



## **RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE**

# **LES STRATEGIES THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES ET NON MEDICAMENTEUSES DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAC**

### **Recommandations**

## **GROUPE DE TRAVAIL**

Président : Pr. Gilbert LAGRUE Tabacologue CRETEIL  
Chargé de projet : Dr Bernard LE FOLL INSERM PARIS  
Chargé de projet : M. Pascal MELIHAN-CHEININ Economiste PARIS  
Coordinateur : Dr Guy ROSTOKER Afssaps

Pr. Jean ADES Psychiatre COLOMBES  
Dr Renaud de BEAUREPAIRE Pharmaco-psychologue VILLEJUIF  
Dr Yvan BERLIN Pharmacologue PARIS  
Dr Anne BORGNE Tabacologue BONDY  
Dr Paul CONINX Cancérologue REIMS  
Pr. Bertrand DAUTZENBERG Pneumologue PARIS  
Pr. Sylvain DALLY Toxicologue PARIS  
Mme Catherine DIVINE Pharmacien hospitalier CRETEIL  
Dr Catherine DENIS Afssaps  
Dr Nathalie DUMARCET Afssaps  
Dr Patrick DUPONT Tabacologue CRETEIL  
Mme Anne JEANJEAN Afssaps  
Pr. Georges LAGIER Président de la Commission N<sup>ale</sup> des Stupéfiants et des Psychotropes  
Pr. François LEBARGY Pneumologue REIMS  
Mr Jean-Marc LEDER Pharmacien PARIS  
Dr Patrick LEGERON Psychiatre PARIS  
Pr. Claude LE PEN Economiste PARIS  
Dr Michel MALLARET Pharmacovigilance GRENOBLE  
Pr. Joël MENARD Santé publique PARIS  
Mme Catherine MESSINA Afssaps  
Pr. Robert MOLIMARD Tabacologue VILLEJUIF  
Mr Bertrand MUSSETTA Afssaps  
Dr Gérard PEIFFER Pneumologue METZ  
Dr Florence PONS Afssaps  
Dr Isabelle ROBINE Afssaps  
Dr Béatrice SAINT-SALVI Afssaps  
Dr Anne STOEBNER Cancérologue MONTPELLIER

## **COMITE DE VALIDATION**

Pr Gilles BOUVENOT Président, Professeur de thérapeutique MARSEILLE  
Pr Jean-François BERGMANN Vice-Président, Professeur de thérapeutique PARIS  
Pr Charles CAULIN Président de la Commission d'AMM PARIS  
Pr Bernard DUPUIS Président de la Commission de la Transparence

Pr Michel AUBIER Pneumologue PARIS  
Pr Bernard BANNWARTH Pharmacologue, Rhumatologue BORDEAUX  
Dr Bruno CAMELLI Omnipraticien PARIS  
Dr Anne CASTOT Afssaps  
Dr Catherine DENIS Afssaps

Dr Nathalie DUMARCET Afssaps  
Pr Christian FUNK-BRENTANO Pharmacologue clinicien, Cardiologue PARIS  
Pr Claire LE JEUNNE Professeur de thérapeutique PARIS  
Dr François MEYER Afssaps  
Pr Michel PETIT Psychiatre SOTTEVILLE LES ROUEN  
Pr Olivier REVEILLAUD Omnipraticien BIEVRES  
Pr Christian RICHE Pharmacologue BREST  
Dr Guy ROSTOKER Afssaps  
Pr Claude THERY Cardiologue LILLE  
Dr François TREMOLIERES Infectiologue, Interniste MANTES LA JOLIE  
Pr Jean-Hugues TROUVIN Afssaps  
Dr Olivier WONG Omnipraticien PARIS

### **GROUPE DE LECTURE**

Dr Jean-Louis ACQUAVIVA Omnipraticien LE CANNET DES MAURES  
Dr Pierre ATLAN Omnipraticien PARIS  
Dr Jean-Pierre AUBERT Omnipraticien PARIS  
Dr Henri-Jean AUBIN Psychiatre LIMEIL BREVANNES  
Pr Alain BAUMELOU Néphrologue PARIS  
Dr Jean-Michel BORYS Endocrinologue ARMENTIERES  
Dr Jean-François BOZZI Médecin interniste PARIS  
Dr Claude Augustin CLEMENT Omnipraticien SERVIAN  
Dr Joël COGNEAU Omnipraticien CHAMBRAY LES TOURS  
Dr Michel COLETTI Omnipraticien VIROFLAY  
Dr Jean-Louis DEMAUX Omnipraticien BORDEAUX  
Pr Michel DETILLEUX Médecin interniste PARIS  
Dr François DUMEL Omnipraticien AUDINCOURT  
Dr Nathalie GALLOUADEC Omnipraticien CARRIERES SUR SEINE  
Dr Guy GODIN Cardiologue-tabacologue CHARLEVILLE MEZIERES  
Dr Pierre KLOTZ Omnipraticien ALTKIRCH  
Dr Gabrielle LALANDE – ERRARD Pneumologue TOURS  
Dr Jean-Louis LEMASSON Omnipraticien CASTILLON LA BATAILLE  
Dr Gérard LE ROUX Omnipraticien EPINAY SOUS SENART  
Dr Jean-Pierre LHUILLIER Omnipraticien LA VARENNE  
Dr François LIARD Omnipraticien SAINT EPAIN  
Dr Michel LIEVRE Cardiologue LYON  
Dr Yves MARTINET Pneumologue VANDOEUVRE LES NANCY  
Dr Gilles MENU Omnipraticien REIMS  
Dr Bruno MEYRAND Omnipraticien SAINT-GALMIER  
Dr Emile OLAYA Omnipraticien AN NONAY  
Dr Henri PARTOUCHE Omnipraticien SAINT-OUEN  
Pr Michel PINGET Endocrinologue STRASBOURG  
Dr Jérôme PITRAS Omnipraticien PARIS  
Pr Gérard SAID Neurologue LE KREMLIN BICETRE  
Dr René THIBON Omnipraticien NIMES  
Pr Daniel THOMAS Cardiologue PARIS  
Dr Jan VRIGNEAUD Omnipraticien GUERET

## **METHODE GENERALE**

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a confié à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) la mission d'établir les recommandations de bonne pratique et les références médicales, concernant le médicament. Elle précise d'autre part que les recommandations de bonne pratique et références existantes doivent être régulièrement actualisées, en fonction des données nouvelles de la science.

<p>C'est dans ce contexte que l' Afssaps propose des recommandations sur «Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac»</p>
--

Ces recommandations définissent une stratégie médicale optimale en fonction de l'état actuel des connaissances scientifiques et précisent ce qui est utile ou inutile, voire dangereux, de faire dans une situation clinique donnée.

Ces recommandations résultent de l'analyse des données actuelles de la science issues de la littérature. Cette analyse a pris en compte les évaluations réalisées pour :

- délivrer l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments concernés
- apprécier le service médical rendu (SMR)
- élaborer les fiches de transparence

ainsi que les données de pharmacovigilance et de pharmacodépendance.

Les sociétés savantes ont été consultées (Société de tabacologie, Société de pneumologie de langue française) pour proposer des représentants susceptibles de participer au groupe de travail.

Le groupe de travail constitué par l' Afssaps a rassemblé des experts de compétence, de mode d'exercice (hospitalo-universitaires, hospitaliers ou libéraux) et d'origine géographique divers et des représentants de l' Afssaps. Le groupe de travail comprenait un président, qui a dirigé le groupe et collecté les avis de l'ensemble des membres, deux chargés de projet qui, en collaboration directe avec le président, ont analysé la littérature et rédigé le document.

La recherche bibliographique a été réalisée par interrogation des banques de données MEDLINE et COCHRANE.

Les différentes conférences de consensus internationales et les méta-analyses existantes ont été analysées. Les résultats mentionnés sont principalement issus d'essais cliniques réalisés aux Etats-Unis et en Europe occidentale et se rapportent donc plus directement aux traitements et systèmes de santé disponibles dans ces pays. Les recommandations se sont fondées sur les preuves obtenues au cours d'essais cliniques contrôlés, randomisés, d'arrêt du tabac. Ils mettent en évidence les traitements qui ont démontré un effet supérieur au placebo, 6 mois ou plus après le début du traitement. Le groupe de travail s'est fondé sur les résultats des méta-analyses les plus récentes et notamment sur le guide américain de pratique clinique " treating tobacco use and dependence " publié par l'U.S. Department of Health and Human Services[1], sur les méta-

analyses du groupe Cochrane et sur les recommandations britanniques [2]. Des conférences de consensus plus anciennes ont été répertoriées, notamment la conférence de consensus des psychiatres américains de 1996 [3] et la conférence de consensus française de 1998 [4]. La bibliographie obtenue par voie automatisée a été complétée par une recherche manuelle. Celle-ci a consisté en une analyse des sommaires de revues générales (British Medical Journal, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine) de Janvier 2001 à décembre 2002. De plus, les listes de références citées dans les articles déjà identifiés ont été consultées. Enfin, les membres du groupe de travail et du groupe de lecture ont pu transmettre d'autres articles.

La recherche bibliographique automatisée a été faite sur les mots clés suivants : Tobacco cessation therapy / drugs for tobacco addiction / therapy for tobacco addiction.

L'argumentaire et les recommandations de ce travail ont été établis par le groupe selon la méthodologie proposée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES : Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 ; Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations - 2000). Chaque article a été analysé en appréciant la qualité méthodologique des études, afin d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Pour ce faire des grilles de lecture destinées à apprécier la qualité méthodologique et le niveau de preuve scientifique des documents ont été utilisées.

Les grades A, B, et C sont attribués aux recommandations selon le niveau de preuve scientifique attribué aux études sur lesquelles elles reposent (cf. Tableau *infra*). Lors de données de la littérature insuffisantes ou incomplètes, les recommandations ont été établies à partir d'un accord professionnel pour prendre en compte l'état des pratiques et les opinions d'experts.

