



cahier **prévention**

Tabac et précarité

Comment et pourquoi parler du tabac à nos patients précarisés ?

lesommaire



1. Pourquoi est-il utile de s'intéresser à la consommation de tabac auprès des publics précarisés ?	5
2. Principes généraux de l'accompagnement du patient fumeur	8
3. Spécificités des publics précarisés quant au tabagisme	14
4. Recommandations générales pour l'accompagnement des patients précarisés	22
5. Autres stratégies à promouvoir au-delà des consultations de médecine générale	24
6. Conclusions	25

1. Pourquoi est-il utile de s'intéresser à la consommation de tabac auprès des publics précarisés ?

1.1 La précarité : quelle définition ?

Le statut BIM (bénéficiaires de l'intervention majorée avec codes 101, 111, 121...), anciennement appelé statut VIPO est inadéquat pour identifier à lui seul les personnes en situation précaire. En effet, certaines personnes en réelle difficulté ont parfois un statut d'assuré ordinaire car elles dépassent de quelques euros le seuil en dessous duquel elles pourraient bénéficier de ce statut. Cependant, faire face à des difficultés financières ne suffit pas non plus à reconnaître un public précarisé. Ce public cumule, pendant une durée longue ou indéterminée, plusieurs des précarités suivantes ^{1,2,3}

- **le revenu** : minimex ou moins, revenus irréguliers
- **le logement** : un logement insalubre, inadéquat, exigü, mal équipé ou tout à fait précaire tel une caravane,
- **l'instruction** : de niveau primaire ou moins, sous-qualification professionnelle, illettrisme
- **les liens familiaux ou sociaux** : absents ou faibles.
Par exemple : foyers monoparentaux, personnes isolées, primo-arrivants, ...

- **l'emploi** : précaire ou absent, sous-qualifié, irrégulier, non déclaré, ...
- **la santé** : antécédents de toxicomanie, psychiatrie, viol, affections respiratoires chroniques, déni de problèmes de santé, déficience intellectuelle, handicap, mutuelle pas en ordre (entraînant une négligence de fait des soins de santé).

Relever chez un patient le cumul de plusieurs de ces précarités pendant une durée longue ou indéterminée permet au médecin d'identifier une probable situation difficile.²

Une autre caractéristique de ces milieux est que ces précarités perdurent dans le temps² et les personnes vivent dès lors avec un certain fatalisme l'impossibilité de retrouver dans un avenir proche une situation «acceptable».

Il y a donc une grande diversité parmi nos patients précarisés.

1.2 Publics précarisés et tabac : des chiffres

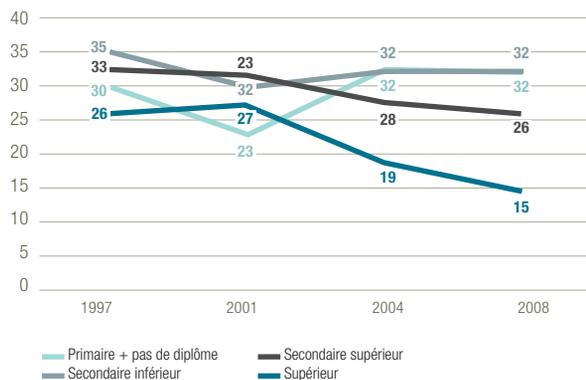
Depuis quelques années, la consommation de tabac tend à diminuer dans la population générale contrairement à celle des populations précarisées (définies ci-dessous par le niveau d'éducation) qui tend à stagner voire à augmenter.

Pour rappel, le niveau d'éducation constitue le meilleur indicateur monofactoriel du statut socio-économique.⁴

TABLEAU 1

Source : Institut Scientifique de Santé Publique, Enquêtes de santé par Interview, 1997, 2001, 2004, 2008

Evolution de la consommation de tabac chez les 15 ans et +, Belgique, par niveau d'éducation (%)



Les groupes sociaux précarisés :

- **présentent un taux plus important de fumeurs**⁵
- **commencent à fumer plus jeunes**⁵
- **ont une dépendance plus forte au tabac**⁵
- **ont moins de succès dans le sevrage tabagique**⁶

TABLEAU 2

Source : Lorant V.^{6,*}

Comportement tabagique parmi la population résidente de 15 à 44 ans et parmi les fumeurs de 15 à 44 ans, Belgique 2004

Scolarité	Fumeur actuel ^a (%)	Age de l'initiation ^b (moyenne)	Tentative d'arrêt ^b (%)	Dépendance forte ^{b,c} (%)
Primaire	53.6	15.8	61.7	15.0
Secondaire inf.	41.5	16.0	64.7	16.8
Secondaire sup.	36.3	16.8	64.0	11.4
Supérieure-Unif.	24.0	17.2	69.1	5.7

a Parmi la population résidente (n=3795)

b Parmi les fumeurs (n=1214) (mettre en dessous du point a et pas à côté et mettre une majuscule à parmi)

c La dépendance est mesurée par les questions « Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ? » ; « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? »

* Les chiffres de ce tableau proviennent de l'Enquête de santé par interview de 2004 réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique. Ils sont calculés pour la population de 15 à 44 ans. L'équivalent n'a pas été calculé pour l'enquête de santé par interview de 2008 (uniquement chiffres de 15 à 75 ans).

Les différences au niveau du taux de tabagisme entre classes sociales sont toujours présentes que ce soit en fonction :

- du niveau d'étude⁵
- du type d'enseignement⁷
- du statut professionnel⁸

TABLEAU 3

Source: enquête effectuée en 2008 par IPSOS pour la Fonction contre le cancer et financée par SPF Santé Publique

Pourcentage de fumeurs en fonction de la condition professionnelle et du sexe					
HOMMES	Ouvriers N=421	Employés N=355	Indépendants N=189	Cadres N=58	Sans emploi N=141
	47 %	32 %	33 %	17 %	55 %
FEMMES	Ouvrières N=198	Employées N=534	Indépendantes N=127	Cadres N=16	Sans emploi N=168
	53 %	25 %	24 %	13 %	46 %

3. Conclusions

Ces différences ont un impact considérable : la différence de mortalité (toutes causes confondues) observée entre les classes sociales des pays occidentaux s'explique, pour plus de 50 % des cas, uniquement par la différence de statut social.⁹ De plus, le tabagisme est responsable de la moitié des décès dans la classe sociale la moins favorisée.⁹

Nous observons également un écart de plus en plus grand au niveau de la consommation tabagique entre les différentes classes sociales (voir tableau page 6).

- **S'attaquer aux inégalités de tabagisme est donc utile voire prioritaire.**
- **Ce sont les groupes sociaux les moins favorisés qui ont le plus grand besoin de soutien tant avant que pendant l'arrêt.**

D'autant que l'accompagnement (counselling) des patients dans leur sevrage double les chances de réussite de l'arrêt.¹⁰

2. Principes généraux de l'accompagnement du patient fumeur

La démarche proposée s'inspire fortement de celle proposée par l'INPES en France (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, www.inpes.fr). Celle-ci permet de respecter les choix personnels et le rythme de chaque patient.

Il s'agit d'abord d'ouvrir le dialogue (étape 1).

Ensuite, si le patient le souhaite, on l'aide à faire le point sur son usage du tabac son niveau de dépendance physique mais aussi ses habitudes de vie liées au tabac et ses motivations quant à l'arrêt (étape 2).

Enfin, si le patient se sent prêt à changer ses habitudes, on construit avec lui un projet d'arrêt et on l'accompagne tout au long du sevrage (étape 3).

Un parallélisme a été fait avec la stratégie des « 5 A » présentée dans les Recommandations de bonnes pratiques de la SSMG ¹¹ :

- ASK : demander au patient s'il fume
- ADVISE to quit : conseiller l'arrêt
- ASSESS willingness to make a quit attempt : évaluer et renforcer sa motivation
- ASSIST in quick attempt : accompagner l'arrêt
- ARRANGE follow-up : prolonger le suivi

ETAPE 1 : Ouvrir le dialogue (ASK-ADVISE)

1. Le conseil minimal

Il est recommandé de prendre l'habitude de demander systématiquement à chaque nouveau patient s'il fume et d'interroger régulièrement ses patients habituels à ce sujet.

S'il fume, demandez-lui s'il envisage d'arrêter.

