

**Aide à l'arrêt du tabagisme
chez les patients atteints de
broncho-pneumopathie
chronique obstructive**

***Recommandations aux
professionnels de la santé***

Ce document a été rédigé par l'équipe d'aide au sevrage tabagique de l'Association flamande pour la santé respiratoire et la lutte contre la tuberculose (VRGT, vzw) :

Dr. W. Arrazola de Oñate, directeur médical
Mme E. Excelmans, tabacologue – collaboratrice de projet
Mme A. Lievens, tabacologue – collaboratrice de projet
Mme S. Neusy, tabacologue - collaboratrice de projet
Prof. Dr. S. Schol, directrice générale
Mme L. Van Nuffel, promoteur de santé - collaboratrice de projet
M. J.M. Wouters, tabacologue – coordonnateur

Le texte a été réalisé avec le Comité d'experts :

Dr. R. Baeten, coordonnateur prévention Domus Medica
Prof. Dr. H. Boudrez, Psychologue et tabacologue UZ Gent
Mme K. Colebrants, infirmière et tabacologue service de pneumologie UZ Antwerpen
Mme S. Gabriels, manager prévention tabac Stichting tegen Kanker
Dr. J.P. Hoengenaert, médecin et tabacologue, expert Domus Medica
Prof. W. Janssen, expert BPCO Société Belge de Pneumologie
Dr. M. Meysman, pneumologue et tabacologue UZ Brussel
Prof. Dr. K. Nackaerts, pneumologue et tabacologue UZ Leuven
Prof. Dr. J. Vandevoorde, professeur de médecine générale

Ce livret a ensuite été traduit et adapté par le Service Prévention Tabac et le Comité Scientifique Interuniversitaire de Gestion du Tabagisme (CSIGT) du Fonds des Affections Respiratoires (FARES, asbl), sur base des remarques et ajouts des Professeurs P. Bartsch et J. Prignot et de Madame Colot dans le cadre de la campagne fédérale « Sevrage pour tous ».

Editeur responsable:
FARES
Rue de la Concorde 56
1050 Bruxelles
Professeur Jean-Paul Van Vooren, Président

Novembre 2012
Avec le soutien des autorités fédérales
Traduction et adaptation de la version néerlandophone réalisée par le VRGT, vzw.
Dépôt légal : D/2012/5052/4

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction	5
2.	BPCO	6
3.	BPCO et tabagisme	7
4.	BPCO et tabagisme passif	7
5.	Arrêt du tabac chez les patients atteints de BPCO	8
6.	Comment aborder l'arrêt du tabagisme?	9
7.	Accompagnement du sevrage tabagique partiellement remboursé	14
8.	Conclusion	15
9.	Références	16

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de la campagne fédérale « Sevrage pour tous », l'Association flamande pour la santé respiratoire et la lutte contre la tuberculose (VRGT, vzw) a décidé, en 2012, en concertation avec le Fonds des Affections Respiratoires (FARES, asbl) de cibler les patients souffrant ou présentant des risques de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). La BPCO est une maladie qui fait de nombreuses victimes et dont la prévalence devrait encore progresser à l'avenir.

Cette campagne a pour objectif, d'une part, d'améliorer la reconnaissance des symptômes par le grand public et d'insister sur l'importance du sevrage tabagique. Une enquête menée par la Société belge de Pneumologie (SBP, asbl) signale que 17% seulement des Belges ont déjà entendu le terme « BPCO » mais que 73% d'entre eux en connaissent les symptômes. Près de la moitié seulement des personnes interrogées savaient que le tabagisme est la cause la plus fréquente de cette maladie (1). Des actions de sensibilisation s'avèrent donc plus qu'utiles. Les professionnels de la santé constituent le second groupe cible du projet. Il ressort en effet de la littérature spécialisée que l'arrêt du tabac est le principal traitement de la BPCO. C'est pourquoi la VRGT, vzw a élaboré ces recommandations en collaboration avec le Fonds des Affections Respiratoires (FARES, asbl). Il s'agit, par ce biais, d'offrir un outil aux professionnels de la santé en contact avec des patients BPCO pour les aider à aborder auprès de leurs patients le sujet du comportement tabagique et d'un éventuel sevrage.

Pour élaborer ces recommandations, il a été procédé à une étude bibliographique en lançant une recherche sur « Pubmed » et « Web of science » sur la base de plusieurs mots clés, tels que « COPD », « smoking tobacco use », « passive smoking », « smoking cessation », « 5A's », « interventions », « motivation ». A quelques exceptions près, les sources correspondant à la période 2000-2012 ont été privilégiées.

