



# «Fumer futé». Comment aider son patient à se libérer du tabac ?

Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 1046-9

**R. M. Kaelin**

Dr Rainer M. Kaelin  
2, place de l'Hôtel de ville  
1110 Morges  
rmkaelin@sunrise.ch

## «Smoke smart»: how to help patients to stop smoking ?

Smoking cessation advice must be part of each medical consultation, because smoking is a disease. Smokers wish to stop, and clinically tested drugs for smoking cessation exist. The success depends on the motivation of the patient and the ability of the doctor to behave as a coach, to improve the desire to stop even in patients heavily addicted to nicotine. In this situation it is proposed to proceed by steps, diminishing gradually the number of smoked cigarettes with the help of nicotine containing preparations. The patient tries to avoid the cigarette by boosting his serum nicotine level with the inhaler or the nicotine gum as often as possible and seeks to understand the reasons why he is a smoker. The drugs bupropion and vareniclin may then help the patient to reinforce their motivation to stop smoking completely.

Le conseil au fumeur doit faire partie intégrante de la consultation médicale, car le tabagisme est une maladie et les fumeurs souhaitent le plus souvent pouvoir arrêter de fumer. Il existe des moyens médicamenteux efficaces. La réussite dépend de la motivation du patient et de l'habileté du thérapeute de la faire croître, même chez des patients fortement dépendants. Dans cette situation, on propose des étapes intermédiaires pour diminuer le nombre de cigarettes/jour à l'aide de préparations contenant de la nicotine. Le fumeur apprend à «fumer futé», c'est-à-dire à éviter de fumer en utilisant des substituts de la nicotine tout en essayant de comprendre les raisons qui le poussent à allumer une cigarette. Le bupropion et la varénicline sont alors des médicaments efficaces pour les patients décidés à cesser de fumer complètement.

## INTRODUCTION

Toute thérapeutique impliquant un changement de comportement est difficile à initier et à poursuivre. Il n'est donc pas étonnant que le succès de notre aide aux patients voulant arrêter de fumer reste modeste et que le médecin peine à garder une attitude positive, indispensable, pour créer une relation solide entre patient et thérapeute et obtenir quelques succès. Cependant, le tabagisme est reconnu comme une maladie ; le patient a donc le droit d'être conseillé et guidé dans ce domaine de manière professionnelle ;<sup>1</sup> de nombreuses études montrent que la majorité des fumeurs désirent arrêter de fumer et s'attendent à ce que leur médecin aborde le sujet. Cet article passe en revue quelques éléments-clés de l'aide aux fumeurs, dont doit disposer le praticien. Il possède un avantage indiscutable dans cette tâche car il connaît son patient souvent de longue date.

## ATTITUDE DU MÉDECIN ET RELATION AU PATIENT

Dans cette démarche, le thérapeute est un *coach* qui doit agir de manière très cohérente avec tout patient, en adaptant son message au stade de motivation du patient (Attitude des «5 A», et des «5 R», tableaux 1 et 2). La cohérence du message s'étend également au langage non verbal (par exemple : le thérapeute n'est pas crédible, ni efficace, si lui-même ou sa secrétaire sentent la fumée). L'alliance thérapeutique entre médecin et patient doit amener ce dernier à devenir un «ex-fumeur», ce qui est fondamentalement différent de la notion de non-fumeur. En effet, de nombreux fumeurs ont l'illusion de pouvoir arrêter de fumer, tout en se réservant encore «les quelques-unes, qui font vraiment plaisir». Le coach tâchera de créer un climat dans lequel le progrès vers l'objectif visé devient possible sans pression excessive. Diminuer la consommation est souvent plus réaliste que d'envisager l'arrêt total immédiat car pour beaucoup de toxicomanes (les fumeurs ne font pas exception à cette règle), la perspective d'une vie sans drogue est source de panique. De plus, bon nombre de gros fumeurs sont en outre des dépressifs qui s'ignorent ; il est donc important de fixer des buts intermédiaires réalistes et atteignables pour que le patient soit motivé



**Tableau 1. Les 5 A**

<b>1. Ask</b>	Identifier tout fumeur à chaque visite
<b>2. Advice</b>	Conseiller clairement à tout fumeur d'arrêter son tabagisme
<b>3. Assess</b>	Evaluer chez tout fumeur son degré de motivation d'arrêter
<b>4. Assist</b>	Aider chaque patient par un plan d'arrêt individuel
<b>5. Arrange</b>	Prévoir un rendez-vous ultérieur, éventuellement par téléphone

US Public Health Service. Tobacco use and Dependence. Clinical practice guidelines for treating tobacco use and dependence. J Am Med Assoc 2000;283:3244-54.

