

# BULLETIN RÉGIONAL DES ADDICTIONS



NUMERO  
SPECIAL



N°19

*Février 2009*  
**SOMMAIRE**

## AIDE MEMOIRE DE TABACOLOGIE PRATIQUE



*Nicotiana tabacum*

Editorial (Dr D.METE) .....	Page 2
Le tabagisme : quelques chiffres ...	Page 2
Le tabac à la Réunion .....	Page 2
Les conséquences sur la santé ....	Page 3
Bénéfices du sevrage tabagique ....	Page 4
La lutte contre le tabagisme .....	Page 4
La motivation : comment favoriser le sevrage tabagique? .....	Page 5
Evaluer la dépendance au tabac ...	Page 6
La recherche des comorbidités psychiatriques ... ..	Page 7
La recherche des addictions associées .....	Page 7
Les thérapies cognitives et comportementales .....	Page 8
Pharmacothérapie de l'aide au sevrage tabagique .....	Page 7
Mener un sevrage tabagique .....	Page 12
La prise en charge diététique .....	Page 13
Le sevrage tabagique chez la femme enceinte et allaitante .....	Page 14
Ressources utiles sur l'Internet ....	Page 15
Où s'adresser à la Réunion .....	Page 16

## EDITORIAL

**L'objectif de ce numéro spécial est de proposer un outil utile et pratique à l'intention des intervenants en tabacologie à l'île de la Réunion : médecins, pharmaciens, dentistes, IDE, sage-femmes et autres professionnels du secteur médico-social. Cet aide-mémoire atteindra son but s'il permet de favoriser le travail de prévention et de rendre plus simple la démarche de sevrage tabagique.**

*Ce numéro a été réalisé grâce au soutien de la DRASS et du Conseil Général de la Réunion, il n'est pas financé par l'industrie du médicament (absence de conflits d'intérêts).*

*Il a été rédigé et mis en page par le Dr David METE (Addictologue au CHR Félix Guyon, DIU de Tabacologie de Paris XI). Il a bénéficié de la relecture et des conseils avisés du Dr Jean-Paul AUBIN (Addictologue au CHR Sud, Président de la FRAR) et du Dr Alain BESNARD (médecin généraliste, DIU de Tabacologie de Strasbourg-Nancy).*

*Ce numéro est dédié à la mémoire de Philippe NOUGAROU, Président du Comité Départemental Contre le Tabac*

*disparu il y a peu. La FRAR tient à rendre hommage à son action dans la lutte contre le tabac à l'île de la Réunion.*



Avertissement : la médecine est une discipline en constante évolution. Les lecteurs sont tenus de vérifier les données contenues dans cette publication. L'absence d'erreur n'est pas garantie.

## LE TABAGISME EN QUELQUES CHIFFRES

**Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable. C'est l'addiction de loin la plus meurtrière, bien devant l'alcool et les drogues illicites.**



### En France :

- 66.000 morts par an, soit plus de 7 morts par heure. C'est 15 % de la totalité des décès.
- 3.000 à 6.000 décès liés au tabagisme passif.
- 30 % de la population de plus de 15 ans est fumeuse.

### À la Réunion :

- Près de 560 décès par an (données sur la période 2003-2005).
- Une surmortalité par rapport à la moyenne nationale d'un facteur de 1,7 x.
- Une réglementation permissive avec un morcellement des points de vente (voir ci-contre)

### Dans le monde :

Plus de 5 millions de morts par an, soit plus de 13.000 par jour. Des perspectives de l'ordre de 10 millions de morts en 2025. ¼ de la population mondiale adulte fume

**50 % des fumeurs décéderont d'une pathologie liée au tabagisme. En moyenne un fumeur va perdre 13 années d'espérance de vie. Le tabac est à l'origine de 30 % des cancers.**

Le sevrage tabagique est difficile car la dépendance est en générale importante.

Il faut souvent plusieurs tentatives pour s'arrêter : la recrute est la règle ! Un suivi médical adapté associé à un traitement permet au fumeur de multiplier ses chances de se sevrer par 4. Prévenir l'initiation du tabagisme est donc capital.

### Bibliographie :

BEH du 27 mai 2008. Numéro thématique - Journée mondiale sans tabac 2008.

<http://www.invs.sante.fr/beh/>

Observatoire Régional de la Santé de la Réunion : <http://www.orrun.net> (données locales)

Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/tobacco/fr/>

## TABAC ET TABAGISME A LA REUNION

Le tabac a été cultivé à la Réunion jusqu'en 1994.

La SITAR\* - CORETAB\*\* conditionne le tabac importé sous licence à Saint-Pierre (2/3 de la consommation). De rares personnes continuent à cultiver du tabac pour leur usage personnel.

Le monopole de la vente au détail ne s'applique pas dans les DOM-TOM. Tous les commerces peuvent par conséquent vendre du tabac. D'où l'importance de l'offre et la difficulté de contrôler la vente aux mineurs, l'interdiction de la vente au détail.

Dans les DOM, comme en Corse, les taxes du tabac sont perçues par les collectivités locales. Le Conseil Général de la Réunion a procédé à de régulières augmentations du prix de vente (2001, 2003, 2004). Il finance les patches dans les centres spécialisés.

\* Société Industrielle des Tabacs de la Réunion

\*\* Compagnie Réunionnaise des Tabacs





POUMONS	SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancers bronchiques (RR x 10)</li> <li>- Bronchite chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)</li> <li>- Emphysème centro-lobulaire</li> <li>- Embolie pulmonaire</li> <li>- Pneumonie x 3,</li> <li>- Aggravation de l'asthme, des tuberculoses.</li> <li>- Histiocytose X</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HTA</li> <li>- Maladie coronarienne, Infarctus du myocarde</li> <li>- Obstruction des artères rénales</li> <li>- Anévrisme aortiques, dissection.</li> <li>- Artérite oblitérante</li> <li>- Thromboangéite oblitérante (maladie de Buerger) : surtout si cannabis en +</li> </ul>
NEUROLOGIE	METABOLISME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC ischémique (RR x 3), AIT</li> <li>- Hémorragie méningée (RR x 4)</li> <li>- Hématomes cérébraux (RR x 2)</li> <li>- Sclérose Latérale Amyotrophique (RR x 2)</li> <li>- Sclérose en plaques (RR x 1.8)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elévation LDL-cholestérol (le "mauvais"), VLDL</li> <li>- Diminution du HDL-cholestérol ("le bon")</li> <li>- Hypermétabolisme, diminution de l'appétit avec poids &lt; 2 à 5 kg</li> </ul>
FEMMES - GROSSESSE*	PEDIATRIE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse fécondité</li> <li>- Hématome rétro-placentaire</li> <li>- Placenta praevia</li> <li>- Prématurité, RCIU</li> <li>- Pilule + Tabac = RR (AVC) x 20</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypotrophie (&lt; 150 - 250 g)</li> <li>- Mort subite du nourrisson</li> <li>- Difficultés respiratoires</li> <li>- Méningococcémies</li> <li>- Leucémies,</li> <li>- Tumeurs cérébrales.</li> </ul>
PSYCHIATRIQUES	ORL
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaisir, euphorie, concentration intellectuelle</li> <li>- Effet anxiolytique, antidépresseur</li> <li>- Dépendance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Néoplasie du larynx, pharynx, langue**</li> </ul>
DIGESTIF	DIVERS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Néoplasie de l'oesophage** (+++), du pancréas</li> <li>- RGO, oesophagite, gastrites, ulcères.</li> <li>- Maladie de Cröhn (aggravation)</li> <li>- Diminution du goût, de l'odorat</li> <li>- Pathologie du parodonte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysfonction érectile (80 %)</li> <li>- Néoplasie rein, vésicale (RR x 3)</li> <li>- Rides faciales (faciès "nicotinique")</li> <li>- Tatouage unguéal</li> <li>- Acné, psoriasis</li> <li>- Ostéoporose</li> <li>- Cataracte, dégénérescence maculaire.</li> </ul>

\* Voir également le tableau p.14 \*\* Surtout en association avec l'alcool



Le tabagisme est une véritable arme de destruction massive !

### LA VERITE

50 % des fumeurs vont mourir prématurément du fait de leur tabagisme.  
- La qualité de vie est diminuée chez tous les fumeurs.

