

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE
LA LUTTE CONTRE LE SIDA**



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail



PROTOCOLE NATIONAL POUR LE SEVRAGE TABAGIQUE



Décembre 2015

Abréviations

AOMI :	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
ARV	Anti-Rétroviraux
BPCO :	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CACB	Centre d'accueil de la Croix Bleue
CCLAT :	Convention Cadre pour la lutte Anti Tabac
CDC	Center for Diseases Control
CFRLD	Centre de Formation et de Recherche pour la Lutte anti Drogue
CILAD	Comité Interministériel de lutte Anti Drogue
CIM10	Classification Internationale des Maladies 10è version de l'OMS
CM :	Conseil Minimal
COSCI	Conseil des Organisations intervenant du domaine du Sida en Côte d'Ivoire
DSM IV	Diagnostic and Statistical of Mental Disease IVè version
HTA :	Hypertension Artérielle
IDM :	Infarctus du Myocarde
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA
MTTJPDC :	
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non gouvernementale
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
PLS-PHV	Programme national de Lutte contre le SIDA pour les Populations Hautement Vulnérables
PN :	Protocole National
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLTA	Programme National de Lutte contre le Tabagisme l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions
PSP	Pharmacie de la Santé Publique
PUD	Personnes Usagères de Drogues
SN :	Substituts Nicotiniques
TSN :	Traitement par Substitution Nicotinique

Sommaire

Avant-propos

PREMIERE PARTIE : PROTOCOLE D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

1. Généralités

2. 1.1. Cadrage politique

- **Objectif du protocole national**
- Acteurs
- Population cible
- Coûts

1.2. Définitions de concepts

2. 1.3. Approche Préventive

3. 2. Prise en charge

3.2. Approche théorique de la prise en charge

3.2.1. But

3.2.2. Principes généraux

3.2.3. Moyens

- Entretien motivationnel
- Substituts nicotiniques
- Soutien psychologique
- Mesures hygiéno-diététiques
- Autres traitements médicamenteux

3.2.4. Comorbidités et co-addictions

3.2.5. Complications

3.3. Approche pratique de la prise en charge ou méthodes d'aide au sevrage

3.3.1. Consultation de tabacologie

3.3.2. Pré-cure

3.3.3. Cure

3.3.4. Post-cure

3.4. Indications

DEUXIEME PARTIE : DIRECTIVES

ANNEXES

REFERENCES

Avant-propos

Le tabagisme est une épidémie mondiale. Plus d'un milliard de personnes fument de nos jours sur l'ensemble de la planète, avec à la clef 6 millions de décès induits, dont 600000 sont des fumeurs passifs, victimes du tabagisme environnemental, en nette progression dans les pays en développement comme le nôtre.

En Côte d'Ivoire, la prévalence nationale dans la population générale en 2012 était de 14,64%. Le nombre de décès annuels dus au tabagisme est estimé à 5000. La prise et l'application de mesures vigoureuses pour réguler le commerce et la consommation de tabac dans les pays développés depuis une vingtaine d'années a en effet, contraint l'industrie du tabac à se rabattre sur les pays en développement où le contexte juridico-politique leur était favorable. Fort heureusement, la prise de conscience de la menace de cette épidémie sur le développement de leur économie, par les gouvernements des pays en développement a permis de jeter les bases de véritables politiques de lutte antitabac sur leurs territoires respectifs, depuis quelques années. La Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Anti Tabac (CCLAT), mise en place depuis 2003 et ratifiée par une très large majorité d'entre eux, constitue une « arme déterminante » pour mener la lutte contre le tabagisme avec efficacité.

Celle-ci stipule en son article 14 que les états doivent prendre des mesures visant *à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac par la promotion du sevrage tabagique et le traitement adéquat de ladite dépendance.*

Sur le plan pratique, toutes les stratégies proposées pour lutter contre ce phénomène, visent principalement et dans le meilleur des cas à empêcher l'usage des produits du tabac par les populations, c'est-à-dire à prévenir le tabagisme.

L'aide au sevrage tabagique est une « discipline médicale » mal connue, même par les professionnels de la santé.

De ce fait, lorsqu'il est conseillé à un patient d'arrêter de fumer, il n'est proposé à ce dernier, aucun soutien « concret » ; ce qui l'emmène après plusieurs initiatives personnelles, à se convaincre qu'il est impossible d'arrêter de fumer. Les substituts nicotiniques restent eux aussi mal connus par la population en général. Il en résulte une faiblesse de la demande auprès des officines, qui à leur tour, s'en procurent très peu ou pas, pour des raisons d'ordre économique.

Il s'agit d'un protocole s'appuyant sur des méthodes et moyens autour desquels il existe un consensus de la part des spécialistes en matière de sevrage tabagique.

