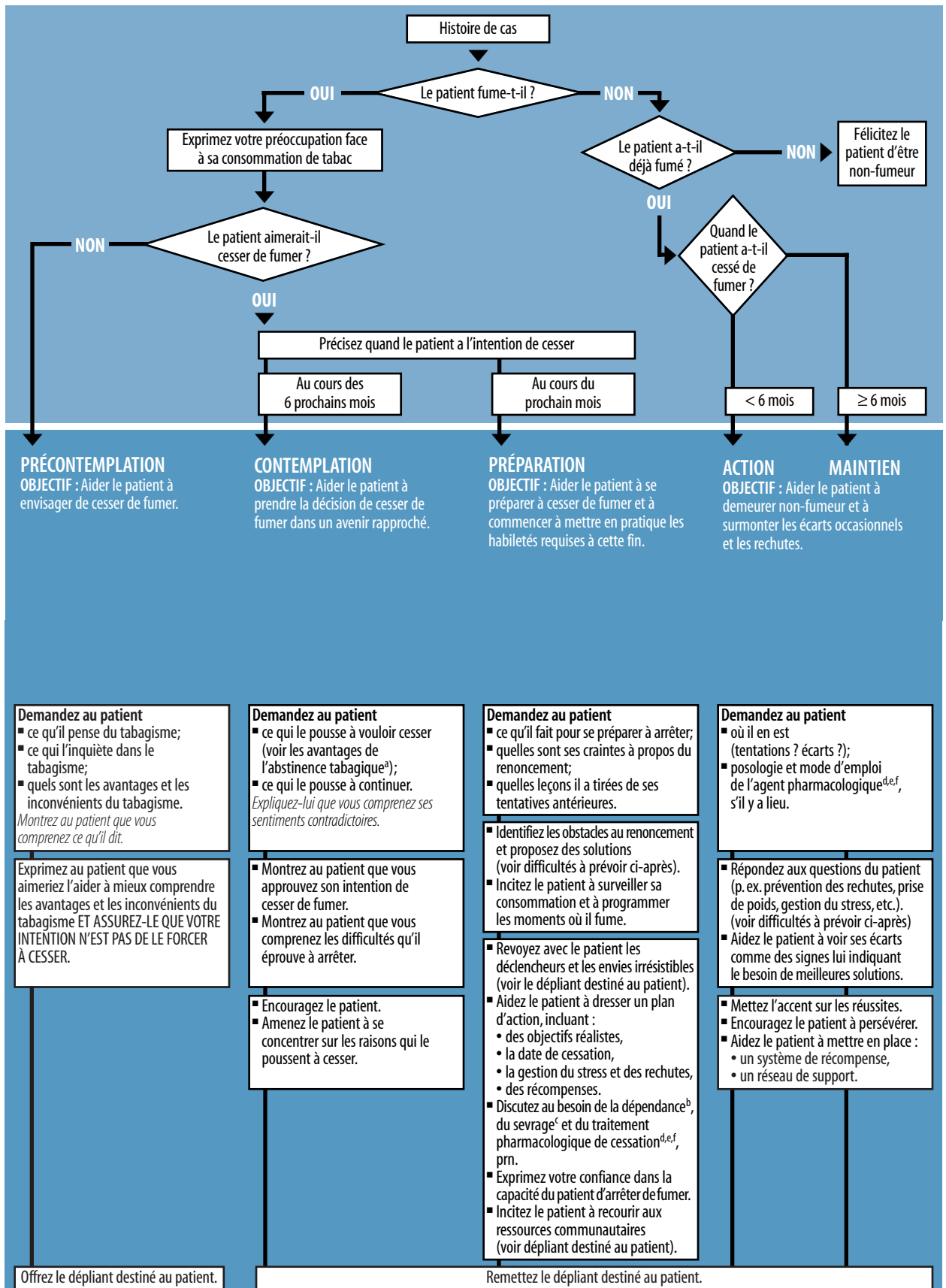


Approche clinique suggérée
pour la prise en charge des fumeurs

Approche clinique suggérée pour la prise en charge des fumeurs



Demandez au patient

- ce qu'il pense du tabagisme;
- ce qui l'inquiète dans le tabagisme;
- quels sont les avantages et les inconvénients du tabagisme.

