

Société Scientifique de Médecine Générale



Recommandations
de Bonne Pratique

ARRÊTER DE FUMER

Auteur

Dr Jeannine Gailly

AVANT-PROPOS

La SSMG présente ici une nouvelle recommandation de bonne pratique.

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont avant tout un outil pour le médecin de famille en vue de l'amélioration de la qualité de sa pratique quotidienne et par là de la qualité des soins apportés aux patients et à la collectivité.

Rigoureusement fondées sur des bases et évidences scientifiques, leur élaboration s'est étalée sur de nombreux mois. Si chaque recommandation est sous la responsabilité rédactrice d'un seul ou de deux auteurs, le texte final est l'œuvre collégiale d'une équipe de médecins généralistes.

En aucune façon, ces recommandations ne doivent être considérées comme contraignantes. Chaque RBP doit faire l'objet d'une évaluation de sa faisabilité chez chaque patient pris individuellement et le praticien estimera, de bonne foi, si la RBP s'applique ou non. Elle n'entravera en rien la relation du médecin avec son patient.

Par ailleurs, les RBP constituent des repères ou des références reconnues par la profession, et auxquelles le médecin peut se rallier en toute sécurité.

Si la découverte de ces recommandations éveillait chez le lecteur mille et une questions, commentaires ou encore objections et de là le souhait de les partager avec des confrères au sein de cercles de pairs, nous aurions atteint notre objectif.

Le groupe de travail
des Recommandations de Bonne Pratique
de la SSMG

TABLE DES MATIÈRES

Synthèse de la RBP « Arrêter de fumer »	p. 5
1. Exposé du problème	p. 7
2. Objectifs et limites de cette recommandation	p. 7
3. Questions cliniques abordées	p. 7
4. Les belges et le tabac	p. 7
5. Connaître le fumeur	p. 8
5.1. La carrière du fumeur.	8
5.2. La dépendance à la nicotine.	9
5.2.1. La dépendance physique et psychologique.	9
5.2.2. L'autotitration et le tabagisme compensatoire	9
5.3. Le syndrome de sevrage	10
5.4. L'évaluation de la dépendance physique	10
5.5. Les marqueurs biologiques	10
6. Le public concerné	p. 11
7. La stratégie d'arrêt du tabac	p. 11
7.1. La stratégie des « 5 A »	12
7.2. L'identification des fumeurs	12
7.3. Le conseil d'arrêt du tabac	13
7.4. Le fumeur est-il prêt à faire une tentative d'arrêt?	13
7.5. Le fumeur n'est pas prêt à faire une tentative d'arrêt	14
7.5.1. Augmenter la motivation en fonction du stade du changement de comportement	14
7.5.2. L'entretien de motivation	14
7.5.3. L'intervention brève	14
7.5.4. Les autres formes d'accompagnement	15
7.5.5. Le matériel de self-help	15
7.5.6. Les actes techniques	15
7.6. Le fumeur est prêt à faire une tentative d'arrêt	15
7.6.1. L'accompagnement du fumeur prêt à l'arrêt	16
7.6.1.1. Le plan d'arrêt	16
7.6.1.2. Les thérapies comportementales	16
7.6.2. L'aide médicamenteuse	16
7.6.2.1. Les substituts nicotiques	16

7.6.2.2. Les substituts nicotiques en combinaison	18
7.6.2.3. Le bupropion	18
7.6.2.4. L'association substituts nicotiques et bupropion	19
7.6.2.5. La nortriptyline	19
7.6.2.6. Les autres médicaments	20
7.6.3. Les traitements alternatifs	20
7.7. Après l'arrêt	20
7.7.1. Le plan de suivi	20
7.7.2. Les méthodes de suivi	20
7.7.2.1. L'évaluation de l'état d'abstinence ou de rechute	21
7.7.2.2. Le soutien de la motivation	21
7.7.2.3. La recherche des difficultés physiques, psychologiques et comportementales	21
7.7.2.4. L'évaluation du traitement médicamenteux	21
7.8. Référer le patient fumeur	22
8. Pourquoi motiver un fumeur à l'arrêt?	p. 22
8.1. Le risque pour le fumeur	22
8.2. Le risque pour le sujet exposé au tabagisme passif	23
8.3. Les avantages de l'arrêt	23
8.4. Le peu d'avantages de la réduction de consommation	23
8.4.1. Diminuer le nombre de cigarettes consommées chaque jour	23
8.4.2. Fumer des cigarettes pauvres en goudron et en nicotine	23
8.4.3. Passer de la cigarette vers la pipe ou le cigare	24
9. Pourquoi le médecin généraliste ?	p. 24
10. Les notes	p. 25
11. La bibliographie	p. 46
12. Méthodologie	p. 54
13. Rédaction et édition	p. 55
14. Commanditaire	p. 56

Disséminés dans le texte, de petits encarts comme celui-ci proposent une synthèse des idées principales, pour une lecture rapide.

Des explications complémentaires ont été placées dans le chapitre 10: Les notes. Les lecteurs intéressés par ces informations plus détaillées les repéreront grâce au signe (Note x) dans le paragraphe qui s'y rapporte.

SYNTHÈSE DE LA RBP « ARRÊTER DE FUMER »

PUBLIC CONCERNE = TOUS LES PATIENTS

Identifier le statut tabagique du patient et le noter dans le dossier: To Ask (EBM Niveau B).

« Fumez-vous ? »

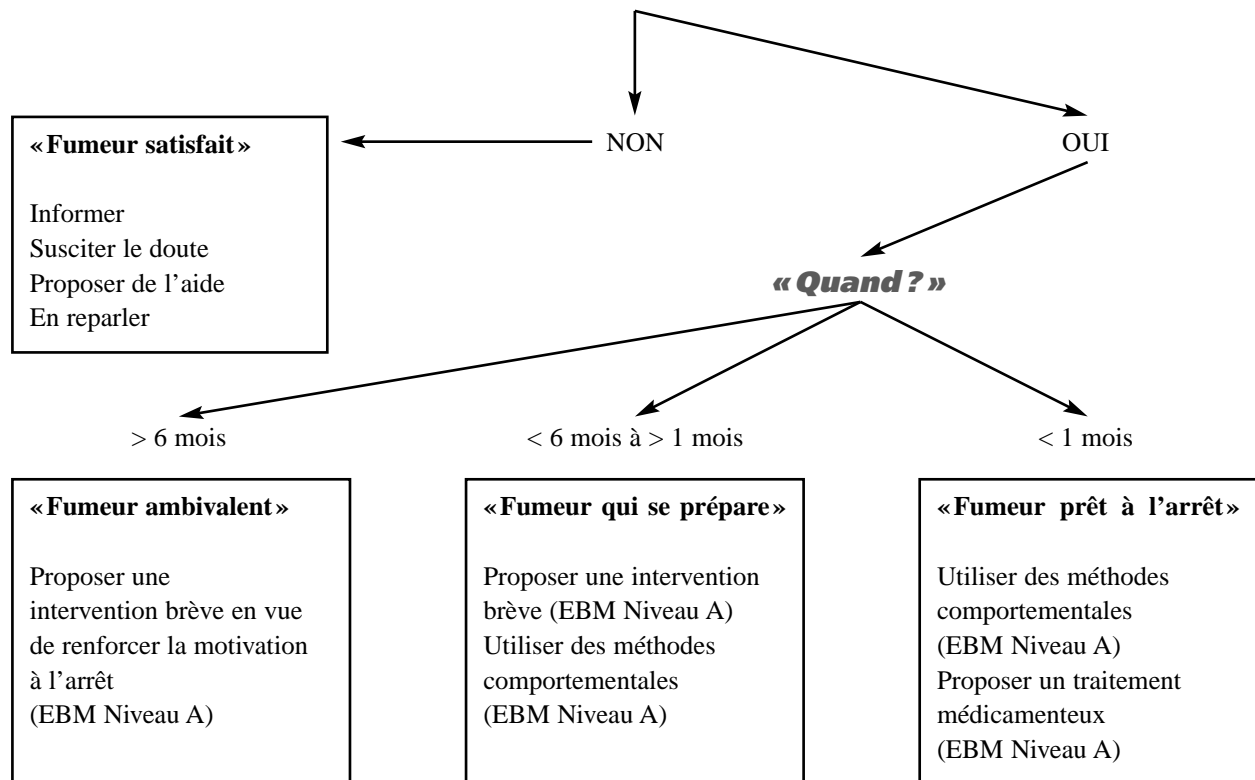
PUBLIC CONCERNE = TOUS LES FUMEURS

Donner un conseil d'arrêt du tabac. Il sera clair, ferme et personnalisé. La relation avec le fumeur sera empathique et non confrontante: To Advise (EBM Niveau A).

« Je vous conseille d'arrêter de fumer. Je peux vous y aider. »

Évaluer la motivation à l'arrêt To Assess (EBM Niveau C) et la renforcer par un entretien de motivation de type « intervention brève » (EBM Niveau A).

« Souhaitez-vous arrêter de fumer ? »



PUBLIC CONCERNE = LES FUMEURS PRÊTS À L'ARRÊT

Accompagner et procurer l'aide pharmacologique nécessaire aux fumeurs pour les aider à arrêter : To ASSIST (EBM Niveau A).

1. Accompagner le fumeur prêt à l'arrêt (EBM Niveau A)

Aider le patient à définir son plan d'arrêt : choix d'une date d'arrêt par le fumeur (idéalement dans les 2 semaines qui suivent la consultation d'arrêt), plan d'information de l'entourage, recherche des difficultés prévisibles et de leurs solutions, et mise en place d'un environnement sans tabac.

Utiliser les thérapies comportementales et cognitives (aide à la résolution de problèmes, développement des capacités à faire face aux difficultés prévisibles et aux situations déclenchant le désir de fumer). Ce sont les méthodes d'accompagnement les plus efficaces (EBM Niveau A).

2. Proposer une aide médicamenteuse (EBM Niveau A)

Toutes les formes de substituts nicotiques (EBM Niveau A) augmentent le taux d'arrêt du tabac. Ce sont les médicaments de première intention et de premier choix dans le sevrage tabagique. Ils sont conseillés chez tous les fumeurs dépendants, prêts à l'arrêt et motivés.

Le bupropion (EBM Niveau A) a prouvé son efficacité en matière d'arrêt du tabac. Il convient de peser la balance bénéfices/risques individuelle avant de le prescrire. Ce traitement est à envisager en cas d'échec d'un traitement bien conduit et suffisamment dosé par substituts nicotiques.

La nortriptyline pourrait être une molécule intéressante dans le sevrage tabagique.

L'intérêt des **substituts nicotiques en combinaison** reste discuté. Une combinaison sera envisagée chez les fumeurs qui ont échoué avec un substitut nicotinique isolé.

L'association bupropion et substituts nicotiques n'a actuellement pas montré d'efficacité supérieure à celle du bupropion seul.

PUBLIC CONCERNÉ = LES FUMEURS QUI ONT ARRÊTÉ

L'accompagnement est à prolonger au delà du moment de l'arrêt. Le risque de rechute est très important durant la 1^{re} année.

Un plan de suivi est élaboré avec l'ex-fumeur. Une consultation est recommandée dans la semaine qui suit l'arrêt et une seconde endéans le mois. Un suivi ultérieur est conseillé.

Les méthodes utilisées sont une évaluation de l'état d'abstinence ou de rechute, une évaluation et un soutien de la motivation, un dépistage des problématiques physiques, psychologiques et comportementales et une adaptation du traitement médicamenteux (EBM Niveau C).

Les rechutes font partie du long processus d'arrêt. L'analyse de leur survenue permet d'augmenter les chances de réussite de la tentative suivante.

Le généraliste peut **référer son patient fumeur** à un centre spécialisé soit par choix personnel soit par besoin d'un avis spécialisé. S'adresser auprès de la FARES, 56, rue de la Concorde à 1050 Bruxelles. Numéro de téléphone: 02/512 29 36. Le médecin qui le souhaite peut bien entendu assurer tout l'accompagnement de son patient fumeur.

1. Exposé du problème

Le tabagisme entraîne une dépendance physique et psychologique importante nécessitant un accompagnement et un traitement spécifique (LANCASTER 00, BORGNE 03, VANDERCAMMEN 04). Le fumeur a besoin d'aide pour arrêter. Le rôle du généraliste est reconnu non seulement pour son accessibilité (il touche la quasi totalité de la population) mais également pour les résultats de ses interventions.

Les mesures d'arrêt du tabac sont efficaces. Leur mise en pratique pourrait réduire le risque de morbi-mortalité lié au tabagisme (FIORE 00). Or moins de la moitié des médecins déterminent le statut tabagique de tous leurs patients (PRIGNOT 00). Le manque de temps du médecin et le manque d'intérêt du patient sont les barrières les plus souvent citées par les médecins (COLEMAN 96, CORNUZ 00, COLEMAN 01, TREMBLAY 01).

2. Objectifs et limites de cette RBP

La recommandation de bonne pratique (RBP) « Arrêter de fumer » vise à cerner la prise en charge optimale du patient adulte fumeur. Elle analyse à partir de la littérature disponible, les attitudes, les comportements et les méthodes les plus susceptibles de favoriser l'arrêt du tabac.

La stratégie présentée est utilisable (en tout ou en partie) par d'autres professionnels de la santé, mais la recommandation est développée spécifiquement pour une pratique de généraliste.

La prévention primaire (abord du patient qui ne fume pas encore), l'approche de la prévention ou de la réduction du tabagisme de type santé publique (médias, prévention en milieu scolaire, programmes d'arrêt en milieu du travail, législation, ...) ainsi que l'approche spécifique au milieu hospitalier ne sont pas développées dans cette recommandation de bonne pratique.

Dans ce texte, la définition retenue pour le fumeur est celle du « fumeur régulier » : c'est-à-dire qui fume au moins une cigarette chaque jour.

3. Questions cliniques abordées

Les questions abordées dans cette recommandation sont :

- Comment identifier les fumeurs ? Chez quels fumeurs intervenir ?
- Accompagner un fumeur et le motiver à l'arrêt : quelles attitudes ? Quel impact ?
- Aider à l'arrêt du tabac et prévenir les rechutes : quelles méthodes ? Quelle efficacité ? Quelle sécurité ?

4. Les belges et le tabac...

En Belgique, selon les calculs de Peto, le tabac serait responsable d'environ 20 000 décès prématurés chaque année. (PETO 92, PETO 96, JOOSSENS 03). Au cours de la période de 1982 à 1993, le pourcentage des fumeurs quotidiens en Belgique a baissé de 40 % à 25 % (JOOSSENS 03, VANDERCAMMEN 04). Depuis 1991, ce pourcentage oscille autour de 25-30 %. Le taux de tabagisme est plus important chez les jeunes et dans les classes sociales moins favorisées. L'enquête de début 2004 du centre de recherche et d'information des consommateurs (CRIOC) a montré qu'actuellement 27 % des belges (30 % des hommes et 25 % des femmes) se déclarent fumeurs quotidiens et 6 % sont des fumeurs occasionnels. Chez les jeunes, le taux de fumeurs est de 9 % chez les 11-12 ans, 28 % chez les 15-16 ans et 32 % chez les 17-18 ans (JOOSSENS 03, VANDERCAMMEN 04).

On note une importante diminution du tabagisme chez les médecins belges. Leur taux actuel de fumeurs est nettement plus bas que dans la population générale (PRIGNOT 00).

5. Connaître le fumeur

L'arrêt du tabac est une démarche d'accompagnement, de collaboration, d'alliance entre le fumeur et le généraliste. Le fumeur sera invité à parler de ses plaisirs liés au tabac, de ses craintes, de ses valeurs, de ses croyances personnelles, de son désir d'arrêt... L'approche spécifique de l'arrêt du tabac comprend l'évaluation de l'étape du cycle de cessation : situer le fumeur dans les étapes du changement de comportement, ainsi que l'évaluation du degré de dépendance nicotinique (physique, psychologique et comportementale) et de l'état psychique du patient.

5.1. LA CARRIÈRE DU FUMEUR

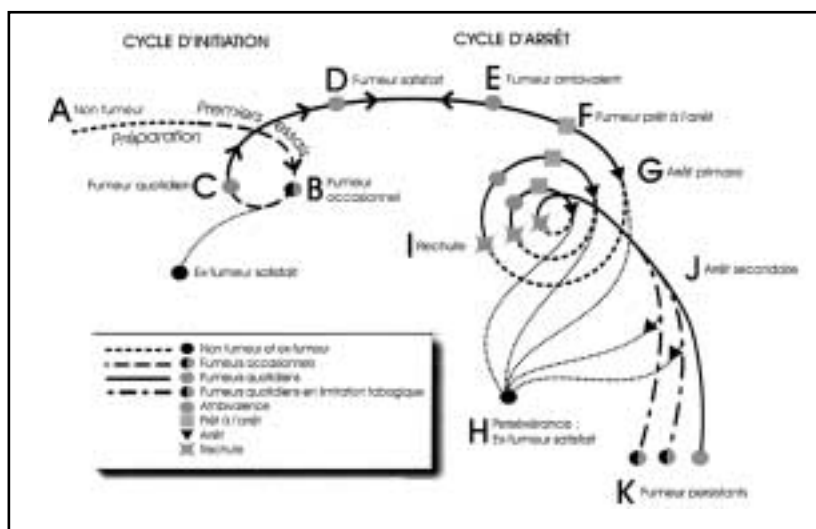


Fig 1. La carrière du fumeur (PRIGNOT 00)

Tous les fumeurs peuvent être situés dans ce modèle. Ils passent par ces différentes étapes, à des rythmes différents. Le nouveau fumeur fait quelques essais (B) avant de devenir un fumeur régulier (C), d'abord satisfait (D), puis ambivalent (E). Enfin prêt à l'arrêt (F), il tentera un arrêt primaire (G), souvent suivi de rechute(s) (I). Après un arrêt secondaire (J), il persévère dans l'arrêt (H) ou dans le tabagisme (K).

La rechute est considérée comme habituelle et comme reflétant la nature chronique de la dépendance, et non l'échec du médecin ou celui de son patient. Seule une minorité de fumeurs arrêtent définitivement de fumer en un seul essai. La majorité continue à fumer pendant plusieurs années à travers un cycle typique de rémissions et de rechutes. Ne pas considérer la nature chronique de la dépendance tabagique peut décourager et démotiver le médecin dans la prise en charge du patient fumeur (PRIGNOT 00, FIORE 00). Les fumeurs interrogés ressentent cette notion de chronicité comme stressante, décourageante mais cependant indispensable à considérer.

Le cycle d'arrêt du tabac se déroule selon le modèle du changement de comportement décrit par Prochaska et Di Clemente (*Note 1*) intégré dans la «carrière du fumeur» décrite ci-dessus.

Au stade du «fumeur satisfait», le fumeur ne se sent pas concerné. Il ne se pose pas de questions sur son tabagisme et ne pense pas à arrêter de fumer. Il n'accepte pas l'information concernant les effets négatifs du tabagisme ou adapte l'information à sa convenance.

Au stade du «fumeur ambivalent», le fumeur pense parfois à arrêter. Mais il n'est pas prêt à entamer une démarche d'arrêt à ce moment. Il accepte l'information et évalue le pour et le contre du tabagisme.

Vers la fin de cette phase, il peut devenir un fumeur mécontent et décider d'arrêter de fumer. Il peut préparer l'arrêt proprement dit (stade de préparation). Il devient un fumeur prêt à l'arrêt.

Les fumeurs sont en majorité dans les premiers stades. Trop souvent l'intervention proposée est celle du stade de préparation. Dans nos régions, elle est adéquate pour moins de 10% des fumeurs. D'où l'importance d'adapter l'intervention au stade. Elle est alors applicable dans les différents groupes d'âge (*Note 1*) (VELICER 95, ETTER 97).

Un préalable à l'accompagnement du fumeur dans sa démarche d'arrêt, est de cerner le stade où il se trouve par rapport à une démarche de changement de comportement. Tout fumeur peut-être situé à un certain niveau de la « carrière du fumeur ».

La plupart des fumeurs se situent dans les premiers stades et ne sont pas prêts à réaliser l'arrêt. Un accompagnement adéquat les aidera à changer de comportement.

À noter que la rechute fait partie du processus d'arrêt. Elle reflète la nature chronique de la dépendance et non l'échec du médecin ou celui de son patient.

5.2. LA DÉPENDANCE À LA NICOTINE

5.2.1. La dépendance physique et psychologique

La nicotine, principal alcaloïde du tabac, est responsable de la dépendance physique, voire même d'une addiction (accoutumance psychologique et besoin de consommer). La nicotine arrive au cerveau en 10 à 20 secondes. La demi-vie d'élimination est relativement courte (2 à 3 heures). Le fumeur module l'intensité des pics sanguins, appelés « bolus », selon son mode de consommation et il fume de manière à obtenir un taux de nicotémie relativement constant.

Certaines sensations sont ressenties comme bénéfiques par le fumeur et le comportement est renouvelé pour obtenir ces effets : c'est le renforcement positif. Ces effets sont variables d'un sujet à l'autre. Fréquemment sont décrites des sensations de plaisir, de satisfactions, de détente, de bien-être, de stimulation intellectuelle. La cigarette possède également des propriétés anorexigènes. C'est aussi un soutien dans les situations de stress, une stimulation générale lorsque le moral baisse ou encore un moyen d'affirmation de soi en cas d'anxiété sociale.

De plus, le fumeur a renforcé son comportement par des millions d'inhalations, créant des habitudes fortement reliées depuis plusieurs années à son mode de vie.

Certains sujets fument pour atténuer la sensation désagréable qui survient lors du sevrage : c'est le renforcement négatif. La dépendance est donc physique, psychologique et comportementale. La dissociation entre ces différentes dépendances est cependant assez artificielle (*Note 2*) (MARTINET 01, LE HOUZEC 03, AFSSAPS 03).

La dépendance est physique, psychologique et comportementale. La nicotine est responsable de la dépendance physique. Les sensations ressenties comme agréables ou bénéfiques maintiennent le tabagisme par renforcement positif. Les sensations désagréables de sevrage le soutiennent par renforcement négatif. Les habitudes installées durant des années renforcent encore ce comportement.

5.2.2. L'autotitration et le tabagisme compensatoire

Le comportement tabagique est complexe et le fumeur peut contrôler très précisément la dose qu'il s'administre, bouffée après bouffée. En modulant sa manière de fumer, il assure une « autotitration » avec maintien d'un taux sanguin optimal de nicotine, taux qui varie d'un fumeur à l'autre, mais qui reste assez stable pour chacun. La voie respiratoire permet une adaptation rapide et évite la venue de surdosages.

Les cigarettes légères, pauvres en goudron et en nicotine, sont pourvues de filtres munis de micropores permettant de diluer la fumée inhalée. Cependant, les fumeurs compensent cette réduction en inhalant plus profondément ou en écrasant le filtre, ce qui obstrue les trous d'aération. Ces cigarettes modifient peu les quantités réellement inhalées. De même, le fumeur qui réduit progressivement le nombre de cigarettes quotidiennes va inhaler de façon plus intense pour les rentabiliser au maximum. Il y a un nombre de cigarettes sous lequel il ne peut descendre. (FROST 95, LE HOUZEC 03, AFSSAPS 03).

