

Jacques Cornuz, Polyclinique médicale universitaire, Lausanne

Patients fumeurs: quelle prise en charge?

La plupart de nos patients fumeurs souhaitent – un jour – arrêter de fumer. Notre rôle consiste à les aider à surmonter leurs ambivalences et dans leur processus d'arrêt, en particulier à faire face au sevrage tabagique.

Cet article propose plusieurs conseils pratiques dans l'attitude face à un patient fumeur. Il se base sur l'expérience de plus de 15 ans d'aide à la désaccoutumance au tabac dans le cadre d'une pratique de médecine interne générale, nos dernières recommandations de pratiques cliniques suisses, publiées en 2010 [1, 2], ainsi que sur les recommandations internationales, en particulier en provenance des Etats-Unis, de Nouvelle-Zélande, du Canada et du Royaume-Uni [3–5]. Ces conseils sont valables non seulement pour les fumeurs de cigarettes, mais également pour les utilisateurs d'autres produits du tabac, tels que cigare, pipe, tabac à priser et chicha (pipe à eau).

Comme pour chaque prise en charge clinique, le médecin doit mettre la consommation de tabac de son patient dans le contexte de vie de celui-ci. Nous savons tous que la cigarette représente pour certains patients une béquille psychologique et que l'arrêt du tabac risque de déstabiliser un équilibre précaire et mettre à jour des symptômes d'une dépression jusqu'alors larvée.

Les consommations concomitantes d'autres produits psychoactifs, tels que alcool et cannabis complexifient souvent la prise en charge. Rien ne justifie cependant de ne pas mettre à l'agenda d'un fumeur alcoolique la désaccoutumance au tabac; d'ailleurs, celui-ci risque plus de mourir de son tabagisme que de sa consommation d'alcool! En ce qui concerne les fumeurs de cigarettes et de cannabis, rappelons que la plupart de ceux-ci, en particulier les jeunes, mélangent le tabac au cannabis dans leurs «joints», ce qui

nécessite de bien d'expliquer au patient ne souhaitant arrêter que la consommation de cigarettes, et non pas la consommation de joints, que c'est impossible puisqu'en continuant sa seule consommation de joint, il continuera à être exposé au tabac et à la nicotine!

Même chez les fumeurs les plus décidés à arrêter de fumer persiste une ambivalence. Selon le type de fumeurs, certaines thématiques permettent de surmonter certaines ambivalences. A titre d'exemple, chez les jeunes, la manipulation dont ils font l'objet par l'industrie du tabac, ou les bénéfices de santé à court terme sur certains symptômes (souffle) sont des pistes à explorer. Chez les patients d'âge mûr, ce sont l'impact financier de la consommation de tabac régulière et la normalité du comportement sociétal non fumeur qui peuvent être explorés. Chez les personnes d'âge avancé, le bénéfice immédiat (diminution des symptômes de bronchite chronique) ou l'exemplarité par rapport aux petits enfants sont des pistes intéressantes.

C'est l'occasion ici de rappeler que plus les données épidémiologiques avancent, plus le nombre de maladies qui ne sont pas influencées par la consommation de tabac diminuent! Si tous les fumeurs savent que le tabac provoque le cancer du poumon, rares sont encore ceux qui savent que l'arrêt du tabac est le seul facteur de risque modifiable pour limiter les maladies ophtalmologiques fréquentes et invalidantes, telles que la cataracte ou la dégénérescence maculaire sénile. De plus, le fumeur sous-estime son risque individuel de maladie liée au tabagisme. La plupart des fumeurs présentent en effet le biais d'optimisme: ils connaissent les méfaits de la cigarette, mais ils pensent que ceux-ci ne les concerneront pas personnellement.

Face au patient décidé à arrêter de fumer, notre rôle est donc ce-



Figure 1
Evolution de l'inhalateur après 2 mois de traitement de substitution chez un patient fumeur de 41 ans. En haut: inhalateur au début du traitement; en bas: inhalateur après 2 mois.

Tableau 1

Conseils pratiques.