**Quelques rares et modestes avantages liés au tabagisme ?!**

- Moins de maladie de Parkinson et de syndrome de Gilles de la Tourette
- Moins de colite ulcéreuse
- Moins de pré-éclampsie
- Moins d'aphtes

Tout le monde aujourd'hui connaît les principaux méfaits du tabac. Pour ne citer que les cancers du poumon : 90 % d'entre eux sont liés au tabac. Aux USA chez les femmes il a même dépassé le cancer du sein pour devenir la première cause de mort par cancer. On évoque un peu moins souvent les **conséquences financières** : 2.000 € par an pour l'achat du tabac sans compter les coûts indirects par maladie, absentéisme, 50 % des incendies sont dus au tabac (cigarettes mal éteintes). Il est important de rappeler que le tabac est **nocif sous toutes ses formes** : fumé (cigarettes,

cigares, pipe, chicha, narghilé,...), chiqué (snus,...), prisé.etc. Même si aujourd'hui, 95 % du tabac est consommé sous forme de cigarettes. La fumée du tabac contient plus de **4.000 composés chimiques** répartis entre une phase gazeuse et une phase particulières. Une soixantaine de substances cancérigènes sont identifiées et de nombreuses substances toxiques. Il est hautement addictif : en fumant, le flash cérébral de nicotine survient en 7 à 9 secondes ! Comme une intra-veineuse...



LA FUMÉE DU TABAC : COMPOSITION	
Phase gazeuse (95 %)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NO (60 %)</li> <li>- O<sup>2</sup> (12 - 15 %)</li> <li>- CO<sup>2</sup> (12 - 15 %), CO (3 - 6 %)</li> <li>- Autres : acide cyanhydrique (0,1-0,2%), cétone, ammoniac, aldéhydes, benzène, chlorure de vinyl</li> </ul>
500 composés	
Phase particulière (5 %)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritants : acroléine</li> <li>- Hydrocarbures aromatiques polycycliques (benzopyrènes, dibenzoanthracènes...) = <b>goudrons</b>.</li> <li>- Dérivés nitrés hétérocycliques (pyridine)</li> <li>- Métaux : nickel, cadmium, polonium 210, chrome, arsenic...</li> <li>- Alcaloïdes : nicotine, nor nicotine, anabasine, anatabine, harmane...</li> <li>- Radicaux libres : quinones, époxydes,...</li> </ul>
3.500 composés	

Liste non exhaustive !!

## LES BENEFICES DU SEVRAGE TABAGIQUE

L'arrêt du tabagisme apporte d'importants bénéfices en matière de santé, quel que soit l'âge et même si une pathologie liée au tabac est déjà apparue. Les fumeurs qui s'arrêtent avant l'âge de 35 ans rejoignent la survie des non fumeurs. L'arrêt du tabagisme avant une opération réduit la mortalité péri-opératoire et le risque de complications.



**Plus de 2000 € d'économie annuelle !**

Le bénéfice existe pour l'entourage qui se trouve moins exposé aux nuisances du tabagisme passif. S'arrêter de fumer, c'est également disposer de plus de temps : ce temps qui était perdu à fumer ou à aller s'acheter du tabac.

Il ne faut pas oublier que le bénéfice est également financier.

**Avec l'arrêt du tabac, on est gagnant sur toute la ligne.**

Source : INPES

*Il n'est jamais trop tard pour s'arrêter !*



20 minutes	Normalisation de la pression sanguine et du rythme cardiaque
8 heures	Baisse de 50 % du taux de monoxyde de carbone, oxygénation cellulaire normalisée
24 heures	Baisse du risque d'infarctus - Elimination des mucus pulmonaires et des résidus de fumée
48 heures	Amélioration du goût et de l'odorat - Disparition du CO
72 heures	Amélioration de l'état respiratoire avec dilatation des bronches
2 semaines - 3 mois	Diminution de la toux et de la fatigue.
3 - 9 mois	Amélioration du souffle (~10 %)
1 an	Le risque d'infarctus a chuté de 50 % - Le risque d'AVC est le même qu'un non fumeur.
5 - 10 ans	Le risque de cancer du pōumon, de l'oesophage et de la bouche diminue de 50 %
15 ans	Le risque d'infarctus est le même qu'un non fumeur - L'espérance de vie se rapproche de celle d'un non fumeur

## LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est à l'origine d'une initiative pour un monde sans tabac. Elle propose une politique de lutte en 6 axes essentiels résumés par l'acronyme **MPOWER** :

- **Monitoring** : surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
- **Protecting** : protéger la population contre la fumée du tabac
- **Offering** : offrir une aide à ceux qui veulent arrêter de fumer
- **Warning** : mettre en garde contre les méfaits du tabagisme
- **Enforcing** : interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage
- **Raising** : augmenter les taxes sur le tabac

Aucun pays à ce jour n'a mis en oeuvre la totalité de ces axes, seuls 5 % de la population mondiale vit dans un pays qui applique au moins une de ces mesures.

La légalité du tabac pose question alors qu'il s'agit de la substance addictive qui provoque le plus de décès au monde. L'absence de troubles psychocomportementaux, la puissance des lobbies du tabac y sont sans doute pour beaucoup.

A la Réunion le morcellement des points de distribution favorise l'offre et

rend difficile les contrôles contre la vente au détail et aux mineurs.

Aujourd'hui en France, 76 % du prix du tabac est constitué de taxes, 16 % reviennent aux fabricants et 8 % aux débitants (Source OFT). A l'échelle mondiale, les recettes fiscales perçues sur le tabac sont 500 fois supérieures aux sommes dépensées par les pouvoirs publics pour lutter contre le tabagisme (OMS).

Contrairement à une idée reçue classique le coût global du tabagisme est supérieur aux bénéfices pour la collectivité si l'on examine tous les paramètres.

Les industriels du tabac poursuivent leurs bénéfices et se tournent massivement vers les pays en voie de développement où surviennent 70 % des décès du tabac. A l'échelon mondial, le tabagisme est une véritable épidémie : il n'y a jamais eu autant de fumeurs !

L'initiation au tabac se fait au cours de l'**adolescence** : cette population doit donc être la priorité absolue en matière de prévention. La dépendance tabagique s'installe en quelques mois, encore plus rapidement chez les adolescentes.



### Quelques vérités bonnes à connaître

- Les images sur les paquets ont un effet dissuasif.
- Les cigarettes dites "légères" sont un leurre
- L'interdiction de la publicité pour le tabac est une mesure efficace
- Une augmentation des taxes sur le tabac de 10 % entraîne généralement une baisse de 4 à 8 % de la consommation
- La législation est un des leviers les plus efficaces pour lutter contre le tabagisme

### Sources :

- OMS. Guide pour la mise en place de l'action antitabac. Genève, 2006 : <http://www.who.int/tobacco/fr>
- Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT, 2000. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cout2000.pdf>

# LA MOTIVATION : Comment favoriser l'arrêt du tabac ?

*Vous arrêter de fumer est sans doute la chose la plus importante que vous puissiez faire pour votre santé !*

Chaque rencontre avec un fumeur doit être l'occasion de l'aider à développer sa motivation au sevrage tabagique, quelque soit le motif de sa consultation. Par exemple, on sait qu'au moins une fois par an 70 % des fumeurs rencontrent leur médecin traitant et 30 % leur dentiste. Avec l'ensemble des professionnels de santé (pharmaciens, sages-femmes, IDE,...) et du secteur médico-social, c'est la quasi totalité des fumeurs qui est rencontrée.

La motivation peut se mesurer simplement à l'aide d'une **échelle visuelle-analogique** (de 0 à 10) ou d'un questionnaire comme le test **Q-MAT** (Legeron et Lagrue).

Plusieurs interventions existent pour développer la motivation des fumeurs à s'arrêter, elles dépendent :

- du temps disponible ;
- du stade de motivation du fumeur à s'arrêter dont Prochaska et DiClemente ont proposé un modèle.

## QUELQUES RAISONS QUI PEUVENT EXPLIQUER L'ABSENCE DE MOTIVATION AU SEVRAGE TABAGIQUE

- Méconnaissance de la nocivité du tabac
- Méconnaissance du bénéfice du sevrage tabagique
- Méconnaissance des aides existantes
- Echecs répétés lors des tentatives antérieures
- Ressources financières insuffisantes pour acheter le traitement d'aide au sevrage.



**Le conseil minimal** : C'est une intervention courte accessible à tout acteur de santé, elle repose sur deux questions simples :

1. Fumez-vous ?
2. Avez-vous envie de vous arrêter de fumer ?

C'est rapide et rentable ! (2 à 3 % vont être abstinents à 1 an) [Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD000165.]

