

## Le sevrage tabagique, une question d'accompagnement

### Lettre d'information aux médecins sur les activités de prévention de l'OSH

#### Edito

Ce numéro est consacré à l'arrêt du tabac.

Si le sevrage tabagique pose d'emblée la question de l'accompagnement, le médecin généraliste reste avant tout l'acteur le plus accessible. Cet accompagnement, qui peut être envisagé sous différentes formes, exige du temps.

Dans cette perspective, l'expérience récente du préventeur - fonction à découvrir dans ce numéro - indique qu'il permet de faciliter l'accompagnement du fumeur en particulier lors de la consultation médicale.

Un tabacologue complète parfois cette prise en charge d'arrêt du tabac. De fait, différents professionnels interviennent. Que le travail s'effectue ou non en réseau, le parcours pour arrêter de fumer est loin d'être simple. Le travail en réseau associant patient, médecin généraliste et tabacologue peut également s'avérer adapté pour chacun des acteurs. Cependant, c'est bien par le conseil minimal

et en pratique dès l'ouverture d'un dossier médical que le médecin généraliste offre, à tout patient fumeur et à sa convenance, la possibilité d'un accompagnement à l'arrêt du tabac. Non normative, cette démarche ne peut qu'accentuer un sentiment de confiance. Elle est essentielle.

Nous espérons pouvoir vous donner rendez-vous pour notre événement de clôture d'année sur la thématique du Respirer (Environnement sans tabac, qualité de l'air...). En fonction de l'évolution de la pandémie, nous reviendrons vers vous à ce sujet.

Bonne lecture et prenez bien soin de vous !

Marie-José Couteau - Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH)

## 1 | Sevrage tabagique, un accompagnement de réseau

"Bonjour Docteur, nouvellement installé dans votre ville, je souhaiterais m'inscrire dans votre cabinet médical... ". Ces nouveaux arrivants sont l'occasion de compléter le questionnaire préventif du DMG, notamment la partie santé mentale et consommation de produits, tabac en premier.

Mais qu'en est-il de notre cohorte de patients "habituels". Parmi les adultes de 16 ans et plus, un quart environ fume du tabac ! Chacun d'entre eux consulte au moins une fois par an son médecin généraliste. La question du tabagisme est pourtant peu posée, noyée dans le nombre de demandes curatives. De plus, quand on pose la question, il faut pouvoir apporter une réponse, développer une stratégie d'accompagnement. Il faut donc un peu de temps.

Le conseil minimal ("Fumez-vous ? Avez-vous déjà pensé à arrêter ?") rapporte déjà en termes d'arrêt et positionne le médecin comme agent de santé. Ne rien dire ne laisserait-il pas croire que ce n'est pas si important que cela ?

Afin d'optimiser cet accompagnement du fumeur sans surcharger le temps de consultation, l'idée a germé d'introduire un préventeur œuvrant préalablement à la consultation médicale, occupant le temps d'attente (même si réduit grâce au travail exclusif sur rendez-vous) et utilisant un protocole fermé, basé sur le questionnaire du DMG+ (aujourd'hui malheureusement supprimé). La question du tabagisme est donc posée systématiquement une à deux fois par an et rapportée dans le DMI. Lors de la consultation avec le médecin, il est ainsi beaucoup plus facile de poursuivre la question soulevée en pré-consultation. Cela nécessite bien sûr la collaboration d'un

Suite page 2

"préventeur", non-médecin, formé sur place, disposant d'un protocole reprenant les items décidés.

Pour la stratégie de prise en charge, j'ai pu expérimenter dans le cas particulier des fumeurs en précarité une collaboration avec une tabacologue. Ce projet est facilement extrapolable à toute situation de demande de sevrage tabagique et soutient le travail de chacun. Il s'agit d'un accompagnement à trois : le patient, son médecin traitant et le tabacologue. Cela crée une synergie et nécessite une bonne collaboration et un brin de créativité afin de coller à la réalité de chaque situation. Une première consultation a lieu à trois, puis chacun poursuit le projet construit, en binôme. Le travail de chacun s'en trouve allégé et le résultat augmenté. Les consultations conjointes peuvent se répéter ou pas. Le médecin continue son travail de médecin, le tabacologue celui de tabacologue et le patient développe son partenariat dans l'équipe de soins, pour un projet commun, le sevrage tabagique.