En cas de réponse négative, c'est le moment de lui donner un conseil clair, sans jugement de valeur et avec empathie ¹¹ : "En tant que mé-

decin traitant, je ne peux que vous conseiller d'arrêter de fumer. Le jour où vous souhaitez en parler ou si vous voulez arrêter, je peux vous aider". Ce conseil minimal a un très bon rapport coût/efficacité avec une intervention brève (< de deux minutes) et un taux d'arrêt de 2 à 5% dans l'année qui a été démontré par plusieurs études.¹²

Si le patient envisage d'arrêter, le médecin peut alors lui proposer son aide.

2. Parler du tabac et clarifier vos intentions sans chercher à convaincre

Il est intéressant de faire savoir au patient que vous n'avez nulle intention de chercher à le convaincre d'arrêter de fumer mais que vous lui proposez, s'il le souhaite, de réfléchir sur sa consommation et de vous associer à cette réflexion pour ensuite l'accompagner dans son désir de changement éventuel.

Avant d'aller plus loin, assurez-vous que votre patient est d'accord pour parler de sa consommation de tabac. Il a peut-être à ce moment-là et de son point de vue, d'autres priorités de santé. Il est alors préférable de ne pas insister et d'explorer dans un premier temps avec lui ce qui le préoccupe. Vous reviendrez à une autre occasion sur la question du tabac. Dans tous les cas, cette demande positionne le médecin comme interlocuteur valable pour parler du tabac.

Si le patient est d'accord de parler du tabac, proposez-lui de faire le point sur ses habitudes et sur sa position quant à un arrêt éventuel.

ETAPE 2 : Aider le patient à faire le point (ASSESS)

Cette étape consiste pour le patient à savoir où il en est en termes de dépendance et à réfléchir à la place que le tabac prend dans sa vie. Elle est indispensable au professionnel pour comprendre la situation du patient.

Pendant toute cette phase, le professionnel a pour rôle d'accompagner la réflexion du patient et de l'aider à reformuler ce qu'il ressent. Des tests (ANNEXES 1 À 5) peuvent servir de point de départ à la discussion.

1. Explorer la relation du patient au tabac

Des points de départ intéressants pour la discussion sont les tests suivants :

- « Quel fumeur êtes-vous ? » (ANNEXE 1)
- « Les bonnes choses et les moins bonnes choses associées au tabac » (ANNEXE 2)
- Faire raconter par le patient une journée-type et essayer de repérer comment sa consommation de tabac s'y intègre.
- Demander au patient « En quoi fumer vous procure-t-il du plaisir ou de la satisfaction ? » est également un bon point de départ pour explorer la relation du patient au tabac.

Il est essentiel de prendre en compte les caractéristiques individuelles du patient, mais aussi son appartenance à un groupe donné ; en effet, l'usage du tabac et les risques encourus, les déterminants de l'usage ou les motivations à arrêter, ne sont pas les mêmes chez les jeunes, chez les femmes enceintes et chez les personnes en situation de précarité, par exemple.

2. Identifier une éventuelle dépendance physique

Le test de Fagerström ([ANNEXE 3](#)) permet d'évaluer le niveau de dépendance à la cigarette.

Une version courte de ce test (deux questions) est également disponible¹³ ([ANNEXE 4](#)).

3. Comprendre la position du patient par rapport à l'arrêt

Selon Miller et Rollnick¹⁴, pour évaluer la position du patient par rapport à l'arrêt « est-il prêt ? », il faut l'interroger sur deux dimensions ([ANNEXE 5](#)) :

- l'importance accordée par le patient au fait d'arrêter de fumer
- la confiance que le patient a en ses chances de réussir s'il décidait d'arrêter.
- Inviter le patient à se situer sur une échelle de 1 à 10 permet au professionnel de :

- demander au patient pourquoi il n'a pas choisi un chiffre plus petit (1 à la place de 4 par exemple). Ceci amène le patient à exprimer les raisons qu'il a d'arrêter et à consolider voire à augmenter sa motivation.
- d'identifier s'il faut plutôt travailler l'importance que le patient accorde à ce changement ou sa confiance en lui de réussir cet arrêt. Rien ne sert de continuer à développer l'importance pour le patient d'arrêter s'il a répondu 8/10 à cette question alors qu'il n'a donné qu'un 3/10 à la confiance qu'il accorde à ses chances de réussir un arrêt. Mieux vaut alors travailler sa confiance en lui.

4. Clôre l'étape de bilan

A l'issue de cette étape, vous pouvez demander au patient ce qu'il pense du bilan réalisé et ce qu'il compte en faire.

S'il souhaite essayer d'arrêter de fumer, proposez-lui de continuer la démarche entamée lors d'une prochaine consultation.

Si à ce stade, le patient semble présenter une problématique que vous pensez ne pas pouvoir gérer vous-même, il ne faut pas hésiter à l'orienter vers un centre d'aide aux fumeurs (CAF) ou un tabacologue reconnu. La liste est accessible via le site www.tabac.ssmg.be

S'il ne se sent pas prêt à arrêter de fumer, respectez sa décision, tout en restant ouvert à en reparler lors d'une consultation ultérieure, à votre initiative ou à la sienne.

Apporter de l'information

En apportant de l'information, il est essentiel de prendre en compte les représentations du patient. Sans cela, ces représentations risquent de faire obstacle à la compréhension et à l'appropriation d'un savoir nouveau. C'est pourquoi il est recommandé de :

- commencer par explorer ce que le patient sait, son point de vue sur la question*
- construire les explications à partir de ce que le patient a dit*

On peut ensuite demander ce que le patient en pense et ce qu'il compte faire de cette information.

Si le patient souhaite être plus informé sur les effets du tabac, il est recommandé de lui donner les informations de manière neutre : « ce qui peut arriver quand on fume » plutôt que de présenter les informations comme étant les propres convictions du professionnel de santé. Ces informations seront en effet mieux acceptées si elles sont dégagées autant que possible de tout jugement et de toute subjectivité.



ETAPE 3 : Accompagner le patient dans son sevrage (ASSIST)

Cette étape a pour objectif d'aider le patient à se préparer à arrêter de fumer, à passer à l'action, puis à consolider ses nouvelles habitudes.

Pendant toute cette phase, il s'agit d'aider le patient à construire ses propres solutions pour arrêter de fumer. Des tests (ANNEXES 6 À 10) peuvent servir de point de départ à la discussion.

1. Aider le patient à faire le point sur ses motivations

Pour aider une personne à arrêter de fumer, vous pouvez vous appuyer sur le test « Ce que vous redoutez, ce que vous attendez» (ANNEXE 6) qui permet au patient de formuler ses craintes et ses attentes au sujet de l'arrêt.

A partir de là, vous pourrez, en fonction des craintes évoquées, lui apporter des informations, lui proposer éventuellement de recourir à l'aide d'un autre professionnel (une diététicienne par exemple) et l'aider à identifier des moyens pour faire face aux difficultés pressenties.

Une autre possibilité est d'explorer avec le patient son point de vue sur les avantages et les inconvénients de son tabagisme pour creuser ensuite les inconvénients et les avantages qu'il voit à l'arrêt. Cette exploration se fait en utilisant la balance décisionnelle¹⁴ (ANNEXE 7).

A ce stade, vous pouvez demander au patient s'il se sent prêt à passer à l'action.

Si le patient ne se sent pas prêt à arrêter, il est important de pouvoir lui dire que la porte reste ouverte s'il désire en reparler.

2. Prendre en compte l'état de santé global

- **Anxiété et dépression** : quand une personne veut cesser de fumer, il est important de connaître son état psychologique. Il s'agit donc d'être attentif à des signes éventuels d'anxiété ou de dépression. Vous pouvez évaluer le degré d'anxiété ou de dépression de votre patient par le test HAD «Hospital Anxiety and Depression Scale (ANNEXE 8)». « Le risque de dépression à l'arrêt chez le fumeur n'ayant jamais eu de dépression est de 2%. Il est de 17% s'il a eu 1 épisode de dépression de 30% si s'il a eu plus d'un épisode.¹⁵
- **Autres dépendances** : en cas de dépendances associées, demander au patient ce qui est prioritaire pour lui et l'accompagner. Ce ne sera pas nécessairement le tabac. Les sevrages alcool et tabac peuvent être séquentiels ou simultanés. Le choix du patient dans la chronologie des sevrages doit être respecté. Toutefois, la poursuite de l'alcoolisation réduit les chances de succès du sevrage tabagique. L'intérêt de l'arrêt préalable (ou simultané) de l'alcool sera donc évoqué.^{16,17}

3. Prendre en charge la dépendance physique

La nicotine engendre une dépendance physique responsable d'un syndrome de sevrage (irritabilité, perturbations du sommeil, symptomatologie dépressive, trouble de la concentration intellectuelle).