Montrez au patient que vous comprenez ce qu'il dit.

Exprimez au patient que vous aimeriez l'aider à mieux comprendre les avantages et les inconvénients du tabagisme ET ASSUREZ-LE QUE VOTRE INTENTION N'EST PAS DE LE FORCER À CESSER.

Offrez le dépliant destiné au patient.

Demandez au patient

- ce qui le pousse à vouloir cesser (voir les avantages de l'abstinence tabagique^a);
- ce qui le pousse à continuer.

Expliquez-lui que vous comprenez ses sentiments contradictoires.

- Montrez au patient que vous approuvez son intention de cesser de fumer.
- Montrez au patient que vous comprenez les difficultés qu'il éprouve à arrêter.

- Encouragez le patient.
- Amenez le patient à se concentrer sur les raisons qui le poussent à cesser.

Remettez le dépliant destiné au patient.

Demandez au patient

- ce qu'il fait pour se préparer à arrêter;
- quelles sont ses craintes à propos du renoncement;
- quelles leçons il a tirées de ses tentatives antérieures.

- Identifiez les obstacles au renoncement et proposez des solutions (voir difficultés à prévoir ci-après).
- Incitez le patient à surveiller sa consommation et à programmer les moments où il fume.

- Revoyez avec le patient les déclencheurs et les envies irrésistibles (voir le dépliant destiné au patient).
- Aidez le patient à dresser un plan d'action, incluant :
 - des objectifs réalistes,
 - la date de cessation,
 - la gestion du stress et des rechutes,
 - des récompenses.
- Discutez au besoin de la dépendance^b, du sevrage^c et du traitement pharmacologique de cessation^{d,e,f}, prn.
- Exprimez votre confiance dans la capacité du patient d'arrêter de fumer.
- Incitez le patient à recourir aux ressources communautaires (voir dépliant destiné au patient).

Remettez le dépliant destiné au patient.

Demandez au patient

- où il en est (tentations ? écarts ?);
- posologie et mode d'emploi de l'agent pharmacologique^{d,e,f}, s'il y a lieu.

- Répondez aux questions du patient (p. ex. prévention des rechutes, prise de poids, gestion du stress, etc.). (voir difficultés à prévoir ci-après)
- Aidez le patient à voir ses écarts comme des signes lui indiquant le besoin de meilleures solutions.

- Mettez l'accent sur les réussites.
- Encouragez le patient à persévérer.
- Aidez le patient à mettre en place :
 - un système de récompense,
 - un réseau de support.

Remettez le dépliant destiné au patient.

Notes d'accompagnement : tabagisme

a) **Quelques avantages de l'abstinence tabagique :** Les bienfaits du renoncement au tabac sont corroborés par des données robustes, même chez les personnes âgées et les patients qui souffrent déjà de maladies chroniques liées au tabac.

Les gros fumeurs (deux paquets par jour) qui arrêtent de fumer gagnent en moyenne 4 années de vie, compte tenu des taux réduits de la mortalité attribuable aux MCV et au cancer du poumon.

Un an après avoir cessé de fumer, le risque de maladie coronarienne est réduit de 50 %.

De plus, le fait d'arrêter de fumer :

- réduit rapidement la concentration sanguine en CO,
- diminue la production de mucus, la toux et l'essoufflement,
- élimine une source majeure d'irritation de la gorge, et
- accroît les sens du goût et de l'odorat.

Pour certaines personnes, c'est aussi une façon de prendre sa vie en main - facteur important chez les personnes dont le statut socio-économique est faible.

L'impact positif de l'abstinence des parents sur les enfants (p. ex. donner le bon exemple ou prévenir l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement) peut aussi être considéré comme un avantage important.