**L'entretien motivationnel** : Développé par Miller et Rollnick, c'est "une méthode directive centrée sur le patient dans le but d'augmenter sa motivation intrinsèque vers le changement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence". Il ne s'agit pas de motiver le patient mais de lui permettre de se motiver

**Les grands principes sont les suivants :**

- Faire preuve d'empathie ;
- Soutenir et développer les discordances ;
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle ;

## OÙ EN EST CE FUMEUR ?

### Le modèle de PROCHASKA et DICLEMENTE

Le changement n'est pas brutal en général, mais il évolue par étapes. Prochaska et DiClemente ont théorisé un modèle qui décrit 6 différents stades d'évolution des fumeurs :

#### 1. Pré-réflexion ou pré-intention

"Fumer ne me pose aucun problème !". Stade du fumeur consonant à son tabagisme : satisfait, heureux et indifférent. Il n'envisage pas de changement dans les 6 prochains mois. Ce stade se caractérise par le déni et la résistance, il concerne 40 % des fumeurs

#### 2. Réflexion, intention ou contemplation

"Je pèse le pour et le contre"  
C'est le stade de l'indétermination et de l'ambivalence. Le tabagisme devient dissonant, le patient est ouvert à la discussion, il envisage un sevrage dans les 6 mois. (40 %)

#### 3. Préparation, décision ou détermination

"Comment puis-je arrêter ?"  
Désir de changement et recherche de moyens. Le fumeur se prépare à

arrêter dans le mois qui suit. (20 %)

**4. Action** : "Ca y est, j'ai arrêté !" L'arrêt est effectif depuis moins de 6 mois.

**5. Maintien** : "J'ai arrêté depuis plus de 6 mois"

**6. Rechute** : "J'ai arrêté mais j'ai recommencé"

Les éléments déterminant lors de l'évolution sont :

- la **résolution de l'ambivalence**
- le **sentiment d'efficacité personnelle**.

#### Bibliographie :

Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy : toward a more integrative model of change. Psychotherapy : theory, research and practice 1982;19(3):276-287.

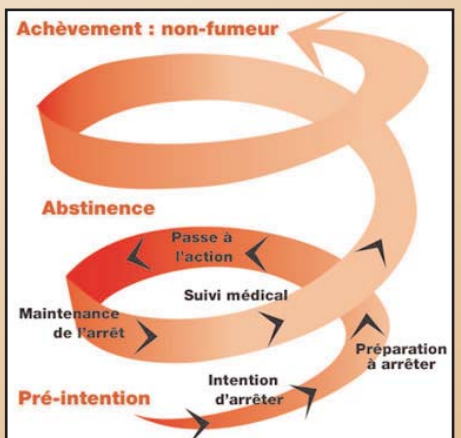
Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 390-395.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing : preparing people for change. 2ed, Guilford, 2002.

- Eviter la confrontation, composer avec la résistance ;
- Faire ressortir le discours-changement ;
- Poser des questions ouvertes
- Pratiquer l'écoute réflexive (en écho) ;
- Faire des résumés fréquents ;
- Valoriser, renforcer et soutenir.

#### Il faut éviter plusieurs pièges classiques :

- L'étiquetage : vouloir faire accepter un diagnostic
- L'expert : qui dicte la conduite ;
- Le ciblage prématuré : il faut aller "de la périphérie vers le centre"
- La confrontation : elle augmente la résistance, mène au statu quo.
- Les questions/réponses fermées.



# EVALUER LA DEPENDANCE AU TABAC



“ Le tabagisme est un comportement appris renforcé par une dépendance dont la nicotine est le principal responsable ”

Pr Gilbert LAGRUE

Le pronostic du sevrage tabagique est corrélé à l'importance de la dépendance. Il est donc fondamental de pouvoir l'évaluer : le test éponyme de **Fagerström** est la référence. Sa passation est rapide. Les 2 items les plus importants sont : le délai qui précède la première cigarette fumée dans la journée et le nombre quotidien de cigarettes fumées.

Il existe d'autres classifications pour affirmer la dépendance comme la CIM-10 (OMS) et le DSM-4R (APA), leur intérêt est cependant limité en clinique. Le syndrome de manque du tabac est maximal la première semaine et dure en général 3 à 4 semaines.

La mesure du CO (monoxyde de carbone) expiré permet de se faire une idée de la profondeur de l'inhalation. Un testeur coûte environ 500 à 700 €

La nicotine, bien qu'elle soit essentielle à la dépendance tabagique, n'est pas la seule en cause : d'autres alcaloïdes dits mineurs exercent un rôle non négligeable vraisemblablement par leur action inhibitrice sur les monoamines oxydases (IMAO A et B) comme l'harmane et la norharmane.

## Bibliographie :

- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC,

Symptôme	Durée	Incidence
Appétit augmenté	<10 sem	70 %
Agitation	< 4 sem	60 %
Dépression	< 4 sem	60 %
Irritabilité, agressivité	< 4 sem	50 %
Pulsion à fumer	< 2 sem	70 %
Difficultés de concentration	< 2 sem.	60 %
Insomnies	< 1 sem.	25 %
Vertiges	< 48 h	10 %

## Le syndrome de manque en nicotine

① Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?	<i>Dans les 5 minutes</i>	3
	<i>Dans les 6 à 30 minutes</i>	2
	<i>31 - 60 minutes</i>	1
	<i>Plus de 60 minutes</i>	0
② Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex : avions, cinémas, bibliothèques, restaurants)	<i>OUI</i>	1
	<i>NON</i>	0
③ À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?	<i>À la première de la journée</i>	1
	<i>À une autre</i>	0
④ Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	<i>10 ou moins</i>	0
	<i>11 à 20</i>	1
	<i>21 à 30</i>	2
⑤ Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	<i>OUI</i>	1
	<i>NON</i>	0
	<i>NON</i>	0
⑥ Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	<i>OUI</i>	1
	<i>NON</i>	0
<b>TEST DE FAGERSTRÖM</b>		<b>TOTAL: ..... / 10</b>

Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-27.

- Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159-82.

- Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978; 3: 235-41.

0 - 2	Pas de dépendance
3 - 4	Dépendance faible
5 - 6	Dépendance moyenne
7 - 8	Dépendance forte
9 - 10	Dépendance très forte

TEST AU CO EXPIRÉ : Interprétation		
< 5 ppm	HbCO < 7 %	non fumeur
5 -10 ppm	0.7 - 2 %	fumeur passif sevrage récent
> 10 ppm	HbCO > 2 %	fumeur actif
11 -20 ppm	2 - 4 %	fumeur léger
20 -30 ppm	4 - 5.5 %	fumeur moyen
40 -80 ppm	7 - 13 %	Gros fumeur
> 80 ppm	> 13 %	Seuil toxique

## POURQUOI IL FAUT ABANDONNER LE CONCEPT DES PAQUETS ANNÉES

- La durée du tabagisme élève le risque à la puissance 4,5
- La quantité de tabac fumé élève le risque à la puissance 2

Ainsi il vaut mieux avoir fumé 2 paquets par jour pendant 10 ans, que 1 paquet par jour pendant 20 ans. Dans les 2 cas cela correspond pourtant à 20 paquets années.

Hill C. Pour en finir avec les paquets-années comme expression de la consommation tabagique. Rev Mal Resp 1992; 9: 573-574.

## LA RECHERCHE DES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

C'est une étape fondamentale : les comorbidités psychiatriques conditionnent la difficulté du sevrage.

La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les sujets présentant un trouble mental. Elle s'élève à plus de 40 %.

### Dépression :

La prévalence du tabagisme est plus importante en cas de dépression (40-60 %).

Au cours d'un sevrage tabagique le risque de survenue d'un épisode dépressif est important, en particulier s'il existe un antécédent dépressif. Le tabac possède en effet un rôle IMAO-A et B (comme le Marsilid®). Le bupropion et la nortriptyline permettraient de "faire d'une pierre deux coups" en étant efficaces à la fois

dans l'aide au sevrage et la dépression.

En cas de dépression, le traitement antidépresseur est la priorité et le sevrage sera reporté jusqu'à constatation de l'efficacité du traitement.

**Schizophrénie** : 80 % de ces patients sont dépendants du tabac : c'est le lien le plus fort constaté. Il agit vraisemblablement sur certains signes négatifs propres à la maladie et aux neuroleptiques classiques. Les neuroleptiques atypiques (clozapine, rispéridone et olanzapine) favorisent le sevrage tabagique qui reste difficile chez ces sujets. Les addictions associées sont fréquentes.

### Autres troubles psychiatriques :

Le tabagisme augmente le risque suicidaire : c'est un facteur dose-dépen-

dant, indépendant des autres facteurs.

### En conclusion

Ces situations peuvent nécessiter une psychothérapie et/ou un suivi psychiatrique.

### Bibliographie :

Reynaud M. Addictions et Psychiatrie. Masson 2005.



### L'USAGE D'ÉCHELLES :

**HAD** (Hospital anxiety depression) pour l'anxiété et la dépression (échelle mixte) ou **Beck**, Hamilton pour la dépression est recommandé lors d'un sevrage tabagique :

<http://www.echelles-psychiatrie.com>

## LA RECHERCHE DES ADDICTIONS ASSOCIEES

Étape également indispensable. Le sevrage tabagique peut et doit être l'occasion du bilan et de la prise en charge globale des problématiques addictives. Les pratiques addictives sont plus fréquentes chez les sujets fumeurs. Des questionnaires rapides à passer peuvent être utiles au diagnostic. L'intensité du tabagisme est souvent corrélée à celle des autres pratiques addictives.