Le fumeur assure une autotitration avec maintien d'un taux sanguin optimal, taux qui varie d'un fumeur à l'autre, mais qui reste stable pour chacun. Le même taux sanguin peut être obtenu avec un nombre moindre de cigarettes fumées plus intensivement.

5.3. LE SYNDROME DE SEVRAGE

Le syndrome de sevrage se produit lors d'un arrêt brutal de la consommation de tabac après un usage journalier et prolongé, chez le fumeur dépendant à la nicotine. Il se traduit par différents signes :

- besoin impérieux de nicotine,
- irritabilité, frustration, agressivité, colère,
- dysphorie ou humeur dépressive,
- anxiété,
- difficultés de concentration,
- agitation,
- impatience,
- insomnie,
- constipation,
- diminution de la fréquence cardiaque,
- augmentation de l'appétit et prise de poids.

L'inconfort est maximal pendant la première semaine d'abstinence (surtout les premières 48 heures), puis nettement plus modeste à partir de la troisième-quatrième semaine. Certains signes peuvent toutefois persister au-delà de 6 mois : en particulier l'irritabilité et le besoin impérieux de fumer (MARTINET 01, AFSSAPS 03).

La dépendance psychologique et comportementale sera recherchée ainsi que les comorbidités anxio-dépressives éventuelles.

Le fumeur dépendant aura des signes de sevrage physique surtout importants durant la première semaine d'arrêt. Mais certains signes peuvent persister pendant plusieurs mois.

Il devra également faire face lors de l'arrêt aux problèmes de dépendance psychologique ou comportementale, et à d'éventuelles comorbidités anxio-dépressives, masquées par le tabagisme.

5.4. L'ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE PHYSIQUE

L'outil classique pour évaluer la dépendance physique est le test de Fagerström en 6 questions (*Note 3*) (FAGERSTRÖM 78). Il s'agit d'un outil validé et internationalement reconnu.

Une version simplifiée du test a été proposée ensuite par Heatherton. Elle ne reprend que 2 questions : le temps écoulé entre l'éveil et la première cigarette matinale et le nombre de cigarettes par jour, en bonne corrélation avec le résultat du test global. Fagerström a démontré ensuite que le meilleur critère isolé de prédiction de la dépendance physique est le délai avant la première cigarette matinale et que l'évaluation de la dépendance pourrait être faite grâce à cette seule question du test. Ce test est appelé TTFC (Time To First Cigarette). 53 % des fumeurs allument leur première cigarette moins de 30 minutes après le lever, ce qui est un signe de dépendance élevée. Les rares fumeurs qui se relèvent la nuit pour fumer pourraient ne pas être correctement évalués, leur besoin matinal étant réduit grâce à leur activité nocturne (HEATHERTON 89, HEATHERTON 91, ETTER 99, FAGERSTROM 03).

L'évaluation de la dépendance physique peut se faire en une seule question issue du test de Fagerström : « Combien de temps après le lever fumez-vous votre première cigarette ? ». Ce test est parfois appelé TTFC : « Time to the first cigarette ».

5.5. LES MARQUEURS BIOLOGIQUES

Les dosages des thiocyanates salivaires ou de la cotinine urinaire pourraient préciser la dose de substituts nicotiques nécessaire, dans certains cas difficiles. Ils ne sont pas recommandés actuellement en médecine générale car ils sont coûteux, peu accessibles et d'interprétation difficile (*Note 4*). La mesure du CO expiré, plus accessible au généraliste, est décrite au point 10.5.6. (THOROGOOD 01, JAMROZIK 84, SIPPEL 99, WOODWARD 91).

6. Le public concerné

Tous les patients devraient avoir leur statut tabagique connu de leur généraliste. Tous les fumeurs devraient bénéficier d'un conseil d'arrêt du tabac et d'un accompagnement. Il faut noter cependant, qu'une intervention dénuée de nuances pourrait être préjudiciable au lien médecin-patient (BUTLER 98). La réussite tient au fait que le conseil soit personnalisé, empathique et répété sous différentes formes.

Bien que les barrières et les résistances des médecins généralistes à une intervention systématique soient connues et que le généraliste préfère intervenir dans les situations ayant un lien direct avec les complications tabagiques (*Note 5*), toutes les recommandations internationales insistent sur le fait qu'il faut être proactif et systématique c'est-à-dire intervenir chez tous les fumeurs, même s'ils ne formulent aucune demande et n'ont aucun symptôme en lien avec leur tabagisme. Cette attitude est également celle proposée dans cette recommandation. Le conseil d'arrêt donné par le médecin généraliste augmente le taux d'arrêt du tabac (EBM Niveau A). La prise en charge de tous les fumeurs a un impact important en terme de santé publique (*Note 6*).

Certains groupes méritent une attention particulière, en fonction de l'urgence de la situation : les patients à haut risque de maladie en relation avec leur tabagisme (BPCO, patients à haut risque cardiovasculaire) et les femmes enceintes (*Note 7*). Chez ces groupes de patients à risque, le conseil d'arrêt augmente également le taux d'arrêt de façon significative (EBM Niveau A).

(BUTLER 98, REID 92, COLEMAN 96, WYNN 02, MC COLL 98, FIORE 00, CORNUZ 00, TREMBLAY 01, COLEMAN 01, THOROGOOD 01, ENGLAND 01, VAN DER MEER 04, CRITCHLEY 04, LUMLEY 04).

Tous les fumeurs de la patientèle doivent bénéficier d'un conseil d'arrêt et d'un accompagnement par leur médecin, même s'ils n'ont pas de demande dans ce sens ou de plaintes en rapport avec leur tabagisme. Le généraliste se doit d'être proactif et systématique. Les groupes à haut risque doivent bénéficier d'un accompagnement urgent et intensif (femmes enceintes, BPCO, patients à haut risque cardiovasculaire).

Les fumeurs interrogés insistent sur la notion de liberté du fumeur, de confiance accordée au médecin tout en estimant l'intervention comme nécessaire en raison du contexte de dépendance. L'attitude empathique semble le point crucial dans l'abord du tabagisme, la sensation d'ingérence pouvant renforcer le comportement tabagique.

7. La stratégie d'arrêt du tabac

La dépendance au tabac (ou l'addiction) résulte de plusieurs facteurs qu'il faut prendre en compte pour mettre en place des stratégies individuelles d'aide au sevrage :

- l'individu lui-même et sa vulnérabilité psychologique,
- la nicotine, une substance à effet psychoactif, présente dans la feuille de tabac,
- des facteurs socioculturels, économiques et environnementaux.

La prise en charge de l'arrêt fait appel au même principe de traitement que les autres toxicomanies : motivation, substitution, accompagnement, traitement des dysthymies, analyse des situations à risque, prévention des rechutes.

Toute addiction est une maladie chronique qui implique une prise en charge et une surveillance prolongée, comme dans le cas d'une hypertension artérielle ou d'un diabète, avec cette difficulté supplémentaire liée à l'existence d'une dépendance. L'aide à l'arrêt du tabac comporte des phases successives évoluant parfois sur plusieurs décennies (voir le point 5.1) (FIORE 00, BORGNE 03, LAGRUE 03).

7.1. LA STRATÉGIE DES « 5 A » (EBM Niveau B)

Cette intervention est recommandée dans les recommandations récentes (FIORE 00, NZ guideline 02, ICSI 03), sous le nom de stratégie des «5A». Elle est résumée dans la figure 2. Elle comprend toutes les étapes de la prise en charge d'un fumeur.

Ask.	Identifier le statut tabagique et le documenter pour tous les patients lors de chaque contact.
Advise to quit.	Inciter le patient à arrêter de fumer par un message clair, ferme, personnalisé.
Assess willingness to make a quit attempt.	Évaluer et renforcer la volonté du fumeur à réaliser un arrêt du tabac.
Assist in quit attempt.	Accompagner et procurer l'aide pharmacologique nécessaire aux fumeurs pour les aider à arrêter.
Arrange follow up.	Prévoir une consultation de suivi, de préférence dans la semaine qui suit la date d'arrêt.

Remarque : En 2000, Fiore a proposé la stratégie des 5 A dans cet ordre. Depuis lors, certains experts positionnent to Advise après to Assess, estimant qu'il est plus pertinent de donner le conseil d'arrêt après l'évaluation de la motivation à l'arrêt.

Figure 2 : La stratégie des «5 A»

7.2. L'IDENTIFICATION DES FUMEURS

« Fumez-vous ? »

La première étape est de rechercher le statut tabagique (To ASK) de chaque patient (EBM Niveau B) et de le noter. Ce statut sera réévalué lors de chaque contact avec un fumeur connu. Ce caractère répétitif ne doit cependant pas nuire à la qualité de la relation médecin-patient. Chez les non fumeurs et les ex-fumeurs depuis plus d'un an, le statut tabagique est réévalué chaque année (Note 8).

Les données intéressantes à collecter sont :

- Fumeur, Ex-fumeur ou Non fumeur*,
- Le nombre de cigarettes fumées par jour et le mode d'inhalation,
- Âge du début du tabagisme régulier (c'est-à-dire 1 cigarette chaque jour),
- Si ex-fumeur : date de l'arrêt,
- Les tentatives d'arrêt antérieures, points positifs, motifs de la rechute,
- La dépendance : Time To the First Cigarette ou Fagerström (cf. chap 5.4).

Ces points sont complétés progressivement lors des différents contacts.

* d'après la réponse aux deux questions suivantes :

1. Avez-vous fumé pendant votre vie au moins 100 cigarettes (ou 30 cigares ou 30 pipes) ?

2. Avez-vous fumé pendant le dernier mois ?

1 oui + 2 oui = fumeur ; 1 oui + 2 non = ex-fumeur ; 1 non + 2 non = non-fumeur (WHO 98).

La question : « As-tu déjà fumé une cigarette ? » est posée aux enfants de plus de 10 ans (certains auteurs proposent actuellement l'âge de 9 ans).

Les non fumeurs bénéficient d'un renforcement positif, et plus particulièrement les adolescents et les ex-fumeurs dont l'arrêt date de moins d'un an.

(FIORE 95, FIORE 00, ROBINSON 95, AHLUWALIA 99).

Le statut tabagique de chaque patient devrait être identifié. Cette identification devrait être répétée chez les fumeurs lors de chaque contact en médecine générale tout en veillant à ne pas irriter le fumeur. Chez les non fumeurs et les ex-fumeurs depuis plus d'un an, le statut tabagique peut être réévalué chaque année.

7.3. LE CONSEIL D'ARRÊT DU TABAC

« Je vous conseille d'arrêter de fumer. Je peux vous y aider. »

Le conseil d'arrêt donné par le médecin est clair, ferme et personnalisé (TO ADVISE) (EBM Niveau A). L'attitude est empathique et non confrontante. La littérature consultée propose que le conseil soit répété lors de chaque contact ultérieur. Comme pour le statut tabagique, le médecin veillera à ne pas nuire à la qualité de sa relation avec le patient (Note 9).

Il s'agit d'une intervention (< 2 minutes) qui a un rapport coût/efficacité parmi les plus intéressants en médecine. Un bref conseil permet un taux d'arrêt supplémentaire de 2 % par rapport aux groupes-contrôle. Le NNT (Number Need to Treat) est de 50 : le médecin donne 50 conseils d'arrêt pour aboutir à un arrêt supplémentaire sans rechute à 1 an (Note 10).

(LANCASTER 00, THOROGOOD 01, SILAGY 04, COLEMAN 04, SINCLAIR 04, RICE 04, QUIST-PAULSEN 03, FIORE 00, IRVINE 99, DUPONT 03, VAN DEN BRUEL 04)

Un conseil d'arrêt clair, ferme et personnalisé devrait être donné à tous les fumeurs lors de chaque contact. L'attitude est empathique et non confrontante. Le conseil d'arrêt donné par le médecin augmente le nombre d'arrêt du tabac chez ses patients. Le rapport coût/efficacité du conseil d'arrêt est très intéressant.

Les fumeurs interrogés insistent sur la notion de responsabilisation du fumeur vis-à-vis de lui-même, sur la nécessité d'une décision qui soit personnelle et non motivée par un rapport à d'autres personnes.

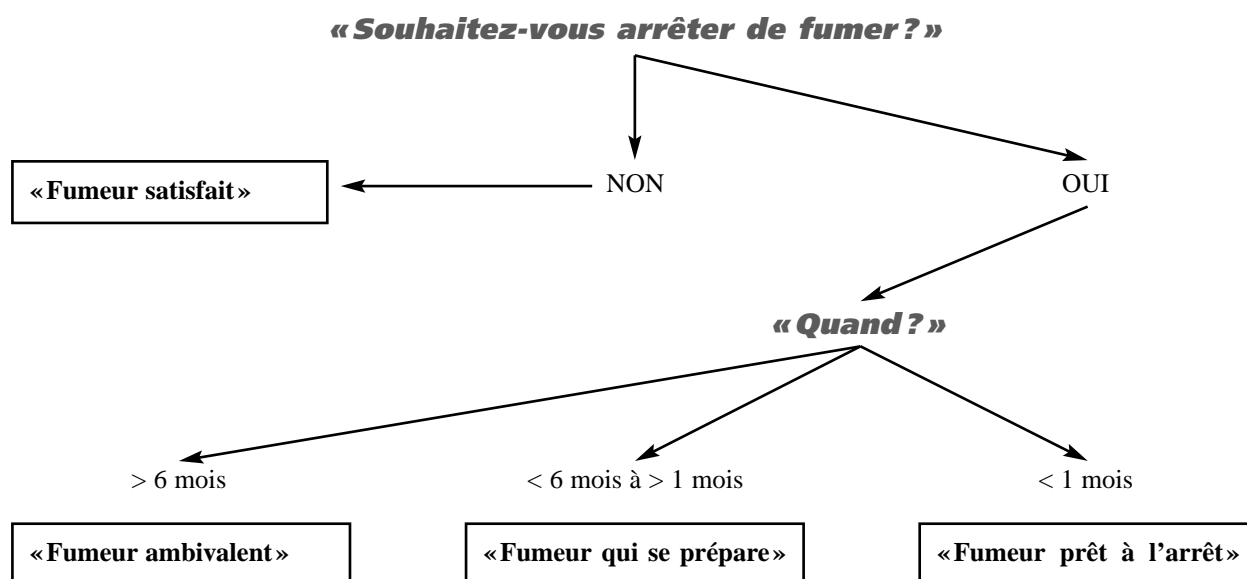
7.4. LE FUMEUR EST-IL PRÊT À RÉALISER UNE TENTATIVE D'ARRÊT ?

« Souhaitez-vous arrêter de fumer ? Quand ? »

L'évaluation de la motivation à l'arrêt répondra à la question : Le fumeur est-il prêt à faire une tentative d'arrêt ? Sa motivation est-elle importante ? C'est l'étape TO ASSESS (EBM Niveau C) (Note 11).

Les questions : « Souhaitez-vous arrêter de fumer ? Quand ? » permettent de situer très rapidement le fumeur (ABDENNBI 03, NZ guideline 02, ICSI guideline 03, RIEMSA 03).

Lagrue et Dupont proposent une grille permettant une évaluation de la motivation à l'arrêt : l'échelle Q-MAT (Note 12). Cette échelle a été validée en 2002 (LAGRUE 02). Elle est prévue pour être complétée par le fumeur avant le contact avec le médecin.



À partir de cette étape nous proposons une prise en charge différente selon que le fumeur est prêt à réaliser une tentative d'arrêt ou non dans les 30 jours qui suivent.

Situer le fumeur dans le cycle du changement de comportement peut se faire de manière rapide grâce aux questions: «Souhaitez-vous arrêter de fumer? Quand?». La prise en charge sera orientée selon que le fumeur est prêt ou non à réaliser une tentative d'arrêt à ce moment.

7.5. LE FUMEUR N'EST PAS PRÊT À FAIRE UNE TENTATIVE D'ARRÊT

Les interventions du médecin vont viser l'accroissement de la motivation dans le but d'entraîner une décision personnelle sans laquelle rien n'est possible. Quand le fumeur n'est pas prêt à l'arrêt, il est déconseillé de proposer un traitement médicamenteux d'arrêt. Il est à ce moment inefficace, voire culpabilisant. De plus, si ce même traitement est proposé à un stade ultérieur de motivation, le patient n'y fait plus confiance, lui attribuant son échec précédent.

Le fumeur n'est pas prêt à faire une tentative d'arrêt? Faire progresser le fumeur d'une étape vers une autre dans le cycle du changement de comportement est considéré comme une réussite en soi. Le fumeur doit en effet passer par toutes les étapes avant l'arrêt. Pour certains cela nécessitera de nombreuses années. Accélérer ce processus est un succès.

7.5.1. Augmenter la motivation en fonction du stade du changement de comportement

Au stade de «fumeur satisfait», le généraliste fournira de l'information personnalisée et la possibilité d'une aide de sa part le moment venu. L'objectif à ce stade est de susciter le doute chez le fumeur, de l'amener à considérer autrement son comportement tabagique, de passer de «Le tabac est dangereux, tout le monde sait ça...» à «je sais que le tabac est dangereux pour moi personnellement».

Au stade du «fumeur ambivalent», des stratégies plus actives sont possibles. À ce stade, l'entretien de motivation (ou intervention brève voir ci-dessous) est la technique de choix (LAGRUE 02). L'objectif est d'aboutir à «Arrêter de fumer est bénéfique pour ma santé et j'y réfléchis».

Le «fumeur qui se prépare» bénéficiera des méthodes de l'intervention brève mais aussi des techniques comportementales et cognitives décrites au point 7.6.1. À ce stade, le fumeur met en place les conditions favorables à une tentative d'arrêt.

7.5.2. L'entretien de motivation

L'entretien de motivation est un entretien empathique, d'écoute, d'encouragement au cours duquel le médecin doit augmenter la confiance du patient dans sa capacité au changement. Il convient d'éviter l'affrontement et de ne pas forcer la résistance du patient. Le thérapeute suggère plutôt des alternatives différentes, laissant toujours au fumeur la liberté de son choix. Poser des questions ouvertes, avoir une écoute active, renforcer les besoins de changement exprimés, faire de brefs résumés, sont les principales techniques utilisées lors de ces entretiens. Le tableau des «5 R's» propose une stratégie (FIORE 00). Le fumeur identifie les solutions pertinentes pour lui personnellement à partir des questions de cette grille (*Note 13*) (FIORE 00, LAGRUE 03, DUPONT 03).

7.5.3. L'intervention brève (EBM Niveau A)

L'intervention brève est un entretien de motivation en face à face et de courte durée (environ 10 minutes, en 2 contacts ne faisant pas partie d'une consultation pour d'autres raisons de santé). L'acceptation de participer à un entretien de motivation sera meilleure si le fumeur est aux stades «ambivalent» ou «de préparation à l'arrêt».

L'intervention brève aboutit dans la littérature à un taux d'arrêt supplémentaire de 4% par rapport aux groupes-contrôle, ce qui veut dire qu'il faut réaliser une intervention brève chez 25 fumeurs pour obtenir un arrêt supplémentaire à 1 an sans rechute. Cette intervention a un rapport coût/efficacité très intéressant. L'efficacité augmente avec la durée de l'accompagnement individuel mais le rapport coût/efficacité devient alors moindre (*Note 14*). (WEST 00, WILLEMSSEN 03, LANCASTER 04, RICE 04, LE FOLL 02).

L'intervention brève est un entretien de motivation en face à face de courte durée (10 minutes, en 2 contacts). Elle augmente le taux d'arrêt du tabac. Elle est à proposer aux « fumeurs ambivalents » et aux « fumeurs qui se préparent ». Son rapport coût/efficacité est très intéressant.

7.5.4. Les autres formes d'accompagnement

L'accompagnement en groupe a la même efficacité que l'accompagnement individuel.

L'accompagnement par téléphone est plus efficace que les interventions sans contact personnel (self-help). Mais il est moins efficace que l'accompagnement individuel en face à face.

(Note 15) (SILAGY 00, WEST 00, THOROGOOD 01, LENNOX 01, MOORE 02, WILLEMSSEN 03, LANCASTER 04, STEAD 04, RICE 04)

7.5.5. Le matériel de self-help

Il n'y a pas de preuves que l'utilisation de matériel de self help sans contact personnel (simples documents ou brochures disposées dans la salle d'attente, cassettes audio, enregistrements vidéos ou programmes électroniques) augmente le taux d'arrêt du tabac (Note 16). Ces pratiques ne doivent donc pas être recommandées. (SKINNER 99, SILAGY 00, WEST 00, THOROGOOD 01, LENNOX 01, MOORE 02, WILLEMSSEN 03, LANCASTER 04).

7.5.6. Les actes techniques

Le dosage du CO exhalé par le fumeur peut augmenter l'efficacité du simple conseil d'arrêt. Une étude montre l'intérêt de l'examen de spirométrie, accompagné d'un conseil d'arrêt (Note 17). Ces niveaux de preuve ne sont toutefois pas suffisants pour recommander l'utilisation systématique de ces techniques comme outil de motivation à l'arrêt du tabac. (THOROGOOD 01, JAMROZIK 84, SIPPEL 99, LAW 95, GORECKA 03).

L'accompagnement en groupes ou par téléphone a un impact sur le taux d'arrêt. Par contre la mise à disposition sans contact personnel de matériel de self help, ou l'utilisation d'actes techniques dans le but d'augmenter le taux d'arrêt, ne sont actuellement pas recommandées.

7.6. LE FUMEUR EST PRÊT À FAIRE UNE TENTATIVE D'ARRÊT

La prise en charge du sevrage tabagique s'adresse à des fumeurs motivés et volontaires qui ont décidé d'arrêter de fumer dans les 30 jours (To ASSIST EBM Niveau A). Elle comporte un accompagnement et un traitement médicamenteux.

« Arrêter de fumer n'est pas un sprint, c'est une course de fond » (LAGRUE 03). Au-delà de la consultation d'arrêt, il s'agit de mettre en place un programme d'accompagnement établi sur plusieurs mois avec des rendez-vous multiples. Le fumeur peut bien entendu être référé dans une consultation spécialisée, si le médecin (ou le fumeur) le souhaite.

Les chances de succès de celui qui tente d'arrêter seul sont de 3 à 4 %. Ce taux de succès peut être augmenté aux environs de 15 à 20 % d'arrêts à un an sans rechute grâce à la prise en charge proposée ici (FIORE 00).

Le test de Demaria et Grimaldi est classiquement utilisé pour évaluer les chances de réussite de l'arrêt (Note 18) (DEMARIA 89). Nous n'avons pas trouvé de validation de ce test dans la littérature consultée.

Le fumeur « prêt à l'arrêt » est motivé, décidé à arrêter dans les 30 jours qui suivent. Il s'agit d'établir un programme d'accompagnement qui se déroulera sur plusieurs mois et de proposer un traitement médicamenteux.