Le test de Fagerström permet d'identifier précisément le niveau de dépendance physique. Les dépendances physiques marquées doivent faire l'objet d'un traitement médicamenteux adapté (ANNEXE 9).

4. Aider le patient à faire face à la dépendance psychologique

L'envie de fumer correspond à une dépendance psychologique (plaisir, gestion du stress et de l'anxiété, stimulation intellectuelle) et comportementale (geste réflexe, habitudes, convivialité). Dans une démarche de sevrage, la première étape consiste à aider le patient à découvrir ce qui compose cette dépendance : les circonstances, les gestes, les personnes et les lieux qui sont associés au tabac et qui suscitent l'envie de fumer. La réflexion partagée avec le patient sur les comportements de substitution possibles vient ensuite.

Le test « Mieux connaître vos habitudes de fumeur pour mieux se préparer » (ANNEXE 10) est conçu pour aider le patient dans cette démarche.

5. Assurer un suivi (ARRANGE)

La prise en charge du sevrage tabagique nécessite habituellement plusieurs entretiens. A chaque rencontre, on aborde la manière dont le sevrage se passe : les points positifs mais aussi les difficultés, comment le patient se sent, les effets sur le sommeil, l'appétit, les relations sociales, ainsi que les stratégies mises en place pour arrêter de fumer...

Les reprises du tabac après arrêt sont nombreuses et normales. Il faut très souvent plusieurs tentatives d'arrêt pour arriver à un arrêt définitif. Le tout est de voir chaque tentative comme une nouvelle expérience dont le patient va pouvoir tirer de nouveaux enseignements utiles pour la suivante. Chaque nouvelle tentative rapproche le patient de l'arrêt définitif contrairement aux régimes amaigrissants.¹⁸

D'autres tests et conseils pratiques sont également accessibles sur le site www.tabac.ssmg.be

3. Spécificités des patients précarisés quant à la question tabagique

ETAPE 1 : OUVRIR LE DIALOGUE AVEC LE PATIENT PRÉCARISÉ, OSER ABORDER LA QUESTION DU TABAC

Il existe souvent une difficulté pour les médecins généralistes d'aborder le tabac avec leurs patients issus des milieux précarisés.¹⁹ Le médecin généraliste ne leur propose pas de parler du tabagisme car il ne les pense pas capables d'arrêter (« mauvais patient »), parce qu'elles vivent une situation tellement difficile que l'arrêt du tabac est loin d'être une priorité (« on ne va pas leur en rajouter une couche », « c'est le seul plaisir qui leur reste »), parce qu'il ne les estime pas capables intellectuellement de se questionner à propos de leur consommation de tabac ou encore parce qu'elles vivent au jour le jour et investissent très peu à long terme (absence de projection dans le futur).

Il y a donc également **une inégalité sociale dans la prise en charge du sevrage tabagique.**

Or, les patients précarisés sont désireux d'arrêter de fumer et demandeurs d'une aide.¹⁹

Ils sont demandeurs d'un soutien de leur médecin généraliste pour le sevrage tabagique mais un « filtre » chez les professionnels leur fait penser qu'aborder le tabac avec ces patients n'est pas opportun vu l'existence de nombreux autres problèmes.

Aborder le tabac avec les personnes précarisées :

- est **attendu** de leur part,
- est **nécessaire**,
- ne risque pas de mettre à mal la relation médecin-patient, ni la confiance du patient si la démarche est réalisée dans une attitude respectueuse.

Quelques pistes

Les personnes précarisées doivent faire face quotidiennement à des soucis de toutes sortes et sont souvent obligées de vivre au jour le jour. **Ces préoccupations quotidiennes** requièrent, le plus souvent, presque toute leur attention, de sorte que des habitudes de vie saines comme « ne pas fumer » dont les conséquences ne se font sentir qu'à long terme, ne sont pas prioritaires pour elles. Cependant, et contrairement à ce que les chiffres concernant la consommation de tabac laissent présager, les personnes qui vivent dans la pauvreté estiment que l'arrêt constitue un **objectif important** même si **non prioritaire** pour elles.²⁰

→ Les initiatives relatives à l'arrêt du tabac ou au tabagisme passif ont plus de succès quand elles sont proposées à **un moment clef de la vie** de quelqu'un : quand une femme est enceinte, quand un membre de la famille est décédé d'un cancer du poumon, ...mais aussi lors d'infections respiratoires, lors de la demande de contraception, ... **donc à des moments où le problème tabagique s'inscrit directement dans la réalité de la vie de la personne.**²⁰ **Il ne faut pas rater les bonnes occasions !**

Un conseil clair, ferme et personnalisé est recommandé.¹¹

- « Il est important pour vous et pour votre santé d'arrêter. Quand vous serez prêt, je pourrai vous y aider » ou encore « Quand vous aurez envie d'en parler, n'hésitez pas à venir me voir ».

Et non pas :

- « Vous devez arrêter. »



Les fumeurs issus des populations précarisées n'ignorent pas les risques du tabagisme pour leur santé. Cependant, ils relativisent ces risques en réduisant leur consommation en passant au tabac à rouler ou parce qu'ils fument des cigarettes légères. Ils relativisent également en mettant en balance les risques réels liés à l'arrêt : prise de poids, dépression, humeur massacrante, ...²¹

→ Il est préférable d'avoir une **approche positive** en explorant avec le patient les bénéfices potentiels de l'arrêt (même à court terme) plutôt que de mettre en avant les risques encourus.

Il y a, depuis quelques années déjà, l'apparition d'une norme sociale anti-tabagique. Celle-ci est perçue par les populations précarisées comme menace pour leur liberté et la poursuite tabagique constitue dès lors une forme de résistance psychologique²².

Les discours normatifs de certaines campagnes anti-tabac suscitent souvent de la résistance.²³

→ Ne pas reprendre le discours normatif de la société, ni chercher à convaincre le patient d'arrêter mais bien proposer des informations, des idées, des stratégies que le sujet a la liberté de s'approprier, d'intégrer, de faire siennes.²⁴ Il est essentiel d'avoir une **approche centrée sur la personne**, avec le patient qu'on accompagne et qu'on ne prétend pas diriger.

ETAPE 2 : AIDER LE PATIENT PRÉCARISÉ À FAIRE LE POINT

Comme nous l'avons vu dans les principes généraux, il est essentiel de faire le point avec le patient sur sa consommation.

Certaines caractéristiques des patients précarisés font que ces patients ont parfois des difficultés à envisager un arrêt voire à se mettre en projet. Il est très difficile en effet, vu les soucis quotidiens auxquels ils font face, de les inciter à adopter un comportement sain dont ils ne ressentiront l'effet positif qu'à long terme. Ces personnes sont plus sensibles à l'immédiateté.²¹

Les **objectifs** de santé proposés doivent donc être **réalistes, pas trop éloignés dans le temps** afin qu'une évaluation à court et moyen terme soit possible.²⁰

→ Il existe des **effets positifs à court terme** et il est important de les souligner. Il est également important de discuter des éventuels effets désagréables de l'arrêt afin de préparer le patient sans oublier de l'informer que l'on doit rarement faire face à tous ces symptômes et qu'ils ne sont que transitoires.

→ Un moyen de motiver le patient par exemple est de **mesurer le CO**. En effet, celui-ci chute déjà fortement après 24h d'arrêt.

→ Proposer au patient de réaliser des **mini-défis**²⁵ : « Qu'est-ce que vous êtes prêt à faire pour la fois prochaine ? » Par exemple : réduire le nombre de cigarettes ou retarder la pre-

mière cigarette sont des objectifs réalistes à court terme, permettant d'augmenter la confiance en soi et moins anxiogènes que l'idée du sevrage total et définitif même si c'est là l'objectif final.