Le texte a été soumis à un groupe de lecture avant d'être finalisé. Le groupe de lecture était composé de N experts de compétence, de mode d'exercice et d'origine géographique divers. Les experts de ce groupe de lecture, consultés par courrier, ont apprécié la qualité méthodologique et la validité scientifique du contenu, ainsi que la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité du texte. Leurs remarques ont été transmises à l'ensemble du groupe de travail qui a pu modifier son texte et a validé le document final.

Le texte a ensuite été soumis à l'approbation du Comité de validation des Recommandations et Références Médicales de l'Afssaps le 7 novembre 2002 puis transmis à la Commission de la transparence pour avis.

**Niveau de preuve scientifique de la littérature et force des recommandations selon l'ANAES (Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations : janvier 2000)**

<b>Niveau de preuve scientifique des études</b>	<b>Force des recommandations (grade)</b>
<u>Niveau I</u> : <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Essais comparatifs randomisés de forte puissance</b></li><li>- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li><li>- Analyse de décision fondée sur des études bien menées</li></ul>	<b>A</b> Preuve scientifique établie
<u>Niveau II</u> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li><li>- Etudes comparatives non randomisées bien menées</li><li>- Etudes de cohorte</li></ul>	<b>B</b> Présomption scientifique
<u>Niveau III</u> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Etudes cas-témoin</li></ul> <u>Niveau IV</u> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Etudes comparatives comportant des biais importants</li><li>- Etudes rétrospectives</li><li>- Séries de cas</li><li>- Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)</li></ul>	<b>C</b> Faible niveau de preuve scientifique

En l'absence de preuves scientifiques tirées de la littérature, les recommandations ont été fondées sur un accord professionnel fort.

## **I - EVALUATION DES THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES ET NON-MEDICAMENTEUSES DANS L'AIDE A L'ARRET DU TABAC**

### **POURQUOI TRAITER ?**

#### **Un constat épidémiologique : le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France**

Le tabagisme en France a été directement responsable en 1995 d'au moins 60 000 décès par an (55 000 hommes et 5 000 femmes), soit 10 à 12 % de la mortalité globale. D'ici 2015, la mortalité liée au tabac devrait doubler, notamment à cause d'une forte augmentation des décès chez les femmes fumeuses. Environ un fumeur sur deux décède d'une maladie favorisée ou causée par le tabagisme. Le tabagisme est responsable de 30 % de l'ensemble des cancers : broncho-pulmonaires, ORL, mais aussi tumeurs de la vessie et des voies urinaires et du pancréas. Il est un des premiers facteurs responsables des décès par maladies cardiovasculaires (maladie coronarienne, artériopathie, AVC) et d'affections respiratoires. Le tabagisme passif est également à l'origine de nombreux décès prématurés de non-fumeurs et provoque une morbidité importante chez les enfants. Le tabac est un facteur qui augmente la fréquence de survenue de certaines affections chroniques et qui aggrave leur retentissement somatique. Ainsi, l'hypertension artérielle et le diabète sont plus fréquents et plus graves chez les fumeurs que chez les non fumeurs. Le tabagisme aggrave les micro et macro-angiopathies diabétiques. Les néphropathies des diabétiques de type I ou II sont aggravées par le tabac. La fonction ventilatoire est fortement diminuée par le tabagisme, qui peut également exacerber des crises d'asthme. La dangerosité de la consommation du tabac est causée par les carcinogènes et le monoxyde de carbone présents dans la fumée, et non par la nicotine seule.

#### **Bénéfices de l'arrêt du tabac**

L'arrêt du tabac permet de réduire la surmortalité liée à cette consommation. Il est bénéfique pour la santé de s'arrêter même après l'apparition de pathologie liée au tabac. Le bénéfice est d'autant plus grand que l'arrêt est précoce. En revanche, le bénéfice de l'arrêt est variable selon la pathologie considérée. L'effet le plus spectaculaire est obtenu sur le risque de pathologie cardiovasculaire. L'excès de risque disparaît presque totalement en deux à trois années après l'arrêt. Le risque de cancer diminue également après l'arrêt mais plus lentement. Dans le cas des BPCO, l'arrêt du tabagisme permet de stabiliser l'altération de la fonction respiratoire. L'arrêt du tabac est, par ailleurs, hautement souhaitable dans des pathologies aggravées par le tabagisme (hypertension artérielle, Diabète de type I et II, insuffisance rénale chronique, asthme....) afin de stabiliser ou de ralentir l'évolutivité de ces affections.

#### **Prévenir le syndrome de sevrage**

Les troubles observés au cours du sevrage sont dus en grande part au manque de nicotine. Ils peuvent être considérablement atténués voire supprimés par les substituts nicotiques ou la prise de bupropion LP (Grade A).

Le syndrome de sevrage est observé chez les sujets qui arrêtent ou diminuent brutalement leur consommation. Ce syndrome comprend des troubles de l'humeur, une insomnie, de l'irritabilité, de la nervosité, de la colère, de l'agitation ou un sentiment de frustration. On observe fréquemment de l'anxiété, des troubles de la concentration. Une augmentation de l'appétit peut survenir et s'accompagner d'une prise de poids moyenne de 2 à 4 kilogrammes. Il faut relativiser l'importance de cette prise de poids. En effet, les études de population montrent que le poids moyen des fumeurs est plus faible que celui des non-fumeurs. A distance de l'arrêt, le poids moyen des fumeurs rejoint celui des non-fumeurs. Des pulsions irrésistibles à reprendre une cigarette sont fréquemment observées, ainsi qu'une appétence pour les aliments sucrés. Une augmentation de la toux est possible. Le syndrome de sevrage débute en quelques heures et est le plus intense dans les 24 - 48 heures qui suivent l'arrêt du tabac. La plupart des symptômes durent environ quatre semaines, mais les pulsions à fumer, les troubles de l'appétit et l'irritabilité peuvent persister six mois ou plus. L'intensité du syndrome de sevrage est variable d'un patient à l'autre. Il est plus marqué dans le cas d'une consommation de cigarettes par rapport au cigare ou à la pipe.

## **COMMENT TRAITER ?**

### **Les objectifs du traitement**

Le but du traitement est l'abstinence totale à long terme.

### **QUI DOIT TRAITER ?**

Le nombre de patients dépendants au tabac est tel qu'une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé est indispensable dans la complémentarité des compétences. Tout professionnel de santé, qu'il soit médecin généraliste ou spécialiste, pharmacien, sage-femme, chirurgien dentiste, infirmière, kinésithérapeute ou d'une autre profession paramédicale devrait prendre lui-même en charge le suivi, soit orienter vers un praticien formé à l'aide à l'arrêt du tabac, en fonction de ses possibilités matérielles et de ses acquisitions professionnelles,

Les médecins généralistes doivent jouer un rôle de premier plan. Leur nombre et leur proximité avec les patients permettent de toucher un grand nombre de fumeurs. Dans une perspective de santé publique, le conseil minimal doit être systématique. Une aide pour l'aide à l'arrêt devrait être également proposée à tout fumeur. Les médecins généralistes devraient recevoir une formation spécifique sur l'aide à l'arrêt du tabac. L'utilisation d'auto-questionnaires permet un suivi des sujets tabagiques compatible avec les contraintes de temps de l'exercice libéral de la médecine. Les médecins généralistes peuvent prescrire les substituts nicotiques (même s'ils sont en vente libre) et le bupropion LP.

Les pharmaciens ont également un rôle central à jouer. Depuis que les substituts nicotiques sont disponibles sans prescription médicale, l'accessibilité des traitements a été significativement facilitée. Des pharmaciens sont formés et impliqués dans la sensibilisation, le dépistage, la mise en place, la conduite, l'accompagnement et le suivi des fumeurs. Cette implication des pharmaciens est à l'origine d'un nombre important de délivrance de substituts nicotiques.



Les médecins spécialistes qui rencontrent un patient fumeur doivent également s'impliquer, sans attendre que le patient présente une maladie liée au tabac.

Les sages-femmes peuvent également intervenir dans l'aide à l'arrêt du tabac auprès des femmes enceintes fumeuses et aider celles qui s'arrêtent à prévenir la reprise du tabagisme dans le post-partum. Il existe ainsi des actions (formation, réseaux de maternité, information) qui leur sont spécialement destinées.

Les infirmières peuvent, de part leur proximité avec les patients, jouer un rôle actif dans l'arrêt du tabac.

## **QUELS SONT LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES AYANT DÉMONTRÉ LEUR EFFICACITÉ ET QUI SONT RECOMMANDÉS**

### **Le traitement nicotinique de substitution (TNS)**

#### **Bénéfices attendus**

C'est le traitement pharmacologique le mieux évalué de la dépendance tabagique. Il agit essentiellement à la période de sevrage. Les dernières méta-analyses réalisées portent sur 96 essais thérapeutiques contrôlés et plus de 35 692 fumeurs. L'efficacité du traitement nicotinique de substitution contre placebo est clairement démontrée (Niveau de preuve = I). Dans la plupart des études, les substituts nicotiques permettent de doubler le taux d'abstinence tabagique à 6 mois par rapport au placebo. A un an, 18 % des fumeurs ayant été traité par des substituts nicotiques sont abstinents contre 10 % dans le groupe placebo.

Les substituts nicotiques sont recommandés dans l'aide à l'arrêt du tabac chez les patients dépendants (Grade A).

#### **Les différentes formes galéniques**

**La gomme à mâcher**, historiquement le premier des substituts nicotiques, commercialisée en France depuis 1986 existe aujourd'hui en deux dosages : 2 et 4 mg. La dose libérée est approximativement de 1 mg pour les gommes de 2 mg et d'un peu moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg.

Il existe des gommes de saveurs différentes (menthol, orange, fruits...). La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'efficacité de la nicotine libérée par la gomme est optimale lors de la mastication de la gomme et non lors de la déglutition. Les taux plasmatiques de nicotine obtenus sont moindre que ceux obtenus par la prise de cigarette. Il faut préciser au patient que la gomme ne doit pas être utilisée comme un chewing-gum mais à l'inverse, être mâchée très lentement et que la salive ne doit pas être déglutie ; dans le cas contraire, le patient risquerait d'avoir des effets indésirables buccaux ou gastriques. Le risque de transfert de la dépendance aux cigarettes vers une dépendance à la gomme, sans être nul, reste marginal.

