

L'arrêt tabagique

Joanne Provencher, MD,
CMFC(MU), LMCC, TTS



Présenté dans le cadre
de la conférence :
Mont Sainte-Anne;
Mise à jour en
cardiologie, Université
Laval, mars 2008

*La dépendance
entraîne des
rechutes, et les
patients
doivent faire
en moyenne
cinq à sept
tentatives
d'arrêt avant
d'y parvenir.*

Le cas de M. Leclerc

M. Leclerc, 45 ans, sans antécédent personnel, vous rencontre pour un examen de routine. À sa dernière visite, vous aviez noté au dossier que M. Leclerc était fumeur d'un paquet de cigarettes par jour, et ce, depuis l'âge de 15 ans. À ce moment, il semblait être au stade de pré-réflexion de l'arrêt tabagique.

Comment allez-vous aborder le sujet de la cessation du tabac avec M. Leclerc?

La dépendance à la nicotine

Lorsqu'inhalée, la nicotine exerce au niveau cérébral un effet dans les 10 secondes suivant sa consommation. La nicotine se lie aux récepteurs nicotiques de l'acétylcholine du système nerveux central, dont les récepteurs $\alpha 4\beta 2$. La liaison avec ce récepteur entraîne une libération de dopamine qui agit dans les voies biochimiques de récompense du cerveau. Entre chaque cigarette, le taux de dopamine chute et l'on peut ressentir des symptômes de sevrage, tels l'irritabilité, l'anxiété ou un état dépressif. Ces symptômes poussent le fumeur à fumer une nouvelle cigarette pour « calmer » ses symptômes, et le cycle recommence ainsi.

Cette réaction en chaîne explique la difficulté rencontrée lorsque les patients essaient de cesser de fumer. La plupart des fumeurs ont l'intention d'arrêter de fumer un jour, et plusieurs essaient d'abandonner seuls et sans aides pharmacologiques. Par contre, la dépendance entraîne des rechutes, et les patients doivent faire en moyenne cinq à sept tentatives d'arrêt avant d'y parvenir. Encourageons-nous, car tous réussissent après le douzième essai! Rappelons-nous que plus l'abandon du tabac survient à un jeune âge, meilleure est l'espérance de vie.

L'effet pharmacologique de la nicotine inhalée et les facteurs comportementaux sont les deux aspects à considérer dans la démarche d'abandon du tabagisme.

Les stratégies d'intervention

Mettre à jour le dossier du patient et rendre accessible les ressources

Selon les recommandations du Collège des médecins, on doit identifier le statut tabagique auprès de tous les patients de neuf ans et plus, à chaque visite, et l'inscrire à son dossier. On doit aussi :

- identifier le stade de changement de comportement concernant l'arrêt tabagique (tableau 1, page 72);
- offrir de l'aide;
- rendre disponible de la documentation;
- informer des services disponibles en cessation dans son territoire;
- disposer des affiches sur les murs informant les fumeurs qu'ils peuvent demander de l'aide.

Dre Provencher est médecin à l'urgence de l'Hôpital Laval et médecin conseil à la direction de la santé publique de la région de la Capitale-Nationale

Le modèle de conviction-confiance de M. Leclerc

Son score

M. Leclerc vous rapporte une conviction à 2/10 et une confiance à 7/10. Quant à l'intention, il la note à 1/10. Comment procéder pour que ses notes augmentent et faire cheminer M. Leclerc sans qu'il ne se sente jugé ou confronté?

Sa justification

M. Leclerc nous répond que sa note n'est pas 0, car il sait que fumer est néfaste pour sa santé et que s'il arrêterait, il serait probablement moins essoufflé et plus en mesure de suivre lorsqu'il joue au hockey. Ses enfants arrêteraient de lui dire qu'il sent la cigarette, il n'aurait plus à sortir dehors en hiver pour fumer et il pourrait probablement économiser assez d'argent pour s'offrir la croisière dont il rêve depuis longtemps.

Sa conviction finale

À la fin de votre discussion, M. Leclerc vous surprend en vous disant que c'est la première fois que quelqu'un le laisse parler librement sans le culpabiliser ni lui faire de remontrance parce qu'il fume. Il a l'impression qu'il est maître de sa décision et grâce à sa réflexion, sa conviction est maintenant à 8/10.