Ces moyens sont :

- Les médicaments (substituts nicotiniques essentiellement),
- Le soutien psychologique (techniques motivationnelles, accompagnement, psychothérapie),
- Les mesures hygiéno-diététiques (régime alimentaire, pratique sportive).

PREMIERE PARTIE : PROTOCOLE D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

1. GENERALITES

1. 1Cadrage politique

Objectif du protocole national

Elaborer et mettre à disposition un outil de référence adossé aux directives et recommandations internationales afin d'harmoniser et rationaliser les interventions dans le domaine de la prise en charge des sujets dépendants du tabac en Côte d'Ivoire.

▪ **Les Acteurs auxquels s'adresse ce protocole**

Le protocole national de prise en charge des Usagers du tabac s'adresse :

▪ Dans le cadre du repérage :

Aux ONGs de lutte, aux agents de santé communautaire qui devront faire l'accueil, l'écoute, l'information et l'orientation

▪ Dans le cadre de la prise en charge

A tous les intervenants du système sanitaire (Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes, IDE(S), Sages-femmes, Praticiens de la Médecine traditionnelle) qui devront en plus du repérage faire le conseil minimal et la prise en charge

▪ Dans le cadre de l'accompagnement

Psychiatres, Psychologues, Assistants sociaux, familles, associations diverses

Le patient lui-même reste un maillon essentiel de tout le processus.

▪ **La population cible**

Le protocole national concerne :

- La prise en charge des consommateurs du tabac

▪ **L'estimation des coûts**

Les coûts théoriques tiendront compte des coûts cumulés :

- De la Consultation
- Des Examens para-cliniques
- Des médicaments
- Des autres coûts additionnels

1. 1.2. Définition de concepts

▪ **Addiction**

Selon Goodman l'addiction est un : «Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de

contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives».

- **Tabagisme**

C'est l'intoxication aiguë ou chronique due à la consommation de tabac.

- **Sevrage**

Le **sevrage tabagique** est l'arrêt de la consommation de tabac, dans le but de s'affranchir de la dépendance induite

2. 1.3. Approche préventive

2.1. Prévention primaire :

Elle concerne les sujets naïfs, non encore en contact avec le tabac.

Le message est dirigé envers le grand public avec une note particulière à l'endroit des populations à risque (adolescents, population scolaire, personnel manutentionnaire, personnes détenues...)

2.2. Prévention secondaire :

C'est la prévention des complications. Elle intéresse plus particulièrement les personnes pour qui le tabac est un facteur de risque soit en raison des dispositions génétiques ou du fait d'une tare ou encore d'une pathologie sous-jacente dont le tabac serait un facteur aggravant (Cardiopathes, antécédents d'IDM ...)

2.3. Prévention tertiaire :

C'est l'ensemble de toutes les dispositions prises dans le sens d'une réduction des risques liés à la consommation de tabac.

3. 2. Prise en charge de l'usager de tabac

5.1. Approche théorique de la prise en charge

5.1.1. Approche diagnostique

Selon le DSM-IV

Présente l'addiction comme un mode d'utilisation inapproprié d'un produit entraînant des signes physiques et psychiques. Elle se manifeste par l'apparition d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an.

- une tolérance (ou accoutumance) qui se traduit soit par une augmentation des doses pour un effet similaire, soit par un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial.
- un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.
- une incapacité à gérer sa propre consommation, l'usager consomme plus longtemps ou plus qu'il ne le voulait.

- des efforts infructueux pour contrôler la consommation.
- un temps de plus en plus important est consacré à la recherche du produit.
- les activités sociales, culturelles ou de loisir sont abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans la vie quotidienne.
- une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

Selon la CIM-10

La CIM-10 présente la toxicomanie comme la manifestation d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an et ayant persisté au moins un mois ou étant survenus de manière répétée.

- un désir compulsif de consommer le produit.
- des difficultés à contrôler la consommation.
- l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.
- une tolérance aux effets (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire).
- un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche.
- une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

5.1.2. Le but du traitement

Obtenir un arrêt total du tabac chez le consommateur.

5.1.3. Principes généraux (Conférence de consensus 1998)

- La demande de soins doit être formulée par le patient lui-même s'il est majeur ou par les parents ou le tuteur légal chez le mineur
- La prise en charge associe obligatoirement les volets médico-psycho-social
- La prise en charge commence par une évaluation de la motivation
- Elle fait un bilan des comorbidités anxio-dépressives et des co-addictions
- L'instauration d'un traitement spécifique avec un suivi au long cours

5.1.4. Moyens

- **Entretien motivationnel**
- **Les substituts nicotiniques**

Il s'agit des moyens médicamenteux de référence à donner ou proposer au patient pour le soutenir et le mener à un sevrage tabagique définitif.