1. L'utilisation de substituts nicotiques avant un arrêt définitif semble augmenter les taux d'abstinence et peut être considérée comme un pré-traitement avant une tentative d'arrêt
2. Les fumeurs atteints de troubles psychiatriques devraient également recevoir un conseil en désaccoutumance. Les médecins doivent surmonter leurs réticences à fournir un conseil à cette catégorie de patients
3. Les femmes fumeuses doivent bénéficier des mêmes conseils et interventions que les hommes fumeurs, mais les médecins doivent tenir compte des motivations et des obstacles à l'arrêt propres aux fumeuses (crainte de la prise de poids, rôle de gestion de la cigarette dans la gestion des émotions négatives, ...)
4. L'usage des substituts nicotiques n'est pas contre-indiqué chez les adolescents, mais il n'existe pas d'évidence de leur efficacité
5. Les «petits» fumeurs courent également un risque pour leur santé. Ils doivent bénéficier des mêmes conseils que les autres fumeurs, même si l'évidence de l'efficacité des substituts nicotiques est controversée.
6. Le médecin ne doit pas nier la possibilité d'une prise pondérale à l'arrêt du tabac ni en minimiser les conséquences possibles pour le fumeur qui arrête. Il doit aborder ce sujet ouvertement avec le fumeur désireux de cesser de fumer et lui offrir une aide appropriée, en rappelant que la prise pondérale n'expose pas aux mêmes risques que la poursuite du tabagisme. Il peut aussi rappeler que certains fumeurs arrêtent de fumer sans prise de poids: celle-ci n'est donc pas inéluctable!
7. Les substituts nicotiques peuvent être employés même chez les patients cardiaques, sauf dans la phase qui suit immédiatement un infarctus.

lui d'un «facilitateur», dans un cadre empathique, et une relation médecin-patient où le paternalisme médical n'est souvent guère approprié!

Afin d'être sur la même longueur d'onde que le patient fumeur, il est primordial de prononcer le mot «plaisir» lors de la prise en charge du patient fumeur. En effet, même chez le fumeur motivé, persistent toujours quelques cigarettes qui apportent du «plaisir»,

en particulier celles du matin et après les repas. Une fois cette composante «plaisir» quittancée, il est approprié, lors de l'entretien motivationnel, de faire en sorte qu'il réalise que ce «plaisir» n'est souvent qu'une interprétation d'un sentiment de récompense procuré par la consommation de tabac après un sevrage temporaire (nuit et repas, par exemple). L'objectif est de faire prendre conscience qu'il s'agit non pas de plaisir (*pleasure*), mais d'une récompense (*rewarding*). C'est l'occasion d'exprimer clairement au patient fumeur qu'il devra faire le deuil de ce «plaisir» et qu'il doit donc se préparer à une certaine perte.

Programme – suivi

Lorsqu'un patient est décidé à arrêter de fumer, rappelons quelques éléments importants de prise en charge:

1. Dès que le patient est un fumeur régulier, dès 5 à 10 cigarettes par jour, un traitement contre le sevrage nicotinique est indiqué. Le choix se base à la fois sur les préférences du patient et quelques contre-indications [5]. Il faut privilégier l'association médicamenteuse combinant un traitement de longue durée d'action, tel que le patch ou le bupropion, et un substitut de courte durée d'action, facilement utilisable tel que l'inhalateur (appareil en plastique qui contient une cartouche de nicotine), la gomme ou le comprimé de nicotine à sucer. L'inhalateur a l'avantage de combiner la substitution en nicotine et en gestuelle. Cela ne suffit cependant pas toujours pour abolir la nervosité du fumeur en sevrage, comme en témoigne l'état de l'inhalateur après 2 mois de traitement au cours desquels le patient a visiblement utilisé vigoureusement cette aide (fig. 1)! Rappelons qu'il n'y a aucun risque de surdosage en substitution nicotinique chez les fumeurs, ceux-ci sachant très bien jusqu'où ils peuvent recourir à un produit contenant de la nicotine! Le risque est au contraire souvent celui d'un sous-dosage et d'une rechute liée à un manque de substitution (tableau 1).
2. Le patient et son médecin doivent décider d'un jour d'arrêt (la fameuse *quit date*, ou *quit day*) qui représente en quelque sorte un engagement (*commitment*) du patient envers lui-même et envers le médecin qui est prêt à l'aider dans ce processus. Que ce jour

**Figure 2**

Bénéfice de l'arrêt du tabac chez un patient de 67 ans qui fumait deux paquets de cigarettes/jour (ongle arlequin).

d'arrêt soit le 1^{er} janvier, le jour de l'anniversaire, le début des vacances, un lundi matin ou au contraire la veille d'un week-end où le patient sera très actif sur le plan physique (avec peu de possibilités de fumer), il est important d'avoir un contact avec le patient dans les 48 à 72 heures après ce jour d'arrêt. Un contact téléphonique est parfois suffisant. Ce sera l'occasion d'ajuster le traitement contre le sevrage et de féliciter le patient.

