

Yves Martinet
Abraham Bohadana
Nathalie Wirth
Anna Spinosa

Pratiques professionnelles

Le traitement de la dépendance au tabac

GUIDE PRATIQUE

 **MASSON**

Le traitement de la dépendance au tabac

Guide pratique

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

- CONTRACEPTION, par D. SERFATY, 3^e édition. *Collection Abrégés de médecine*. 2007, 480 pages.
- TRISOMIE ET HANDICAPS GÉNÉTIQUES ASSOCIÉS, par M. CUILLERET, 5^e édition. *Collection Abrégés de médecine*. 2007, 464 pages.
- PHLÉBOLOGIE, par A.-A. RAMELET, M. PERRIN, P. KERN, H. BOUNAMEAUX, 5^e édition. *Collection Abrégés de médecine*. 2007, 672 pages.
- EDUCATION THÉRAPEUTIQUE, par D. SIMON, P.-Y. TRAYNARD, F. BOURDILLON, A. GRIMALDI. *Collection Abrégés de médecine*. 2007, 288 pages.
- RISQUE VASCULAIRE CARDIAQUE ET CÉRÉBRAL. 33 QUESTIONS ET 7 ORDONNANCES, par J.-C. GILBERT et M. SAFAR. *Collection Abrégés de médecine*. 2006, 240 pages.
- ASTHÉNIE-FATIGUE, par P.-Y. HATRON, J. CABANE, T. CARDON et coll. *Collection Abrégés de médecine*. 2006, 176 pages.
- PRATIQUE NOUVELLE DE LA TRANSFUSION SANGUINE, par J.-J. LEFRÈRE et P. ROUGER, 2^e édition, *Collection Abrégés de médecine*. 2006, 176 pages.
- TOXICOMANIES, par P. ANGEL, D. RICHARD, M. VALLEUR et E. CHAGNARD. *Collection Abrégés de médecine*. 2005, 352 pages.
- NUTRITION. PRINCIPES ET CONSEILS, par L. CHEVALLIER. *Collection Abrégés de médecine*. 2005, 280 pages.
- MÉDECINE CLINIQUE, par T. GÉNÉREAU, B. de WAZIERES, O. LORTHOLARY. *Collection Abrégés de médecine*. 2006, 576 pages.
- DÉTECTER LES MALADIES SYSTÉMIQUES AUTO-IMMUNES, par E. HACHULLA et P.-Y. HATRON, 2^e édition. *Collection Abrégés de médecine*. 2006, 312 pages.
- ASTHÉNIE-FATIGUE, par P.-Y. HATRON, J. CABANE, T. CARDON et coll. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 176 pages.
- 80 GESTES TECHNIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE, par B. GAY, P. SACCONI et A. VALVERDE-CARRILLO. *Hors collection*, 2006, 336 pages.
- 101 URGENCES PÉDIATRIQUES, par J. LAVAUD, 2^e édition. *Hors collection*, 2006, 464 pages.
- LES ALLERGIES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE, par D. A. MONERET-VAUTRIN, G. KANNY et M. MORISSET. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 228 pages.
- JUSTIFIER LES DÉCISIONS MÉDICALES ET MAÎTRISER LES COÛTS, par B. GRENIER. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 144 pages.
- MÉDECINE DE LA VIOLENCE, par É. BACCINO. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 368 pages.
- GUIDE PRATIQUE DE L'ASTHME, par B. DAUTZENBERG, 3^e édition. *Collection Médi-guides*, 2006, 184 pages.
- SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET DROITS HUMAINS, par R. J. COOK, B.-M. DICKENS, M. F. FATHALLA. *Collection Abrégés de médecine*, 2005, 592 pages.
- COMPRENDRE ET UTILISER LES STATISTIQUES DANS LES SCIENCES DE LA VIE, par B. FALISSARD, 3^e édition. *Collection Abrégés de médecine*, 2005, 384 pages.
- SOIGNER LA FEMME ENCEINTE, par J.-C. PONS. *Collection Abrégés de médecine*, 2005, 224 pages.
- GUIDE PRATIQUE DU DIABÈTE, par A. GRIMALDI, 3^e édition. *Collection Médi-guides*, 2005, 296 pages.
- PÉDIATRIE, par A. BOURRILLON, 3^e édition. *Collection Abrégés de médecine*, 2005, 880 pages.
- GUIDE PRATIQUE DE PSYCHIATRIE, par F. ROUILLON, 2^e édition. *Collection Médi-guides*, 2005, 168 pages.

Le traitement de la dépendance au tabac

Guide pratique

Pr Yves MARTINET

Unité de coordination de tabacologie, CHU de Nancy
INSERM U 724, Université Henri-Poincaré, Nancy

Dr Abraham BOHADANA

Unité de coordination de tabacologie, CHU de Nancy
INSERM ERI 11, Faculté de médecine de Nancy

Dr Nathalie WIRTH

Unité de coordination de tabacologie, CHU de Nancy

M^{me} Anna SPINOSA

Unité de coordination de tabacologie, CHU de Nancy



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du «photocopillage». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie: 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
EAN : 978-2-294-70166-5

ELSEVIER MASSON S.A.S. – 62, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux cedex

Abréviations

ACC	Noyau accumbens
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ATV	Aire tegmentale ventrale
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPCO	Broncho-pneumopathies chroniques obstructives
CC	Clairance de la créatinine
CO	Monoxyde de carbone
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CYP	Cytochrome P
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense
HAD	<i>Hospital anxiety and depression</i>
HAS	Haute Autorité de santé
HbCO	Carboxyhémoglobine
HDL	<i>High density lipoprotein</i>
HTA	Hypertension artérielle
IC	Indice de confiance
IMAO	Inhibiteurs de la monoamine oxydase
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IRS	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine
LDL	<i>Low density lipoprotein</i>
LP	Libération prolongée
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Abréviations

OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds ratio
ppm	Particule par million
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
SN	Substituts nicotiniques
TCC	Thérapies cognitivo-comportementales
UA	Unité d'alcool
UCT	Unité de coordination de tabacologie
VEMS	Volume expiratoire maximal par seconde

Introduction

La dépendance au tabac est la première cause évitable de morbidité et de mortalité. L'efficacité des traitements de cette dépendance progresse régulièrement, justifiant sa prise en charge dynamique par les médecins et les autres professionnels de santé.

Pourquoi un nouveau livre sur la dépendance au tabac et son traitement ? Pour trois raisons simples :

- la consommation de tabac reste, de loin, la première cause évitable de maladie et de mort ;
- le traitement de la dépendance au tabac évolue rapidement et, même s'il reste d'efficacité insuffisante, il représente la mesure de santé publique applicable par tous les médecins ayant l'un des meilleurs rapports coût/efficacité ;
- ce livre se veut clinique et pratique ; il a été conçu par des médecins ayant tous une pratique régulière du sevrage tabagique depuis plus de 10 ans.

Le tabac : première cause évitable de mort

Quelques données permettent de cerner le problème :

- chaque année, en France, environ 66 000 personnes décèdent d'une maladie due à leur consommation de tabac, et environ 5 000 meurent du tabagisme passif, qu'il s'agisse de fumeurs ou de non-fumeurs ;
- les **fumeurs actifs** souffrent et meurent principalement de cancers (poumon, bouche, ORL, œsophage, vessie, pancréas...), de maladies cardiovasculaires (infarctus du

myocarde, accident vasculaire cérébral [AVC], artérite...), de maladies respiratoires (Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstrucitives [BPCO]) :

- un fumeur sur deux qui fume toute sa vie meurt d'une maladie liée au tabagisme,
- un fumeur qui fume toute sa vie perd en moyenne 10 ans de vie confortable,
- il n'existe pas de seuil de consommation en dessous duquel les risques sont absents, en particulier pour les maladies cardiovasculaires,

Le chiffre

Chaque année, en France, environ 66 000 personnes décèdent d'une maladie due à leur consommation de tabac.

- en ce qui concerne le cancer du poumon, le risque dépend plus du nombre d'années de consommation que du nombre total de cigarettes fumées,
 - dès les premières semaines d'arrêt de la cigarette le risque cardiovasculaire diminue de même que celui concernant l'aggravation des BPCO ; par contre le risque de cancer diminue plus lentement au cours des années ; de ce fait, il est souhaitable d'arrêter le plus tôt possible, mais un arrêt, même au-delà de 70 ou 80 ans, apporte un bénéfice sanitaire net,
 - arrêter à l'âge de 60, 50, 40 ou 30 ans permet de gagner, respectivement, 3, 6, 9 ou 10 ans de vie ;
- le **tabagisme passif environnemental** est responsable de cancers du poumon, d'aggravation de la maladie asthmatique et des BPCO, et surtout de maladies cardiovasculaires ; il n'existe pas de seuil de durée d'exposition pour ce dernier risque : une exposition de 1 à 7 heures/semaine augmente le risque d'infarctus de 25 %, et une exposition de plus de 21 heures/semaine augmente ce risque de 60 % ; chez le jeune enfant, l'exposition au tabagisme passif est un facteur de risque d'infections respiratoires et ORL ;

- le **tabagisme passif fœtal** est responsable d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU) et si le tabagisme maternel se poursuit après la naissance, il est la première cause de mort subite du nourrisson ;
- le **coût social** de la consommation de tabac représentait, en 2005, 3 % du produit intérieur brut français, cette somme d'argent est littéralement « partie en fumée ». Moins de 5 % des crédits de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) attribués à la lutte contre toutes les drogues en 2003 concernaient le tabagisme, alors qu'en 2006, le chiffre d'affaire des compagnies du tabac était en France de 1 milliard 221 millions d'Euros ;
- selon le *Baromètre Santé 2005* de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en 2004, 33 % des hommes et 27 % des femmes de 12 à 75 ans se déclaraient fumeurs (soit environ 30 % contre 33 % en 1999) ; encore plus grave, dans la tranche d'âge des 20-25 ans, environ 49 % des garçons et 41 % des filles (contre respectivement 52 % et 43 % en 1999) sont fumeurs ; à 17 ans, 34 % des garçons et 32 % des filles fument tous les jours (enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense - ESCAPAD, 2005).