La faible estime de soi chez les personnes précarisées compromet la possibilité de se défaire de la cigarette²⁶. Le fait d'avoir vécu un **précédent échec** peut également constituer un frein à envisager une nouvelle tentative d'arrêt. Cette crainte de revivre un autre échec est étroitement liée à une faible estime de soi. « Je ne suis pas capable d'arrêter » mais également « Je ne suis pas capable de supporter un autre échec ».

→ Il est important de **rassurer** le patient sur le fait que la reprise du tabac (parler en ces termes, plutôt que d'échec) fait partir du processus d'arrêt. Il est par ailleurs intéressant d'**utiliser l'expérience du patient** pour **valoriser** ses efforts et pour en retirer les enseignements utiles à une nouvelle tentative d'arrêt.

Les personnes de niveau socio-économique bas ont une **faible connaissance des méthodes de sevrage**²², de nombreux **a priori et des représentations erronées**. Par exemple : « Chiquer de la nicotine, c'est aussi mauvais que fumer, c'est chimique »,

→ Il faut **informer** le patient sur les différents moyens d'aide, et sur leur utilité, même s'il a vécu des échecs.

Nous pouvons réconcilier le patient avec la médication après un essai infructueux par le passé.

« Ca n'a pas marché, le patch : j'ai tenu deux mois et puis j'ai craqué. »

« Avec le médicament, je ne sais plus dormir. »

Dans les deux cas, nous pouvons nuancer, contre-éclairer les représentations : sous dosage, préparation lacunaire, part relative de l'apport médicamenteux, ...



ETAPE 3 : ACCOMPAGNER LE PATIENT PRÉCARISÉ DANS SON SEVRAGE

Nous l'avons vu, les populations précarisées rencontrent moins de succès dans leur sevrage tabagique. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- la plus forte dépendance tabagique
- la moindre utilisation des ressources d'aide au sevrage
- l'environnement familial peu soutenant
- la faible estime de soi
- la faible capacité de gestion de stress et le peu de sources de plaisir
- la présence d'autres addictions

Ces facteurs peuvent être contournés grâce à plusieurs pistes.

1. La plus forte dépendance au tabac des populations ayant un niveau d'éducation plus bas est un des facteurs explicatifs des différences de succès du sevrage tabagique entre les niveaux d'éducation.⁶

→ Utiliser les substituts nicotiniques (à dose optimale).

Voir l'annexe 9 et le chapitre 5 «Autres stratégies à promouvoir au-delà des consultations de médecine générale».

2. Les populations moins favorisées utilisent moins les ressources mises à leur disposition pour entamer le sevrage¹⁹ et probablement pour deux raisons conjointes : le coût et le manque de connaissance ou d'information dû à un moindre recours aux soins de santé²⁷. L'illettrisme peut également expliquer ce fait.

→ Informer le patient du réseau d'aide au sevrage qui peut être mobilisé, de la ligne gratuite Tabac-Stop 0800/11100, des interventions accordées par l'INAMI ainsi que par certaines mutuelles, ...

3. L'environnement familial des populations moins favorisées **est bien moins favorable** que celui des classes sociales élevées.¹⁹ En effet, il y a souvent un haut niveau de tabagisme dans les familles de classe sociale moins élevées.²⁸ Dans ces milieux, **fumer** semble être la **norme**²⁸ et véhicule même une valeur positive.²⁹ Or, l'influence du milieu est énorme dans les populations plus précarisées.²⁹ Il y a dans ces milieux, un surinvestissement du groupe où se dissout le sujet : «on», «nous», plutôt que «je». ³⁰ La difficulté est d'autant plus grande que **le tabac constitue également un lien social**.^{31,32} Celui qui tente un sevrage tabagique se trouve alors souvent isolé.

- Il apparaît dès lors important d'**associer l'environnement familial**, d'y chercher un soutien par exemple auprès des enfants âgés de 7 à 11 ans dont le discours soutient la tentative d'arrêt des parents.
- Proposer une approche de **sevrage tabagique en groupe** qui peut permettre d'utiliser l'influence du groupe, favorable dans ce cas-ci au sevrage.

Par ailleurs, il y a parmi les personnes précarisées, de nombreuses personnes très isolées pour qui la cigarette est une amie, une présence. Cette absence d'environnement n'est pas favorable.

- Des actions sont possibles. Voir point 6.

4. Un autre facteur explicatif est, chez les individus de niveau social plus modeste, l'existence d'une moindre estime d'eux-mêmes et d'un **moindre sentiment d'auto-efficacité**.^{33,34,35} Or, il existe une plus grande chance de réussir à cesser de fumer si le sentiment d'efficacité à réussir le sevrage est important.³⁶ La **faible estime de soi** chez les personnes précarisées entraîne également des motivations plus souvent externes (pour mes enfants, l'argent du ménage) que personnelles. Or, la motivation est plus consistante lorsque la motivation est interne.²⁶

- **Se baser sur les expériences passées du patient**, sur ses essais antérieurs (ne pas utiliser le terme échec), **voir avec lui ce qui avait « marché»**.³¹ Valoriser ces expériences.
- **Choisir au départ des objectifs en deçà de l'arrêt** tels que «faire le point sur le tabac», se questionner sur sa consommation ; ce qui exclut l'échec.²⁶
- Faire **l'expérience de la réussite** : diminuer le nombre de cigarettes est une étape intéressante car l'objectif est plus accessible. Cela valorise et redonne confiance au patient. Il faut veiller à limiter cette étape dans le temps. En effet, si elle perdure, il existe un risque de compromettre le sevrage complet. Expérimenter l'arrêt temporaire (parfois quelques heures) est une autre alternative.
- **Valoriser l'arrêt et son maintien** a un effet positif sur l'estime de soi, consolidant la démarche (boucle de rétroaction positive).
- **Valoriser tout changement** même si celui-ci n'est pas directement lié au tabac car c'est un signe que la personne évolue et un changement en entraîne souvent un autre.
- **Se décaler du produit pour se recentrer sur la personne**.³¹ Ainsi, on ne se concentre pas sur la cigarette en tant que produit mais bien sur la place qu'elle occupe dans la vie du patient, sur le vécu du patient, sur ses représentations, ...

- **Se centrer sur les qualités d'une personne plutôt que sur ses défauts.**²⁶ Importance de reconnaître la *capacité à faire* du patient.³¹
- **Se concentrer sur les efforts et pas sur les résultats.**²⁰
- La qualité de la relation médecin généraliste-patient a aussi toute son importance dans la **valorisation du patient**³¹ : **écouter** et revaloriser des personnes qui se sentent mieux comprises et soutenues, **s'abstenir de juger**, développer la confiance et la complicité, assurer la confidentialité. De nombreux petits contacts avec les gens peuvent aider à construire cette relation de confiance.
- **Soutenir le patient pour qu'il puisse prendre lui-même sa santé en main.**²⁰ On parle également d'**empowerment** : le développement chez le patient du pouvoir d'agir.³⁷ Ainsi, il est intéressant de donner des exemples de solutions que d'autres patients ont trouvées par eux-mêmes. Cela lui permet de réfléchir et de se découvrir des stratégies qui lui sont propres.
- Dans le cas des groupe de paroles, laisser la place à chaque personne du groupe pour **apporter son questionnement, son témoignage, sa propre expérience : infos, réflexions, trucs**. On évite ainsi de susciter les résistances des personnes et on ne les prive pas de leur autonomie. En plus, un effet bénéfique sur l'estime de soi peut apparaître quand la compétence de l'individu est reconnue et sollicitée par le groupe.

5. Les personnes précarisées savent que fumer n'est pas bon pour la santé, mais vivre dans la pauvreté constitue un stress quotidien et «fumer apaise ce stress». Fumer est souvent une manière de **gérer ce stress.**^{6,20,21,32} Aussi faut-il explorer une autre stratégie de gestion du stress.

- Proposer au patient des petits exercices de respiration.
- Proposer au patient de se poser la question au moment où, face au stress, il s'apprête à allumer une cigarette «Est-ce que cette cigarette va m'apporter la solution à ma situation ?».
- Face au stress, le fumeur se réfugie dans l'action, dans une action qui ne résout rien, l'action *a minima*³⁸ : il allume sa cigarette. Il est ainsi possible et important de réfléchir avec le patient à des alternatives d'actions. Il est courant, chez les personnes qui arrêtent de fumer, de compenser par l'alimentation. Il faut préparer le patient, chercher des alternatives telles que des petits gestes qui ne prennent pas plus de deux minutes et qui permettront de faire retomber un peu le niveau de stress. Par exemples : se maquiller, envoyer un sms, boire de l'eau, nettoyer son évier, ...

