôle du tabac dans la vie du fumeur. Il est utile de rappeler que même une diminution du nombre de cigarettes ou autre produit tels que le cigare ou la

pipe ne diminue pas proportionnellement les risques (auto-titration).

Les bénéfices à arrêter de fumer

Le généraliste souligne non seulement les bénéfices immédiats de l'arrêt mais aussi ceux à moyen et à long terme : récupérer l'odorat, le souffle, le goût et la saveur des aliments ; se sentir mieux dans sa peau ; améliorer ses performances physiques et sexuelles ; dépenser l'argent des cigarettes pour d'autres choses...

L'identification des résistances

Le médecin met en évidence les obstacles et les difficultés que le patient craint de rencontrer à l'arrêt du tabac et en tient compte dans la prise en charge [24] .

Ce sont :

- les symptômes du sevrage ;
- la peur de ne pas y arriver ;
- la dépression ;
- la prise de poids ;
- la perte du plaisir de fumer...

Quelques exemples de résistances qui bloquent la communication :

- réponses à côté ;
- noyer l'interlocuteur dans mille explications permettant d'éviter le sujet ;
- le patient se concentre sur les causes de son problème et pas sur «*le comment*» en sortir ;
- phrases du type «*oui, mais...*» ;
- critiques de tout ce qui est proposé ;
- hostilité ;
- minimisation des problèmes ;
- etc.

Le comportement tabagique du médecin peut induire une double résistance :

- chez le médecin pour aborder le problème du tabac avec son patient ;
- chez le patient en terme de perte de crédibilité du message.

Tout généraliste a vécu, avec un sentiment d'impuissance, les essais infructueux à persuader un patient niant son problème et refusant l'évidente nécessité de changer.

COMMENT ENCOURAGER LE CHANGEMENT ?

Susciter la demande

Le patient consulte dans la plupart des cas pour autre chose. Le rôle du médecin sera alors d'amener la discussion sur le statut tabagique et de commencer avec le patient son processus de maturation. La demande n'est pas toujours spontanée. Ce qui n'est pas en soi un mauvais pronostic.

Clarifier la demande

La décision d'arrêter de fumer appartient au patient. Le médecin l'aidera à clarifier ses motivations à l'arrêt (*Vient-il de sa propre initiative ? Par obligation ? Pour faire plaisir?*). Il est nécessaire de lui permettre de clarifier l'écart qu'il perçoit entre la situation problématique ou insatisfaisante qu'il vit ou ressent et la situation qu'il souhaite obtenir.

Stimuler la participation

Le processus de motivation consistera à aider le patient à s'approprier cette décision importante pour lui.

Informé

Comprendre les «*tenants et aboutissants*» du tabagisme, les différents types de dépendance, le cycle du fumeur, le sevrage, les effets de la nicotine, les risques de dégradation progressive de la santé... peuvent aider le patient à prendre conscience de l'importance du problème.

Il convient d'y inclure les possibilités réelles d'aide et de soutien qui contribueront à diminuer son anxiété et ses craintes.

Associer l'entourage

L'entourage peut-être un levier motivant ou au contraire un frein. Il s'agit d'en tenir compte dans tous les cas, et de l'associer à l'aide.

Faire preuve d'empathie

L'empathie avec le patient, tranchant avec le rejet et les remarques qu'il vit quotidiennement, est un facteur de motivation déterminant.

L'autre se sent accueilli et respecté même dans le « *échec* ».

Utiliser l'écoute active

L'écoute active est différente de la neutralité dans ce sens qu'elle est en partie directive.

L'écoute active consiste à montrer au patient qu'on le suit dans son idée. Il s'agit par exemple de répéter ou de reformuler le propos du patient, éventuellement en explicitant le contenu émotionnel et en évitant les questions.

L'écoute active encourage la communication au lieu de la bloquer par des confrontations ou un style essentiellement basé sur des questions-réponses. Le médecin est ainsi en phase avec son patient.

Définir un contrat

Le médecin établit un contrat avec son patient, c'est-à-dire une alliance avec lui à propos d'un but.

Ce contrat devra être concret, mesurable, réaliste et planifié dans le temps au vu de la situation du patient.

Si les termes du contrat ne sont pas clairement définis par les deux parties, il existe un grand risque de résistance et de perte de collaboration. Ce sera, par exemple, le cas lorsque le médecin parle d'emblée au patient d'un objectif d'arrêt définitif, alors que ce dernier est juste prêt à une diminution de son tabagisme.

Le patient qui arrête (to Assist)

« VOUS AVEZ DÉCIDÉ D'ARRÊTER... »

**STRATEGIE
DES 5 A**

1. ASK
2. ADVISE
3. ASSESS
4. ASSIST
5. ASSURE
FOLLOW-UP

Valoriser la décision du patient

Le généraliste félicite le patient de sa décision...

Planifier l'arrêt

Le patient fixe le jour d'arrêt.
Le généraliste note cette date.

Valoriser les bénéfices immédiats du sevrage

Le généraliste mettra en évidence :

- le plaisir d'une respiration normale ;
- la récupération du goût et de l'odorat ;
- la liberté par rapport à la nicotine ;
- le plaisir de ne plus enfumer ses proches ;
- la disparition de l'imprégnation de l'odeur du tabac ;
- une plus belle peau et une meilleure voix ;
- l'amélioration des performances physiques et sexuelles ;
- etc.

Accompagner le sevrage

Le généraliste est à l'écoute des questions et des difficultés nées de la prise de décision du patient. Il propose, si nécessaire, une aide médicamenteuse adaptée (cf. p.56).