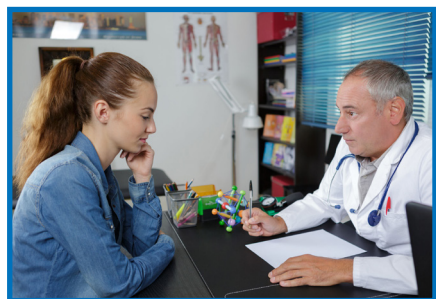
Sur le plan financier, cela se tient, le tabacologue facture les séances de tabacologie, le médecin ses prestations de médecine générale. J'ai l'avantage de disposer de plusieurs locaux au cabinet médical et donc de pouvoir organiser les consultations à trois, sur place, dans le même environnement.

Travailler à plusieurs pour un objectif commun est positif pour le résultat escompté mais aussi pour le plaisir de travailler ensemble, patient compris. Même si les résultats ne sont pas extraordinairement augmentés à ce stade, la facilité de mise en œuvre permet d'initier beaucoup plus de sevrages et de supprimer certains freins. Le patient est pris en compte, pas simplement envoyé chez le tabacologue.

Docteur Dominique Lamy - Médecin généraliste - Mons - Membre de l'Académie Royale de Médecine

## 2 | Tabagisme de nos patients : les recommandations de la "cellule Tabac" de la SSMG

Le tabagisme est le principal facteur de risque évitable du développement des maladies cardiovasculaires, de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), des affections bucco-dentaires et de nombreux cancers. Sans nier la plus-value des tabacologues pour les patients les plus dépendants, force est de constater que le médecin généraliste reste l'acteur de santé le plus proche et le plus accessible pour l'énorme majorité des fumeurs. Dès lors, il est utile de rappeler, au travers de ces quelques lignes, les bases pour la première ligne de soins.



### **Le statut tabagique : une info clé dans le DMG et le Summarized Electronic Health Record (SumEHR) !**

Dans une approche de promotion de la santé, s'enquérir du statut tabagique de chacun de nos patients dès l'adolescence est l'étape initiale et obligatoire de toute anamnèse de qualité. Idéalement, la question du tabac doit revenir chaque année dans nos échanges avec nos patients car leur statut et leur envie d'arrêter évolue dans le temps. Ce renseignement capital doit aussi rester disponible et visible de tous les prestataires autour du patient. Il est donc important de le noter de manière systématique dans le dossier médical. Dans le même but, il est utile de le faire apparaître parmi

les facteurs de risque des SumEHR que nous mettons en ligne sur le Réseau Santé Wallon.

### **Le conseil minimal : une mesure simple et efficace.**

Cette première étape réalisée, une seconde action essentielle et efficace est le conseil minimal. Il consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur. En cas de réponse positive, il est utile de demander au fumeur s'il a envie d'arrêter de fumer. Si sa réponse est négative, il suffit de transmettre le message suivant : *"Le jour où vous vous sentirez prêt, je peux vous aider si vous en ressentez le besoin"*. Cette proposition place le praticien en position de partenaire au sevrage mais sans aucun message culpabilisant envers le patient. Si sa réponse est positive, il est utile d'encourager le patient à prendre sa décision d'arrêt et à s'engager dans l'action. Ce conseil minimal adressé aux patients fumeurs permet d'obtenir au minimum 2 % d'arrêts spontanés dans les 12 mois qui suivent.

### **20 % des fumeurs sont prêts à l'arrêt.**

Dans la démarche d'accompagnement du fumeur qui souhaite stopper sa consommation, divers éléments doivent être pris en compte par les professionnels de santé. Primo, tous les fumeurs ne sont pas prêts à l'arrêt. En effet, environ 40 % des fumeurs sont satisfaits de leur tabagisme. Il n'est donc pas utile d'aller au-delà du conseil d'arrêt. Un second groupe de 40 % est ambigu par rapport à sa consommation. Il est utile de parler du tabac quelques minutes avec les patients de ce groupe afin de faire progresser chaque fumeur ambivalent vers une décision d'arrêt. Par contre, les derniers 20 % de fumeurs sont prêts à l'arrêt. C'est auprès de ces derniers que l'impulsion, le soutien et l'aide du médecin de famille auront le plus d'impact et de chance d'aboutir à un succès.