6. Le tabac constituerait également un des seuls **plaisirs** subsistant dans un horizon de vie relativement sombre.⁶ De plus, de manière générale, les milieux précarisés sont des milieux souvent peu «occupés» et la cigarette rythme ainsi la journée et vient combler un vide.²¹

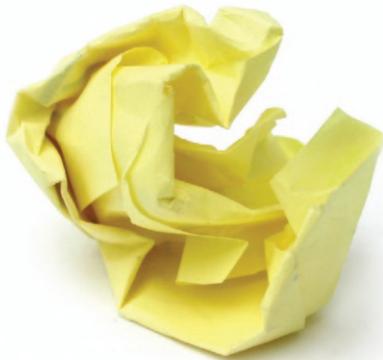
→ Trouver d'autres plaisirs (sains) et être prêt à accepter les solutions amenées par le patient même si celles-ci nous paraissent parfois originales.

→ Il est également intéressant d'explorer l'aspect occupationnel : «Que pourriez-vous faire ?» «Qu'aimeriez-vous faire ?», chercher à «réintroduire de la vie» pendant les «temps morts» des gens qui fument : voir ce qui leur plait, chercher avec eux des activités qui leur conviendraient, les encourager à rencontrer d'autres personnes, ... Professionnellement, il peut s'avérer utile de faire appel au réseau, à un assistant social, à un groupe de solidarité, de proximité...

7. Il faut également souvent faire face chez les fumeurs précarisés à des **addictions associées**.²⁸

→ Il est important de faire le bilan des différentes addictions du patient et de lui demander à laquelle (ou auxquelles) il veut s'attaquer en priorité. Contrairement aux idées reçues, il est possible de s'attaquer aux différentes addictions en même temps si le patient le propose^{16,17}. S'il y a eu des arrêts d'autres produits par le passé, les utiliser pour valoriser le patient. Il est également intéressant de se servir de ces arrêts pour tirer les enseignements utiles aux essais ultérieurs.

4. Recommandations générales pour l'accompagnement des patients précarisés



Les pistes proposées au chapitre 3 sont en lien direct avec l'accompagnement du patient précarisé par rapport à son tabagisme. Les pistes proposées dans ce chapitre-ci sont orientées vers l'abord global du patient précarisé.

- Ce qui compte avant tout, c'est la **confiance réciproque** et le **partenariat patient-médecin**.
- Travailler au **rythme** des personnes qui vivent dans la pauvreté sans harcèlement ni pression de temps.^{20,31} Ne pas attendre de changements de comportement trop rapides.
- Fixer des rendez-vous relativement proches dans le temps car les personnes précarisées ont du mal à gérer leur temps à moyen et à long terme.
- **Travailler avec** elles et non pas pour elles²⁰ pour éviter la confrontation mais aussi le sentiment d'impuissance éprouvé par bien des confrères ou collègues.
- Prendre le **temps d'écouter** et de **dialoguer** avec le patient.³¹

Il est parfois nécessaire d'adapter le langage et de prendre le temps nécessaire pour en parler. L'adoption d'un comportement d'écoute et d'empathie améliore la prise en charge.¹⁹

- **Adapter les outils existants.** Par exemple, simplifier le journal de la consommation (ANNEXE 11). En effet, les documents écrits standardisés n'ont pas le même impact auprès des populations précarisées. Un croquis personnalisé a parfois beaucoup plus de sens et de portée qu'une argumentation pointue (s'agissant de la substitution nicotinique par exemple).
- En tant que professionnel de la santé, **reconnaître** les fortes **aspirations** des personnes qui vivent dans la pauvreté et leurs grands **efforts** pour faire mieux et autrement.²⁰
- Il est important de développer une **relation de confiance**, de bien faire comprendre au patient qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, qu'il n'y a pas de réponses attendues. En effet, le patient précarisé, plus qu'un autre, a tendance à répondre ce qu'il pense être la bonne réponse attendue par le docteur³¹, marquant ainsi un accord de façade et fuyant le conflit d'idées. Si le médecin n'y est pas attentif, un faux dialogue s'installe, dont les deux parties sont insatisfaites. Par exemple : A la question, avez-vous déjà pensé à arrêter de fumer ?, le patient aura tendance à répondre « oui » s'il estime que c'est la réponse que le médecin attend et qu'il ne se sent pas assez en confiance pour répondre éventuellement «non».

- Il est important de **respecter les valeurs** du patient ainsi que sa hiérarchie de valeurs qui peut être différente de celle du soignant.³¹ Ainsi, par exemple, la valeur «famille» est souvent, une valeur fondamentale à côté de la valeur «santé». Ainsi, le patient est amené, par exemple, à refuser l'arrêt, même s'il sait que cela empire sa bronchite chronique, par crainte d'imposer ses sautes d'humeur à sa famille. Par contre, peut-être reconsidérera-t-il la question pour le bien de ses enfants soumis au tabagisme passif.
- Une **collaboration transversale**, dépassant les disciplines et secteurs d'activités, avec des secteurs de la santé, du bien-être et du domaine social est une piste à ne pas négliger.²⁰ En effet, le médecin n'est pas le seul à se préoccuper du tabac dans les milieux précarisés. Il existe différentes associations (SEPT, FARES, OSH, maisons médicales) qui animent des groupes de réflexion autour du tabac avec des personnes issues de milieux précarisés, que ce soit avec leurs propres usagers ou à la demande dans des structures telles que les CPAS, filière de réinsertion professionnelle,...

5. Autres stratégies à promouvoir au-delà des consultations de médecine générale

Par rapport au coût lié à l'arrêt du tabac : toutes les initiatives qui garantissent la gratuité de l'opération sont à recommander. Un effort des autorités publiques est nécessaire afin de rendre les substituts nicotiques plus accessibles financièrement. Un lobbying est indispensable afin d'obtenir un remboursement partiel de tous les substituts nicotiques.

Diverses directives relatives à l'arrêt de la consommation de tabac préconisent la diffusion moins chère ou gratuite des produits de substitution de nicotine^{6,20,39} auprès des personnes qui vivent dans la pauvreté, afin de lever les barrières financières. Les offres d'aide au sevrage doivent également être rendues accessibles.^{6,39}

→ Depuis le 1^{er} octobre 2009, il existe un remboursement des séances de sevrage tabagique chez le médecin ou auprès d'un tabacologue reconnu*. Le tiers-payant est applicable pour les personnes précarisées.

Les mesures ayant montré une efficacité pour réduire la prévalence du tabagisme dans les groupes à bas niveaux socio-économiques³⁹ sont :

- gratuité des substituts nicotiques
- interdiction de la publicité pour le tabac
- augmentation du prix du tabac
- interdictions et intervention sur les lieux de travail
- conseils et numéros gratuits (Tabac-Stop 0800/11100)
- politique socio-économique plus globale

Pour atteindre les populations précarisées, les recommandations sont :

- chercher des canaux au niveau local, reconnaissables et facilement accessibles, à la place et en plus de grandes campagnes médiatiques²⁰
- avoir une communication adaptée (messages différents en fonction des publics) et des actions ciblées différentes dans les quartiers difficiles, auprès des adolescents, des familles³⁹
- contenu des messages : insister sur le positif (par exemple avantages liés au fait d'arrêter de fumer), utiliser un langage clair et simple, être attentif à s'exprimer dans un langage imagé et personnalisé²⁰

* Un tabacologue reconnu est un professionnel de santé (sages-femmes, infirmières, dentistes, pharmaciens diététiciens, etc) ou un licencié (ou master) en psychologie, qui a suivi une formation spécifique à l'arrêt du tabac. Il exerce, entre autres, en équipe pluridisciplinaire au sein de Centre d'Aide aux Fumeurs (CAF®) agréés.

6. Conclusions



Les patients précarisés sont des patients en grand danger face au tabac. En effet, ils fument plus jeunes, plus longtemps, sont plus dépendants et sont moins bien aidés à arrêter que le reste de la population.

Pourtant, les patients précarisés souhaitent arrêter de fumer autant que les autres. D'ailleurs, ils mettent en œuvre autant de tentatives d'arrêt personnelles que le reste de la population.

