

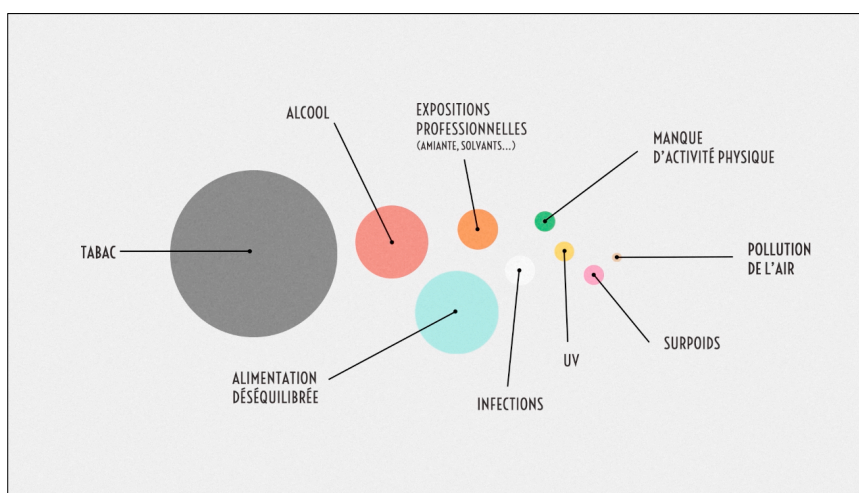


1. CONTEXTE

Des conséquences médicales, médico-sociales et économiques majeures

- Le tabagisme est **une priorité de santé publique au premier plan**. La prévalence du tabagisme en France reste une des plus élevées parmi les pays de l'OCDE. Il s'agit toujours de la première cause de mortalité évitable en France.
- « En France, le tabagisme actif est considéré comme responsable de 90 % des cancers du poumon et de 73000 décès prématurés chaque année. Le tabac est responsable actuellement en France de 1 décès sur 7 (1 décès sur 5 chez les hommes et 1 décès sur 20 chez les femmes). Dans la population âgée de 35 à 69 ans, 1 décès sur 3 est attribuable au tabac chez les hommes et 1 sur 9 chez les femmes. La moitié des décès dus au tabac survient dans la population âgée de 30 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie d'un fumeur de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur. L'autre moitié des décès dus au tabac survient à 70 ans ou plus. Il faut donc plus de 60 ans de recul pour que l'ensemble des conséquences du tabagisme sur la santé soit évaluable. L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne journalière (dose de tabac) et de l'ancienneté de son tabagisme (durée d'exposition). Pour le cancer bronchique, qui est le plus spécifiquement lié au tabac et qui a été le plus étudié, l'excès de risque est proportionnel à la dose et proportionnel à la puissance 4 ou 5 de la durée d'exposition. En conséquence, doubler la dose double l'excès de risque de cancer bronchique alors que doubler la durée du tabagisme multiplie l'excès de risque par 20 »¹.
- Le risque de complications associées au tabagisme est lié à la durée et à la quantité fumée, sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque. Même les petits fumeurs ont un taux de mortalité significativement augmenté.
- **Le tabagisme a un coût médico-social très élevé** : le coût des soins associés aux pathologies attribuables au tabac a ainsi été estimé à environ 12 milliards d'euros par an (CNAM). À ceci s'ajoutent aussi des coûts indirects (perte de production, perte de la qualité de vie, etc.), et au sens large ce « coût social » s'élèverait à près de 120 milliards d'euros selon une analyse de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Poids relatif des facteurs de risque évitables de cancer (sources INCa 2016)



¹ HAS Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence. Recommandation de bonne pratique. Paris. Octobre 2014



Un contexte favorable

- **Recommandations HAS récentes (2014)** « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » : objectif de les faire connaître aux médecins généralistes, qui en sont la première cible.
- « Aider les fumeurs à s'arrêter » est le deuxième axe d'intervention du **Plan National de Réduction du Tabagisme 2014-2017**, lancé dans le cadre du 3ème plan cancer. L'implication renforcée des médecins généralistes dans l'aide à l'arrêt du tabac compte parmi les principaux leviers de cet axe.
- **Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique du tabac et du sevrage tabagique** est également un des axes d'intervention du Programme d'actions Tabac de la CNAM.
- La **convention médicale** (signée le 25 août 2015) prévoit la mise en place d'un indicateur dédié à l'intervention brève des médecins traitants auprès de leurs patients tabagiques dans la rémunération sur objectif de santé publique.

« Y aura-t-il une rémunération spécifique pour ces consultations qui prennent du temps ? »

La **convention médicale** signée le 25 août 2016 a permis la mise en place d'un nouvel indicateur (déclaratif) dédié à l'intervention brève des médecins traitants auprès de leurs patients tabagiques dans la **rémunération sur objectif de santé publique**.