### 1. Alcool:

La présence d'un mésusage expose à la reprise du tabac. "Les bonnes résolutions sont solubles dans l'alcool" (et notamment celle de ne plus fumer !). Il peut être dépisté simplement à l'aide du test DETA : un résultat supérieur ou égal à 2 est en faveur d'un mésusage voir d'une dépendance. 80 % des sujets alcoolodépendants sont aussi dépendant du tabac, il s'agit alors souvent d'une dépendance forte. Le sevrage tabagique peut être concomitant ou différé à la démarche alcool selon le souhait du patient.

### 2. Cannabis :

Il est généralement fumé. Il est important de rappeler que le cannabis contient un taux de goudrons supé-

rieur à celui du tabac. Il faut interroger le patient sur sa manière de consommer : en effet, même si c'est moins fréquent à la Réunion, la poursuite du mélange cannabis-tabac expose bien évidemment à la reprise du tabac ! C'est d'ailleurs pour les adolescents un mode d'entrée dans le tabagisme.

### 3. Café :

Le café est un psychostimulant, son potentiel addictif est limité, voir contesté. Il entretient des liens étroits avec le tabac qui doivent être explorés chez chaque fumeur. De plus le tabagisme accélère le métabolisme du café, d'où à l'arrêt

### 4. Autres drogues illicites :

Le taux de fumeurs parmi cette population est supérieur à 70 %.

### TEST DETA (Alcool)

- 1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation d'alcool ?
- 2) Votre Entourage vous a t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- 3) Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
- 4) Avez-vous besoin d'Alcool le matin pour être en forme ?

### Questionnaire CAST (Cannabis, OFDT)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crise d'angoisse, mauvais résultat à l'école...) ?

- Pour 2 réponses positives : seuil d'information.

- Pour 3 : seuil d'intervention.

Le tabagisme est un comportement appris renforcé par une dépendance. Après la phase d'initiation qui procède par imitation, il existe un renforcement positif lié aux propriétés psychoactives : plaisir, détente, psychostimulation. Dans un deuxième temps, avec l'installation de la dépendance, apparaît un renforcement négatif lié aux symptômes désagréables du syndrome de manque en tabac (conditionnement opérant ou skin-nérien). Il devient au fil du temps un élément routinier, rituel, associé aux divers événements du quotidien (conditionnement classique ou pavlovien). Le fumeur utilise également le tabac pour réguler ses émotions.

Pour réussir son sevrage, il devra apprendre de nouvelles habitudes mais aussi à gérer ses émotions autrement qu'avec le tabac.

Les TCC répondent à cette nécessité et multiplient seules le taux d'abstinents à 6 mois par deux.

## 1. LE BILAN FONCTIONNEL

L'approche cognitivo-comportementaliste repose en premier lieu sur la réalisation d'un bilan fonctionnel : celui-ci est intégré dans le livret de consultation proposé par l'INPES et recommandé en pratique tabacologique (voir p.13). Cela consiste à prendre conscience des circonstances, des émotions et des pensées qui accompagnent une envie de fumer. La capacité d'auto-observation du fumeur est importante.

## 2. L'ENVIE DE FUMER

Déculpabiliser avant tout : il est normal qu'un ex-fumeur ressente parfois l'envie de fumer ! Maximales au début, ces envies sont moins fréquentes avec le temps. L'envie de fumer est le plus souvent de durée brève : de 3 à 5 minutes, elles vont par vagues. Faire face est difficile au départ et plus simple ensuite grâce à l'expérience. Différentes stratégies sont proposées :

### \* contrôle du stimulus :

Eviter les situations difficiles autant que possible, modifier ses habitudes en lien avec le tabac : éliminer les cigarettes, les cendriers, les briquets, éviter les lieux à fumeurs, le café, l'alcool...

### \* stratégies cognitives :

Agir sur ses pensées pour l'intensité et

## Facteurs déclenchant l'envie de fumer : les situations à haut risque

Emotions	- Anxiété - Stress - Ennui - Tristesse
Situations, Environnement	- Consommation d'alcool - Consommation de café ou de thé - Vue d'autres fumeurs, repas - Sentir de la fumée de cigarettes - Fin de repas. - Etre au téléphone ou dans sa voiture.

la durée des envies. Se remémorer ses motivations, penser à autre chose, se souvenir que l'envie a une durée limitée, se répéter des slogans en boucle (exemple : "La cigarette : j'arrête").

\* **stratégies comportementales** : voir le tableau ci-dessus.

C'est un travail d'apprentissage. Plusieurs de ces interventions correspondent à ce que les anglo-saxons appellent du "counselling".

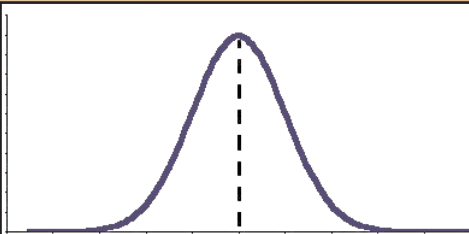
## 3. LES SITUATIONS A HAUT RISQUE

Chaque fumeur doit identifier les situations qui déclenchent chez lui une envie de fumer : elles sont liées à des émotions ou à l'environnement (voir tableau). Il apprendra à y faire face.

Lors de chaque consultation de suivi, il faut faire le point sur les situations d'envies ("craving") auxquelles le patient a été confronté.

## 4. AVOIR UN PLAN D'URGENCE EN CAS DE FAUX PAS

Toute cigarette fumée expose au risque rapide de reprise du tabagisme antérieur. La reprise de cigarette(s) ne doit être ni dramatisée, ni banalisée. Il faut analyser le contexte du faux-pas et se rappeler ses motivations.



L'envie de fumer est brève : elle ne dure que quelques minutes

## FAIRE FACE À UNE ENVIE DE FUMER :

- Compter jusqu'à 100
- Boire un verre d'eau
- Prendre une pastille contenant du glucose (sauf si diabète, attention à l'hygiène dentaire)
- Changer d'activité ou de lieu
- Faire de l'exercice pendant 5 minutes : monter les escaliers,
- Pratiquer un exercice de relaxation respiratoire,
- Trouver une distraction : se laver les dents, passer le balai
- Prendre un dérivé nicotinique d'action rapide (gomme, pastille, inhalateur...)
- Parler à une personne soutenance

## "Bénéfices" apportés de la consommation de tabac :

- Plaisir (euphorie)
  - Anxiolyse (antistress)
  - Psychostimulant (concentration)
  - Antidépresseur (moral)
  - Perte de poids (anorexigène)
- S'arrêter de fumer, c'est aussi trouver d'autres sources de plaisir, revenir à des activités que la vie nous a fait abandonner.*

## INFORMATION PRATIQUE

Les TCC, bien qu'évaluées et d'une efficacité établie, sont encore insuffisamment répandues en France. Un Diplôme d'Université vient d'être créé à l'Université de la Réunion sous la responsabilité du Pr Lihorca de Clermont-Ferrand.

**Renseignements** : SUFP, 2, rue Joseph Wetzell 97490 Sainte-Clotilde

Tél : 0262 48 33 70 - Fax : 0262 48 33 71 - email : info@sufp.re - Site : <http://www.sufp.re>

## Bibliographie :

- Rahioui H, Reynaud M. Thérapies cognitives et comportementales et addictions. Flammarion - Médecines / Sciences 2006.
- Perkins KA, Conklin CA, Levine MD. Cognitive-Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Practical Guidebook to the Most Effective Treatments. Routledge, 2007.
- Aubin HJ, Tilikete S, Lahmek P Traitement cognitivo-comportemental du tabagisme. Alcoologie et Addictologie, 4, 313-318, 2000.



Les traitements pharmacologiques validés en première ligne dans l'aide au sevrage tabagique et qui possèdent l'AMM en France sont au nombre de 3 :

- Les dérivés de la nicotine (*les plus anciens, les plus sûrs*)
- Le bupropion, commercialisé en France sous le nom de ZYBAN®;
- La varénicline dernier venu, commercialisé en France sous le nom de CHAMPIX®

## 1. Les dérivés de la nicotine :

Il en existe 3 types selon la voie d'administration :

### \* voie orale :

Gommes : première forme de substitut disponible (depuis 1987), comprimés, pastilles sublinguales et inhalateurs

\* voie nasale : spray : non disponible en France (cinétique la plus proche de la cigarette)

\* voie transdermique : timbres ou patchs (depuis 1992) : disponible sous 2 formes selon la durée d'action :

- 16 h et 24 h. La durée du traitement est 6 semaines à 6 mois, avec des paliers de décroissance de 2 à 4 semaines. La posologie se calcule en fonction du test de Fagerström (F=4-5 : patch à 16 ou 21 mg) et du nombre de cigarettes fumées (1 cigarette = 1 mg de nicotine).