Il réalise qu'il aimerait bien cesser de fumer, mais il voudrait une médication qui l'aiderait à surmonter les symptômes de sevrage.

Utiliser le modèle « conviction-confiance »

Une stratégie intéressante pour faire cheminer le patient dans sa réflexion est le modèle « conviction-confiance » :

- **On questionne la conviction du patient**, c'est-à-dire le fait de reconnaître personnellement et émotionnellement les bienfaits de la modification du comportement, en demandant au patient : « Quels seraient pour vous les bienfaits d'arrêter de fumer? Quels seraient les bénéfices sur votre santé, sur votre entourage et sur votre situation économique? ».
- **On l'interroge sur la confiance qu'il a**, c'est-à-dire l'assurance qu'il est capable de modifier un comportement en lui demandant : « Dans quelle mesure êtes-vous certain de réussir si vous décidez de cesser de fumer? ». Il est intéressant de demander au patient de noter sa conviction et sa confiance sur une échelle de 0 à 10 (0 étant la note la plus basse), et de lui faire spécifier la note qu'il se donne en ce qui concerne son intention de cesser de fumer.
- **Lorsque le patient vous donne un pointage, questionnez-le à savoir pourquoi il n'est pas plus bas sur l'échelle.** Par exemple, on demanderait à M. Leclerc : « Pourquoi une conviction à 2/10 et non pas à 0 ou à 1/10? ». Le but étant

d'inciter le patient à nous donner des raisons pour lesquelles il est un peu convaincu de l'indication de cesser de fumer. Cela lui impose une prise de conscience et une réflexion malgré lui, car il doit trouver lui-même des raisons pour justifier sa note plus élevée. Plus le patient trouve des raisons, plus il augmente ses chances de passer à une note plus élevée.

Le même raisonnement vaut pour la confiance. Pourquoi un 6/10 et non un 3 ou 4/10? Les raisons invoquées du genre « j'ai été capable de perdre du poids, j'ai déjà été capable d'arrêter de fumer durant deux mois » sont autant d'exemples qui nous seront utiles pour refléter au patient ses capacités et compétences personnelles afin d'augmenter son niveau de confiance.

Les aides pharmacologiques

Les avantages

Les avantages liés à l'utilisation des aides pharmacologiques sont, entre autres, qu'ils réduisent les fortes envies de fumer et les symptômes de sevrage, et allouent du

temps pour mettre en place et ajuster les stratégies de modification du comportement. De plus, ils doublent ou triplent les taux de succès selon l'aide utilisée (tableau 2, pages 73 et 74).

La durée d'utilisation

Les aides pharmacologiques devraient être utilisées pour une période minimale de 8 à 12 semaines. Un arrêt précoce engendre un taux de rechute plus élevé. Les substituts nicotiques devraient idéalement être utilisés à dose initiale pour une période de quatre à six semaines puis diminués progressivement à chaque deux à quatre semaines. La période d'utilisation peut aller au-delà des 12 semaines de remboursement offertes par la RAMQ.

Les conditions de remboursement de la RAMQ

Les produits antitabac

Les conditions de remboursement de la RAMQ sont énoncées comme suit sur le site de la RAMQ (www.ramq.gouv.qc.ca). Les produits antitabac se divisent en deux groupes :

- les gommes à mâcher et les timbres cutanés
- les comprimés antitabac

Chacun de ces groupes peut être couvert pendant 12 semaines consécutives par période de 12 mois. La période de couverture de 12 semaines est calculée à partir de la date de l'achat de la première quantité de produit et non à compter du moment où la personne décide de commencer son traitement. Donc pour être remboursé, le patient doit avoir une ordonnance (gommes de nicotine, timbres de nicotine, bupropion ou varénicline). La quantité remboursable de gommes à mâcher durant ces 12 semaines est limitée à 840. Les timbres et les gommes sont dorénavant combinés pour le calcul de la durée de traitement (12 semaines).