Thème	Sous-Thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Prévention	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20

*valeur du point 7€



2. OBJECTIONS RELATIVES À LA PRATIQUE DES MÉDECINS

Dépistage / conseil d'arrêt

2.1. « Je fais déjà le dépistage systématique du tabagisme pour tous mes patients »

C'est très bien, mais vous pouvez aller plus loin : il est recommandé que le dépistage individuel de la consommation de tabac soit systématiquement accompagné du conseil d'arrêt lorsque le patient est fumeur. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que le statut de consommation doit être réévalué et renseigné de façon régulière. Le conseil d'arrêt doit être renouvelé dans le temps. Vous devez être en mesure de fournir au patient des conseils et une assistance pour arrêter de fumer.

2.2. « Tout le monde a une petite addiction, il y a pire que le tabac ! »

J'aimerais sincèrement que cela soit vrai et que vous ayez raison...

Malheureusement, le tabac reste à ce jour la première cause évitable de mort prématurée toutes causes confondues.

Le tabagisme n'est pas une « petite » addiction. Le tabagisme a longtemps été considéré comme une simple habitude, principalement parce que ses effets ne modifient pas fondamentalement le comportement du fumeur et qu'ils n'aboutissent pas à sa marginalisation au sein de la société.

Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'alcool, la cocaïne et le cannabis. En effet plus de 2 personnes sur 3 développeront une addiction au tabac après leur première expérimentation². En comparaison, 1 personne sur 5 consommant de l'alcool développera une addiction, idem pour la cocaïne, et 1 personne sur 10 pour le cannabis.

2.3. « Certains de mes patients ne fument que 3 à 4 cigarettes par jour... C'est quand même moins dangereux que d'en fumer 20 ! Je ne vois pas pourquoi je les empêcherai de se faire plaisir. »

Les effets bénéfiques de la réduction de dose sont en grande partie annulés par un changement dans la façon de fumer. En effet le fumeur compense en général en inhalant la fumée plus profondément. Au total, la dose inhalée est la même que s'il avait fumé le double de cigarettes « normalement ».

Le fait de réduire la consommation peut être une stratégie de réduction des risques. Cela ne doit pas être un objectif en soi car cela n'entraîne pas de bénéfice en termes de santé à long terme.

En effet, la durée d'exposition au tabac s'avère être le facteur le plus nocif. En somme, le « petit fumeur » au long cours est plus à risque que le « gros fumeur » qui n'a été exposé que quelques années.

Le risque d'IDM est proportionnel à la consommation, mais il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer est sans danger, même pour quelques cigarettes : le risque est augmenté de 63% pour 1 à 9 cigarettes/jour (étude INTERHEART).

² Grande étude de cohorte nationale américaine *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*, 2011



2.4. « Certains patients sont tellement stressés et anxieux que je préfère qu'ils continuent de fumer un minimum plutôt que d'arrêter totalement et d'être incontrôlables psychologiquement. »

C'est ignorer que le tabac est une substance anxiogène. Plus on fume, plus on augmente son niveau d'anxiété. Mais le fumeur n'en a pas conscience.

En effet, la frustration due au manque est calmée par le fait de fumer. Ce phénomène se produit plusieurs fois par jour, en fait entre chaque cigarette. Il se crée alors un conditionnement qui fait percevoir au fumeur qu'il est calmé par la prise de la cigarette.

Par extension, il assimile rapidement que la cigarette le calme, et pense qu'elle calme son énervement, son anxiété, et il prend l'habitude à chaque fois qu'il est contrarié d'allumer une cigarette... Le cercle vicieux est créé !

2.5. « Les fumeurs savent déjà que c'est mauvais pour leur santé, c'est inefficace de le rabâcher »

Il est vrai que plus de 90% des fumeurs savent que le tabac a un effet néfaste sur leur santé, notamment grâce aux campagnes anti-tabac, mais aussi grâce à vous bien sûr.

Rappelons que le tabac est une drogue, et que l'OMS caractérise une drogue par « la modification psychologique induite chez l'individu dans le champ de sa drogue, alors même que le reste de son fonctionnement peut sembler normal », ce qui signifie que lorsque le patient dit qu'il a conscience des risques, il s'agit d'un discours qui masque la réalité de sa perception, et qui l'empêche de se protéger, comme il le ferait pour toute autre situation où on lui signifierait un danger. Cela explique pourquoi la majorité des fumeurs continuent de consommer du tabac, en affirmant très bien savoir qu'ils se font du mal.

Il serait cependant erroné d'en déduire qu'il est inefficace de répéter. Déjà parce que parmi les ex-fumeurs, la plupart évoquent le risque lié à la santé à la question de savoir ce qui les a motivés à arrêter. Et puis, n'oubliez pas que seule une infime partie de votre discours sera retenue par le patient à la fin d'une consultation. Mais vous augmentez ce rendement en répétant vos conseils de prévention dans le temps, sur plusieurs consultations.

Il est recommandé de conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer d'une manière claire et personnalisée.