**Tableau 2. Les 5 R**

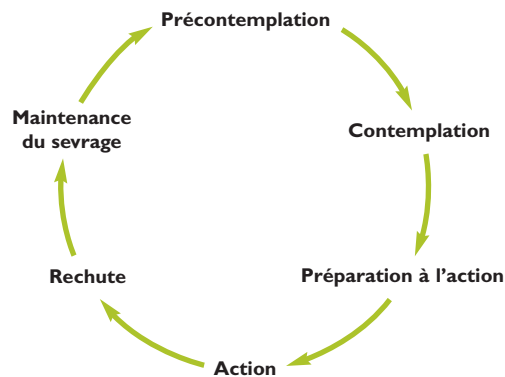
<b>1. Relevance</b>	Encourager le patient à indiquer pourquoi cesser de fumer est important pour lui
<b>2. Risks</b>	Demander au patient d'indiquer les risques de santé en relation avec son tabagisme
<b>3. Rewards</b>	Demander au patient d'identifier les possibles avantages du sevrage
<b>4. Roadblocks</b>	Demander au patient d'identifier les possibles obstacles (roadblocks) à arrêter de fumer
<b>5. Repetition</b>	L'intervention aura du succès, si elle est répétée à chaque contact avec le patient

US Public Health Service. Treating Tobacco use and Dependence. Clinical practice guidelines. Patients not ready to make a quit attempt now («The 5 Rs») [www.surgeongeneral.gov/tobacco/the\\_5\\_rs](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/the_5_rs).

par le chemin déjà parcouru. Enfin, un échec doit toujours être commenté comme un succès partiel, car il apporte un élément d'aide précieux pour l'essai suivant. Ainsi, il est utile, pour le thérapeute, de situer le patient dans la progression de sa motivation selon le schéma (figure 1),<sup>2</sup> qui prédit plusieurs échecs répétés et un effort continu pour le maintien de l'abstinence une fois celle-ci atteinte.

## LA TOXICITÉ DE LA FUMÉE EST À DISTINGUER DE LA DÉPENDANCE À LA NICOTINE

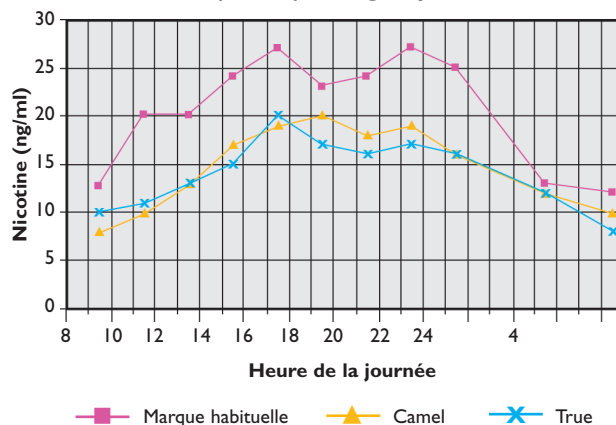
Typiquement, le patient qui demande de l'aide pour arrêter de fumer a déjà tenté l'expérience, plusieurs fois, tout seul; il en a tiré le plus souvent une analyse de son rapport à la cigarette, base du conseil individualisé. Dans cette situation, expliquer le tabagisme comme une dépendance à la nicotine est facilement accepté. Cette notion permet d'introduire le mécanisme-clé qui domine le comportement: le fumeur cherche à maintenir un taux sérique de nicotine plus ou moins stable pendant la journée, taux qui va baisser progressivement pendant la nuit (figure 2).<sup>3</sup> Ceci explique la «soif» de nicotine au réveil, un élément majeur indiquant le degré de dépendance dans le test de Fagerstrom.<sup>4,5</sup>



**Figure 1. Pour tout arrêt d'une dépendance, le sujet traverse les stades de motivation suivants, et ceci de manière cyclique jusqu'à ce qu'il se libère définitivement de la substance** (Voir réf. 2).