Intérêts :

- Ces médicaments permettent d'éviter le syndrome de sevrage après l'arrêt de la consommation tabagique ;
- Ils permettent une sortie progressive de la dépendance à la nicotine ;
- Ils permettent « d'éduquer » le patient à de nouvelles attitudes vis-à-vis du tabac ;
- Ils n'entraînent pas de dépendance.

Les différentes présentations

Les substituts nicotiniques existent sous plusieurs formes présentant des avantages divers :

- Patchs (5, 10, 15 mg pour les 16h; 7, 14, 21 mg pour les 24h) : ils délivrent de façon constante et progressive la nicotine ;
- Gommes (2 ou 4mg) ;
- Pastilles (2 ou 4 mg) ;
- Comprimés dragéifiés ;
- Inhalateur ;

Les formes orales (pastilles et gommes et comprimés dragéifiés) ont une action plus rapide que les patchs.

Grands principes du traitement de substitution nicotinique

- plusieurs formes : timbres (patch) de 16h ou 24 h de faible, moyenne ou forte dose, gommes à sucer ou à mâcher (2 ou 4 mg), pastilles sublinguales, inhalateurs.
- ces formes peuvent être associées.
- laisser le fumeur choisir la forme orale qui lui convient (pas de gomme si prothèse dentaire).
- symptômes de surdosage : bouche pâteuse, diarrhée, palpitations, insomnie.
- symptômes de sous-dosage : apparition d'un syndrome de sevrage (besoin impérieux de fumer, humeur dépressive, irritabilité).
- effets indésirables : dermatite d'irritation (timbres) ; décollement prothèses dentaires (gommes) ; brûlures pharyngées, hoquets, brûlures d'estomac (gommes et pastilles).
- durée d'administration de 6 semaines à 6 mois.

1.2.4- Indications concernant l'usage des substituts nicotiniques

Fume	< 10 cigarettes/jr	10-19 cigarettes/jr	20-30 cigarettes/jr	> 30 cigarettes/jr
pas tous les jours	rien ou forme orale	rien ou forme orale	-	-
pas le matin	rien ou forme orale	rien ou forme orale	forme orale	-
< 60 min. après le lever	rien ou forme orale	forme orale	patch forte dose	patch forte dose +/- forme orale
< 30 min. après le lever	-	patch forte dose	patch forte dose +/- forme orale	patch forte dose + forme orale
< 5 min. après le lever	-	patch forte dose +/- forme orale	patch forte dose + forme orale	patch forte + moyenne dose +/- forme orale

NB : Posologie journalière des gommes de 2mg (moyenne 8 à 12, max 25), de 4 mg (max 15).

Posologie journalière des pastilles sub-linguales de 2 mg (moyenne 8 à 12, max 30), de 4 mg (max 15).

Il s'agit de schémas thérapeutiques proposés pour les deux premières semaines de la « cure de sevrage ». L'objectif étant d'arriver à terme, à une situation où le patient n'utilise d'aucun substitut nicotinique tout en s'abstenant de consommation tabagique. Les doses de médicaments seront dans le meilleur des cas (baisse voire intensité nulle du besoin de fumer malgré le traitement) revus à la baisse, de façon périodique au cours des consultations de suivi et d'évaluation de l'efficacité de la cure.

La cure de sevrage dure en moyenne 3 à 6 mois.

▪ Soutien psychologique

Il est indispensable pour aider le patient pendant la période du sevrage tabagique.

Il permet en effet la prise en charge des états d'anxiété et parfois les cas de dépression induits par cette « rupture » intervenant dans la vie du consommateur de tabac qui devra se passer désormais de ce symbole de soutien que représente pour lui la cigarette ou les autres formes de tabac.

Ce soutien, selon la gravité de l'incidence psychologique du sevrage tabagique sur le patient, pourrait nécessiter l'intervention d'un professionnel (psychiatre ou psychologue) dans le suivi du patient. Il peut faire appel à des techniques de psychothérapie individuelle ou de groupe (cognitivo-comportementale...).

▪ Mesures hygiéno-diététiques (sport, diététique)

Il s'agit de mesures d'accompagnement du sevrage à inclure dans la prise en charge, selon les cas :

- Mesures diététiques :

Elles visent à éviter ou à maîtriser la relative prise pondérale (3 kg en moyenne) consécutive à l'arrêt du tabagisme.

Il est en effet proposé au patient, un régime pauvre en graisse et en sucre.

Ce régime peut être prescrit et suivi par un diététicien.