Il est possible de relier la consommation de tabac aux symptômes et aux problèmes de santé du patient, mais aussi au tabagisme passif et aux risques pour les membres de sa famille, notamment les enfants, aux coûts économiques et sociaux (dépenses annuelles pour le tabac par le patient par exemple) ...

Ne pas hésiter donc à adapter son discours au patient et à son histoire, sans utiliser les mêmes expressions ou termes à chaque fois. Il est même possible de multiplier les intervenants (médecin, secrétaire, infirmier(e), pharmacien(ne), dentiste, ...) afin que le patient puisse entendre des messages différemment exprimés mais convergents.

Et ne pas hésiter à répéter que nous, médecin, avons confiance en ses capacités d'arrêter (effet pygmalion).



2.6. « Je ne vois pas l'intérêt d'une intervention brève, je n'ai pas l'impression que cela soit efficace »

L'aide par un professionnel est toujours efficace. Un fumeur recevant de l'aide et voulant arrêter aura plus de chances d'y parvenir que celui voulant arrêter sans aide.

L'intervention brève augmente significativement le taux d'arrêt de tabac à 6 mois ou plus d'au moins 50%. Ces données ont été actualisées en 2013 par une revue Cochrane.

Cependant, il est vrai que les interventions complètes associant plusieurs outils (questionner, conseiller, évaluer, fixer une date d'arrêt et aider si besoin par des TNS) augmentent les chances de l'arrêt par rapport à l'absence d'intervention ou à une intervention brève.

2.7. « Je trouve que cette injonction d'arrêt est stigmatisante : fumer est un comportement individuel qui les regarde, c'est contreproductif de les culpabiliser »

Premièrement, il s'agit d'un conseil et non d'une injonction. Il ne s'agit pas de culpabiliser le patient mais de l'inciter à évoluer et l'accompagner dans sa volonté de changer. Il s'agit de faire la promotion de la santé dans le cadre de votre fonction de médecin généraliste.

Il est recommandé de demander au patient s'il est d'accord pour parler de sa consommation de tabac. Préférez davantage les formulations liées à la santé : « bénéfiques/risques pour la santé », etc. plutôt que d'utiliser les termes « bien » ou « mal » quant à son comportement, qui peuvent être perçus comme un jugement moral.

N'hésitez pas à rappeler au patient que l'arrêt du tabac n'est pas qu'une question de volonté mais qu'il s'agit d'une addiction qui peut nécessiter une prise en charge thérapeutique par un professionnel. L'accompagnement au sevrage doit toujours être envisagé dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. Il n'y a donc aucune injonction d'arrêt.

2.8. « Je suis moi-même fumeur, alors je ne me sens pas crédible lorsque je conseille à mes patients d'arrêter de fumer »

Il est toujours possible de dispenser le conseil d'arrêt et la proposition d'accompagnement dans le sevrage tabagique. Votre pratique doit rester centrée sur le patient et ses attentes et non sur ce qu'il pourrait penser de vous ou de votre hygiène de vie.

Veillez surtout à ne pas faire d'auto-référence et à ce que la consultation ne dérive pas.

Restez factuel et appuyez-vous sur les recommandations de bonne pratique qui sont à votre disposition.

En dernier recours, si vous constatez que l'alliance thérapeutique ne se fait pas, vous pouvez proposer au patient de déléguer cette prise en charge à un confrère (généraliste ou autre).

2.9. « Si le patient n'a pas décidé d'arrêter, on n'a aucune prise sur lui »

N'oubliez pas que vos patients ont confiance en vous, se confient à vous, et vous confient la gestion de leur état de santé. Ils sont prêts à vous écouter lorsque vous leur proposez une solution thérapeutique. La parole de son médecin est une parole particulière. Tout patient se dit que si le médecin insiste, c'est qu'il y a une bonne raison...

Tout fumeur, quel que soit son stade de motivation, doit donc bénéficier d'une prise en charge systématique de son addiction au tabac. Il est recommandé d'adapter son attitude à la motivation et au degré d'ambivalence du patient.



Même au stade de la pré-intention, stade où le patient dit qu'il n'a aucun problème avec la consommation de tabac et qu'il ne souhaite pas arrêter de fumer, il est recommandé de conseiller systématiquement l'arrêt.

Il a été montré que le conseil d'arrêt augmente de plus de 50 % la probabilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme (> 6 mois).

Donc, même en l'absence de décision du patient d'arrêter de fumer, il est démontré que vous aurez un impact sur son comportement, tôt ou tard, en prodiguant votre conseil d'arrêt et votre proposition de l'accompagner dans cette démarche.

2.10. « C'est difficile d'en parler quand ce n'est pas le motif pour lequel ils viennent, aborder le tabagisme peut être perçu comme une intrusion dans le déroulement de la consultation »

Il est rare qu'un patient vienne spontanément « pour arrêter de fumer ». Il ne vous l'exprimera probablement jamais comme cela, mais a déjà très certainement pensé à vous en parler.