Typiquement, le cercle est parcouru plusieurs fois. Lors d'une récidive, le stade de contemplation (ou un stade plus avancé) est atteint.

**Nicotine (sérum) d'un groupe de fumeurs**



**Figure 2. Taux sérique de nicotine chez onze fumeurs, mesuré au cours de la journée** (Adaptée de réf. 3).

Graphique Benowitz 1984, redessiné et adapté (05.04.2009).

On constate que:

a. Durant la nuit, le taux sérique de nicotine tombe à environ la moitié du taux moyen du jour.

b. Les taux atteints par la consommation des cigarettes à haute teneur (Camel, ▲) et à faible teneur de nicotine (True, ×) sont légèrement inférieurs au taux de la cigarette habituelle (■), mais ne se distinguent pas entre eux. Ceci prouve, que les fumeurs adaptent leur manière de fumer et le nombre de cigarettes consommées afin d'obtenir un taux de nicotine constant proche de leur taux habituel, et ceci indépendamment du nombre de cigarettes et de la source de nicotine. Par conséquent, si l'on fournit environ la moitié de la nicotine par d'autres préparations que la cigarette, la soif de consommer des cigarettes diminue d'autant.

Dire que la toxicité de la cigarette est due à la fumée, mais que c'est la nicotine qui crée la dépendance par son action sur le SNC, est indispensable pour expliquer au patient le mécanisme d'action des médicaments contenant de la nicotine. En effet, ils traînent une réputation d'ineffi-



capacité, qui provient surtout du manque d'instructions données lorsqu'ils sont achetés sans ordonnance. Toutefois, ils sont d'excellents moyens de réduire la consommation de tabac<sup>6-8</sup> chez des fumeurs qui ne se sentent pas (encore) capables de s'attaquer directement au sevrage. Ils sont très efficaces pour obtenir un premier succès par la preuve : une consommation fortement réduite est possible chez des patients gravement dépendants.

### OBJECTIF INTERMÉDIAIRE : «FUMER FUTÉ»

Pratiquement, dans ce cas de figure (patient très dépendant et paniqué devant un arrêt total, incapable de réduire sa consommation de 30 cigarettes à 15 dans la durée), on proposera le *plan «fumer futé»* :

1. Le patient utilise quotidiennement des patchs de nicotine à forte concentration, de préférence d'une durée d'action de 24 heures (afin d'éviter la baisse nocturne du taux sérique de nicotine), qu'il met le matin au lever. Il tâche également de différer le plus possible sa première cigarette du jour.
2. Chaque fois qu'une situation l'invite à allumer une cigarette, il essaie de s'en passer, si nécessaire, en mâchant une gomme de nicotine ou en utilisant son inhalateur de nicotine (en plus de son patch).
3. Si l'effort de remplacer la cigarette par une gomme ou l'inhalateur échoue, il est instruit *de ne surtout pas culpabiliser*, mais de fumer calmement et de goûter sa cigarette. Cependant, tout en fumant, le patient cherchera à comprendre quelle est la caractéristique de cette situation rendant impossible le remplacement d'un apport de nicotine (la cigarette) par un autre (le patch et la gomme/l'inhalateur).
4. Au fur et à mesure qu'il «fumera futé», le patient évitera ou gèrera différemment les situations, et pourra diminuer le nombre de cigarettes s'approchant du but fixé.