Il est possible d'associer les formes rapides (orale ou nasale) à la forme lente (patch) : si l'on utilise l'image du traitement de l'asthme : le traitement de fond est représenté par le patch et le traitement de la crise par les dérivés oraux.

Ces traitements peuvent en pratique être utilisés chez les adolescents mais sans preuve de leur efficacité.

## 2. Le Zyban® (bupropion)

Mis sur le marché en 2001, c'est un antidépresseur atypique qui agit en diminuant la recapture de dopamine et de noradrénaline. Son effet dans le sevrage tabagique semble indépendant de son effet antidépresseur. Son association aux substituts nicotiques est possible mais n'augmente pas significativement le taux d'abstinence. Il peut être intéressant chez un sujet dépressif. La place du Zyban semble moindre depuis l'arrivée du Champix du fait d'une meilleure tolérance et d'effets secondaires moindres.

## 3. Le Champix® (varénicline)

Premier agoniste partiel des récepteurs



## Les substituts oraux (s.o)

Il est important de bien expliquer au patient la technique d'utilisation de ces traitements. Ces traitements sont très souvent mal utilisés et par conséquent mal tolérés et moins efficaces ! La nicotine est peu absorbée par voie digestive avec un blocage hépatique à 90 %. Leur absorption est **transmuqueuse**, gomme ≠ chewing-gum ! La gomme se mâche très lentement et se place contre la joue, les pastilles ne se sucent pas, on les laisse fondre contre la joue en les changeant de côté toutes les 2 minutes. De façon générale, il faut éviter que la salive aille au contact du s.o

## Les patchs

Avec la chaleur, ils ont la fâcheuse tendance à se décoller. Un sparadrap hypoallergénique sera souvent nécessaire. Il est important de penser à changer le site de pose chaque jour pour favoriser la tolérance locale. Astuce : ils peuvent être coupés pour adapter la posologie.

La nicotine utilisée dans le sevrage tabagique est "propre" : elle est exempte des milliers d'autres substances du tabac et sa cinétique est douce !

## La question du prix

Le coût des traitements est important, il représente en moyenne une dépense qui serait équivalente à l'achat du tabac. Il est important de savoir que les tarifs de ces médicaments non remboursés ne sont donc pas fixés par l'Etat, mais libres. Ainsi d'une pharmacie à l'autre les tarifs pratiqués peuvent varier du simple au double. Un fumeur peut acheter chaque jour son paquet de cigarettes mais ne peut chaque jour acheter son traitement : vente minimale pour 7 jours !

## Ne pas se limiter aux médicaments !

L'ensemble de ces traitements doivent être associés aux mesures non pharmacologiques pour multiplier les chances de succès : conseil minimal, interventions brèves, thérapies cognitives et comportementales, brochures, soutien téléphonique, soutien par Internet... **Le médicament "miracle" n'existe pas !**

nicotiques centraux à l'acétylcholine de type  $\alpha 2\beta 4$ . Il dérive de la cytosine, extraite du cytise. Son efficacité semble supérieure aux autres traitements. La durée optimale du traitement n'est pas encore définie. Son association aux autres traitements, en l'absence de données, est déconseillée.

D'autres traitements ont démontré un intérêt dans le sevrage tabagique, mais avec un bénéfice-risque défavorable: la nortriptyline et la clonidine. Ils ne possèdent pas d'AMM dans cette indication et ne sont donc pas recommandés en première intention. Ce sont des agents dits de deuxième ligne. Les perspectives thérapeutiques les plus significatives reposent sur le vaccin anti-nicotine, le rimonabant et les IMAO.

**Bibliographie :**

Hays JT, Ebbert JO. Varenicline for tobacco dependence. N Engl J Med 2008;359:2018-24.

**POINTS - CLEF**

- Ces médicaments ont démontré leur intérêt à partir de 10 cigarettes / jour.
- Les dérivés de la nicotine restent le traitement le plus évalué et le plus sûr.
- L'association d'un substitut nicotinique sous forme orale *ad libitum* avec une forme transdermique possède une efficacité supérieure : le patch représente le traitement de "fond", la forme orale le traitement de la "crise".
- Les formes orales de nicotine dosées à 4 mg sont très efficaces chez les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour.
- En l'absence de contre indications, il faut laisser au patient le choix de son traitement.
- Les médicaments de 2e ligne sont à envisager en cas de contre-indication aux produits de 1ère ligne avec prudence.



**Un petit coup de pouce**

Depuis février 2007, à la suite de l'interdiction du tabac dans les lieux publics l'Etat a décidé le remboursement à hauteur de 50 € par année des médicaments d'aide au sevrage tabagique. Cela ne couvre environ que 2 semaines de traitement !

Le patient doit disposer d'une prescription médicale où seul figurera le traitement du sevrage tabagique. Il doit faire l'avance des frais et percevra le forfait dans un 2ème temps.

Dans d'autres pays, ces traitements sont intégralement pris en charge (Grande-Bretagne, Canada par exemple). Il est pourtant bien établi que le sevrage tabagique est une des mesures de santé qui présente le meilleur rapport coût-efficacité ! Malheureusement en France, on continue à préférer traiter les maladies induites par le tabagisme plutôt que le tabagisme lui même...

Un ex-fumeur qui continue à utiliser des gommes après son sevrage n'est pas "accro" aux gommes. Il est seulement dépendant du tabac ! Il ne faut pas se tromper de cible et accabler des fumeurs abstinents qui prennent parfois encore des substituts oraux !

**Sous dosé en nicotine ?**

- Envies de fumer
- Nervosité, irritabilité
- Troubles de la concentration
- Grignotage



**... ou Surdosé ?**

- Nausées, diarrhées
- Bouche pâteuse
- Tachycardie, palpitations
- Sommeil avec réveils nombreux, activité onirique++
- Absence d'envie de fumer.



**La méthode dite "ALLEN CARR"**

Nombreux sont ceux qui se questionnent au sujet de cette "méthode" très médiatisée. Son auteur s'est modestement autodéclaré *spécialiste mondial du sevrage tabagique*. Elle n'a cependant jamais prouvé son efficacité : aucune étude validée n'est publiée. De plus, opposée à l'approche médicale et à la pharmacothérapie, il s'agit d'une nébuleuse à vocation commerciale, avec franchises dans de nombreux pays.

Au-delà de l'achat du livre "de poche" (7 €), il est préférable de dissuader les patients de s'engager dans les stages proposés par les centres Allen Carr au coût prohibitif et à l'absence d'efficacité prouvée (230 € la séance collective de 4h).

**Bibliographie :**

McRobbie H, Hayek, P, Bullen C, Feigin V. Rapid review on non-NHS treatments for smoking cessation. 2 February 2007. Available at <http://www.nice.org.uk>.



**METHODES NON VALIDÉES**

- Acupuncture, laser, électrostimulation : inefficaces.
- Hypnose, homéopathie, mésothérapie, cigarettes sans tabac (NTB), cigarettes électroniques, NICOPRIVE®, Allen Carr® : efficacité non démontrée.

**Bibliographie :**

White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD000009. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Review). Cochrane Database Syst Rev. 1998, Issue 2.: CD001008.

Nom commercial	DCI	Modalités de prise	Effets secondaires	Remarques complémentaires
<b>ZYBAN</b>	Bupropion hydrochloride à libération prolongée - 60 cp	150 mg le matin J1- J6 150 mg matin et soir (respecter un intervalle d'au-moins 8 h entre les prises) Durée : 7-9 semaines	- Epilepsie : 0.1 % - Insomnie +++ - Sécheresse buccale - Céphalées	- Intérêt sur un terrain dépressif - Contre indications : épilepsie actuelle ou ancienne, trouble bipolaire, boulimie, anorexie mentale, sevrage d'alcool ou de BZD
<b>CHAMPIX</b>	Varénicline 0.5 mg : 56 1 mg : boîtes de 28, 56 cp Boîte spécif pour le début du traitement.	J1-J3 : 0.5 mg J4-J7 : 0.5 mg X 2 A partir de J8 : 1 mg X 2 Prendre les cp avec de la nourriture. Durée : 12 semaines. Meilleurs résultats avec 24 semaines	- Nausées (30-50 %) - Insomnies - Rêves anormaux - Céphalées	Des comportements suicidaires ont été signalés sans qu'il soit possible de les lier au produit. A utiliser avec prudence en cas de pathologie psychiatrique Interdit aux pilotes d'avions, aux contrôleurs aériens, aux chauffeurs de bus et de camions aux USA suite à la notification de troubles visuels et de la conscience.
<b>NORTRILEN NORITREN</b>	Nortriptyline	75 - 100 mg / j à débiter 10 à 28 j avant la date d'arrêt Durée : 3 mois.	- Bouche sèche - Constipation - Nausées - Sédation - Céphalées - Risque d'arythmies sur terrain cardiopathe	- Intérêt sur un terrain dépressif - N'existe pas sous cette forme en France, mais la nortriptyline est le métabolite actif de l'amitriptyline (LAROXYL) - Intérêt en <u>2e ligne</u>
<b>CATAPRES-SAN</b>	Clonidine	0.15 - 0.45 mg / j selon tolérance Durée : 3 à 10 semaines	- Sécheresse buccale - Somnolence - Bradycardie - Hypotension	- Effets secondaires +++ - Intérêt en <u>2e ligne</u> pour les très fortes dépendances - maniement difficile, surveillance médicale étroite