Le Baromètre Santé 2010 de l'INPES nous apprend que 37.4% des personnes qui souhaitent arrêter de fumer envisagent de le faire avec l'aide d'un médecin.

Il semble donc qu'une proportion non négligeable des fumeurs réguliers qui souhaitent arrêter de fumer n'aborderont pas le sujet spontanément en consultation, alors qu'ils sont plus d'1/3 à souhaiter se faire aider par leur médecin.

Proposer au patient de parler de sa consommation de tabac peut donc tout à fait répondre à une attente non exprimée du patient.

Il semble au contraire productif d'utiliser les consultations dites « simples » (rhinite, état grippal, etc.) qui seront assez courtes en général, pour proposer de prendre le temps d'aborder le sujet du tabac.

« Mois sans tabac » peut être une excellente opportunité pour parler du tabac et connaître les représentations et motivations sur ce sujet.

- Qu'en pense t-il ?
- De quoi aurait-il besoin, lui, pour se lancer dans le Mois sans Tabac ?

Les mois qui suivent seront l'occasion de faire le point sur ses tentatives, de l'aider à affiner sa stratégie d'arrêt, de soutenir l'arrêt ou de l'aider à rebondir si succès partiel.

2.11. « Je ne me sens pas à l'aise d'aborder le sujet avec les adolescents, notamment en présence d'un de leurs parents (que je connais bien en général) »

Seuls 8% des adolescents à l'âge de 17 ans n'ont jamais expérimenté tabac, cannabis ou alcool (enquête ESCAPAD 2017). C'est légitime alors de questionner sur les consommations de cigarettes (souvent du tabac à rouler plus toxique), de chicha (encore plus toxique) et de joints (la combustion est également très toxique) ; comme il est légitime d'informer en déconstruisant l'image bio et naturelle donc pas dangereuse du tabac à rouler et du tabamel de la chicha.

Il sera utile de rechercher une dépendance et lui donner la parole sur les événements qui ont pu le conduire à fumer tous les jours, par exemple, comment il gère sa consommation, son coût et quelles tentatives d'arrêt il a déjà faites.



Il est recommandé de proposer à l'adolescent (et non à ses parents, même lorsqu'ils sont en face de vous) de réaliser la consultation seul à seul. Il vous sera ensuite possible d'investiguer sur sa consommation de tabac, en lui précisant le cadre de la consultation (secret médical, rendre l'adolescent acteur de sa santé, l'inciter à prendre des décisions pour lui-même).

N'oubliez pas de proposer à l'adolescent que lui-même en parle à ses parents en leur expliquant que c'est avec son médecin qu'il a abordé le sujet.

L'objectif est d'établir une alliance thérapeutique avec l'adolescent, et pourquoi pas l'étendre au niveau parental (comme pour la prise en charge de l'obésité par exemple), toujours avec l'accord de l'adolescent.

En cas de mal être sous-jacent, de co-consommation de cannabis, alcool etc... il peut être utile de lui proposer un rendez-vous dans une Consultation Jeune Consommateur.

2.12. « Pour certains patients, il est déjà trop tard... Ils sont condamnés, je ne vois pas pourquoi j'irai les embêter avec l'arrêt du tabac. Autant qu'ils se fassent plaisir pour le temps qu'il leur reste ! »

Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge : arrêter de fumer à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, arrêter à 50 ans améliore l'espérance de vie de 4 ans, arrêter à 60 ans améliore l'espérance de vie de 3 ans.

Le sevrage tabagique améliore également les résultats des explorations fonctionnelles chez les bronchitiques chroniques. Ainsi, dans le cadre de la Lung Health Study, les patients atteints de BPCO d'intensité faible ou modérée ayant bénéficié d'une intervention d'aide au sevrage tabagique présentaient une amélioration fonctionnelle respiratoire dans l'année suivant l'arrêt du tabac.

Prise en charge / accompagnement au sevrage tabagique

2.13. « C'est davantage le rôle d'un tabacologue de prendre en charge l'arrêt du tabac »

Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac. Le tabacologue n'est pas un professionnel de santé de premier recours. Il intervient le plus souvent à la demande d'un médecin face à une prise en charge difficile, ou dans les suites de maladies dues aux conséquences du tabac.

Les recommandations, qu'elles soient françaises ou internationales (Royaume-Uni, Etats-Unis, Canada, Nouvelle-Zélande), sont unanimement d'accord sur ce point. Le nombre de tabacologues ne permet pas une prise en charge en premier recours de la quantité considérable de fumeurs dans notre pays.

Le médecin généraliste a déjà une relation de confiance installée auprès de son patient, ce qui est à construire pour tout nouvel intervenant en santé. Il a l'habitude d'écouter et d'accompagner ses patients, dans une position thérapeutique appelée thérapie de soutien. Cette thérapie de soutien représente une forme de thérapie relationnelle, présente implicitement dans tout acte médical. Elle est fondée sur l'empathie, la confiance et le soutien. Elle comprend une dimension directive de conseil, d'information et d'explications qui, associée à l'écoute, représente une fonction thérapeutique essentielle dans la pratique du médecin généraliste.