2. BPCO

La BPCO est une affection respiratoire que l'on peut éviter et soigner. Elle n'est toutefois pas réversible à 100%. La BPCO est caractérisée par une diminution du débit aérien dans les bronches qui entrave le transport de l'air vers les poumons. En règle générale, cette diminution du débit aérien est progressive et liée à des réactions inflammatoires répétées ou chroniques des voies respiratoires, ou du poumon profond, par inhalation de particules ou de gaz nocifs, provenant essentiellement de la fumée de cigarette (2-4). Les exacerbations et les comorbidités contribuent au degré de gravité de la maladie. Les symptômes de la BPCO sont la dyspnée (essoufflement), les quintes de toux chroniques et les expectorations (crachats) (2). Outre les symptômes quotidiens de la BPCO, les patients souffrent aussi des poussées aiguës de la maladie. Ces exacerbations entraînent une perte de la fonction pulmonaire par rétrécissement des voies aériennes de petit calibre, en cas de bronchite chronique obstructive, ou une perte importante de l'élasticité du poumon, en cas d'emphysème. Dans de nombreux cas la BPCO est une combinaison de ces deux formes; une modification du tissu pulmonaire de type fibrose s'observe plus rarement; cette dernière n'entre pas dans le concept usuel de la BPCO (5, 7).

L'OMS estime que la BPCO touche 210 millions de personnes dans le monde (6,8). En Belgique, 680.000 personnes environ en seraient atteintes (3). La BPCO représente actuellement la quatrième cause principale de mortalité. Le taux de mortalité est cependant en constante progression (9-10). La BPCO deviendra d'ici peu la troisième cause de mortalité en Occident (6, 11-12). Sa prévalence augmente également dans les pays en développement (13).

Le nombre réel de patients atteints de BPCO est sans doute encore bien plus élevé. La prévalence est en effet sous-estimée du fait que la maladie est rarement diagnostiquée avant que l'état du patient ne soit jugé cliniquement anormal et que la BPCO se trouve donc à un stade déjà très avancé. Selon les estimations, la moitié – voire 75% – des patients ne seraient pas diagnostiqués (12). Les symptômes classiques (toux, expectorations) sont négligés dans de nombreux cas, car ils s'inscrivent aussi dans les conséquences logiques du tabagisme (7). Les patients ne recherchent une aide que tardivement, lorsqu'ils ressentent un essoufflement, qui peut d'ailleurs être le seul signe d'alarme en l'absence des deux premiers (6-7, 9).

Or, le diagnostic précoce de la BPCO est important, non seulement pour prévenir l'aggravation des lésions pulmonaires mais aussi parce qu'il permet de détecter un groupe de fumeurs chez qui le risque de développer un cancer du poumon, une maladie cardio-vasculaire, une perte osseuse ou musculaire est accru. Ces affections sont en effet plus fréquentes chez les personnes atteintes de BPCO.

Nous sommes de plus en plus conscients, aujourd'hui, de l'impact significatif de la BPCO sur la mortalité, et de son association évidente avec une hausse de la morbidité et une baisse de la qualité de vie (14). Sans oublier que les incapacités de travail, les hospitalisations et les consultations médicales représentent un coût économique élevé pour la société (9).

3. BPCO ET TABAGISME

L'exposition à la poussière et aux produits chimiques, la pollution de l'air intérieur et extérieur, les infections et l'asthme sont parfois des causes importantes de BPCO (13). Le tabagisme en demeure toutefois la principale (8, 11, 13-14). Parmi les patients atteints de BPCO, neuf sur dix sont fumeurs ou ex-fumeurs. Les chiffres liés au risque de développer une BPCO chez les fumeurs varient fortement: de 20% (5,8) à 50% (11, 14). Selon ces dernières sources, jusqu'à 50% des fumeurs développent à terme une BPCO telle que définie par le rapport GOLD (Global initiative for chronic Obstructive pulmonary Lung Disease). Tel est donc le message clé à faire passer aux fumeurs: en continuant à fumer, ils ont une chance sur deux de développer une BPCO. S'ils arrêtent de fumer, le risque est réduit de moitié (14). Un diagnostic précoce accompagné d'un sevrage tabagique est la seule manière de lutter contre une BPCO grave (9).

Les poumons d'un patient BPCO ayant fumé pendant de nombreuses années sont en mauvais état. Les risques d'infection sont plus élevés et il sera en outre plus difficile d'en gérer les conséquences. L'interaction entre l'exposition au tabac et une infection aggrave encore l'état des poumons (5).

Tous les fumeurs ne développent toutefois pas une BPCO. Certains facteurs génétiques, de même que l'âge, jouent en effet un rôle; avec l'âge, le risque de développer une BPCO augmente en raison de la modification du système immunitaire (5). Ils peuvent toutefois développer d'autres conséquences graves, notamment cardio-vasculaires du tabagisme.