Au nombre des autres avantages qui sont d'importance pour le patient, mentionnons :

- la diminution des rides,
- une haleine fraîche, et
- des économies permettant de faire de nouvelles acquisitions.

b) **Dépendance :** Il a été établi que la nicotine est une drogue qui engendre une forte dépendance.

Les principaux indicateurs de dépendance sont les suivants :

- Le nombre de cigarettes fumées par jour (≥ 10 par jour, suggère une dépendance).
- Le moment où l'on fume la première cigarette le matin après le réveil (< 30 minutes après le réveil).
- La présence de symptômes de sevrage lors des tentatives d'arrêt antérieures.

En présence de l'un ou l'autre de ces indicateurs, il faut envisager fortement de recourir à un traitement pharmacologique de cessation à cause de la dépendance probable et de l'apparition éventuelle de symptômes de sevrage prononcés associés à des taux de rechute élevés.

c) **Sevrage :** Les symptômes de sevrage sont temporaires et se produisent lorsque la nicotine est éliminée du sang. Ces symptômes peuvent varier selon les patients :

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| ■ Envie irrésistible de fumer | ■ Irritabilité, agitation |
| ■ Difficulté de se concentrer | ■ Troubles du sommeil |
| ■ Céphalées | ■ Dyspepsie |
| ■ Étourdissements | ■ Tremblements et transpiration |

Les symptômes perdent en général de leur acuité après 7 jours, mais restent présents pendant des semaines. Il faut en aviser le patient et l'informer que les 2 premières semaines sont une période critique pour les rechutes. Le patient ne pourra par ailleurs déclarer « victoire » après seulement quelques semaines, car il aura encore des envies de fumer pendant des mois.

Une bonne façon d'aider les patients (notamment ceux qui ne sont pas soumis à un traitement pharmacologique de cessation) à tolérer ces symptômes est de souligner que ceux-ci sont courants, qu'ils ne durent qu'un temps et qu'ils témoignent des efforts que fait leur organisme pour éliminer une substance nocive (la nicotine).

d) Traitement de remplacement de la nicotine (TRN) : Il est particulièrement indiqué pour les patients dépendants de la nicotine. Il est contre-indiqué pour les patients qui viennent de faire (4 semaines) un infarctus ou pour ceux qui présentent des arythmies potentiellement létales, une angine de poitrine sévère ou qui empire, une atteinte cutanée généralisée, une hypersensibilité à la nicotine ou qui ont fait récemment un AVC ainsi que pour les femmes enceintes ou allaitantes et les enfants. Les patients sous TRN doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux pour tout symptôme de sevrage nicotinique, de toxicité de la nicotine et d'interactions médicamenteuses ou autres. (Voir la note f sur la médication non-nicotinique pour cesser de fumer.)

N.B. : La dose de nicotine résultant d'une consommation régulière de cigarettes excède généralement celle provenant de la TRN. De plus, les effets cardiovasculaires de la nicotine sont, en général, plus prononcés et rapides lorsqu'ils découlent de la consommation de cigarettes que lorsqu'ils sont consécutifs à la libération plus lente caractéristique du timbre ou de la gomme. Les essais cliniques portant sur la TRN auprès d'individus porteurs de cardiopathie ischémique stable indiquent que la nicotine ainsi libérée n'accroît pas leur risque.