Cependant, il est parfois recommandé d'orienter le patient vers un confrère ou un spécialiste notamment dans les cas suivants : échecs répétés ; nécessité d'un accompagnement psychothérapeutique spécifique ; poly-addictions ; comorbidités psychiatriques ; à la demande du patient. En population générale, cela représente une petite fraction des patients.

2.14. « En médecine générale, on n'a pas le temps de faire des consultations de ce type (d'accompagnement au sevrage tabagique) »

Il est recommandé que l'aide à l'arrêt se fasse dans le cadre de consultations dédiées, c'est-à-dire spécifiquement consacrées à cette prise en charge, quel que soit le professionnel.

Il est donc possible d'aborder le sujet au cours d'une consultation, et de proposer au patient d'en reparler spécifiquement lors d'une consultation ultérieure programmée, qui sera exclusivement consacrée à cela. Dire à un patient « nous allons nous revoir, nous prendrons 20 minutes pour en parler tranquillement, et nous recommencerons autant que de besoin... » est extrêmement rassurant pour le patient et l'encourage à se lancer dans l'aventure de l'arrêt du tabac, car il se sent soutenu et accompagné.

Le problème du temps ne se pose plus lorsqu'un créneau horaire approprié a été fixé par avance sur le planning. Il est donc possible, une fois la date de sevrage fixée avec le patient, de « fragmenter » votre prise en charge en plusieurs consultations, en l'expliquant au patient. Par exemple : « Pour la prochaine consultation, nous analyserons l'intensité de votre addiction à la nicotine et en déduirons ce qui ne relève pas d'une addiction « chimique » mais comportementale, afin de mieux comprendre votre relation psychique au tabac. Dans la consultation suivante, nous parlerons de vos anciennes tentatives d'arrêt ».

Les tentatives d'arrêt, à considérer comme des succès ponctuels, sont des leviers à valoriser dès le début. Le médecin va l'aider à poursuivre l'arrêt, sans que ce soit inconfortable, c'est à dire sans prendre de poids, sans idées noires, sans devenir agressif (etc.) grâce à des consultations rapprochées (au moins au début) et grâce à un traitement adapté ; c'est-à-dire suffisamment de nicotine « propre ».

La première consultation est le moment idéal pour féliciter le patient pour son envie même minime de s'occuper de la question tabac, pour ses succès antérieurs et pour comprendre ses craintes à l'arrêt, très souvent liées à un arrêt antérieur, sans TSN donc avec prise de poids, idées noires etc ...

L'explication de l'absence de danger de la nicotine « propre », même à hautes doses suffit souvent à débloquer la situation. Reste à décrire les différents traitements de substitut nicotinique (TSN) et proposer au patient de choisir ce qui lui convient et d'essayer. Les consultations suivantes permettront de valoriser chaque petit pas et d'adapter les doses, prescrire un autre TSN jusqu'à trouver ce qui lui convient le mieux.

A la première consultation, ce peut être utile de remettre le kit « Mois sans tabac ». Un des livrets, intitulé « je me prépare » permet de faire le point sur sa propre façon de fumer et d'être rassuré sur l'issue de sa démarche d'arrêt. Ces kits sont disponibles pendant le mois sans tabac dans les pharmacies et sur demande à Tabac Info Service³.

Des formations existent sur l'entretien motivationnel, qui permet au patient de construire ses solutions à l'arrêt. Ces techniques motivationnelles rendent les consultations de sevrage extraordinairement confortables pour le médecin et pour le patient.

³ <https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr>



2.15. « Je ne suis pas formé pour cela, je ne sais pas bien les prendre en charge »

La HAS a publié en 2014 une recommandation destinée exclusivement aux professionnels de premier recours pour l'aide au sevrage tabagique. Vous y trouverez toutes les informations nécessaires à l'accompagnement et la prise en charge de vos patients pour le tabac. Les outils relationnels et thérapeutiques spécifiques du médecin généraliste y sont privilégiés.

La recommandation propose également un algorithme décisionnel dit « IDEAL » afin d'aider les patients désireux d'arrêter de fumer, de les accompagner dans cette démarche et de renforcer leur motivation.

Enfin, d'autres outils d'aide au sevrage tabagique existent, comme le dossier de tabacologie de l'INPES, le site de Tabac Info Service ou encore des outils d'auto-information. Le dossier de tabacologie est un bon outil. Rempli par le patient à son domicile, il est analysé en commun pour comprendre les besoins du patient. Un travail sur les comportements peut être facilité par ce dossier.

Comme pour les autres actes médicaux, plus vous pratiquerez ce genre de consultations, et plus vous vous sentirez à l'aise et confiant devant vos patients.