Données non exhaustives

Nom commercial	Présentation	Posologie Durée d'action	Délai d'action	Effets indésirables	Remarques
<b>NICORETTE</b>	Dispositif transdermique (patch, timbre) 5 - 10 - 15 mg Boîtes de 7 ou 28	16 h	2 - 4 h	- érythème, prurit (usage possible de dermocorticoïdes, anti histaminiques)	<u>Intérêt si</u> : - Grossesse - Rêves anormaux
<b>NICOPATCH NICOTINELL TTS NIQUITIN NIQUITIN Clear</b>	Dispositif transdermique (patch, timbre) 7 -14 - 21 mg Boîtes de 7, 14 ou 28	24 h	2 - 4 h	- érythème, prurit ( " ) - insomnie - rêves anormaux	
<b>NICO GUM 2 mg. NICORETTE, NICOTINELL , NIQUITIN : 2 et 4 mg</b>	Gommes : 12, 36, 96 30, 105 et 210 12, 24 ou 96 24, 96	Maxi 30 / 24 h 2 heures	qq min.	- irritation buccale - nausées, hoquet - céphalées, vertiges	- Nombreux parfums - Formes sans sucre - Technique d'usage importante
<b>NICOTINELL Menthe 2 ou 4 mg NIQUITIN 2 et 4 mg (sans sucre ou menthe)</b>	Comprimés	2 heures	qq min.	- irritation buccale - nausées, hoquet - céphalées, vertiges	- Technique plus simple que les gommes - Dissolution en 30 min
<b>NICOPASS 1.5 mg (menthe fraîcheur ou réglisse menthe)</b>	Pastilles Boîtes de 12, 36 ou 96	Maxi 30 / 24 h 2 heures	qq min.		- Dissolution en 30 min - Bonne acceptabilité
<b>NICORETTE Microtab (Nature ou Citron)</b>	Comprimés sublinguaux Boîtes de 30, 100, 105	Maxi 30 / 24 h 2 heures	qq min.	- goût très fort	- Diffusion sublinguale plus rapide que les gommes et comp.
<b>NICORETTE Inhaleur</b>	Inhaleur 10 mg (cartouche) Boîtes de 6 ou 18.	6 - 12 / 24 h 2 heures	qq min.		- Intérêt chez les fumeurs souhaitant garder la gestuelle
<b>NICOTROL NS</b>	Spray nasal	Maxi 80 / 24 h	+Rapide	- Irritation nasale	Non disponible en France - Action rapide

# MENER UN SEVRAGE TABAGIQUE

Contrairement à une idée reçue, le succès d'un sevrage tabagique ne dépend pas que "de la volonté". Les meilleurs résultats sont obtenus lorsque l'on associe : motivation à s'arrêter + pharmacothérapie + suivi tabacologique. L'arrêt définitif du tabac est obtenu en moyenne après 5 à 7 tentatives.

Le tabagisme est mieux compris lorsqu'on l'aborde en tant que **maladie chronique** qui se caractérise par une tendance à la rechute ("*a chronic relapsing disorder*"). Il nécessite une prise en charge soutenue et répétée. 70 % des fumeurs souhaitent s'arrê-

ter, 45 % tentent de s'arrêter au moins une fois dans l'année. Mais seuls 20 % des fumeurs demandent de l'aide lors d'une tentative de sevrage et environ 3 % des fumeurs qui font un sevrage seuls sont abstinents à 12 mois. La prise en charge spécialisée permet de multiplier les taux de succès par 3 à 5.

## Bibliographie :

Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. Lancet 2008 ; 371 : 2027-38

Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. NeJM 2002 ; 346 (7) :506-512.



Apprendre de chacune de ses tentatives permet de progresser dans sa démarche jusqu'au sevrage réussi.

## La première consultation

C'est une consultation **longue** de 30 à 45 minutes. En pratique de ville, elle se fera sur rendez-vous. Le patient aura idéalement rempli les autoquestionnaires chez lui ou en salle d'attente. Après une collecte classique des antécédents et des constantes, la démarche débute par l'évaluation de la dépendance pharmacologique (test de fagerström), psychologique (test de Horn) et comportementale. La recherche des comorbidités addictives (tests DETA, CAST...) et psychiatriques (échelles de Beck, HAD). Il faut évaluer la motivation du fumeur à s'arrêter et son niveau de confiance en lui. La dépendance pharmacologique sera prise en charge par un traitement validé : dérivés nicotiques, varénciline ou bupropion en première ligne. La dépendance psychocomportementale bénéficiera des techniques issues des TCC. Le patient fixe lui-même son jour d'arrêt.

Le contact téléphonique doit être facile. A défaut, un fumeur peut s'adresser à Tabac Info service ou trouver un soutien en suivant un programme sur le web.

## La consultation de suivi

Elle évalue l'acceptabilité

**Le modèle des 5 A** : C'est une stratégie motivationnelle globale d'intervention pour le tabac . Elle est proposée dans plusieurs pays anglo-saxons : USA, Australie, Royaume-Uni (guidelines).

<b>1 - ASK</b> (Questionner) ↓	<b>" Fumez-vous ?"</b> Cette question doit être posée systématiquement à tous les patients, à chaque consultation.
<b>2 - ADVISE</b> (Aviser) ↓	<b>" Je vous recommande de vous arrêter de fumer. Il s'agit sans doute de la chose la plus importante que vous puissiez faire pour votre santé".</b> Adopter un style clair, ferme et personnalisé à chaque fumeur (ex. asthme, BPCO,)
<b>3 - ASSESS</b> (Evaluer) ↓	<b>" Seriez-vous prêt à vous arrêter dans les 30 prochains jours ? "</b> Si la réponse est non : renforcer la motivation à l'aide de l'entretien motivationnel
<b>4 - ASSIST</b> (Aider) ↓	<b>4.1 - Accompagner le patient dans sa démarche :</b> - Il décide du jour de l'arrêt - Il informe sa famille, ses amis et ses collègues de travail - Il supprime tout ce qui rappelle le tabac de son environnement familial <b>4.2 - Proposer si nécessaire une pharmacothérapie validée d'aide au sevrage</b> (TNS, Bupropion, Varénciline) <b>4.3 - Donner des conseils pratiques</b> - Insister sur l'importance de l'abstinence totale - Faire le point sur les tentatives antérieures de sevrage : les aspects positifs et négatifs : capitaliser l'expérience - Anticiper les déclencheurs de l'envie de fumer - Alerter du danger potentiel de l'alcool : modération ou abstinence - Demander aux fumeurs de l'entourage de ne pas fumer devant soi, de ne pas laisser trainer cigarettes, briquet et cendrier. <b>4.4 - Remettre de la documentation</b>
<b>5 - ARRANGE</b> (Organiser) ↓	<b>Organiser le suivi :</b> - Proposer un soutien téléphonique - Prévoir une consultation une semaine après l'arrêt, puis dans le mois qui suit. - Lors de la consultation : évaluer les difficultés rencontrées, anticiper les difficultés futures. Evaluer la tolérance au(x) traitement(s). - Féliciter le patient abstinant - En cas de reconsommation, analyser la reprise, réévaluer le traitement

du traitement : effets secondaires, niveau posologique d'une substitution nicotinique. Il faut éliminer la survenue d'un syndrome dépressif consécutif à l'arrêt. On recherche les faux-pas, les situations de "craving" (fortes envies) : il est important de soutenir, valoriser les acquis et de renforcer la motivation à l'aide des TCC. Mesurer le taux de CO à chaque consultation afin de renforcer l'abstinence (25 % de patients se déclarent abstinents alors qu'ils ne le sont pas). Les constantes sont mesurées en particulier le poids, ne pas dramatiser la prise de quelques kilos, donner des conseils, ne pas parler de régime !

Il est important de terminer chaque consultation en fixant des objectifs clairs ainsi qu'un nouveau rendez-vous.

### La fin du suivi

Le suivi se poursuivra sur une période de 6 à 12 mois. Il n'existe pas de technique validée sur la prévention de reprise du tabac. On recommandera aux patients de ne pas baisser "la

garde", de garder à portée de main quelques substituts nicotiniques "au cas ou". L'ex-fumeur doit pouvoir rentrer en contact facilement avec la structure qui l'a suivi en cas de difficulté.