- L'activité sportive :

Elle a plusieurs intérêts :

- Faire oublier au patient de toute envie de fumer ;
- Participer à la maîtrise de la prise pondérale ;
- Participer à la « réparation » partielle de l'atteinte des fonctions ventilatoires provoquée par le tabagisme, dans certains cas.

Il est conseillé de pratiquer 4h de sport en moyenne par semaine.

Exemple : marche 30 min par jour, sport en salle, etc.

▪ Autres traitements médicamenteux

Il s'agit d'inhibiteurs chimiques proposés en deuxième intention pour les patients qui n'arrivent pas à arrêter de fumer malgré les substituts nicotiniques. Ce sont :

- Le bupropion ;

- La varenicline .
 - Art-thérapie, musicothérapie, ergothérapie

5.1.5. Comorbidités et co-addictions

- **Comorbidités anxio- dépressives**
- **Les autres pathologies à rechercher (HTA, diabète, drépanocytose)**
- **Les co-addictions (alcoolisme, autres drogues)**

5.1.6. Complications

Rechercher les complications classiques habituelles :

- Pulmonaires (BPCO)
- Néoplasiques (tous les cancers)
- Cardiovasculaires (IDM, thromboses veineuses, AOMI)

5.2. Approche pratique de la prise en charge ou méthodes d'aide au sevrage

5.2.1. Consultation de tabacologie

Elle diffère de la consultation classique en ce sens que l'utilisateur de tabac se perçoit difficilement comme un malade. Le médecin doit faire preuve d'empathie, déculpabiliser le patient tout en invitant son sens d'auto responsabilité.

- Description du matériel

En plus du petit matériel classique de consultation (pèse-personne, thermomètre, tensiomètre...) il faut prévoir :

- La fiche de consultation
- Des tests d'auto évaluation (test de Fagerström, le HAD, les tests de motivation tels que l'échelle visuelle de motivation, le test de confiance, etc.)
- Le CO-testeur
- Le spiromètre
- L'algorithme

Le matériel de consultation dépend du niveau d'intervention.

- La première consultation

Constitue le début d'un processus fait de plusieurs étapes déterminantes devant aboutir sur une période de quelques semaines à plusieurs mois, à l'arrêt du tabagisme chez le patient.

Ces temps sont principalement :

La caractérisation du tabagisme du patient au cours d'un entretien

- Ancienneté (préciser s'il y a eu des précédentes tentatives d'arrêt et leur durée);

- Type de tabac consommé ;
- Existence éventuelle de co-dépendance ;
- Circonstances de « grande consommation » ;
- Lieux habituels de consommation ;
- Le diagnostic du tabagisme est évident ; il est dans la plus part du temps affirmé par le patient
- Le niveau de dépendance à la nicotine (Test de Fagerström).

L'examen physique du patient recherchera

- **En général**
 - Tension artérielle, le poids, la température, le pouls, le cycle respiratoire.
 - Conjonctives
 - OMI
 - Hippocratisme digital
 - Coloration des lèvres
 - Pâleur des téguments
 - Habillement
 - Tics

- **En particulier,**

Il devra explorer les autres appareils, notamment pleuro-pulmonaire, cardiovasculaires, spléno-ganglionnaire, l'appareil tégumentaire et la sphère ORL.

L'examen bucco-dentaire s'avère également nécessaire.

La recherche des complications

Les signes suivants sont plutôt nécessaires pour la recherche de complications.

- Toux
- Douleur thoracique
- Dyspnée ou essoufflement
- Asthénie
- Instabilité
- Irritabilité
- Difficulté de concentration
- Anxiété
- Trouble de mémoire
- Chez l'homme: impuissance sexuelle
- Chez la femme: masculinisation

Le bilan minimum

Deux types d'examens

- Les stigmates de la consommation du Tabac
 - Dosage de la cotinine (urinaire ou sanguine)
 - Dosage du CO expiré
- Les examens d'orientation : la NFS, Radiographie thoracique, les EFR, l'ECG...

La sélection et la demande de ces examens sont fonction du tableau clinique général de l'Usager.

L'entretien de motivation :

Il fait suite à l'évaluation de la motivation ; il vise à motiver à l'arrêt et surtout à obtenir et renforcer l'adhésion du patient qui est déterminante et indispensable pour le succès de ce processus.

5.2.2. Pré-cure (phase de préparation)

Objectif : « fabriquer le patient » ou *entretien motivationnel* :

Elle peut faire suite à l'évaluation de la motivation.