4. BPCO ET TABAGISME PASSIF

Le tabagisme passif consiste en l'inhalation involontaire de la fumée de tabac présente dans l'air ambiant (15). La fumée environnementale est constituée principalement par la fumée qui se dégage du bout incandescent de la cigarette entre les bouffées et de celle qui traverse le papier de cigarette (ces deux sources constituent le courant secondaire) (16). Elle provient aussi de la fumée du courant primaire inhalée par le fumeur, puis expirée par lui (courant tertiaire). Elle comporte finalement la fumée qui s'est déposée sur les poussières ou les surfaces et qui revient en suspension dans l'air après l'extinction de la cigarette (courant quaternaire). La fumée environnementale (courants secondaire, tertiaire et quaternaire) pénètre dans l'organisme principalement par inhalation, mais aussi par absorption orale ou cutanée (17).

La concentration de produits toxiques et cancérigènes est beaucoup plus élevée dans la fumée environnementale que dans le courant primaire, ce qui explique qu'elle soit dangereuse malgré sa dilution dans l'air ambiant. En fait, elle est surtout pathogène dans les locaux fermés, de petit volume et mal ventilés. Il faut noter que le fumeur actif est lui aussi affecté par la fumée environnementale puisqu'il est au plus près de sa source principale constituée par le bout incandescent de la cigarette.

Au cours de cette dernière décennie, le tabagisme passif a été étudié en détail en tant que facteur de risque dans le cadre des pathologies pulmonaires chez les non-fumeurs (18-19). Les études démontrent que la BPCO peut aussi toucher les non-fumeurs et que le tabagisme passif n'y est pas étranger. Le risque de développer une BPCO est de 48% supérieur chez les sujets exposés au tabagisme passif que chez les personnes non exposées. Globalement parlant, on peut affirmer que le tabagisme passif constitue un facteur de risque dans la survenue d'une BPCO chez les non-fumeurs (20-21).

Pendant la grossesse, l'exposition du fœtus aux produits provenant de l'inhalation de la fumée par la femme enceinte entraîne une diminution de la fonction pulmonaire après la naissance, d'où une plus grande sensibilité au développement d'une BPCO avec l'âge (5). Les enfants exposés après leur naissance à la fumée environnementale encourent également plus de risques de développer une BPCO. La fumée freine en effet la croissance pulmonaire, ce qui ne permet pas à la fonction pulmonaire d'atteindre ses valeurs maximales (20).

5. ARRÊT DU TABAC CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE BPCO

L'arrêt tabagique devrait être la première étape d'une thérapie efficace de la BPCO. Il constitue la stratégie qui donne les meilleurs résultats pour améliorer la santé des patients à tous les stades de la BPCO (11, 22-25). Il freine l'évolution de la pathologie quelle que soit le stade de la maladie (24), il peut entraîner une amélioration des symptômes respiratoires (22) et prévenir leur aggravation (23-26). Il augmente de ce fait l'espérance de vie (2).

L'arrêt tabagique réalisé aux stades précoces de la BPCO permet d'améliorer le pronostic et se révèle plus efficace que lorsqu'il est entrepris à un stade plus avancé. Il est prouvé que les arrêts répétés plus ou moins prolongés, même en cas de rechute, peuvent prévenir la perte de fonction pulmonaire, surtout chez les patients souffrant d'une BPCO légère (21). Chez le fumeur atteint d'une BPCO à un stade avancé, l'arrêt ne permettra pas de récupérer la fonction pulmonaire perdue, mais normalisera la vitesse de dégradation de la fonction respiratoire (11).

Même si le principe reste controversé, certains indices tendent à prouver que le fait de confronter le patient au diagnostic de BPCO dans le cadre d'un entretien augmenterait les chances de réussite du sevrage (22). Le diagnostic de la BPCO et la conscience du risque de développer un jour une BPCO sont deux motivations importantes pour l'arrêt tabagique (2, 9, 27). Les fumeurs atteints de BPCO et non motivés par un sevrage ne sont pas convaincus de pouvoir résoudre personnellement ces problèmes (2).

La spirométrie, utilisée seule ne paraît pas efficace pour augmenter les chances d'arrêt immédiat du tabagisme en soutenant la motivation en faveur de celui-ci. La spirométrie, couplée à un accompagnement d'aide à l'arrêt, augmenterait par contre les chances de réussite de l'arrêt (2, 6, 28). Ceci se justifie par le fait que le fumeur est davantage conscient des risques, davantage convaincu de son efficacité personnelle, et moins assuré de son invulnérabilité (29).

Après l'arrêt, il est essentiel de recommander à tous les patients une hygiène de vie correcte et un exercice physique régulier. Le but global du traitement de la BPCO est de combattre la progression de la maladie. Parallèlement à l'arrêt complet, il faut aussi prévoir une thérapie par aérosols pour améliorer la fonction pulmonaire, atténuer les troubles et réduire le risque d'exacerbations. La thérapie doit aussi mettre l'accent sur la prévention et le traitement des maladies associées telles que les affections cardiovasculaires, le cancer du poumon, l'ostéoporose et la perte musculaire (7).