L'effort introspectif d'analyser les situations et de comprendre les déclencheurs provoquant le besoin immédiat de la drogue délivrée par la cigarette, est crucial. En effet, le patient apprendra, ce faisant, comment éviter des situations, mais surtout, comment gérer les «conflits» d'une autre manière qu'avec l'aide de la cigarette. Il est utile que le thérapeute signale des pistes, pour que son patient soit attentif aux déclencheurs «intérieurs» (par exemple un vague à l'âme diffus, un sentiment d'abandon s'installant en pensant à ce qui s'est passé la veille, réfléchir à une décision difficile à prendre, etc.) qui ne sont pas aussi évidents à identifier que les déclencheurs «extérieurs» tels qu'une engueulade, une maladresse, un accident ou les liens classiques avec le café, le chocolat, un moment d'attente, le geste de prendre le téléphone, etc., situations qui peuvent être gérées par un changement d'horaire ou d'habitudes visant à casser les liens. Dans ce contexte, des structurations géographiques ou temporelles doivent être discutées, telles que «Je ne fume plus à l'intérieur d'un espace fermé» ; «C'est inacceptable d'imposer la fumée à autrui» ou «Je ne fume plus avant midi» ou «Je fume seulement une cigarette par heure». Ces structurations sont efficaces, car le patient est presque automatiquement amené à parler de son projet ne serait-ce qu'à son partenaire. Cette explication avec l'entourage, renforce la motivation (il est

illusoire de croire qu'un patient fera du progrès, si son partenaire continue à fumer à l'intérieur de l'appartement ou en sa présence). L'attitude «Fumer futé» applique les théories comportementales basées sur l'étude des réflexes pavloviens pour que le patient apprenne à gérer autrement les conflits, intérieurs et extérieurs, auxquels il est confronté dans son quotidien. L'utilisation des préparations de nicotine ici, est donc comparable à l'utilisation de la méthadone pour les héroïnomanes. Comme dans ce dernier cas, le patient ne peut donc s'attendre à ce que l'effet de la gomme ou de l'inhalateur de nicotine soit en tout point équivalent à celui de la cigarette. Le geste de l'allumage fait défaut ; la vitesse d'absorption et la pénétration dans le SNC sont plus lentes. Néanmoins, ces préparations permettent d'éviter le manque pendant que le patient fait son travail mental incontournable pour apprendre sa nouvelle manière de fonctionner.

Il est très important de noter qu'un surdosage de nicotine chez un patient qui fume avec son patch et utilise gomme ou inhalateur ne peut survenir que si celui-ci choisit d'ignorer l'apparition de nausées qui indiquent le seuil toxique. («Si vous ressentez des nausées, il faut écraser la cigarette, pas arracher le patch !»). Logiquement, il n'existe donc pas de contre-indication à ces produits chez un patient qui de toute façon continue à fumer. (Pour des raisons légales, on évitera toutefois la prescription de substituts nicotiques à des patients qui viennent de faire un infarctus du myocarde et aux femmes enceintes).

### BUPROPION ET VARÉNICLINE

Si la nature de la dépendance nicotinique a été expliquée au patient, il est aisé d'introduire les autres aides médicamenteuses. Le bupropion<sup>6</sup> (Zyban, Wellbutrin) est un antidépresseur, qui agit dans le système mésolimbique et le *nucleus accumbens* comme inhibiteur de la recapture de la dopamine (effet de récompense, diminution du *craving*). Il est également inhibiteur de la recapture de la noradrénaline dans le *locus coeruleus* (diminution des effets neurovégétatifs du sevrage). Ses principales contre-indications sont la comitialité et la boulimie/anorexie nerveuse (chez ces patients, on a observé un risque accru de crises épileptiques). Les effets secondaires principaux sont l'insomnie et la sécheresse de la bouche.

La varénicline<sup>8</sup> (Champix) agit comme faible agoniste sur les récepteurs nicotiques de l'acétylcholine du centre de récompense, mais bloque de manière compétitive la libération de dopamine par la nicotine. Elle est en général bien supportée mais des effets secondaires majeurs existent : inappétence, nausées, insomnie et maux de tête.