- Exposer les méfaits à travers l'information vraie
- Dénormariser la fausse information
- Expliquer au patient le phénomène de dépendance
- Explorer son ambivalence
- Le classer selon le modèle transthéorique de James Prochaska et Di Clemente
- Susciter son adhésion au traitement
- ***Se termine par la décision « officielle » d'arrêt du tabagisme : Il s'agit pour le patient de faire un choix éclairé, sans contrainte aucune, de la date d'arrêt du tabagisme et la formulation du projet thérapeutique.***

5.2.3. La Cure

Objectif: prévenir le syndrome de manque

- La stratégie est préférentiellement la substitution
- Le régime de traitement du tabagisme se fait en ambulatoire sauf en cas de complications, d'association à une addiction qui nécessite une hospitalisation ou en cas de pathologies associées. La cure correspond à la phase de stabilisation du patient. Ici le patient rentre dans l'abstinence.
- Cette cure se fait selon le MTTJPDC et comporte :
 - Prescription de médicaments (voir indications)

- Autres moyens (activité physique, mesures diététiques, relaxothérapie, groupes d'auto-support, thérapie familiale...)
- Psychothérapie d'accompagnement
- Conseils

Description du syndrome de manque

Le sevrage tabagique dure de quelques jours à quelques semaines.

Ses symptômes éventuels les plus fréquents sont:

- ☐ Les troubles du sommeil (insomnie, sommeil agité),
- ☐ L'irritabilité,
- ☐ L'anxiété,
- ☐ L'humeur dépressive
- ☐ L'augmentation de l'appétit
- ☐ L'envie impérieuse de prendre le produit (craving)

Le traitement et la gestion des signes de manque est purement symptomatique. Il faut prévenir le patient de leur survenue.

5.2.4. Post-cure

Objectif : Prévenir les rechutes

- Les médicaments (observance, effets indésirables, surdosage, sous-dosage, compliance, adhésion)
- La rechute

5.3. Indications

5.3.1. Selon le modèle transthéorique du changement

La phase de pré-intention ou indétermination:

Le fumeur déclare qu'il arrêtera de fumer mais n'envisage pas de changer son comportement dans les six mois à venir.

Le dialogue ayant été ouvert en posant la question du tabac (fumeur ? Depuis quand ? Existence de tentatives d'arrêt antérieures ? Niveau de dépendance ? Problème de santé?...), le praticien s'attachera à :

- rechercher avec le fumeur les raisons pour lesquelles il continue de fumer et celles pour lesquelles il pourrait s'arrêter de fumer.
- Évoquer l'arrêt, mais sans insister, tout en citant les moyens d'aide disponibles.
- Remettre une brochure d'information en lui proposant d'en reparler quand il le souhaitera.

Phase d'intention :

Le fumeur affirme avoir l'intention d'arrêter de fumer d'ici quelques mois.

- Féliciter le fumeur pour sa décision – lui faire préciser ses motivations actuelles et ce qu'il attend comme bénéfices de l'arrêt du tabac.
- Rechercher d'éventuels freins à l'arrêt (crainte d'être irritable, de prendre du poids, de rechuter...) et préciser qu'avec de bons conseils, un traitement adapté et un suivi, cela peut être beaucoup plus facile qu'il ne le pense.

Phase de préparation :

Le fumeur décidé aborde ouvertement la question du tabac et demande au Praticien ce qui lui conviendrait le mieux pour arrêter de fumer.

A ce stade, il conviendra de :

- Féliciter et encourager le fumeur en se positionnant comme interlocuteur privilégié pour l'accompagner dans sa démarche.
- Après avoir cerné le profil du fumeur et son niveau de dépendance, présenter les différents moyens d'aide à l'arrêt du tabac, le fumeur ayant déjà souvent son idée sur ce qu'il préfère (patch, gomme, autres méthodes...)
- Si la crainte de prise de poids ou le stress sont évoqués, il faut le rassurer.
- orienter les fumeurs qui le nécessitent vers un médecin ou une consultation spécialisée.
 - fumeurs dépressifs ou ayant des antécédents de dépression ;
 - fumeurs ayant une pathologie grave associée ;
 - femmes enceintes qui ne peuvent pas arrêter seules ;

La phase d'action

Correspond à la formulation du projet thérapeutique (choix de date d'arrêt)

Ici il convient d'apporter des conseils pratiques au fumeur

- *A propos de son environnement*
- Prévenir son entourage familial, ses amis, ses collègues de travail...
- Se débarrasser des cendriers, nettoyer l'intérieur de la voiture...

Phase de consolidation :

Psychothérapie d'accompagnement

En cas de rechute :

Ne pas culpabiliser, mais au contraire, encourager pour les acquis

Cette fois-ci, le patient repart de la phase de préparation

5.3.2. Selon les co-addictions

Association avec une autre addiction (alcool, cannabis, cocaïne et héroïne)

Tenir compte de la dépendance croisée et proposer un arrêt global net.

