

### Le repérage du statut tabagique et le conseil minimal

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, tous les patients devraient être interrogés sur leur consommation de tabac, et leur statut tabagique devrait être documenté sur une base régulière. Cette pratique augmente de façon significative les taux d'intervention d'aide au sevrage tabagique (grade A).

**Conseiller l'arrêt du tabac et proposer une aide aux fumeurs adultes, aux femmes enceintes et aux adolescents augmente de 2% le taux de sevrage tabagique spontané à long terme.** L'efficacité est prouvée par rapport à l'absence de conseil.

Si chaque médecin généraliste pratiquait ce conseil minimal, il y aurait 200 000 arrêts soutenus (<6 mois) par an en France. L'efficacité serait plus grande que l'ensemble des consultations d'aide au sevrage tabagique.

Cependant, le conseil minimal n'est pas encore suffisamment mis en pratique et peu de médecins conseille l'arrêt. Plus de 50 % des femmes enceintes fumeuses, interrogées par Blanchon et al, ont dit que leurs médecins ne les avaient pas incitées à arrêter de fumer. Globalement, moins de la moitié des médecins repère l'existence de consommation de produits psychoactifs chez les adultes et les adolescents.

Des systèmes de repérage tels que l'**intégration dans les signes vitaux** ou l'**utilisation de « reminders »** sont essentiels pour permettre une évaluation, une documentation et une intervention adaptées en matière d'aide au sevrage (Grade B).

### Le repérage et l'évaluation du statut tabagique

Il doit être fait au minimum **1 fois par an** dès l'âge de 12 ans -l'âge moyen du début du tabagisme étant 14 ans et demi- en **notant le statut dans le dossier** : fumeur, non fumeur ou ex fumeur.

Le patient doit savoir que le médecin connaît son statut tabagique.

*En cas de patient fumeur, l'histoire du tabagisme devrait être précisée avec :*

- le nombre de cigarettes fumées /jour
- l'âge du début du tabagisme régulier (1 cig au moins par jour)
- le nombre de tentatives d'arrêt antérieur et les aides utilisées
- le vécu du patient lors des phases d'arrêt

*Si le patient est ex fumeur, la date d'arrêt est notée.*

Le statut tabagique du patient sera réévalué au moins un fois par an. Le médecin pourra saisir, entre temps, tous les contacts curatifs à venir pour l'interroger sur son désir d'arrêter de fumer. Ce sera, par exemple, lors de toute maladie en lien avec le tabac comme une bronchite, une toux persistante, des infections respiratoires répétitives chez les enfants, la découverte d'une hypertension ou d'un problème cardiovasculaire, lors d'une intervention chirurgicale ou bien lors de la prescription de contraceptifs oraux ou au début d'une grossesse.

## La pratique du conseil minimal

Une fois le statut tabagique précisé, le professionnel devrait conseiller à son patient fumeur d'arrêter de fumer car le conseil médical à l'arrêt de fumer augmente le taux d'abstinence (Grade A). **Les interventions courtes, durant moins de 3 minutes, comme le conseil minimal, augmentent les taux d'arrêt.**

**Le conseil minimal s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non d'arrêter de fumer.**

Le conseil minimal est une intervention brève et systématique, pour tout patient, qui a fait ses preuves. Chaque fumeur devrait se voir proposer au moins une intervention courte qu'elle soit suivie ou non d'une intervention intensive (Grade A).

Cette approche du statut tabagique paraît simpliste. Mais sa formulation a été validée.