Le traitement de la dépendance au tabac évolue

Les risques liés à la consommation de tabac, et surtout à celle de cigarettes, étant de mieux en mieux connus, pourquoi les fumeurs n'arrêtent-ils par leur consommation ? Parce qu'ils sont dépendants au tabac.

Cette dépendance est essentiellement liée à la présence de nicotine dans la fumée de cigarette. Celle-ci atteint le cerveau 10 secondes après le début de l'inhalation et c'est l'activation de récepteurs cérébraux spécifiques qui induit la dépendance à l'adolescence, à l'âge des premières cigarettes et qui maintient ensuite cette dépendance ; celle-ci

est aussi puissante que la dépendance à certaines drogues illicites (héroïne...), ce qui explique les rechutes fréquentes au cours du sevrage.

En revanche, la nicotine administrée de façon lente, par les timbres (patches) par exemple, n'induit pas de dépendance et ne l'entretient pas quand elle existe.

La commercialisation en France du premier traitement de la dépendance au tabac remonte à 1986 ; il s'agissait de la gomme à la nicotine dosée à 2 mg ; depuis deux nouvelles voies thérapeutiques ont été explorées et ont été démontrées comme efficaces :

- les thérapies cognitivo-comportementales ;
- les thérapies médicamenteuses : substituts nicotiniques, médicaments intervenant au niveau des récepteurs cérébraux.

Actuellement, les compagnies pharmaceutiques sont engagées dans la recherche de nouvelles molécules ou approches thérapeutiques (vaccin anti-nicotine) qui devraient assez rapidement déboucher sur une évolution du traitement de la dépendance au tabac.

Un sevrage réussi est classiquement défini par l'absence de consommation de tabac pendant un an ; selon les études et les niveaux de dépendance des fumeurs, les taux de réussite d'un sevrage varient de 13 à 19 %. Bien que modestes, ces taux, appliqués au grand nombre de fumeurs en France et à leurs tentatives répétées d'arrêter de fumer, sont encourageants.

Le sevrage du tabac étant le plus souvent très dur, la rechute doit être considérée comme une étape normale au cours d'un tel processus. De façon plus récente, la notion de réduction de consommation est apparue comme une étape possible précédant un sevrage définitif.

Globalement, le traitement de la dépendance au tabac est considéré comme une des mesures de santé publique les plus efficaces en termes d'années de vie de qualité gagnées.

Un guide clinique pratique

Notre groupe a contribué activement à la formation à la tabacologie de généralistes dans la région de Nancy et à la réalisation, avec eux, d'outils d'aide à la conduite d'un sevrage au cabinet médical. Parallèlement, nous assurons depuis plusieurs années la formation de pharmaciens dans ce domaine.

Comme responsables et acteurs de l'Unité de coordination de tabacologie du CHU de Nancy, nous partageons régulièrement notre expérience pratique avec les tabacologues du sud de la Lorraine, que nous réunissons régulièrement au cours de « staffs tabac cliniques » pour échanger dans ce domaine.

Ce guide, issu de cette expérience clinique et pédagogique, est donc construit de façon simple et pratique en suivant le cours habituel de la prise en charge dans le temps du tabagisme de nos patients ; le découpage en chapitres de cette démarche a conduit à quelques répétitions possibles, afin de faciliter le recours à cet ouvrage. Pour des raisons de fréquence de consommation, nous nous adresserons essentiellement à celle de cigarettes.

Pour en savoir plus

<http://www.cnct.fr>

<http://www.has-sante.fr>

<http://www.ofdt.fr>

<http://www.drogues.gouv.fr>

<http://www.inpes.sante.fr>

<http://www.treatobacco.net>

1

Identifier les patients fumeurs. Prendre en compte leur tabagisme

L'interrogatoire ne se limite pas à la seule connaissance du tabagisme éventuel d'un patient, mais doit s'attacher à décrire cette dépendance complexe et spécifique à chaque fumeur.

À la fois maladie chronique et facteur de risque, le tabagisme est la principale cause évitable de mortalité prématurée et de morbidité ; il est associé à de nombreuses maladies notamment les cancers (ex : poumon, gorge, rein, vessie, pancréas, col de l'utérus...), les maladies cardiovasculaires et les BPCO. De plus, le tabagisme affecte la santé des non-fumeurs : alors que le tabagisme maternel est associé à un retard de croissance intra-utérin (RCIU) et à des accouchements prématurés, le tabagisme passif environnemental est responsable de quelques milliers de décès annuels en France.

Les deux principales interventions visant le contrôle du tabagisme sont la prévention de l'initiation au tabagisme et son arrêt. Si la première est importante en termes de santé publique, seul l'arrêt peut diminuer le risque et la fréquence des maladies liées à la consommation de tabac à court et moyen terme.

Interlocuteur privilégié des fumeurs de tous âges, le médecin généraliste, mais aussi le spécialiste, a un rôle de premier plan dans la prévention et l'aide à l'arrêt du tabagisme.

Même si les stratégies de conseil en soins primaires ne sont pas toujours bien codifiées, les éléments clés d'une intervention efficace dans le traitement du tabagisme sont bien établis. Il faut identifier le fumeur, l'encourager à arrêter et, le cas échéant, l'aider dans cette démarche. Pour les fumeurs qui ne souhaitent pas arrêter, une intervention motivationnelle peut être proposée, fondée sur une information structurée sur les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt.

Identifier systématiquement le statut tabagique des patients

La façon la plus simple d'aborder la question du tabagisme est de poser la question « Fumez-vous ? ». Si la réponse est « oui », et selon le stade de motivation à l'arrêt, au moins trois types de fumeurs peuvent être identifiés : 1) le fumeur dit « heureux », qui n'envisage pas d'arrêter ; 2) le fumeur qui réfléchit à l'arrêt mais n'envisage pas de passer à l'action dans l'immédiat ; et 3) le fumeur qui souhaite et se considère prêt à arrêter.

Dans le premier cas, le praticien se limitera à un conseil bref, dit « conseil minimal » en indiquant au fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer et en l'invitant à en reparler ultérieurement (cf. chapitre 4).

Dans le deuxième cas, l'intervention idéale consiste à encourager la démarche d'arrêt, en informant sur ses bénéfices (tableau 1.), les traitements disponibles et le déroulement pratique du sevrage.

Enfin, dans le troisième cas, un plan de sevrage doit être proposé. Au préalable, il convient de retracer l'histoire du tabagisme du patient, de quantifier sa consommation, de mesurer le niveau d'intoxication au monoxyde de carbone (CO), de dépister l'éventuelle consommation associée de substances psycho-actives et d'évaluer la présence de comorbidités.

Tableau 1.I. Les bénéfices de l'arrêt du tabac

Bénéfices immédiats
Se libérer d'un esclavage
Retrouver le goût des aliments
Récupérer son odorat
Avoir la gorge moins irritée
Retrouver une voix claire
Améliorer sa résistance à l'effort et ses performances physiques
Se sentir moins fatigué
Avoir une haleine plus agréable
Retrouver un teint plus clair et plus frais
Faire disparaître l'odeur du tabac sur les vêtements et les cheveux
Motiver d'autres personnes à arrêter de fumer
Gagner en qualité de vie
Bénéfices à plus long terme
Disparition de la toux matinale
Diminution des symptômes respiratoires
Diminution précoce du risque cardiovasculaire
Diminution du risque de cancer au cours des années

Connaître l'histoire tabagique du fumeur

Il est important de déterminer l'*âge de début* du tabagisme, afin de calculer la *quantité totale* de tabac consommé. De plus, il est possible qu'un jeune âge de début favorise la survenue de certaines pathologies.

L'existence d'une relation dose-effet entre le tabagisme et ses conséquences pathologiques étant bien établie, la quantification tabagique est indispensable afin de pouvoir mieux apprécier les risques potentiels qui lui sont liés. Pour cela, on calcule le nombre de « paquets-années » (20 cigarettes/jour pendant un an = 1 « paquet-année » ; 20 cigarettes/jour pendant 10 ans = 10 « paquets-années »).

Malgré sa simplicité, cet index est influencé par la variabilité de la consommation au cours des années et par l'imprécision fréquente des souvenirs du fumeur. Pour certaines maladies la *durée du tabagisme* est plus importante que la consommation totale. C'est le cas du cancer bronchique : à quantité totale égale de tabac fumé, le risque annuel est multiplié par 20 lorsque la durée de la consommation passe de 15 à 30 ans (le risque est multiplié par 2^{4-5} si la durée est doublée).

Enfin, il faut évaluer le *niveau de consommation de tabac* – c'est-à-dire le nombre moyen de cigarettes fumées par jour sur les derniers mois – ainsi que les *tentatives et réussites temporaires de sevrage ou de réduction de consommation*, la plupart des fumeurs ayant, après quelques années de tabagisme continu, envisagé ou même essayé, avec plus ou moins de réussite, d'arrêter de fumer. Il est important de préciser différentes données : traitement(s) pris, durée du sevrage, difficulté(s) observée(s) (prise de poids...), circonstance(s) de rechute(s)...

Ne pas négliger l'exposition au tabagisme passif

Il existe deux types de tabagisme passif, celui auquel est exposé le fœtus dont la mère fume (*cf.* chapitre 10) et le tabagisme passif environnemental. L'exposition passive à la fumée de tabac peut avoir lieu au domicile, au travail ou dans les lieux qui admettent du public.