Les fumeurs interrogés posent la question du coût financier d'un accompagnement à l'arrêt du tabac et du traitement médicamenteux. Ce point devra être clarifié lors de la prise en charge.

7.6.1. L'accompagnement du fumeur prêt à l'arrêt (EBM Niveau A)

Les fumeurs bénéficiant d'un accompagnement à l'arrêt sans traitement médicamenteux ont un taux de réussite d'environ 10% sans rechute à 1 an.

7.6.1.1. Le plan d'arrêt

Le médecin aide le fumeur à définir son plan d'arrêt : choix d'une date d'arrêt (idéalement dans les 2 semaines qui suivent la consultation d'arrêt), plan d'information de l'entourage, recherche des difficultés prévisibles et de leurs solutions, mise en place d'un environnement sans tabac, soutien de la motivation et thérapies comportementales.

La (Note 19) propose un tableau des points à envisager lors de l'arrêt (FIORE 00).

7.6.1.2. Les thérapies comportementales (EBM Niveau A)

Les thérapies comportementales ou cognitives, l'aide à la résolution des problèmes et le développement des capacités à faire face aux difficultés prévisibles et aux situations déclenchant le désir de fumer sont les plus efficaces (LAW 95, FIORE 00, LE FOLL 02).

Les thérapies comportementales utilisées dans les études ne sont pas définies de façon concrète. Il nous semblait cependant intéressant de fournir un exemple afin de présenter cette approche peu connue des généralistes. Le modèle proposé est décrit dans la (Note 20) (ANDRE 98). Il s'agit de celui présenté lors de la conférence de consensus française de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) concernant « l'arrêt de la consommation du tabac ».

Le médecin aide le fumeur « prêt à l'arrêt » à définir son plan d'arrêt. Les thérapies comportementales et cognitives (aide à la résolution de problèmes, développement des capacités à faire face aux difficultés prévisibles et aux situations déclenchant le désir de fumer) sont les méthodes d'accompagnement les plus efficaces.

7.6.2. L'aide médicamenteuse

En plus du soutien psychologique, un traitement médicamenteux est conseillé chez tous les fumeurs dépendants motivés et prêts pour tenter un arrêt.

7.6.2.1. Les substituts nicotiques (EBM Niveau A)

Les substituts nicotiques sont les médicaments de première intention et de premier choix dans le sevrage tabagique. Le taux d'arrêt moyen pour les fumeurs combinant un traitement par substituts nicotiques et une approche comportementale est de 17% à 1 an sans rechute. Le nombre de fumeurs à traiter pour obtenir un arrêt supplémentaire par rapport au placebo est de 14.

Fumeurs à traiter

Les substituts nicotiques sont conseillés chez tous les fumeurs dépendants (Fagerström) et motivés à l'arrêt (sauf contre-indication). Il y a également des preuves que les substituts nicotiques augmentent légèrement le taux d'arrêt chez les fumeurs de moins de 10 à 15 cigarettes par jour.

Choix du substitut

Toutes les formes de substituts nicotiques (gommes, patch, spray nasal, inhaler, comprimés sublinguaux, lozenges à sucer) augmentent le taux d'arrêt du tabac (Note 21). Il n'y a pas de différence d'efficacité significative entre les différentes formes. Le choix de la forme tiendra compte du souhait du patient. Les différentes formes de substituts nicotiques sont décrites en détails dans la (Note 22). L'utilisation pratique est à expliquer au fumeur.

Durée du traitement

Pour les patches, la durée du traitement est de 8 semaines (EBM Niveau A). Les traitements plus longs n'apportent pas de bénéfice supplémentaire (SILAGY 04).

Pour les autres substituts, elle est en moyenne de 8 à 12 semaines (EBM Niveau C). Certains auteurs (ou notices d'uti-

lisation) proposent un traitement à dose stable de 8 à 12 semaines suivi d'une réduction progressive des doses. Il n'est cependant pas conseillé de suivre un traitement de substituts nicotiques pendant plus de 3 mois (VAN DEN BRUEL 04). Un traitement plus long est à réserver à quelques cas particuliers (rechutes ou dépendance très importante).

Dose

La dose de nicotine prescrite sera fonction de la consommation journalière de tabac et du niveau de dépendance. Par exemple, un patch de 21 mg équivaut à fumer une cigarette/heure.

Dans les situations où un surdosage pourrait s'avérer dangereux (femmes enceintes, maladies cardiovasculaires, ...), le dosage de la cotinine urinaire peut être intéressant pour déterminer avec plus de précision la dose à prescrire.

Il n'y a pas de différence d'efficacité pour les patchs entre un traitement continu ou un traitement à doses dégressives, ni entre un traitement par des patchs d'une durée de 16 heures et ceux de 24 heures (EBM Niveau A) (SILAGY 03).

Mode d'action

L'administration de la nicotine médicamenteuse remplace partiellement la nicotine apportée par le tabac. La quantité de nicotine sanguine est inférieure à celle de la cigarette et il n'y a pas de « bolus » d'arrivée de nicotine au cerveau, la résorption est nettement plus lente (*Note 23*). Elle prévient en grande partie le syndrome de sevrage qui accompagne l'arrêt du tabac.

Contre indications

- hypersensibilité à la nicotine,
- Infarctus du myocarde ou accident cérébro-vasculaire récents,
- Arythmies cardiaques extrêmement graves,
- Angine de poitrine grave ou qui s'aggrave/angor de Prinzmetal,
- Tension artérielle très élevée,
- Pour la gomme : syndrome de Costen,
- Pour le patch : certaines maladies cutanées ou allergies,
- Pour l'inhalateur : l'asthme.

Balance bénéfiques/risques

Certaines affections nécessitent de considérer soigneusement les risques et les avantages :

- La maladie cardiovasculaire,
- L'hyperthyroïdie,
- Le diabète,
- Le phéochromocytome,
- L'insuffisance rénale grave,
- L'insuffisance hépatique grave,
- L'ulcère peptique,
- Les femmes enceintes ou allaitantes,
- Les fumeurs âgés de moins de 18 ans.

Pour la plupart de ces conditions, la poursuite du tabagisme est plus dangereuse que l'utilisation d'un substitut (VAN DEN BRUEL 04). Silagy a montré que les substituts nicotiques n'augmentent pas le risque de complications cardiovasculaires chez les patients cardiaques (SILAGY 04).

Femmes enceintes ou allaitantes

Les interventions sans substituts nicotiques ont le même résultat qu'avec substituts chez les femmes enceintes en bonne santé (THOROGOOD 01). Les risques liés au tabagisme pour la mère et le fœtus sont attestés par de nombreuses sources et probablement plus importants que les risques associés à l'administration des substituts nicotiques. Par conséquent, il convient de considérer les substituts nicotiques lorsqu'une femme enceinte ou allaitant est incapable d'arrêter de fumer et lorsque la probabilité d'abstinence, avec ses avantages potentiels et les risques liés au traitement compense les risques liés à la poursuite du tabagisme (VAN DEN BRUEL 04).

Effets secondaires

Les substituts nicotiques sont en général bien tolérés par les fumeurs. Les effets secondaires sont locaux, bénins et réversibles (*Note 22*). Le fumeur peut cependant être soumis à des doses supérieures de nicotine que celles habituellement auto-administrées. Des vertiges, des nausées, des céphalées et des palpitations peuvent survenir chez des per-

sonnes qui n'ont pas développé de tolérance à la nicotine. Les symptômes de surdosage sont ceux de l'intoxication nicotinique aiguë : nausées, hyper-salivation, douleur abdominale, diarrhée, transpiration, céphalées, vertiges, troubles de l'audition et signes manifestes de faiblesse. La dose minimale létale se situe entre 40 et 60 mg de nicotine (RÉPERTOIRE COMMENTÉ DES MÉDICAMENTS 03).

(WILLEMSEN 03, SILAGY 04, BOLLIGER 00, SHIFFMAN 02, BOHADANA 00, THOROGOOD 01, VAN DEN BRUEL 04).

Les substituts nicotiniques sont efficaces et bien tolérés. Ce sont les médicaments de première intention et de premier choix dans le sevrage tabagique. Ils sont conseillés chez tous les fumeurs dépendants (sauf contre-indication). Toutes les formes de substituts nicotiniques augmentent le taux d'arrêt du tabac. Le choix de la forme tiendra compte du souhait du patient. L'utilisation pratique est clairement expliquée au fumeur.

Les fumeurs interrogés s'inquiètent de la possibilité d'une dépendance aux substituts nicotiniques. Ce point devrait être abordé lors de la prescription.

7.6.2.2. Les substituts nicotiniques en combinaison

L'utilisation d'une combinaison de substituts nicotiniques ne fait pas l'unanimité, soit en raison de la crainte d'un surdosage, soit en raison du peu de preuves de la littérature. Silagy (Cochrane review) conclut qu'il y a de légères preuves que les substituts nicotiniques en combinaison sont plus efficaces et que des doses plus élevées que les patchs de nicotine peuvent produire une légère augmentation du taux d'arrêt. Mais cette conclusion peut être remise en question en raison de l'hétérogénéité des études rassemblées.

Une combinaison du patch avec des formes auto-titrables de nicotine pourrait être envisagée chez les fumeurs qui ont échoué avec un type de substitut nicotinique seul, qui ont une consommation importante de cigarettes et une dépendance élevée.

(FAGERSTROM 94, BLONDAL 99, BOHADANA 00, SILAGY 04).

L'intérêt des substituts nicotiniques en combinaison reste discuté. Une combinaison sera envisagée chez les fumeurs qui ont échoué avec un substitut nicotinique isolé.

7.6.2.3. Le bupropion (EBM Niveau A)

L'efficacité du bupropion et le coût du traitement sont comparables à ceux des substituts nicotiniques. Le nombre de fumeurs à traiter pour obtenir un arrêt supplémentaire par rapport au placebo est de 10 à 16 (12,5 en moyenne) (HUGHES 04, VAN DEN BRUEL 04). Le taux d'arrêt moyen pour les fumeurs combinant un traitement par bupropion et une approche comportementale est de 17 % à 1 an sans rechute.

La molécule est étudiée de façon plus détaillée dans la (*Note 24*).

Mode d'action

Le bupropion est historiquement la première molécule (différente de la substitution nicotinique) qui a montré son efficacité en matière d'arrêt du tabac. Le mécanisme d'action présumé est lié à sa capacité de bloquer la réentrée de dopamine et/ou norépinéphrine au niveau de la cellule nerveuse.

L'effet est indépendant de l'effet antidépresseur. Les patients avec une dépression légère ou une histoire antérieure de dépression n'ont pas plus de bénéfice à utiliser les molécules antidépresseurs (bupropion ou nortriptyline) que les substituts nicotiniques (HUGHES 04).

Dose

Un comprimé à 150 mg le matin à débiter 1 à 2 semaines avant l'arrêt du tabac.

Il n'y a pas de différence significative d'activité entre la dose de 150 mg/jour et la dose de 300 mg/jour (HUGHES 04).

Durée du traitement

Dans les études, la durée du traitement du sevrage tabagique varie entre 7 et 12 semaines après arrêt du tabac. Il n'y a pas de preuves qu'il s'agit de la durée optimale de traitement. Le rapport du centre fédéral d'expertise conseille une durée de 6 à 8 semaines après arrêt du tabac (VAN DEN BRUEL 04).

Il n'y a pas de bénéfice démontré à prolonger la durée du traitement par bupropion en vue de prévenir les rechutes (HUGHES 04).

Contre-indications

- Épilepsie, convulsions,
- Tumeur du SNC, antécédent de traumatisme crânien,
- Cirrhose hépatique sévère,
- Antécédent de boulimie ou d'anorexie,
- Antécédent de troubles bipolaires,
- Privation soudaine d'alcool ou de sédatifs,
- Utilisation d'IMAO endéans les 14 jours,
- Stimulants ou anorexigènes,
- Diabète ou médication hypoglycémiante
- Abus d'alcool,
- Toute médication concomitante réduisant le seuil de convulsion
- Grossesse et allaitement,
- Fumeurs de moins de 18 ans.

Balance bénéfiques/risques

Les effets secondaires apparaissent peu dans les études où le public des fumeurs est sélectionné. La pharmacovigilance les enregistre depuis que le médicament est utilisé à large échelle dans la population générale. Certains effets secondaires sont potentiellement graves (convulsions et allergies) (Note 24). Il convient d'utiliser cette molécule avec beaucoup de vigilance, tout en ne privant pas le fumeur qui en a besoin. Nous conseillons de peser la balance bénéfices/risques individuelle. Ce traitement est à envisager en cas d'échec d'un traitement bien conduit et suffisamment dosé par substituts nicotiques.

(HAYS 01, HURT 97, JORENBY 99, HUGHES 04, WILLEMSSEN 03, PRESCRIRE 03, SILAGY 04, VAN DEN BRUEL 04).

Le bupropion est efficace. Cette molécule est à utiliser avec beaucoup de vigilance en raison de la gravité de certains de ses effets secondaires, tout en ne privant pas le fumeur qui en a besoin. Ce traitement est à envisager en cas d'échec d'un traitement bien conduit et suffisamment dosé par substituts nicotiques.

7.6.2.4. L'association substituts nicotiques et bupropion

Une première étude avait montré une efficacité supérieure de l'association du bupropion (JORENBY 99) avec les substituts nicotiques. Mais une seconde étude (SIMON 04) n'a pas montré de bénéfice supplémentaire lié à l'association (HUGHES 04). Il n'y a actuellement pas suffisamment de preuves du bénéfice de cette association par rapport au bupropion utilisé seul. Nous ne la recommandons pas en médecine générale.

(JORENBY 99, HUGHES 04, VAN DEN BRUEL 04).

L'association bupropion et substituts nicotiques n'a actuellement pas montré d'efficacité supérieure à celle du bupropion seul.

7.6.2.5. La nortriptyline

La nortriptyline est un agent antidépresseur tricyclique qui a été étudié dans le traitement du sevrage tabagique. Le profil des effets secondaires non désirables de la Nortriptyline est nettement plus favorable que celui du bupropion.

Elle a une efficacité comparable à celle des substituts nicotiques ou du bupropion mais les études à son sujet dans l'arrêt du tabac sont moins nombreuses. Des recherches supplémentaires sont nécessaires. Vu qu'il s'agit d'un traitement peu onéreux, peu de promoteurs sont disposés à mener une étude à ce sujet. Elle pourrait être une molécule intéressante dans l'arrêt du tabac en médecine générale (*Note 25*).

(VAN DEN BRUEL 04, HUGHES 04, WILLEMSSEN 03)

La nortriptyline pourrait être une molécule intéressante dans le traitement du sevrage tabagique.

7.6.2.6. Les autres médicaments

Ils ont actuellement peu d'intérêt dans la pratique de médecine générale. Ils sont décrits dans la (*Note 26*).

7.6.3. Les traitements alternatifs

Il n'y a actuellement pas de preuves de l'efficacité des traitements alternatifs (*Note 27*). (ABBOT 04, WHITE 04, FIORE 00, HAJEK 04).

7.7. APRÈS L'ARRÊT : TO ARRANGE FOLLOW-UP (EBM Niveau C)

L'accompagnement ne s'arrête pas au moment de l'arrêt. Dans un délai d'un an après le jour de l'arrêt, en l'absence de suivi, moins de 20 % des fumeurs sont encore abstinents ; plus de 80 % d'entre eux ont donc repris la cigarette (LAGRUE 2002). Au delà d'un an d'abstinence, les rechutes sont moins fréquentes (BLONDAL 99, YUDKIN 03). Au delà de 5 ans d'arrêt, la plupart des non fumeurs sont stabilisés (ANTHONISEN 02).

L'objectif du suivi est d'optimiser l'accompagnement de l'ex-fumeur durant la première année après le sevrage tabagique pour l'aider à faire face aux difficultés liées à l'arrêt, à la chute de motivation et prévenir les rechutes.

L'accompagnement ne s'arrête pas au moment de l'arrêt. Le risque de rechute est de 80 % durant la 1^{re} année qui suit l'arrêt.

Les fumeurs interrogés ressentent ce taux de rechute comme le reflet de la nature chronique de « l'addiction ». Ils insistent sur l'importance de la prise en charge globale physique et mentale après l'arrêt (et particulièrement sur la dépression et la consommation d'alcool).

7.7.1. Le plan de suivi

Un contact sera programmé le plus rapidement possible après la date d'arrêt, de préférence pendant la première semaine. Un second contact, au minimum, est recommandé durant le premier mois. De nombreuses rechutes ont lieu au début de la période d'arrêt et durant la 1^{re} année de l'arrêt. Par exemple, Blondal trouve un taux de 70 % d'arrêt à 15 jours pour 27,1 % d'arrêt sans rechute à 1 an (BLONDAL 99). Des contacts seront programmés régulièrement durant la 1^{re} année.

Une consultation est programmée dans la semaine qui suit l'arrêt et minimum une autre dans le mois qui suit l'arrêt. Des contacts réguliers sont proposés durant la 1^{re} année.

7.7.2. Les méthodes de suivi

Ces consultations comprendront une évaluation de l'état d'abstinence ou de rechute, un soutien de la motivation, un dépistage des problématiques physiques, psychologiques et comportementales et une évaluation du traitement médicamenteux.

7.7.2.1. L'évaluation de l'état d'abstinence ou de rechute

Il est important d'informer à l'avance le fumeur que des faux pas sont possibles, et qu'ils ne signifient pas pour autant un échec définitif et total, avec des cognitions de culpabilité et de démotivation du type « je ne suis pas capable d'arrêter, cela prouve que le sevrage ne marchera jamais chez moi »... Ce qui facilitera la rechute, à partir de ce qui n'aurait pu être qu'un faux pas (ANDRE 98). Le faux pas est la prise occasionnelle d'une bouffée de cigarette voire même d'une ou de quelques cigarettes suivi rapidement du retour à une abstinence totale

Si du tabac est encore consommé de façon occasionnelle, les raisons en seront recherchées et le fumeur sera incité à une abstinence totale. La relation restera empathique et non confrontante. Si le fumeur a arrêté, il sera félicité et encouragé pour le succès obtenu (FIORE 00).

Si la rechute est constatée, un arrêt même très bref peut être une expérience positive d'apprentissage et valorisé comme tel. La probabilité de réussite augmente avec le nombre d'essais. La prochaine fois pourrait être la bonne (VAN DEN BRUEL 04).

7.7.2.2. Le soutien de la motivation

Des questions ouvertes comme « Que vous apporte l'arrêt du tabac ? » sont utilisées pour renforcer la motivation.

La consultation abordera

- les bénéfices immédiats que le patient trouve à l'arrêt, y compris les bénéfices potentiels en terme de santé.
- Les réussites : durée de l'abstinence, réduction des symptômes de sevrage...
- Les craintes éprouvées : dépression, prise de poids, alcool, entourage...

La grille Q-Mat (*Note 12*) peut servir à ce stade pour suivre la motivation de l'ex-fumeur. Si la motivation diminue, l'ex-fumeur bénéficiera d'un entretien visant à renforcer sa motivation. La méthode des « 5 R » (*Note 13*) est également utilisable à ce stade.

7.7.2.3. La recherche des difficultés physiques, psychologiques et comportementales

L'accompagnement du médecin visera à identifier les problèmes qui ont déjà été rencontrés et à anticiper les problèmes prévisibles dans l'avenir immédiat (*Note 28*). Ici encore, ce sont les stratégies comportementales qui ont la préférence.

La prise de poids est une problématique difficile. Le poids corporel des fumeurs est plus faible que celui des non fumeurs (en moyenne de 3 à 5 Kg). L'utilisation d'un traitement médicamenteux dans l'arrêt du tabac ne modifie pas la prise de poids à long terme (*Note 29*). À noter également que chez certains fumeurs, la toux et les expectorations peuvent s'aggraver de façon transitoire dans les jours qui suivent l'arrêt du tabac.

Le médecin s'attachera également à rechercher les comorbidités éventuellement associées : alcool, dépression, affections psychiques. Un sevrage tabagique peut déclencher un épisode dépressif ou renforcer une dépression déjà existante. Le dépistage des troubles anxio-dépressifs peut se faire par exemple avec le test HAD (Hospital Anxiety Depression Scale) (LAGRUE 92) (*Note 30*) couramment utilisé dans ce but. Nous n'avons pas trouvé de validation de ce test en pratique ambulatoire.

7.7.2.4. L'évaluation du traitement médicamenteux

La dose de substituts nicotiques est modulée en fonction de signes cliniques traduisant un sous dosage (ceux du sevrage) ou de surdosage (dégoût du tabac, céphalées, insomnies, vertiges, tachycardie, goût de tabac dans la bouche). Le médecin vérifiera également la bonne utilisation pratique du substitut choisi (*Note 22*).

En cas de symptômes de sevrage trop importants, le médecin envisagera d'utiliser un traitement plus intensif ou de référer le patient à un centre spécialisé.

(FIORE 00, LAGRUE 03, DUPONT 03)

Les méthodes de suivi comprennent un plan de suivi, une évaluation de l'état d'abstinence ou de rechute, une évaluation et un soutien de la motivation, un dépistage des problématiques physiques, psychologiques et comportementales et une adaptation du traitement médicamenteux.

7.8. RÉFÉRER LE PATIENT FUMEUR

S'il ne souhaite pas investir personnellement dans cette problématique ou ne dispose du temps nécessaire, le généraliste peut proposer au fumeur des référents spécialisés dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac.

Bien entendu, un travail de motivation par le médecin traitant sera le plus souvent nécessaire avant que le fumeur ne décide de prendre un rendez-vous.

Cette référence peut se faire à chaque étape du processus d'arrêt, soit par choix personnel du médecin, soit en raison d'une problématique d'arrêt plus difficile qui nécessite un avis spécialisé chez un fumeur donné.

Les possibilités de référence sont :

- Les Centres d'aide aux fumeurs (CAF)
- Les tabacologues (intervenants de santé, médecins ou non, ayant suivi une formation spécifique en matière d'accompagnement à l'arrêt du tabac)

Les renseignements peuvent être obtenus auprès de la Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé (FARES), 56, rue de la Concorde à 1050 Bruxelles. Numéro de téléphone : 02/512 29 36.

Le généraliste peut référer son patient fumeur à un centre spécialisé soit par choix personnel soit par besoin d'un avis spécialisé. S'adresser auprès de la FARES, 56, rue de la Concorde à 1050 Bruxelles. Numéro de téléphone : 02/512.29.36. Le médecin qui le souhaite peut bien entendu assurer tout l'accompagnement de son patient fumeur.

La notion de coût de l'accompagnement par un référent devrait être clarifiée avec le fumeur avant la prise en charge. Cette question est soulevée par les fumeurs interrogés.

8. Pourquoi motiver un fumeur à l'arrêt ?

8.1. LE RISQUE POUR LE FUMEUR

La nocivité du tabac pour le fumeur n'est plus remise en question. De grandes études épidémiologiques comme celles de Doll et Peto ainsi que celle de Kawachi ont mis en évidence le risque de mortalité et de morbidité depuis les années 50.