*Le système transdermique (timbre ou patch)* a été développé pour éviter ces difficultés d'usage liées aux gommes. Le timbre permet une meilleure observance, en rapport avec une plus grande facilité d'utilisation (Niveau de preuve : II). Pour diminuer le risque de réaction cutanée locale, il faut changer le site d'application du timbre quotidiennement.

Il existe des systèmes pouvant être portés durant 24 heures qui délivrent une dose de 21 mg de nicotine par jour et des systèmes pouvant être portés 16 heures qui délivrent une dose de 15 mg de nicotine par jour.

*Les pastilles sublinguales ou les pastilles à sucer* ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à la nicotine. Contrairement aux gommes, les pastilles n'ont pas de matrice retenant une partie de la nicotine. Une pastille de 2 mg libère approximativement 2 mg de nicotine, celle de 4 mg libère approximativement 4 mg de nicotine.

*L'inhalateur* est désormais disponible en France. Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres substituts nicotiques. Son usage est bien toléré, bien que l'on observe parfois une irritation buccale locale, une toux ou une rhinite. Ces effets indésirables sont d'intensité faible en général et disparaissent en quelques jours.

### **Modalités du traitement de substitution nicotinique**

Il est conseillé d'ajuster les doses de substituts nicotiques en fonction du score de Fagerström et de l'existence de symptômes de surdosage (bouche pâteuse, diarrhée, palpitations, insomnie) ou de sous-dosage (apparition d'un syndrome de sevrage marqué : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, agitation, anxiété, majoration de l'appétit) (Accord professionnel). Le patient doit être informé de ces symptômes afin de pouvoir adapter la dose.

Pour les formes orales de substituts nicotiques, la consommation de boissons acides, de café, de jus de fruit est déconseillée dans les 15 minutes précédant leur utilisation car ces boissons modifient l'absorption de nicotine au niveau buccal.

Le choix de la dose constitue un facteur important du succès. Les taux de succès sont améliorés si les substituts nicotiques apportent une quantité de nicotine proche de celle que le fumeur retirait de sa consommation de cigarettes.

Toutes les formes galéniques de substituts nicotiques ont une efficacité similaire à posologie égale. Le choix entre les différentes formes galéniques peut être fondé sur la sensibilité aux effets indésirables, la préférence du patient ou la disponibilité (selon les pays) (Accord Professionnel). Les fumeurs les plus dépendants présentent plus de succès avec la gomme dosée à 4 mg qu'avec celle à 2 mg (Niveau de preuve = II). Chez les gros fumeurs, l'efficacité en pratique courante des timbres utilisés sur 16 heures et 24 heures semble similaire (Niveau de preuve = II). L'utilisation du système transdermique au-delà de 8 semaines de traitement ne semble pas augmenter les taux de succès. Habituellement, le traitement par patch est diminué progressivement par paliers sur 8 à 12 semaines (Accord professionnel). L'association des

substituts nicotiques avec une prise en charge psychologique augmente les taux d'abstinence (Niveau de preuve = I).

Plusieurs études contrôlées ont montré une bonne tolérance et parfois une efficacité majorée de l'association de deux substituts nicotiques afin d'obtenir une posologie optimale chez les patient(e)s les plus dépendant(e)s (niveau de preuve = II). Cette stratégie peut être recommandée chez les patient(e)s très fortement dépendant(e)s ou sous-dosés par un seul type de substitut (Grade B). Néanmoins, l'association de différentes formes galéniques de substituts nicotiques doit s'effectuer sur prescription médicale (Accord professionnel).

La durée d'administration des substituts nicotiques est variable selon les patients : de 6 semaines à 6 mois (Accord professionnel).

Les substituts nicotiques ne sont pas inscrits sur la liste de médicaments remboursables.

### **Effets indésirables**

Certains effets indésirables peuvent être observés avec les gommes et les pastilles, souvent en cas d'utilisation inadéquate : brûlures pharyngées, hoquets, brûlures d'estomac. L'utilisation des gommes à mâcher expose certains patients aux risques de décollement de prothèse dentaire. Les timbres exposent au risque de dermite d'irritation avec prurit et à l'eczéma de contact.

Les substituts nicotiques n'induisent pas d'accidents cardiovasculaires, même chez les patients atteints de maladie coronarienne, d'hypertension artérielle ou d'artérite (Niveau de preuve = I). Certaines formes de traitement nicotique de substitution peuvent présenter un potentiel addictif, d'autant plus grand que la nicotine est délivrée plus rapidement. L'incidence d'usage abusif est nulle pour le timbre, faible pour la gomme ou l'inhaleur et plus élevée pour le spray nasal. Même si une dépendance aux traitement nicotique de substitution se développe, il est vraisemblable que l'on obtiendra un bénéfice global pour la santé si l'individu ne fume plus (Niveau de preuve = II).

### **Le bupropion LP (Zyban®)**

#### **Bénéfices attendus**

Il s'agit d'un médicament utilisé dans certains pays comme antidépresseur. Il agit en inhibant la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau synaptique dans le système nerveux central. Son efficacité dans le sevrage tabagique a été démontrée dans plusieurs essais thérapeutiques contrôlés ayant inclus un total de 2292 patients non déprimés (Niveau de preuve = I). Les métaanalyses font apparaître une supériorité légère mais régulière du bupropion LP par rapport au traitement de substitution nicotique. Il n'existe pas de preuve que l'association du bupropion LP et de substituts nicotiques soit plus efficace que chacun des produits utilisés seuls (Niveau de preuve = III). A ce jour, la seule étude ayant évalué cette association ne

montre pas de différence d'efficacité entre le bupropion LP seul ou en association avec les substituts nicotiques.

La durée habituelle de traitement par le bupropion LP est de 8 semaines (7 à 9 semaines) (Grade A)

Il n'y a pas de bénéfice actuellement à associer substituts nicotiques au bupropion LP : cette association n'est pas recommandée (Grade C).

L'efficacité du bupropion LP a été démontrée dans des essais thérapeutiques comportant des critères d'inclusion restrictifs. Son efficacité dans d'autres populations de patient reste à démontrer. Le bupropion LP a été démontré efficace chez :

1) - Des fumeurs chroniques âgés de plus de 18 ans, en bon état de santé général, indemnes de pathologies cardiaque, rénale, endocrine, cutanée, neurologique, psychiatrique et d'hypertension artérielle,  
- fumant plus de 15 cigarettes/j ou  
- motivés à l'arrêt du tabac

2) – Des fumeurs atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) débutante ou modérée : stade I (VEMS > 50 %) et stade II (50 % < VEMS > 35 %) de la classification internationale, motivés à l'arrêt du tabac et consommant au moins 15 cigarettes/j l'année précédente et ne s'étant pas arrêté de fumer plus de 3 mois l'année précédente.

## Modalités du traitement par le bupropion LP

Les modalités suivantes de prescription du bupropion LP sont recommandées (grade A) :

- *Respect strict des contre-indications :*
  - antécédents d'hypersensibilité au bupropion à l'un de ses excipients
  - troubles convulsifs évolutifs
  - antécédents de convulsion
  - tumeur du système nerveux central
  - troubles bipolaires (ex psychose maniaco-dépressive)
  - sevrage alcoolique
  - sevrage en benzodiazépine et produits apparentés
  - traitement par IMAO
  - anorexie, boulimie, actuelles ou anciennes
  - insuffisance hépatique sévère
  
- *Recherche systématique chez tous les patients de facteurs de risque de convulsions qui abaissent le seuil épileptogène :*
  - administration concomitante d'autres médicaments connus pour abaisser le seuil épileptogène. (ex : antipsychotiques, antidépresseurs, antipaludéens, tramadol, théophylline, stéroïdes administrés par voie systémique, quinolones et antihistaminiques sédatifs). En cas de prescription de médicaments de ce type chez un patient en cours de traitement par le bupropion LP, la dose maximale de 150 mg par jour est préconisée pour la durée de traitement restante.
  - abus d'alcool
  - antécédent de traumatisme crânien
  - diabète traité par antidiabétiques oraux ou par insuline
  - utilisation de produits psychostimulants ou anorexigènes.
  
- *Il est recommandé de se référer au Résumé des caractéristiques du produit (RCP) lors de sa prescription en raison des précautions d'emploi et des modalités posologiques particulières.*
  
- *L'administration du bupropion LP est déconseillée au cours de la grossesse et de l'allaitement.*
  
- *Le bupropion LP n'est pas inscrit sur la liste des médicaments remboursables.*

## Effets indésirables

Le bupropion LP présente un risque de convulsions (estimé à 1/1000, soit 0,1 %) Ces crises sont principalement généralisées de type tonico-cloniques. Il s'agit de l'effet indésirable le plus grave et le plus redouté du produit d'où ses contre-indications d'emploi. D'un point de vue

pratique, l'effet indésirable le plus fréquemment rencontré est l'insomnie qui impose de décaler la prise du 2<sup>ème</sup> comprimé en respectant toujours un intervalle de 8 heures. Les médecins doivent connaître la possibilité d'usage détourné du bupropion LP dans un but psychostimulant et/ou récréatif.