Heureusement, presque toutes les difficultés propres aux patients précarisés peuvent être surmontées grâce à une approche spécifique, progressive et adaptée.

Le médecin généraliste est un interlocuteur proche des personnes précarisées. Il est, en général, le professionnel de santé le plus accessible, voire le seul accessible. De plus, il bénéficie de l'entière confiance de ses patients. Dans ce cadre, il est le destinataire privilégié des messages de ce travail.



Annees

Annexe 1

POUR FAIRE LE POINT

Il est utile que le patient fasse le point sur son usage du tabac et sur ce qu'il représente pour lui. Que le patient réponde à ces questions en consultation ou chez lui, les réponses constituent une base de discussion avec le médecin.

1. Quel fumeur êtes-vous ?

.....

2. A quel âge avez-vous commencé à fumer ?

.....

3. Combien de cigarettes, de cigares ou de pipes fumez-vous par jour ?

..... cigarettes cigares pipes

4. Quelle sommes d'argent consacrez-vous chaque jour au tabac ?

.....

5. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

Oui Non Si oui, combien de fois ?

6. Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ?

.....

7. Dans quelles circonstances avez-vous recommencé à fumer ?

.....

Annexe 2

LES BONNES CHOSES ET LES MOINS BONNES CHOSES ASSOCIÉES AU TABAC

Certains fumeurs estiment que prendre une cigarette est un plaisir, un moyen de se détendre, un geste convivial. D'autres pensent que leur tabagisme n'a pas que des bons côtés : la place que l'habitude du tabac prend dans leur vie ou l'argent dépensé pour acheter des cigarettes les préoccupe. Qu'en pense votre patient ?

Proposez-lui de prendre quelques instants pour réfléchir aux bonnes choses et aux moins bonnes choses associées à son usage du tabac. Cette réflexion peut également se faire en dehors de la consultation.

1. Qu'est-ce que vous aimez dans le fait de fumer ?

Exemples : la cigarette, c'est un moment de détente, c'est convivial...

2. Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans le fait de fumer ?

Exemples : l'odeur du tabac chez moi, l'impression d'avoir mauvaise haleine...

Annexe 3

TEST DE FAGERSTRÖM (COMPLET)

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?
Dans les 5 minutes = 3 6 à 30 minutes = 2 31 à 60 minutes = 1 Plus de 60 minutes = 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?
Oui = 1 Non = 0
3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
A la première de la journée = 1 A une autre = 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
10 ou moins = 0 11 à 20 = 1 21 à 30 = 2 31 ou plus = 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
Oui = 1 Non = 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de rester au lit presque toute la journée ?
Oui = 1 Non = 0

Interprétation	Dépendance
Très faible	0-2
Faible	3-4
Moyenne	5
Forte	6-7
Très forte	8-10

Annexe 4

TEST DE FAGERSTRÖM (COURT)

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes = 3 6 à 30 minutes = 2 31 à 60 minutes = 1 Plus de 60 minutes = 0

2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins = 0 11 à 20 = 1 21 à 30 = 2 31 ou plus = 3

Interprétation	Dépendance
Très faible	0-2
Faible	3
Moyenne	4
Forte	5
Très forte	6

Annexe 5

QUELLE EST LA POSITION DU PATIENT PAR RAPPORT À L'ARRÊT ?

Inviter le patient à se situer sur une échelle de 1 à 10 permet au professionnel de :

- demander au patient pourquoi il n'a pas choisi un chiffre plus petit (1 à la place de 4 par exemple). Ceci amène le patient à exprimer les raisons qu'il a d'arrêter et à consolider voire à augmenter sa motivation.
- d'identifier s'il faut plutôt travailler l'importance que le patient accorde à ce changement ou sa confiance en lui de réussir cet arrêt. Rien ne sert de continuer à développer l'importance pour le patient d'arrêter s'il a répondu 8/10 à cette question alors qu'il n'a donné qu'un 3/10 à la confiance qu'il accorde à ses chances de réussir un arrêt. Mieux vaut alors travailler sa confiance en lui.

1. Actuellement, le fait d'arrêter de fumer est-il important pour vous ?

Où vous situeriez-vous sur une échelle de 10 si 1 signifie « pas du tout important » et 10 signifie « très important » ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Si vous décidiez d'arrêter de fumer aujourd'hui, auriez-vous confiance en vos chances de réussite ?

Où vous situeriez-vous sur une échelle de 10 si 1 signifie « pas du tout confiance » et 10 signifie « tout à fait confiance » ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annexe 6

CE QUE LE PATIENT REDOUTE, ET CE QU'IL ATTEND

Le patient souhaite arrêter de fumer. Chaque fumeur a ses propres réticences face à un tel changement. Il est intéressant pour le patient de lister ses craintes et ses attentes.

A partir de là, vous pourrez, en fonction des craintes évoquées, l'aider à identifier des moyens pour faire face aux difficultés qu'il pressent, lui apporter des informations, lui proposer éventuellement de recourir à l'aide d'un autre professionnel (par exemple : une consultation de diététique pour les patients qui ont peur de prendre du poids).

1. Quelles sont vos craintes par rapport à l'arrêt du tabac ? De quoi avez-vous peur ?

Exemples : être de mauvaise humeur au début, me sentir seul au milieu de mes amis fumeurs...

2. Quelles sont les raisons qui vous poussent à arrêter de fumer ?

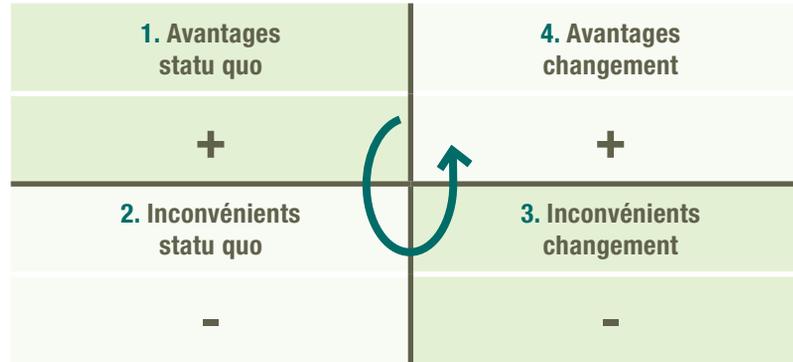
Exemples : être en meilleure condition physique, dépenser moins d'argent...

Annexe 7

BALANCE DÉCISIONNELLE

Il peut être intéressant d'explorer les points de vue du patient par rapport à son tabagisme. Il s'agit, d'une part, des avantages et des inconvénients à fumer et, d'autre part, des inconvénients et des avantages de l'arrêt. Il est préférable de commencer par le carré supérieur gauche et de travailler dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. En effet, l'idée est de commencer et de terminer sur des aspects positifs.

1. Avantages statu quo	4. Avantages changement
+	+
2. Inconvénients statu quo	3. Inconvénients changement
-	-



- Après chaque case, demander au patient quel est/sont le(s) point(s) le(s) plus important(s) pour cette case ?
- Après avoir fait le tour des 4 cases :
 - demander au patient ce qu'il a appris/ce qu'il retient/ce qu'il en pense
 - demander au patient quelle serait, selon lui, la prochaine étape

Annexe 8

TEST HAD

1. Je me sens tendu, énervé

La plupart du temps = 3 Souvent = 2 De temps en temps = 1 Jamais = 0

2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent

Oui, toujours = 0 Le plus souvent = 1 De plus en plus rarement = 2 Tout est plus difficile = 3

3. Je me sens ralenti

Pratiquement tout le temps = 3 Très souvent = 2 Quelquefois = 1 Pas du tout = 0

4. J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué

Très souvent = 3 Assez souvent = 2 Parfois = 1 Jamais = 0

5. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence

Totalement = 3 Je n'y fais plus attention = 2 Je n'y fais plus assez attention = 1 J'y fais attention comme d'habitude = 0

6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

Oui, c'est tout à fait le cas = 3 Un peu = 2 Pas tellement = 1 Pas du tout = 0

7. J'envisage l'avenir avec optimisme

Comme d'habitude = 0 Plutôt moins qu'avant = 1 Beaucoup moins qu'avant = 2 Pas du tout = 3