En 2004, l'US Surgeon General Report mentionne qu'il existe des preuves suffisantes d'un lien causal entre le tabagisme et les cancers (vessie, col utérin, œsophage, reins et voies urinaires, larynx, leucémie myéloïde aiguë, poumon, pharynx et cavité buccale, pancréas, estomac), les maladies cardiovasculaires (anévrisme de l'aorte abdominale, athérosclérose, accident vasculaire cérébral, maladie coronaire), les maladies pulmonaires (BPCO, infections respiratoires aiguës et pneumonies), les effets sur le système reproducteur (réduction de la fertilité féminine, rupture prématurée des membranes, placenta previa, rupture placentaire, accouchement prématuré) ainsi que pour la cataracte, les fractures du col, la faible densité minérale osseuse et l'impuissance masculine (US Department of Health and Human Services 04).

De très importantes études épidémiologiques* ont montré une augmentation significative de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme. Un fumeur sur 2 meurt d'une pathologie liée à son tabagisme, en moyenne 14 ans avant les non-fumeurs. Chaque cigarette fumée coûte en moyenne au fumeur 10 minutes de vie. Les maladies cardiovasculaires, la BPCO et le cancer du poumon sont les principales causes de surmortalité liée au tabac.

* Des études d'intervention ne seraient pas éthiquement concevables.

8.2. LE RISQUE POUR LE SUJET EXPOSÉ AU TABAGISME PASSIF

L'exposition au tabagisme maternel durant la grossesse retarde la croissance du fœtus et augmente le taux de complications à la naissance, de décès périnataux, de petits poids à la naissance. Le risque de mort subite du nourrisson et le nombre de bronchites, de pneumonies, d'exacerbations de l'asthme, d'otites moyennes ou séro-muqueuses sont augmentés chez l'enfant exposé au tabagisme passif (US Department of Health and Human Services 04, WHO 04). Les affections pulmonaires et cardiovasculaires ainsi que la mortalité totale sont plus importantes chez l'adulte exposé au tabagisme passif (HACKSHAW 97, PANAGIOTAKOS 02, LEUENBERGER 94, HE 99, LAW 97, ANDERSON 04, BONITA 99, PITSAVOS 02, COPAS 00, HILL 04, DEZATEUX 99, UPTON 04, SAWNANI 04). Ces points sont discutés dans la (Note 31).

Bien que le risque relatif soit faible en comparaison du tabagisme actif, l'impact sur la mortalité totale est important. Selon l'OMS, les mesures pour réduire le tabagisme à l'intérieur des bâtiments devrait être un objectif majeur de santé publique (WHO 04).

Des études épidémiologiques ont montré que l'exposition au tabagisme passif augmente le risque de morbidité et de mortalité chez le non fumeur exposé. Les enfants y sont particulièrement sensibles pendant et après la grossesse.

8.3. LES AVANTAGES DE L'ARRÊT

Le sevrage tabagique est la seule intervention efficace sur la santé des fumeurs. Le sevrage tabagique entraîne de gros avantages à court terme en diminuant immédiatement le risque de maladies cardiovasculaires (LIGHTWOOD 97). Dans le cas de la BPCO, l'arrêt du tabac est le seul traitement qui permet d'influencer l'évolution de la maladie et ce dès la première année (SCANLON 00, ANTHONISEN 02). À long terme, le sevrage tabagique réduit le risque de toutes les maladies liées au tabagisme (VAN DEN BRUEL 04) (Note 32).

Arrêter de fumer avant l'âge de 35 ans élimine presque toutes les conséquences du tabagisme sur la santé. L'arrêt à 60, 50, 40 ou 30 ans allonge l'espérance de vie respectivement de 3, 6, 9 ou 10 ans. L'étude des médecins britanniques a montré que l'espérance de vie pouvait être augmentée par l'arrêt du tabac, même chez ceux qui arrêtent de fumer au-delà de l'âge de 65 ans (DOLL 04).

Des études d'observation ont démontré qu'arrêter de fumer réduit la mortalité et le risque de maladies liées au tabac, même chez les grands fumeurs et même au-delà de 65 ans. Plus on arrête jeune, plus le bénéfice est important.

8.4. LE PEU D'AVANTAGES DE LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION

8.4.1. Diminuer le nombre de cigarettes consommées chaque jour

Le risque de mortalité des petits fumeurs est moindre que celui des grands fumeurs (> 15 cigarettes/jour). Pour un grand fumeur cependant, la réduction de la consommation quotidienne de cigarettes ne permet pas de diminuer le risque d'infarctus du myocarde, de pathologies respiratoires et de mortalité (GODTFREDSSEN 02, GODTFREDSSEN 03).

8.4.2. Fumer des cigarettes pauvres en goudron et en nicotine

Une étude de cohorte (364 239 hommes et 576 535 femmes) a montré que le taux de cancer du poumon est comparable avec des cigarettes légères ou très légères par rapport à des cigarettes à filtre conventionnel. À noter que le taux de cancer du poumon est plus élevé avec les cigarettes sans filtre (HARRIS 04). La réduction est toutefois la porte ouverte à l'arrêt complet et peut être considérée comme une étape intermédiaire (WENNICKE 03, FALBA 04).

8.4.3. Passer de la cigarette vers la pipe ou le cigare

Les fumeurs qui ont arrêté leurs cigarettes il y a 20 ans pour se tourner vers la pipe ou les cigares ont un risque moindre de mortalité par cancer du poumon, maladie cardiaque ischémique ou BPCO, par rapport à ceux qui ont continué à fumer des cigarettes. Ce risque reste cependant nettement supérieur par rapport à celui qui a arrêté complètement le tabac il y a 20 ans (WALD 97, BAKER 00).

Le fait de diminuer le nombre de cigarettes consommées chaque jour ou de fumer des cigarettes légères ne réduit pas sensiblement le risque lié à l'exposition de la fumée.

9. Pourquoi le médecin généraliste ?

Il est accessible quels que soient l'âge, la classe sociale ou l'origine ethnique des patients. L'enquête de santé par interview (ISSP 2001) révèle que 94 % de la population a un médecin traitant et au moins 81 % l'ont consulté dans l'année qui précède. Il touche donc la toute grande majorité des fumeurs du pays.

Arrêter de fumer est ce qui peut le plus améliorer la santé de son patient fumeur à court et à long terme (VAN DEN BRUEL 04). Le généraliste peut aborder le fumeur avant qu'il ne souffre d'une pathologie liée à son tabagisme. Idéalement, le fumeur devrait arrêter avant 35 ans. Les bénéfices de l'arrêt sont cependant encore existants après 65 ans.

Il existe une relation de confiance évoluant au fil des années qui permet une intervention empathique de motivation et un conseil d'arrêt personnalisé qui auront une influence importante sur le taux d'arrêt du tabac. Le temps consacré par le médecin va de < 2 minutes (statut tabagique et conseil d'arrêt personnalisé) à environ 10 minutes en 2 contacts (intervention brève). Le fumeur a confiance en son médecin. Il attend que celui-ci lui propose la meilleure solution pour sa santé.

Les résultats du sevrage tabagique sont nettement améliorés grâce à l'approche comportementale et au traitement médicamenteux, passant de 3 à 4 % d'arrêt (si le fumeur se débrouille seul) à 17 % de réussite par tentative si le fumeur est aidé par son médecin selon cette recommandation.

Le sevrage tabagique nécessite des contacts uniquement consacrés à cette problématique. Le généraliste peut proposer des rendez-vous ou consultations spécifiques.

Les rechutes ne sont pas un échec, ni pour le fumeur, ni pour son médecin. Elles font partie du long processus d'arrêt. Leur analyse permet d'augmenter les chances de réussite de la tentative suivante.

Le généraliste qui le souhaite a la possibilité d'orienter son patient fumeur vers des référents qu'il peut sélectionner en fonction de leur proximité, leur compétence et de leur respect de la confraternité.

En considérant le gain de santé du patient (morbidité et mortalité), le coût (patient et société) et le temps consacré par le médecin, l'intervention sur l'arrêt du tabac est une des actions les plus efficaces existant en pratique clinique (VAN DEN BRUEL 04, LIGHTWOOD 97, PARROT 04).

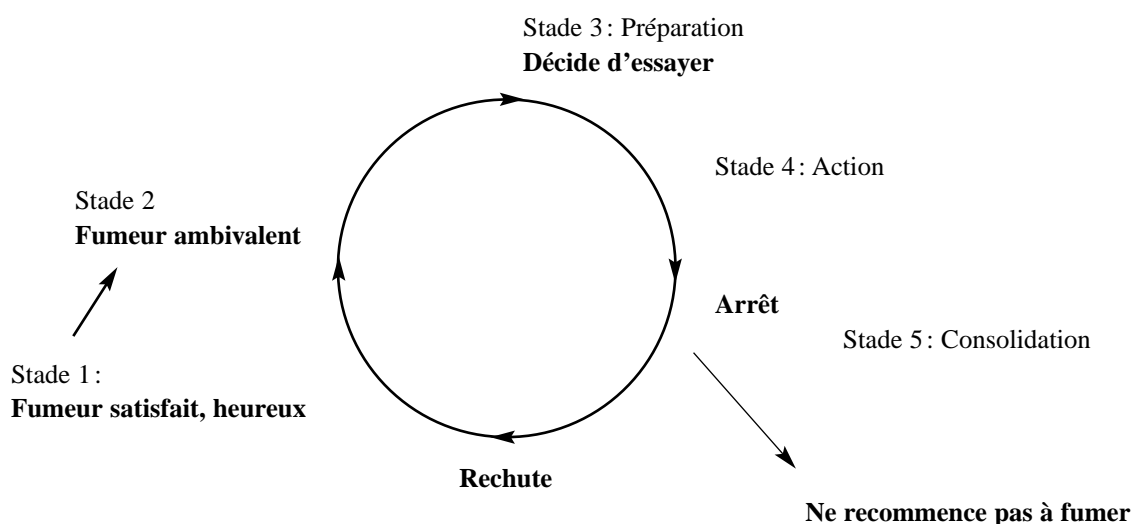
Le généraliste de par son accessibilité, son contact durable, sa compétence et sa connaissance des référents est la personne ressource de choix pour motiver et aider le fumeur à l'arrêt. La santé de son patient en sera nettement améliorée à court et à long terme.

10. Les notes

NOTE 1. LA RÉPARTITION DES FUMEURS SELON LES STADES

Le modèle transthéorique de Prochaska et de Di Clemente (states of change) est le plus utilisé pour expliquer les étapes du changement de comportement dans le processus d'arrêt du tabac (figure ci-dessous) (PROCHASKA 83). Il est d'ailleurs un des éléments du graphique de Prignot sur la carrière du fumeur décrit au point 8.1 de la recommandation. Les fumeurs passent, entre la tentative et l'arrêt, par plusieurs stades ou étapes. La durée de ces étapes est variable mais peut parfois être de plusieurs années. Le fait d'arrêter de fumer est un processus de maturation. Le cheminement ne se fait pas à sens unique, le fumeur peut retourner à une phase antérieure du cycle, à tout moment. Le glissement vers la phase suivante dans ce modèle de changement de comportement est considéré comme un succès en soi et est un bon baromètre des chances ultérieures de succès du fumeur dans sa tentative d'arrêt du tabac.

Ce concept d'étapes à traverser pour modifier son comportement trouve aussi son application dans d'autres domaines de la santé (la nourriture, l'activité physique, l'alcool) mais le cycle semble moins adapté aux autres toxicomanies (ROSEN 00).



Les étapes du changement de comportement adapté selon le modèle de Prochaska et Di Clemente (PROCHASKA 83).

La répartition des fumeurs selon les stades est variable. Dans la population de Genève, 74% sont au stade de pré-considération, 22% au stade de considération et 4% au stade de préparation. Aux USA, ces chiffres sont respectivement: 40, 40 et 20%. Etter établit un lien entre la prévalence du tabagisme et la répartition des fumeurs dans les différents stades. Plus la prévalence est basse (USA), et plus les fumeurs sont à des stades «avancés» vers l'arrêt du tabac. Il attribue ce phénomène à une augmentation de la pression sociale suite à un changement de la norme par rapport au tabac. Velicer note que la proportion de stades de pré-considération diminue quand le niveau d'éducation augmente (VELICER 95, ETTER 97). En Belgique le taux de fumeurs au stade de préparation se situe entre 10 et 20%. Les attitudes et croyances des fumeurs qui ne font aucune demande ni tentative d'arrêt sont semblables à celles des autres fumeurs sauf pour un point: le déni de tout impact du tabac sur leur santé (étude transversale) (JARVIS 03).

NOTE 2. LA DÉPENDANCE À LA NICOTINE

La nicotine présente des analogies de forme et de structure avec l'acétylcholine, un neurotransmetteur. Elle stimule les récepteurs nicotiques distribués sur les voies dopaminergiques (noyau accumbens). L'exposition aiguë à la nicotine entraîne une augmentation de la dopamine intracérébrale dont l'effet biologique est l'activation du système de récompense. À l'inverse, l'exposition chronique à la nicotine entraîne une désensibilisation des récepteurs cérébraux (la libération de dopamine induite par un «bolus» de nicotine est fortement diminuée), induisant une augmentation

du nombre de ces récepteurs. Tant que la concentration plasmatique de nicotine demeure au-dessus d'un certain seuil, les récepteurs nicotiniques restent à l'état désensibilisé. En cas d'abstinence, la nicotémie descend en dessous de cette valeur seuil et les récepteurs redeviennent sensibles. La vacuité des récepteurs sensibles dont le nombre est augmenté serait à l'origine du syndrome de manque. L'inhalation est un facteur important dans le développement de la dépendance, en raison de la rapidité d'absorption. L'action de la nicotine se caractérise aussi par la tolérance. Pour retrouver l'effet produit, les fumeurs doivent progressivement augmenter les quantités absorbées.

Le tabagisme répond aux critères de l'accoutumance au même titre que l'alcoolisme ou la toxicomanie : effet d'une psychoactivité hédonique, tolérance, désir impératif de consommer, détresse psychologique et physiologique en état de manque, forte tendance à la rechute après une tentative d'arrêt.

Les effets de la nicotine sur les récepteurs du système nerveux central peuvent altérer les émotions, le comportement ou les cognitions et ces effets sont probablement à la base de la dépendance. La perception de ces effets psychoactifs et renforçateurs est subjective et variable. L'effet peut être ressenti comme une augmentation de la stimulation dans une situation de peu de stimulation (par exemple l'ennui) mais il peut être ressenti comme une atténuation de la stimulation quand il y en a trop (le stress). La nicotine ne provoque un effet euphorisant que dans 10% des épisodes tabagiques. Le renforcement semble venir de la normalisation des émotions ou de l'apaisement de l'état de manque plutôt que d'une sensation forte.

Entre l'acte de fumer et l'environnement se créent des associations qui deviennent des liens étroits par leur caractère répété : par exemple : prendre une cigarette avant de décrocher le téléphone, prendre une cigarette à la fin du repas, après les rapports sexuels... Le désir de fumer provoqué par l'environnement est la manifestation du conditionnement. Les associations conditionnées créées par des situations ou des émotions sont très difficiles à effacer et peuvent déclencher un désir intense de fumer plusieurs mois, voire plusieurs années après le sevrage du tabac. Certains auteurs parlent dans ce cas de dépendance comportementale.

(MARTINET 01, LE HOUZEC 03, AFSSAPS 03)

NOTE 3. LE TEST DE FAGERSTRÖM (FAGERSTROM 78)

1. Combien de temps après le lever fumez-vous votre première cigarette ?

< 5 min	3 points
6 à 30 min	2 points
31 à 60 min	1 point
> 60 min	0 point

2. Pouvez-vous facilement rester sans fumer dans les endroits où cela est interdit ?

Oui	0 point
Non	1 point

3. Quelle est la cigarette dont vous vous passez le plus difficilement ?

La première	1 point
Une autre	0 point

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

> 31	3 points
21 à 31	2 points
11 à 20	1 point
≤ 10	0 point

5. La première heure après le réveil, fumez-vous plus que le reste de la journée ?

Oui	1 point
Non	0 point

6. Fumez-vous aussi quand vous êtes malade au point de devoir rester au lit ?

Oui	1 point
Non	0 point

Score > 8 : dépendance forte

Score de 4 à 7 : dépendance légère

Score < 4 : pas de dépendance

NOTE 4. LES MARQUEURS BIOLOGIQUES DE L'EXPOSITION AU TABAC

La CarboxyHémoglobine (HBCO) n'a pas d'avantage particulier par rapport au CO mesuré dans l'air expiré. Son dosage nécessite de plus la réalisation d'une prise de sang.

Les thiocyanates salivaires peuvent également être dosés. Ils ont demi-vie longue et sont donc moins dépendants du comportement du fumeur au cours des dernières heures.

La cotinine urinaire est le marqueur de choix. C'est un métabolite de la nicotine, ayant une demi-vie plus longue que la nicotine. Sa concentration est élevée dans les urines. C'est un marqueur spécifique du tabac. C'est le seul marqueur qui peut être utilisé pour quantifier l'exposition au tabagisme passif, dans les études (WOODWARD 91). Il pourrait être intéressant en pratique clinique pour calculer avec une meilleure précision la dose de substituts nicotiques nécessaires dans les situations comportant plus de risques : cardiaques, femmes enceintes, échecs répétés malgré un bon suivi. Cependant, le dosage est coûteux, à charge du patient et techniquement complexe : il n'est réalisé que dans quelques laboratoires.

NOTE 5

Parmi les différentes mesures évaluées (hausse du coût du tabac, interdiction de vente aux jeunes, interventions dans les écoles et sur les lieux de travail...), les plus efficaces sont la mobilisation des médecins de famille pour qu'ils conseillent à leurs patients d'arrêter de fumer et la diffusion d'annonces dans les médias (REID 92). Le Groupe d'étude canadien intègre depuis 94 dans son examen médical périodique des mesures (de niveau de recommandation A) en vue de favoriser l'arrêt du tabac : réaliser un accompagnement concernant l'abandon du tabac aux adolescents, aux adultes et aux femmes enceintes, et de proposer une substitution nicotinique aux adultes fumeurs.

Malgré ces recommandations, les médecins (anglais) croient que leurs conseils d'arrêt du tabac sont plus efficaces quand il y a un lien avec les plaintes présentées par le patient. Cette croyance influence la manière selon laquelle les généralistes abordent l'arrêt du tabac chez leurs patients : ils n'acceptent pas volontiers une stratégie d'approche de population globale, c.-à-d. de discuter du tabac avec tous les fumeurs qui se présentent (COLEMAN 96). Cette croyance n'est pas justifiée.

Il existe un lien entre le mode de vie du médecin (consommation de plus de 3 verres d'alcool par jour, sédentarité, méconnaissance des valeurs de sa pression artérielle) et le moindre développement des activités à visée préventives dans sa pratique (CORNUZ 00).

NOTE 6

MC COLL et ses collaborateurs ont estimé l'impact que la prise en charge de tous les fumeurs (conseil d'arrêt du tabac ou une substitution nicotinique) aurait en termes de santé publique. Ils évaluent que pour une population de 100 000 habitants, 79 décès seraient évités chaque année. Ce calcul est réalisé pour une population où 34 % sont fumeurs. Cette mesure a un rapport coût-efficacité très favorable et est conseillée comme un indicateur de qualité à intégrer dans les soins de santé primaire (MC COLL 98).

NOTE 7. LES FUMEURS À HAUT RISQUE IMMÉDIAT

Chez les patients à haut risque, le conseil d'arrêt du médecin augmente le taux d'arrêt de façon significative EBM Niveau A. (THOROGOOD 01, ENGLAND 01, VAN DER MEER 04, CRITCHLEY 04, LUMLEY 04).

Le patient BPCO (EBM Niveau A)

L'arrêt du tabac est le traitement le plus important chez les patients atteints de BPCO et le seul permettant de réduire la mortalité.

Chez les patients BPCO, il y a des preuves qu'une intervention comprenant à la fois un accompagnement et un traitement médicamenteux (substituts nicotiques et bronchodilatateur — OR 4.0, IC 95 % 3.25 à 4.93 — ou substituts nicotiques et placebo — OR 4.19, IC 95 % 3.41 à 5.1 — versus pas de traitement médicamenteux avec un suivi à 5 ans) est plus efficace qu'un accompagnement seul dans le but d'arrêter le tabac. Il n'y a pas de preuve de l'efficacité de l'accompagnement sans traitement médicamenteux chez les fumeurs avec BPCO, faute d'études de bonne qualité méthodologique (VAN DER MEER 04).

Le patient avec maladie coronaire (EBM Niveau A)

La réduction du risque de mortalité, liée à l'arrêt du tabac, chez les patients porteurs de maladie coronaire est de 36 %, par rapport aux fumeurs persistants (CRITCHLEY 04). Aux doses recommandées, les substituts nicotiques ont moins d'effet sur les marqueurs étudiés (pression systolique ou diastolique, épinéphrine plasmatique, bêta-thromboglobuline et fibrinogène) que le tabagisme (BENOWITZ 02). La réduction du risque de récurrence est de 32 % grâce au traitement (CRITCHLEY 04).

La femme enceinte (EBM Niveau A)

Bien que l'abstinence au début de la grossesse s'avère nettement plus bénéfique pour le fœtus et la future mère, l'abstinence à tout moment de la grossesse peut présenter des avantages (VAN DEN BRUEL 04).

Les programmes d'arrêt du tabac chez les femmes enceintes réussissent à diminuer le nombre de fumeuses, le nombre de petits poids de naissance et de naissances avant terme, mais aucun effet n'a été mesuré concernant les très faibles poids de naissance et la mortalité périnatale (LUMLEY 04). Le fait de réduire la quantité journalière de tabac durant la grossesse n'augmente pas le poids de naissance (ENGLAND 01).

NOTE 8. NOTER LE STATUT TABAGIQUE (EBM Niveau B)

Le fait de noter le statut tabagique dans le dossier (aussi bien que les barrières et les motivations à l'arrêt) apporte une base pour l'abord du sujet lors d'un contact ultérieur : « Lors de la dernière consultation, vous m'aviez dit que vous fumiez 20 cigarettes par jour... ». C'est aussi un indicateur de qualité simple permettant d'évaluer sa pratique en matière de prise en charge du tabac. Par exemple : Chez quelle proportion de mes patients le statut tabagique est-il noté dans le dossier ?

La systématisation de l'identification du statut tabagique augmente de façon importante le taux d'intervention des médecins en vue de l'arrêt du tabac chez leurs patients fumeurs (FIORE 00).

L'insertion du statut tabagique dans les modèles d'anamnèses systématiques, l'utilisation d'outils mnémotechniques écrits ou informatisés, sont essentiels pour le dépistage, l'évaluation et l'intervention en matière de tabagisme. Ce point augmente la probabilité que le tabagisme soit correctement documenté (FIORE 95, FIORE 00, ROBINSON 95, AHLUWALIA 99).