### Principaux effets indésirables du bupropion LP

Système– organe	Fréquence	Effets indésirables
Appareil cardio-vasculaire	Peu fréquents (> 1/10 000, < 1/100)	Tachycardie, élévation de la pression artérielle (parfois sévère), bouffées vaso-motrices.
	Rares (> 1/ 10 000, < 1/1 000)	Vasodilatation, hypotension orthostatique, syncope
SNC	Très Fréquents (>1/10)	insomnie
	Fréquents (> 1/100, < 1/10)	tremblements, troubles de la concentration, céphalées, sensations vertigineuses, dépression, agitation, anxiété.
	Peu fréquents (> 1/10 000, < 1/100)	Confusion.
	Rares (> 1/ 10 000, < 1/1 000)	Crises convulsives (voir supra), irritabilité, agressivité, hallucinations, dépersonnalisation, dystonie, ataxie, syndrome parkinsonien, fasciculations, troubles de la coordination.
Système endocrinien et métabolisme	Peu fréquents (> 1/10 000, < 1/100)	Anorexie.
	Rares (> 1/ 10 000, < 1/1 000)	Modifications de glycémie
Système gastro-intestinal	Fréquents (> 1/100, < 1/10)	Sécheresse de la bouche, troubles digestifs incluant nausées et vomissements, douleur abdominale, constipation.
Etat général	Fréquents (> 1/100, < 1/10)	Fièvre
	Peu fréquents (> 1/10 000, < 1/100)	Douleur thoracique, asthénie

<b>Système– organe</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Effets indésirables</b>
Système hépatobiliaire	Rares ( $> 1/10\ 000$ , $< 1/1\ 000$ )	Elévation des enzymes hépatiques, ictère, hépatite.
Peau/hypersensibilité	Fréquents ( $> 1/100$ , $< 1/10$ )	Eruption cutanée, prurit, sueurs. Réactions d'hypersensibilité telles que urticaire.
	Rares ( $> 1/10\ 000$ , $< 1/1\ 000$ )	Réactions d'hypersensibilité plus sévères incluant œdème de Quincke, dyspnée/bronchospasme et choc anaphylactique. Arthralgies, myalgies et fièvre ont été également rapportées en association avec des éruptions cutanées et d'autres symptômes évocateurs d'une hypersensibilité retardée. Ces symptômes peuvent ressembler à ceux d'une maladie sérique. Des cas d'érythème polymorphe et de syndrome de Stevens-Johnson ont également été rapportés. Exacerbation d'un psoriasis
Organes des sens	Fréquents ( $> 1/100$ , $< 1/10$ )	Troubles du goût.
	Peu fréquents ( $> 1/10\ 000$ , $< 1/100$ )	Acouphènes, troubles visuels.



## **Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour but de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel apprentissage. Elles interviennent à un niveau comportemental, cognitif et émotionnel. Elles font référence aux modèles issus des théories de l'apprentissage (conditionnement classique, opérant et apprentissage social), ainsi qu'aux modèles cognitifs fondés sur l'étude du traitement de l'information (processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement du sujet et qui interviennent dans les processus émotionnels). Ces techniques semblent particulièrement intéressantes dans le cadre du sevrage tabagique, car il apparaît que le tabagisme est un comportement qui se caractérise par un trouble de l'apprentissage qui aboutit à une perte de contrôle de la consommation. De plus, comme dans d'autres toxicomanies, des facteurs cognitifs et émotionnels peuvent contribuer à la rechute ou au maintien de la consommation. L'utilisation des thérapies comportementales et cognitives permet de multiplier par deux le taux d'abstinence tabagique à 6 mois (Niveau de preuve = I).

Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent être conseillées en première intention pour tout sujet décidé à s'arrêter de fumer (Grade A). L'approche par TCC est complémentaire à la prise en charge pharmacologique de la prévention de symptômes de sevrage (par les substituts nicotiques ou le bupropion LP) et les taux d'abstinence sont supérieurs quand les deux approches sont combinées. Elles peuvent être employées lors des trois phases de l'arrêt du tabac : la préparation, le sevrage puis la prévention de la rechute. Les techniques issues des entretiens motivationnels sont particulièrement utiles dans la phase de préparation mais également dans le suivi, afin de soutenir la motivation du patient. Une fois l'arrêt instauré, la prise en charge s'oriente sur la prévention de la rechute. L'objectif est alors d'aider les patients à identifier les situations dans lesquelles ils sont le plus susceptibles de fumer, à les éviter si nécessaire, et surtout à y faire face plus efficacement.

Les thérapies comportementales et cognitives sont des techniques validées et recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabac (grade A). Il s'agit de moyens efficaces d'aide à l'arrêt du tabac et de prévention des rechutes mais peu de praticiens sont formés à ces techniques et la nomenclature ne prend pas en compte ce type de traitement.

Une approche psychologique qui privilégie le conseil individuel des différents professionnels de santé est donc recommandée (grade C). Ce processus est long et nécessite plusieurs consultations approfondies.

Diverses techniques aversives ont été testées dans les années 70-80. Ce type de thérapie vise à réduire le pouvoir renforçant du tabagisme en associant la prise de cigarette avec un stimulus aversif, afin d'établir une réponse conditionnée négative à la consommation de cigarette. La technique d'inhalation rapide de la fumée qui provoque une aversion par un surdosage nicotinique, semble augmenter la motivation à l'arrêt du tabac.

La méthode de la fumée aversive n'est pas recommandée en raison du risque d'effets indésirables potentiels chez les patients présentant des pathologies organiques (Accord professionnel).

### **LES THERAPEUTIQUES NON RECOMMANDÉES**

1°) Clonidine, antidépresseurs tricycliques, buspirone, inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO), inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS)

2°) Anorexigènes, bêta-bloquants, Nicoprive®, caféine/éphédrine, cimétidine, lobeline, médicaments homéopathiques, méprobamate, benzodiazépines, ondansétron, vaccinothérapie, acétate d'argent.

3°) Acupuncture, mésothérapie, auriculothérapie, cigarettes sans tabac, hypnose, laser.

## **II - STRATEGIE THERAPEUTIQUE DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAC**

### **Quels circuits de prise en charge par les professionnels de santé ?**

L'ensemble des professionnels de santé en contact avec des fumeurs (médecins, pharmaciens, dentistes, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes...) doivent s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Lorsque cette prise en charge initiale n'est pas opérante, une aide à l'arrêt du tabac doit être apportée par des médecins généralistes ou spécialistes ayant acquis une formation et une expérience dans l'aide à l'arrêt du tabac.

En cas d'échec de la prise en charge par ces médecins, le patient sera orienté vers un centre spécialisé de tabacologie ou spécialisé dans les addictions (Accord professionnel).

### **Evaluation clinique du sujet fumeur**

#### **1) Evaluer la position du sujet face au tabagisme**

Cette première étape est indispensable pour fournir une prise en charge adaptée.

#### **Pour un patient qui ne souhaite pas faire une tentative d'arrêt**

Environ 40 % des fumeurs n'envisagent pas d'arrêter. Dans ce cas, le professionnel de santé doit fournir le conseil minimal. Ce simple conseil minimal au cours d'une consultation de routine augmente de façon significative le nombre de fumeurs qui s'arrêtent pour une durée d'au moins 6 mois (Niveau de preuve = I).

### **Pour un patient qui souhaite s'arrêter**

Ce type de patient correspond aux sujets visés par cette recommandation de bonne pratique. Après avoir évalué la présence de co-dépendances ou de troubles anxieux et/ou dépressifs associés, le praticien doit proposer un traitement efficace de la dépendance tabagique chez les patients fortement ou moyennement dépendants. Deux phases très différentes se distinguent dans la prise en charge. La première consiste à instaurer le sevrage avec notamment des traitements pharmacologiques chez les patients fortement ou moyennement dépendants ou une prise en charge cognitivo-comportementale. Les meilleurs taux de succès étant obtenus en combinant les deux stratégies. La deuxième phase a pour but d'aider le patient à maintenir son abstinence et utilise les stratégies de prévention de la rechute.

### **Pour un patient qui s'est arrêté récemment**

En raison de la nature chronique de la dépendance tabagique, chaque praticien qui rencontre un sujet ayant récemment arrêté de fumer devrait lui fournir une aide afin de prévenir la rechute.

## **2) Evaluer la dépendance tabagique**

### **Dépendance tabagique : définition et mécanismes**

Le tabagisme est un comportement qui est renforcé par une dépendance. La nicotine est la principale substance responsable de la dépendance, mais le tabac pourrait contenir d'autres substances addictives. La dépendance physique se caractérise par la survenue d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt et la dépendance psychique correspond au besoin ressenti de fumer.

La nicotine se fixe sur les récepteurs nicotiques de l'acétylcholine présents dans plusieurs zones du système nerveux central. Elle stimule, par l'intermédiaire de ces récepteurs nicotiques, les neurones dopaminergiques méso-cortico-limbiques cérébraux et provoque ainsi la dépendance.

### **Mesurer la dépendance des patients**

L'instrument de mesure de référence de la dépendance tabagique est le questionnaire de Fagerström dans sa dernière version (voir Annexe). Cet auto-questionnaire évalue essentiellement la dépendance physique à la nicotine. D'utilisation aisée, il est recommandé pour mesurer la dépendance car le résultat obtenu est un élément indispensable pour le choix du traitement (Grade A). Il n'est pas recommandé d'utiliser la définition du DSM IV (Classification des troubles mentaux) dans la pratique courante car l'applicabilité de certains items apparaît faible (Accord professionnel).

Le questionnaire de référence pour évaluer la dépendance tabagique est l'auto-questionnaire de Fagerström en 6 points (Grade A) mais avec la possibilité d'utiliser un test simplifié en 2 questions lors de l'interrogatoire pour plus de facilité (questions 1 et 4)(Accord professionnel).

### **3) Définir l'histoire du comportement tabagique**

Il faut repérer les raisons pour lesquelles le sujet a initié sa consommation tabagique et les effets bénéfiques que le patient en retire. Il est utile de faire préciser la quantité fumée ; mais surtout le mode de consommation : dans quelles circonstances le tabac est consommé, quels sont les éléments qui déclenchent la prise de cigarettes (réunions, amis...), les facteurs qui la favorisent (alcool, émotions...). Il peut être utile de faire remplir au patient un " tableau de bord " sur lequel il décrit pendant quelques semaines sa consommation de tabac.

Il est utile de préciser avec le patient quels enseignements ont été tirés des tentatives précédentes et quelles ont été les causes de l'échec. La survenue d'un trouble anxieux et/ou dépressif ou d'un syndrome de sevrage particulièrement intense sont à rechercher de façon systématique. Il est utile de faire préciser au patient quels traitements ont été utilisés dans le passé et si l'observance a été bonne, la dose et la durée de ces traitements, l'échec pouvant être lié à un sous-dosage ou à un traitement de durée trop brève.

