

Aide au sevrage d'une personne souhaitant arrêter de fumer

Alors que deux tiers des fumeurs déclarent souhaiter arrêter de fumer, 70% d'entre eux projettent de le faire sans l'aide d'un professionnel de santé, et seuls 25 % d'entre eux envisagent l'utilisation d'une aide pharmacologique.

Or seuls 3 à 5% d'entre eux ne fumeront plus au bout de 6-12 mois en l'absence de toute aide alors qu'ils seraient au moins 3 fois plus nombreux avec une aide, qu'elle soit pharmacologique ou non pharmacologique.

D'où l'importance que tout patient désirant arrêter de fumer soit encouragé à utiliser les thérapeutiques pharmacologiques efficaces et à demander un soutien psycho-comportemental.

Ceci est d'autant plus important chez les fumeurs présentant des facteurs prédictifs de rechute.

La prise en charge du fumeur motivé à l'arrêt du tabac repose sur une évaluation clinique initiale, à partir de laquelle un traitement d'aide au sevrage tabagique lui sera proposé.

Si le taux de sevrage à court terme est très dépendant des aides pharmacologiques, il est aujourd'hui largement démontré que les chances d'obtenir un sevrage à long terme sont très nettement corrélées à l'accompagnement proposé et à sa durée.

Les étapes de l'arrêt du tabac

L'arrêt du tabagisme comporte plusieurs étapes successives :

- **la maturation de la motivation à l'arrêt.** Elle se produit lentement en plusieurs années ou décennies
- **le sevrage** proprement dit : sa durée moyenne est de 2 à 3 mois, mais elle peut varier de quelques semaines à 5-6 mois
- **la prévention des rechutes** : celles-ci relèvent de causes multiples, le plus souvent indépendantes du syndrome de sevrage

Les stratégies thérapeutiques

➔ Repérer les représentations de la personne

En donnant des informations justes là où existent des représentations fausses. Il faut aborder franchement, avec le fumeur, les différents problèmes qu'il appréhende et évoquer les solutions et les résultats attendus.

➔ S'assurer de la motivation à l'arrêt

Si le patient exprime davantage les difficultés et les freins à arrêter de fumer au regard des avantages à la poursuite de fumer, alors un temps est nécessaire pour reprendre avec lui ses ambivalences et favoriser l'émergence d'une balance décisionnelle en faveur de l'arrêt. L'évaluation de sa motivation peut être complétée à l'aide de l'échelle du Q-MAT ou de l'échelle visuelle.

➔ Evaluer la dépendance physique

Le médecin peut utiliser pour cela test de Fagerström ou de sa version courte. Plus que le retour du score, ce sont les questions du test qui sont importantes pour aider le fumeur à prendre conscience de sa dépendance physique. C'est l'occasion de mettre en valeur l'aide efficace apportée par les traitements pharmacologiques.

➔ Evaluer l'importance de l'intoxication

Mesurer le CO permettra, lors du suivi, de suivre sa diminution et de la valoriser. Toutefois, ceci n'est nullement indispensable pour un sevrage réussi et reste, le plus souvent, un outil sophistiqué à la disposition des tabacologues.

➔ Repérer les troubles anxio dépressif

Le pourcentage de trouble dépressifs majeurs est deux fois plus élevé chez les fumeurs par rapport aux non fumeurs. L'arrêt du tabac peut induire une recrudescence des troubles dépressifs latents chez les fumeurs et masqué par l'effet antidépresseur contenu dans la fumée du tabac agissant en inhibant les monoamines oxydases. Le risque est maximal durant les 6 premiers mois suivants l'arrêt.

Pour repérer les troubles, le médecin peut éventuellement utiliser le test HAD.

Dans tous les cas, selon les recommandations de l'AFSSAPS, il faudra prendre en charge les troubles anxiodépressifs avant de débiter un sevrage tabagique. Un ATCD de dépression majeure conduit à un suivi plus intense en raison du risque de rechute 2 fois plus important.

➔ Dépister une co-dépendance

Il existe, en particulier, une corrélation positive avec l'alcool, dose dépendante. « Les gros fumeurs » boivent plus que « les petits fumeurs » et « les gros buveurs » fument plus que « les petits buveurs ».

De plus la présence d'un usage abusif d'alcool ou d'une dépendance rend plus difficile l'arrêt du tabac.