Etre empathique et à l'écoute de la personne

Le généraliste se montre concerné et disponible, repère les expressions de craintes et les sentiments ambivalents que vit la personne. Il encourage le patient à parler des difficultés qu'il rencontre en arrêtant de fumer.

**Aider le patient
à développer
des nouvelles capacités
et à mettre en place
des supports extérieurs**

Il se préoccupe des regrets que le patient a à arrêter, des raisons qui le poussent dans son choix et le soutiennent.

Il aide le patient à installer un environnement favorable à l'arrêt du tabac : développer de nouvelles compétences, organiser un réseau social de soutien avec sa famille, ses amis, ses collègues de travail, transformer sa maison en maison non-fumeur etc.

Il aide le patient à mettre en place un réseau de soutien rapide en cas d'urgence par exemple : identifier des personnes ressources, mettre en place des stratégies en cas d'envie comme boire de l'eau, manger une pomme, téléphoner à un ami...

Le généraliste favorise la collaboration avec d'autres professionnels de santé : gestion du stress, massages relaxants, diététique...

Proposer de se revoir

Il faut prévoir une consultation de suivi, idéalement dans les huit jours, après l'arrêt du tabac. Les consultations de suivi ultérieures seront planifiées en collaboration avec le patient en fonction de ses besoins.

**STRATEGIE
DES 5 A**

1. ASK
2. ADVISE
3. ASSESS
4. ASSIST
5. ASSURE
FOLLOW-UP

L'ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE

L'accompagnement du sevrage consiste en une évaluation et une prise en charge globale des dépendances physique et psychologique.

EVALUATION : Le généraliste et la dépendance physique

Par questionnaires

Ils portent par exemple sur ce que le patient ressent (cf. p.54-55 « *Test HAD* ») ou sur les habitudes tabagiques (cf. p.52 « *Test de Fagerström* »).

Le Test de *Fagerström* est composé de six questions permettant d'établir un score. Parmi ces questions, deux ont une valeur prédictive suffisante permettant une évaluation rapide de la dépendance physique (questions 1 et 4).

Par dosages biologiques

Différents dosages biologiques permettent d'évaluer de manière objective le degré d'imprégnation du fumeur aux composants de la fumée de tabac.

- *Mesure du CO dans l'air expiré*

Ce dosage peu coûteux est facilement réalisable en consultation grâce à un petit appareil portable et permet l'évaluation du degré d'inhalation de la fumée de tabac. Le CO a une demi-vie courte de l'ordre de 2 heures.

- *Dosage des thiocyanates salivaires*

Ce dosage permet l'estimation de l'imprégnation chronique (demi-vie longue de 14 jours).

- *Dosage de la cotinine urinaire*

Spécifique au tabac, la cotinine urinaire est le meilleur marqueur d'imprégnation à la fumée de tabac. Elle a une demi-vie de 36 à 48 heures.

Malheureusement, son dosage est plus complexe et plus coûteux [25-27].

EVALUATION : Le généraliste et la dépendance psychologique

L'évaluation de la dépendance psychologique étudie l'importance du geste, la recherche de convivialité ou de plaisir, la gestion du stress, l'aide à la concentration,

le moyen de lutter contre la dépression.

Le généraliste invite le patient à quantifier les cigarettes fumées par plaisir, besoin et habitude.

PRISE EN CHARGE : Le généraliste et la dépendance physique

Deux types de traitement sont actuellement préconisés dès la 1^{ère} ligne :

- le chlorhydrate de bupropion (cf. p. 54)
- les substituts nicotiques (cf. p. 55).

PRISE EN CHARGE : Le généraliste et le soutien psychologique

Dans l'aide au sevrage tabagique, les méthodes comportementales et cognitives ont fait la preuve de leur efficacité. Il faudra aider le fumeur à gérer ses envies et son stress, à trouver des compensations à l'arrêt du tabac, à favoriser les pensées positives.

Les méthodes de sevrage telles l'hypnose, l'acupuncture voire l'homéopathie peuvent s'avérer être une aide complémentaire. Seules, ces trois méthodes ont une efficacité proche du placebo.

PRISE EN CHARGE : Le généraliste et les phénomènes annexes**Tendance à la dépression**

Certains composants de la fumée de tabac ont un effet antidépresseur par inhibition des monoamines oxydases pouvant masquer ou aggraver une tendance dépressive latente chez le fumeur. Cette tendance dépressive peut représenter un frein à l'arrêt du tabac et peut rendre le sevrage difficile, voire impossible. Ces tendances dépressives peuvent être dépistées par divers questionnaires (HAD) et seront traitées par un antidépresseur et/ou par un suivi psychologique.

Tendance à la prise de poids

La peur de la prise de poids est parfois responsable de la poursuite des habitudes tabagiques. Cette augmentation pondérale est souvent, lors de l'arrêt du tabac, en particulier chez les femmes, une cause de rechute. Etant donné que le patient risque de prendre quelques kilos suite au changement métabolique induit par l'arrêt du tabac, il est utile d'établir un bilan alimentaire initial, de donner des conseils diététiques tout au long du sevrage, de surveiller le poids régulièrement et d'encourager le patient à pratiquer une activité physique régulière.

Pour être efficace, le généraliste devra donc évaluer les dépendances, choisir un traitement physique optimal et assurer le suivi psychologique. Il est également important qu'il ne néglige pas des phénomènes annexes souvent cause de rechute, l'apparition ou l'aggravation d'une tendance dépressive et l'augmentation du poids.