Une aide (par exemple une infirmière) qui documente le statut tabagique du patient avant qu'il ne voie le médecin et rappelle au médecin d'aborder le sujet, triple la probabilité d'intervention du médecin (RIGOTTI 02).

NOTE 9. EXEMPLES DE CONSEILS D'ARRÊT DU TABAC (FIORE 00, COLEMAN 04)

Le conseil d'arrêt est défini comme des instructions verbales incitant à l'arrêt du tabac, accompagnées ou non d'informations sur les dangers du tabagisme.

Clair : «Je pense qu'il est important pour vous d'arrêter de fumer maintenant et je peux vous y aider.» «Diminuer quand vous êtes malade ne suffit pas.»

Ferme : «Comme médecin traitant, je vous informe qu'arrêter de fumer est la chose la plus importante que vous pouvez faire pour protéger votre santé, maintenant et dans le futur.»

Personnalisé : c.-à-d. établissant un lien avec l'état de santé actuel, les coûts économiques et sociaux, la motivation ou non à l'arrêt, l'impact sur les enfants et les autres personnes de l'entourage*.

Exemple: «Vous êtes inquiets d'avoir souvent des problèmes respiratoires. Si vous arrêtez de fumer, vous n'en aurez plus autant.»

* Une intervention brève demandant au fumeur d'arrêter pour la santé d'une autre personne (enfant asthmatique) semble inefficace (1 RCT) (IRVINE 99). Il est donc préférable de rester centré sur le fumeur lui-même.

NOTE 10. LE CONSEIL D'ARRÊT DONNÉ PAR LE MÉDECIN (EBM Niveau A)

Un grand nombre de fumeurs souhaitent arrêter de fumer et essaient seuls. Le taux d'arrêt spontané est de 3 à 4 % par an selon les études (WILLEMSSEN 03). Le simple conseil d'arrêt du médecin en consultation de routine a été étudié dans 31 études (26 000 fumeurs). Silagy a montré que le conseil d'arrêt bref (1 à 2 minutes) augmente le taux d'arrêt de façon significative (OR 1,69 IC 95 % 1,45-1,98). C'est vraisemblablement chez les fumeurs au stade de préparation et au stade d'action que ce conseil d'arrêt est le plus efficace.

Un conseil plus intense (> 2 minutes) augmente légèrement l'efficacité (OR 1,44 IC 95 % 1,23-1,68) par rapport au conseil bref. Selon Silagy, ce bénéfice additionnel ne justifie pas un conseil plus intense de routine chez des fumeurs non sélectionnés. Il y a de plus une hétérogénéité dans les études à ce sujet.

(LAW 95, LANCASTER 00, THOROGOOD 01, SILAGY 04, COLEMAN 04)

NOTE 11. SITUER L'ÉTAPE DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (EBM Niveau C)

Une revue systématique a apporté peu de preuves que les interventions (accompagnement) basées sur les stades du changement de comportement de Prochaska et Di Clemente sont plus efficaces que celles basées sur d'autres méthodes. Les auteurs mettent en évidence les inégalités méthodologiques entre les études et le fait que peu d'études définissent clairement la méthode d'attribution des fumeurs aux différents stades. Pour certaines études, il n'était même pas possible de savoir si l'intervention était basée sur les stades de changement ou non. Les auteurs concluent que des études bien construites devraient être réalisées en vue d'avoir la preuve de l'efficacité des méthodes basées sur les stades du changement de comportement (RIEMSMA 03).

NOTE 12. ÉCHELLE Q-MAT : ÉVALUATION DE LA MOTIVATION À L'ARRÊT (LAGRUE 02, DUPONT 03) (EBM Niveau B)

Pensez-vous que dans 6 mois,	Vous fumerez toujours ?	0
	Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
	Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
	Vous aurez arrêté de fumer ?	8
Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Beaucoup	2
	Énormément	3

Pensez-vous, que dans 4 semaines,	Vous fumerez toujours	0
	Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes	2
	Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes	4
	Vous aurez arrêté de fumer	6
Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?	Jamais	0
	Quelquefois	1
	Souvent	2
	Très souvent	3

Grille de lecture

≤ 6 points : motivation insuffisante

7 à 12 points : motivation moyenne

12 points : bonne ou très bonne motivation

Ce test a été validé en 2002 par 2 études de validation. Les auteurs proposent qu'il soit complété par le fumeur avant la consultation, en complément des tests de Fagerström (*Note 3*) pour la dépendance (rappel ce test peut être limité à la seule question du TTFC : Time To First Cigarette) et du test HAD (*Note 30*) pour rechercher les comorbidités anxio-dépressives (LAGRUE 2002). Cette échelle Q-MAT peut également être utilisée au moment de l'arrêt et au cours du follow-up pour assurer un suivi du maintien de la motivation.

NOTE 13. LES « 5 R'S » : UNE STRATÉGIE POUR AUGMENTER LA MOTIVATION À L'ARRÊT

Relevance Encourager le patient à dire en quoi arrêter de fumer est pertinent pour lui personnellement et être aussi précis que possible. Une information de motivation a le plus grand impact quand elle est pertinente pour le patient en fonction de sa maladie ou ses facteurs de risques, de son statut familial (enfants à la maison), de son âge, de son sexe et d'autres caractéristiques propres (tentatives d'arrêt précédentes, réticences personnelles à l'arrêt).

Risks Demander au patient d'identifier les effets nocifs du tabac. Le médecin peut suggérer et mettre en évidence ce qui lui semble le plus pertinent pour ce patient. Le médecin expliquera que fumer d'autres formes de tabac (cigarettes légères, pipe, cigares) ne supprime pas les risques.

- Risques à court terme : être court d'haleine, exacerbation de l'asthme, lors de la grossesse, impuissance, infertilité, augmentation du monoxyde de carbone sérique,
- Risques à long terme : accidents cardiaques ou AVC, cancers des poumons ou autres (larynx, cavité buccale, pharynx, œsophage, pancréas, vessie, col utérin), BPCO, bronchite chronique, emphysème, maladies chroniques et nécessité de soins prolongés,
- Risques pour l'entourage : augmentation du risque de cancer du poumon et de pathologies cardiaques chez le conjoint, taux plus élevé de fumeurs chez les enfants de fumeurs, augmentation du risque de petit poids de naissance, asthme, otites séro-muqueuses et infections respiratoires chez les enfants de fumeurs.

Rewards Demander au patient d'identifier les avantages potentiels de l'arrêt du tabac. Le médecin peut suggérer et mettre en évidence ce qui lui semble le plus pertinent pour ce patient.

Par exemple :

- Amélioration de la santé, allongement de l'espérance de vie,
- Meilleure perception du goût des aliments,
- Amélioration de l'odorat,
- Épargne d'argent,

- Meilleure image de soi,
- Meilleure odeur de l'haleine, de la voiture, de la maison, des vêtements,
- Cesser d'être houspillé pour l'arrêt du tabac,
- Être un bon exemple pour ses enfants,
- Avoir des bébés ou des enfants en meilleure santé,
- Ne plus être ennuyé d'exposer autrui à la fumée,
- Se sentir mieux physiquement,
- Être plus performant dans ses activités physiques,
- Éviter les rides et le vieillissement de la peau.

Roadblocks Demander au patient d'identifier les barrières et les difficultés à l'arrêt, et noter les éléments du traitement (résolution de problèmes, pharmacothérapie) qui pourraient apporter des solutions. La recherche des résistances devrait inclure :

- les symptômes de sevrage,
- la peur de l'échec,
- la prise de poids,
- le manque de soutien de l'entourage,
- la dépression,
- le plaisir de fumer.

Répétition Cette intervention visant à augmenter la motivation à l'arrêt devrait être répétée auprès des patients non motivés. Il faudrait informer les fumeurs qui ont échoué lors d'une précédente tentative d'arrêt, que la plupart des fumeurs doivent répéter les tentatives d'arrêt avant d'aboutir à l'arrêt définitif.

Source : FIORE MC, BAILEY WC. Clinical practice guideline (00).

NOTE 14. L'ACCOMPAGNEMENT (OU COUNSELLING)

Le counselling est le terme utilisé dans la littérature anglo-saxonne pour la prise en charge, l'accompagnement du patient dans une démarche de changement de comportement. Dans cette recommandation, nous utilisons le terme accompagnement.

La définition du counselling dans les études est basée essentiellement sur le temps passé en face à face entre un intervenant expérimenté et un fumeur. C'est un processus global : augmenter la motivation, accompagner l'arrêt, prévenir les rechutes. Les études d'efficacité ne dissocient pas ces différentes interventions.

L'intervention brève (EBM Niveau A)

L'intervention brève est un entretien de motivation de courte durée défini comme « 1 à 2 consultations d'une durée totale de 12 minutes, ne faisant pas partie d'une consultation pour d'autres raisons de santé » (FEENSTRA 03). Il est à noter que la littérature provient de pays où le système de santé est différent du nôtre.

Lancaster conclut que « 10 minutes minimum de face à face », réalisé par un intervenant de santé ou un psychologue formé à la cessation tabagique et en dehors des soins de santé habituels, peut aider les fumeurs à arrêter (LANCASTER 04).

L'intensité de l'accompagnement individuel

Il n'y a pas de différence significative en faveur d'une intervention plus intensive (définie comme une intervention initiale de plus de 30 minutes, ou une intervention initiale plus brève suivie de 2 contacts ultérieurs) dans la revue de littérature de Lancaster.

Par contre, Willemsen constate que l'efficacité augmente avec l'intensité de l'accompagnement individuel jusqu'à une durée totale de 300 minutes au-delà de laquelle, il n'y a plus de bénéfice. Dans les études considérées, la prise en

charge du fumeur varie entre 1 et 16 rencontres d'une durée de 15 à 60 minutes. Certaines études sont réalisées en milieu hospitalier. Le taux d'arrêt moyen à 1 an par cette méthode est de 16,1 % (WEST 00, WILLEMSSEN 03, LANCASTER 04, RICE 04, LE FOLL 02).

NOTE 15. LES AUTRES FORMES D'ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement en groupe (avec un suivi de 6 mois après l'arrêt)

La participation au groupe est plus efficace que la distribution de matériel de self-help (OR 1,97 IC 95 % 1,57 – 2,48). Elle est également plus efficace que pas d'intervention (OR 2,19 IC 95 % 1,42 – 3,37). Il n'y a pas de preuves que le résultat d'un accompagnement en groupe est supérieur à celui d'un accompagnement individuel. Les programmes basés sur les thérapies comportementales ou cognitives, le développement des compétences et la prévention des rechutes semblent les plus efficaces. Il faut noter que cette revue systématique est réalisée à partir d'études qui se basent sur un arrêt du tabac à 6 mois (STEAD 04). Il n'y a pas d'étude montrant que le taux d'arrêt se maintient à 1 an (ce qui est le critère d'efficacité reconnu en matière d'arrêt du tabac) (WILLEMSSEN 03).

Plan des 5 jours

Une petite étude Suisse de 123 fumeurs montre un taux d'arrêt de 25 % à 1 an (FRIKART 03). D'autres petites études ont été publiées à la fin des années 70. Le plan des 5 jours n'est pas repris dans les recommandations internationales en tant que tel. Il peut être assimilé aux accompagnements intensifs de groupes.

L'accompagnement par téléphone

L'accompagnement proactif par téléphone est plus efficace qu'une intervention sans contact personnel : 7,5 % d'arrêt à 1 an ont été notés par cette méthode (WILLEMSSEN 03). Ceci nécessite plusieurs contacts téléphoniques pendant la période d'arrêt. Le bénéfice supplémentaire par rapport à l'arrêt spontané, lié à cet accompagnement téléphonique, est de l'ordre de 1 à 4 %. En moyenne, sur 40 fumeurs ayant recours à une thérapie par téléphone, un seul arrêtera de fumer (VAN DEN BRUEL 04). Un accompagnement téléphonique accroît l'efficacité du matériel de self help envoyé par la poste mais l'impact reste limité. Les données disponibles ne permettent pas d'affirmer que l'accompagnement par téléphone apporte un bénéfice supplémentaire s'il est réalisé en complément de l'accompagnement individuel ou de la substitution nicotinique (WEST 00, THOROGOOD 01, WILLEMSSEN 03, STEAD 04).

NOTE 16. LE MATÉRIEL DE SELF HELP

Divers moyens de self-help sont utilisés en vue de favoriser l'arrêt du tabac : simples documents ou brochures, cassettes audio, enregistrements vidéos ou programmes électroniques.

L'envoi ou la distribution de matériel de self help à des fumeurs (parfois par le médecin, mais sans accompagnement du fumeur) donne un taux d'abstinence moyen à 12 mois de 3,1 %. Le bénéfice supplémentaire par rapport à l'arrêt spontané, lié à ce matériel est de l'ordre de 0 à 2 %, soit non significatif.

Le conseil « taillé sur mesure » réalisé par ordinateur en fonction d'une liste de questions pré-établies posées au fumeur, a des résultats supérieurs à un document standardisé mais nécessite une approche beaucoup plus intensive et personnalisée.

Le matériel « taillé sur mesure » en fonction des caractéristiques particulières d'un groupe (et non plus d'un individu particulier) n'a pas plus d'impact que le matériel standard.

Il n'y a pas de preuve que le matériel de self-help apporte un bénéfice quand il est utilisé en complément du conseil d'un professionnel de la santé ou d'une substitution nicotinique.

(SKINNER 99, SILAGY 00, WEST 00, THOROGOOD 01, LENNOX 01, MOORE 02, WILLEMSSEN 03, LANCASTER 04).

NOTE 17. LES ACTES TECHNIQUES ET LEUR IMPACT SUR L'ARRÊT DU TABAC

La mesure du CO dans l'air expiré est le marqueur le plus facile à doser, car non invasif et le moins coûteux. Le CO a une demi-vie courte et n'est pas spécifique du tabac. Il peut se mesurer en consultation à l'aide d'un doseur portable. Le CO sera mesuré de préférence le soir, moment où l'imprégnation en nicotine est maximale.

Les résultats obtenus sont corrélés à l'intensité du tabagisme. Ils donnent une appréciation du degré d'inhalation de la fumée et dès lors de l'imprégnation nicotinique, et donc indirectement de la quantité de substituts nicotiniques nécessaires, mais l'estimation obtenue est peu précise.

La mesure du CO exhalé par le fumeur peut augmenter l'efficacité du simple conseil d'arrêt : le fumeur « visualise » l'impact de la fumée sur sa santé. Jamrozik a montré une augmentation de l'arrêt du tabac à 1 an. (THOROGOOD 01, JAMROZIK 84, SIPPEL 99).

Un examen de spirométrie, accompagné d'un conseil d'arrêt, a montré un taux d'arrêt à 1 an de 10 % en cas de fonction pulmonaire altérée et de 8,4 % en cas de fonction pulmonaire normale (LAW 95, GORECKA 03).

NOTE 18. ÉVALUATION DES CHANCES DE RÉUSSITE (D'APRÈS DEMARIA ET GRIMALDI 89)

Je viens à la consultation spontanément par décision personnelle	2
Je viens à la consultation sur avis médical	1
Je viens à la consultation sur avis de ma famille	1
J'ai déjà arrêté dans le passé pendant plus d'une semaine	1
Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnels	1
Actuellement, je n'ai pas de problèmes familiaux	1
Je veux me libérer de cet esclavage	2
Je fais du sport ou j'ai l'intention d'en faire	1
Je veux être en meilleure forme physique	1
Je veux préserver mon aspect physique	1
J'ai des enfants en bas âge	2
J'ai un bon moral actuellement	2
J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends	1
Je suis plutôt de tempérament calme, détendu	1
Mon poids est actuellement stable	1
Je veux accéder à une qualité de vie meilleure	2

Interprétation des résultats :

6 et moins : est-ce le moment ?

7 à 11 : chances réelles, mais difficultés à prévoir

12 à 15 : grandes chances

16 et plus : très grandes chances

NOTE 19. UNE STRATÉGIE POUR PRÉPARER L'ARRÊT

Action	Stratégies de mise en œuvre
Aider le patient à définir un plan d'arrêt	<p>Le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Décide d'une date d'arrêt</i> : idéalement dans les 2 semaines qui suivent cette consultation. • <i>Informe sa famille, ses amis et ses collaborateurs</i> de sa décision et demande leur compréhension et leur soutien. • <i>Prévoit une réponse aux difficultés probables de l'arrêt</i>, y compris les effets du sevrage nicotinique. • <i>Retire le tabac de son environnement</i>. Avant l'arrêt, il évite de fumer dans les lieux où il passe beaucoup de temps : maison, voiture, travail.
Fournir des conseils pratiques Résolution de problèmes Développement des compétences	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Abstinence</i> : l'arrêt complet est essentiel. « Pas même une bouffée après la date d'arrêt ». • <i>Anticiper les facteurs déclenchant (triggers) et les difficultés liées à l'arrêt</i> : discuter avec le patient des moyens d'y faire face. • <i>Alcool</i> : Puisque la consommation d'alcool est responsable de rechutes, le patient devra réfléchir à la limiter ou la stopper pendant la période d'arrêt. • <i>Les autres fumeurs de la maison</i> : Arrêter de fumer est plus difficile quand il y a un autre fumeur dans la maison.
Fournir un soutien dans le cadre du traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin fournit un cadre médical de soutien pour encourager le fumeur dans sa démarche d'arrêt. « Mes collègues et moi-même, sommes disponibles pour vous aider » : consultations de suivi, heures de disponibilité...
Fournir un soutien social en dehors du traitement*	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin aide le patient à développer un soutien social pendant sa démarche d'arrêt. « Demandez à votre conjoint ou partenaire, vos amis, et vos collaborateurs de vous soutenir pendant votre démarche d'arrêt ».

Adapté d'après FIORE 00.

* Une revue systématique n'a pas permis de démontrer que des interventions peuvent augmenter le soutien social du partenaire. De même, l'impact que pourrait avoir le soutien du partenaire sur la cessation tabagique n'est pas démontré (PARK 04).

NOTE 20. L'APPROCHE COMPORTEMENTALE

Cette approche aborde le renforcement de la motivation, l'accompagnement de l'arrêt et la prévention des rechutes. Quatre grandes étapes peuvent être identifiées dans l'approche comportementale du sevrage tabagique (ANDRE 98) :

1. Une phase d'alliance et de préparation au sevrage

1.1. Évaluation de la motivation

Le thérapeute évalue la dimension égo-syntonique (le sujet tolère ses difficultés, oscillant de la méconnaissance à l'acceptation) ou égo-dystoniques (le sujet perçoit ses difficultés comme intrusives, ne correspondant pas à ses valeurs ou à l'image qu'il veut avoir de lui-même) du tabagisme. Le fumeur encore au stade de l'égo-syntonie ne s'arrêtera que très difficilement, quelles que soient les pressions extérieures au changement.

1.2. Évaluation des croyances personnelles associées au tabac

Le thérapeute tente d'aborder les systèmes de valeurs profonds du fumeur (rapports à la contrainte, au plaisir, à la frustration...). Ceci ne peut se faire efficacement que dans le contexte d'une alliance thérapeutique de bonne qualité, où le thérapeute ne cherche pas à imposer sa vision idéologique du tabagisme.

1.3. Évaluation des capacités d'autocontrôle

L'autocontrôle peut se définir par la capacité pour un individu donné de s'engager dans un comportement, dans l'attente de conséquences positives à long terme, sans conséquences positives à court terme, voire avec des conséquences négatives immédiates. Le sevrage tabagique est une parfaite illustration des problèmes posés par l'autocontrôle : com-

ment maintenir un comportement (l'abstinence) quand ses conséquences immédiates sont négatives (frustration ou syndrome de manque), même si le sujet perçoit que les conséquences à long terme seront positives ?

1.4. Établissement d'une alliance

Le comportementaliste a systématiquement recours à une attitude empathique (acceptation des points de vue du patient sans forcément les approuver), et présente le travail de sevrage comme une démarche de collaboration. Il évite le recours à la morale, à des propos inquiétants, ou à une contre-argumentation méthodique des propos du patient.

2. Une phase d'auto observation

Le but en est de préparer le patient à un premier recul vis-à-vis de ses habitudes (comportements automatisés, non identifiés, non évalués...):

- Quantification du comportement tabagique (quand ? combien ? comment ?).
- Identification des stimuli déclenchants: situationnels (dans quels contextes, moments, situations... ?), physiologiques et émotionnels (pour éviter ou rechercher quelles sensations ou quels états émotionnels ?), cognitifs (en réponse à quels types de pensées ?).
- Identification des facteurs de renforcement : le fait de fumer apporte quels éléments positifs, ou le fait de cesser quels éléments négatifs... ?

Le fumeur est encouragé à remplir un certain nombre de relevés d'auto observation.

Exemple de relevé d'auto observation (fumeur de 43 ans, cadre commercial).

Moment Quantité	Situation	Émotion	Pensées
8 heures 2 cigarettes	Le matin, dans ma voiture,	Agacé, tendu dans un embouteillage	C'est pas vrai ! encore en retard
8h45 1 cigarette	Arrivée au bureau : devant la machine à café, les collègues fument	Stressé, envie de me changer les idées	La tête vide, j'écoute les autres
10h 3 cigarettes	Dans ma voiture, en rendez- vous chez un client	Inquiet	C'est un gros contrat, je n'ai pas le droit d'échouer
11 h 2 cigarettes	Au bistrot, pour prendre un café	Soulagé	Ca s'est bien passé, c'est dans la poche, je m'accorde un petit plaisir
11 h 15 1 cigarette	Dans ma voiture	Fatigué, coup de barre	Du travail administratif en retard
12h30 5 cigarettes	Au restaurant pendant le repas avec des collègues	Détendu, mais fatigué par le bruit	Ca fait du bien de faire une petite pause

3. Une phase de modification comportementale

Le fumeur est encouragé à développer un ensemble de stratégies de lutte centrées sur le comportement tabagique, en amont de celui-ci (contrôle du stimulus), ou en aval (contrôle de la réponse).

1. Contrôle du stimulus

1.1. Contrôle des stimuli externes :

Le fumeur est encouragé à éviter certaines stimulations très fortement reliées au tabac (faire disparaître les cigarettes, briquets, cendriers...) ou à être très vigilant lorsqu'il s'y trouvera confronté (prendre un café avec des collègues à la pause, aller dîner chez des amis fumeurs...)

1.2. Contrôle des stimuli internes :

Le fumeur est invité à être attentif à ses émotions et sensations physiologiques désagréables (tension, inquiétude, tristesse, frustration...). Les stimuli internes sont le plus souvent les causes de rechute.

2. Contrôle de la réponse

Le fumeur est entraîné à développer des stratégies (copings) destinées à entraver ou à antagoniser le comportement tabagique.

2.1. Comportements dissociés :

Il s'agit de «déranger» le comportement tabagique. Par exemple, retarder la prise de la cigarette de 5 minutes à partir du moment où on a ressenti l'envie de fumer, fumer de la main gauche pour les droitiers, ne jamais fumer en faisant autre chose...