Avant d'envisager les conséquences sanitaires de l'exposition passive à la fumée de tabac, il est fondamental d'insister sur **deux faits** :

- il ne faut pas se fier à son simple odorat pour savoir si l'on est exposé aux toxiques présents dans la fumée de tabac. En effet « l'odeur » du tabac disparaît assez rapidement, alors que les toxiques restent présents en suspension dans l'air sur une plus longue durée, plusieurs heures et plusieurs jours pour certains d'entre eux ;

- la fumée dégagée à l'extrémité d'une cigarette est plus toxique que celle inhalée comme l'ont démontré les recherches effectuées par Philip Morris sur ce thème dans les années 1980 : par gramme de fumée, cette fumée est la cause, chez l'animal, de 2 à 6 fois plus de tumeurs que la fumée inhalée par le fumeur. Cette différence de nature entre la fumée passive et la fumée active est due à une différence de température, et donc à une différence de combustion, de l'extrémité distale de la cigarette (elle est beaucoup plus élevée lorsque le fumeur inhale). Cette différence de toxicité explique que, pour les fumeurs, les risques liés au tabagisme passif s'ajoutent à ceux liés à leur tabagisme actif ; ils sont ainsi victimes de la « double peine ».

Tabagisme passif

– Il ne faut pas se fier à son odorat pour savoir si l'on est exposé aux toxiques.

– La fumée dégagée à l'extrémité d'une cigarette est plus toxique que celle inhalée.

L'inhalation par les non-fumeurs des produits toxiques (CO, goudrons, particules, nicotine...) présents dans la fumée environnementale est démontrée par le fait que l'on retrouve, dans leurs urines, ces substances ou leurs produits de dégradation à des taux significatifs.

Les risques liés au tabagisme passif, pour les fumeurs comme pour les non-fumeurs, sont plus importants que cela était pensé il y a encore quelques années. Le risque cardiovasculaire est le plus important ; il n'existe pas de seuil d'exposition minimal pour ce risque : une exposition d'une heure,

voire moins, constitue un risque réel. Les bénéfices pour la santé cardiovasculaire liés à l'arrêt de l'exposition au tabagisme passif sont confirmés par trois observations récentes faites dans des villes et régions ayant interdit de fumer dans les lieux publics, avec observation d'une réduction importante du nombre d'hospitalisations pour infarctus.

La survenue et l'aggravation de maladies respiratoires est la deuxième conséquence du tabagisme passif. Il s'agit de cancers du poumon qui surviennent chez des non-fumeurs exposés de façon régulière dans le cadre de leur travail ou

à leur domicile au contact d'un conjoint fumeur. Le tabagisme passif est un facteur de survenue de la maladie asthmatique et il aggrave les maladies respiratoires, dont les BPCO et la maladie asthmatique chez les enfants et les adultes. Les bénéfices pour la santé respiratoire de l'arrêt de l'exposition au tabagisme passif sont démontrés par des études récentes, en Irlande et en Écosse, à partir d'employés de pubs surveillés initialement, et au décours de l'interdiction de fumer ; une baisse significative des symptômes respiratoires dont souffraient les employés a été observée.

Le tabagisme passif environnemental est, enfin, un facteur de risque d'infections respiratoires hautes (otites, sinusites) et basses (bronchites) chez le jeune enfant.

Mesurer le degré d'intoxication

L'histoire tabagique connue, le médecin s'attachera à mesurer le niveau d'intoxication par le biais d'un marqueur du tabagisme. En pratique, ceci consiste à mesurer le taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré. Gaz létal présent dans la fumée de tabac, le CO est l'objet d'une forte affinité par l'hémoglobine, qui le fixe (carboxyhémoglobine, HbCO) et le libère progressivement au niveau des alvéoles pulmonaires. Le CO est alors retrouvé dans l'air expiré. Facile à réaliser, sa mesure nécessite un analyseur dans lequel le sujet souffle lentement après une inspiration profonde suivie d'une apnée de 10 secondes. Chez le non-fumeur non exposé au tabagisme passif, le taux de CO observé se situe généralement entre 1 et 2 particules par million (ppm). Une exposition au tabagisme passif peut se traduire par des taux de l'ordre de 5 ppm et pouvant aller jusqu'à 10 ppm. Chez le fumeur d'un paquet de cigarettes ou plus, les taux dépassent 20 ppm et peuvent atteindre des chiffres nettement plus élevés (70 ppm ou plus) en fonction du profil de la consommation tabagique et de l'exposition éventuelle associée à une pollution ambiante.

Compte tenu de sa demi-vie courte, de l'ordre de 4 à 6 heures, le CO dans l'air expiré est un marqueur du tabagisme récent. Il faut environ 3 demi-vies pour qu'un sujet normalise un taux de CO de 30 ppm. En pratique, il sert à vérifier le tabagisme en complément aux déclarations des consultants, ainsi qu'à la matérialisation du succès par les abstinents. Enfin, la mesure du CO est particulièrement utile pour montrer au fumeur son état d'intoxication initiale, le sensibiliser au phénomène de « compensation » en cas de réduction de consommation (cf. chapitre 11), déterminer l'activité tabagique d'individus traités par une substitution nicotinique et, éventuellement, apprécier le tabagisme passif.

La mesure du CO n'est pas chère, est immédiate, non invasive, et possède une bonne reproductibilité. Par contre, elle manque de spécificité, un taux sanguin élevé d'HbCO pouvant aussi être lié à certaines activités professionnelles (diéséliste, soudeur...) voire à une intoxication domestique (chauffage déficient...). De plus, les taux sanguins d'HbCO varient au cours de la journée en fonction de l'activité physique et, surtout, du temps écoulé depuis la dernière cigarette fumée.

D'autres marqueurs du tabagisme existent, les plus répandus étant la nicotine et son principal métabolite la cotinine. Néanmoins, leur dosage dans la salive, le sang ou les urines nécessite plus de temps, un appareillage sophistiqué et coûteux et un personnel spécialement formé, ce qui rend leur usage plus difficile au cabinet médical.

Quant à la quantification de l'exposition au tabagisme passif, sa réalisation est très délicate et s'attache, essentiellement, à préciser le nombre moyen d'heures d'exposition par semaine.

Déceler la consommation associée de substances psycho-actives

L'étape suivante consiste à évaluer la consommation associée de substances psycho-actives. Parmi celles-ci, la caféine, le cannabis et l'alcool ont une importance particulière car leur fréquente consommation associée peut rendre le sevrage tabagique plus difficile.

La *caféine* est absorbée surtout avec le café, les fumeurs étant de plus grands buveurs de café que les non-fumeurs. La corrélation significative entre consommation de caféine et consommation de tabac a été démontrée. En moyenne, les fumeurs de 20 cigarettes par jour boivent 2 fois plus de café que les non-fumeurs, tandis que les fumeurs de plus de 20 cigarettes en boivent jusqu'à 4 fois plus. Cette consommation plus élevée de café s'explique, au moins en partie, du fait que le tabac, de par ses constituants, accroît le métabolisme de la caféine. Toute consommation exagérée de café doit donc être évaluée lors de l'entretien initial et prise en compte au moment d'établir le plan de sevrage.

La consommation conjointe de *cannabis* est relativement fréquente chez les fumeurs de cigarettes, surtout les jeunes de moins de 25 ans. Réciproquement, les consommateurs de cannabis sont souvent fumeurs de tabac. Le questionnaire DETC (annexe 1) permet de dépister un éventuel usage à risque du cannabis. Outre sa nocivité propre, la consommation de cannabis, habituellement conjointe de celle de tabac dans la préparation d'un joint, a pour effet d'engendrer des difficultés pour l'arrêt de la consommation de tabac, sans compter que les fumeurs consommateurs de cannabis ont plus fréquemment des consommations d'alcool à problème que les non-fumeurs. Il n'est donc pas envisageable d'arrêter de fumer et de continuer à consommer du cannabis (cf. chapitre 10).

Pour ce qui est de l'*alcool*, un conditionnement comportemental réciproque existe de telle sorte que la consommation d'alcool est un stimulus déclencheur de l'envie de fumer. Ainsi, il est clair que la consommation d'une unité d'alcool (UA) (1 UA = 10 cl de vin rouge, un demi pression de 25 cl de bière, 10 cl de champagne, 3 cl de whisky, de pastis, ou d'un digestif) une fois par mois (consommation occasionnelle) déclenchera moins d'envies de fumer que la consommation régulière voire quotidienne d'alcool, même si celle-ci reste dans les limites déterminées par l'OMS (2 UA/jour ou 14 UA par semaine pour les femmes ; 3 UA/jour ou 21 UA par semaine pour les hommes).

Alcool et tabac

La consommation d'alcool est un stimulus déclencheur de l'envie de fumer.

Le questionnaire DETA à quatre questions permet de détecter de façon simple un problème d'alcool (annexe 2). Deux réponses positives ou plus laissent suspecter un usage à risque. Si tel est le cas, les modalités du sevrage tabagique seront à adapter (*cf.* chapitre 10).

D'autres substances, comme l'héroïne, la cocaïne ainsi que les psychotropes, sont parfois consommées par les fumeurs et posent problème au moment du sevrage. Leur prise en charge se fait au cas par cas et nécessite souvent un suivi spécialisé.

Repérer les pathologies liées au tabac

La description du dépistage ± validé de la majorité des pathologies liées au tabac dépasse les objectifs de cet ouvrage. Toutefois, de par leur fréquence et la possibilité de réaliser quelques examens complémentaires simples, les BPCO et les maladies cardiovasculaires doivent être évoquées. Quoiqu'il en soit, un interrogatoire et un examen cliniques complets doivent précéder tout sevrage. Concernant la BPCO, grâce aux nombreux spiromètres électroniques disponibles à l'heure actuelle, le dépistage de l'obstruction bronchique peut être facilement réalisé au cabinet, avec un excellent rapport coût-bénéfice et un

minimum de temps (5 minutes suffisent à un opérateur expérimenté pour obtenir une spirométrie de qualité).

Outre le dépistage de la BPCO – maladie d'évolution lente, silencieuse et irréversible dont le seul traitement efficace est l'arrêt du tabac – la spirométrie est potentiellement utile pour motiver les fumeurs atteints à arrêter de fumer et ceux ayant des valeurs normales à conserver leur capital santé.