La présence de fumeurs dans l'entourage du patient est à rechercher car c'est un facteur prédictif de la rechute. Il est utile de savoir si les fumeurs proches du sujet ont déjà fait une tentative d'arrêt et s'ils sont prêts à entreprendre une tentative conjointe avec le sujet.

Il faut interroger le patient sur ses préférences par rapport au traitement et s'il a déjà prévu une date d'arrêt. Ces éléments doivent être pris en compte lors du choix du traitement.

### **4) Rechercher des troubles psychiatriques associés et d'autres addictions**

#### ***Troubles anxieux et/ou dépressifs :***

Le lien épidémiologique entre les troubles anxieux et/ou dépressifs et le tabagisme est bien établi. De nombreuses études ont montré la précession des troubles anxieux et/ou dépressif sur le tabagisme. Une étude récente de cohorte d'adolescents montre que les troubles anxieux peuvent apparaître après le début du tabagisme. Il semble également que les troubles anxieux s'améliorent à l'arrêt du tabac chez certains malades, ce qui suggère un rôle causal de la nicotine dans leur survenue. Il semble enfin établi que les fumeurs qui ont présenté dans le passé ou qui présentent lors de leur tentative d'arrêt des troubles anxieux ou dépressifs ont plus de difficulté à s'arrêter de fumer. De surcroît, l'arrêt du tabac induit chez certains patients une recrudescence de leurs troubles anxieux ou dépressifs. Le risque d'apparition d'épisode dépressif majeur est augmenté pendant les six mois après arrêt du tabac. Les fumeurs qui présentent un trouble dépressif induit par le sevrage ont plus de difficulté à s'arrêter de fumer. Les troubles anxieux et/ou dépressifs induits par le sevrage durent en moyenne quelques semaines et ne nécessitent en

général pas de prise en charge pharmacologique spécifique. Un soutien dans le cadre de la consultation est néanmoins nécessaire. Si les troubles persistent, il convient d'envisager une prise en charge spécifique.

Certains outils ont été développés qui permettent le dépistage de ces troubles par des praticiens non psychiatres. Les outils les plus utilisés sont des auto-questionnaires comme le H.A.D. (Hospital Anxiety Depression) (voir Annexe) et l'inventaire de dépression de Beck dans sa forme abrégée (Beck Depression Inventory) (voir Annexe). En cas d'anomalies, l'utilisation d'entretiens structurés fondés sur les critères du DSM IV permet de mieux caractériser la nature des troubles, ce qui guidera les indications thérapeutiques. Malgré les difficultés d'acceptabilité que cela peut soulever, il semble utile en cas de doute d'adresser le patient à un psychiatre pour un avis diagnostic.

Il convient de repérer l'anxiété et la dépression et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique (Accord professionnel). Les troubles anxieux sont parfois améliorés par le sevrage. En cas de persistance ou d'aggravation des troubles dépressifs, une prise en charge spécifique devra être mise place. (Accord professionnel), Il convient de souligner le risque de rechute chez les anciens déprimés lors du sevrage tabagique. Le bupropion LP n'a pas d'autorisation de mise sur le marché en France dans l'indication épisode de dépression. En cas d'épisode de dépression caractérisé, le sevrage tabagique ne devra être envisagé que lorsque l'état neuro-psychique du patient est stabilisé (Accord professionnel).

## **Les addictions associées au tabagisme**

### ***L'alcool***

L'alcool est la première co-dépendance. Il s'agit d'une situation assez fréquente et le lien épidémiologique est établi entre les deux dépendances. Les fumeurs qui présentent un abus ou une dépendance envers l'alcool ont plus de difficultés à s'arrêter de fumer.

Il est recommandé de rechercher une addiction ou une consommation excessive d'alcool au moment de l'évaluation du patient tabagique par l'utilisation du questionnaire "CAGE" ou « DETA » (voir Annexe). (Accord Professionnel)

Enfin, il est utile de surveiller la consommation d'alcool lors du sevrage tabagique, car une augmentation de la consommation d'alcool peut s'observer. En cas d'addiction tabac-alcool, il est possible d'arrêter l'alcool dans un premier temps puis, une fois le sevrage d'alcool effectué, de s'occuper du tabac. Il est aussi possible d'effectuer les deux sevrages en parallèle. Ces situations apparaissent comme individuelles et dépendent à la fois du patient et du thérapeute.

Le médecin généraliste doit être le premier thérapeute pour les sevrages, tant tabagique qu'alcoolique (Accord professionnel). C'est en cas d'échec de la prise en charge par ce praticien de première ligne que le patient sera dirigé vers un centre spécialisé dans les addictions (Accord professionnel).

### ***Le cannabis***

La consommation de cannabis paraît actuellement de plus en plus fréquente, particulièrement chez les adolescents et les adultes jeunes. Il conviendra de préciser si ce produit est consommé sous forme d'"herbe" sans tabac associé ou s'il est consommé sous forme de résine ("haschich") avec du tabac. Il convient de distinguer l'usage occasionnel de la consommation habituelle et répétée (Accord professionnel). Il convient aussi de dépister un comportement addictif envers le cannabis (Accord professionnel). Une consommation régulière de cannabis peut révéler un trouble psychologique ou un trouble de l'adaptation, révéler ou générer une psychose. Ainsi, une prise en charge conjointe de l'addiction aux deux toxiques paraît utile (Accord professionnel). En cas d'addiction au cannabis, le sujet devra être adressé, soit à un thérapeute formé à la prise en charge de ce type de pathologie, soit à un centre d'addictologie (Accord Professionnel). La consommation de cannabis réduit fortement les chances succès d'un arrêt du tabac (Accord Professionnel).

### ***Les médicaments***

Une dépendance envers des médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs, analgésiques...), doit être dépistée et prise en charge de façon adaptée avant le sevrage tabagique (Accord Professionnel).

## **5) Réaliser un examen clinique général**

Chaque praticien devrait rechercher chez les sujets fumeurs, par l'interrogatoire et un examen physique approfondi, la présence de signes ou de symptômes évocateurs d'une pathologie liée au tabagisme, notamment la recherche de pathologie cardiovasculaire, de cancer broncho-pulmonaire et ORL ou de BPCO. Une évaluation de la pression artérielle sera aussi toujours effectuée (Accord professionnel), ainsi qu'une mesure du débit expiratoire de pointe par peak-flow (Accord professionnel). La recherche d'une pathologie chronique aggravée par le tabagisme sera recherchée par un interrogatoire orienté ainsi que des antécédents ou des pathologies évolutives qui représentent des contre-indications à certains traitements pharmacologiques de la dépendance nicotinique (Accord professionnel). Parmi les fumeurs de cigare ou de pipe, les cancers ORL, qui représentent la cause la plus fréquente de mortalité liée au tabagisme, devront être recherchés, de même que chez des patients présentant un abus ou une dépendance à l'alcool (Accord professionnel).

## **6) Quelle place attribuer aux marqueurs biologiques du tabagisme en pratique courante**

## **La cotinine**

La cotinine, le principal métabolite de la nicotine, peut être mesurée dans le sang, la salive ou l'urine. Les taux de cotinine reflètent les apports de nicotine des 2 à 3 jours précédents. Le dosage de cotinine permet de s'assurer de l'abstinence d'un sujet qui n'est pas sous traitement nicotinique substitutif. En pratique courante, l'utilisation du dosage de cotinine afin d'adapter le traitement substitutif nicotinique, n'est pas utile. L'adaptation posologique du traitement substitutif nicotinique peut s'effectuer uniquement sur des critères cliniques (signes de sur ou de sous-dosage).

Le dosage de la cotinine est réservé à la recherche, aux centres spécialisés et aux services hospitaliers (Accord Professionnel).

## **Le monoxyde de carbone (CO)**

Il est facilement mesuré dans l'air expiré par un analyseur de CO. Il reflète la consommation tabagique des heures précédentes. Son utilité résulte de sa facilité de mesure. Il peut être utilisé pour vérifier l'abstinence chez un sujet qui utilise des substituts nicotiques. La mesure du CO dans l'air expiré a été utilisée pour motiver les sujets fumeurs à s'arrêter ou pour renforcer l'abstinence car les valeurs sont normalisées après un jour d'abstinence (Accord professionnel). Une valeur inférieure à 10 p.p.m. témoigne de l'abstinence. Toutefois, le CO ne permet pas de différencier facilement le non fumeur du petit fumeur occasionnel.

L'analyseur de CO n'est pas indispensable en première intention, mais il peut être très utile pour le suivi (Accord professionnel). L'analyseur de CO est recommandé dans les services hospitaliers, chez les médecins tabacologues et dans les centres de tabacologie (Accord Professionnel).

## **Recourir à des thérapeutiques ayant démontré leur efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac**

### **Quel moyen thérapeutique ?**

Le praticien doit encourager les tentatives d'arrêt de chaque patient fumeur et le soutenir dans sa démarche (conseil minimal<sup>1</sup>). Pour un patient prêt à entreprendre une tentative d'arrêt, trois méthodes ont démontré leur efficacité : les traitements nicotiques de substitution (TNS), les thérapies cognitives et comportementales (TCC) et le bupropion LP. Le traitement nicotinique de substitution est la thérapeutique la plus ancienne et la mieux évaluée. Le traitement nicotinique de substitution présente un rapport bénéfice/risque particulièrement élevé. Il doit être privilégié.

---

<sup>1</sup> Conseil minimal : consiste pour un professionnel de santé à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé de s'arrêter de fumer. A cette occasion un document d'information peut être remis au patient.