Votre facturation

Notez que vous pouvez désormais facturer pour ce service à la RAMQ. Cette nouvelle mesure a pris effet le 1^{er} janvier 2008. Le service comprend l'ensemble des interventions faites en cabinet auprès d'un patient fumeur ou qui a cessé de fumer depuis moins de six mois. Les interventions doivent porter sur :

- le statut tabagique du patient;
- son stade de changement de comportement;
- ses motivations à poursuivre ou à abandonner le tabagisme;
- ses inquiétudes incluant ses symptômes de sevrage;
- les stratégies pour surmonter les obstacles;
- l'établissement d'un plan d'intervention noté au dossier.

Le médecin peut facturer le soutien médical à l'abandon du tabagisme une fois par année civile pour un même patient; code 15161 – Soutien médical à l'abandon du tabagisme.

Conclusion du cas de M. Leclerc

Vous prescrivez le ou les aides pharmacologiques choisis par M. Leclerc, et vous prévoyez un suivi (visite ou téléphone) dans les deux prochaines semaines, de préférence durant la première semaine d'arrêt, afin de vous informer des réussites et des difficultés ainsi que pour renforcer les stratégies efficaces utilisées et prévenir la rechute.

À retenir

- La dépendance à la nicotine est un problème médical et la principale cause évitable de morbidité et de mortalité dans notre collectivité.
- Les fournisseurs de soins de santé devraient s'informer de l'usage du tabac chez tous les patients; il faut interroger tous les patients qui ont une dépendance à la nicotine pour savoir s'ils ont songé à arrêter et s'ils souhaitent recevoir de l'aide pour y arriver; et il est important d'évaluer la réceptivité du patient à l'idée de cesser de fumer.
- Les médicaments et les conseils augmentent les chances de succès dans la désaccoutumance au tabac.
- Le renouvellement des ordonnances offre une occasion d'augmenter la confiance du patient à l'égard du processus de désaccoutumance au tabac.

Les tableaux 1 et 2 sont à la page suivante.



Tableau I

Interventions selon les stades de Prochaska*

Stade	% de fumeurs	Caractéristiques	Stratégie d'intervention
Pré-réflexion	50 à 60 %	Fumeur non motivé à cesser dans les six prochains mois	<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer ou encourager la réflexion sans affronter ni faire de pression • Obtenir l'accord du patient pour revenir sur le sujet ultérieurement • Offrir de la documentation
Réflexion	30 à 40 %	Fumeur motivé à cesser dans les six prochains mois	<ul style="list-style-type: none"> • Faire cheminer la réflexion sans faire de pression • Réaliser l'entrevue motivationnelle • Faire savoir au patient que vous vous préoccupez de sa santé et que le plus tôt serait le mieux • Offrir de l'aide
Préparation	10 à 15 %	Fumeur ayant l'intention de cesser de fumer dans le prochain mois	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer une date d'arrêt • Déterminer le degré de dépendance (test de Fagerström) • Offrir des aides pharmacologiques, si possible. • Discuter des ressources complémentaires • Négocier les modalités de l'aide et du suivi • Répondre aux inquiétudes
Action	N/D	Ex-fumeur depuis moins de six mois	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la décision du patient. • Revoir les bénéfices • Féliciter, encourager, féliciter • Garder la porte ouverte s'il y a rencontre de difficultés et aider à résoudre les difficultés/barrières • Revoir les aides pharmacologiques
Maintien	N/D	Ex-fumeur depuis plus de six mois	Utiliser les mêmes interventions que pour le stade d'action
Rechute	N/D	Patient ayant recommencé à fumer après une période	<ul style="list-style-type: none"> • Dédramatiser la rechute • Montrer l'aspect positif (renforcer la période d'abstinence) • Revoir ce qui l'a fait rechuter • Encourager à faire une nouvelle tentative le plus tôt possible

* Traduction libre et adaptée de : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Treating Tobacco Use and Dependence, Clinical Practice Guideline, June 2000.