### En conclusion

Il ne faut pas oublier cette importante nuance : en arrêtant de fumer, on ne devient pas un non fumeur mais un ex-fumeur (selon la formule du Pr Robert Molimard) : la vigilance est de mise, car la rechute reste toujours possible.

En terme de résultats : une proportion de 40 % d'abstinents à un an est excellent voir exceptionnel, 30-35 % est le résultat d'une prise en charge complète et optimale.

### Bibliographie :

Monographie "Tabac: tout pour aider vos patients à arrêter de fumer". Revue du Praticien - Med Gen 2003 ; N°635.

Pas une seule taffe, même plusieurs années après l'arrêt !



### La réduction de la consommation

Les patients qui réduisent "volontairement" leur consommation ne font que modifier leur manière de fumer. Un fumeur de 20 cigarettes peut maintenir son taux de nicotine avec 5 cigarettes fumées intensivement !

Il est par-contre possible de proposer aux fumeurs qui ne sont pas motivés pour l'arrêt, ou qui ne parviennent pas à s'arrêter, **une substitution nicotinique dans une perspective de réduction de la consommation.**

L'usage de substituts oraux favorise le sevrage définitif : l'arrêt en deux temps est démontré. Mais la réduction ne semble malheureusement pas avoir d'incidence sur la morbi mortalité

### Bibliographie :

Tverdal A, Bjartveit K. Health consequences of reduced daily cigarette consumption. Tobacco Control 2006;15:472-480

Fagerstrom KO. Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit ? Respiration 2005;72:216-20.

### L'arrêt dans le temps

- +6 mois : arrêt récent
- 12 mois : arrêt persistant
- 24 mois : arrêt confirmé



La meilleure cigarette : c'est celle que l'on ne fume pas !



## LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE

Le tabac entraîne une accélération du métabolisme et une diminution de l'appétit (effet anorexiant). Un fumeur a donc généralement un poids inférieur à ce qui serait son poids normal. Pour ces raisons, l'arrêt du tabac s'accompagne habituellement d'une prise de poids en moyenne de 2 à 5 kilos. De plus, le sevrage nicotinique s'accompagne de fringales avec une tendance au grignotage ainsi qu'une appétence pour les aliments sucrés. Les médicaments du sevrage tabagique diffèrent cette prise pondérale.

Il faut savoir procéder par étapes ! En demandant au patient : 1) d'arrêter de fumer, 2) de modifier sa manière de manger et 3) de faire du sport : on risque l'échec sur toute la ligne !

Les mesures préconisées pour éviter la prise de poids sont les suivantes :

- Faire le point sur son alimentation : diminuer les sucres rapides, les graisses, l'excès de féculents ;
- Augmenter la dépense énergétique : pratique sportive 3 fois par semaine pendant 30 - 45 minutes avec pour principe de **se faire plaisir** !

A vouloir courir plusieurs lièvres à la fois, on risque de n'en attraper aucun !



Dans quelques situations l'intervention d'une diététicienne ou d'un médecin nutritionniste est nécessaire. Car pour certains fumeurs, souvent de sexe féminin, la reprise du tabagisme est le fait d'une prise de poids mal vécue.

### Echéancier de consultation proposé :

J0	J7	J14	M1	M2	...	M6	+/-	M12
----	----	-----	----	----	-----	----	-----	-----

### FACILITER LE SUIVI

L'INPES (Institut National pour la Prévention et l'Education à la Santé) en association avec plusieurs sociétés savantes a mis au point un livret de consultation très complet : il permet de réaliser un bilan initial exhaustif et facilite le suivi. Ces livrets peuvent être commandés pas cinquantaine auprès de l'INPES (bon de commande accessible sur le site) :

<http://www.inpes.sante.fr/10000/dosstabaco/dosstabaco.htm>

Il est possible de saisir l'ensemble des données du suivi proposé par ce livret dans un logiciel accessible en ligne qui permet d'effectuer une analyse statistique : <http://cdtnet.spim.jussieu.fr/>

Il vaut mieux une femme enceinte "patchée" que fumeuse !

## LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET EN ALLAITEMENT



The Doc.

Plus de 30 % des femmes en âge de procréer sont fumeuses. 40 % des femmes fumeuses poursuivent leur tabagisme pendant la grossesse. Les conséquences du tabagisme chez la femme enceinte sont importantes et on sait depuis peu qu'il contribue également à l'augmentation des fentes vélo-palatines.

Les substituts nicotiques ont l'AMM chez la femme enceinte depuis 1997. Le Zyban, le Champix sont contre-indiqués lors de la grossesse. Il est important de préciser que les substituts nicotiques peuvent être prescrits par les sages-femmes : leur rôle est capital dans la lutte contre le tabagisme des femmes enceintes. Ce sont les interlocutrices privilégiées de ces patientes. La sage femme tabacologue gère idéalement le sevrage et la prescription.

Ne pas oublier que ces patientes connaissent en général les méfaits du tabac sur leur grossesse : renforcer leur culpabilité est habituellement contre-productif ! La motivation n'est pas personnelle mais extrinsèque : la grossesse. C'est pour cette raison que la majorité des femmes enceintes qui s'arrêtent reprennent à distance de leur accouchement. Les maternités engagées dans la lutte contre le tabagisme sont signataires de la charte "Maternité Sans Tabac".

L'utilisation du testeur de CO est recommandée, le taux est corrélé avec le risque de problèmes foetaux.

Il faut bien expliquer à la patiente qu'il n'est jamais trop tard pour s'arrêter !

### Bibliographie :

- ANAES. Conférence de consensus : grossesse et tabac. 7 et 8 octobre 2004. (sur le site de l'HAS : <http://www.has-sante.fr>)
- Bouysset MF. La femme enceinte et la désaccoutumance tabagique. Solal 2003, collection Sage-Femme.
- Delcroix M. La grossesse et le tabac. PUF, Que sais-je ?

### POUR RESUMER LA DEMARCHE

**Idéalement le sevrage sera effectué avant la conception.**

Ne jamais culpabiliser - Contrairement à une idée reçue la grossesse n'est pas le "bon moment" pour se sevrer : c'est un impératif dans une période bien difficile !

#### Pendant la grossesse

- 1 Techniques cognitivo-comportementales (TCC) et/ou approches psychologiques en première intention
- 2 Si échec ou refus de 1 on adjoint une substitution nicotinique orale : gommes, comprimés,...
- 3 Si échec : substitution nicotinique par voie transdermique : patch à 16 h / 24 (Nicorette®). L'association avec les substituts oraux est possible.

Proposer la mesure du taux de CO expiré lors de toute consultation prénatale, il est corrélé au taux d'HbCO foetal.

#### Chez la femme en cours d'allaitement

- L'allaitement doit toujours être poursuivi même si la patiente fume.
- Si la patiente poursuit sa consommation, il vaut mieux qu'elle fume après les tétées et à l'extérieur du domicile (risques du tabagisme passif)
- La substitution sera préférentiellement orale, à prendre 2-3 h avant ou après la tétée.

**Dans tous les cas, rechercher le tabagisme chez l'accompagnant et proposer une prise en charge**

### LES CONSEQUENCES DU TABAGISME AU FEMININ



Femmes fumeuses	Femmes fumeuses enceintes	Enfants de femmes fumeuses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse de la libido</li> <li>- Baisse de la lubrification vaginale</li> <li>- Baisse de la fertilité</li> <li>- Plus de néoplasies du sein, du col de l'utérus</li> <li>- Plus de condylomatoses</li> <li>- Vieillesse cutané (faciès dit "nicotinique")</li> <li>- Précocité ménopause, moindre efficacité du traitement hormonal substitutif</li> <li>- Echec FIV x 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grossesse extra-utérine (RR X 1.5 - 5)</li> <li>- Avortement spontané (RR X 1.8)</li> <li>- Prématurité (RR X 2)</li> <li>- Retard de croissance intra-utérin (RR X 2-3)</li> <li>- Métrorragies</li> <li>- Hématome rétro-placentaire</li> <li>- Placenta praevia (RR X 2-3)</li> <li>- Rupture prématurée des membranes</li> <li>- Mort foetale in utero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accidents vasculaires cérébraux</li> <li>- Convulsions</li> <li>- Mort subite du nourrisson (RR X 2 si &lt;=10 cig RR X 5-6 si &gt;)</li> <li>- Baisse quotient intellectuel</li> <li>- Bronchiolite (RR X 2.4)</li> <li>- Hyperactivité (TDHA), trouble des conduites, criminalité.</li> <li>- Néoplasies (LNH, leucémies, Wilms, T. cérébrales)</li> <li>- Adénoïdectomies, amygdaléctomies.</li> <li>- Infections ORL, bronches</li> <li>- Futur fumeur (RR X 4)</li> <li>- Fentes labio-palatines</li> </ul>
<p><b>Association nationale des sages femmes tabacologues de France (ANSFT) :</b>            EPSM des Flandres 790 , route de Lochre BP 139            59270 Bailleul - Tél: 03 28 41 14 83 - Fax : 03 28 41 08 56</p> <p><b>Programme d'aide au sevrage tabagique par Internet pour les femmes enceintes : Association Vivre Sans Fumée :</b>  <a href="http://bebeanaitre.free.fr/">http://bebeanaitre.free.fr/</a> (basé sur l'approche TCC)</p>		