Les traitements pharmacologiques doivent être utilisés en association avec un conseil minimal et un soutien psychologique suivi. Ces traitements pharmacologiques sont indiqués chez les patients dépendants (score de dépendance moyen et élevé au test de Fagerström) afin de diminuer ou d'annuler les symptômes du sevrage. Le choix de leur utilisation est fondé sur les antécédents des patients, le risque d'effets indésirables le degré de dépendance nicotinique, l'existence de contre-indications éventuelles à ces produits, les pathologies associées, les risques éventuels de pharmacodépendance et de mésusage, les compétences du praticien et les préférences du patient (Accord professionnel). Il n'y a pas de bénéfice actuellement à associer substituts nicotiques au bupropion LP : cette association n'est pas recommandée (grade C). Chez les patient(e)s faiblement dépendant(e)s, les traitements nicotiques de substitution peuvent s'avérer utiles lors de la période de sevrage, notamment en recourant à l'automédication (Accord professionnel).

### **Quelle durée de traitement pharmacologique ?**

La durée d'administration recommandée des substituts nicotiques lors de la phase initiale de sevrage tabagique est de 6 semaines au minimum jusqu'à 6 mois maximum (selon les patients)(Grade A).

La durée recommandée de traitement par le bupropion LP est de 7 à 9 semaines (Grade A).

Des traitements pharmacologiques plus prolongés ne sont pas recommandés à ce jour (Accord professionnel).

### **Prévenir les rechutes dans le moyen et le long terme**

Il est utile d'anticiper les causes potentielles de rechute : survenue d'un syndrome dépressif, prise de poids, difficulté de gestion de la consommation d'alcool, attitude face aux proches qui fument à domicile et les situations émotionnelles positives et négatives. Les stratégies de prévention de la rechute doivent être adaptées individuellement en fonction des échecs antérieurs.

Certains patients nécessitent des interventions plus structurées qui sont en général développées dans les centres de tabacologie et qui sont apportées spécifiquement à des sujets qui n'arrivent pas à maintenir leur abstinence (Accord professionnel). Le soutien peut s'effectuer dans le cadre d'un suivi individuel ou par des programmes de groupe.

Un suivi prolongé des patients tabagiques sevrés s'impose toujours (Grade A). La prise en charge doit être poursuivie sur une durée d'au moins six mois. Il est recommandé d'analyser les causes de la rechute afin d'adapter la stratégie de prévention des rechutes futures (Accord professionnel).

En cas de rechute, un soutien psychologique prolongé éventuellement associé à une thérapie comportementale et cognitive est recommandé (Accord professionnel). Une reprise du



traitement pharmacologique peut s'avérer nécessaire en cas de rechute après un sevrage réussi (Accord professionnel).

## **Le cas des populations particulières de patients**

### **La femme enceinte**

Le tabagisme présente des effets nocifs à la fois pour la femme enceinte et pour son fœtus. Le tabagisme augmente le risque d'enfant mort-né, de fausse couche, entraîne une diminution de la croissance fœtale, des accouchements prématurés, un risque de placenta praevia, de mort subite du nourrisson. Les enfants exposés au tabagisme passif présentent alors un risque accru de mort subite du nourrisson, d'infections respiratoires, d'asthme et d'otites.

Plus l'abstinence est obtenue tôt dans le cours de la grossesse, plus les bénéfices semblent importants pour la femme enceinte et son fœtus. Toutefois, un arrêt à tout stade de la grossesse est bénéfique. Les sage-femmes et les praticiens doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite et tout au long de la grossesse (Grade B).

L'objectif idéal est de parvenir à l'arrêt complet du tabac le plus tôt possible au cours de la grossesse.

En cas d'échec partiel ou complet du sevrage, la poursuite du traitement par un substitut nicotinique après le 6ème mois de grossesse ne peut s'envisager qu'au cas par cas. Il convient de garder présent à l'esprit les effets propres de la nicotine, qui pourraient retentir sur le fœtus, notamment lorsqu'il est proche du terme.

L'approche par thérapie cognitivo-comportementale et la prise en charge psychologique doivent être proposées en première intention au cours de la grossesse (Accord professionnel). En cas d'échec un traitement pharmacologique utilisant des substituts nicotiques peut être proposé (Accord professionnel).  
L'administration de bupropion LP est déconseillée durant la grossesse.

### **L'allaitement**

La nicotine se concentre dans le lait maternel et il existe une corrélation entre la concentration de nicotine dans le lait et le nombre de cigarettes fumées.

L'approche par thérapie cognitivo-comportementale et la prise en charge psychologique doivent être proposées en première intention au cours de l'allaitement (Accord professionnel). En cas d'échec un traitement pharmacologique utilisant des substituts nicotiques peut être proposé (Accord professionnel).

Il est préférable de recourir aux gommes après la tétée et d'éviter les systèmes transdermiques (Grade C).

En raison du passage du bupropion LP et de ses métabolites dans le lait maternel, l'allaitement est déconseillé au cours du traitement par bupropion LP.

### **Les pathologies cardiovasculaires**

Le tabac est un facteur de risque essentiel et souvent isolé des accidents coronariens aigus du sujet jeune. Indépendamment de son action athérogène, le tabac est responsable d'effets hémodynamiques aigus et favorise le spasme et la thrombose, à l'origine d'accidents coronariens.

L'arrêt du tabac est bénéfique et recommandé chez les patients atteints de pathologie cardiovasculaire, notamment de maladie coronarienne (Grade A).

Les substituts nicotiques sont bien tolérés chez les patients coronariens et ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme (Niveau de preuve II). Les substituts nicotiques sont recommandés chez les patients coronariens fumeurs (Grade B).

Les substituts nicotiques peuvent être prescrits dès la sortie de l'unité de soins intensifs au décours immédiat d'un infarctus du myocarde (Grade C). Toutefois, le prescripteur doit prendre en compte la perte de la tolérance à la nicotine si le patient n'a pas fumé récemment (Accord professionnel). Au décours d'un accident vasculaire cérébral, l'utilisation des substituts nicotiques est possible si le sujet a rechuté son tabagisme (Accord professionnel). L'on ne dispose pas de données sur l'utilisation du bupropion LP chez les patients coronariens, dans le post-infarctus et après accident vasculaire cérébral.

### **Les patients souffrant de troubles psychiatriques**

La prévalence du tabagisme est élevée dans de nombreuses maladies psychiatriques. Le sevrage tabagique est d'une extrême difficulté en cas de schizophrénie et une prise en charge spécifique s'impose.



Pour les malades psychiatriques lourds il ne convient d'envisager le sevrage tabagique que lorsque l'état neuropsychique du patient est stabilisé (Accord professionnel). Le bupropion LP n'est pas recommandé chez les patients souffrant de troubles psychiatriques définis et/ou en association avec des médicaments psychotropes (Accord professionnel).

### **Les personnes âgées**

Le conseil minimal, les thérapies comportementales et cognitives et les substituts nicotiques ont montré leur efficacité chez des sujets âgés de plus de 65 ans (Niveau de preuve I). Il n'existe pas d'étude qui ait évalué l'efficacité et la tolérance du bupropion LP dans cette classe d'âge. L'utilisation des thérapeutiques évaluées dans cette classe d'âge est recommandée (Grade B). Chez les personnes de plus de 65 ans, le bénéfice de l'arrêt du tabac persiste à la fois en termes d'amélioration de l'espérance de vie et de qualité de vie.

### **Les adolescents**

L'installation de la dépendance tabagique est très rapide chez l'adolescent. Les stratégies visant à augmenter la motivation à l'arrêt sont utiles chez les jeunes. L'utilisation des substituts nicotiques ne semble pas dangereuse dans cette tranche d'âge. Toutefois, ils ne sont à utiliser qu'en cas de dépendance avérée, de motivation forte du sujet à s'arrêter, et conformément à l'AMM, à partir de 15 ans. Le bupropion LP n'a pas été évalué dans cette classe d'âge.

### **Avant une intervention chirurgicale programmée**

Environ un tiers des patients qui sont opérés sont des fumeurs. Le tabagisme est un facteur de risque important de complications opératoires et post-opératoires : les fumeurs présentent une augmentation de la fréquence des complications respiratoires, cardio-vasculaires et infectieuses. Les problèmes de cicatrisation et les admissions en unités de soins intensifs sont également plus élevés chez les fumeurs après une intervention chirurgicale. Il est possible de réduire la morbidité post-opératoire par une intervention visant à réduire le tabagisme quelques semaines avant l'intervention.

L'arrêt du tabac avant une intervention chirurgicale programmée permet de diminuer les complications post-opératoires (Niveau de preuve = II). Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac ou une diminution de la consommation de tabac par des substituts nicotiques au moins six semaines avant une intervention chirurgicale (Grade B).

### **Le cas des situations particulières**

### **Réduction du risque tabagique**

Pour la prévention ou le traitement des maladies liées au tabagisme, l'arrêt du tabac est l'objectif idéal. Or, chez certains sujets victimes du tabac (BPCO, pathologies cardiovasculaires, certains cancers), l'arrêt se révèle parfois impossible, soit par manque de motivation réelle, soit en raison de l'intensité des dépendances et de la présence de troubles anxieux et/ou dépressifs.

Chez certains fumeurs très fortement dépendants, les tentatives de diminution du nombre de cigarettes restent le plus souvent transitoires et, en tout cas, compensées par une inhalation plus profonde pour pallier la diminution des apports en nicotine, donc sans diminution effective de l'absorption des toxiques. Une nouvelle stratégie a été récemment proposée à la suite des résultats d'une étude américaine, la " Lung Health Study ". Celle-ci a démontré la possibilité d'une réduction réelle de la quantité de substances toxiques apportées par le tabac, à condition de remplacer la nicotine de la fumée de tabac par celle d'un substitut nicotinique, en l'occurrence la gomme de nicotine.

Il convient donc de laisser ouverte la possibilité de continuer le traitement de substitution nicotinique pour diminuer sous surveillance médicale la consommation journalière des malades porteurs d'une affection chronique aggravée par la poursuite du tabagisme et pour lesquels les tentatives d'arrêt ont échoué.

La réduction des risques liés au tabac est une stratégie thérapeutique réservée à certaines situations cliniques rares et doit être considérée comme une étape possible vers la maturation à l'arrêt complet du tabac (Accord professionnel).