2.2. Comportements alternatifs ou antagonistes :

Il s'agit de répondre aux stimuli déclenchant des comportements autres que le tabagisme. Les principales techniques utilisées sont similaires à celles de la gestion du stress : exercice physique, relaxation, expression des émotions négatives, affirmation de soi, contrôle des pensées stressantes...

3. De façon générale

Le comportementaliste insiste sur l'**aspect complémentaire de ces techniques**. Aucune d'entre elles isolément n'est assez efficace pour peser sur le résultat, mais c'est leur association qui permettra d'atteindre l'objectif.

4. Une phase de suivi et de prévention des rechutes

4.1. Identification et anticipation des situations-problèmes :

Une fois le sevrage réussi, le comportementaliste et son patient établissent la liste des moments où le risque de refumer sera important (difficultés personnelles, lieux de tabagisme...) et réfléchissent aux stratégies à utiliser. Le sevrage est ainsi présenté comme la première étape d'un processus d'autocontrôle prolongé et non comme une fin en soi.

4.2. Gestion des faux pas :

Il est important d'informer à l'avance le fumeur que des faux pas sont possibles, et qu'ils ne signifient pas pour autant un échec définitif et total, avec des cognitions de culpabilité et de démotivation du type «je ne suis pas capable d'arrêter, cela prouve que le sevrage ne marchera jamais chez moi»... Ce qui faciliterait la rechute, à partir de ce qui n'aurait pu être qu'un faux pas.

NOTE 21. L'EFFICACITÉ DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES (EBM Niveau A)

Thorogood n'a pas trouvé de preuves dans sa revue de littérature qu'une méthode de délivrance de la nicotine est plus efficace qu'une autre. Le taux de bénéfice additionnel lié aux cures successives de substituts a tendance à se réduire avec le temps (THOROGOOD 01).

Willemsen a évalué des pourcentages d'efficacité des différents modes d'administration des substituts nicotiques (toujours combinés à un soutien psychologique allant du simple conseil d'arrêt à un soutien plus intensif). Toutes les formes sont supérieures au placebo. Le taux d'arrêt moyen dans les groupes traités est de 16,7% avec les gommes, de 13% avec les patchs, de 17,1% avec les inhalers et de 20,2% avec les comprimés. Mais pour les comprimés, le résultat est basé sur 2 études seulement. Contrairement aux autres présentations de nicotine, l'intensité du soutien psychologique associé n'a pas influencé les résultats dans les études concernant les patchs. La différence d'efficacité avec les patchs délivrés en pharmacie Over The Counter (OTC) est très minime. (WILLEMSSEN 03).

Silagy conclut en 2004 que toutes les formes commercialisées de substituts nicotiques (gommes, patch, spray nasal, inhaler ou comprimés sublinguaux) augmentent le taux d'arrêt du tabac de 1,5 à 2 fois par rapport au placebo (Odds Ratio 1,74 — IC à 95% 1,64 à 1,86 — et Odds Ratios de 1,66 pour les gommes, de 1,74 pour les patchs, de 2,27 pour le spray nasal, de 2,08 pour l'inhaler nicotine et de 2,08 pour les formes sublinguales) (SILAGY 04).

Populations particulières

Il y a des preuves légères de l'efficacité des substituts nicotiques chez les fumeurs de moins de 10 à 15 cigarettes/jour (SILAGY 04).

Les substituts nicotiques peuvent aider les fumeurs à réduire leur consommation de cigarettes. Aucune preuve ne permet cependant d'affirmer que la diminution de consommation diminue les risques pour la santé (VAN DEN BRUEL 04).

(WILLEMSSEN 03, SILAGY 04, BOLLIGER 00, SHIFFMAN 02, BOHADANA 00, THOROGOOD 01, VAN DEN BRUEL 04).

NOTE 22. L'UTILISATION PRATIQUE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Le spray nasal a été retiré de la vente en Belgique. Son utilisation n'est donc pas détaillée dans cette RBP.

À noter que le patient qui a arrêté de fumer et qui utilise des substituts nicotiques a déjà éliminé de sa consommation les 4000 autres substances, dont les toxiques, composant la fumée.

Le degré de substitution devrait atteindre 80 à 100% des apports nicotiques avant sevrage (MARTINET 01).

A. La nicotine en gommes (EBM Niveau A) (SILAGY 04)

Dosage

La nicotine en gomme dosée à 2 mg est plutôt recommandée chez les fumeurs de moins de 20 cigarettes/ jour, celle de 4 mg pour les fumeurs de 20 cigarettes ou plus. Chez les fumeurs très dépendants, l'utilisation des gommes à 4 mg apporte un bénéfice significatif (versus 2 mg Odds Ratio : 2.67, IC 95 % : 1.69 – 4.22) (SILAGY 04).

Il vaut mieux proposer une prise systématique toutes les heures, car la prise «ad libitum» peut entraîner un sous-dosage, cause d'échec du traitement (FIORE 00). La consommation ne doit pas dépasser 20 gommes à 4 mg ou 30 gommes à 2 mg par jour.

Durée

Les gommes doivent être utilisées pendant 8 à 12 semaines. (Il n'y a pas de preuves qu'un traitement plus long augmente l'efficacité du traitement.)

Technique

La gomme doit être mâchée doucement jusqu'à ce qu'un goût (différent selon les marques) apparaisse. Placer alors la gomme entre la gencive et la joue afin de faciliter la résorption de la nicotine par la muqueuse buccale. La gomme sera ainsi reprise de façon intermittente, mâchée lentement puis replacée dans la joue à un autre endroit, pendant environ 30 minutes ou jusqu'à ce qu'elle ait perdu son goût.

Absorption

Les taux plasmatiques apparaissent après 5 à 7 minutes et le maximum est atteint environ 30 minutes après le début de la mastication.

Les boissons acides (par exemple le café, les jus de fruits, les limonades) interfèrent avec l'absorption buccale de nicotine, tout comme le fait de manger. Manger et boire (sauf de l'eau qui n'influence pas l'absorption) sera évité pendant les 15 minutes qui précèdent la mise en bouche et pendant que la gomme est en bouche.

Effets secondaires spécifiques aux gommes

Hypersensibilité buccale, hoquet, dyspepsie et douleur des mâchoires. La mastication trop violente est la principale cause d'effets secondaires.

B. La nicotine en inhaler (EBM Niveau A) (BOLLIGER 00, SILAGY 04)

Dosage

Les recharges sont insérées dans un embout buccal, qui libère la nicotine lors de chaque aspiration. 80 puffs sont nécessaires pour aboutir à la dose de 1 mg de nicotine. Les taux plasmatiques observés sous inhaler correspondent à la mastication d'une gomme à 2 mg par heure. Il faudrait donc conseiller au fumeur d'utiliser un nombre suffisant de recharges : au moins 4 chaque jour avec un maximum de 12.

Durée

La durée recommandée pour le traitement dans les notices est de 4 à 6 mois dont les 3 premiers mois à dose stable (il n'y a cependant pas de preuves qu'une durée totale de traitement de plus de 8 à 12 semaines soit utile). Ensuite, selon les notices, il faudrait apprendre au patient comment réduire progressivement les doses pendant les derniers mois de traitement. Lorsque la consommation est retombée à 1 ou 2 recharges par jour, le traitement peut être stoppé (il n'y a pas de preuves qu'une réduction progressive des doses soit utile).

Absorption

La dose maximale est atteinte après 20 minutes d'utilisation intensive.

Les boissons acides (par exemple le café, les jus de fruits, les limonades) interfèrent avec l'absorption buccale de nicotine, tout comme le fait de manger. Manger et boire (sauf l'eau qui n'influence pas l'absorption) sera évité pendant les 15 minutes qui précèdent le traitement par inhaler. L'efficacité de l'inhaler est influencée par la température extérieure. Demander au fumeur de garder l'inhaler et les cartouches dans une poche intérieure de vêtement en cas de froid intense.

Effets secondaires spécifiques à l'inhaler

Une irritation locale (bouche et pharynx) est observée dans 40% des cas. La toux (32%) et une rhinite (23%) sont également fréquentes. La sévérité est le plus souvent minime et la fréquence des symptômes diminue avec le temps.

C. La nicotine en patchs ou timbres (EBM Niveau A) (SILAGY 04)

Dosage

Pour choisir la dose le médecin doit considérer les expériences antérieures avec les patchs, la quantité fumée, le degré de dépendance... Un patch de 21 mg est à peu près équivalent à fumer une cigarette toutes les heures. Un dosage de cotinine urinaire pourrait être utile pour adapter la dose chez les grands fumeurs, en cas d'échec du traitement, ou en cas de crainte d'un surdosage chez des patients à risque (cardiaques, femmes enceintes)

Durée

La durée du traitement est de 8 semaines (EBM Niveau A).

Pour les patchs, il est clairement prouvé qu'un traitement de 8 semaines a la même efficacité qu'un traitement plus long (FIORE 00, NZ Guideline 02, SILAGY 04).

Les patchs de 16 et de 24 heures ont une efficacité comparable (FIORE 00) (EBM Niveau A).

Un schéma à doses dégressives (par exemple 4 semaines de 21 mg/24h, suivi de 2 semaines à 14 mg/24h puis 2 semaines à 7 mg/24) a la même efficacité qu'un schéma à doses constantes avec arrêt brutal du traitement (par exemple 8 semaines de 15 mg/16h) (SILAGY 03) (EBM Niveau A).

Absorption

Le pic plasmatique est atteint après 5 à 10h. La demi-vie de la nicotine est d'environ 4 heures.

Technique

Chaque matin, dès que possible au lever, le patient place un nouveau patch sur une zone dépourvue de poils, habituellement entre le cou et la taille. Le patch ne sera pas appliqué au même endroit plusieurs jours consécutifs.

Effets secondaires spécifiques des patchs

50% des utilisateurs ont une réaction cutanée locale mais seuls 5% devront interrompre le traitement pour cette raison. Un autre effet secondaire des patchs est l'insomnie, des rêves anormaux, des cauchemars. Pour les patients qui ont des troubles du sommeil liés au patch, retirer le patch avant le coucher ou utiliser des patchs de 16 heures.

D. La nicotine en comprimés sublinguaux (EBM Niveau A) (SILAGY 04)

Dosage

Au début du traitement, prendre un comprimé à 2 mg toutes les 1 à 2 heures. Il vaut mieux proposer une prise systématique toutes les heures, car la prise «ad libitum» peut entraîner un sous-dosage, cause d'échec du traitement. La posologie habituelle est de 8 à 12 comprimés par jour. Les fumeurs très dépendants doivent augmenter la posologie à 2 comprimés par heure pour une dose journalière de 16 à 24 comprimés.

Durée : La durée du traitement est de 8 à 12 semaines. Selon les notices, après cette période, il convient de réduire progressivement le nombre de comprimés. Le traitement est arrêté quand la posologie est réduite à 2 comprimés par jour. (Il n'y a cependant pas de preuves que cette période de réduction progressive des doses soit utile, ni que la durée du traitement doit être prolongée au-delà de 8 à 12 semaines au total.)

Technique : Le comprimé doit être placé sous la langue où il se dissout lentement (une demi heure). La biodisponibilité est plus basse si la nicotine est avalée.

Effets secondaires spécifiques : Pendant les premiers jours, une irritation de la bouche ou de la gorge peut apparaître. Les patients s'habituent à cette sensation après quelques jours.

E. La nicotine en lozange (comprimés à sucer) EBM Niveau A (SILAGY 04, Shiffman 02)

Dosage

Proposer une dose fixe de 1 lozange à 2 mg toutes les 1 à 2 heures. La dose est habituellement de 8 à 10 lozenges par jour. Ne pas dépasser 25 lozenges à 2 mg par jour. Il existe un dosage à 4 mg pour les fumeurs ayant une dépendance élevée.

Durée

La durée du traitement est de 8 à 12 semaines. (Il n'y a pas de preuves qu'une période de réduction progressive des doses soit utile, ni que la durée du traitement doive être prolongée au-delà de 8 à 12 semaines au total.)

Technique

Ne pas mâcher ou avaler. Le lozange est à placer sur la langue. Le sucer lentement jusqu'à l'apparition du goût spécifique du lozange. Placer alors le lozange entre la gencive et la joue afin de faciliter la résorption de la nicotine par la muqueuse buccale. Attendre jusqu'à ce que le goût disparaisse. Le lozange sera ensuite repris de façon intermittente, sucé lentement puis replacé dans la joue à un endroit différent pendant environ 30 minutes ou jusqu'à ce qu'il ait perdu son goût.

Absorption

Les boissons acides (par exemple le café, les jus de fruits, les limonades) interfèrent avec l'absorption buccale de nicotine, tout comme le fait de manger. Manger et boire (sauf l'eau qui n'influence pas l'absorption) sera évité pendant les 15 minutes qui précèdent le traitement par Lozange.

Effets secondaires spécifiques

Le hoquet, une irritation temporaire de la cavité buccale, des ulcérations de la cavité buccale.

NOTE 23. CONCENTRATION SANGUINE OU ARTÉRIELLE DE LA NICOTINE EN FONCTION DU TEMPS, SELON LES DIFFÉRENTES FORMES

L'absorption de la nicotine du tabac fumé

Lors de la consommation d'une cigarette, la nicotine atteint le cerveau en 10 à 20 secondes, la concentration artérielle étant 10 fois supérieure à la concentration veineuse. La concentration veineuse augmente rapidement, le pic plasmatique étant atteint dès la fin de la 1^{re} cigarette. L'absorption est modulable en fonction des techniques de fumage: pour un même produit utilisé, l'absorption varie selon le volume de la bouffée, la profondeur de l'inhalation, la dilution du courant primaire avec l'air ambiant, le nombre et la fréquence des bouffées. Le fumeur peut ainsi opérer une véritable autotitration de sa nicotineémie, indépendamment des taux de nicotine ou goudrons indiqués sur les paquets de cigarettes.

L'absorption à partir des substituts nicotiques

Elle se fait par voie transcutanée (timbre) ou par la muqueuse buccale (gomme, inhaler, comprimés) ou nasale (spray). L'extraction de la nicotine à partir des gommes est incomplète et ne dépasse pas 50 % pour les gommes à 2 mg et 70 % pour les gommes à 4 mg. Elle est variable selon les individus et dépend du mode de mastication. Les concentrations plasmatiques obtenues avec les timbres ou les gommes nicotiques sont inférieures de 50 % à celles produites par la cigarette.

La nicotine du tabac mâché ou des gommes nicotiques est absorbée plus lentement que celle de la cigarette. Le plateau est atteint après environ 30 minutes et se maintient pendant au moins 2 heures avant de décroître progressivement. De par leur cinétique, les gommes ou les comprimés sont plus indiqués pour contrôler les besoins impérieux de fumer (craving).

Les timbres permettent de maintenir une nicotémie stable, mais le délai d'obtention du plateau est de plus de 3 heures en moyenne.

(MARTINET 01, MOLYNEUX 04)

NOTE 24. BUPROPION (EBM Niveau A)

(HURT 97, JORENBY 99, HUGHES 04, WILLEMSSEN 03, PRESCRIRE 03, SILAGY 04, TONNESEN 03).

Efficacité

Le bupropion (à la dose de 300 mg/jour, accompagné de 8 à 10 séances d'accompagnement à une fréquence hebdomadaire de 15 minutes maximum, et de 5 à 8 contacts téléphoniques additionnels) a un taux de succès moyen de 17,2 %. L'efficacité du bupropion est comparable à celle des substituts nicotiques (HUGHES 04, WILLEMSSEN 03).

La dose journalière

Il n'y a pas de différence d'efficacité significative (à 6 mois ou plus) entre les doses de 150 et de 300 mg/jour (HUGHES 04). Le rapport coût/efficacité (années de vie gagnées et qualité de vie) d'un traitement par 150 mg de bupropion est supérieur à un traitement par 300 mg, avec le même accompagnement (JAVITZ 04).

La prescription à long terme dans la prévention des rechutes

Il n'y a pas de bénéfice démontré à prolonger la durée du traitement par bupropion (durant 45 semaines) en vue de prévenir les rechutes (HUGHES 04). Il n'y a pas de bénéfice à utiliser le bupropion en prévention des rechutes chez les sujets qui ont arrêté avec des patchs de nicotine. La prescription de bupropion directement après un échec de traitement par des patchs de substituts nicotiques, n'a pas augmenté le nombre d'arrêts du tabac (HURT 04). Le taux d'arrêt à 1 an chez les fumeurs traités par le bupropion est meilleur avec un accompagnement qu'avec un conseil minimal (SWAN 03).

Les patients atteints de maladie cardiovasculaire

Tonstad a étudié le bupropion (300 mg/jr pendant 7 semaines) versus placebo chez 629 sujets atteints d'une maladie cardiovasculaire. Le taux d'arrêt à 1 an est de 22 % versus 9 % ($p < 0,001$). 6 % des sujets ont quitté l'étude pour effets secondaires (17 avec le bupropion, 19 avec le placebo) (TONSTAD 04).

Effets secondaires

Les plus décrits sont les insomnies (30 à 40 %) et la sécheresse de la bouche (10 %).

Les centres régionaux français de pharmacovigilance ont recueilli 1047 observations dont 262 cas graves pour 330 000 patients traités par bupropion. Les cas décrits sont des angioedèmes (29 cas), des maladies sériques (21 cas), des urticaires, des syndromes de Stevens-Johnson ou d'érythème polymorphe, des convulsions (45 cas dont 24 sans facteur de risque préalable), des dépressions, des idées suicidaires et des suicides, des complications cardiovasculaires... (PRESCRIRE 03).

NOTE 25. NORTRIPTYLINE

Effacité

L'efficacité du bupropion, des substituts nicotiques et de la nortriptyline est comparable (HUGHES 04). Willemsen cite un taux de succès de 24,2% dans une étude utilisant la nortriptyline mais il estime que ce résultat devrait être confirmé dans d'autres études (WILLEMSSEN 03).

Hughes conclut que les études concernant la nortriptyline montrent un accroissement de l'arrêt du tabac, à des doses de 75 à 150 mg (5 études OR 2,80 IC 95% 1,81 – 4,32).

Effets secondaires

Les effets secondaires potentiels sont la bouche sèche, la sédation, la constipation, la rétention urinaire, des problèmes cardiaques et un risque léthal en cas de surdosage. Aucun effet secondaire sérieux n'a été rapporté dans aucun test de sevrage tabagique. L'effet secondaire le plus courant était la bouche sèche. Les taux d'abandons du traitement étaient de 4 à 9%.

Dose

La dose utilisée en sevrage tabagique est de 75 à 150 mg/jour. La durée optimale de traitement n'est pas définie. (Elle pourrait être d'environ 8 semaines par extrapolation avec la durée des autres traitements de sevrage tabagique.)

La Nortriptyline n'a pas été testée sur des adolescents, des femmes enceintes, des personnes âgées (> 65 ans) ou des patients souffrant de maladies cardiovasculaires (VAN DEN BRUEL 04).

Coût

Le coût financier particulièrement bas pour le patient et pour la communauté est à mentionner. La molécule est disponible en prescription magistrale.

Le revers est que peu de promoteurs ont un intérêt à réaliser des études pour confirmer la place de cette molécule.

NOTE 26. LES AUTRES MÉDICAMENTS

Les autres antidépresseurs

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI) n'ont pas montré d'action bénéfique dans l'arrêt du tabac (HUGHES 04).

Clonidine

La clonidine est efficace dans l'arrêt du tabac, mais les preuves sont basées sur un petit nombre d'études, dans lesquelles existent de nombreux biais. De plus, des effets secondaires importants en raison des doses nécessaires limitent son utilité dans le sevrage tabagique (GOURLAY 04). Elle peut être utilisée lorsque les symptômes de manque sont très intenses ou en cas de toxicomanie multiple (VAN DEN BRUEL 04).

Anxiolytiques

Il n'y a pas de preuve que les anxiolytiques améliorent l'arrêt du tabac, mais les preuves disponibles ne peuvent pas exclure un effet possible (HUGHES 04).

Rimonabant

La molécule est annoncée. Il n'y a aucune preuve de son efficacité dans la littérature disponible actuellement.

NOTE 27. LES TRAITEMENTS ALTERNATIFS

Hypnothérapie

Une revue indépendante de la littérature réalisée par la Cochrane trouve que les preuves sont insuffisantes pour conseiller l'hypnose comme traitement de l'arrêt du tabac (ABBOT 04).

Acupuncture

Il n'y a aucune preuve que l'acupuncture, le laser ou l'électrostimulation soient efficaces en matière d'arrêt du tabagisme (WHITE 04).

Relaxation, respiration

Les méthodes basées sur la relaxation et la respiration n'ont pas démontré de preuves d'efficacité (FIORE 00).

Méthodes aversives

Il n'y a actuellement pas de preuves soutenant l'utilisation des méthodes aversives, dont le «rapid smoking», dans l'arrêt du tabagisme (HAJEK 04).

NOTE 28. PRÉVENTION DES RECHUTES ET RÉOLUTION DES PROBLÈMES LES PLUS FRÉQUENTS

Problèmes	Réponses
Manque de soutien	Planifier des consultations de suivi ou des contacts téléphoniques avec le patient. Aider le patient à identifier des sources de soutien dans son environnement. Référer le patient à un organisme qui offre un accompagnement ou un soutien aux fumeurs.
Humeur morose ou dépression	Fournir un soutien, prescrire un traitement antidépresseur approprié ou référer à un spécialiste.
Symptômes de sevrage importants ou prolongés	Si le patient rapporte un manque (craving) ou d'autres symptômes de sevrage, envisager la possibilité d'augmenter la dose ou de prolonger l'utilisation d'un traitement médicamenteux, ou la combinaison de plusieurs médicaments.
Gain de poids	Recommander l'augmentation de l'activité physique; décourager une diète trop stricte. Réassurer le patient: une prise de poids est habituelle en cas d'arrêt du tabac et se limite d'elle-même (Note 37). Insister sur l'importance d'une alimentation saine. Référer le patient si nécessaire (diététique).
Chute de motivation/sentiment de privation	Rassurer le patient: ces sensations sont habituelles. Recommander des activités d'auto-récompense. S'assurer que le patient ne consomme pas périodiquement du tabac. Insister sur le fait que recommencer à fumer (même une bouffée) va augmenter le besoin et rendre l'arrêt plus difficile.

Adapté de FIORE 00.

NOTE 29. L'ARRÊT DU TABAC ET LA PRISE DE POIDS

Le poids corporel des fumeurs est plus faible que celui des non fumeurs (en moyenne 3 à 5 kg). Le poids normal est habituellement repris lors de l'arrêt du tabac.

La nicotine pourrait réguler le poids en :

- augmentant les dépenses énergétiques. Chaque cigarette augmente le métabolisme de base pendant 2 heures et la dépense énergétique induite par l'exercice est supérieure de 12 % à celle du non fumeur,
- inhibant la lipogénèse et la sécrétion d'insuline, entraînant la mobilisation des réserves énergétiques à partir du tissu adipeux,
- diminuant le prise alimentaire (anorexigène).

(MARTINET 01)

L'utilisation d'un traitement médicamenteux dans l'arrêt du tabac, ne modifie pas la prise de poids à long terme.