*L'ex-fumeur satisfait qui se maintient
(to Assure follow-up)*

« J'AI REÇU HIER MADAME T. EN CONSULTATION. CELA FAIT UN AN QU'ELLE A ARRÊTÉ. »

STRATEGIE
DES 5 A

1. ASK
2. ADVISE
3. ASSESS
4. ASSIST
5. ASSURE
FOLLOW-UP

**Suivre pour prévenir les
rechutes**

Le généraliste anticipe avec le patient les situations à risques et dégage les alternatives. Il s'enquiert fréquemment de l'état tabagique du patient et valorise l'arrêt. Il favorise le développement de la nouvelle identité et consolide les changements obtenus.

La reprise d'une seule cigarette suffit le plus souvent à réactiver la dépendance et à induire la rechute. En arrêtant définitivement, le fumeur devient un ex-fumeur, mais ne sera jamais plus un non-fumeur (voir le cycle du fumeur, en page 16).

L'ex-fumeur qui rechute (to Assure follow-up)

«MADAME J. NE FUMAIT PLUS DU TOUT ET PUIS, CE MATIN, ELLE M'A TÉLÉPHONÉ POUR ME DIRE QU'ELLE AVAIT REPRIS. JE SUIS VRAIMENT DÉÇU !»

Rassurer le patient

Le généraliste rappelle que les rechutes sont fréquentes, habituelles et normales. Il est en effet très difficile pour la personne de se dégager d'une dépendance aussi forte.

Déculpabiliser

Les rechutes doivent être interprétées comme des étapes dans la démarche d'arrêt. Elles font partie intégrante des étapes du succès (succès différé).

Être disponible

Le généraliste se montre disponible pour reparler avec le patient de son tabagisme quand il le souhaite et pour poursuivre l'accompagnement.

STRATEGIE DES 5 A

1. ASK
2. ADVISE
3. ASSESS
4. ASSIST
5. ASSURE
FOLLOW-UP

PREVENTION DES RECHUTES

Il faut être conscient que beaucoup d'ex-fumeurs rechutent dans l'année. Septante-cinq à quatre-vingts pourcents des reprises surviennent dans les 6 mois qui suivent le sevrage. Elles touchent 40 à 80% des ex-fumeurs à 1 an.

Les justifications ou circonstances sont nombreuses :

- prendre « *juste une cigarette* » pour voir ;
- état d'émotion négative, par exemple colère, frustration, dépression, 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, bons repas ;
- se relaxer à la maison le soir, devant la TV ;
- constater une augmentation du poids sur sa balance ;
- etc.

Le médecin doit mettre en garde le patient de ces situations propices à la reprise du tabac.

Pour gérer ces situations à risques, le médecin réfléchit avec son patient aux alternatives possibles.

Situations particulières

La femme enceinte

La grossesse concerne le plus souvent des femmes jeunes, la plupart au stade de fumeur satisfait, ne souhaitant donc pas nécessairement arrêter de fumer.

Cependant, la grossesse est une période privilégiée pour motiver une femme à l'arrêt du tabac.

La motivation principale lors de l'arrêt pendant la grossesse est le désir d'arrêter pour le bébé mais non pour soi. D'où la nécessité de stimuler la motivation personnelle pour l'arrêt du tabac si l'on veut que l'arrêt persiste après l'accouchement. On ne dispose que de maximum 9 mois pour le faire !

La grossesse est aussi une période stressante pour la future maman. Il ne faudra jamais être culpabilisant mais au contraire encourager toute initiative en vue de diminuer ou d'arrêter la consommation de tabac. Même si l'arrêt du tabac augmente le

stress de la maman, celui-ci est moins nocif pour le bébé que les composants de la fumée de tabac. La situation idéale est d'arrêter avant la grossesse ou le plus tôt possible au début de celle-ci. Toutefois, tout arrêt du tabac quelque soit le moment de la grossesse, est bénéfique pour le fœtus.

Si la dépendance physique est importante, la future maman peut bénéficier d'un traitement par substitution nicotinique. La préférence sera donnée aux gommes ou tablettes voire aux timbres si nécessaire. Les timbres devront être enlevés le soir.

Il faut suivre la future maman pendant toute la durée de sa grossesse mais aussi après l'accouchement pour prévenir la rechute.

Une maman fumeuse peut allaiter même si elle fume : elle doit seulement veiller à ne pas fumer avant la tétée. Le plus long délai possible doit être maintenu entre la cigarette fumée et l'allaitement.

Les jeunes

Les médecins et le personnel de santé jouent un rôle essentiel par l'image qu'ils donnent et les conseils qu'ils prodiguent. Chez les jeunes filles en particulier, parler de l'incompatibilité «*tabac-pilule*» est souvent efficace. Il est important que l'association entre le tabac et les troubles de santé reste forte, quel que soit l'interlocuteur. Des informations dissonantes de la part des acteurs de la santé peuvent faire en peu de mots ou de gestes beaucoup de mal [28].

*Le jeune :
un changement rapide
d'attitude entre 13 et 16 ans*

Dans l'enfance et jusqu'à 10-12 ans, les jeunes sont opposés au tabac. Entre 13 et 16 ans, la personnalité bascule avec l'arrivée de l'adolescence. Les aspects positifs et négatifs du tabac se mélangent. C'est le bouillonnement de la puberté qui permettra de se forger sa personnalité. Après 16 ans, l'habitude s'installe, les traits de la personnalité se figent que le jeune adulte soit fumeur ou non-fumeur.

Le langage utilisé pour parler aux jeunes du tabac doit être adapté à leur âge.