MÉDICAMENTS	POSOLOGIE	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
GOMME DE NICOTINE (polacrilex) - Nicorette : 2 mg	Habituelle : 10-12 gommes/jour initialement jusqu'à un maximum de 20/jour pendant 12 semaines; diminuer ensuite d'une gomme/jour chaque semaine en tenant compte des symptômes de sevrage du patient. Technique recommandée : mâcher puis placer la gomme entre la joue et la gencive (<i>chew and park</i>) et ce, pour un total de 30 minutes par gomme.	Action rapide, vitesse de libération contrôlée par le patient, peut être adaptée à l'emploi du temps du patient.	Nécessite une observance élevée; souvent mal utilisée (mâchée mais non placée entre la gencive et la joue), ce qui entraîne certains effets secondaires (hoquets, douleurs gastriques, brûlures de la gorge, nausées); douleurs à la mâchoire, aérophagie; problèmes d'adhérence aux prothèses dentaires; certains patients deviennent dépendants.
GOMME DE NICOTINE (polacrilex) - Nicorette : 4mg	Habituelle : 10-12 gommes/jour initialement jusqu'à un maximum de 20/jour pendant 12 semaines; diminuer ensuite d'une gomme/jour chaque semaine en tenant compte des symptômes de sevrage du patient. Technique recommandée : mâcher et placer la gomme entre la joue et la gencive (<i>chew and park</i>) et ce, pour un total de 30 minutes par gomme.	Produit nicotinique très efficace pour les fumeurs très dépendants. Peut être recommandé aux patients qui ont échoué avec la gomme de 2 mg et qui veulent continuer d'utiliser la gomme.	Tous les inconvénients mentionnés ci-dessus, mais à un taux plus élevé; plus haut taux de dépendance; taux de rechute élevé.
TIMBRES NICOTINIQUES (transdermiques) - Habitrol, Nicoderm, Nicotrol	Voir <u>Posologie recommandée des timbres nicotiniques</u> .	Faciles d'utilisation; demandent peu d'efforts du point de vue de l'observance; libération continue de nicotine; n'entraînent pas de dépendance.	Peuvent ne pas libérer suffisamment de nicotine pour certains patients; effets secondaires; irritation cutanée; rêves intenses; taux de rechute élevé.

e)

POSOLOGIE RECOMMANDÉE DES TIMBRES NICOTINIQUES *†‡

Habitrol^(R)

21 mg/24hres X 4 sem
14 mg/24hres X 2 sem
7 mg/24hres X 2 sem

Nicoderm^(R)

21 mg/24hres X 4 sem
14 mg/24hres X 2 sem
7 mg/24hres X 2 sem

Nicotrol^(R)

15 mg/16hres X 4 sem
10 mg/16hres X 2 sem
5 mg/16hres X 2 sem

* Un ajustement de la dose est requis pour les patients pesant moins de 45 kg ou ceux atteints de MCV pour qui la TRN n'est pas contre-indiquée.

† Si le patient fume plus de 2 à 3 cigarettes pendant qu'il porte le timbre, le traitement doit être interrompu et offert de nouveau 6 à 12 mois plus tard.

‡ La durée du traitement devrait être adaptée à chaque cas et une attention particulière devrait être accordée à la reconnaissance des symptômes de sevrage.

Adaptation des sources 2 et 3

f) Médication non-nicotinique pour la cessation tabagique :

Zyban^{md} (chlorhydrate de bupropion) est le premier agent de cessation tabagique disponible en comprimés. Bien que son mécanisme d'action ne soit pas bien connu, on sait que le bupropion (un antidépresseur) agit au cerveau sur des mécanismes noradrénergiques et dopaminergiques ayant été impliqués dans l'accoutumance à la nicotine. Son efficacité en matière de cessation tabagique a été démontrée dans des études cliniques où il a été utilisé concomitamment à du *counselling* auprès du patient : les taux de cessation à un an étaient approximativement deux fois plus élevés que ceux atteints après placebo. Des données plus récentes suggèrent que le bupropion serait presque deux fois plus efficace que certains timbres nicotiques.

Effets secondaires : Les plus fréquents sont les suivants : sécheresse de bouche, insomnie et étourdissements. Son utilisation a été associée à un risque de convulsion lié à la dose. **Un dosage plus élevé que celui recommandé ne devrait donc pas être prescrit.**

Contre-indications : Patients traités au Wellbutrin SR^{md} (l'antidépresseur) ou avec tout autre médicament contenant du bupropion, ceux atteints de problèmes convulsifs, ceux ayant un diagnostic actuel ou antérieur de boulimie ou d'anorexie nerveuse, ceux étant présentement ou ayant été traités avec un inhibiteur de la monoamine oxydase (MAO), ceux ayant déjà présenté une réaction allergique au bupropion ou à tout autre ingrédient de Zyban^{md}.