Une étude montre une réduction de la prise de poids pendant la durée du traitement (6 semaines) avec le bupropion (HURT 97). Une étude a montré une persistance de la réduction de la prise de poids (prise de 4 kg au lieu de 5) 1 an après arrêt du traitement, mais le bupropion avait été donné pendant presque 1 an dans cette étude (HAYS 01). Une étude ne montre pas de différence significative à 12 semaines entre l'association de gommes de substituts nicotiques avec un régime versus des gommes sans régime (DANIELSSON 99).

NOTE 30. TEST HAD (HOSPITAL ANXIETY DEPRESSION SCALE) (LAGRUE 92) (EBM Niveau C)

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(e)	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, 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 je 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

10. Les notes

8. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait arriver	Oui, très nettement	3
	Oui, mais ce n'est pas 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 (se)	Jamais	3
	Pas souvent	2
	Quelque fois	1
	La plupart du temps	0
12. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir détendu(e)	Jamais	3
	Rarement	2
	Oui, en général	1
	Oui, quoi qu'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

Interprétation des scores du test HAD

Anxiété (somme des scores 1,4,6,8,10,12 et 14)

< 8 : état normal

> 10 : état anxieux anormal

Dépression (Somme des scores 2,3,5,7,9,11 et 13)

< 8 : état normal

> 10 : forte probabilité de dépression

NOTE 31

Les effets du tabagisme passif ont été longtemps discutés car les articles publiés présentent des conclusions divergentes. L'exposition au tabagisme passif est difficile à évaluer durant la longue période nécessaire au développement des pathologies tant dans les groupes exposés que dans les groupes non exposés (qui ont peut-être été exposés il y a quelques années), ce qui rend la recherche du lien causal plus difficile. Une revue de la littérature a montré que les conclusions des différents articles sur le tabagisme passif étaient fortement reliées aux liens ou non des auteurs avec l'industrie du tabac (BARNES 98). En 2003, une nouvelle publication a remis en question la nocivité du tabagisme passif : l'étude ne confirme pas une relation causale entre l'environnement tabagique (défini comme présence d'un conjoint fumeur au domicile) et la mortalité tout en n'excluant pas un effet sur la morbidité (cancer du poumon et BPCO) (ENSTROM 03). En 2004, Hill publie une étude montrant une augmentation de mortalité chez des non fumeurs exposés à la fumée du tabac (HILL 04). L'augmentation du risque est fonction de la durée et de l'importance de l'exposition. Le dosage de cotinine (urinaire ou plasmatique) chez un non fumeur exposé est le seul marqueur qui peut quantifier l'exposition au tabagisme passif (*Note 32*) (WOODWARD 91, MACLURE 89, JARVIS 01).

Les enfants sont particulièrement exposés (surtout quand les 2 parents fument).

	Nicotine dans l'air du domicile (mg/m ³)	Cotinine plasmatique chez l'enfant exposé (ng/ml)
2 parents non fumeurs	0,15	0,29
Père fumeur	2,50	1,17
Mère fumeuse	5,50	2,20
2 parents fumeurs	12,10	4,10

Source : ENSP (European Network for Smoking Prevention) 2001.

La quantité de cotinine plasmatique chez l'enfant augmente avec la quantité de nicotine dans l'air ambiant. Si la mère seule fume, l'exposition est plus importante que pour le père seul. Mais elle est nettement plus importante quand les 2 parents fument (plus que l'addition des 2 isolément). La seule mesure qui permet de réduire le taux de cotinine (plasmatique ou urinaire) chez l'enfant de parents fumeurs est l'interdiction totale de fumer dans la maison. Les autres mesures (diminuer sa consommation, fumer dans une autre pièce, aérer...) ne modifient pas ce taux (BLACKBURN 03).

NOTE 32. RÉDUCTION DU VEMS ET TABAGISME

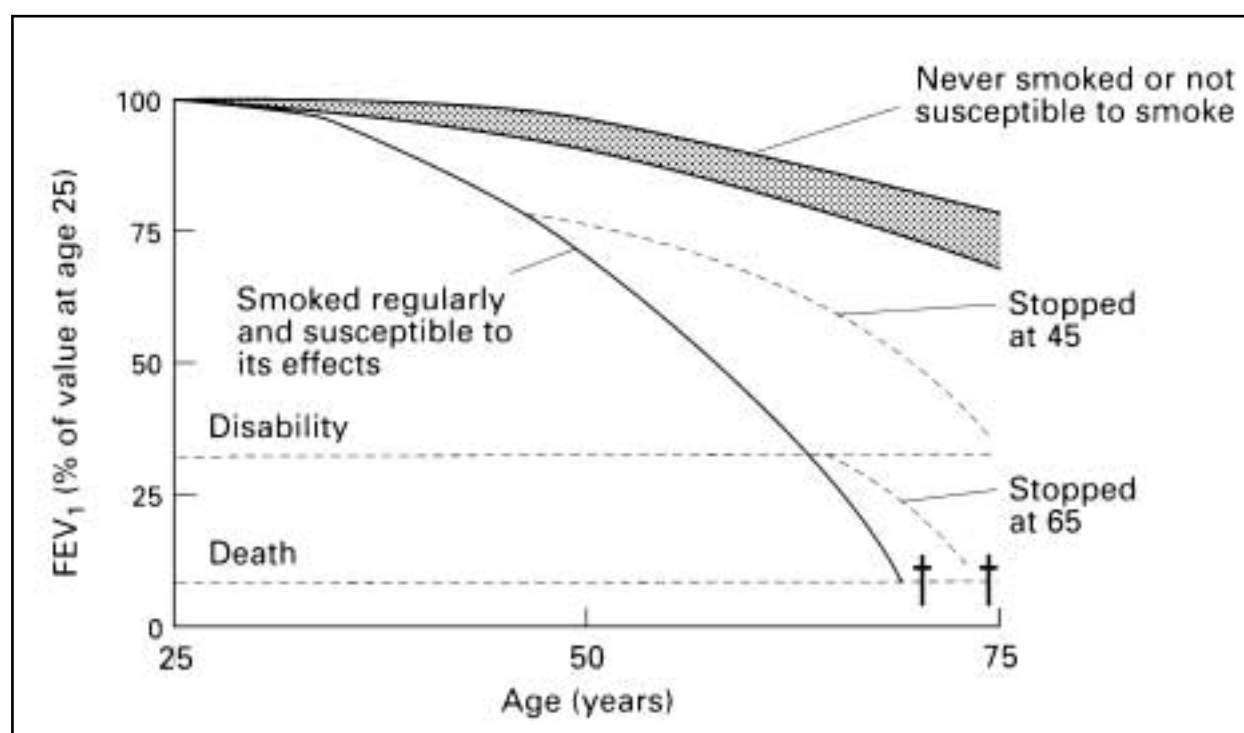


Diagramme de la BPCO

(FLETCHER C, PETO R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br med J* 1977, **1**: 1645-8.)

Cette figure montre l'évolution du VEMS (FEV₁) en fonction de l'âge. Le VEMS est considéré comme valant 100% à 25 ans et la réduction est exprimée en pourcentage de sa valeur à 25 ans. La courbe supérieure est celle des non fumeurs ou des fumeurs non sensibles aux effets respiratoires du tabac. L'inférieure est celle des fumeurs sensibles et évoluant vers la BPCO. Les courbes intermédiaires montrent l'influence de l'arrêt du tabac à 45 ans ou à 65 ans chez des fumeurs évoluant vers la BPCO. (POOLE 99).

La Lung Health Study a montré que la fonction pulmonaire s'améliore (gain de 47 ml de VEMS) chez les BPCO durant l'année qui suit l'arrêt du tabac. Ce bénéfice existe également en cas de tabagisme très important, d'âge avancé, de mauvaise fonction pulmonaire ou d'hyperréactivité bronchique. Durant la première année, le bénéfice de la fonc-

tion pulmonaire est ainsi doublé (gain lié à l'arrêt plus réduction de la perte comme ex fumeur) chez les fumeurs qui arrêtent par rapport à ceux qui continuent. Ensuite, la fonction pulmonaire des ex-fumeurs se dégradera au rythme des non fumeurs (31 ml par an) tandis que celle des fumeurs perdra 62 ml par an en moyenne, accroissant la différence au fil des ans. Les fumeurs ayant rechuté après un arrêt, conservent le bénéfice acquis durant la période d'arrêt (SCANLON 00, ANTHONISEN 02).

Une étude a montré que l'arrêt du tabac en préopératoire (6 à 8 semaines avant une intervention de prothèse de hanche ou de genou) réduisait le risque de complications post-opératoires chez les ex-fumeurs par rapport aux fumeurs persistants. La revue systématique de la littérature ne permet cependant pas actuellement de mettre en évidence un bénéfice pour toutes les interventions chirurgicales. (MOLLER 02, MOLLER 04).

11. La bibliographie

- ABBOT NC, STEAD LF, WHITE AR and al. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Library* 2004 Issue 1 <http://www.updateoftware.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab001008.htm>
- ABDENNBI K, BORGNE A. Arrêter le tabac après un accident coronaire diminue le risque de 50%. *La revue du praticien – médecine générale* 2003; **17**; 603: 238-42.
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Les stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Argumentaire et Recommandation. Mai 2003. www.afssaps.sante.fr
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Conférence de consensus. Arrêt de la consommation du tabac; Recommandations. 1999.
- AHLUWALIA J, GIBSON C, KENNEY R and al. Smoking status as vital sign. *J Gen Intern Med* 1999; **14**: 402-8.
- ANDERSON C, FEIGIN V, BENNETT D. Active and passive smoking and the risk of sub arachnoid hemorrhage. An international population based case-control study. *Stroke* 2004; **35**: 633.
- ANDRE C, LEGERON P, ALCARAZ G. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans l'aide au sevrage tabagique. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus ANAES 1998. Ed médicales est scientifiques p. 191-99.
- ANTHONISEN N, CONNETT J and MUTTAY R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; **166**: 675-79.
- BAKER F, AINSWORTH S, DYE J. Health risks associated with cigar smoking. *JAMA* 2000; **284**: 735-740.
- BAND RP, NHU DL, FANG R and al. Carcinogenic and endocrine disrupting effects of cigarette smoke and risk of breast cancer. *Lancet* 2002; **360**: 1044-49.
- BARNES DE, BERO LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *JAMA* 1998; **279**: 1566-70.
- BEM D. Self-perception theory: In: L. BERKOWITZ (ed). *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press, 1972:2-62.
- BENOWITZ N, HANSSON A, JACOB P. Cardiovascular effects of nasal and transdermal nicotine and cigarette smoking. *Hypertension* 2002; **39**: 1107-12.
- BLACKBURN C, SPENCER N, BONAS S and al. Effect of strategies to reduce exposure in infants to environmental tobacco smoke in the home: cross sectional survey. *BMJ* 2003; **327**: 257-61.
- BLONDAL T, GUDMUNDSSON L, OLFSDOTTIR I and al. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *BMJ* 1999; **318**: 285-9.
- BOHADANA A, NILLSON F, RAMUSSEN T and al. Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2000; **160**: 3128-3134.
- BOLLIGER C, ZELLWEGER JP, DANIELSSON T and al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000; **321**: 329-333.
- BONITA R, DUNCAN J, TRELSEN T and al. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tobacco Control* 1999; **8**: 156-160.
- BORGNE A. Tabac: à traiter comme une toxicomanie. *La revue du praticien* 2003; **17**: 1684-87.

- BREHM S, BREHM W. Psychological reactance. A theory of freedom and control. New York : Academic Press 1981.
- BUTLER C, PILL R and STOTT N. Qualitative study of patients' perceptions of doctor's advice to quit smoking : implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998 ; **316** : 1878-1881.
- BUENO DE MESQUITA HB, MAISONNEUVE P, MOERMAN CJ, et al. Life-time history of smoking and exocrine carcinoma of the pancreas : a population-based case-control study in the Netherlands. *Int J Cancer* 1991 ; **49** : 816-22.
- CHAO A, THUN MJ, JACOBS EJ and al. Cigarette smoking and colorectal cancer mortality in the cancer prevention study II. *J Nat Cancer Inst* 2000 ; **92** : 1888-96.
- CHOLLAT-TRAQUET C. Évaluation de la lutte anti-tabac. Exemples concrets et principes directeurs. Organisation Mondiale de la Santé. Genève. 1998.
- CHRISTEN W, GLYNN R, AJANI U and al. Smoking cessation and risk of age related cataract in men. *JAMA* 2000 ; **284** : 713-716.
- COLEMAN T, WILSON A. Anti-smoking advice in general practice consultations : general practitioner's attitudes, reported practice and perceived problems. *British Journal of General practice* 1996 ; **46** : 87-91.
- COLEMAN T, WYNN A, STEVENSON K and al. Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ* 2001 ; **323** : 1-5.
- COLEMAN T. ABC Of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ* 2004 ; **328** : 397-99.
- Collège des Médecins du Québec. La prévention et l'abandon du tabagisme. Lignes directrices. 1999.
- COPAS J, SHI J. Reanalysis of epidemiological evidence on lung cancer and passive smoking. *BMJ* 2000 ; **320** : 417-8.
- CORNUZ J, GHALI W, DI CARLANTONIO D and al. Physicians' attitudes toward prevention : importance of intervention specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice* 2000 ; **17** : 535-40.
- CORNUZ J, HUMAIR JP, ZELLWEGER JP. Tabacologie : quels conseils, pour quels fumeurs ? *Med Hyg* 2003 ; **61** : 1849-60.
- CRITCHLEY J, CAPEWELL S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. A systematic review. *JAMA* 2003 ; **290** : 86-97.
- CRITCHLEY J, CAPEWELL S. Smoking cessation for secondary prevention of coronary heart disease. The Cochrane database for smoking cessation. 1, 2004.
- DANIELSSON T, RÖSSNER S, WESTIN A. open randomised trial of intermittent very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit. *BMJ* 1999 ; **319** : 490-4.
- DEMARIA C, GRIMALDI G, LAGRUE G. Valeur predictive des tests psychologiques dans le sevrage tabagique. *Sem Hôp Paris* 1989 ; **40** : 2455-57.
- DEZATEUX C, STOCKS J, DUNDAS I and FLETCHER M. Impaired airway function and wheezing in infancy. The influence of maternal smoking and a genetic predisposition to asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1999 ; **159** : 403-10.
- DOLL R, PETO R, WHEATHLEY K, GRAY R, SUTHERLAND I. Mortality in relation to smoking : 40 years' observations on male British doctors. *Br Med J* 1994 ; **309** : 901-911.
- DOLL R, PETO R, BOREHAM J and al. Smoking and dementia in male British doctors : prospective study. *BMJ* 2000 ; **320** : 1097-102.
- DOLL R, PETO R, BOREHAM J and al. Mortality in relation to smoking : 50 Years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004 ; **328** : 1519-27.
- DUPONT P. Préparation à l'arrêt du tabac : les 5 étapes. *La revue du praticien* 2003 ; **17** : 1681-2.
- EDWARDS E. ABC of smoking cessation. The problem of tobacco smoking. *BMJ* 2004 ; **328** : 217-9.
- ENGLAND L, KENDRICK J, WILSON H and al. Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants. *American journal of epidemiology* 2001 ; **154** : 694-701.
- ENSTROM J, KABAT G. Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in prospective study of Californians, 1960-98. *BMJ* 2003 ; **326** : 1057-67.
- European Network for Smoking Prevention (ENSP). Smoke free workplaces : Improving the health and well-being of people at work. European status report 2001.

- ETTER JF, PERNEGER T, RONCHI A. Distributions of smokers by stages : international comparison and association with smoking prevalence. *PREVENTIVE MEDICINE* 1997 ; 26 : 580-85.
- ETTER JF, VU DUC T, PERNEGER T. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction* 1999. **94** (2), 269-81.
- EZZATI M, LOPEZ A, RODGERS A and al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002 ; **360** : 1347-60.
- EZZATI M, LOPEZ A. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003 ; **362** : 847-52.
- FAGERSTROM K. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978 ; **3** : 235-241.
- FAGERSTROM K. Combined use of nicotine replacement products. *Health Value* 1994 ; **18** : 15-20.
- FAGERSTROM K. Time to the first cigarette ; the best indicator of tobacco dependence ? *Monaldi Arch Chest Dis* 2003 ; **59** : 1, 91-94.
- FALBA T et al Reduction of quantity smoked predicts future cessation among older smokers. *Addiction* 2004 ; **99** : 93-102
- FARKAS A, GILPIN E, WHITE M and al. Association between household and work, place smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000 ; **284** : 717-722.
- FEENSTRA T, HAMBERG – van REENEN H, HOOGEENVEEN R and al. Cost-effectiveness analysis of face-to-face smoking cessation interventions by professionals. A modelling study. Rotterdam, 2003:44.
- FICHTENBERG C, GLANTZ S. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour : systematic review. *BMJ* 2002. **325** : 188-94.
- FIORE M, JORENBY D, SCHENSKY A and al. Smoking status as the new vital sign : effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995 ; **70** : 209-13.
- FIORE MC, BAILEY WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000 ; **283** : 3244-54.
- FIORE MC, BAILEY WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services. 2000.
- (<http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/TextBrowse/t/1048775818545/s/48674>)
- FRIKART M, ETIENNE S, CORNUZ J and al. Five-day plan for smoking cessation using group behaviour therapy. *Swiss Med Wkly* 2003 ; **133** : 39-43.
- FROST C, FULLERTON F, STEPHEN and al. The tar reduction study : randomised trial of the effect of cigarette tar yield reduction on compensatory smoking. *Thorax* 1995 ; **50** : 1038-43.
- GIOVANNUCI E. An updated review of the epidemiological evidence that cigarette smoking increases risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomark prev* 2001 ; **10** : 725-31.
- Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD NHLBI/WHO workshop report. (Mise à jour 03) <http://www.goldcopd.com>
- GODTFREDSSEN N, HOLST C, PRESCOTT E and al. Smoking reduction, smoking cessation, and mortality : A 16 year Follow-up of 19.732 men and women from the Copenhagen centre for prospective population studies. *American Journal of Epidemiology* 2002 ; **156** : 994-1001.
- GODTFREDSSEN N, OSLER M, VESTBO J and al. Smoking reduction, smoking cessation, and incidence of fatal and non-fatal myocardial infarction in Denmark 1976-1998 : a pooled cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2003 ; **57** : 412-6.
- GORECKA D, BEDNAREK M, NOWINSKI A and al. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *CHEST* 2003 ; **123** : 1916-23.
- GOURLAY SG, STEAD LF, BENOWITZ NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Library* 2004 Issue 1 <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000058.htm>
- Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Guide canadien de médecine préventive. Groupe Communication – Canada Edition 1994. <http://www.ctfphc.org/>
- Guidelines for smoking cessation. New Zealand Guidelines Group. Mise à jour 02. http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/smoking
- HACKSHAW A, LAW R, WALD N. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997 ; **315** : 980-988.

- HAJEK P, STEAD LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Library* 2004 Issue 1 <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000546.htm>
- HARRIS J, THUN M, MONDUL A and al. Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. *BMJ* 2004; **328**: 72-79.
- HARTGE P, SILVERMAN DT, SCHAIRER C and al. Smoking and bladder cancer risk in blacks and whites in the United States. *Cancer Causes Control* 1993; **4**: 391-4.
- HAYS J, HURT R, RIGOTTI N and al. Sustained release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomised controlled trial. *Ann Intern Med* 2001; **135**: 423 – 433.
- HE J, VUPPUTURI S, ALLEN K and al. Passive smoking and the risk of coronary heart disease. A meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999; **340**: 920-26.
- HEATHERTON T, KOZLOWSKI L, FRECKER R and 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; **84**: 791-800.
- HEATHERTON T, KOZLOWSKI L, FRECKER R and al. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; **86**: 1119-27.
- HILL C. Pour en finir avec les paquets-années comme expression de la consommation tabagique. *Rev. Mal. Resp.* 1992; **9**: 573-4.
- HILL S, BLEKELY T, KAWACHI I and al. Mortality among “never smokers” living with smokers: two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. *BMJ* 2004; **328**: 988-9.
- HOENGENAERT J-P. Stoppen met roken. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen. 2001.
- HUGHES JR, STEAD LF and LANCASTER T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- HUGHES JR, STEAD LF and LANCASTER T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- HURT R, SACHS D, GLOVER E and al. A comparison of sustained release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; **337**: 1195-202.
- HURT R, CROGHAN G, SLOAN A. Bupropion for relapse prevention after nicotine patch therapy. Society for research on Nicotine and tobacco. 7th annual meeting March 23-23 Seattle Washington 2001; 32.
- HURT R, KROOK J, CROGHAN I and al. Nicotine patch therapy based on smoking rate followed by bupropion for prevention of relapse to smoking. *J Clin Oncol* 2003; **21**: 914-20.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health care guideline. Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents. 2003. <http://www.icsi.org>
- Institut Scientifique de la Santé Publique. Enquête de Santé par Interview. 2001. (www.iph.fgov.be) épidémiologie.
- IRVINE L, CROMBIE I, CLARK R and al. Advising parents of asthmatic children of passive smoking: randomised controlled trial. *BMJ* 1999; **318**: 1456-9.
- JAMROZIK K, VESSEY M, FOWLER G and al. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *Br Med J* 1984; **288**: 1499-503.
- JARVIS M, FEYERABEND C, BRYANT A and al. Passive smoking in the home: plasma cotinine concentrations in non-smokers with smoking partners. *Tobacco Control* 2001; **10**: 368-74.
- JARVIS M, WARDLE J, WALLER J and al. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *BMJ* 2003; **326**: 1061-3.
- JAVITZ H, SWAN G, ZBIKOWSKI and al. Cost-effectiveness of different combinations of bupropion SR dose and behavioural treatment for smoking cessation: a societal perspective. *Am J Manag Care* 2004; **10**: 187-90.
- JOOSSENS LUK: communiqué de presse du 12 février 2003 CRIOC (Centre de Recherche et d'Information des Organismes et des Consommateurs) www.crioc.be.
- JORENBY D, LEISCHOW S, NIDES M and al. A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; **340**: 685-91.
- KAWACHI I, COLDITZ GA, STAMPFER MJ and al. Smoking cessation in relation to total mortality rates in women. A prospective cohort study. *Ann Intern Med* 1993; **119**: 992-1000.
- KROPP S, CHANG-CLAUDE J. Active and passive smoking and risk of breast cancer by age 50 years among German Women. *Am J Epidemiol* 2002; **156**: 616-26.