*Adopter un langage différent
selon l'âge du jeune*

*Parler du tabac
aux enfants jusqu'à 12 ans*

La position des jeunes enfants par rapport au tabagisme est presque toujours très tranchée, qu'ils soient ou non entourés de fumeur. Les enfants sont hostiles au tabac et à sa fumée. Les enfants savent globalement que le tabac est dangereux. Ils trouvent que le tabac sent mauvais, pique les yeux et qu'il les gêne. Les enfants ne comprennent pas pourquoi certains fument. Ils comprennent vite que quand on fume on a du mal à s'arrêter. Leurs parents, les oncles et tantes sont autant de modèles négatifs ou positifs possibles. Ils se promettent que jamais ils ne fumeront. Quand on leur demande de dessiner autour du thème du tabac, ils dessinent la mort, la maladie, des chaînes autour de dessins le plus souvent morbides. Il ne faut en aucun cas renforcer cette tendance déjà naturellement morbide.

Les jeunes enfants sont inquiets de voir mourir leurs parents ou leurs proches fumeurs. Ils sont ainsi inquiets pour eux-mêmes. Avant les remous de la pré-adolescence, ils jouissent le plus souvent d'un bon état d'équilibre psychologique. Cet état favorise une bonne appréhension des apprentissages rationnels. Il ne faut pas noircir les effets du tabac mais les présenter objectivement. Il faut s'appuyer sur les bonnes dispositions que le jeune présente en les fixant solidement. Les données scientifiques objectives, les images qui lui permettront de comprendre le tabac, le tabagisme et les fumeurs doivent lui être présentées. L'enfant est intéressé quand on lui explique le tabac, la fumée, les substances contenues, les effets observés sur l'appareil respiratoire et le reste du corps. Il faut que l'enfant ait, à cet âge, une bonne connaissance du tabac et de ses effets, pour affronter la tentation tabagique de l'adolescence.

Parler du tabac aux jeunes de 13 à 15 ans

Le dialogue avec les 13-15 ans est souvent très délicat et difficile à appréhender. En pleine adolescence, alors que la personnalité est en construction, les jeunes refusent des évidences et acceptent des vérités in-

cohérentes. Le jeune qui sort de l'enfance traverse un état de déséquilibre psychologique transitoire, lié aux modifications physiques et psychiques associées à la puberté. Beaucoup de ses décisions sont prises en imitation ou en opposition à quelqu'un ou à quelque chose, sans logique objective pour les adultes qui l'entourent. Chaque adolescent a sa vérité. Pour guider les comportements, comme celui par rapport au tabac, l'argumentation psychologique l'emporte sur l'argumentation scientifique.

La remise en question de l'identification à ses parents, amène l'adolescent à reconsidérer leur autorité. Les comportements d'opposition sont fréquents à cet âge. Son entourage, ses copains et copines lui proposent de nouveaux modèles. Le tabagisme s'inscrit parfaitement à l'intérieur de cette problématique qui associe de façon chaotique besoin de s'opposer et de s'identifier.

Il faut aider le jeune à critiquer les bénéfices psychologiques que le tabac est censé lui apporter. Il faut que le jeune réalise que la cigarette, qui à ses yeux symbolise une forme de libération, d'initiation au passage à l'âge adulte, masque une nouvelle forme de dépendance. Fumer n'est pas passer à l'âge adulte. C'est même l'inverse : il y a beaucoup de régression dans le fait de

fumer. Tirer sur sa cigarette est voisin du plaisir oral de sucer son pouce et de la succion de la petite enfance. Les adultes fumeurs ne sont pas fiers de fumer car il est difficile de s'en libérer. La description des effets immédiats du tabac peut toucher certains enfants. Le calcul de l'argent de poche qui passe en cigarettes, l'aspect désagréable du tabac froid chez les filles, l'effet sur les performances sportives et sexuelles chez les garçons peuvent ou non toucher.

Parler du tabac aux jeunes de 16 à 18 ans

A la fin de la puberté, le jeune retrouve un nouvel équilibre et se forge une identité. Le retour à la raison est à nouveau possible et l'argumentation scientifique objective reprend le pas sur l'accompagnement psychologique.

Le langage à cet âge sera différent chez les jeunes qui ne fument pas, chez ceux qui fument de façon irrégulière et chez ceux pour qui le tabagisme est déjà ancré.

Chez ceux qui ne fument pas

Il faut renforcer cette attitude. Un des moyens qui semble efficace est de leur demander d'analyser la publicité pour décoder la manipulation des cigarettiers à leur égard.

Chez ceux qui fument de façon irrégulière

La confrontation aux inconvénients liés au tabagisme pour la pratique d'un sport de compétition, pour la prise de la pilule contraceptive chez les filles ou du fait de son coût permet parfois de déstabiliser l'habitude naissante.

Chez ceux qui fument de façon régulière

Il faut analyser leur tabagisme. Ainsi la mesure du CO dans l'air expiré, qui s'élève dès que l'on a fumé quelques cigarettes dans les 6 heures précédentes est de nature à leur faire prendre conscience que la fumée du tabac pénètre dans leur corps et y reste. Le test de dépendance à la nicotine de Fagerström qui mesure la dépendance est aussi bien compris par les jeunes. Il permet à chaque fumeur de voir si il est toujours libre ou s'il commence à perdre sa liberté vis à vis du tabac.

51

Patient
Mon patient fume...