### **Prise de poids**

Une prise de poids est constatée chez une majorité des sujets lors de l'arrêt du tabac. La prise de poids est en moyenne comprise entre 2 et 4 kgs. Certains patients présentent une prise de poids importante : environ 10 % des sujets prennent plus de 10 kgs. La prise de poids est réduite si l'arrêt du tabac s'accompagne d'une augmentation de l'activité physique, qui en outre augmente les chances de succès.

Le clinicien doit préparer le patient à une prise de poids modérée en précisant qu'en moyenne cette prise de poids est faible et que les médicaments du sevrage tabagique (substituts nicotiniques et bupropion LP) permettent de retarder celle-ci. Les conseils diététiques classiques doivent être rappelés. Chez certains patients un trouble du comportement alimentaire peut survenir à l'arrêt du tabac nécessitant une prise en charge spécialisée.

### **Consommation de café**

Les consommations de café et de cigarettes sont statistiquement corrélées dans les travaux épidémiologiques. La fumée de tabac accélère le catabolisme de la caféine. A l'arrêt du tabac, pour un apport constant de café, la caféinémie est doublée et ceci pourrait être à l'origine d'une accentuation des symptômes de sevrage, et en particulier, de la nervosité et des insomnies. Il est

conseillé aux fumeurs en cours de sevrage de réduire leur consommation de café (Accord professionnel).

### **Tabac et consommation de médicaments**

Le tabac interfère avec les taux plasmatiques de nombreux médicaments. L'arrêt du tabac peut produire des changements significatifs des taux de plusieurs médicaments. Des adaptations posologiques sont souvent nécessaires.

### **Abstinence temporaire**

Un sevrage involontaire et brutal peut devenir source de troubles dans de nombreuses situations :

- hospitalisation en urgence
- vols longs courriers, application de la loi Evin dans les lieux de travail
- obligations familiales (enfant, conjoint non fumeur...).

Ces troubles peuvent être atténués plus ou moins complètement par la prise, aussitôt que possible d'une forme orale de substituts nicotinique en prenant soin de toujours commencer par faire tester l'acceptabilité de l'une ou l'autre des formes galéniques proposées (Accord professionnel).

## **III - PRENDRE EN CHARGE EN PRATIQUE COURANTE UN ARRÊT DU TABAC**

**La première étape** : elle comporte deux parties.

La première concerne la sensibilisation par les médecins et les autres relais de santé publique (pharmaciens, infirmières, diététiciennes, sages-femmes, dentistes, kinésithérapeutes, associations de malades) du rôle néfaste du tabac. Parallèlement, il convient d'informer les malades des possibilités thérapeutiques actuelles et efficaces d'aide à l'arrêt du tabac. Il convient d'expliquer aux patients (es) que les symptômes de sevrage peuvent être considérablement atténués voir supprimés par les substitutifs nicotiniques ou le bupropion LP. Cette étape a pour objectif essentiel de susciter ou de renforcer la motivation. Il est souhaitable qu'à chaque entretien, le professionnel de santé s'enquière si le sujet est fumeur, le questionne sur son envie d'arrêter et lui propose une brochure (comme celle de l'INPES) sur l'aide à l'arrêt du tabac.

La deuxième partie comporte une analyse du degré réel de motivation à l'arrêt du tabac. Entreprendre un sevrage sans une motivation profonde et réelle du malade est pratiquement toujours voué à l'échec.

### **La deuxième étape :**

Son temps initial comporte l'évaluation de la dépendance pharmacologique envers la nicotine (par le médecin traitant) à l'aide du test Fagerstöm, la recherche de coaddictions (alcool,

cannabis...) et de troubles anxieux et/ou dépressifs. Le test de Fagerström permet de classer les patients dans l'une des trois catégories suivantes :

- Non ou peu dépendants (50% des fumeurs),
- Moyennement dépendants (20 % des fumeurs),
- Fortement et très fortement dépendants qui représentent 30% des fumeurs réguliers de cigarettes.

Le temps ultérieur est l'aide à l'arrêt du tabac proprement dit ou sevrage. Ses modalités dépendant du score de dépendance à la nicotine et des comorbidités éventuelles (« autres drogues », troubles psychiques)

### **Principes généraux**

1) *Le ou la patient(e) est peu ou non dépendant(e) ( $\leq 4$  points au test de Fagerström)*

Un sevrage sans aide médicamenteuse est le plus souvent possible. Une relation de qualité médecin-traitant/malade, le soutien de l'entourage sont, à côté de la volonté du malade, des meilleures gages de succès. L'automédication (substituts nicotiques) peut s'avérer utile chez certains patients.

2) *Le ou la patient(e) est moyennement dépendant(e) (5 et 6 points au test de Fagerström)*

En cas de dépendance moyenne l'aide des divers professionnels de santé (pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes...), ayant reçu une formation élémentaire est efficace avec le recours aux substituts nicotiques.

3) *Le ou la patient(e) est fortement dépendant(e) ( $> 7$  points au test de Fagerström)*

- Pour les fumeurs ayant une forte dépendance, une aide médicalisée est indispensable (médecins généralistes le plus souvent, ayant acquis une formation et une expérience dans l'aide à l'arrêt du tabac). La prise en charge pharmacologique de la dépendance à la nicotine est importante chez ces patients (traitement de substitution nicotique ou bupropion-LP)
- L'intervention des tabacologues doit être réservée aux formes les plus sévères, avec dépendance très importante, comorbidité anxiodépressive et conduites addictives associées.

## ANNEXE 1

### Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
	Total	

**Score de 0 à 2 :** le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois le sujet redoute cet arrêt, les professionnels de santé peuvent lui apporter des conseils utiles.

**Score de 3 à 4 :** le sujet est faiblement dépendant à la nicotine.

**Score de 5 à 6 :** le sujet est moyennement dépendant.

L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotiques va augmenter ses chances de réussite. Le conseil du médecin ou du pharmacien sera utile pour l'aider à choisir la galénique le plus adapté à son cas.

**Score de 7 à 10 :** le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine.

L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (Traitement nicotinique de substitution ou bupropion L.P.). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée.

En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

## ANNEXE 2

### Questionnaire CAGE - DETA

Questions	Réponse	
1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	oui	non
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	oui	non
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	oui	non
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin	oui	non

Interprétation : une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

### ANNEXE 3

#### Pour en savoir plus sur Internet

Nom	Adresse	Population cible	Langue
	Formation.tabacologie.globalink.org	professionnels	Français
	www.exfumeur.com	Professionnels, public	Français
Afssaps	<a href="http://www.afssaps.sante.fr">www.afssaps.sante.fr</a>	Professionnel	Français
Brisith Medical Association	<a href="http://www.tobacco-control.org">www.tobacco-control.org</a>	Professionnels	Anglais
Centre de ressources sur le tabac et la santé (Ligue nationale contre le cancer)	<a href="http://www.tabac-info.net">www.tabac-info.net</a>	Public, professionnels	Français
INPES	<a href="http://www.inpes.sante.fr">www.inpes.sante.fr</a>	Professionnels	Français
Ministère de la santé	<a href="http://www.sante.gouv.fr">www.sante.gouv.fr</a>	Public, professionnels	Français
Société de Tabacologie	tabacologie.globalink.org	professionnels	Français
SRNT, OMS	www.treatobacco.net	Professionnels	Anglais, Français
Université de Genève	www.stop-tabac.ch	Public	Français



**ANNEXE 4 : Questionnaire de Beck (Forme abrégée)**

A-	je ne me sens pas triste	0
	je me sens cafardeux ou triste	1
	je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir	2
	je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter	3
B-	je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir	0
	j'ai le sentiment de découragement au sujet de l'avenir	1
	pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer	2
	je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer	3
C-	je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie	0
	j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	1
	quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs	2
	j'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	3
D-	je ne me sens pas particulièrement insatisfait	0
	je ne sais pas profiter agréablement des circonstances	1
	je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit	2
	je suis mécontent de tout	3
E-	je ne me sens pas coupable	0
	je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps	1
	je me sens coupable	2
	je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien	3
F-	je ne suis pas déçu par moi-même	0
	je suis déçu par moi-même	1
	je me dégoûte moi-même	2
	je me hais	3
G-	je ne pense pas à me faire du mal	0
	je pense que la mort me libérerait	1
	j'ai des plans précis pour me suicider	2
	si je le pouvais, je me tuerais	3
H-	je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens	0
	maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois	1
	j'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens, et je peux de sentiments pour eux	2
	j'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	3
I-	je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume	0
	j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision	1
	j'ai de grandes difficultés à prendre des décisions	2
	je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	3
J-	je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant	0
	j'ai peur de paraître vieux ou disgracieux	1
	j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux	2
	j'ai l'impression d'être laid et repoussant	3
K-	je travaille aussi facilement qu'auparavant	0
	il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose	1
	il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit	2
	je suis incapable de faire le moindre travail	3
L-	je ne suis pas plus fatigué que d'habitude	0
	je suis fatigué plus facilement que d'habitude	1
	faire quoi que ce soit me fatigue	2
	je suis incapable de faire le moindre travail	3
M-	mon appétit est toujours aussi bon	0
	mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude	1
	mon appétit est beaucoup moins bon que maintenant	2
	je n'ai plus du tout d'appétit	3

L'inventaire de dépression de Beck dans sa forme abrégée représente la mesure la plus simple et une des plus utilisées des aspects subjectifs de la dépression. Elle fournit une note globale du syndrome dépressif de 0 à 39.

C'est une échelle brève, sensible, valide, facile à remplir ; sa structure factorielle est bien documentée. Son intérêt pratique est attesté.