6. COMMENT ABORDER L'ARRÊT DU TABAGISME?

Les professionnels de la santé ont un rôle clé à jouer quand il s'agit d'aborder le problème de l'arrêt auprès des patients. Ce sont eux qui peuvent encourager tous leurs patients à arrêter de fumer, y compris ceux qui ne présentent aucun symptôme de BPCO ou d'autres troubles liés au tabagisme (11). Le sevrage tabagique est la seule thérapie dont l'efficacité est prouvée pour lutter contre la détérioration de la fonction pulmonaire chez les patients BPCO; elle doit donc être la première étape de tout programme thérapeutique (23, 30-31). Une prise en charge proposant un accompagnement cognitivo-comportemental intense et les traitements pharmacologiques a montré son efficacité chez les fumeurs BPCO (32).

L'efficacité de la pharmacothérapie a été prouvée dans plusieurs études contrôlées chez les sujets atteints de BPCO. En ce qui concerne la nicotine, chez les patients atteints de BPCO légère à moyenne, les taux d'abstinence continue obtenus avec une thérapie comportementale intense et répétitive sont de 22,5% après 11 ans de suivi versus 6% dans le groupe contrôle (33). La nicotine sublinguale associée à un soutien psycho-comportemental assuré par les infirmières donne chez les sujets BPCO un taux d'abstinence ponctuelle à un an, validé biologiquement de 17% versus 10% pour le placebo (34).

Chez 408 fumeurs atteints d'une BPCO légère à modérée, les effets du bupropion, positifs au début, ne sont plus significatifs après un an (35).

Quant à la varénicline, les taux d'abstinence continue pour les semaines 9-52 sont de 18,6% versus 5,6% pour le placebo pour les semaines 9-52 avec un profil de sécurité similaire entre varénicline et placebo chez ces fumeurs atteints de BPCO légère à modérée (36).

On ne dispose pas aujourd'hui d'étude contrôlée comparant directement la varénicline aux autres médicaments d'aide à l'arrêt dans la BPCO, ce qui rend difficile l'appréciation de leur efficacité relative. Il n'y a toutefois pas de raison évidente pour mettre en doute dans la BPCO la supériorité de la varénicline observée dans la population générale des fumeurs.

Une étude rétrospective portant sur des BPCO graves de stades GOLD III ou IV a obtenu des résultats très satisfaisants sur le terrain dans un centre de traitement du tabagisme où une approche comportementale intensive a été associée à diverses formes de pharmacothérapie; l'abstinence continue pendant les semaines 4-24 y a été de 48,5% (229 de 472 patients) alors qu'elle était de 58,5% chez les consultants non BPCO de ce centre, ce qui confirme les difficultés de l'arrêt dans la BPCO. Comme les divers types de pharmacothérapie n'ont pas été attribués au hasard, il n'est pas possible de comparer valablement leurs effets respectifs (37)

Il est par ailleurs démontré que les échecs sont plus importants si la BPCO est très évoluée (38).

Les difficultés particulières de l'arrêt dans la BPCO plaident en faveur d'un soutien comportemental appuyé et associé à une pharmacothérapie intensive, qui ont prouvé leur efficacité dans la population générale des fumeurs.

Pour la nicotine, il s'agit de la combinaison du timbre avec l'une des formes orales, de l'administration du timbre 15 jours avant l'arrêt (39) ainsi que de la prolongation du traitement (40).

En ce qui concerne la varénicline, la prolongation du traitement jusqu'à la 24ème semaine améliore également les succès en cas d'abstinence à la fin de la 12ème semaine du traitement

classique (41).

Vu la fréquence élevée de la dépression dans les BPCO avancées et son accentuation lors de l'arrêt, les patients BPCO doivent être surveillés de près à cet égard lors de leurs tentatives d'arrêt.

Les pneumologues, les médecins généralistes et autres professionnels de la santé en contact avec des patients BPCO sont bien placés pour instaurer un dialogue avec leurs patients fumeurs. Chaque année, plus de 70% des fumeurs consultent un médecin. On constate globalement que 35% des fumeurs se déclarent prêts à envisager sérieusement un arrêt tabagique (11, 42). Un conseil de sevrage de trois minutes seulement s'avère déjà efficace (23-24).

La stratégie des "5 A" permet de faire passer un message intégral de sevrage tabagique (11, 16, 42). Les cinq A structurent l'intervention en cinq étapes : Ask (identifier), Advise (donner un avis), Assess (évaluer), Assist (soutenir) et Arrange (organiser un suivi). Il est essentiel que les professionnels de la santé qui abordent le sujet du tabagisme ne portent pas un jugement concernant ce comportement de leur patient (15).