3^{ème} Partie 

Outils & moyens

Test de Fagerström

INTERPRÉTATION

DÉPENDANCE

SCORE

	TEST LONG	TEST COURT
Très faible	0 - 2	0 - 2
Faible	3 - 4	3
Moyenne	5	4
Forte	6 - 7	5
Très forte	8 - 10	6

	TEST LONG	TEST COURT
Très faible	0 - 2	0 - 2
Faible	3 - 4	3
Moyenne	5	4
Forte	6 - 7	5
Très forte	8 - 10	6

Pour le test court, il faut prendre en considération les questions 1 et 4.

Pour le test long, il faut prendre en compte les 6 questions [29].

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

test court- test long

- | | |
|----------------------|---|
| - Dans les 5 minutes | 3 |
| - 6-30 minutes | 2 |
| - 31-60 minutes | 1 |
| - Plus de 60 minutes | 0 |

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (p.ex. cinémas, bibliothèques) ?

test long

- | | |
|-------|---|
| - Oui | 1 |
| - Non | 0 |

3. A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

test long

- | | |
|-------------------------------|---|
| - A la première de la journée | 1 |
| - A une autre | 0 |

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

test court- test long

- | | |
|---------------|---|
| - 10 ou moins | 0 |
| - 11-20 | 1 |
| - 21-30 | 2 |
| - 31 ou plus | 3 |

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

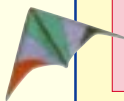
test long

- | | |
|-------|---|
| - Oui | 1 |
| - Non | 0 |

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

test long

- | | |
|-------|---|
| - Oui | 1 |
| - Non | 0 |



Test Dimaria et Grimaldi

Test d'évaluation de la motivation à réussir le sevrage tabagique.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1. <i>Je viens à la consultation</i> | | 8. <i>Je veux préserver
mon aspect physique</i> | 1 |
| • Spontanément, par décision
personnelle | 2 | | |
| • Sur avis médical | 1 | 9. <i>Je suis enceinte
ou ma femme attend un enfant</i> | 1 |
| • Sur avis de ma famille | 1 | | |
| 2. <i>J'ai déjà arrêté de fumer
pendant plus d'une semaine</i> | 1 | 10. <i>J'ai des enfants en bas âge</i> | 2 |
| 3. <i>Actuellement, je n'ai pas
de problèmes professionnels</i> | 1 | 11. <i>J'ai bon moral actuellement</i> | 2 |
| 4. <i>Actuellement, je n'ai pas
de problèmes familiaux</i> | 1 | 12. <i>J'ai l'habitude de réussir
ce que j'entreprends</i> | 1 |
| 5. <i>Je veux me libérer de cet esclavage</i> | 2 | 13. <i>Je suis plutôt de tempérament calme,
détendu</i> | 1 |
| 6. <i>Je fais du sport
ou j'ai l'intention d'en faire</i> | 1 | 14. <i>Mon poids est habituellement
stable</i> | 1 |
| 7. <i>Je veux être en meilleure
forme physique</i> | 1 | 15. <i>Je veux accéder à une
qualité de vie meilleure</i> | 2 |

INTERPRÉTATION DU SCORE DU TEST DE DIMARIA ET GRIMALDI

Moins de 6 : Motivation faible
Entre 7 et 15 : Motivation moyenne
Plus de 16 : Motivation forte

Test HAD (Hospital Anxiety Depression scale)

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1. <i>Je me sens tendu, énérvé</i> | | 5. <i>J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence</i> | |
| • La plupart du temps | 3 | • Totalemént | 3 |
| • Souvent | 2 | • Je n'y fais plus attention | 2 |
| • De temps en temps | 1 | • Je n'y fais plus assez attention | 1 |
| • Jamais | 0 | • J'y fais attention comme d'habitude | 0 |
| 2. <i>J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent</i> | | 6. <i>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</i> | |
| • Oui, toujours | 0 | • Oui, c'est tout à fait le cas | 3 |
| • Le plus souvent | 1 | • Un peu | 2 |
| • De plus en plus rarement | 2 | • Pas tellement | 1 |
| • Tout est plus difficile | 3 | • Pas du tout | 0 |
| 3. <i>Je me sens ralenti(e)</i> | | 7. <i>J'envisage l'avenir avec optimisme</i> | |
| • Pratiquement tout le temps | 3 | • Comme d'habitude | 0 |
| • Très souvent | 2 | • Plutôt moins qu'avant | 1 |
| • Quelquefois | 1 | • Beaucoup moins qu'avant | 2 |
| • Pas du tout | 0 | • Pas du tout | 3 |
| 4. <i>J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué</i> | | 8. <i>J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait arriver</i> | |
| • Très souvent | 3 | • Oui, très nettement | 3 |
| • Assez souvent | 2 | • Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 |
| • Parfois | 1 | • Un peu, mais cela ne m'importe pas | 1 |
| • Jamais | 0 | • Pas du tout | 0 |

Test HAD (suite)

9. *Je sais rire et voir le bon côté des choses*

- Toujours autant 0
- Plutôt moins 1
- Nettement moins 2
- Plus du tout 3

10. *Je me fais souvent du souci*

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

11. *Je me sens heureux(se)*

- Jamais 3
- Pas souvent 2
- Quelquefois 1
- La plupart du temps 0

12. *Je peux rester tranquillement assis(e)
à ne rien faire et me sentir détendu(e)*

- Jamais 3
- Rarement 2
- Oui, en général 1
- Oui, quoi qu'il arrive 0

13. *Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre
ou à un bon programme radio ou télé*

- Souvent 0
- Assez souvent 1
- Rarement 2
- Pratiquement jamais 3

14. *J'éprouve des sensations soudaines de
panique*

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Rarement 1
- Jamais 0

INTERPRÉTATION DES SCORES DU TEST HAD

Anxiété : (somme score des réponses aux questions 1, 4, 6, 8, 10, 12 et 14)
Score anxiété < 8 : état normal, > 10 : Anxieux anormal

Dépression : (somme score des réponses aux questions 2, 3, 5, 7, 9, 11 et 13)
Score dépression < 8 : état normal, > 10 : forte probabilité de dépression

Aide médicamenteuse : Le chlorhydrate de bupropion

Le chlorhydrate de bupropion est un inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline, et faiblement de la sérotonine.