Longtemps réservée aux cabinets de pneumologie, la spirométrie a été utilisée avec succès en soins primaires dans différents pays comme les Pays-Bas et l'Espagne. Une alternative acceptable à la spirométrie classique est l'utilisation d'un débitmètre de poche, du type *Piko-6*, qui mesure le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS), le VEM6 (un analogue de la capacité vitale) et le rapport VEMS/VEM6. Dans notre Unité de coordination de tabacologie, nous avons observé qu'environ 20 % des 600 fumeurs participant à deux programmes de recherche sur le sevrage tabagique souffraient de BPCO. Dans un tiers des cas l'obstruction était modérée ou sévère, avec des valeurs de VEMS inférieures à 50 % de la valeur prédite. Plus inquiétant encore, aucun fumeur n'était au courant de sa condition et ne bénéficiait d'un suivi médical spécifique.

En pratique, deux catégories de fumeurs doivent bénéficier d'une spirométrie avant et au décours du sevrage tabagique :

- *les fumeurs présentant des symptômes* (toux, expectorations, sifflements, dyspnée...), quel que soit leur âge ;
- *les fumeurs âgés de 35 ans ou plus, symptomatiques ou non*. Chez le sujet sain, non-fumeur, le VEMS diminue d'environ 20-30 mL tous les ans. Chez le fumeur, cette décroissance s'accélère, atteignant les 60-80 mL par an voire plus (dans notre expérience, des valeurs allant jusqu'à 150 mL ne sont pas rares). Les sujets avec un VEMS initial abaissé doivent bénéficier d'une spirométrie.

phie tous les ans. Ce suivi permet, d'une part, d'évaluer la progression de l'obstruction chez les sujets qui continuent à fumer et, d'autre part, de documenter un éventuel ralentissement de la décroissance du VEMS chez les abstinents.

En tout état de cause, le fumeur obstructif doit être informé de la nature de l'obstruction bronchique, en particulier son caractère irréversible, et de l'inefficacité des traitements médicamenteux sur la décroissance du VEMS accélérée par le tabagisme.

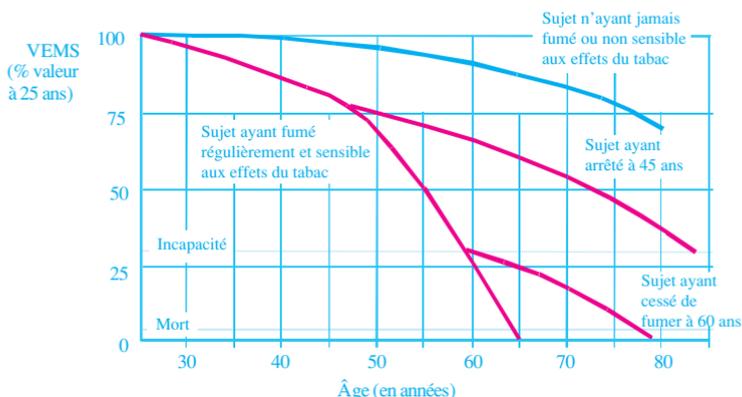


Fig. 1.1. Courbes théoriques représentant la variation du VEMS en fonction de l'âge chez des non-fumeurs et dans différentes catégories de fumeurs (inspiré de Speizer and Tager — *Epidemiology of chronic mucus hypersecretion and obstructive airways disease*, in : *Epidemiol. Rev.*, 1 : 1979, 124-142).

Repérer les facteurs de risque cardiovasculaire

Les facteurs de risque cardiovasculaire sont des états cliniques et biologiques dont l'existence augmente le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire (infarctus, accident vasculaire cérébral [AVC]...). Les facteurs de risque majeurs sont le tabagisme, l'HTA (hypertension artérielle), des taux élevés du cholestérol total et du LDL (low density

lipoprotéine)-cholestérol, un taux bas du HDL (high density lipoprotéine)-cholestérol, le diabète de type 2 et l'âge. À ceux-ci peuvent s'ajouter des facteurs de risque prédisposants tels que l'obésité androïde, la sédentarité, l'hérédité...

En France, en 1998, 40 % de la mortalité cardiovasculaire chez l'homme et 11 % chez la femme étaient estimées comme liées au tabagisme. Sachant que le risque cardiovasculaire diminue dès les premiers mois après l'arrêt du tabac, il est nécessaire d'évaluer avec le patient son risque cardiovasculaire global (ANAES – Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), essentiellement à partir des facteurs de risque majeurs, et d'insister sur les bénéfices d'un sevrage.

Pour en savoir plus

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES).
Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global, septembre 2004.

BOHADANA A, NILSSON F, MARTINET Y. Detecting airflow obstruction in smoking cessation trials: a rationale for routine spirometry. *Chest.*, 2005 ; 128 : 1252-1257.

BOHADANA A, NILSSON F, WESTIN A, MARTINET N, MARTINET Y. Smoking cessation-but not smoking reduction-improves the annual decline in FEV₁ in occupationally exposed workers. *Respir. Med.*, 2006 ; 100 : 1423-143.

<http://www.cnct.fr>

2 Évaluer la motivation à l'arrêt. Construire une stratégie avec le fumeur

*Le fumeur est l'acteur principal de son sevrage ;
sa motivation à arrêter de fumer est l'élément clé
indispensable à toute réussite.*

Une fois la consommation de tabac quantifiée de façon précise et détaillée, il convient alors d'apprécier une éventuelle motivation à l'arrêt.

S'assurer que les risques sanitaires liés à la consommation de tabac sont connus des fumeurs

Habituellement, il n'est pas nécessaire d'insister trop longuement sur les méfaits du tabac ; dans certains cas, une telle démarche est toutefois nécessaire. Il est possible, par quelques questions, de s'assurer de l'acquis des connaissances élémentaires concernant ces risques. Une éventuelle pathologie liée au tabac présentée par le patient peut être discutée.

Caractériser l'état de motivation pour un arrêt du tabac ou une modification de consommation

Il importe de préciser comment le fumeur considère son tabagisme ; c'est-à-dire de savoir s'il est en accord avec cette dépendance et si des tentatives de modification/arrêt de consommation n'ont pas déjà été tentées. Le

schéma de Prochaska, présenté ci-dessous (fig. 2.1), peut aider à reconstituer avec le fumeur son histoire.

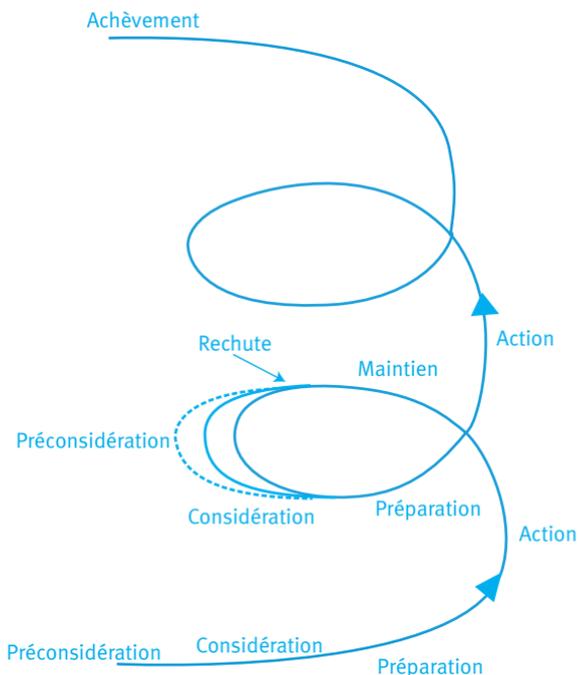


Fig. 2.1. Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance (d'après JO Prochaska et al., *Am. Psychol.*, 1992 ; 47 : 1102-1114).

Le stade de *préconsidération* correspond aux sujets qui n'ont aucune intention de changer leur comportement et ne sont globalement pas conscients des risques liés à la fumée de cigarette.

Le stade de *considération* correspond à des fumeurs qui sont conscients de l'existence d'un problème du fait de leur dépendance et qui pensent sérieusement à le régler, mais qui n'ont pas encore décidé d'agir.

Le stade de *préparation* correspond aux sujets qui envisagent une action dans les prochains mois et/ou ont tenté une action sans réussite dans l'année passée. En pratique, ils se préparent souvent à l'action par quelques tentatives de modification de leur comportement (ne pas fumer dès le matin au réveil, ne plus fumer à l'intérieur du domicile, ne partir au travail qu'avec un nombre défini de cigarettes en poche...). L'action proprement dite peut consister soit en une modification de la consommation, soit en un arrêt complet. En effet, pour différentes raisons variées et souvent ± bien identifiées (jeune âge, espoir que la consommation de quelques cigarettes/jour limitera les risques sanitaires, souhait de pouvoir poursuivre la consommation de quelques joints de cannabis...), un nombre non négligeable de fumeurs envisagent, dans un premier temps, une réduction de la quantité de cigarettes fumées par jour. Ce stade de préparation peut durer des semaines, des mois, voire des années.

Le stade d'*action* correspond aux individus qui modifient leur comportement avec arrêt sur une période de 1 jour à 6 mois.

La phase de *maintien* correspond aux sujets qui s'efforcent ensuite de prévenir une rechute ; lorsque cette phase dure toute la vie, elle correspond alors à la phase d'*achèvement*.

Ce modèle en spirale prend en compte le fait que la durée de chaque stade varie beaucoup d'un individu à l'autre, et que la *rechute* est la règle plutôt que l'exception dans l'approche des dépendances et en particulier de celle à la nicotine. Lors d'une rechute, le patient repasse par la phase de préparation ou celle de considération et exceptionnellement par celle de préconsidération. Au fur et à mesure des tentatives de sevrage, les chances de réussite augmentent.