• ASK

Il est primordial que les médecins et les autres professionnels de la santé identifient systématiquement le tabagisme de leurs patients (42). Renseignez-vous méthodiquement, lors de chaque contact, sur le comportement tabagique du patient et des personnes qui l'entourent – c'est-à-dire les fumeurs avec qui le patient est souvent et directement en contact. Le tabagisme actif joue un rôle décisif dans la survenue d'une BPCO, mais une exposition passive à la fumée de tabac constitue également un important facteur de risque (20).

Globalement parlant, il est essentiel de questionner systématiquement le patient sur son profil tabagique: demandez-lui s'il fume et encouragez toute démarche éventuelle -d'arrêt. Interroger un patient sur son profil tabagique est la porte d'entrée d'une intervention couronnée de succès et permet aussi aux professionnels de la santé d'évaluer le degré de motivation du patient vis-à-vis du sevrage (42).

• ADVISE

Conseillez le sevrage tabagique aux fumeurs. Privilégiez un discours clair, fort et personnalisé (42).

- ✓ **Clair** "Il est important que vous arrêtiez de fumer maintenant, et je peux vous y aider".
- ✓ **Fort** "En tant que médecin traitant, je trouve important que vous sachiez qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour protéger votre santé actuelle et future".
- ✓ **Personnalisé** "Vous me dites que..., Quand vous arrêtez de fumer, vous sentez que...". Établissez un lien entre le tabagisme et l'état de santé actuel de votre patient, le coût social et économique, la motivation / la volonté d'arrêt et l'impact du tabagisme sur les personnes vivant dans son entourage immédiat. Un message personnalisé améliore les chances de

réussite de la tentative d'arrêt entreprise par le fumeur. (42-43).

Encouragez ceux qui ne souhaitent pas arrêter de fumer à envisager quand même l'idée d'un arrêt. Les patients BPCO appartiennent à un groupe cible spécifique et doivent bénéficier d'informations complémentaires sur leur maladie, l'influence de l'arrêt sur leurs symptômes etc, ... (42-43).

• ASSESS

Interrogez le patient sur sa motivation. En effet, beaucoup de fumeurs souhaitent arrêter de fumer. Près de 70% des fumeurs ont fait au moins une tentative et près de 46% essaient chaque année. La plupart des fumeurs font plusieurs tentatives avant de réussir à cesser définitivement (44). Si le patient souhaite entamer une démarche, programmez un accompagnement. Si le patient souhaite bénéficier d'un soutien intensif, prévoyez un encadrement adéquat ou renvoyez-le à un médecin, à un tabacologue reconnu, à un Centre d'aide aux fumeurs, ou à la ligne Tabacstop. Par contre, si le patient indique clairement qu'il n'est pas prêt, prévoyez un entretien motivationnel (42-43).

Quelques conseils pour motiver les fumeurs à l'arrêt grâce à la stratégie des 5 R (43).

- ✓ **Relevance (Importance):** Interrogez le fumeur sur l'importance que représente, pour lui, un arrêt tabagique.

Pourquoi arrêter de fumer est-il important pour vous? Focalisez-vous sur l'état de santé, la situation sociale, l'âge, le sexe et toute autre caractéristique personnelle comme les tentatives précédentes et les motivations personnelles à l'égard de l'arrêt (ne plus être dépendant, montrer l'exemple à ses enfants, ne plus avoir l'odeur du tabac sur soi ...).

- ✓ **Risks (Risques):** En tant que professionnel, il est important que vous demandiez à votre patient de vous citer les conséquences négatives possibles du tabagisme. En tant que professionnel de la santé n'hésitez pas à citer les aspects du tabagisme qui sont importants pour votre patient. Lorsque vous abordez les risques, insistez bien sur les risques immédiats, les effets à long terme et les risques pour l'entourage.

Quelles sont les conséquences négatives liées au fait de fumer?

Quels en sont les risques à court et à plus long terme?

Le fait de fumer a-t-il une influence négative sur votre entourage et, si oui, de quelle manière?

- ✓ **Rewards (Récompenses):** Demandez à votre patient quels avantages représenterait le fait d'arrêter de fumer.

Quels avantages comporterait, pour vous, le fait d'arrêter de fumer ?

- ✓ **Roadblocks (Barrières):** Il convient de s'attarder sur les barrières éventuelles qui peuvent

rendre l'arrêt plus difficile, comme l'état de manque, la peur de l'échec, la prise de poids, l'absence de soutien social, ...

Certains aspects du sevrage vous inquiètent-ils?

Quelles sont les difficultés que vous pensez pouvoir rencontrer?

- ✓ **Repetition (Répétition)** : Il est important de dire aux fumeurs qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer à diverses reprises et qui ont recommencé ensuite, que la majorité des gens ne réussissent leur sevrage qu'après plusieurs tentatives.