Il est administré par voie orale à raison de un comprimé par jour pendant 6 jours suivis de deux comprimés par jour. Un délai de 8 heures doit être respecté entre les deux comprimés.

La durée totale du traitement est en principe de 7 à 9 semaines. Il peut cependant être prolongé, diminué de manière progressive et même recommencé lors de rechute.

Ce médicament peut avoir des effets secondaires variables, les plus fréquents étant l'insomnie, la sécheresse de la bouche, les céphalées, les troubles gastro-intestinaux et les éruptions cutanées. Un risque de crise convulsive de 0,1% est décrit, contre-indiquant le bupropion chez les patients souffrant ou ayant souffert des troubles épileptiques, de convulsion ou de

pathologies cérébrales. Le bupropion doit être administré avec prudence chez les patients présentant un ou plusieurs facteurs prédisposant à un abaissement du seuil épileptogène ainsi que dans les circonstances cliniques associées à une majoration du risque de convulsions, telles la consommation abusive d'alcool, le sevrage alcoolique brutal ou le sevrage en benzodiazépines, le diabète traité par hypoglycémifiants ou par insuline et l'utilisation de produits stimulants ou anorexigènes. Le bupropion est également contre-indiqué chez les sujets présentant une hypersensibilité au produit, présentant ou ayant présenté une anorexie ou une boulimie, souffrant de troubles bipolaires et atteints de cirrhose hépatique sévère. Un intervalle d'au moins quatorze jours doit être respecté entre l'arrêt des inhibiteurs de monoamines oxydases et le début du traitement par bupropion. Le bupropion peut être associé aux substituts nicotiniques. [30-33]

Les substituts nicotiques

Les substituts nicotiques permettent de moduler l'apport en nicotine en fonction des besoins spécifiques du fumeur.

Ces substituts peuvent être administrés sous différentes formes :

- les timbres dosés à 5, 10 et 15 mg ou 7, 14 et 21 mg, appliqués sur la peau pendant 16 heures ou 24 heures,
- des gommes à deux ou quatre mg, de tablettes à laisser fondre sous la langue,
- le spray nasal ou d'inhaleur.

L'effet secondaire principal des timbres est une allergie cutanée localisée nécessitant parfois l'utilisation locale d'une pommade à base de cortisone. Afin d'éviter l'irritation des muqueuses buccales ou de l'estomac, les

gommes ne doivent pas être mastiquées trop énergiquement. Si la posologie initiale peut se baser sur les recommandations du fabricant, il ne faut pas hésiter à augmenter la posologie de la substitution nicotique pour l'adapter aux besoins du fumeur en fonction de ses plaintes subjectives de sevrage. Il est aussi possible et parfois souhaitable, par exemple chez les patients cardiaques ou les femmes enceintes, d'adapter et de suivre la posologie sur base de la concentration en cotinine urinaire. Les différents types de substitution peuvent être associés. La durée du traitement peut être très variable selon les fumeurs et la diminution des substituts nicotiques peut être très progressive [34-35].

Le patient cardiaque et la femme enceinte

Le patient cardiaque et la femme enceinte peuvent bénéficier d'un traitement par substitution nicotinique si cela s'avère nécessaire pour éviter

la reprise du tabac.
La posologie sera suivie grâce au dosage de la cotinine urinaire.

Adresses utiles

Ressources pour aider vos patients à arrêter de fumer

Si vous...

- ... ne souhaitez pas accompagner vos patients dans le processus d'aide à l'arrêt du tabac...
- ... n'en sortez plus...
- ... souhaitez obtenir l'aide de centres qui ont l'occasion de suivre un nombre importants de patients dans le processus d'arrêt....

Il existe...

en Communauté française de Belgique plus de 18 « Centre d'aide aux Fumeurs ».

Chaque centre travaille de manière pluridisciplinaire.

N'hésitez pas à prendre contact avec le centre le plus proche de chez vous.

Région de Bruxelles

CAF de l'Hôpital Erasme

Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
Tél : 02/555.39.60

CAF de l'Hôpital Molière Longchamp

Rue Marconi 142
1190 Bruxelles
Tél : 02/348.51.11 ou 348.56.45

CAF du Centre Hospitalier

César de Paepe 2000
Rue des Alexiens 11
1000 Bruxelles
tél : 02/506.71.94 ou 506.71.98

CAF des Cliniques Universitaires Saint-Luc

Avenue Hippocrate 10
1000 Bruxelles
tél : 02/764.19.02

CAF du CHU Brugmann

Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
Tél : 02/477.26.55 ou 477.30.35