La réduction ou le passage aux cigarettes light n'étant qu'un leurre.

5.3.3. Selon les comorbidités anxio-dépressives

Il convient de rechercher systématiquement la notion d'anxiété et celle de dépression et si le praticien n'est pas suffisamment qualifié, il faut requérir l'intervention d'un psychiatre ou d'un psychologue.

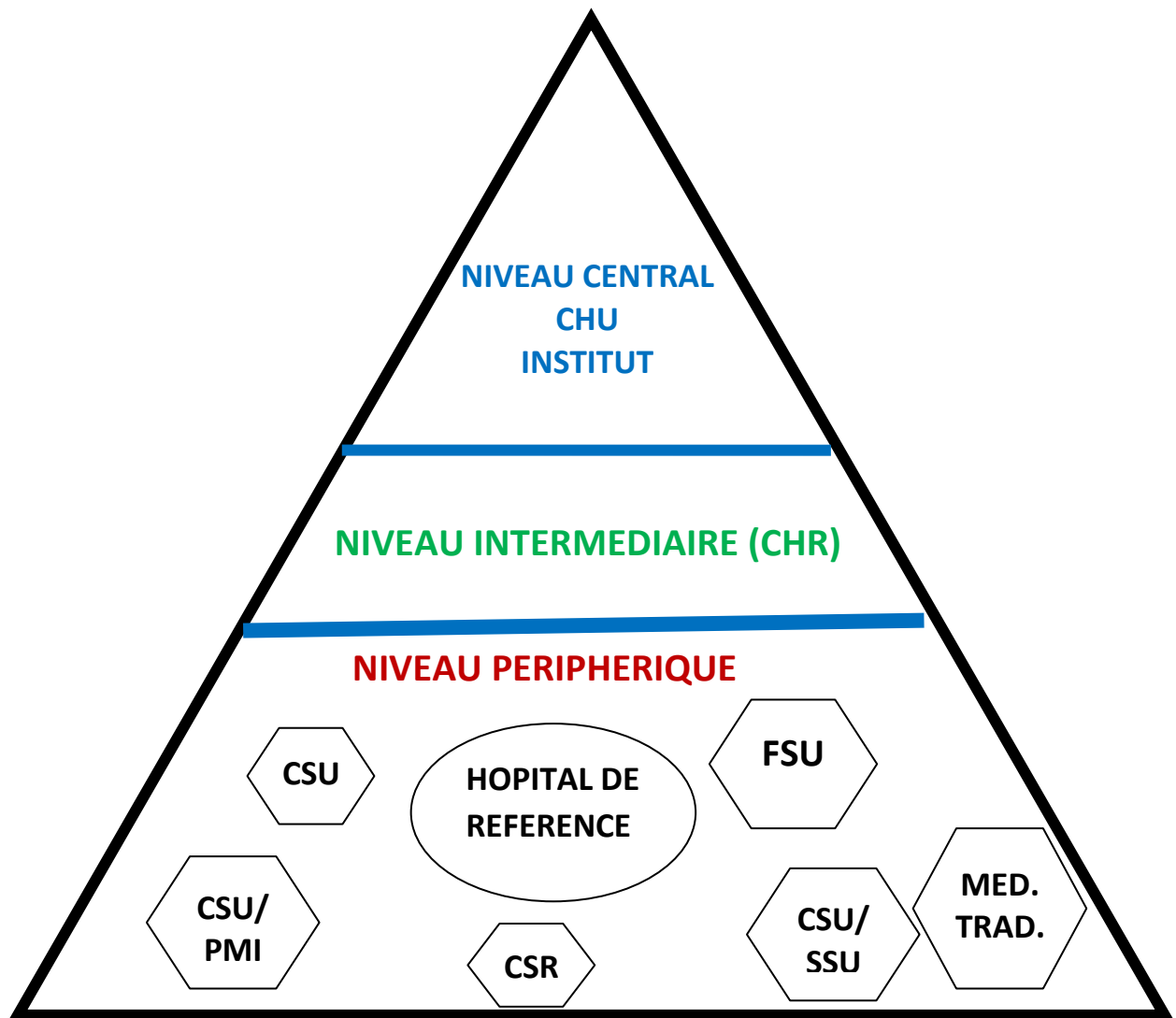
5.3.4. Selon les complications, notamment

- les pathologies psychiatriques classiques sous-jacentes telles que la schizophrénie...
- les pathologies cardio-vasculaires
- les pathologies pleuro-pulmonaires...

Il convient de faire une référence aux spécialistes.