### Poser la question au patient : « Fumez-vous » ?

- **Si OUI, la 2<sup>ème</sup> question est immédiate : « Envisagez-vous d'arrêter de fumer » ?**

#### ➔ En cas de réponse négative

- 1- Le médecin donne un conseil clair, ferme, sans jugement de valeur, avec empathie comme « *Je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé* »
- 2- Le médecin lui fait savoir qu'il peut l'aider s'il le souhaite
- 3- Le médecin invite le patient à la réflexion, lui remet une brochure, pour en reparler lors d'une prochaine consultation

#### ➔ En cas de réponse affirmative

- 1- Le médecin propose alors une aide plus approfondie, qui sort du cadre proprement dit du conseil minimal
- 2- Le médecin planifie avec le patient une consultation spécifique ultérieure où sera fait l'évaluation de la motivation et dont découleront des propositions thérapeutiques et un suivi en fonction du degré de motivation

- **Si NON, le médecin l'encourage à poursuivre dans cette voie**

« *Le choix que vous avez fait de ne pas (ou ne plus fumer) vous assure un meilleur état de santé.* »

**Ce conseil isolé permet surtout de déclencher des tentatives d'arrêt chez les fumeurs de moins de 10 cigarettes/jour.** Pour en augmenter l'efficacité, le médecin peut y associer une aide plus soutenue et un traitement médicamenteux.

Le conseil minimal réalisé par le médecin généraliste sera d'autant plus efficace que son intervention sera renforcée par des actions collectives de prévention.



## Repères pour la pratique

**Accompagner le conseil minimal c'est aussi faire de l'information au cabinet, dans la salle d'attente.**

**Si le patient fume, le médecin peut compléter l'évaluation du statut tabagique et du conseil minimal, lors de cette consultation ou à la suivante, de façon brève, par :**

- la recherche de co-morbidités : BPCO, coronaropathies, AOMI...
- le repérage des contre- indications du tabac :
  - la pillule : le risque d'infarctus est multiplié par 20 chez les femmes des plus de 35 ans qui fument plus de 15 cigarettes par jour. Chez les utilisatrices de pillule, il y a plus de fumeuses qu'en population générale, dans la même tranche d'âge
  - la chirurgie implantaire est une contre indication en cas de tabagisme important. C'est un facteur d'échec. Les gros fumeurs présentent un risque accru d'altération de la cicatrisation et du métabolisme osseux
- le repérage d'autres consommations de psychoactifs, notamment d'alcool. Le risque relatif de cancer des voies aérodigestives supérieures, du pharynx et du larynx, résultant de l'association des deux consommations tabac et alcool, dépasse 30 (le risque relatif pour le tabac peut dépasser 15 et le risque relatif pour l'alcool est de 2 à 4 selon la consommation)
- le repérage de pathologies aggravées par le tabagisme : polyarthrite rhumatoïde, poussée d'arthrite
- l'informatoir au patient du risque lié au tabagisme passif, pour son entourage

### Références Bibliographiques

- BLANCHON B., PARMENTIER M., COLAU JC., DAUTZENBERG B., BLUM-BOISGARD C., Tabac et grossesse, Etude de l'assurance maladie des professions indépendantes en Ile de France, Gynecol Obstet Biol Repro 2004, (33), 21-9
- DALLY S., Evaluation des conséquences et des problèmes médicaux associés, Audition publique HAS, Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins -dossier participant-, 2007
- JEANFRANCOIS M., FERNANDEZ E., DAUTZENBERG B., Evolution de l'activité des consultations de tabacologies hospitalières entre 2000 et 2001, BEH, 2001, 22-3
- JOUBERT, Le sevrage au féminin, Impact médecine n°72, 26 mars 2006
- REYNAUD M., KARILAI L., Evaluation des conduites de consommation vue par l'addictologue, Audition publique HAS, Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins -dossier participant-, 2007
- SILAGY C., Physician advice for smoking cessation, Cochrane database Syst Rev, 2002
- SLAMA K., KARSENTY S., HIRSCH A., Effectiveness of minimal intervention by general practitioners
- WEST R., Mac NEILL A., RAW M., Smoking cessation guidelines for health professionals : an update, Thorax 2000, 55 (12), 987-999
- Guide d'actions jeunes, CFES, 1995
- L'arrêt de la consommation de tabac, Conférence de consensus, ANAES, 1998
- Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique, efficacité, efficience et prise en charge financière, HAS, 2007

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