2.16. « Je ne vois pas ce que je peux apporter aux patients qui essaient d'arrêter de fumer, cela ne dépend que de leur volonté »

Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne. (Source : HAS)

L'aide par un professionnel est toujours efficace. Un fumeur recevant de l'aide et voulant arrêter aura plus de chances d'y parvenir que celui voulant arrêter sans aide.

Il est recommandé de rappeler que l'arrêt du tabac n'est pas qu'une question de volonté mais qu'il s'agit d'une addiction qui peut nécessiter une prise en charge thérapeutique par un professionnel. La volonté du patient semble donc indispensable à la conduite d'un sevrage tabagique, mais ne suffit généralement pas. Seuls 2 à 3% des fumeurs réguliers réussiront un sevrage sans l'aide d'un professionnel.

2.17. « Je ne maîtrise pas la prescription des substituts nicotiques (doses, formes...) »

La recommandation HAS 2014 propose une fiche d'aide à la prescription des TNS appelée « Les TNS en pratique » qui peut être lue en quelques minutes.

Chez les patients qui nécessitent un traitement pharmacologique, les TNS sont recommandés en première intention. Il est recommandé de combiner des formes orales aux patchs.

Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois, à dose progressivement dégressive.

Pour une meilleure efficacité, il est recommandé d'associer les TNS à un accompagnement par un professionnel de santé.

- Prise en charge des traitements du sevrage tabac Le remboursement à 65% de certains TSN et de la varénicline (en deuxième intention).
- Les TSN concernés sont les patchs aux différents dosages, les gommes à 2 et 4 mg et les comprimés à sucer aux différents dosages.
- Les autres TSN, c'est-à-dire l'inhalateur, le microtab et le spray buccal sont remboursés après avance de frais dans le cadre du forfait de 150 euros annuels, ceci jusqu'au 31 décembre 2018.



La liste des substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance maladie est disponible sur le site « AMELI.fr », cette liste est appelée à s'étoffer, car tous les TSN n'y figurent pas. Ces TSN peuvent bien sûr être prescrits sur la même ordonnance que les autres molécules hors sevrage tabac. Les patients en précarité et ayant des difficultés à faire l'avance de frais pourront être reçus dans les consultations de tabacologie hospitaliers ou en CSAPA pour dispensation gratuite des TSN. A noter l'intérêt de l'inhalateur pour les vapoteurs déçus de la e-cigarette ou craignant ses éventuels effets secondaires ; le mécanisme est plus simple et ne nécessite pas de recharger une batterie.

2.18. « Que dire aux patients qui veulent essayer la cigarette électronique pour arrêter de fumer ? »

Pour le moment, ces dispositifs ne sont pas indiqués comme prescription médicale dans le sevrage tabagique. Actuellement, en France, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Les cigarettes électroniques ne peuvent pas être vendues en pharmacie, car elles ne figurent pas sur la liste des produits dont la délivrance y est autorisée. Du fait de leur statut actuel de produit de consommation, les cigarettes électroniques échappent à la réglementation sur les médicaments et aux contrôles applicables aux produits du tabac.

Du fait des substances contenues dans les cigarettes électroniques par rapport à celles contenues dans le tabac, les cigarettes électroniques sont supposées être moins dangereuses que le tabac. Mais il faut rappeler que les vapeurs de cigarettes électroniques contiennent des substances toxiques (formaldéhyde, acétaldéhyde, acroléine, toluène, N'-nitrosonornicotine, cétone nitrosamine dérivée de la nicotine).

D'après une étude, les niveaux de ces substances toxiques sont 9 à 450 fois moins élevés dans la vapeur de cigarette électronique que dans la fumée de cigarette classique.

En 2014, le Haut Comité de Santé Publique rendait un avis considérant la cigarette électronique comme un mode de réduction des risques du tabac pour les populations fumeuses désireuses d'arrêter leur consommation de tabac, pouvant constituer une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac, chez les fumeurs en usage exclusif. Le Baromètre Santé de l'INPES en 2014 nous informait que l'usage de la cigarette électronique a permis à environ 1% des ex-fumeurs actuels d'arrêter de fumer, et que les fumeurs ont en moyenne diminué leur consommation de tabac d'environ 9 cigarettes par jour grâce à la cigarette électronique. Mais les trois quarts des vapoteurs restent des fumeurs réguliers.

Si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés, mais désire utiliser des cigarettes électroniques, leur utilisation ne doit pas être déconseillée, mais doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt avec accompagnement. Il est recommandé d'informer les fumeurs qui utilisent des cigarettes électroniques de l'insuffisance actuelle de données sur les risques associés à leur utilisation.

2.19. « Le problème pour arrêter, c'est le geste, vous savez, « le geste du fumeur », qui a besoin d'avoir une cigarette à la main, surtout s'il n'est pas à l'aise, qui les cherche partout dès qu'il a besoin de fumer, qui retourne ses poches, et parcourt la maison dès qu'il est en manque...etc. ».