DEUXIEME PARTIE : DIRECTIVES

1. INTERVENTIONS A EFFECTUER SELON LE NIVEAU DANS LA PYRAMIDE SANITAIRE



INTERVENTIONS A EFFECTUER SELON LE NIVEAU DANS LA PYRAMIDE SANITAIRE

NIVEAU PERIPHERIQUE (CSR, CSU, FSU, HG, CENTRE MED TRAD)

1. Accueil (Ne pas stigmatiser, faire preuve d'empathie)
2. Dépistage systématique (questions simples) :
 - Est-ce que vous fumez ? (cigarette, cigare, pipe, cigarette électronique, narguilé) ? ou chiquez ? fréquence ?
 - Si oui, poser la question suivante : Est-ce que vous voulez arrêter de fumer ?
 - Si oui, passez aux étapes suivantes (3 et 4)
 - Si non, passez à l'étape suivante uniquement (3)
 - Si non (à la première question), êtes vous en contact régulier avec un ou des fumeurs ?
 - Si oui, passez à l'étape 3
 - Si non, fin de l'entretien
3. Conseil minimal et distribution de brochure :

Le soignant donne un conseil clair, ferme, sans jugement de valeur, avec empathie comme :

 - pour le fumeur actif : « Je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé ».

Intervention brève motivationnelle

Le soignant lui fait savoir qu'il peut se faire aider s'il le souhaite, l'invite à la réflexion, et lui remet une brochure, pour en reparler lors d'une prochaine consultation, le cas échéant.

 - pour le fumeur passif : sensibiliser le fumeur actif au sevrage en lui remettant une brochure.
4. Orientation au centre de référence (HG).

HG (les directives sont les mêmes qu'au niveau intermédiaire)

NIVEAU INTERMEDIAIRE (CHR)

1. Accueil (sujets venus du niveau périphérique et autres sujets) (Ne pas stigmatiser, faire preuve d'empathie).
2. Etape de dépistage :
Si le sujet vient directement, faire le dépistage (questions simples) :
 - Est-ce que vous fumez ? (cigarette, cigare, pipe, cigarette électronique, narguilé) ? ou chiquez ? fréquence ?
 - Si oui, poser la question suivante : Est-ce que vous voulez arrêter de fumer ?
 - Si oui, passez aux étapes suivantes (3 et 4)
 - Si non, passez à l'étape suivante uniquement (3)
 - Si non (à la première question), êtes-vous en contact régulier avec un ou des fumeurs ?
 - Si oui, passez à l'étape 3
 - Si non, fin de l'entretien
3. Conseil minimal et distribution de brochure :
Le soignant donne un conseil clair, ferme, sans jugement de valeur, avec empathie comme :
 - pour le fumeur actif : « Je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé »..
 - pour le fumeur passif : évitez l'exposition à la fumée du tabac et sensibiliser le fumeur actif au sevrage.
4. Evaluation de la dépendance physique (test de Fagerström) et de la motivation (questionnaires de motivation en annexe).
5. Recherche clinique (Interrogatoire et examen clinique des appareils) et para-clinique (radiographie pulmonaire de face) des complications et orientation éventuelle.
6. Intervention motivationnelle.
7. Prescription de substituts nicotiniques durant trois mois en moyenne, après information sur les effets indésirables.
8. Contrôles et suivi, périodicité : J7, J14, J30, M2, M3, M6, M9, M12.
Recherche :
 - Les effets secondaires du traitement ;
 - Le syndrome de manque.
9. Ré-initier l'aide au sevrage en cas de rechute.
10. Orientation au niveau central si co-morbidité sévère.

NIVEAU CENTRAL

1. Accueil (sujets venus des autres niveaux et autres sujets) (Ne pas stigmatiser, faire preuve d'empathie).

2. Etape de dépistage :

Si le sujet vient du niveau primaire, passez aux étapes suivantes (à partir de 4).

Si le sujet vient du niveau secondaire, passez aux étapes suivantes (à partir de 5).

Si le sujet vient directement, faire le dépistage (questions simples) et poursuivre :

- Est-ce que vous fumez ? (cigarette, cigare, pipe, cigarette électronique, narguilé) ? ou chiquez ? fréquence ?

- Si oui, poser la question suivante : Est-ce que vous voulez arrêter de fumer ?

Si oui, passez aux étapes suivantes (3 et 4)

Si non, passez à l'étape suivante uniquement (3)

Si non (à la première question), êtes-vous en contact régulier avec un ou des fumeurs ?

Si oui, passez à l'étape 3

Si non, fin de l'entretien

3. Conseil minimal et distribution de brochure :

Le soignant donne un conseil clair, ferme, sans jugement de valeur, avec empathie comme :

- pour le fumeur actif : « Je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé ».

- pour le fumeur passif : évitez l'exposition à la fumée du tabac et sensibiliser le fumeur actif au sevrage.