Précautions : Il doit être utilisé avec extrême prudence par les patients ayant une histoire de convulsions, de traumatisme crânien ou ayant une prédisposition aux convulsions, par ceux ayant été traités avec d'autres agents (par exemple, des antipsychotiques, des antidépresseurs, de la théophylline, des stéroïdes systémiques, etc.) ou soumis à des régimes thérapeutiques (par exemple, la cessation abrupte de benzodiazépines) qui peuvent diminuer le seuil de convulsions. Il faut noter que les antidépresseurs peuvent précipiter des épisodes maniaques chez les patients atteints d'un désordre bipolaire et activer une psychose latente chez les individus susceptibles. Zyban^{md} n'est pas recommandé pour les femmes enceintes ou allaitantes. Son profil d'innocuité n'est pas connu pour les enfants.

Dosage et administration:

- La dose recommandée et maximale est de 300 mg die :
 - administrée à raison de 150 mg BID;
 - avec un intervalle minimal de 8 heures entre les doses.
- Le dosage doit débiter à 150 mg die :
 - donné pour les trois premiers jours;
 - suivi d'une augmentation de la dose à 300 mg die pour la plupart des patients.
- Le traitement doit être initié pendant que le patient fume :
 - il faut environ 1 semaine de traitement pour que des taux sanguins stables de bupropion soient atteints;
 - une date de cessation doit être fixée par le patient à l'intérieur des deux premières semaines de traitement (généralement lors de la 2^e semaine).
- Le traitement doit être poursuivi durant 7 à 12 semaines.

N.B. : Si le patient n'a pas accompli de progrès significatifs à la 7^e semaine de traitement, celui-ci devrait probablement être discontinué.

Les patients doivent être exposés à du *counselling* antitabagique et recevoir du soutien tout au long du traitement avec le bupropion, et après.

Traitement combiné : Le Zyban^{md} et les timbres de nicotine peuvent être utilisés simultanément. Certaines données suggèrent un plus grand taux de cessation à la suite de ce traitement combiné comparativement à l'un ou à l'autre de ces agents pris isolément. Toutefois, une étude plus récente suggère que le traitement combiné ne serait pas significativement supérieur au traitement au bupropion seul. Le patient ne devrait pas fumer s'il utilise des timbres. Il est à noter qu'un tel traitement peut s'accompagner d'une élévation de la tension artérielle (TA) et que la TA du patient doit être vérifiée régulièrement.

Prise en charge du patient qui cesse de fumer : difficultés à prévoir et pistes de solution

Risque de rechute

Certains événements, sentiments ou activités peuvent accroître le risque de rechute : se trouver en compagnie de fumeurs, avoir des échéances serrées, se disputer avec quelqu'un, avoir une envie irrésistible de fumer ou être de mauvais humeur, boire de l'alcool ou du café, etc. Il faut apprendre aux patients à reconnaître ces situations critiques et à développer leurs moyens d'y faire face.

Ces moyens sont les suivants :

- Anticiper et éviter les situations dangereuses.
- Mettre en œuvre des stratégies qui leur permettent de ne pas céder lors de sentiments négatifs.
- Modifier leur mode de vie de façon à réduire le stress, à améliorer leur qualité de vie ou à accroître leur plaisir de vivre (p. ex. s'adonner à des activités physiques).
- Recourir à des stratégies cognitives ou comportementales qui détourneront leur attention des envies irrésistibles de fumer (p. ex. prendre une « pause-promenade » au lieu d'une pause-café).

Difficulté d'arrêter de fumer pendant la grossesse

Le fait de fumer pendant la grossesse est associé à une augmentation des avortements spontanés, et à des complications de grossesse comme le placenta praevia, l'accouchement prématuré ou la naissance d'un bébé de poids insuffisant. Le risque pour la santé de l'enfant à naître revient à la normale si la mère arrête de fumer au cours du premier trimestre de sa grossesse. Même si elle arrête plus tard (soit jusqu'à la 30^e semaine), elle réduit malgré tout les risques de complications à la naissance.