Dans la question, vous avez les éléments de la réponse. Il n'y a pas de « geste du fumeur », il y a simplement les gestes de quelqu'un qui est en manque. Tout le monde a l'expérience de rentrer affamé, et d'ouvrir le frigo, pour voir s'il y a quelque chose à manger. Ce geste est dicté par le besoin de nourriture, qui apparaît lorsque la glycémie diminue. De même, lorsque la nicotémie diminue, le fumeur commence à bouger les mains, à fouiller ses poches, ses tiroirs...et se calme dès que le manque est assouvi. Le « geste du fumeur » n'existe pas quand on vient de fumer une cigarette, mais revient très vite si on est énervé...même si la nicotémie est encore élevée...pour les raisons de conditionnement.



3. OBJECTIONS RELATIVES AUX TRAITEMENTS

3.1 « Quelle est la place de médicaments comme Champix® (varénicline) et Zyban® (bupropion) »

Au vu de leur rapport bénéfices/risques, ces médicaments sont recommandés en seconde intention chez des fumeurs ayant une forte dépendance. **La varénicline est remboursée depuis mai 2017.**

Avant de prescrire ces médicaments, le médecin doit s'assurer que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits (TNS), à dose efficace et suffisamment longtemps ; et que l'échec a été exploré sous tous ses aspects.

Pour la varénicline, il n'a pas été objectivé d'augmentation de trouble grave psychiatrique par rapport au placebo ; ce médicament peut être prescrit avec des TSN.

L'utilisation du bupropion est associée à un risque de dépression et de comportements suicidaires/auto agressifs. D'autres troubles neuropsychiatriques sont également très fréquents (insomnie chez 30 à 40 % des patients, angoisse).

Par ailleurs la varénicline et le bupropion n'ont pas montré de supériorité en matière d'efficacité par rapport aux TNS, pour l'arrêt du tabagisme à six mois. L'efficacité du bupropion est inférieure à celle de la varénicline.

3.2. « Pourquoi ne pas rembourser l'acupuncture ou l'hypnose pour le sevrage tabagique ? »

Ces approches ont fait l'objet d'études. **Leur bénéfice dans l'aide à l'arrêt du tabac n'est pas établi**, cependant, ces approches, qui bénéficient d'un certain recul, **n'ont pas montré à ce jour de risque majeur.**

Lorsqu'un patient souhaite utiliser ces méthodes, le praticien peut le comprendre et doit avoir conscience de l'intérêt **d'un éventuel effet placebo.**

Il doit signaler au patient que si cette prise en charge ne réussissait pas, une prise en charge dont l'efficacité a été établie pourra lui être proposée.

4. SUBSTITUTS NICOTINIQUES ET TNS

4.1 Quelle prise en charge pour les substituts nicotiniques ?

L'Assurance Maladie accompagne l'arrêt du tabac. Elle rembourse⁴, sur prescription, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, comprimés à sucer, inhalateur, microtab...) selon 2 circuits de remboursements.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (loi 2016-41 publiée au Journal officiel du 27 janvier 2016) autorise, en plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes à prescrire les substituts nicotiniques.

⁴ [Liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance Maladie](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/substituts-nicotiniques.php) avec leur modalités de remboursement (forfait de 150 € par an jusqu'au 31 décembre 2018 ou médicament remboursables à 65 %) : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/substituts-nicotiniques.php>



Les substituts nicotiques constituent le traitement médicamenteux recommandé en première intention dans le sevrage tabagique : ils augmentent les chances de réussir à arrêter de fumer de 50 à 70 %.

Les patches, les gommes et les pastilles à sucer sont remboursés, sur prescription, par l'Assurance Maladie selon le même circuit que les autres médicaments.

L'inhalateur, le spray buccal et le microtab sont remboursés après avance de frais dans le cadre d'un forfait annuel de 150 euros.

Le pharmacien peut substituer dans les conditions habituelles de substitution (groupe générique). Pour les médicaments prescrits dans le forfait, la facturation du pharmacien ne doit comprendre que les substituts nicotiques figurant sur la liste de TNS pris en charge (facture distincte d'autres médicaments)

4.2. Les complémentaires santé prennent-elles en charge les TNS ?

Oui, de nombreuses complémentaires suivent le remboursement de 150 euros de l'Assurance Maladie, en offrant la même somme, voire le double ou le triple selon des modalités précisées dans les conditions générales, y compris TSN non pris en charge par l'Assurance maladie. Il faut conseiller à vos patients de regarder dans leur contrat, ou de se renseigner directement auprès de leur mutuelle.

4.3. Pourquoi rembourser les substituts nicotiques ? Le patient payait bien ses cigarettes, les substituts devraient être aussi à sa charge !