### **Techniques de soutien à la motivation et traitements.**

Dans cette démarche, la méthode des 5 A (Ask, Advice, Assess, Assist et Arrange) reste d'actualité car simple et efficace. L'entretien motivationnel est une autre technique toute aussi efficace et non culpabilisante.



Secundo, l'accompagnement du patient désireux d'arrêter doit se faire à plusieurs niveaux : aide motivationnelle dans la durée, soutien professionnel face aux symptômes de sevrage et aide médicamenteuse (substituts nicotiques, bupropion ou varénicline). Soulignons ici le lien très fort qui unit tabagisme et précarité. Cette réalité nécessite des efforts supplémentaires de la part du médecin de famille pour équilibrer les chances de réussite de chacun de nos patients.

La "cellule Tabac" de la SSMG reste disponible pour animer des groupes de médecins ou des groupes mixtes médecins/pharmaciens dans un but formatif. Pour cela, il suffit de contacter la coordinatrice par mail à [mireille.roillet@ssmg.be](mailto:mireille.roillet@ssmg.be)

Docteur Thierry Van der Schueren - Médecin généraliste - "Cellule Tabac" - SSMG

### 3 | Dites : A - La stratégie des 5 A - Recommandations de bonnes pratiques à l'égard du patient fumeur

Monsieur B., qui nous fait bronchite sur bronchite, s'en remet à nous, comme à l'accoutumée :

- Docteur, il me faudrait quelque chose de plus fort que la fois passée. ... Antibiotiques blablabla.
- Monsieur B., vous êtes fumeur, n'est-ce pas ?

Vous avez **questionné le statut tabagique du patient**. Voilà posé le premier des **5 A** : celui d'**Ask**.

Ask, c'est, **face à la pandémie tabagique** et sans nul instrument, la mesure inaugurale qui repose entièrement sur vous : **le dépistage**. Il doit être absolument **systematique**.

Then... **Advice**.

Si le patient fume, il importe évidemment de lui **conseiller l'arrêt**. Le **conseil** sera **ferme** et **personnalisé** : vos antécédents, patati patata... Dans le cas de Monsieur B. : la toux matinale, cet encombrement, l'involution de la fonction pulmonaire...

Ne manquez pas d'illustrer l'articulation du comportement tabagique et des maux dont le patient vous confie le soin. L'alliance thérapeutique vous situera comme **acteurs**, l'un et l'autre.

Ask, Advice ; **Assess** now. Il s'agit maintenant d'**évaluer** la dépendance et la capacité que présente le patient de s'engager dans un processus de changement.

- **La pharmacodépendance** est-elle avérée ? Diagnostic rendu par le mini-**Fagerström**.
- Quelles sont **les motivations du patient** ? La grille à double entrée que nous l'invitons à remplir met en évidence les fonctions (les bénéfiques) et les inconvénients de la fume. Et de l'arrêt.
- Quel est enfin son **degré de confiance** à l'égard d'un éventuel sevrage ? Quelles ressources et quels apports le patient croit-il pouvoir mobiliser dans cette perspective ?
  - *Je fume au saut du lit, pour ainsi dire, et, sur la journée, j'y vais d'un paquet, par ennui, surtout. Je suis motivé mais je ne tiens jamais longtemps : je me sens démuni, vous comprenez ?*
  - *Ne croyez-vous pas que vous seriez plus fort en utilisant les substituts nicotiques ou la varénicline : il n'y a pas de contre-indication pour vous. Quant à l'ennui, comment pourriez-vous, sans recourir à la cigarette vous occuper, vous changer les idées ? Dites-moi...*

Cet **abord socratique** (interactif, motivationnel) **a fait passer le praticien de l'anamnèse... à l'aide** ; au soin, proprement dit : le quatrième A, c'est bien celui d'**Assist**.

Si la **couverture nicotinique** ou pharmacologique est très souvent nécessaire, il importe aussi de gérer la **composante comportementale** du manque, les situations dans lesquelles s'imposait la fume.

A ce stade, **le choix vous appartient** (sans départager les bons des mauvais praticiens) **d'accompagner le patient fumeur vous-même... ou de le référer, de l'orienter**.

Vous le ferez dans la considération de variables en rapport :

- soit avec le patient (polyconsommateur, dépressif, anxieux, dont l'inertie vous épuise...) ;
- soit avec vous-même (je n'ai pas le temps/l'envie de m'investir plus avant...).