*CAF du Centre Hospitalier
Universitaire Saint-Pierre*

Rue Haute 322
1000 Bruxelles
Tél : 02/535.42.03

CAF de l'Institut Bordet

Boulevard de Waterloo 125
1000 Bruxelles
Tél : 02/541.31.11 ou 541.36.85

*CAF Respicare a.s.b.l.
«Bruxelles-Sud»*

Avenue Brugmann 496
1180 Bruxelles
Tél : 02/340.27.84

*CAF du Centre Hospitalier
Bracops*

Rue Docteur Huet 79
1070 Bruxelles
Tél : 02/556.15.26

*Région de Charleroi**CAF de Charleroi CHU de
Charleroi - Hôpitaux du CPAS*

Boulevard Paul Janson 92
6000 Charleroi
Tél : 071/92.29.01

*Région de La Louvière**CAF du Centre Hospitalier
universitaire de Tivoli*

Avenue Max Buzet 34
7100 La Louvière
Tél : 064/27.62.73

*Région de Mons**CAF de l'Université de Mons*

Place du Parc 22
7000 Mons
Tél : 065/37.31.59

*Région de Liège**CAF de la Province de Liège*

Institut Malvoz
Quai du Barbou 4
4020 Liège
tél : 04/344.79.50 ou 04/344.78.85

Région de Namur

CAF de la Province de Namur

Rue Château des Balances 3b
5000 Namur
Tél : 081/72.37.53

CAF de Mont-Godinne

Cliniques UCL de Mont-Godinne
5530 Yvoir
Tél : 081/42.38.82

*CAF du Centre Hospitalier
Régional de Namur*

Avenue Albert 1er, 185
5000 NAMUR
Tél : 081/72.69.05

*Bien Etre et santé,
centre de gestion du stress*

Rue Sergent Vrithoff, 119
5000 Namur
Tél : 081/ 81.36.97

Région des Ardennes

*CAF du Centre Hospitalier
de l'Ardenne*

Centre Hospitalier de Sainte-Ode
6680 Sainte-Ode
Tél : 084/22.52.82

Ressources pour vous aider dans votre accompagnement

La FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation à la Santé asbl)

La FARES centralise les informations concernant l'aide à l'arrêt du tabac et la problématique du tabagisme

Adresse : 56, rue de la Concorde - 1050 Bruxelles (Belgique) tél 02.512.29.36

<http://www.fares.be/>

Des Formations

Il existe depuis 2001, dans notre pays une formation interuniversitaire en Tabacologie, des informations sont également disponibles sur le site de la FARES

D'autres formations sont organisées par la SSMG (02.533.09.80) ou par la Fédération des maisons médicales.

Des sites Internet

De nombreux sites internet offrent des informations concernant l'aide à l'arrêt du tabac, au niveau professionnel.

Citons sans être exhaustifs et sans reprendre les sites publicitaires des firmes pharmaceutiques :

<http://formation.tabacologie.globalink.org>

Formation française en tabacologie, de nombreux cours y sont téléchargeables.

<http://tabac-net.aphp.fr>

Serveur des hôpitaux de Paris dédié au tabagisme.

<http://www.stop-tabac.ch>

Site suisse très complet de prévention, de conseils et accompagnement au sevrage tabagique.

<http://TobaccoPedia.org>

Site anglophone très complet avec de multiples liens.

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cesser/index.html>

Site canadien.

Bibliographie



[1] Bartecchi CE, MacKenzie TD, Schrier RW. The human costs of tobacco use (First of two parts). N. Engl. J. Med. 1994 ; 330(13) : 907-12.

[2] Gamberino WC, Gold MS. Neurobiology of tobacco smoking and other addictive disorders. The psychiatric Clinics of North America, 1999 ; 22 (2) : 301-11.

[3] Benowitz NL. Pharmacology of nicotine : addiction and therapeutics. Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol. 1996 ; 36 : 397-613.

[4] Le Houezec J. Nicotine : abused substance and therapeutic agent. J. of Psychiatry & Neuroscience 1998 ; 23 (2) : 95-108.

[5] Stolerman IP, Jarvis MJ. The scientific case that nicotine is addictive. Psychopharmacology, 1995 ; (117) : 2-10.

[6] Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. N. Engl. J. Med. 1988 ; 319 : 1318-30.

[7] Fielding (1985), Wald (1996) et Slama (1996), US departement of Health and Human Services.

[8] Galanti LM, Godding V. Biological evidence of significant exposure to tobacco smoke in children of smoking parents. Circulation 1992 ; 86(4) : 1-200.

[9] Galanti LM. Tabagisme et grossesse. Medi-Sphère septembre 1998 ; 86 : 30-2.

[10] Office of Health and Environmental Assessment. Respiratory health effects of passive smoking : lung cancer and other disorders. EPA 1992.

[11] Gidding SS, Morgan W, Perry C, Isabel-Jones J, Bricker T. Active and passive tobacco exposure : a serious pediatric health problem. Circulation 1994 ; 90 (5) : 2581-90.

[12] Godding V, L'enfant et la cigarette : tabagisme passif, tabagisme actif. Medi-Sphère avril 1998 ; 78 : 14-7.

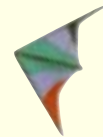
[13] Peto, Lopez et al. Mortality from smoking in developed countries. Oxford University Press, 1994 ; 1950-2000.

[14] Environics Research Group Limited. The Health Effects of Tobacco and Health Warning Message on Cigarette Packages. Environics Research Group Limited, février 2001.

[15] Prignot J., A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. Tobacco control Vol. 9 ; 2000 : p.113.

[16] Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Guide Canadien de médecine clinique préventive. cariode Zolidien, Ottawa, 1994.