En présence de polyconsommation, le médecin, avec le patient, devront choisir les priorités de sevrage.

Le chlorhydrate du bupropion est contre indiqué durant le sevrage d'alcool ou le sevrage de benzodiazépine.

Arrêter un produit expose à l'augmentation de la consommation des autres, qui devra donc être recherchée systématiquement lors du suivi.

➔ Rechercher les terrains particuliers

La grossesse, une psychose, l'obésité, des traitements médicamenteux associés peuvent être des contre-indications aux médicaments du sevrage.

➔ Proposer une prise en charge médicamenteuse au patient en cas de dépendance physique avérée

Si le score du Fagerström est supérieur à 2 et selon les recommandations de pratique, le médecin tiendra compte pour le choix de la thérapeutique, des facteurs suivants :

- le niveau de dépendance
- l'observance probable d'une utilisation antérieure
- les contre-indications éventuelles
- le risque de survenue d'effets indésirables
- la préférence du fumeur

Le choix entre Bupropion, traitements de substitution nicotiques (TSN) et Varénicline ne peut être fondé sur aucun argument scientifique d'efficacité différentielle et toutes les formes galéniques de TSN ont une efficacité égale à posologie égale.

En cas de dépendance sévère, de comorbidité anxiodépressive et de conduites addictives associées, l'orientation vers un tabacologue est préférable.

Dans tous les cas, il faudra :

- 1- Fixer une date d'arrêt avant la prescription du support pharmacologique
- 2- Prescrire le traitement à la date fixée
 - Les posologies du bupropion et de la varénicline sont standardisées, selon un protocole précis recommandé par le fabricant. Des signes d'intolérance peuvent amener à diminuer les doses ou la durée de la prescription, sans qu'il soit alors démontré qu'il y ait une quelconque efficacité supérieure au placebo. La prolongation du traitement n'a pas fait la preuve consistante d'un intérêt et augmente les risques d'effets secondaires.
 - La substitution nicotinique est recommandée si une dépendance physique, même faible, est retrouvée au test de Fagerström.
 - L'habitude amène à prescrire une dose de 21mg/24h pour 20 cigarettes par jour (un paquet).
 - Si le patient fume sa première cigarette matinale au moins 2 heures après le lever, sans que ceci ne représente un quelconque effort, les patchs de 15mh/16h sont possibles et d'autant plus s'il existe des troubles du sommeil.
 - Les patchs sont changés tous les matins lors de la toilette.
 - Pour deux paquets de cigarettes par jour, un patch de 21mg/24h est généralement associé à un patch de 15mg/16h. Au-delà, 3 patchs sont possibles, mais des formes orales sont plus volontiers ajoutées à la demande.
- 3- L'objectif des traitements est de supprimer les manifestations de sevrage. La posologie devra être réajustée en fonction de l'évolution des symptômes pendant les premiers jours, au bout de 4 ou 5 jours
- 4- Inversement, en cas de surdosage, les signes apparaissent immédiatement dès le 1er jour. Ils disparaissent rapidement avec la réduction des doses
- 5- Envisager, pour les femmes enceintes et allaitantes et pour les adolescents, des stratégies spécifiques

➔ Combiner le traitement médicamenteux avec un accompagnement psychologique

➔ Mettre en place un suivi à J-7, J-28, 2 mois et 3 mois

La fréquence peut être plus importante selon les effets et les résultats.



Syndrome de manque

▶ Dans l'heure qui suit l'arrêt ou la tentative de diminution des doses

- Sensation de manque et pensée obsédante de la cigarette
- Nervosité, irritabilité, colère
- Trouble de la concentration, somnolence et apathie diurne avec difficultés d'endormissement

▶ Ultérieurement

- Augmentation de l'appétit avec pulsions vers les sucres
- Tendance dépressive, anxiété
- Constipation

Syndrome de surdosage

- Etat nauséux, céphalées, parfois diarrhée
- Lipothymies, tachycardie
- Raccourcissement de la durée du sommeil, réveils multiples, sommeil haché
- Activité onirique très importante
- Hyperactivité diurne
- Aucune envie de fumer

Références Bibliographiques

- Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac, HAS, 2003

Auteurs : Dr Jean DAVER, Dr Jean Loup DUROS, Dr Sandrine GUALDONI, Dr Christian PRULIERE, Dr Rémi VANNOBEL, Dr Yves VIER