# Se former en Tabacologie - Ressources disponibles sur le net - Conférences de consensus - Bibliographie utile -

## SE FORMER EN TABACOLOGIE

Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de Tabacologie : ce diplôme est reconnu par le Conseil National de l'Ordre. Il est ouvert aux IDE, sages-femmes. Pour voir la liste des Diplômes : <http://www.dcav.u-bordeaux2.fr/wsuo> ( sélectionner spécialité : *Toxicologie*) Plusieurs sites permettent de télécharger le contenu de ces enseignements : tel l'excellent site de Paris XI <http://www.tabacologie.fr>

## SOCIETES SAVANTES

**Association Francophone des Diplômés et des Etudiants en Tabacologie** : <http://afdnet.online.fr>

**Société Française de Tabacologie** : <http://societe-francaise-de-tabacologie.com/>

## RESSOURCES UTILES POUR LE GRAND PUBLIC SUR INTERNET

**Annuaire des consultations de tabacologie (géré par l'OFT)** : [https://www.voozanoo.net/oft\\_portail/](https://www.voozanoo.net/oft_portail/)

**Tabac Info Service** : Site d'aide à l'arrêt : nombreux documents : <http://www.tabac-info-service.fr/>

**Office Français de Prévention du Tabagisme** : <http://www.offt-asso.fr/> Nombreuses ressources de qualité.

**Stop-tabac.ch** : conseils on-line pour arrêter de fumer : excellent site suisse : <http://www.stop-tabac.ch/>

**Institut National pour la Prévention et l'Education à la Santé** : (espace thématique tabac) <http://www.inpes.sante.fr/>

**Comité National Contre le Tabagisme** : <http://www.cnct.org>

Site gouvernemental consacré à l'interdiction du tabac dans les espaces publics : <http://www.tabac.gouv.fr/> :

**Campagne "Le tabac décide pour vous"** : <http://www.vous-decidez.fr/>

**Les droits des non-fumeurs** : des données très utiles sur la législation du tabac : <http://dnf.asso.fr/>

De nombreux sites, conçus par des laboratoires, se proposent d'aider les patients dans leur démarche. Certains offrent de véritables pro-

grammes d'accompagnement.

<http://www.nicopatch.com>  
<http://www.nicorette.fr>  
<http://www.nicotinell.fr>  
<http://www.niquitin.fr>  
<http://www.niquitintransition.fr>  
<http://www.prevention-tabac.com>  
[http://www.gsk.fr/gsk/votresante/sevrage\\_tabagique/historique.html](http://www.gsk.fr/gsk/votresante/sevrage_tabagique/historique.html)



## RESSOURCES POUR LES PROFESSIONNELS SUR INTERNET

**Tobacco Control** : Revue Internationale sur le tabac : <http://tobaccocontrol.bmj.com/>

Réseau Médecins sans tabac : <http://www.tabac-liberte.com>

Vaste site anglophone contre le tabac <http://www.globalink.org>

## SE DÉTENDRE AU SUJET DU TABAC

- Sketch de Gad Elmaleh : La cigarette (DVD La Vie Normale) : *un humoriste qui a tout compris à la cigarette !* (merci à Catherine B.)
- Renaud - Arrêter La Clope ! (Album Rouge Sang)
- San Severino - La cigarette (Album Les Sénégalaises)
- Pierre Perret - Mourir du tabac (Album Cui-là)

## GUIDELINES

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update (USA) <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/>  
*Une référence majeure : en anglais.*

## RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES UTILES

### 1. Conférences de consensus

ANAES 2004. Conférence de consensus : grossesse et tabac. 7 et 8 octobre 2004. (<http://www.has-sante.fr>)

AFSSAPS 2003. Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. (<http://agmed.sante.gouv.fr>)

ANAES 1998. Conférence des 8 et 9 octobre 1998 sur l'arrêt de la consommation du tabac. Paris, Editions EDK. (<http://www.has-sante.fr>)

### 2. Bibliographie spécialisée

Martinet Y, Bohadana A, Wirth N, Spinosa A. Le traitement de la dépendance au tabac : guide pratique. Masson, 2007.

Le Maître B, Ratte S, Stoeber-Delbarre A. Sevrage tabagique : des clés indispensables pour les praticiens. Doin Editions, 2005.

Llorca PM, Boussiron D, Schwan R, Perriot J. Tabacologie et sevrage tabagique. John Libbey Eurotext, 2003.

McEwen A, Hajek P, McRobbie H, West R. Manual of smoking cessation. Blackwell Publishing, 2006.

### 3. Bibliographie non spécialisée (Grand public)

Dautzenberg B. Le petit livre pour arrêter de fumer. First éditions, 2004.

Lagrue G. Comment arrêter de fumer ? Editions Odile Jacob, 2006.

Lagrue G, Dupont P, Aubin HJ. Arrêter de fumer ? Editions Odile Jacob, 2003.

Molimard R. Petit manuel de défumé. SIDES, 2006.

Molimard R. La fume : smoking. SIDES, 2003.

Chadrin F, Langre M, Lenglet R, Topuz B. Tabac : arnaques, dangers et désintoxication. Libro n°633, 2004 (*très bon marché : 2 € !*)

## CONSULTATIONS SPECIALISEES EN TABACOLOGIE A LA REUNION

### 1. CONSULTATIONS EN MILIEU HOSPITALIER

#### Unité de Tabacologie - Service d'Addictologie CHR Félix Guyon

Consultations de groupe, consultations individuelles, équipe de liaison en tabacologie.

☎0262 90 56 01 - Fax 0262 90 56 02

#### Service d'Addictologie - GHSR

☎0262 35 97 15

### 2. CENTRES DE CONSULTATION

**CCAA de St Denis** : ☎0262 30 11 31

Les Camélias, 5 avenue Monseigneur Mondon

**CCAA de Saint-Paul** : ☎0262 55 14 08

31, chaussée royale

**CCAA du Port** : ☎0262 45 99 60

06, rue de Bruxelles

**CCAA de Saint-Benoît** : ☎0262 50 67 35

SIDR Fragrance

**CCAA de Saint-Pierre** : ☎0262 35 23 74

Appt 35, Bât.C, 06 rue Raimbault

Ces centres de tabacologie sont dotés par le Conseil Général de la Réunion en substituts nicotiques transdermiques (patches). Ils sont remis gratuitement aux patients dans le cadre du suivi avec un engagement écrit.

Pourront y être adressés préférentiellement :

- Les patients les plus dépendant : avec un score de Fagerström de 9 à 10, les échecs répétés ;
- Les patients avec des comorbidités ;
- Les patients ne pouvant financer leur traitement.

**Tabac Info Service**

**0 825 309 310**

→ 8h-20h. du lundi au samedi  
0,15 €/min.

**Drogues Info Service** : 0 800 23 13 13

Appel **gratuit** depuis un poste fixe. 8h - 2h

**le Point Info**

**Santé**



**DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES  
SANITAIRES ET SOCIALES DE LA RÉUNION**

### BROCHURES - AFFICHES - AUTOCOLLANTS

Il est possible d'obtenir gratuitement des prospectus d'information et des affiches à destination des patients auprès des **POINTS-INFOS SANTÉ** qui dépendent du Conseil Général. Ces centres se consacrent à la prévention et à l'éducation à la santé : ils sont ouverts à tous les publics.

#### **Nord :**

6, Square Leconte Delisle  
(en face Mc Donald)  
97400 Saint-Denis -  
Tél. : 0262 41 43 97

#### **Sud :**

44 bis, rue Archambaud  
97410 Saint-Pierre - Tél. :  
0262 96 91 12 ou 96 92 59

#### **Ouest :**

60, rue Claude de Sigoyer  
Plateau Caillou - 97460  
Saint-Paul -  
Tél. : 0262 55 47 55

#### **Est :**

315, rue de la gare  
97440 Saint-André  
Tél. : 0262 58 56 44 /  
Fax : 0262 58 89 75

Le Comité Régional d'Éducation pour la Santé (**CRES**) de la Réunion propose également des brochures, mais exclusivement aux professionnels et sur rendez-vous au n°13 rue Roland Garros à Saint-Paul : tél. 0262 71 10 88. Catalogue des documents disponibles sur le site : <http://www.cresreunion.org>