• ASSIST

Aidez le patient dans sa démarche. Voici quelques conseils qui vous seront utiles dans le cadre de son accompagnement (42-43):

- ▶ Programmez la date d'arrêt – idéalement dans les deux semaines à venir.
- ▶ Encouragez le fumeur à informer son entourage (famille, amis et collègues) qu'il va essayer d'arrêter de fumer.
- ▶ Anticipez les changements liés au sevrage, surtout pendant les premières semaines. Par exemple: finie la pause-cigarette (et les contacts sociaux qui l'accompagnent), finies les habitudes liées à la cigarette (cigarette après le repas, en entrant dans la voiture...), nécessité d'adoption de règles de comportement pour les autres fumeurs de la famille, ...
- ▶ Éliminez tous les produits qui rappellent le tabac (briquets, cendriers...), évitez les endroits enfumés où l'on passe beaucoup de temps.

En tant que professionnel de la santé, il importe également de prévoir des conseils pratiques pour le fumeur (42-43).

- ▶ Expliquez-lui qu'une abstinence complète est l'objectif final.
- ▶ Discutez de ses tentatives précédentes et identifiez ensemble les facteurs qui l'ont aidé et ceux qui ont contribué à sa rechute.
- ▶ Discutez ensemble de la façon dont le patient peut les éviter en agissant sur les éléments déclenchant la rechute ou en se fixant des défis.
- ▶ L'alcool est très largement lié aux rechutes. Conseillez au patient de limiter/arrêter sa consommation d'alcool pendant cette période.
- ▶ La présence d'autres fumeurs au domicile est un facteur important de rechute. Intéressez-vous par conséquent au comportement tabagique de l'entourage familial. Envisagez avec le patient la possibilité d'un arrêt pour les membres de sa famille. Si ceux-ci y sont opposés, conseillez à votre patient de leur demander de fumer à l'extérieur ou de ne pas fumer en sa présence.

- ▶ Veillez à ce que votre patient bénéficie d'un soutien social. Prévoyez un environnement clinique de soutien. Soutenez le patient dans sa tentative en étant disponible pendant celle-ci. Aidez-le à mettre sur pied un accompagnement social en plus de la thérapie proprement dite.
- ▶ Conseillez une pharmacothérapie au patient car la thérapie comportementale isolée a peu d'effet dans la BPCO où le score de dépendance est plus élevé que dans la population générale des fumeurs sains (45-46) et où le taux de succès (nombre d'arrêts/ nombre de fumeurs + ex-fumeurs) est nettement plus faible (46). Expliquez-lui que cette médication améliore les chances de réussite de l'arrêt et soulage les symptômes de manque. Les aides proposées en première ligne sont les substituts nicotiques en vente libre (chewing-gum, inhalateur, pastilles, patchs ou comprimés sublinguaux, parfois en association, ce qui augmente leur efficacité (39) ainsi que le bupropion et la varénicline qui sont soumis à prescription.

• ARRANGE

Organisez le suivi. Programmez-le le plus vite possible après la date d'arrêt, de préférence au cours de la première semaine. Un deuxième entretien de suivi sera planifié au cours du premier mois. Pendant ces entretiens, veillez à féliciter éventuellement le patient de son arrêt - et même de sa réduction de consommation. Dans le cas où il aurait continué à fumer, il est important d'analyser avec lui les circonstances qui l'y ont poussé. Encouragez les récidivistes à commencer une nouvelle tentative. Une rechute ne doit en effet pas être considérée comme un échec, mais comme une occasion d'apprentissage en vue de la tentative suivante (43).

Passez ensuite en revue les problèmes auxquels le patient a été confronté et apprenez-lui à adopter les changements qui s'imposent dans un avenir immédiat (42). Si nécessaire, proposez-lui des informations complémentaires sur les médications qui permettent de soulager les symptômes de manque (46) et pour la varénicline, de diminuer les effets positifs de la fume. Veillez aussi au suivi de la pharmacothérapie.

7. ACCOMPAGNEMENT DU SEVRAGE TABAGIQUE PARTIELLEMENT REMBOURSÉ

Un accompagnement professionnel peut augmenter significativement les chances de réussite (15,48). Il ressort toutefois de la littérature spécialisée que beaucoup de professionnels de la santé considèrent leur mission d'aide à l'arrêt tabagique comme un certain fardeau (24). Si vous manquez de temps pour accompagner vos patients, n'hésitez pas à les transférer vers un tabacologue reconnu ou vers un centre d'aide aux fumeurs ou à l'orienter vers la ligne téléphonique Tabacstop (0800/11100 – www.tabacstop.be). Tabacstop est un service gratuit qui répond aux questions des fumeurs et propose un accompagnement à l'arrêt du tabac.