Tableau 2

Les principales aides pharmacologiques de la cessation tabagique

Type d'aide	Mode d'action	Contre-indications	Effets secondaires	Prescription
Substituts nicotiques <ul style="list-style-type: none"> • Timbres • Gommes • Inhalateur • Pastilles 	Liaison aux récepteurs nicotiques cérébraux	<ul style="list-style-type: none"> • Arythmie maligne non contrôlée • Allergie aux composants 	<p>Timbres</p> <p>Réaction cutanée au site d'application, nausées, cauchemars</p> <p>Gommes et pastilles</p> <p>Douleur à la mâchoire, hoquet, indigestion</p> <p>Inhalateur</p> <p>Irritation bouche et gorge, toux, rhinite</p>	<p>Timbres</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 10 cigarettes/jour : 7-14 mg/jour • 10 à 20 cigarettes/jour : 14-21 mg/jour • 21 à 40 cigarettes/jour : 21-42 mg/jour • ≥ 40 cigarettes/jour : 42 mg/jour <p>Gommes</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 20 cigarettes par jour : gommes 2 mg, maximum 30 par jour • ≥ 20 cigarettes par jour : gommes 4 mg, maximum 20 par jour <p>Horaire fixe : une gomme à chaque heure ou au deux heures</p> <p>Inhalateur</p> <p>Chaque cartouche de 10 mg est bonne pour 80 bouffées : inhalation durant 20 minutes consécutives ou non.</p> <p>Horaire fixe : maximum 12 à 16 cartouches par jour</p> <p>Pastilles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicorette® : Une pastille aux 90 à 120 minutes, à la dose de 4 mg si la première cigarette est fumée dans les 30 premières minutes du réveil et 2 mg si la première cigarette est fumée plus de 30 minutes après le réveil. Maximum de 15 pastilles par jour. • Thrive^{MC} : Horaire fixe. <ul style="list-style-type: none"> ≤ 20 cigarettes/jour : pastille 1 mg, maximum de 25 par jour ≥ 20 cigarettes/jour : pastille 2 mg, maximum 15 par jour <p>* Possibilité de combiner timbres + gommes ou pastilles ou inhalateur</p>

Suite du tableau 2 à la page suivante



Tableau 2 (suite)

Les principales aides pharmacologiques de la cessation tabagique

Type d'aide	Mode d'action	Contre-indications	Effets secondaires	Prescription
Bupropion	<p>Deux modes d'action possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibition du recaptage de la dopamine • Blocage non compétitif des récepteurs nicotiniques a3b2 et a4b2 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsion • Trauma crânien significatif • Anomalie structurale cérébrale • Prise de médication diminuant le seuil de convulsion • Prise d'IMAO dans les 14 derniers jours • Anorexie et/ou boulimie • Prise de bupropion sous une autre forme 	<ul style="list-style-type: none"> • Éruption cutanée : cesser aussitôt • Céphalée, insomnie, sécheresse de la bouche, anxiété, agitation, tremblements, risque de convulsion, léthargie, goût amer dans la bouche 	<ul style="list-style-type: none"> • Trois premiers jours : un comprimé de 150 mg ID. Ensuite un comprimé de 150 mg BID • Au moins huit heures entre chaque dose • Une dose oubliée ne doit pas être reprise • Il n'est pas nécessaire de sevrer le bupropion à la fin du traitement • Débuter le traitement une semaine avant la date d'arrêt • Possibilité de combiner le traitement avec des substituts nicotiniques
Varénicline	<p>Molécule se liant aux récepteurs a4b2 et ayant des propriétés agonistes et antagonistes sur les récepteurs nicotiniques acétylcholiniques du cerveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patients atteints d'insuffisance rénale terminale • Non étudiée chez les femmes enceintes ou qui allaitent, ni chez les moins de 18 ans • Porter une attention spéciale si le patient est connu pour une dépression ou un trouble de santé mentale 	<p>Nausées, céphalées, troubles du sommeil, rêves étranges</p>	<p><u>Trousse de départ</u> (Deux premières semaines de traitement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Première semaine : 0,5 mg DIE pendant trois jours 0,5 mg BID pendant quatre jours • Deuxième semaine : 1 mg BID <p><u>Trousse de maintien du traitement</u> Traitement de deux semaines (10 semaines de traitement suivantes) 1 mg BID</p> <p>Débuter le traitement une semaine avant la date d'arrêt C</p>