Bien que pratique et très utilisé, ce schéma ne rend pas compte de toute la complexité de l'évolution de la relation

d'un fumeur avec son tabagisme. De plus, il concerne essentiellement l'arrêt du tabac et ne prend pas en compte les éventuelles modifications de consommation envisagées, sans arrêt vrai.

Pour évaluer la *motivation*, il est aussi possible de s'aider d'échelles visuelles analogiques, cotées de 0 à 10, afin de mesurer, d'une part, le désir d'arrêt du patient et, d'autre part, d'apprécier son niveau de confiance en ses capacités de réussite (annexe 3). L'interprétation des auto-évaluations effectuées par le patient en réponse respectivement aux questions « à combien évaluez-vous votre désir d'arrêter de fumer ? » et « si vous décidez d'arrêter complètement de fumer, quelles seront, à votre avis, vos chances de réussite ? » est un élément utile dans la construction d'une stratégie. Lorsqu'une forte motivation est associée à un degré de confiance élevé, le patient est réellement prêt à débiter un sevrage.

Les raisons d'arrêter de fumer varient d'un fumeur à l'autre et en fonction du temps pour un même fumeur. Les principales raisons avancées sont les suivantes :

- présenter des problèmes de santé à cause du tabac ;
- préparer une intervention chirurgicale ;
- s'inquiéter pour sa santé future ;
- avoir des craintes esthétiques (peau, dents...) ;
- avoir peur de nuire à la santé des autres ;
- avoir le sentiment de donner le mauvais exemple ;
- considérer que sa consommation de tabac coûte trop cher ;
- trouver cela sale et désordonné ;
- se sentir esclave de la cigarette ;
- ne plus apprécier vraiment de fumer ;
- vouloir réaliser un projet personnel ou professionnel ;
- avoir un projet de grossesse ou être enceinte ;
- être contraint d'arrêter par ses proches ;
- respecter l'interdiction de fumer sur le lieu de travail...

Retenir une stratégie en accord avec le consultant

Le patient ne souhaite ni arrêter de fumer, ni modifier sa consommation

Le rôle du médecin est alors d'insister sur les méfaits du tabac, son coût, la dépendance... en adaptant l'information aux spécificités du fumeur : risque de l'association tabac/pilule chez une jeune femme, risques cardiovasculaires chez un hypertendu, risque de cancer du poumon chez un patient suivi pour un cancer de la vessie... Il est recommandé de bien préciser que l'information donnée relève de la science et, en aucun cas, de la morale (cf. chapitre 4).

Le patient souhaite réduire sa consommation, mais n'envisage pas d'arrêter prochainement

Ce souhait doit être traité avec tact ; en effet, il s'agit, d'un côté, de conforter le fumeur dans son choix de « prendre en main » sa consommation de cigarettes, mais aussi, de l'autre côté, de lui faire comprendre que cette décision n'aura d'intérêt, en ce qui concerne sa santé, que si elle s'inscrit dans une stratégie au long cours conduisant à l'arrêt.

Cette population de fumeurs est relativement inhomogène, puisqu'il peut s'agir soit de jeunes fumeurs qui ne souhaitent pas arrêter ou au contraire de fumeurs qui ont déjà tenté d'arrêter, souvent à de nombreuses reprises, et qui, face à ces échecs successifs, d'une part refusent de « baisser les bras » mais, d'autre part, doutent de leur aptitude à arrêter un jour définitivement. La situation est alors d'autant plus douloureuse si le patient présente une maladie liée au tabac : BPCO, infarctus...

L'attitude pratique face à ces fumeurs est développée au chapitre 11 ; globalement il s'agit de :

- expliquer que réduction de consommation ne veut pas forcément dire réduction de risque du fait du « phénomène de compensation » ;
- rappeler que la réduction de consommation doit s'inscrire dans une stratégie au long terme visant un arrêt complet ;
- introduire l'usage des substituts nicotiniques pour contribuer à une réduction de consommation efficace d'un point de vue sanitaire et pouvant déboucher à terme sur un arrêt définitif.

Le patient souhaite arrêter de fumer

La conduite pratique de l'aide au sevrage est développée aux chapitres 7 et 8.

Le patient vient de rechuter

Le sevrage du tabac, une activité médicale particulière

L'attitude à adopter face à cette situation très fréquente est décrite au chapitre 9.

Le sevrage du tabac (au même titre que celui d'autres produits psycho-actifs ou que la modification de conduites à risque) est une activité médicale très particulière. Il s'agit d'amener le fumeur à réfléchir sur son mode de vie, sa dépendance au tabac qui contrecarre sa motivation à arrêter, les motivations intimes de sa consommation... Bien que technique par certaines dimensions, cette activité est profondément humaine ; elle demande de l'écoute, de la patience, de la modestie, mais aussi une bonne dose d'énergie et de conviction.

Pour en savoir plus

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS).
Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. *Recommandations*, mai 2003 – <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/tabreco.pdf>

3

Écouter le fumeur. Développer une empathie

La relation qui doit s'établir avec le fumeur relève de l'estime et de la confiance, et non de morale, voire de la culpabilisation.

Écouter le fumeur, connaître les raisons qui le poussent à fumer, appréhender ce qui à ses yeux représente le(s) bénéfice(s) éventuel(s) du tabagisme, apprécier l'importance du plaisir qu'il peut éprouver à fumer... sont autant d'étapes vers le développement d'une empathie essentielle à la construction d'une relation de confiance avec le fumeur.

Entendre l'ambivalence entre les « bénéfiques » à fumer et la perception des risques

La majorité des fumeurs citent au moins trois « bénéfiques », à leurs yeux indiscutables, du tabagisme.

Le premier est le *plaisir* de fumer. Nombre de fumeurs avouent avoir du mal à concevoir leur vie sans le plaisir de fumer une cigarette. La peur de ne plus vivre des moments agréables de convivialité avec conjoint et amis est une source d'ambiguïté permanente entre le désir d'arrêter et de continuer de fumer. Cependant, le poids du plaisir est variable d'un fumeur à un autre. Il sera moindre chez un fumeur appartenant à une catégorie socio-professionnelle élevée, ayant une vie familiale et affective équilibrée, que chez le fumeur aux faibles revenus ou au chômage, avec un environnement familial affectivement pauvre et socialement précaire.

Le deuxième « bénéfice » est la capacité de gérer efficacement les *stress* de leur vie personnelle et professionnelle. Les effets psycho-actifs du tabac deviennent un outil précieux dans la lutte contre l'anxiété déclenchée par la multiplicité des tâches que le fumeur doit accomplir en peu de temps. Lorsqu'ils décident d'arrêter de fumer, ils craignent, à juste titre, d'échouer. Au lieu d'ignorer l'angoisse et la peur de l'échec qui s'installe dans l'esprit du fumeur, le médecin doit l'écouter attentivement et, dans les limites du raisonnable, le rassurer quant aux possibilités de succès d'une éventuelle tentative de sevrage.

Le troisième « bénéfice » est le *contrôle du poids*. Motif principal pour certaines adolescentes à fumer les premières cigarettes, la « peur de grossir » est un obstacle au développement de la motivation à l'arrêt et l'une des principales causes de rechute.

Si les « bénéfiques » du tabac sont clairement perçus par les fumeurs, les risques qui y sont associés ne le sont pas toujours aussi bien. Pratiquement tous les fumeurs savent que fumer est associé à un grand risque de cancer du poumon. Cependant, la plupart ignorent le rôle du tabac dans la genèse des maladies cardiovasculaires ou de certains cancers éloignés de la sphère respiratoire comme, par exemple, le cancer du pancréas ou le cancer du col de l'utérus. Dans notre expérience, une information à fort impact est celle qui consiste à informer le fumeur sur l'élimination des produits toxiques par les urines et le risque accru de cancer de la vessie et du rein. Même si l'énumération des différentes maladies et troubles liés à la consommation du tabac est fastidieuse et non indispensable (tableau 3.), il est utile de compléter les connaissances du fumeur à ce sujet, en ajoutant deux ou trois maladies/troubles qui lui étaient inconnus, ce qui peut augmenter leur motivation à l'arrêt.

Tableau 3.I. Principales maladies provoquées, favorisées et/ou aggravées par le tabagisme actif

Maladies cardiovasculaires	Maladie coronarienne Accident vasculaire cérébral Artérite des membres inférieurs, des carotides Anévrisme aortique Hypertension artérielle...
Maladies pulmonaires	Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (bronchite chronique, emphysème) Bronchites aiguës infectieuses Maladie asthmatique Pneumonie...
Cancers	Poumon, bouche, lèvre, larynx, pancréas, rein, vessie, gros intestin, col de l'utérus, certaines leucémies...
Troubles de la fertilité	Baisse de fertilité Grossesse extra-utérine Avortement spontané Dysfonction érectile Oligospermie
Autres	Ostéoporose Troubles du sommeil Cataracte Maladie de Basedow Hypercholestérolémie (LDL) Ulcère de l'estomac Maladie de Crohn Caries dentaires Maladies des gencives Rides de la peau Viellissement prématuré Réduction du goût et de l'odorat

In fine, l'écoute attentive du fumeur avec empathie – c'est-à-dire la capacité de comprendre les sentiments du fumeur vis-à-vis du tabac – est le socle sur lequel sera construite la relation de confiance entre fumeur et médecin, relation indispensable pour tout traitement de la dépendance au tabac.

Établir une relation de confiance

Une relation de confiance, susceptible d'aider le fumeur dans sa démarche d'arrêt, est fondée sur plusieurs points :

Un objectif clair

Il faut que le fumeur puisse sentir sans ambiguïté que le seul et unique objectif du médecin est de l'aider à arrêter de fumer.

Une durée précise

Tous les renseignements doivent être fournis au fumeur sur la durée du traitement, ses différentes étapes, ainsi que le nombre approximatif de consultations. Le médecin doit insister sur la flexibilité du programme et la possibilité d'adaptation en fonction des besoins spécifiques du fumeur.