- [17] Fiore M. et al. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. *Jama* 200 ; 283 : 3244-54.
- [18] Rigotti NA. Treatment of Tobacco Use and Dependence. *N Engl J Med* 2002 ; 346 (7) : 506-12.
- [19] Roland M., Prevost M., Jamouille M. L'assurance de qualité et le médecin de famille. *Arch. Public Health* 2001 ; 59 : 1-28.
- [20] Deccache A., Laperche J. Values, paradigms and quality criteria in health promotion : an application to primary health care. Davies JK and Mc Donald G. : Quality, evidence and effectiveness in Health Promotion. Routledge Publishers 1998 ; 150 - 64.
- [21] Roland M., Prevost M., Laperche J., Gosselain Y. Le Carnet de Bord Assurance de Qualité. Fédération des Maisons Médicales 1999.
- [22] Institut Scientifique de la Santé Publique -Louis Pasteur-. Enquête de Santé, Belgique, 1997. Ed.1998.
- [23] Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen S.J. et al. Treating tobacco use and dependence, Clinical practice guideline. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, *Jama* 2000 ; 283 (24) : 3244-54.
- [24] Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing. The Guilford press. 1991.
- [25] Pre J. Les marqueurs du tabagisme. *Pathol Biol Paris* 1992 ; 40(10) : 1015-21.
- [26] Jarvis MJ, Tunstall-Pedoe H, Feyerabend C, Vesey C, Saloojee Y. Comparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers. *Am J Public Health* 1987 ; 77(11) : 1435-38.
- [27] Galanti LM, Dell'Omo J, Vanbeckbergen D, Dubois P, Masson PL, Cambiaso CL. Particle Counting Immunoassay for Urinary Cotinine. Comparison with Chromatography, Enzyme-linked Immunoassay and Fluorescence Polarization Immunoassay. *Clin Chem Lab Med* 1999 ; 37(7) : 729-34.
- [28] Extrait du site « www-tabac-net.ap-hop-paris.fr » écrit par Bertrand Dautzenberg (président de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT), professeur de pneumologie (hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris).
- [29] Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC and Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence : a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 1991 ; 86 : 1119-27.
- [30] Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, Khayrallah MA, Schroeder DR, Glover PN, Sullivan CR, Croghan IT, Sullivan PM. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997 ; 337 : 1195-202.
- [31] Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, Smith SS, Muramoto ML, Doughton DM, Doan K, Fiore MC, Baker TB. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 685-91.

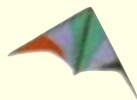


[32] Shiffman S, Johnston JA, Khayrallah M, Elash CA, Gwaltney CJ, Paty JA, Gnys M, Evoniuk G, De Veauh-Geiss J. The effect of bupropion on nicotine craving and withdrawal. *Psychopharmacology* 2000 ; 148 : 33-40.

[33] Gonzales DH, Nides MA, Ferry LH, Kustra RP, Jamerson BD, Segall N, Herrero LA, Kristen A, Sweeney A, Buaron K, Metz A. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion : A randomized placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* 2001 ; 69 : 438-44.

[34] Fiore et al. A Clinical Practice Guideline for treating Tobacco Use and Dependence. *Jama* 2000 ; 283 : 3244-54.

[35] Rigotti NA. Treatment of tobacco Use abs Dependence. *N Engl J Med* 2002 ; 346 (7) / 506-12.



Sources complémentaires

Galanti L. Peut-on convaincre un fumeur d'arrêter ? *Louvain Médical* ; 120 (5) : S96 -S104.

Nancy A., Rigotti MD. Treatment of tobacco : use and dependence. *N. Engl. J. Med* 2002 ; 346 (7).

Prévention du tabagisme, collection éducation pour la santé, éd. CFES 2000.

Damade M. Regards sur les dépendances. *La santé de l'Homme* n°347, pp. 16 à 38, CFES, 2000.

De Pracontal M. *La guerre du tabac*. Fayard 1998.

Parquet J. Pour une prévention à l'usage des substances psychoactives. éd. CFES. 1998.

Conférence de consensus, Arrêt de la consommation du tabac, Hôpital Pitié-Salpêtrière-Amphithéâtre Charcot 8 et 9 Octobre 1998.

Réseau européen des hôpitaux sans tabac, *Smoke free Hospital European Training Guide*, CD, 2001

Lagrué G. *Arrêter de fumer*. Ed. Odile Jacob.

65

Patient
M^{on} ^{fume...}
patient

Une initiative de

Jean Laperche, Médecin Généraliste,
Fédération des maisons médicales.

Axel Roucloux, Conseiller en promotion de
la santé, Communication & Santé.

Ecriture des Textes

Laurence Galanti, médecin biologiste et
tabacologue à l'UCL Mont-Godinne et St-
Luc.

Jeannine Gailly, médecin généraliste,
observatoire de la santé du Hainaut et
SSMG.

Jacques Dumont, Lic. en éducation pour la
santé, Centre d'Aide aux Fumeurs, Erasme.

Jean Laperche, médecin généraliste,
Fédération des maisons médicales.

Axel Roucloux, kinésithérapeute, Lic. en
éducation pour la santé, Communication &
Santé, Namur.

Structuration, coordination des textes

Marie Madeleine Leurquin, Lic. en
Communication, Centre d'Education du
Patient asbl.

Mise en pages, layout

Emmanuel Lefebvre, Centre d'Education du
Patient asbl.

Photographies

Marie Madeleine Leurquin, Lic. en
Communication, Centre d'Education du
Patient asbl.

Avec la collaboration de

Juan Coulon, médecin psychothérapeute
FBCC, consultant à l'Institut Bordet

Michel Pettiaux, FARES asbl