Et, quel que soit le choix que vous posez, **la responsabilité, vous la prenez d'organiser le suivi : Arrange follow-up.** C'est le dernier des 5 A.

Vous allez fixer, dans un horizon temporel adéquat, le prochain rendez-vous ; mobiliser le patient par des brochures, tâches ou questionnaires, une appli voire un défi de privation volontaire...

Et **si vous passez la main**, vous tenterez **de faciliter ce passage** : au moment de le brancher sur un tabacologue, rassurez le patient. Parce que l'inconnu lui fait peur, le jugement, l'austérité qu'il prête aux 'spécialistes'. Je compte sur vous, Monsieur B. : revenez me dire si tout s'est bien passé...

François Dekeyser - Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme - asbl Sept - Mons

## 4 | Amorcer le changement - Partage d'expériences

Lorsqu'un patient fait la démarche d'arrêter de fumer pour des raisons de santé, il s'exprime souvent avec des "Il faut", je dois", qui, bien souvent, renforcent son ambivalence. Il connaît en théorie les méfaits du tabac et les subit. Il ressent de la pression, se trouvant confronté à ses peurs (échecs, obstacles), représentation qu'il a de la cigarette qu'il considère parfois comme seul plaisir, comme un moyen de s'accorder une pause ou de gérer son stress, ses émotions.

Lors de l'entretien motivationnel avec le patient, on peut distinguer les cigarettes qu'il fume par besoin, par habitude ou par plaisir. Souvent le fumeur est surpris de réaliser qu'il n'y en a que peu dans sa consommation qui lui font vraiment plaisir. Il comprend le cercle vicieux de la nicotine, les automatismes qu'il a, les associations qu'il fait, surtout s'il fume à l'intérieur.

L'évaluation de la dépendance physique se fait avec le test de Fagerström. Simple et rapide, le patient apprécie de parler de sa façon de consommer. L'appareil de mesure du CO a souvent sur lui beaucoup d'impact (bips sonores, leds rouges) qui aussi le motive de par l'élimination rapide du CO (led vert en perspective). Un dosage en Nicotine Replacement Therapy (NRT) adapté à sa consommation lui offrira un certain confort dont il est parfois surpris. Une substitution nicotinique orale (spray ou comprimés d'1,5 mg en "trousse de secours" ou un inhaler, s'il ne peut éviter la gestuelle) peut être combinée à un patch pour un besoin ponctuel, différent d'une envie (environnement fumeur, alcool...) et le rassurera.

Une balance décisionnelle (cf. tableau) est intéressante pour initier le changement, si on profite de l'occasion pour comprendre les bénéfices secondaires de la cigarette, démystifier les croyances limitantes (freins) et permettre au patient de visualiser la façon dont sa qualité de vie sera améliorée ("plus de souffle" lui permettra de jouer au ballon avec son petit-fils, de marcher sur le Ravel...).

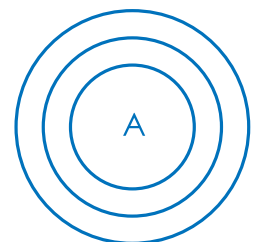
Je fume		Je deviens ex-fumeur	
Avantages	Inconvénients	Inconvénients	Avantages

Un cercle de l'objectif peut être aussi proposé en considérant l'arrêt du tabac comme un moyen d'arriver à un objectif plus global, tel que celui de vivre mieux :

**Centre** : objectif principal : vivre, se sentir mieux, vivre en bonne santé

**Partie externe** : moyens pour y arriver : arrêt du tabac, reprise de l'activité physique progressive, consommation d'eau, de fruits, respect du sommeil, régularité des repas, pauses, loisirs créatifs, méditation...

**Partie moyenne** : le 1<sup>er</sup> pas choisi par le patient pour le jour-même dans cette direction : ne plus fumer en voiture, marcher un peu...



Telle une pièce d'un puzzle que l'on remplace, le patient peut profiter de son projet pour développer de nouvelles stratégies pour répondre au mieux à ses besoins et se connecter plus à lui-même

Marie-Carole Tassignon - Tabacologue - Lens

Observatoire de la Santé du Hainaut  
rue de Saint-Antoine 1 - 7021 Havré - Belgique

Tél. : +32 (0)65 87 96 00 - Fax : +32 (0)65 87 96 79

Courriel : [observatoire.sante@hainaut.be](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

<http://observatoiresante.hainaut.be>

## COVID-19 : Tabagisme et nicotine

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) français, le Réseau européen pour la prévention du tabac (ENSP) et le Fonds contre les affections respiratoires (FARES) ont publié récemment des avis concernant les liens entre COVID-19 et tabagisme. En voici les principaux éléments.