Un engagement mutuel

Le médecin s'engage à utiliser ses connaissances et son expérience pour aider le fumeur à atteindre son objectif. À son tour, celui-ci s'engage à suivre le programme de traitement de façon sérieuse et à rapporter honnêtement et sincèrement ses difficultés et, surtout, ses éventuels « faux pas » [cigarette(s) occasionnelle(s)].

Une anticipation des obstacles

Le médecin doit avertir le fumeur d'éventuelles difficultés auxquelles il devra avoir à faire face. Dans l'impossibilité de prévoir comment le fumeur va réagir au traitement proposé, il est utile de fournir des fourchettes – forcément optimistes – de possibilités. Concernant le niveau de nervosité attendue lorsque l'on débute un traitement, il ne faut ni alarmer le fumeur ni promettre le paradis. Par exemple, en cas de prescription d'un substitut nicotinique, une perspective réaliste consiste à dire que, si la majorité des fumeurs ne rapporte pas de symptômes majeurs au cours de la première semaine de traitement, une minorité se plaint de nervosité mais que, le cas échéant, le problème peut être géré en ajustant la dose de nicotine.

Une aide par des conseils pratiques

Suite à l'anticipation des obstacles, il est utile de donner au fumeur des conseils pratiques. S'il n'a jamais utilisé auparavant de traitements, il pourra bénéficier de conseils sur la meilleure façon de ne pas oublier son médicament – substitut nicotinique ou autre – ou sur la façon de gérer une forte envie. Dans tous les cas, ces conseils seront personnalisés et adaptés au traitement proposé.

Un suivi empathique et compréhensif

Tout en insistant sur le contrat et l'engagement total du fumeur dans la démarche d'arrêt, le médecin doit rassurer le fumeur sur son attitude compréhensive et non moralisante en cas de « faux pas », ou même d'échec. Savoir à l'avance que le médecin ne portera pas de jugement rassure le fumeur et renforce sa confiance en lui. Dans le cadre d'une relation empathique et non culpabilisante, nombre de fumeurs reprennent contact avec le même médecin des mois, voire des années, après une tentative infructueuse.

Un soutien prolongé

Enfin, il faut que le fumeur sache que, souvent, un sevrage réussi nécessite plus d'une tentative, qu'en cas d'échec, le médecin sera toujours prêt à l'aider et qu'une expérience malheureuse porte en elle des enseignements précieux en vue d'une nouvelle tentative de sevrage.

4

Prendre en charge le fumeur non motivé. Dispenser le conseil minimal

Le médecin n'est pas désarmé face à un patient dépendant au tabac qui ne souhaite pas arrêter sa consommation, car il peut, par une brève intervention, l'amener à reconsidérer sa position.

Chaque médecin voit parmi ses patients une majorité de fumeurs qui consultent pour des problèmes autres que liés à leur tabagisme ; nombreux sont ceux qui ne sont pas motivés pour arrêter de fumer. Ces fumeurs doivent être identifiés de façon systématique à chaque consultation et se voir offrir un « conseil minimal » (2 à 3 minutes). Il s'agit de se renseigner systématiquement sur leur statut tabagique (« fumez-vous ? ») et sur un désir éventuel d'arrêter (« désirez-vous arrêter votre consommation ? »). L'intérêt systématique que porte le médecin au tabagisme de ses patients renforce chez eux l'idée qu'il s'agit d'un problème de santé important qu'il ne faut pas sous-estimer.

L'efficacité du conseil minimal à l'arrêt a été démontré dans plusieurs pays – l'odds ratio (OR) est de 1,74 (IC [indice de confiance] 95 % : 1,48-2,05) – c'est-à-dire que les fumeurs qui consultent des médecins appliquant ce conseil minimal arrêtent plus fréquemment de fumer, que ceux dont le médecin ne s'inquiète pas régulièrement de leur tabagisme. L'efficacité du conseil minimal passe par l'induction de l'évolution de la motivation.

Dès que le patient se jugera prêt à arrêter sa consommation de tabac, une aide au sevrage lui sera proposée (cf. chapitre 7).

Comment aborder la question du tabagisme avec le fumeur

Chez ces patients fumeurs non motivés, aborder la question, de façon non moralisante, peut inciter la plupart d'entre eux à en parler, soit lors de cette première consultation si le médecin est disponible, soit ultérieurement, d'où l'intérêt de répéter ces questions systématiquement à chaque consultation. En fonction de l'histoire du fumeur, certaines occasions sont particulièrement efficaces pour aborder la question du tabagisme telles qu'une hospitalisation, une intervention chirurgicale programmée, la déclaration d'une grossesse, la naissance d'un enfant... Si des réticences à en parler sont relevées, il ne faut pas hésiter à inviter le fumeur à en reparler lors d'une prochaine consultation.

La motivation est essentielle pour arrêter de fumer ; celle-ci est très personnelle, mais le médecin, en fonction de sa disponibilité, peut contribuer à la renforcer au fil des consultations.

L'entretien motivationnel peut s'appuyer sur la *stratégie dite des « 5 R »* développée aux USA par le *National Cancer Institute* :

- *Relevance* : encourager le fumeur à indiquer les raisons personnelles qui pourraient l'encourager à arrêter de fumer ;
- *Risks* : aider le fumeur à identifier les conséquences négatives potentielles liées à sa consommation de tabac ;
- *Rewards* : demander au fumeur d'identifier les bénéfices potentiels liés à l'arrêt du tabac ;
- *Roadblocks* : demander au fumeur d'évoquer les obstacles ou les freins à l'arrêt ;
- *Repetition* : répéter cet entretien motivationnel lors de chaque consultation.

Au total, cette démarche simple, rapide, sans coût spécifique, s'avère efficace si elle est répétée de façon systématique.

 **Pour en savoir plus**

- AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. *Recommandations*, mai 2003 – <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/tabreco.pdf>
- ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE, SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION, OFFICE FRANÇAIS DE PRÉVENTION DU TABAGISME. Tabagisme péri-opératoire. *Conférence d'experts*. Paris : AFC ; SFAR ; OFDT ; 2005.
- FIORE MC, BAILEY WC, COHEN SJ *et al.* *Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline*. Rockville, MP : US Department of Health and Human Service, Public Health service, 2000.
- LANCASTER T, STEAD LF. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, issue 4.

5

Analyser les envies de fumer. Expliquer la dépendance

L'objectif est d'amener le fumeur à prendre conscience des mécanismes qui l'enferment dans une dépendance qui contrôle son libre-arbitre.

Après l'évaluation clinique du tabagisme et de la motivation à l'arrêt, chez le fumeur motivé, il convient d'expliquer les mécanismes qui régissent les envies de fumer. Cette étape est fondamentale pour construire une stratégie de thérapie cognitivo-comportementale d'arrêt efficace.

Parler de la dépendance au tabac

Rôles combinés de la nicotine et de l'environnement

Chez la plupart des fumeurs les envies de fumer sont modulées par l'interaction entre, d'une part, les expériences psycho-émotionnelles liées à la consommation de tabac et, d'autre part, la dépendance nicotinique qui se développe au cours de ces expériences.

En général, l'initiation au tabagisme se produit à l'adolescence, vers 13-15 ans et, en l'absence de trait de personnalité connu lié au tabagisme, tout le monde peut devenir fumeur dépendant. Dans un premier temps, la découverte du tabagisme est fortement influencée par la curiosité naturelle ainsi que par l'usage du tabac par les proches, en particulier les parents et surtout les pairs. Les parents peuvent favoriser l'usage du tabac par leurs enfants en

adoptant un discours anti-tabac trop rigide qui peut favoriser la transgression de l'interdit, par leur éventuelle habitude tabagique ou, *a fortiori*, par un discours franchement « libéral ». L'influence des pairs (les amis les plus proches) est fondamentale ; l'adolescent débute son tabagisme pour donner de lui une « image de fumeur ». Il fume pour se sentir « cool », prendre des risques, élaborer une image de soi et vaincre les sentiments d'insécurité et de manque de confiance si fréquents à cette époque de la vie. La consolidation de leur habitude tabagique est très influencée par le tabagisme des pairs – en particulier celui du meilleur ami.

Les pressions insidieuses de l'industrie du tabac (cinéma, sports mécaniques, « paquets enfants », « paquets fun »...), qui conduisent à donner une image « virile », « séduisante », « glamour »... de la consommation de tabac, sont fondamentales.

Après un laps de temps parfois court, de quelques semaines, le sujet devient fumeur régulier. Ce nouveau statut est fortement influencé par la nicotine, associée ou non à d'autres substances présentes dans la fumée de tabac dont la nature est encore mal connue.

Comment la nicotine exerce-t-elle son action ?

Après l'inhalation d'une bouffée, de grosses quantités de nicotine arrivent rapidement au cerveau (10 secondes), où elles vont se fixer sur des récepteurs cholinergiques dits « nicotiques ». Situés partout dans le corps, ces récepteurs sont particulièrement nombreux dans le système limbique, dans la zone de « récompense » du cerveau. Cette zone, siège des émotions et des réactions cérébrales les plus primaires – par exemple manger ou se reproduire – est très sensible aux substances addictives comme la nicotine, la cocaïne, l'héroïne, le cannabis ou l'alcool.