En théorie un fumeur a les moyens de se payer des substituts, qui restent moins chers que le coût du tabac. Mais en matière d'addiction, on ne peut pas raisonner de cette manière. Les tabacologues expliquent que le fait d'acheter des cigarettes n'obéit pas du tout à la même logique qu'une dépense classique. On estime d'ailleurs que 15% des fumeurs dépensent plus de 20% de leur salaire pour acheter leurs cigarettes

5. OBJECTIONS SUR LE MOI(S) SANS TABAC

5.1. « Ce dispositif est trop anglosaxon, ça ne marchera pas en France »

Mois sans Tabac est dans sa 3^{ème} année. Le mouvement initié par Santé Publique France a été reconduit car plébiscité par la population et efficace : baisse d'1 million de fumeurs en 2017 / 2018, en parallèle à l'augmentation du prix du tabac. Toutes les populations ont été concernées : les jeunes, les moins jeunes, les patients en précarité... En 2018, les femmes sont une population cible et en particulier les femmes enceintes ou venant d'accoucher.

Pourquoi ce succès ? Le message a changé : on évite de faire peur, de culpabiliser et on incite le fumeur à se libérer de cette dépendance en étant soutenu, accompagné et coaché.

Le coaching par **tabac info service** a été jugé efficace : il faut proposer de contacter le numéro de téléphone « 3989 », inciter la personne à s'inscrire sur le site de tabac info service (qui invite à une démarche d'engagement fort)

En parallèle des groupes sur les réseaux sociaux (Facebook notamment pour les vapoteurs) permettent aux patients de se sentir accompagnés.



5.2. « Encore une campagne de communication couteuse et qui ne propose rien de concret »

A l'occasion du Moi(s) sans tabac, de nombreuses actions d'aide à l'arrêt du tabac concrètes seront également mises en œuvre localement :

- Des 1^{ères} consultations individuelles ou collectives d'aide au sevrage tabagique ou des accompagnements hors du cabinet médical avec éventuellement la fourniture gratuite des substituts pour les personnes s'engageant dans une démarche d'arrêt.
- Des ateliers collectifs sur plusieurs jours d'aide au sevrage tabagique avec éventuellement un starter gratuit pour des traitements de substitutions nicotiques, etc.

Ces actions sont susceptibles d'être réalisées dans différents lieux de vie, espaces publics ou privés : collectivités locales ou territoriales, administrations, lieux accueillant du public, services de santé, établissements médico sociaux, services hospitaliers, services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI), dispositifs d'hébergement, abords de centres commerciaux, marchés, manifestations publiques, entreprises, espaces de loisirs, etc.

6. OBJECTIONS SUR LE E-COACHING

6.1. « Je ne vais pas recommander une application à quelqu'un qui vient pour me demander de l'aide pour arrêter : c'est à moi de l'accompagner »

Plusieurs applications existent dont celle de tabac info service. Encourager chacun à trouver l'application qui lui convient et d'en discuter avec vous : le patient devient expert.

Les outils d'auto-support sont **recommandés pour les personnes qui souhaitent arrêter de fumer mais ne souhaitent pas être prises en charge par un professionnel de santé** (niveau de preuve 1).

Un certain nombre de fumeurs arrêtent de fumer sans l'aide d'un professionnel. Les outils d'auto-support augmentent la probabilité d'arrêt, en l'absence d'intervention d'un professionnel. Par contre, ils ne semblent pas supérieurs au conseil bref d'un professionnel de santé. Cette application **incite les fumeurs à demander de l'aide à un professionnel de santé** autant que de besoin.

6.2. « Les applications mobiles ne sont pas efficaces (ce sont des gadgets) »

Une revue de la littérature suggère un effet sur l'abstinence à long terme des interventions via le téléphone portable (niveau de preuve 3).



6.3. « Il existe déjà une multitude d'applications de ce style pour s'arrêter de fumer, je ne vois pas l'intérêt d'en faire une nouvelle »

Les plus de cette nouvelle application :

- Tout d'abord l'application Tabac-Info service existait déjà. Cette application en est une nouvelle version, qui vient remplacer l'ancienne.
- Elle a été conçue par des experts qui se sont basés sur les théories et modèles de changement de comportement. Elle est validée par Santé Publique France, l'Assurance Maladie et la Société Francophone de Tabacologie.
- Cette application s'appuie sur les critères d'efficacité des programmes en ligne constatés dans les études : fréquence et intensité des contacts, messages succincts, interactivité, attractivité, personnalisation, crédibilité des contenus, fonctions de partage. Ainsi elle va au-delà de simples conseils ou informations génériques pour ses utilisateurs.
- L'une des singularités de ce nouveau coaching est d'élargir la population potentiellement intéressée par ce type d'aide, s'adressant également à des fumeurs en réflexion, pas encore prêts à fixer une date d'arrêt, dans l'objectif de renforcer leur motivation

Ce document a été réalisé à partir de la recommandation HAS « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » publiée en 2014, ainsi que des documents composant la boîte à outils de la recommandation http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

Auteurs
Pr. Albert OUAZANA
Dr. Yann MONNEY
Collège de la Médecine Générale

Actualisation 2018 par le Dr Brigitte METADIEU