- LAGRUE G. Tabagisme et dépression, intérêt d'un test de dépistage, le HAD. Le tabagisme au quotidien, 1992 : 190-2.
- LAGRUE G, LEGERON P, DUPONT P. La motivation à l'arrêt du tabac : comment l'évaluer et la faire évoluer. Entretien de Bichat. Médecine 2001 ; 46-8.
- LAGRUE P, LEGERON P, AZOULAI G and al. Elaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. Alcoologie et Addictologie 2002 ; **24** (1) : 33-37.
- LAGRUE G, DUPONT P. Sevrage tabagique : comment prévenir les rechutes ? *La revue du praticien* 2003 ; **17** : 1701-4.
- LANCASTER T, STEAD L, SILAGY C and al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking : findings from the Cochrane library. *BMJ* 2000 ; **321** : 355-8.
- LANCASTER T, STEAD L. Individual behavioural counselling for smoking cessation. The Cochrane database for smoking cessation. 1, 2004.
- LANCASTER T, STEAD L. Self-help interventions for smoking cessation. The Cochrane database for smoking cessation. 1, 2004.
- LAW M, TANG J. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995 ; **155** : 1933-41.
- LE FOLL B, AUBIN J, LAGRUE G. les thérapies cognitives et comportementales dans l'aide à l'arrêt du tabac : revue de la littérature. *Ann Med Interne* 2002 ; **153** : S32 – S40.
- LE HOUEZEC J. Pourquoi devient-on dépendant du tabac ? *La Revue du Praticien*, médecine générale 2003 ; **635** : 1675-78.
- LENNOX A, OSMAN L, REITER E and al. Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice : randomised control trial. *BMJ* 2001 ; **322** : 1-7.
- LEUENBERGER P, SCHWARTZ J, ACKERMAN-LIEBRICH U and al. Passive smoking exposure in adults and chronic respiratory symptoms (SAPALDIA Study). Swiss study on air pollution in lung disease in adults, SAPALDIA Team. *Am J Respir Crit Care Med* 1994 ; **150** : 1222-8.
- LEVEQUE A, BERGHMANS L, LAGASSE R and al. Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique. *Arch Public Health* 1997 ; **55** : 145-158.
- LIGHTWOOD J, GLANTZ S. Short-term economic and health benefits of smoking cessation. Myocardial infection and stroke. *Circulation* 1997 ; **96** : 1089-1096.
- LUMLEY J, OLIVER S, WATERS E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford : Update Software.
- MALOTEAUX JM. Pharmacologie de la nicotine. Louvain Médical 2001 ; **120** : S76-S80.
- MARTINET Y, BOHADANA A. Le tabagisme, de la prévention au sevrage. Masson 2^e édition 2001.
- MC COLL A, RODERICK P, GABBAY J and al. Performance indicators for primary care groups : an evidence based approach. *BMJ* 1998 ; **317** : 1354-60.
- MOHER M, HEY K, LANCASTER T. Work place interventions for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. Vol 1, 2004.
- MOLLER A, VILLEBRO N, PEDERSEN T. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications : a randomised clinical trial. *Lancet* 2002 ; **359** : 114-17.
- MOLLER A, VILLEBRO N, PEDERSEN T. Interventions of preoperative smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. Vol 1, 2004.
- MOLYNEUX A. ABC of smoking cessation. Nicotine replacement therapy. *BMJ* 2004 ; **328** : 454 – 7.
- MOORE L, CAMPBELL R, WHELAN A and al. Self help smoking cessation in pregnancy : cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002 ; **325** : 1383-88.
- MURIN S and INCIARDI J. Cigarette smoking and the risk of pulmonary metastasis from breast cancer. *CHEST* 2001 ; **119** : 1635-40.
- NESS Andy and LONN Eva. What are the effects of non-drug treatments in secondary prevention of ischaemic cardiac events ? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, Déc 2001. www.clinicalevidence.org.
- NICE. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Technology appraisal guidance N° 39. 2002. www.nice.org.uk
- NICHOLAS JJ, KOTTKE T. By how much does smoking cessation, or avoidance of starting smoking, reduce risk ? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, Déc 2001. www.clinicalevidence.org.

- NICHOLAS JJ. How quickly do risk diminish when smokers stop smoking ? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, Déc 2001. www.clinicalevidence.org.
- PANAGIOTAKOS D, CHRYSOHOOU C, PITSAVOS C and al. The association between secondhand smoke and the risk of developing acute coronary syndromes, among non-smokers, under the presence of several cardiovascular risk factors: the CARDIO 2000 case control study. *BMC Public Health* 2002; **2**: 9-14.
- PARK E, SCHULTZ J, TUDIVER F and al. Enhancing partner support to improve smoking cessation. The cochrane database of systematic review. Vol 1, 2004.
- Parrot S, Godfrey C. ABC of smoking cessation. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004; **328**: 947-9.
- PETO R, DARBY S, DEO H and al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: Combination of national statistics with to case-control studies. *BMJ* 2000; **321**: 323-9.
- PETO R, LOPEZ AD, BOREHAM J and al. Mortality from tobacco in developed countries. *Lancet* 1992; **339**: 1268-78.
- PETO R, LOPEZ A, BOREHAM J and al. Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bull.* 1996; **52**: 12-21.
- PITSAVOS C, PANAGIOTAKOS D, CHRYSOHOOU C and al. Association between exposure to environmental tobacco smoke and the development of acute coronary syndromes: the CARDIO 2000 case control study. *Tobacco Control* 2002; **11**: 220-25.
- POOLE P, DOERR H and WELLINGHAM J. COPD Booklet Guidelines to best practice for management of stable COPD. The COPD Board, Northern Region, Guidelines development group. 1999.
- PRESCRIRE Rédaction. Amfébutamone/bupropion dans le sevrage tabagique, la nicotine est la plus sûre. *Rev Prescrire* 2001; 21 (221): 652-7.
- PRESCRIRE Rédaction. Vingt-quatrième journées françaises de pharmacovigilance: les faits marquants. *Rev Prescrire* 2003; **23** (245): 832.
- PRIGNOT J. A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. *Tobacco Control* 2000. **9**: 113.
- PRIGNOT J, BARTSCH P, VERMEIRE P and al. Physician's involvement in the smoking cessation process of their patients. Results of a 1998 survey among 4643 belgian physicians. *Acta Clinica Belgica* 2000; **55-5**: 266-75.
- PRIGNOT J, VERMEIRE P, BARTSCH P and al. Time-trends (1983-1998) in smoking habits among Belgian Physicians. *Arch Public Health* 2000; **58**: 111-129.
- PROCHASKA JO, DI CLEMENTE CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; **51**: 390-5.
- PROCHASKA JO, GOLDSTEIN MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991; **12**: 727-35.
- PROCHAZKA A, WEAVER M, KELLER R and al. A randomised trial of Nortriptyline for smoking cessation. *Arch Intern Med* 1998; **158**: 2035-2039.
- QIAO Q, TERVAHauta M, NISSINEN A and al. Mortality from all causes and from coronary heart disease related to smoking and changes in smoking during a 35 year follow-up of middle aged Finnish men. *Eur Heart J* 2000; **21**: 1621-6.
- QUIST-PAULSEN P, GALLEFOS F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003; **327**: 1254-7.
- RAYMOND S, WIRTH N, FRANCO I and al. Comment prescrire les substituts nicotiques ? *La revue du praticien* 2003; **17**: 1691 – 4.
- RAW M, Mc NEILL A, WEST R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; **53**: S1-S18.
- REID DJ, KILLORAN AJ, MC NEILL AD and al. Choosing the most effective health promotion options for reducing a nation's smoking prevalence. *Tobacco Control* 1992; **1**: 185-97.
- RÉPERTOIRE COMMENTE DES MÉDICAMENTS 03. Centre belge d'information pharmacothérapeutique. <http://www.cbip.be>
- RIEMSMA R, PATTENDEN J, BRIDLE C and al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ* 2003; **326**: 1175-81.
- RICE V, STEAD L. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews. 1, 2004.
- RIGOTTI NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002; **346**: 506-12.
- ROBINSON M, LAURENT S, LITTLE J. Including smoking status as a new vital sign: it works ! *J Fam Pract* 1995; **40**: 556-61.

- ROSEN C. Is the sequencing of change processes by stages consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychol* 2000; **19**: 593-604.
- ROSENBERG L, KAUFMAN DW, HELMRICH SP and al. The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. *N Engl J Med* 1985; **313**: 1511-4.
- ROSENBERG L, PALMER JR, SAPHIRO S. Decline of the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *N Engl J Med* 1990; **322**: 213-7.
- SAWNANI H, JACKSON T, MURPHY T and al. The effect of maternal smoking on respiratory and arousal patterns in preterm infants during sleep. *Am J Respir Crit Care med* 2004; **169**: 733-8.
- SCANLON P, CONNETT J, WALLER L and al. Smoking cessation and lung function in mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *AM J RESPIR CRIT CARE MED* 2000; **161**: 381-90.
- SHIFFMAN S, DRESSLER C, HAJEK P and al. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2002; **162**: 1267-1276.
- SHINTON R, BEEVERS G. Meta-analyse of relation between smoking and stroke. *BMJ* 1989; **298**: 789-94.
- SILAGY C, STEAD L. Physician advice for smoking cessation. The Cochrane library 2004. Vol 1.
- SILAGY C, LANCASTER T, STEAD L and al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Library* Issue 1, 2004. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>
- SILAGY C, STEAD L, LANCASTER T. Use of systematic reviews in clinical practice guidelines: case study of smoking cessation. *BMJ* 2001; **323**: 833-6.
- SIMON J. Bupropion for smoking cessation. *Arch intern Med* 2004; **164**: 1797-803.
- SINCLAIR H, BOND C, STEAD L. Community pharmacy personnel interventions of smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. 1, 2004.
- SIPPEL J, OSBORNE M, BJORNSON W and al. Smoking cessation in primary care clinics. *J Gen Intern Med* 1999; **14**: 670-6.
- SKINNER C, CAMPBELL M, RIMMERB and al. How effective is tailored print communication? *Ann Behav Med* 1999; **24**: 290-8.
- SMITH S, JORENBY D, LEISCHOW S and al. Targeting smokers at increased risk for relapse: treating women and those with a history of depression. *Nicotine Tob Res* 2003; **5**: 99-109.
- SOOD AK. Cigarette smoking and cervical cancer: meta-analysis and critical review of recent studies. *Am J Prev Med* 1991; **7**: 208-13.
- STEAD L, LANCASTER T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane database of systematic review. 1, 2004.
- STEAD L, LANCASTER T, PERERA R. Telephone counselling for smoking cessation. The Cochrane database of systematic review. 1, 2004.
- STEPTOE A, DOHERTY S, RINK E and al. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ* 1999; **319**: 943-8.
- SWAN G, JACK L, CURRY and al. Bupropion SR and adjunctive behavioral counselling for smoking cessation: 3 month results from a randomised field trial in a managed care setting. Society for research on Nicotine and tobacco. 7th annual meeting March 23-23 Seattle Washington 2001; 98.
- SWAN G, Mc AFEE T, CURRY S and al. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in health care setting: a randomised trial. *Arch intern Med* 2003; **163**: 2337-44.
- TAYLOR D, HASSELBLAD V, HENLEY S and al. Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Public Health* 2002; **92**: 990-6.
- THOROGOOD M, HILLSDON M and SUMMERBELL. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, Déc 2001. www.clinicalevidence.org.
- THUN MJ, APICELLA LF, HENLEY SJ. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable mortality. *JAMA* 2000; **284**: 706-12.
- TONNESEN P, TONSTAD S, HJALMARSON A and al. A multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, 1 year study of bupropion SR for smoking cessation. *J Intern Med* 2003; **254**: 184-92.
- TONSTAD S, FARSANG C, KLAENE G and al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multi centre, randomised study. *Eur Heart J* 2003; **24**: 946-55.
- TREMBLAY M, GERVAIS A, LACROIX C and al. Physicians taking action against smoking, an intervention program to optimise cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ* 2001; **165**: 601-7.

- UPTON M, SMITH G, Mc CONNACHIE A and al. Maternal and personal cigarette smoking synergize to increase airflow limitation in adults. *Am J Respir Crit Care Med* 2004 ; **164**: 479-87.
- US DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health consequences of smoking: A report of the surgeon general. http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/index.htm : 2004
- US DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health benefits of smoking cessation: a report of the surgeon general. Public Health Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990. DHHS Publication (CDC) 90-8416.
- US DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health consequences of smoking: cardiovascular disease: a report of the surgeon general. Public Health Services, Office on Smoking and Health, 1983. DHHS Publication 84-5024.
- VAN DEN BRUEL A, CLEEMPUT I, VAN LINDEN A and al. Efficacité et rentabilité des thérapies de sevrage tabagique. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE); 2004 juillet. KCE reports Vol. IB. Ref. PF04-26.02B.
- VANDERCAMMEN M. Farde de documentation tabac Edition 2004 CRIOC (Centre de Recherche et d'Information des Organismes et des Consommateurs) www.crioc.be.
- VAN DER MEER R, WAGENA E, OSTELO R and al. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004.
- VELICER W, FAVA J, PROCHASKA O and al. Distribution of smokers by stage in three representative samples. *PREVENTIVE MEDICINE* 1995 ; **24**: 401-411.
- WAKAI K, SEKI N, TAMAKOSHI A and al. Decrease in the lung cancer death in males after smoking cessation by age at quitting: findings from the JACC study. *Jpn J Cancer Res* 2001 ; **92**: 821-8.
- WALD N, WATT H. Prospective study of effect of switching from cigarettes to pipes or cigars on mortality from three smoking related diseases. *BMJ* 1997 ; 314: 1860.
- WEINER P, WAIZMAN J, WEINER M and al. Smoking and first acute myocardial infarction: age, mortality and smoking cessation rate. *Isr Med Assoc J* 2000 ; **2**: 446-9.
- WENNICKE T, DANIELSSON T, LANDFELDT B et al; Smoking reduction promotes cessation: a placebo controlled trial. *Addiction* 2003 ; **98**: 1395-1402
- WEST R, Mc NEILL A, RAW M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax* 2000 ; **55**: 987-999.
- WEST R. ABC of smoking cessation. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004 ; **328**: 338-9.
- WHITE AR, RAMPAS H, ERNST E. Acupuncture for smoking cessation. *Cochrane Library* 2004 Issue 1. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000009.htm>
- WHO. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva WHO 1998.
- WHO 2004 : <http://www.who.int/tobacco/resources/links/en/>
- WILLEMSEM MC, WAGENA EJ and VAN SCHAYCK CP. De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar Zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens. *Ned Tijdschr Geneeskde* 2003 ; **147**: 922-927.
- WOODWARD M, TUNSTALL-PEDOE H, SMITH W and al. Smoking characteristics and inhalation biochemistry in the Scottish population. *J Clin Epidemiol* 1991 ; **44**: 1405-10.
- WILSON K, GIBSON N, WILLAN A and al. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Archives of Internal medicine* 2000 ; **160**: 939-44.
- WYNN A, COLEMAN T, BARRETT S, WILSON A. Factors associated with the provision of anti-smoking advice in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 2002 ; **52** (485): 997-9 YUDKIN P, HEY K, ROBERTS S and al. Abstinence for smoking eight years after participation in randomised controlled trial of nicotine patch. *BMJ* 2003 ; 327: 28-9.
- ZELLWEGER J, BLAZIENE A, ASTBURY C and al. Bupropion hydrochloride sustained release is an effective and well tolerated aid to smoking cessation in a health care professionals population. A multicountry study. *European Respiratory Journal* 2001 ; 18 (suppl 33): 166S.

12. Méthodologie

Un peu partout dans le monde se développent des recommandations de bonne pratique visant à améliorer la qualité des soins, à réduire le recours à des interventions inutiles, inefficaces voire nuisibles, à optimiser les thérapeutiques avec un maximum de chance de bénéfice et avec un minimum de risque de nuisance, le tout à un coût acceptable. Des études récentes ont montré que l'adoption de recommandations de bonne pratique pouvait changer et améliorer la santé. Elles ne représentent cependant qu'un seul des éléments contribuant à une bonne décision médicale, laquelle tient également compte des préférences et des valeurs exprimées par les patients, des valeurs et expériences liées aux cliniciens ainsi que des moyens financiers disponibles.

Une recommandation ou un "guideline" propose une ligne de conduite basée soit sur de longues études randomisées établissant un niveau d'évidence scientifique (Evidence based Medicine), soit sur un accord professionnel fort. Chaque RBP repose sur la meilleure évidence scientifique disponible au moment de sa rédaction.

Après lecture des grandes études randomisées et contrôlées, des méta-analyses et des différents consensus reconnus sur un sujet, une recommandation s'élabore par la rédaction d'un premier texte qui est soumis à des experts tant spécialistes que généralistes. La RBP remaniée est ensuite confiée à des groupes locaux de généralistes pour l'évaluer quant à son acceptabilité et sa faisabilité. En tenant compte des remarques formulées, une version définitive est rédigée selon un canevas commun pour toutes les RBP de notre société scientifique. Ce canevas est lui-même issu des meilleurs standards rédactionnels disponibles de par le monde.

Cette recommandation de bonne pratique a comme base «Stoppen met roken», recommandation réalisée par Jean-Pierre Hoengenaert pour nos collègues néerlandophones et éditée en 2001 par la WVVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen).

En complément, une recherche systématique a été menée à partir des bases de données PubMed, Clinical Evidence et Cochrane Library, pour les méta-analyses, les synthèses méthodiques, les RCT (Randomised Controlled Trial) et les guidelines. Les mots-clés suivants ont été utilisés (seuls ou en association): smoking, cessation, passive, nicotine replacement therapy, antidepressive, counsel (I)ing, advice, behavioral, family practice. Les consensus et guidelines internationaux parus ces dernières années ont été répertoriés et consultés [ANAES 99 (France); Collège des Médecins du Québec 99 (Québec); FIORE MC 00 (USA); WEST 00 (Royaume Uni); NICE 02 (Royaume Uni); NZ Guidelines 02 (Nouvelle Zélande); ICSI 03 (USA)]. La recherche a été terminée le 30 avril 2004. Les documents ont été retenus en fonction de leur pertinence cliniques et par comparaison avec les articles retenus dans des recommandations ou par des sites se référant à l'EBM. Certains articles de moins bonne qualité méthodologique ont été retenus en raison de leur éclairage sur des points précis. Ils n'ont pas servi à l'élaboration des niveaux de preuve. La sélection des articles a été confrontée à la recherche de littérature réalisée sur le même sujet en 2004 par le Centre d'Expertise Fédéral (VAN DEN BRUEL 04).

Nous nous référons dans cette recommandation de la SSMG à une échelle basée sur 3 niveaux de preuve, marqués par ordre décroissant d'importance par les trois premières lettres de l'alphabet:

Evidence Based Medicine: Niveaux de preuves mis à jour par la SSMG le 06-02-2004:

- **Niveau A**: – méta-analyse(s)
 - synthèse(s) méthodique(s)
 - au moins 2 RCT (randomised controlled trials) de méthodologie validée
- **Niveau B**: – 1 RCT
 - études comparatives validées (cohorte, cas-témoin)
- **Niveau C**: – autres études
 - conférences de consensus
 - opinion(s) d'experts

La décision de recommander se base sur le niveau de preuve susmentionné. Elle tient compte également de l'applicabilité en médecine générale, des bénéfices attendus de l'intervention et des effets secondaires possibles.

Il est possible qu'une recommandation implique de la part du médecin une remise en question de certaines de ses pratiques dont l'efficacité n'a pas été prouvée scientifiquement, sans qu'il doive pour cela s'en offusquer. Une nouvelle réflexion est toujours source d'enrichissement et ce n'est que lentement qu'elle fera son chemin.

Il va de soi que le médecin demeure seul face à son patient, dans un dialogue singulier. Il lui appartient dès lors de décider, en harmonie avec ce dernier, de l'attitude la plus adéquate à adopter. Cette attitude peut différer d'un patient à l'autre, en s'adaptant à la personne à soigner.

13. Rédaction et édition

L'auteur de la présente recommandation de bonne pratique «Arrêter de fumer» est le docteur Jeannine GAILLY, médecin généraliste à Montignies-sur-Sambre.

Les experts contactés sont :

- le Professeur Pierre BARTSCH de l'université de Liège
- le Professeur Jacques PRIGNOT, professeur émérite à l'université catholique de Louvain

Ils ont relu les textes d'une version intermédiaire, proposé des articles de littérature complémentaire, émis des commentaires et des demandes de correction. Ces points ont été discutés au sein du groupe de travail des recommandations. Les textes définitifs leur ont été présentés pour relecture.

La traduction de «Stoppen met roken» a été réalisée par le docteur Michel DESLAGMULDER, médecin généraliste à Sart-Dame-Avelines.

Le groupe de travail des recommandations de bonne pratique de la SSMG qui a validé la présente recommandation est composé des membres suivants : les docteurs Geneviève BRUIER, Pierre CHEVALIER, Daniel DURAY, Bob GERARD, Yves GUEUNING, Dominique PAULUS, Bruno TIMMERMANS, Michel VANHALEWYN et Anne VANWELDE, avec la participation du docteur Jean-Pierre HOENGENAERT auteur de «Stoppen met roken» (recommandation de bonne pratique destinée à nos collègues belges néerlandophones).

Les médecins généralistes suivants (régions de Mettet et de Charleroi) ont "testé" sur le terrain cette recommandation : les docteurs François BAIVIER, Nathalie BOLLU, Rita DAVE, Jean-Jacques DEBOIS Vincent DEGREGZ, Jean DENIS, Pierre DERENNE, Pierre-Yves DEMUYNCK, Claire DUMORTIER, Chantal EVRARD, Isabelle HENRY, Charles HUBEAUX, Eric HUFKENS, Claire HUPIN, Jean HUPIN, Patrick JADOULLE, Philippe LUTTE, Sofie MERCKX, Agnès MONTEL, Guy NYSTEN, Bruno RUYSSSEN, Thierry VANDER SCHUEREN et Anne YERNAUX. Ils ont participé à une présentation de la recommandation, donné leurs commentaires sur la faisabilité de la stratégie d'arrêt dans la pratique. Certains ont également envoyé des remarques écrites après lecture du texte. Celui-ci a été revu en fonction de ces différents avis.

La recommandation a été soumise au CEBAM. (Centre for the Evidence-Based Medicine Belgian Branch of the Cochrane Collaboration). Une discussion plus approfondie a également eu lieu avec Luc BONNEUX et An VAN DEN BRUEL du CEBAM. Les corrections proposées ont été intégrées.

La recommandation a également été relue par des non professionnels de la santé dont Xavier LERA Y GONZALEZ et Stefaan VAN DE SANDE. Leurs remarques ont été intégrées.

L'éditeur responsable est la SSMG, Société Scientifique de Médecine Générale, dont le siège social est situé au 8, rue de Suisse à 1060 Bruxelles.

Une actualisation de cette RBP est prévue dans 4 ans.

14. Commanditaire

Cette recommandation de bonne pratique a été réalisée grâce au soutien du Service Public Fédéral de la Santé publique, de la chaîne alimentaire et de l'environnement.

Les personnes ayant rédigé cette recommandation n'ont aucun conflit d'intérêt déclaré.



SSMG asbl
rue de Suisse 8 • B-1060 Bruxelles
Tél. 02 533 09 80 • Fax 02 533 09 90
<http://www.ssmg.be> • E-mail: ssmg@ssmg.be