Lorsque la nicotine se fixe sur un récepteur nicotinique, celui-ci facilite la libération de neurotransmetteurs, surtout

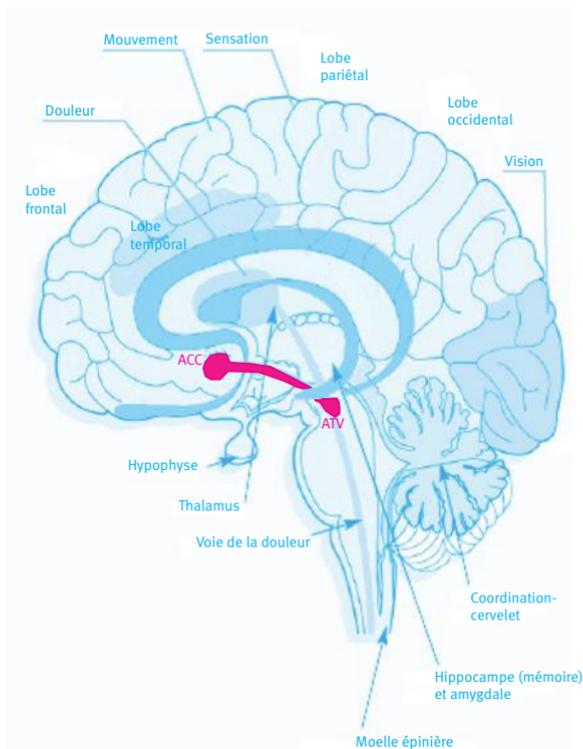


Fig. 5.1. Système de récompense. Il appartient au système limbique (cerveau des émotions) et comprend, en particulier, l'aire tegmentale ventrale (ATV) qui contient des neurones à dopamine et le noyau accumbens (ACC) où se projettent ces neurones (MILDT/INPES. *Drogues et dépendance : le livre d'information*. Paris, INPES, 2006).

la dopamine. Le plaisir ressenti alors par le fumeur renforce son comportement : rapidement il apprend à rechercher la quantité de nicotine dont il a besoin, contrôlant très précisément la dose qu'il s'administre, bouffée par bouffée. Au bout de quelque temps, il fume pour retrouver les effets agréables de la nicotine (*renforce-*

ment positif) et pour éviter les effets désagréables liés à son manque (*renforcement négatif*).

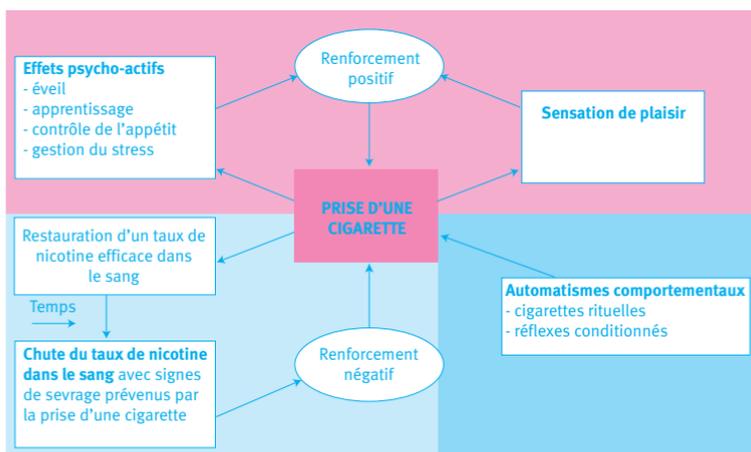


Fig. 5.2. Les mécanismes concourant à la prise d'une cigarette (Bohadana A, Martinet Y, Spinosa A, Wirth N Eds. *Tabac : Stop*. Paris, Seuil-Masson, 2003, 144p).

Doucement, au gré de ces expériences, le fumeur tisse un comportement tabagique qui lui est propre par le biais d'associations. L'exemple classique d'association est celui de la consommation conjointe de café-cigarette. Le fumeur prend un café et fume une cigarette et cette expérience est enregistrée par le cerveau comme étant agréable. Sa répétition régulière conditionne le fumeur de telle sorte qu'au bout d'un certain temps la simple vue d'une tasse de café, la sensation de son odeur ou la simple idée d'en boire déclenche une forte envie de fumer. Des associations semblables peuvent se produire avec d'autres stimuli gustatifs (ex : aliments salés ou sucrés, alcool...) ou avec des stimuli purement psycho-comportementaux (ex : regarder la télévision, parler au téléphone, finir une réunion de travail, sortir du cinéma, terminer une journée

de travail, rencontrer un ami...). La liste est longue et varie d'un fumeur à l'autre.

Identifier les situations qui incitent à fumer

Grâce aux propriétés psycho-actives ambivalentes et parfois « magiques » du tabac – à la fois calmantes et stimulantes – les envies de fumer surviennent dans une large gamme de situations.

L'interrogatoire des fumeurs permet de classer ces envies en plusieurs catégories ; il est possible d'avoir recours au test de Horn présenté en annexe 4 pour mieux définir le profil du fumeur.

Cigarettes « rituelles »

Celles-ci sont fumées presque tous les jours, presque toujours à la même heure, dans les mêmes circonstances et avec les mêmes personnes : petit déjeuner de conjoints fumeurs, cigarette à la pause sur les lieux de travail, après le repas de midi, cigarette le soir devant la télévision... Il est indispensable de bien les identifier et de définir avec le fumeur une stratégie qui permette d'éviter, autant que possible, ces tentations régulières et par là très fortes.

Convivialité

La consommation de tabac va souvent de pair avec le plaisir des festivités. Des envies parfois impérieuses de fumer sont fréquemment décrites à l'occasion d'un repas en famille, entre amis, à la maison ou au restaurant. Dotées d'un côté rituel, ces envies ne surviennent généralement pas pendant mais à la fin du repas, souvent avec le café. Les mêmes envies sont décrites à l'occasion d'événements heureux (ex : anniversaires, naissances, événements sportifs, fêtes de fin d'année...); elles sont souvent déclenchées ou renforcées par la consommation concomitante d'alcool.

Détresse

À l'opposé, l'envie de tabac se manifeste aussi lors de circonstances douloureuses. Le sujet fume parce qu'il se sent malheureux, déprimé. C'est la cigarette du « coup de blues », de l'inquiétude pour son enfant qui rencontre des difficultés scolaires, des soucis d'argent... C'est aussi l'envie due à un problème de santé personnel ou familial. Curieusement, certains fumeurs augmentent leur consommation de tabac (ou rechutent) en cas de maladie d'un proche même si celle-ci est liée à une consommation de tabac (inversement, pour d'autres fumeurs, ce type d'événement incite à l'arrêt).

Recherche d'efficacité intellectuelle

Le tabac favorise la concentration et améliore l'efficacité dans la réalisation des tâches intellectuelles. Pour cette raison, il est souvent utilisé par des fumeurs impliqués dans des activités créatrices (ex : étudiants en période d'examens ou de rédaction de thèse, enseignants, écrivains...). Ce type d'envie est illustré par un exemple public récent lorsque certains journalistes ont exprimé leurs craintes que l'application du décret du 15 novembre 2006 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif ne devienne un obstacle à leur capacité de « boucler » leurs articles en temps voulu.

Gestion du stress

Les effets calmants du tabac sont très recherchés par les fumeurs en réponse à des situations de stress qui peuvent conduire à des états d'anxiété, suite à des tensions engendrées par des conflits internes non résolus, des situations qui paraissent insolubles, ou encore lorsque la personne doit réaliser plus de tâches qu'il ne lui est possible d'en accomplir ou qu'elle doit gérer plusieurs difficultés de front. Dans un contexte professionnel, c'est la cigarette du

sujet qui apprend en fin de journée qu'il a un rapport à remettre en urgence pour le lendemain matin.

Cigarettes « mécaniques »

Enfin, certaines cigarettes sont consommées sans que le fumeur ne ressente de véritable envie. Il s'agit de cigarettes fumées par réflexe ou conditionnement, sans raison apparente. En général, leur consommation ne procure aucun plaisir au fumeur qui, souvent, ne se rend compte qu'*a posteriori* de les avoir fumées.



Pour en savoir plus

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM) *Tabac – Comprendre la dépendance pour agir*. Expertise collective, Paris, Les Éditions INSERM, 2004, 488 p.

6

Identifier les craintes à l'arrêt. Répondre aux inquiétudes des fumeurs

L'échange avec toute personne dépendante au tabac doit s'attacher à décrypter la nature, parfois ambivalente, de sa relation avec ce produit.

La grande majorité des fumeurs, lorsqu'ils évaluent leur « chance » d'arrêter de fumer, à partir par exemple d'une échelle visuelle analogique de 0 à 10, l'estime rarement au-delà de 5-7/10. Il est très instructif et indispensable de leur demander quels sont les motifs de leurs craintes d'échec. Certaines sont communes à la grande majorité des fumeurs, d'autres sont plus spécifiques ; il est souhaitable de les caractériser.

Peur de l'échec

Elle est fréquente et parfaitement justifiée. Elle s'appuie sur des expériences personnelles et/ou celles de proches ; elle traduit de la part des fumeurs une connaissance du « pouvoir » de la dépendance à la nicotine et la crainte de l'influence de l'environnement, ainsi que la force des habitudes acquises au cours des années. Le schéma proposé chapitre 5 (fig. 5.2) peut alors être utile pour exposer les différents mécanismes qui conduisent à la prise d'une cigarette. Le fumeur doit être conforté dans la notion que ce doute est parfaitement justifié et traduit une bonne connaissance de la dépendance. À ce stade, la notion de rechute peut déjà être dédramatisée.

Peur du syndrome de sevrage

Elle est proche de celle de l'échec. Le syndrome de sevrage, se traduit par différents signes : besoin impérieux de nicotine, irritabilité, frustration, agressivité, anxiété, difficultés de concentration, agitation, impatience, insomnie, diminution de la fréquence cardiaque, augmentation de l'appétit ou prise de poids. La gêne est maximale pendant les premières semaines d'abstinence, puis s'estompe régulièrement. Certains signes peuvent toutefois persister au-delà de 6 mois : en particulier la prise de poids et le besoin impérieux occasionnel de fumer. Les traitements médicamenteux sont les plus efficaces pour prévenir ce syndrome.