### L'évolution de la maladie est-elle plus sévère avec un risque plus important de complications chez les fumeurs ?

Une revue systématique des études relatives au COVID-19<sup>1</sup> conclut que les fumeurs sont affectés plus sévèrement par le COVID-19, étant - par comparaison aux patients non-fumeurs - 2,4 fois plus susceptibles d'être admis dans une unité de soins intensifs, de requérir une assistance respiratoire ou d'en mourir. Il semble que la probabilité qu'ils développent des symptômes graves est également majorée (delta de 40 %). Elle confirme l'étude chinoise (Guan, 2020) qui indique aussi un risque accru vers une forme sévère ou très sévère<sup>2</sup>.

Ces résultats sont cohérents avec ce qui a été observé pour d'autres infections respiratoires et plausibles sur le plan physiopathologique.

### Y-a-t-il plus (ou moins) de fumeurs parmi les patients COVID-19 ?

Récemment, il a été constaté dans plusieurs séries de patients COVID-19, une plus faible proportion de fumeurs parmi celles-ci qu'en population générale. Ces résultats n'ont cependant été confirmés que pour des patients hospitalisés ou ambulatoires mais pas pour les patients atteints d'affection sévère et en soins intensifs. L'hypothèse explicative la plus probable est une sous-notification du tabac dans ces séries. Le rappel téléphonique des patients pour vérification du statut tabagique a notamment conduit à observer un triplement de la proportion de fumeurs. De plus, ces chiffres très bas doivent également être analysés en fonction de l'âge moyen des patients étudiés et non par rapport à la prévalence tabagique générale dans la population.

Des données provenant de Chine, ont aussi montré que les personnes souffrant de problèmes de santé cardiovasculaires ou respiratoires causés par le tabagisme présentent un risque majoré de développer des symptômes sévères du COVID-19<sup>3</sup>.

Cependant suivant les conclusions d'une autre étude récente, le tabagisme peut réguler positivement un récepteur enzymatique appelé ACE2, identifié comme un récepteur, tant pour le coronavirus du SRAS que le coronavirus respiratoire humain<sup>4</sup>.

La constatation d'un taux particulièrement bas de fumeurs chez les patients hospitalisés atteints du COVID-19 est donc à manier avec grande précaution dans la mesure où ces études semblent révéler de grandes imprécisions dans la prise en compte de ce facteur de risque au sein des échantillons observés.

1. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. Tobacco induced diseases. 2020;18.

2. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H, Lei CL, Hui DS, Du B. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. New England Journal of Medicine. 2020 Feb 28.

3. Lawrence H, Hunter A, Murray R, Lim WS, McKeever T. Cigarette smoking and the occurrence of influenza—Systematic review. Journal of Infection. 2019 Nov 1;79(5):401-6.

4. Brake SJ, Barnsley K, Lu W, McAlinden KD, Eapen MS, Sohal SS. Smoking Upregulates Angiotensin-Converting Enzyme-2 Receptor: A Potential Adhesion Site for Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Clinical Medicine. 2020; 9(3): 841.

## A RETENIR

La prévalence relative aux décès, recours à l'assistance respiratoire ou admissions en unité de soins intensifs est majorée par le tabagisme du patient atteint par le COVID-19.

Si un effet protecteur de la nicotine vis-à-vis du COVID-19 reste encore à prouver, le rapport bénéfique/risque plaide largement en faveur de l'arrêt du tabac.

Dans ce contexte, l'auto-prescription de produits nicotiniques à visée de "protection contre le COVID-19" est déconseillée car, à ce stade, rien ne prouve son efficacité.

L'utilisation de cigarettes électroniques ou de produits de tabac chauffé ne constitue pas un choix "plus sûr" et peut augmenter les risques d'hospitalisation/de développer des symptômes graves.

La chicha (pipe à eau) peut, en favorisant des concentrations sociales, augmenter la transmission de (la) maladie(s).

L'exposition à la fumée secondaire (tabagisme passif) peut avoir pour effet d'augmenter le risque de symptômes graves et d'hospitalisation.