D'après les estimations courantes, de 20 à 40 % des femmes enceintes tenteraient de cesser de fumer durant leur grossesse. Le médecin se doit d'expliquer à la fumeuse enceinte et à son conjoint les risques associés au tabagisme durant la grossesse mais aussi après l'accouchement. Il doit aussi recommander des stratégies d'abandon. Le fait d'offrir des traitements de cessation spécialisés durant la grossesse accroît le taux d'abandon. Le traitement pharmacologique antitabagique n'est pas recommandé durant la grossesse ni durant l'allaitement.

Peur de l'échec

Moins de 25 % des fumeurs réussissent à arrêter dès leur première tentative. La plupart doivent s'y reprendre de 3 à 4 fois. Cesser de fumer s'apparente à un nouvel apprentissage : il faut du temps pour intégrer de nouvelles habiletés. Il peut être rappelé aux patients que renoncer à la cigarette, c'est comme apprendre à faire de la bicyclette. Combien réussissent la première fois ? Il en est souvent de même pour cesser de fumer. Il faut conseiller aux patients de faire davantage d'exercice; des études donnent en effet à penser que l'activité physique peut aider à demeurer abstinent. L'optimisme manifesté par le médecin quant au succès final de la tentative peut aussi aider à motiver les patients pessimistes.

Envie irrésistible de fumer

La plupart de ces envies durent moins de 20 minutes. Certaines n'en durent que cinq. Quelques-unes semblent associées à des situations particulières, comme boire un café ou prendre un verre d'alcool. Il est recommandé de conseiller aux patients de prévoir des activités qui les garderont occupés jusqu'à ce que ces envies passent et d'anticiper les situations qui semblent les déclencher afin de mieux les contrôler.

Troubles du sommeil

On peut faire les recommandations suivantes au patient qui présente ce symptôme de sevrage particulier : n'aller au lit que lorsqu'il est fatigué; ne jamais dormir le jour; éviter la caféine en fin de journée; se lever si le sommeil ne vient pas après 30 minutes; faire de l'exercice pendant la journée.

Tabagisme des autres membres de la famille

Il est moins facile d'arrêter de fumer lorsqu'il y a d'autres fumeurs à la maison, et à plus forte raison s'il s'agit du conjoint. Le patient devrait envisager d'arrêter en même temps que son conjoint (ou autre proche), ou dresser un plan d'action pour ne pas fumer à la maison même si les autres continuent. Le médecin doit s'informer si d'autres membres de la famille fument, et offrir de les aider eux aussi à abandonner. Il peut aussi inciter son patient à trouver dans son entourage une personne qui l'aidera dans sa démarche (p. ex. un collègue, un ami).

Problèmes liés aux timbres à base de nicotine

Le recours à la nicotine transdermique double environ les taux d'abandon après 6 à 12 mois comparativement aux interventions placebo. **Les patients observent généralement mieux le mode d'utilisation des timbres que celui de la gomme.** Jusqu'à 50 % des utilisateurs de timbres présenteront une réaction cutanée locale. Ces réactions sont habituellement bénignes et guérissent spontanément, mais il arrive qu'elles s'aggravent au cours du traitement. Le médecin pourra traiter ces lésions en prescrivant un traitement topique à base de crème d'hydrocortisone (5 %) ou de triamcinolone (0,5 %), et en recommandant une rotation des sites d'application du timbre. L'interruption du traitement ne s'impose que pour moins de 5 % des patients qui présentent de telles réactions cutanées.

Problèmes liés à la gomme à base de nicotine

Le recours à la gomme de nicotine accroît d'environ 40 à 60 % les taux d'abandon après un an. Les chercheurs ont toutefois observé certains problèmes liés à l'observance du traitement, à sa facilité d'utilisation, à son acceptabilité sociale et au goût déplaisant du produit. Les timbres à base de nicotine sont associés à moins de problèmes d'observance et sont plus faciles à utiliser.

Le timbre est donc préférable pour une utilisation clinique systématique.