4. Evaluation de la dépendance physique (test de Fagerström) et de la motivation (questionnaires de motivation en annexe).

5. Entretien motivationnel

6. Recherche (clinique et para-clinique) et traitement des complications, le cas échéant.

- Clinique : interrogatoire et examen des appareils.

- Para-clinique : imagerie médicale de l'appareil respiratoire (radiographie pulmonaire de face), mesure du CO expiré, spirométrie, cotinine urinaire, etc.

7. Prescription de substituts nicotiques, en l'absence de contre-indications et après information sur les effets indésirables.

8. Psychothérapie individuelle (et de groupe s'il y a lieu).

9. Contrôles et suivi, périodicité : J7, J14, J30, M2, M3, M6, M9, M12.

Recherche : les troubles du sommeil, la prise pondérale, la décompensation anxio-dépressive, la perte motivationnelle et les aspects sociaux ou environnementaux.

10. Ré-initier l'aide au sevrage en cas de rechute.

11. Les clients pourront être éventuellement contre-référés au niveau intermédiaire, s'il n'y a pas de complications ou une fois la complication traitée.

2. LE SUIVI ET L'EVALUATION DES ACTIVITES DE SOINS

Les activités d'aide au sevrage tabagique et de traitement des sujets dépendants menées doivent être suivies et évaluées afin de faire des ajustements si nécessaire.

Le suivi et l'évaluation impliquent :

- Le suivi des indicateurs identifiés (notification, collecte, compilation et analyse des données) ;
- La supervision et l'évaluation des activités par des réunions, des visites et des enquêtes.

❖ Les indicateurs pour le suivi

- Les Indicateurs de résultats pour l'aide au sevrage:

1. Nombre de consommateurs de tabac reçus dans les différentes structures ;
2. Nombre de consommateurs de tabac suivis dans les différentes structures ;
3. Nombre de consommateurs de tabac référés par les différentes structures ;
4. Nombre de consommateurs de tabac contre-référés par les différentes structures ;
5. Taux de consommateurs de tabac ayant une co-morbidité;
6. taux de rechutes;
7. taux de perdus de vue ;
8. Taux de succès.

- Les Indicateurs de fonctionnement

- Nombre de structures intervenant dans l'aide au sevrage selon le niveau de la pyramide sanitaire.
- Taux de structures intervenant dans l'aide au sevrage selon le type.

- Les Indicateurs d'impact

L'impact de l'aide au sevrage et du traitement de la dépendance au tabac seront évalués à travers

- des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques face au tabac
- l'évolution des consultations liées à l'usage du tabac

❖ La gestion des données

- La collecte de données

- **Les outils et les supports** sont les dossiers, fiches d'identification et de suivi, les registres, les rapports d'activités.
- **La périodicité** des rapports produits sera mensuelle, trimestrielle et annuelle.

La transmission des données se fera par le circuit du MSLS et une copie sera adressée au PNLTA.

ANNEXE 1: TEST DE FAGERSTRÖM

Questionnaire de Fagerström

➤ Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette?

Moins de 5 minutes ----- 3

6 à 30 minutes----- 2

31 à 60 minutes ----- 1

Après 60 minutes ----- 0

➤ Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

Oui ----- 1

Non ----- 0

➤ Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

La première ----- 1

Une autre ----- 0

➤ Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins ----- 0

11 à 20 ----- 1

21 à 30 ----- 2

31 ou plus ----- 3

➤ Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée?

Oui ----- 1

Non ----- 0

➤ Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit?

Oui ----- 1

Non ----- 0

Score total	Interprétation
0 à 2	Pas de dépendance
3 à 4	Dépendance faible
5 à 6	Dépendance moyenne
7 à 8	Dépendance forte
9 à 10	Dépendance très forte

ANNEXE 2 : LES MEILLEURES PRATIQUES EN MATIERE DE SEVRAGE TABAGIQUE (ISSUES DE LA CCLAT)

- Intégrer les services d'aide au sevrage tabagique aux services de soins primaires ;
- Proposer des produits nicotiniques de substitution en vente libre ;
- Adopter des politiques tarifaires et fiscales qui rendent les médicaments antitabac abordables ;
- Légiférer de telle sorte que les produits de sevrage et les accompagnements psychologiques soient remboursés par les assurances maladie privées et publiques ;
- Financer des programmes de sevrage tabagique ;
- Intégrer les services d'aide au sevrage tabagique à un programme global de lutte antitabac.

REFERENCES

1. CIM 10 de l'OMS
2. Conférence de consensus de Paris 1998
3. Convention Cadre pour la Lutte antitabac de l'OMS
4. DSM IV-TR de l'Association de Psychiatrie Américaine, 2000
4. Rapport de l'enquête EDS 2012