Ces médicaments sont des agents psychoactifs au même titre que des antidépresseurs. Des effets secondaires sur le psychisme des patients, plus rares, variés et mal définis, ont été rapportés, ce qui nécessite un suivi attentif par le médecin, qui doit distinguer ces effets des symptômes de sevrage. Ces agents sont indiqués chez les patients bien préparés, et qui ont déjà, par exemple à l'aide de préparations nicotiques, baissé considérablement leur consommation. Pour être pleinement efficaces, ces médicaments seront prescrits aux patients connaissant les motivations



qui les poussent à fumer, les situations et les déclencheurs aussi bien externes qu'internes du désir d'allumer une cigarette. Ils sont pleinement indiqués quand le patient veut passer à l'action concrète d'arrêter de fumer complètement et a choisi la date précise.

## ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT PAR SON MÉDECIN

Seuls les médicaments mentionnés ont fait l'objet d'études scientifiques avec des résultats nettement supérieurs aux placebos. Il est cependant conseillé de ne pas disqualifier les stratégies non médicamenteuses habituellement rapportées par les patients, car elles permettent souvent de mieux les comprendre. Elles amènent des éléments précieux pour le conseil individualisé et pour estimer le degré de motivation actuelle. Les études rapportent de manière très cohérente, que le taux de succès du conseil aux fumeurs est directement proportionnel au temps passé avec son patient. Par conséquent, le rendez-vous de suivi est extrêmement important, pour évaluer le chemin déjà parcouru et discuter de l'étape suivante; un appel téléphonique de l'assistante médicale le jour de l'arrêt peut s'avérer décisif. Il apparaît donc que, pour le patient, la condition de réussite est ancrée dans son désir grandissant d'arrêter, et le rôle du médecin est de l'aider à passer à l'action. Le médecin doit s'intéresser inlassablement à son patient

et croire fermement, qu'un jour, celui-ci, par sa propre volonté, réussira à s'affranchir de cette servitude.

Une dernière remarque: comme pour toute prescription médicamenteuse, il est conseillé au prescripteur de lire attentivement la notice d'emballage et la documentation du Compendium avant d'établir l'ordonnance pour des produits contenant de la nicotine, du bupropion ou de la varénicline.<sup>9</sup> En effet, les textes de l'industrie pharmaceutique consacrés aux produits de substitution nicotinique exagèrent quelque peu les éventuels effets toxiques peu probables chez un patient bien instruit à les utiliser. ■

### Implications pratiques

- > Le conseil aux fumeurs/fumeuses doit se généraliser, car les conditions de société, les interdictions de la fumée passive dans les lieux publics, etc. et l'information grandissante du public sont de plus en plus favorables à limiter l'épidémie de tabagisme
- > Nous disposons de meilleurs outils médicamenteux pour diminuer l'addiction à la nicotine
- > Une bonne connaissance de la pharmacologie de la nicotine mais aussi un soutien psychothérapeutique adéquat sont nécessaires pour soutenir efficacement ces patients

### Bibliographie

- 1 Official Statement: American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, European Respiratory Society, Asia Pacific Society of Respiriology, Canadian Thoracic Society, International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases. Smoking and Health. A physician's responsibility. Eur Respir J 1995;8:1808-11.
- 2 DiClemente CC, Prochaska JO, et al. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol 1991; 59:295-304.
- 3 Benowitz NL, Jacob P. Nicotine and carbon monoxide intake from high- and low yield cigarettes. Clin Pharmacol Ther 1984;36:265-70.
- 4 Benowitz NL, Wilson P. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. CNS Drugs 2000;13: 265-85.
- 5 Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test of nicotine dependence: A revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. Br J Addic 1991;86:1119-27.
- 6 \* Jorenby DE, et al. A controlled trial of sustained release bupropion, nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999;340:685-91.
- 7 Bolliger CT, Zellweger JP, et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: Double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. BMJ 2000;321:329-33.
- 8 \*\* Zellweger JP. Diminuer la consommation de tabac: une alternative à la cigarette? Rev Med Suisse 2006; 2:1701-3.
- 9 \* Hays JT, Ebbert JO. Vareniclin for tobacco dependence. Clinical therapeutics. N Engl J Med 2008;359: 2018-24.

\* à lire  
\*\* à lire absolument