**0 à 4** Pas de dépression.

**4 à 7** Dépression légère

**8 à 15** Dépression modérée

**16 et plus** Dépression sévère

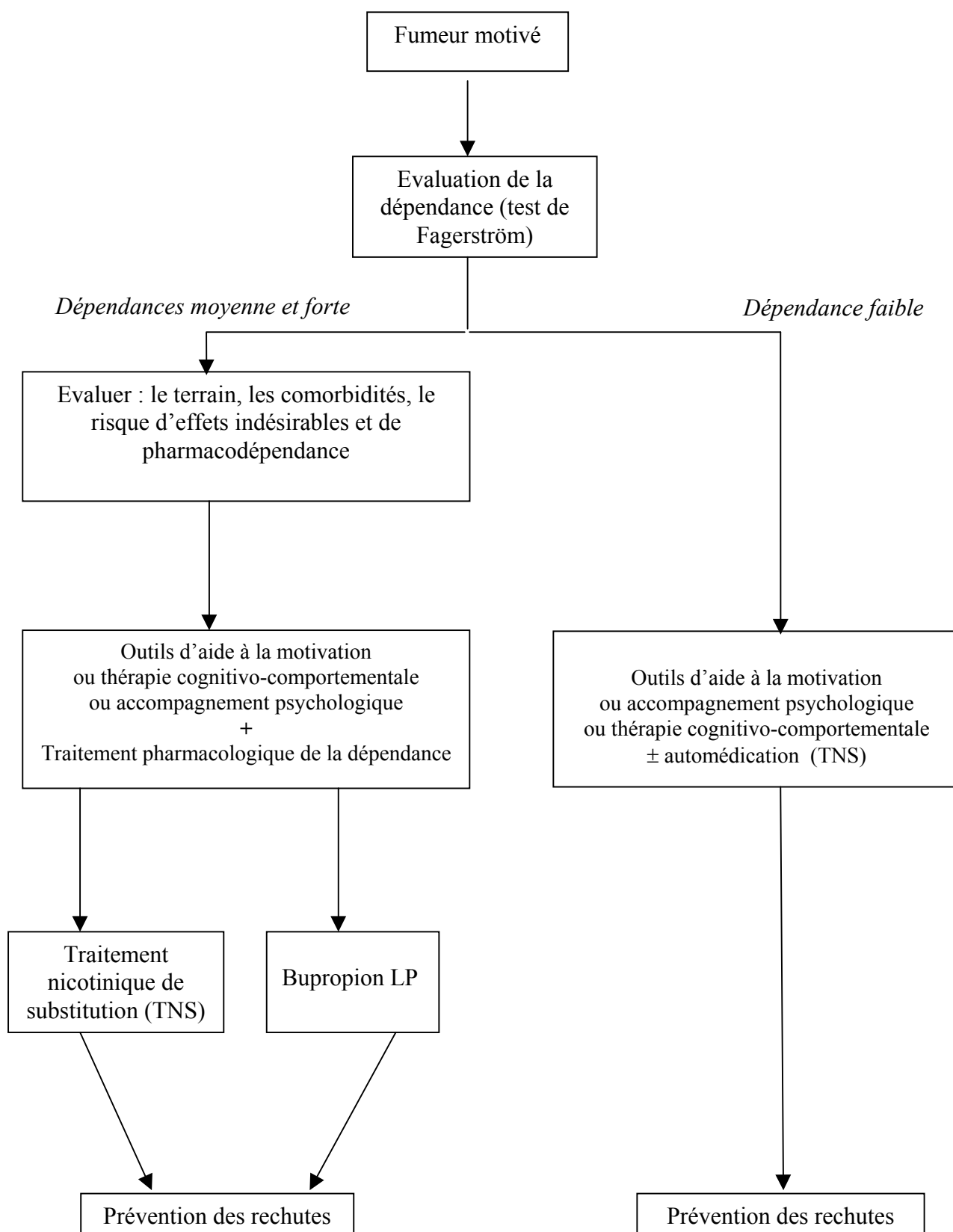
### ANNEXE 5 : Questionnaire anxiété-dépression (HAD)

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti des derniers. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état.

A- je me sens tendu, énervé		D- je me sens ralenti	
• la plupart du temps	3	• Pratiquement tout le temps	3
• souvent	2	• Très souvent	2
• de temps en temps	1	• Quelquefois	1
jamais	0	• jamais	0
D- j'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement		A- j'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge	
• Oui : toujours	0	• très souvent	3
• Pas autant	1	• assez souvent	2
• De plus en plus rarement	2	• parfois	1
• Presque plus du tout	3	• jamais	0
A- j'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		D- j'ai perdu l'intérêt pour mon apparence	
• oui très nettement		• totalement	3
• oui, mais ce n'est pas trop grave	3	• je n'y fais plus attention	2
• un peu, mais cela ne m'inquiète pas	2	• je n'y fais plus assez attention	1
• pas du tout	1	• j'y fais attention comme d'habitude	0
	0		
D- je sais rire et voir le côté amusant des choses		A- j'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place	
• toujours autant	0	• oui, c'est tout à fait le cas	3
• plutôt moins	1	• un peu	2
• nettement moins	2	• pas tellement	1
• plus du tout	3	• pas du tout	0
A- je me fais du souci		D- je me réjouis à l'avance de faire certaines choses	
• très souvent	3	• comme d'habitude	0
• assez souvent	2	• plutôt moins qu'avant	1
• occasionnellement	1	• beaucoup moins qu'avant	2
• très occasionnellement	0	• pas du tout	3
D- je me sens gai, de bonne humeur		A- j'éprouve des sensations de panique	
• jamais	3	• très souvent	3
• rarement	2	• assez souvent	2
• assez souvent	1	• rarement	1
• la plupart du temps	0	• jamais	0
A- je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu		D- je peux prendre plaisir à un bon livre ou à un bon programme radio ou télévision	
• jamais	3	• souvent	0
• rarement	2	• parfois	1
• oui en général	1	• rarement	2
• oui toujours		• pratiquement jamais	3

L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : anxiété et dépression. Elle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'évaluer la sévérité. La note de 8 constituerait un seuil optimal pour anxiété et dépression. On peut également retenir le score global (A+D) = le seuil serait alors de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs et de 13 pour les états dépressifs mineurs.

**ANNEXE 6**  
**Arbre de décision**



## ANNEXE 7

**Tableau : Risque médicamenteux au cours de l'arrêt du tabac**

Médicaments (DCI)	Effet	Risque	Action à entreprendre
Théophylline et dérivés	Diminution de l'élimination	Surdosage	Réduction des doses de 30 % à 50 % Effectuer des dosages plasmatiques
Héparines	Diminution de l'élimination	Surdosage	Diminution des doses Doser l'activité anti-Xa
Neuroleptiques	Diminution de l'élimination	Surdosage	Diminution des doses
Bêta-bloquants	Diminution de l'élimination	Surdosage	Diminution des doses

ANNEXE 8

**Efficacité des traitements de substitution nicotinique<sup>1</sup>**  
**(Méta-analyse)**

	<b>Nombre d'essais randomisés contre un groupe contrôle</b>	<b>Odds ratio d'abstinence comparativement à un placebo à 12 mois (intervalle de confiance : à 95 %)</b>
<b>Gommes à mâcher</b>	n = 51	1,66 (1,52 - 1,81)
<b>Timbre (dispositif transdermique)</b>	n = 34	1,74 (1,57 - 1,93)
<b>Spray nasal</b>	n = 4	2,27 (1,61 - 3,2)
<b>Inhaleur</b>	n = 4	2,08 (1,43 - 3,04)
<b>Tablettes sublinguales</b>	n = 3	2,08 (1,64 - 1,86)
<b>Méta-analyse globale</b>	<b>n = 96 essais ayant inclus 35.692 fumeurs</b>	1,74 (1,64 - 1,86)

<sup>1</sup> Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4 2002. Oxford: Update Software.

## BUPROPION LP : PRINCIPAUX ESSAIS

Auteur	Année	Nombre sujets inclus	Caractéristiques des patients	Type d'essai	Doses et durée	Principaux résultats cliniques		
						Abstinence tabagique à 6 semaines	Abstinence tabagique à 6 mois	Abstinence tabagique à 12 mois
HURT et Coll	1997	615	> 18 ans, >15 cigarettes/j, bonne santé générale (exclusion : antécédents de convulsion, dépression, anorexie, boulimie, troubles psychiatriques, dépendance à l'alcool, addiction à des drogues, pathologies cardiaques, pulmonaire, endocrine, rénale, hépatique, HTA, grossesse, allaitement) dépendance forte au test de Fagerström > 6, motivé à l'arrêt du tabac	Randomisé en double aveugle avec suivi de 52 semaines (1 an)	<u>Durée 8 semaines</u>  Placebo (n=153)  Bupropion 100 mg/j (n=153)  Bupropion 150 mg/j (n=153)  bupropion 300 mg/j (n=156)	19 %  28,8* %  38,6* %  44,2* %	15,7 %  24,2 %  27,5* %  26,9* %	12,4 %  19,6 %  22,9* %  23,1* %
JOENBY et Coll	1999	893	> 18 ans, > 15 cigarettes/j, bonne santé générale, (exclusion : antécédents de convulsion, dépression, anorexie, boulimie, troubles psychiatriques, dépendance à l'alcool, addiction à des drogues pathologies cardiaque, pulmonaire, endocrine, rénale, hépatique, HTA, grossesse, allaitement) dépendance forte au test de Fagerström > 6, motivé à l'arrêt du tabac	Randomisé en double aveugle avec suivi de 52 semaines (1 an)	<u>Durée 9 semaines</u>  Placebo (n=160)  Patch nicotine (n=244) (21 mg x 7 semaines puis 14 mg x 1 semaine puis 7 mg x 1 semaine)  Bupropion 300 mg (n=244) Bupropion 300 mg + patch nicotine (n=245)		18,8 %  21,3 %  34,8* %  38,8 %	15,6 %  16,4 %  30,3* %  35,5* %
TASHKIN et Coll	2001	404	Adulte avec BPCO, stade I VEMS > 50 % et stade II (VEMS > 35 % < 49 %) > 15 cigarettes/j dépendance forte au test de Fagerström > 6 motivé à l'arrêt du tabac	Randomisé en double aveugle avec suivi de 26 semaines (6 mois)	<u>Durée 12 semaines</u>  Placebo (n=200)  Bupropion 300 mg (n=204)	17 %  29* %	9 %  16* %	

\*Significatif versus placebo

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

VEMS : volume expiratoire maximal à la 1<sup>ère</sup> seconde