Pour certains patients, cependant, le recours à la gomme peut être recommandé dans l'un ou l'autre des cas suivants : la préférence du patient pour ce mode de traitement, l'échec antérieur avec les timbres de nicotine, et la contre-indication spécifique des timbres (p. ex. réactions cutanées sévères).

La plupart des effets secondaires de la gomme sont relativement bénins et provisoires. Nombre d'entre eux peuvent être diminués en corrigeant la technique d'utilisation. La gomme doit être mâchée lentement jusqu'à l'apparition d'un goût « poivré », puis placée entre la joue et la gencive pour optimiser l'absorption de nicotine (*chew and park*). Il faut ainsi la mâcher lentement et la placer entre la joue et la gencive par intermittence pendant une trentaine de minutes. Il est parfois plus bénéfique de mâcher la gomme selon un horaire établi (au moins un morceau toutes les heures ou aux deux heures pendant au moins 1 à 3 mois) que de le faire de façon improvisée.

Certains patients désirent continuer à utiliser la gomme plus longtemps que ce qui est habituellement recommandé. Le médecin doit considérer que même s'il doit encourager le sevrage, il vaut nettement mieux pour le patient de continuer à mâcher la gomme plutôt que de se remettre à fumer.

Prise de poids (ou crainte de...)

Seulement 10 % des fumeurs qui prennent du poids après avoir renoncé au tabac le conservent. Très peu d'ex-fumeurs gagnent plus de deux à quatre kilos et demi (5 à 10 livres). Les femmes ont tendance à grossir un peu plus que les hommes. La prise de poids suivant l'arrêt semble causée par un apport alimentaire accru et par certains ajustements du métabolisme. Ce dernier facteur donne à penser que même si l'ex-fumeur n'accroît pas son apport calorique, il pourra quand même gagner du poids, à moins de faire plus d'exercice.

Il peut être utile, pour le médecin, de savoir que des études récentes remettent en question la possibilité que la tabagisme contribue au contrôle du poids corporel chez les jeunes.

Dans le cas des fumeurs qui craignent beaucoup de prendre du poids, le médecin peut envisager de recommander la TRN ou le bupropion étant donné qu'on a démontré que ceux-ci pouvaient réduire ou retarder la prise de poids après l'abandon du tabac.

Comme, pour beaucoup de fumeurs (notamment des fumeuses), la peur de prendre du poids est un puissant incitatif à continuer de fumer ou à recommencer, le médecin devrait aider ses patients à réduire au minimum le risque de prise de poids en leur suggérant :

- de tenir un relevé alimentaire quotidien et d'y consigner tout ce qu'ils mangent;
- de réduire la quantité de gras et de sucres consommés, de même que la taille des portions;
- lors d'envies irrésistibles de porter quelque chose à la bouche :
 - de boire un verre d'eau,
 - de mâcher de la gomme sans sucre,
 - de manger des légumes (bâtonnets de carotte, branches de céleri) ou des fruits comme collation...;
- de commencer un programme d'activité physique pour accroître les dépenses énergétiques.

Révisé par Gerry Brosky, MD, CCFP, Département de médecine familiale, Université Dalhousie.

Les interventions de cessation tabagique offrent aux médecins la plus grande opportunité pour améliorer la santé présente et future de tous les Canadiens.

LISTE ABRÉGÉE DE RÉFÉRENCES

1. Conseil canadien sur le tabagisme et la santé. *Guidez vos patients vers un avenir sans tabac*, 1992, 1996.
2. U.S. Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. *Clinical Practice Guideline Number 18: Smoking Cessation*, 1996.
3. Bass, F. Smoking Cessation, *Therapeutic Choices*, 1995.
4. Satpleton, J.A. Dose Effects and Predictors of Outcome in a Randomized Trial of Transdermal Nicotine Patches in General Practice; *Addiction*, 1995; 90:31-42.
5. Prochaska, J.O. et Goldstein, M.G. Process of Smoking Cessation: Implications for Clinicians, *Clin Chest Med* 1991; 12(4): 727-735.