TEST HAD

8. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

Oui, très nettement = 3 Oui, mais ce c'est pas trop grave = 2 Un peu, mais cela ne m'importe pas = 1 Pas du tout = 0

9. Je sais rire et voir le bon côté des choses

Toujours autant = 0 Plutôt moins = 1 Nettement moins = 2 Plus du tout = 3

10. Je me fais souvent du souci

Très souvent = 3 Assez souvent = 2 Occasionnellement = 1 Très occasionnellement = 0

11. Je me sens heureux

Jamais = 3 Pas souvent = 2 Quelquefois = 1 La plupart du temps = 0

12. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux

Jamais = 3 Rarement = 2 Oui, en général = 1 Oui, quoiqu'il arrive = 0

13. Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé

Souvent = 0 Assez souvent = 1 Rarement = 2 Pratiquement jamais = 3

14. J'éprouve des sensations soudaines de panique

Très souvent = 3 Assez souvent = 2 Rarement = 1 Jamais = 0

Anxiété	Dépression
Somme scores aux questions 1,4,6,8,10,12,14	Somme scores aux questions 2,3,5,7,9,11,13
Score anxiété > 10 : état anxieux anormal	Score dépression > 10 : forte probabilité de dépression

Annexe 9

Produits	Posologie habituelle	Contre-indications principales	Précautions - Interactions	Effets indésirables les plus fréquents
Substituts Nicotiques NICOPATCH® , NICORETTE® , NICOTINELL® , NIQUITIN®	<i>Formes et dosages: voir ci-dessous</i>	Hypersensibilité à la nicotine Phénylcétonurie	Eviter de poursuivre le tabagisme actif <u>Antécédents cardio-vasculaires :</u> Infarctus du myocarde récent, angor, arythmies cardiaques graves, AVC récent, HTA sévère Ulcère gastro-duodéal actif	Vertiges, Nausées Céphalées, Palpitations Irritation au site d'administration Eruption ou prurit pour les patches
Bupropion ZYBAN® (Co 150 mg)	150 à 300 mg/j	Epilepsie. Antécédents de convulsions, de trauma crânien, Tumeur du système nerveux central Cirrhose hépatique sévère Antécédents de troubles du comportement alimentaires, de troubles bipolaires Sevrage récent ou concomitant d'alcool ou de sédatifs Prise d'IMAO (< 14 jours) Age < 18 ans Grossesse et allaitement	Diabète ou médication hypoglycémiante Abus d'alcool Antidépresseurs Antipsychotiques Théophylline Fluoroquinolones Anti-arythmiques	Insomnie Sécheresse de bouche Troubles gastro-intestinaux Céphalées Fièvre Eruptions cutanées Hypertension Convulsions
Varénicline CHAMPIX® (Co 0,5 ou 1 mg)	1 à 2 mg/j (à atteindre progressivement à partir de 0,5 mg/j)	Grossesse et allaitement	Eviter avec substituts nicotiques Insuffisance rénale sévère Troubles neurologiques et psychiques <u>Pas d'interactions médicamenteuses cliniquement significatives</u>	Nausées, Céphalées, Fatigue Insomnies, rêves anormaux
Nortriptyline NORTRILEN® (Co 25 mg) (= Antidépresseur tricyclique) produit efficace mais non enregistré pour le sevrage tabagique	75 à 150 mg/j en 2 ou 3 prises	Infarctus myocardique récent Trouble de la conduction cardiaque (bloc de branche) Glaucome à angle fermé Hypertrophie prostatique Prise d'IMAO Grossesse et allaitement	Insuffisance cardiaque Epilepsie, Paranoïa Alcool Clonidine (effet antihypertensif diminué) <u>Diminution progressive des doses avant arrêt (Symptômes de sevrage en cas d'arrêt brutal)</u>	Sécheresse de bouche Sédation Constipation, Rétention urinaire Tremblements, Palpitations Troubles de la libido

Spécialités	Mode d'administration	Dosages disponibles	Conditionnement
NICOPATCH®	Système transdermique	7 – 14 – 21 mg/24h	7 ou 28
NICORETTE®	Comprimés SL	2 mg	30 ou 100
	Gommes à mâcher	2 ou 4 mg	30 ou 105
NICOTINELL®	Système transdermique	5 – 10 – 15 mg/16h	14 (ou 7 en 15 mg)
	Cartouche à inhaler	10 mg	42
	Gommes à mâcher	2 ou 4 mg	12 ou 96
	Système transdermique	7 – 14 – 21 mg/24h	21 (ou 7 en 21 mg)
NIQUITIN®	Comprimés à sucer	2 ou 4 mg	72
	Système transdermique	7 – 14 – 21 mg/24h	14 ou 21 (ou 7 en 21 mg)

REMARQUES IMPORTANTES CONCERNANT LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES :

- = médicaments de **1ère intention** et de **1er choix** dans le sevrage tabagique chez tous les fumeurs dépendants et motivés à l'arrêt.
- L'utilisation de substituts ne sera jamais plus dangereuse que la poursuite du tabagisme. Ils sont d'ailleurs les seuls à être indiqués chez la femme enceinte ou allaitante.
- La durée moyenne de traitement est de **8 à 12 semaines** (8 semaines pour les patches); durée plus courte chez la femme enceinte.
- La dose prescrite sera fonction de la consommation journalière de tabac et du niveau de dépendance.
- **Gommes à mâcher, comprimés SL et comprimés à sucer :**
 - Préférer **une prise systématique toutes les heures**.
 - Une dose de **2 mg** est plutôt recommandée chez les fumeurs de **moins de 20 cigarettes/jours**.
 - Une dose de **4 mg** est plutôt recommandée chez les fumeurs de **20 cigarettes/jours ou plus**.
 - La consommation ne doit pas dépasser **60 mg/jour (15x4mg ou 30x2mg)**.
 - L'arrêt peut-être envisagé lorsque le nombre de prises est réduit à 2x/j (un schéma dégressif n'est pas indispensable).
 - **Patches :**
 - Un patch de **21 mg** équivaut à fumer **une cigarette/heure**.
 - Les patches de 16h et 24h ont une efficacité comparable. Penser aux patches de 16h en cas d'effets indésirables nocturnes.
 - Un schéma à doses dégressives n'est pas indispensable, mais peut être envisagé au cas par cas.
 - **Cartouches à inhaler :**
 - 80 puffs sont nécessaires pour aboutir à la dose de 1 mg de nicotine.
 - Nombre de recharges à utiliser : au moins 4 chaque jour (avec un maximum de 12).
 - Lorsque la consommation est retombée à 1 ou 2 recharges par jour, le traitement peut-être stoppé (un schéma dégressif n'est pas indispensable).
- Pour toutes les administrations orales, il est préférable de **ne pas manger ni boire** (sauf de l'eau) pendant les **15 minutes** qui précèdent la prise.
- Gommes à mâcher: bien « parquer » la gomme sur la gencive pour augmenter l'absorption.
- Les différents substituts nicotiniques peuvent être associés entre eux. Une association avec le Bupropion est envisageable.
- Pour les gros fumeurs (2 à 3 paquets/jour):
- *Plusieurs patches peuvent être collés simultanément.*
 - *La consommation de tabac peut-être réduite tout en donnant une substitution nicotinique (gomme plutôt que patch).*
 - *NB: Dans ces cas, un dosage de cotinine urinaire s'avère utile pour vérifier si l'on ne dépasse pas les doses de départ.*

Annexe 10

MIEUX CONNAÎTRE SES HABITUDES DE FUMEUR POUR MIEUX SE PRÉPARER

Il est intéressant d'inviter le patient à repérer les circonstances dans lesquelles il fume tout au long de la journée : « Je m'apprête à allumer une cigarette : où suis-je ? Avec qui ? Quelle heure est-il ? Qu'est-ce qui déclenche cette envie ? »

Il est ensuite utile que le patient essaye de réfléchir, pour chacune des circonstances, à ce qu'il pourrait faire au lieu d'allumer une cigarette ou pour éviter une situation tentante.

Cette réflexion peut se faire entre deux consultations.

1. Quelles sont les circonstances dans lesquelles vous fumez ?

Exemples : le soir en regardant la télévision, après le déjeuner...

2. Que pourriez-vous faire à la place ou pour éviter chacune de ces situations ?

Exemples : boire de l'eau, manger des fruits en regardant la télévision...

1. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Avis et rapport du Conseil Economique et Social. Journal Officiel De La République Française 1987; (6).
2. Heremans P, Deccache A. Prévention, médecine générale et milieux défavorisés, Etats des lieux et perspectives. Séminaire Européen 1997; UCL, 145 p.
3. D'Ivernois JF, Debionne F. La santé des enfants et des familles du Quart-Monde, dossier pédagogique et documentaire. Paris: Editions Science et Service-Quart-Monde, 1988: 94 p.
4. Morrell D et al. L'épidémiologie en médecine générale. Frison-Roche, édition. Paris: 1993: 234 p. trad. de l'anglais par Jean Iwaz, sous la dir. de M. Goldber
5. Institut Scientifique de Santé Publique. Enquête de santé par Interview. Belgique: 2008. <http://www.wiv-isp.be/epidemiology/epifr/index4.htm>
6. Lorant V et al. Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus? Louvain Médical 2006; Vol 125(7):S354-63.
7. Observatoire de la Santé du Hainaut. Carnet de bord de la santé des jeunes. Santé En Hainaut 2010; (7):p 137-57. http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/CBSJ2010_full.pdf
8. IPSOS. Enquête sur le comportement des fumeurs belges effectuée pour la Fondation contre le cancer et financée par SPF Santé Publique (chez 4037 personnes de plus de 15 ans). 2008.
9. Jha P et al. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland and North America. Lancet 2006; Vol 368(9533):p 367-70.
10. West R. ABC of smoking cessation. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. British Medical Journal 2004; Vol 328(7435):p 338-9.
11. Gailly J. Recommandations de bonnes pratiques : Arrêter de fumer. Bruxelles: Société Scientifique de Médecine Générale, 2005. http://www.ssmg.be/new/files/RBP_Tabac.pdf
12. Van de Schueren T et al. 15000 sevrages tabagiques par an en médecine générale; réalisme ou utopie? Revue De Médecine Générale 2008; (252):p 157-8.
13. Heatherton TF et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. Br. J. Addict 1989; Vol 84(7):p 791-9.
14. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. InterEditions, 2006: 241 p.
15. Covey LS et al. Major Depression Following Smoking Cessation. Am J Psychiatry 1997; Vol 154(2):p. 263-65.
16. Société Française d'Alcoologie. Sevrage alcoolique chez un patient fumeur de tabac. Evaluation Des Pratiques Professionnels En Alcoologie, © SFA 2006. Référentiel de bonnes pratiques cliniques
17. Androustos O. Congrès WONCA Europe. Paris: 2007.
18. Lancaster T, Stead L, Silagy C et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking : findings from the Cochrane library. British Medical Journal 2000; Vol 321:p. 355-8.
19. Nguyen LH et al. La prise en charge du sevrage tabagique des patients défavorisés en médecine générale. Louvain Médical 2006; vol 125(9):S364-70.
20. Coalition Nationale contre le tabac. Tabac et pauvreté: un cercle vicieux. En Ligne 2004. <http://www.fares.be/documents/CP31mai2004.pdf>

21. Peretti-Watel P, Constance J. Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? *Déviance Et Société* 2009; (2):p 205-19.
22. Lund M et al. Socioeconomic differences in smoking cessation among adults. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; Vol 125(5):p 564-8.
23. Falomir JM, Mugny G. Enjeux identitaires et résistance aux campagnes anti-tabac. <http://spartaclop.free.fr/livres1/36-falomir-et-mugny-societe-et-fumeur-07-.pdf>
24. Dekeyser F. Question tabagique et populations fragilisées. SEPT Asbl 2009. En ligne. 13 p. (Cahiers de tabaco). <http://blog.sept.be/#post8>
25. FARES asbl., SEPT asbl., Observatoire de la Santé du Hainaut. Tabac et précarité, et si nous étions tous concernés... : un outil destiné aux intervenants de première ligne. En Ligne 2010; 23 p. <http://www.fares.be/documents/brochureprecarite.pdf>
26. Boutay S, Dekeyser F. Modélisation de l'intervention auprès de publics fragilisés. SEPT Asbl 2009. En ligne. 10 p. ill. (Cahiers de tabaco). <http://blog.sept.be/#post5>
27. Honjo K et al. What accounts for the relationship between social class and smoking cessation? Results of a path analysis. *Soc Sci Med* 2006; Vol 62(2):p 317-28.
28. Rouquet R-M. Hard-core smokers et précarité. Diaporama En Ligne 2007. Toulouse: Clinique des Voies Respiratoires. Pneumologie. Unité de Coordination de Tabacologie. CHR Larrey <http://www.epidaure.fr/pdf/tabaco/Osseja%20RM%20Rouquet%20Hard-Core%20Smokers%20et%20pr%C3%A9carit%C3%A9.pdf>
29. Lund KE, Lund M. Smoking and social inequality in Norway 1998-2000. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; Vol 125(5):p 560-3.
30. Bernstein B. Langage et classes sociales : Codes socio-linguistiques et contrôle social. Paris: Les Editions de Minuit, 1993; 352 p.
31. Hubens V et al. Enseignements tirés des réunions tabac - populations précarisées. 2005. <http://www.maisonmedicale.org/-Tabac-et-precarite-.html>
32. Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. *Ethnologie Française* 2010; Vol 40(3):p 535-42.
33. Boudreaux E. Predicting smoking stage of change among a sample of low socioeconomic status, primary care outpatients: Replication and extension using decisional balance and self-efficacy theories. *International Journal of Behavioral Medicine* 1998; Vol 5(2):p 148-65.
34. Bandura A. L'apprentissage social. Bruxelles: Mardaga, 1980.
35. Stronks K et al. Cultural, material and psychological correlates of the socioeconomic gradient in smoking behavior among adults. *Preventive Medicine* 1997; Vol 26(5 Pt 1):p 754-66.
36. Woodby LL et al. Predictors of smoking cessation during pregnancy. *Addiction* 1999; Vol 94(2):p 283-92.
37. Le Bossé Y, Lavallée M. Empowerment et psychologie communautaire : aperçu historique et perspectives d'avenir. *Les Cahiers Internationaux De Psychologie Sociale* 1993; (18):p 7-20.
38. Brognon P. Les troubles anxio-dépressifs chez les fumeurs. *Revue De Médecine Générale* 2009; (269):p 24-7.
39. Rouquet R-M. Tabac et précarité: double peine: pourquoi? Diaporama En Ligne 2010. Toulouse: Service de Pneumologie. CHR Larrey http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/SFT2010_ROUQUET.pdf

Cette brochure est le fruit d'une collaboration entre



la Société Scientifique de Médecine Générale



Fédération des maisons médicales

Avec le soutien de



Région Wallonne



COCOF

Comité de lecture, par ordre alphabétique :

Jean-Luc Belche, médecin généraliste, Département de médecine générale, Université de Liège, ULg

Céline Corman, psychologue, Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme (SEPT asbl)

François Dekeyser, psychologue, Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme (SEPT asbl)

Pierre Hendrick, médecin généraliste, ATD Quart-Monde

Geneviève Hubert, médecin généraliste, Centre académique de médecine générale, Université Catholique de Louvain, UCL

Thomas Jonard, médecin généraliste et tabacologue, SSMG

Thierry Lahaye, Commission communautaire française, COCOF

Jean Laperche, médecin généraliste, Promo Santé & Médecine Générale a.s.b.l.

Pierre Nys, médecin généraliste et tabacologue, SSMG

Jacques Prignot, pneumologue, professeur émérite UCL, président d'honneur du FARES

Nicolas Raevens, médecin généraliste, SSMG

Caroline Rasson, responsable du service Prévention tabac du FARES

Michel Roland, médecin généraliste, Département de médecine générale, Université Libre de Bruxelles, ULB

Auteurs :

Valérie Hubens¹, licenciée en santé publique,
Valérie Delpierre^{1,2}, médecin généraliste et tabacologue,
Thierry Van der Schueren², médecin généraliste

¹ Fédération des maisons médicales, Belgique

² Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), Belgique

Ce travail a été réalisé dans le cadre de projets financés par la Région wallonne et la Commission Communautaire française.

Il se base sur une revue de la littérature ainsi que sur l'expérience de terrain des auteurs et collaborateurs.

Cette brochure est téléchargeable dans la rubrique publication du site www.ssmg.be