Depuis le 1er octobre 2009, l'accompagnement au sevrage tabagique (individuel ou en groupe) dispensé par un médecin ou un tabacologue reconnu est partiellement remboursé. Le remboursement s'élève à 30 euros pour la première consultation (minimum 45 minutes) et les consultations suivantes, de la seconde à la huitième (minimum 30 minutes) sont remboursées à concurrence de 20 euros par consultation. Le fumeur peut ainsi bénéficier d'une série de huit consultations remboursées partiellement tous les deux ans. Chez la femme enceinte, l'intervention de l'INAMI est de 30 Euros par consultation (8 consultations par grossesse). Pour les médecins, ces remboursements sont cumulables avec ceux de leur consultation. Le remboursement de l'arrêt du tabac augmente les chances de réussite à l'arrêt (49).

La liste des tabacologues reconnus est disponible sur le site: www.tabacologue.be. Une liste des Centres d'Aide aux Fumeurs est également consultable sur www.centresdaideauxfumeurs.be. Complémentairement un blog est accessible au grand public : www.aideauxfumeurs.be.

Si la formation interuniversitaire de tabacologue reconnu, coordonnée par le FARES et la VRGT vous intéresse, nous vous invitons à consulter le site www.fares.be pour plus d'informations.

8. CONCLUSION

La BPCO est une maladie chronique, évolutive et fréquente entraînant une mortalité non négligeable et dont la prévalence est vraisemblablement appelée à progresser à l'avenir. La BPCO trouve son origine dans plusieurs facteurs, le plus important restant toutefois et sans conteste le tabagisme. L'arrêt tabagique est de ce fait la thérapie prioritaire en cas de BPCO, quel que soit le stade de la maladie, car il freine sa progression et contribue à améliorer les symptômes respiratoires.

Il est de la responsabilité des professionnels de la santé d'aborder la problématique du tabac avec leurs patients BPCO. Ne pas le faire pourrait être considéré comme une faute médicale. La stratégie des 5 A s'avère bien utile à cet égard. Il s'agit d'un programme en cinq étapes, axé sur la personne. Les deux premières, ASK et ADVISE doivent faire partie de toute consultation médicale. Elles constituent ce qu'on appelle le Conseil Minimal. Si le médecin ne dispose pas du temps et de la formation pour Assister, Evaluer et Assurer le suivi il peut orienter la personne vers un tabacologue reconnu (dont les consultations sont partiellement remboursées). La technique de l'entretien motivationnel devrait faire partie de la formation de tout praticien au colloque singulier médecin/patient, car en matière de tabagisme cet entretien a une importance primordiale surtout chez les fumeurs non décidés à arrêter.

9. RÉFÉRENCES

1. Belgische vereniging voor pneumologie vzw. COPD-Chronische obstructieve longziekte 2012. (Enquête GfK) Persconferentie Wereldspiometriedag 2012.
2. Hilberink SR, Jacobs JE, Schlösser M, Grol RPTM, de Vries H. Characteristics of patients with COPD in their motivational stages related to smoking cessation, *Patient Education and Counseling*, 2005;61:449-57.
3. Van Meerhaeghe A. Wat is COPD? Alles over COPD, 2012. Beschikbaar via <http://www.spirometrie.be/index.cfm?fuseaction=artperrub&c=4>. Geraadpleegd op 26 juli 2012.
4. Decramer M, Janssens W, Miravittles M. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 2012, 379, 1341-1351.
5. Taylor JD. COPD and the response of the lung to tobacco smoke exposure, *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*, 2010; 23:376-83.
6. COPD-more than just tobacco smoke [editorial]. *Lancet* 2009; 374:685-95.
7. Bartolome RC. Update on the management of COPD, *Chest*, 2008; 133:1451-62.
8. Løkke A, Lange P, Scharling H, Fabricus P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population, *Thorax*, 2006; 61:935-39.
9. Zieliński J, Bednarek M. Early detection of COPD in a high-risk population using spirometric screening, *Chest*, 2001; 119:731-36.
10. Rycroft CE, Heyes A, Lanza L, Becker K. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *Int J of COPD*, 2012; 7:457-94.
11. Laniado-Laborin R. Smoking and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) parallel epidemics of the 21th century. *Int. J Environ Res Public Health*, 2009; 6:209-24.
12. Yildiz T, Topçu F, Çelik Y, Akyildiz L, Ates G, Durak D. Effect of passive smoking on the development of chronic obstructive pulmonary disease in southeastern Turkey, *Turk J Med Sci*, 2012;40:349-55.
13. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends, *Lancet*, 2007; 370:765-73.
14. Smoking and COPD: What really are the risks? [correspondence]. *Eur Respir J*, 2006; 28:883-86.
15. Randall S. Children and secondhand smoke: not just a community issue. *Paediatric Nursing*, 2006; 18, 29-31.
16. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments, 2009. Beschikbaar via http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf. Geraadpleegd op 2 aug 2012.
17. Matt EG, Quintana PJ, Destailats H, Gundel LA, Sleiman M, Singer BC, et al.. Thirdhand tobacco smoke: emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. *Environ Health Perspect*. 2011; 119:1218-26.
18. Trédaniel J, Boffetta P, Saracci R, Hirsch A. Exposure to environmental tobacco smoke and adult non-neoplastic respiratory diseases. *Eur Respir J*, 1994; 7:173-85.
19. Eisner MD, Balmes J, Katz PP, et al. Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Environmental Health*, 2005; 4: 1-8.
20. Coultas DB. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update. *Thorax*, 1998; 53:381-7.
21. Kalandidi A, Trichopoulos D, Hatzakis A, Tzannes S, Saracci R. Passive smoking and chronic obstructive lung disease; *The Lancet*, 1987;330:1325-6.
22. Stratelis G, Mölsted S, Jakobsson P, Zetterström O. The impact of repeated spirometry and smoking cessation advice on smokers with mild COPD, *Scand J of Prim Health Care*, 2006;24:133-9.

23. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials, *Eur Respir J*, 2009; 34:634-40.
24. Hylkema MN, Sterk PJ, de Boer WI, Postma DS. Tobacco use in relation to COPD and asthma, *Eur Respir J*, 2007; 29:438-45.
25. Schermer T, van Weel C, Barten F, et al. Prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*, 2008; 16:363-377.
26. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen M, Rutten-van Mólken PMH. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax*, 2010; 65:711-8.
27. Sundblad BM, Larsson K, Nathell L. High rate of smoking abstinence in COPD patients: smoking cessation by hospitalization, *Nicotine Tob Res*, 2008; 10:883-90.
28. Buffels J, Degryse J, Decramer M, Heyrman J. Spirometry and smoking cessation advice in general practice: a randomised clinical trial. *Respiratory Medicine*, 2006, 100, 2012-7.
29. Kotz D, Huibers MJ, West RJ, Wesseling G, van Schayck OC. What mediates the effect of confrontational counselling on smoking cessation in smokers with COPD? *Patient Educ Couns* 2009; 76:16-24.
30. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention. 2011. Beschikbaar via: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket_May2512.pdf. Geraadpleegd op 31 juli 2012.
31. Bolman C, Sino C, Hekking P, van Keimpema A, van Meerbeeck J. Willingness of pulmonologists to guide COPD patients in smoking cessation, *Patient Educ Couns*, 2005;57:126-33.
32. M Thabane and COPD Working Group. Smoking Cessation for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2012; 12 1-50.
33. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. for the Lung Health Study Research Group. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 675-9
34. Tonnesen O, Mikkelsen K., Bremann L. Nurse conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *Chest* 2006; 130: 334-42
35. Tashlin D, Kanner R., Bailey W. et al; Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *The Lancet* 2001; 357: 1571-5.
36. Tashlin DP, Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest* 2011;139: 591-9
37. Jiménez Ruiz CA, Ramos Pinedo A., Cicero Guerrero A., Mayayo Ilibarri M., Cristobal Fernandez M., Lopez Gonzalez G. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications *Nicotine Tob Res* 2012; 14: 1035-9
38. EJ, Knipschild P, Huibers MJH, Wouters EFM, van Schayck CP. The efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people who are at risk for or have chronic obstructive pulmonary disease: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch. Int. Med*. 2005; 165:2286-2292.
39. Berlin I. Therapeutic strategies to optimize the efficacy of nicotine replacement therapies. *COPD* 2009; 6: 272-6
40. Prignot JJ. Long- term treatment. Abstract: International Symposium: "Smoking cessation: a clinical update" Leuven March 6-8 2008;
41. Hays Taylor, Ebbert JO. Varenicline fir tobacco dependence. *N Engl J Med* 2008 ; 359 : 2018-24
42. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: An

evidenced based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*, 2002; 121:932-41.

43. Fiore MC, Jorenby DE, Schensky AE, et al. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in the patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995; 70:209-13.

44. Sockrider MM. Addressing tobacco smoke exposure: passive and active. *Pediatr Pulmonol suppl* 2004; 26:183-7.

45. Jimenez-Ruiz CA et al. Smoking characteristics: differences in attitude and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest* 2001; 119: 1365-70

46. Shahab L et al. Prevalence diagnosis and relation to tobacco dependence of COPD in a national representative population sample. *Thorax* 2006; 61: 1043-7

47. Sheahan SL, Free TA. Counseling parents to quit smoking. *Pediatric Nursing* 2005; 31:98-109.

48. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Review). *The Cochrane Collaboration* 2009; 58.

49. Hylkema MN, Sterk PJ, de Boer WI, Postma DS. Tobacco use in relation to COPD and asthma, *Eur Respir J*, 2007; 29:438-45.

Une initiative de la VRGT, vzw et du FARES, asbl
dans le cadre du Fonds fédéral de lutte contre les Assuétudes



Avec le soutien du :