3. Une fois le processus d'arrêt engagé, il est important de revoir le patient plusieurs fois pendant le premier mois, pour plusieurs raisons: Premièrement, afin de pouvoir ajuster le traitement si nécessaire, surtout si le patient a tiré sur une à deux cigarettes durant les derniers jours. Deuxièmement: parce que pour certains patients, l'objectif n'est pas d'être un ex-fumeur à vie, mais de tenir jusqu'à la prochaine consultation chez son médecin traitant; par conséquent un intervalle de 1 à 2 semaines est plus facilement gérable qu'un horizon temps plus important. Troisièmement le suivi permet de tempérer l'enthousiasme de certains patients, convaincus que le plus dur est derrière eux! En effet, certains fumeurs, après 2 semaines d'arrêt pensent que la partie est gagnée et c'est alors l'occasion de leur rappeler qu'il ne faut pas baisser la garde, bien au contraire! Les risques de rechute sont en effet présents plusieurs semaines après l'arrêt de la cigarette.

4. Le suivi à 2 et 3 mois est également important car il permet au patient d'exprimer, en cas de réussite, sa satisfaction, souvent manifestée sous la forme de déclarations telles «Je suis enfin devenu libre!», «le souffle est revenu». Parfois, ce sont des bénéfices inattendus qui sont mis en avant, tel qu'un ongle arlequin, c'est-à-dire une ligne de démarcation entre l'ongle distal et l'ongle clair proximal, témoignant de l'absence de dépôts de fumée lors de la repousse unguéale (fig. 2)!

Rechute

Les causes les plus fréquentes de rechute sont:

1. une ambivalence face au tabagisme qui n'a pas été suffisamment surmontée avant l'arrêt de la cigarette;
2. une dépendance nicotinique très forte et pas assez substituée;
3. la pression du groupe, des pairs ou du conjoint;
4. la prise de poids;
5. la gestion des émotions.

A ce sujet, l'expérience montre que les hommes rechutent souvent

dans des circonstances positives, lorsqu'ils doivent gérer des émotions positives, par exemple à l'occasion d'une fête, d'une sortie entre amis ou d'un succès de leur club sportif! Au contraire, les femmes ont tendance à rechuter à l'occasion de situations personnelles difficiles, là où des émotions négatives ont été présentes, à l'occasion de disputes, problèmes relationnels.

Face à un patient fumeur qui reprend la cigarette alors que tout avait été préparé pour l'arrêt du tabagisme, le mot-clé à utiliser doit être celui de rechute, et non pas celui d'échec. En effet, il faut lui rappeler que l'arrêt de la cigarette est souvent un processus d'apprentissage: s'il n'a pas réussi à cette occasion, il a acquis une expérience qui lui sera utile lors de la prochaine tentative. C'est alors l'occasion de lui tenir des propos tels que «Madame, Monsieur, vous n'avez pas réussi cette fois-ci, mais vous serez un jour un ex-fumeur et je serai toujours là pour vous aider».

Références

- 1 Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Désaccoutumance au tabac 1^e partie: Recommandations pour la pratique clinique. Forum Med Suisse. 2010;4:764-70.
- 2 Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Désaccoutumance au tabac 2^e partie: Recommandations pour la pratique clinique. Forum Med Suisse. 2010;4:792-805.
- 3 Fiore M, Baker T, Jaen C, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Department of Health & Human Services, Public Health Service; 2008.
- 4 McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T; New Zealand Guidelines Group. New Zealand smoking cessation guidelines. N Z Med J. 2008;121(1276):57-70.
- 5 National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplace, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. 2008. www.nice.org.uk.

Correspondance:

Pr Jacques Cornuz
 Directeur, médecin chef PMU, Policlinique médicale universitaire
 Rue du Bugnon 44
 Bureau 06/2109
 CH-1011 Lausanne
 Jacques.Cornuz[at]chuv.ch