Perte du plaisir de fumer

Même si certains fumeurs disent ne plus avoir de plaisir à fumer, une grande majorité décrit une réelle sensation de plaisir liée à quelques-unes des cigarettes fumées par jour. Les abandonner est difficile ; certains fumeurs entrent alors parfois dans un processus proche d'une négociation « et si je n'en fumais que 2 ou 3 par jour ? ». Il s'agit alors d'être clair :

- en rappelant l'absence de seuil d'exposition pour le risque cardiovasculaire et l'importance majeure de la durée en années du tabagisme, plus que du nombre de cigarettes fumées par jour, pour le risque de cancer du poumon ;
- en revenant en détail sur le « phénomène de compensation » (expliqué au chapitre 11) qui annule en grande partie les éventuels bienfaits sanitaires d'une réduction de consommation simple ;
- en rappelant l'échec habituel d'une telle démarche avec reprise ± rapide de la consommation à son niveau antérieur.

Toutefois, si le fumeur persiste dans cette demande, une réduction de consommation peut être proposée, telle que décrite au chapitre 11.

Crainte de ne pouvoir gérer les épisodes de stress

La cigarette est utilisée par certains fumeurs pour aider à contrôler les sensations désagréables ressenties suite à un stress. Pour certains, un peu plus souvent les femmes, des automatismes se sont installés conduisant à une consommation réflexe immédiate dans certaines circonstances pénibles. La crainte d'une rechute à une telle occasion est parfaitement justifiée et une prise en charge prospective de cette gestion du stress doit être envisagée (cf. chapitre 10).

Crainte de la prise de poids

Cette crainte est très réelle, même si 1/3 des fumeurs qui arrêtent ne prennent pas de poids. La cigarette est utilisée comme « coupe-faim » par certains. La prise de poids est une cause fréquente de rechute, elle mérite une stratégie spécifique décrite au chapitre 10.

Peur de la solitude

Pour certains, la relation avec la cigarette dépasse la simple dépendance avec recherche de plaisir ; elle peut être une compagne face à la solitude ; elle devient, parfois, une sorte de béquille psychologique qui les soutient au cours des épreuves de la vie. L'écoute est à nouveau importante, l'empathie doit être réelle et non factice ; face à cette crainte, il peut être souhaitable de revoir le fumeur à plusieurs reprises à ce sujet. Au moindre doute, l'aide d'un psychiatre peut être sollicitée.

Soucis par rapport à l'entourage

Les envies de fumer résultent de la dépendance à la nicotine, mais aussi de l'environnement ; le souhait d'arrêter de fumer d'une personne vivant avec une autre personne qui fume peut poser problème. La situation la moins difficile à traiter est celle où les deux conjoints souhaitent arrêter en même temps, même si le syndrome de sevrage peut parfois être difficile à vivre en couple. Assez fréquemment, l'un des deux conjoints ne souhaite pas arrêter et cela est parfaitement compréhensible, le processus d'évolution de la motivation à l'arrêt étant très personnel ; dans ce cas, il est nécessaire que la personne qui souhaite arrêter obtienne de son conjoint quelques modifications de son tabagisme : cacher ses cigarettes, ne pas fumer au domicile... Il arrive, dans certains cas plus rares, que la personne souhaitant arrêter n'ait aucune idée des intentions de son conjoint par rapport à son tabagisme.

La notion de consommation de tabac au travail avec les collègues se pose un peu moins depuis la mise en œuvre de l'application du décret du 15 novembre 2006 ; toutefois, les pauses café ou les cigarettes après les repas sur le lieu de travail sont à évoquer, car elles sont des circonstances potentielles de rechute.

Craintes par rapport aux traitements de la dépendance au tabac

Il est évident que c'est le rôle du médecin de répondre à ces inquiétudes qui sont ± fondées. De façon surprenante, certains fumeurs de 40 cigarettes par jour vont avoir peur de la prise d'un timbre à la nicotine associée à celle de quelques gommes à la nicotine. Certains craignent un transfert de dépendance vers ces produits. Il importe de préciser qu'il n'existe pas de dépendance connue aux substituts nicotiniques (du fait de la vitesse d'absorption de la nicotine médicamenteuse) et, tout au plus, peut-on observer des usages prolongés sur des mois, voire des

années, de gommes ou pastilles. Toutes les études ont démontré l'absence de risque sanitaire dans ce cas, en dehors de quelques éventuels problèmes dentaires.

Crainte de vieillir

Certains assimilent le fait d'arrêter de fumer à celui de devenir « raisonnable », dans le sens où ils admettent, de fait, la perte d'une certaine insouciance face à leur santé, insouciance souvent liée à la jeunesse. Il est possible de les convaincre du contraire en insistant sur le fait que l'arrêt du tabac prévient le vieillissement du corps qui est accéléré par la consommation de cigarettes.

Existence d'une consommation associée à d'autres produits psycho-actifs

L'arrêt du cannabis fumé doit accompagner celui de la cigarette

Cette question est particulièrement importante. Si la grande majorité des fumeurs ne consomme pas de produits illicites et a une consommation éventuelle d'alcool en accord avec les recommandations de l'OMS, ceci n'est pas toujours le cas. Cette situation peut aller du sujet dépendant à un ou plusieurs autres produits, ces co-dépendances doivent être traitées de façon spécifique (cf. chapitre 10), à celui qui souhaite arrêter de fumer mais aimerait conserver une consommation occasionnelle et récréative de cannabis. Dans ce dernier cas assez fréquent, il est préférable d'être clair et de bien préciser que l'arrêt du cannabis fumé doit accompagner celui de la cigarette. Dans le cas contraire, la consommation d'un joint, à l'occasion d'une soirée par exemple, est un facteur de rechute possible.

Crainte de la dépression ou de l'aggravation de troubles psychologiques ou de douleurs

Il est possible d'évoquer le terme « d'automédication » à la nicotine (mais en aucun cas à la fumée de tabac qui n'a que des effets délétères) dans certaines pathologies

comme la dépression, la schizophrénie, voire certaines douleurs rebelles. La question de la relation entre tabagisme et psychopathologie est traitée au chapitre 10.

7 Retenir une stratégie thérapeutique. Assurer un suivi

Le fumeur et le médecin doivent convenir ensemble d'une prise en charge spécifique après avoir analysé les principaux arguments de la décision thérapeutique.

Envisager une stratégie thérapeutique

La stratégie thérapeutique à proposer aux fumeurs dans le cadre d'une aide au sevrage tabagique repose sur différentes recommandations de pratique clinique.

En France, celles produites par l'ANAES en 1998 (conférence de consensus), l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) en 2003, l'HAS (Haute Autorité de Santé) en 2006 et celles issues de la conférence de consensus de l'ANAES en 2004 dans le domaine de la grossesse sont les principales références à ce jour.

De principe, lorsqu'un fumeur prend contact avec son médecin traitant pour envisager un arrêt du tabac, il est conseillé de lui proposer un rendez-vous pour une consultation spécifique. En effet, la prise en charge de cette dépendance nécessite la mise en place d'un véritable programme d'aide établi sur plusieurs mois auquel un traitement pharmacologique peut être associé.

La **consultation initiale** est l'occasion d'évaluer l'histoire du tabagisme en précisant les tentatives d'arrêt précé-

dentés, les traitements éventuellement utilisés, la durée des arrêts et les circonstances des rechutes (cf. chapitre 1). Un entourage fumeur, familial, amical ou professionnel favorise les rechutes et cette question doit également être évoquée. Ces éléments vont constituer une base de réflexion importante pour l'analyse par le fumeur lui-même de son comportement lié à l'usage du tabac. C'est une étape primordiale qui va lui permettre de progresser personnellement dans sa démarche vers un arrêt définitif. La dépendance nicotinique peut être évaluée grâce au test de Fagerström qui, à partir des réponses à des questions simples, permet d'établir un score donnant une notion de l'importance de la dépendance (annexe 5). La dépendance à la nicotine et les mécanismes qui conduisent à la prise d'une cigarette peuvent être expliqués au fumeur (cf. chapitre 5). Ces explications permettent de lever tout sentiment de culpabilité et de dévalorisation. Une mesure du taux de CO inhalé peut être proposée et le résultat en est discuté avec le fumeur (cf. chapitre 1).

**Le test de
Fagerström**

**Un bon outil pour
évaluer la
dépendance
nicotinique.**

Le fumeur reste l'acteur principal de son sevrage. Le rôle du médecin consiste à l'accompagner dans cette démarche pour le rassurer et l'encourager en cas de difficultés. La motivation personnelle et active du fumeur est fondamentale. Celle-ci doit être évaluée systématiquement par l'interrogatoire et à l'aide d'une échelle visuelle analogique dont il est intéressant de commenter le remplissage avec le fumeur (cf. chapitre 2 et annexe 3). Enfin, il est essentiel de relever également les éventuels obstacles ou craintes liés à l'arrêt, en particulier les problèmes de poids ou psychologiques, le syndrome de sevrage ou l'existence de dépendances associées liées à l'usage d'autres substances ou de nature comportementale (cf. chapitres 3 et 6). La prise en charge revient dans un premier temps au médecin généraliste ou spécialiste ; dans un deuxième temps, il peut être utile d'avoir recours

à une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre d'une consultation spécialisée hospitalière ou d'une unité de coordination de tabacologie (UCT). Ces UCT sont constituées de médecins et infirmières tabacologues, psychiatres/psychologues, nutritionnistes et ont pour objet de prendre en charge les patients dont la dépendance au tabac est particulièrement difficile à traiter. Les UCT ont aussi pour objet de travailler en collaboration avec les structures de prise en charge des autres dépendances (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA], services de psychiatrie, consultations cannabis...), d'assurer la prise en charge des patients fumeurs hospitalisés, et d'organiser et d'assurer l'enseignement et la recherche en tabacologie.

Choisir une date d'arrêt et un traitement

À l'issue de ce premier entretien et si le fumeur l'a décidé, une date d'arrêt du tabac peut être fixée. Ce choix peut s'appuyer sur différents arguments : pour certains, il est plus facile d'arrêter au travail, pour d'autres pendant les vacances... Dans certains cas, le report du sevrage de quelques semaines ou mois peut être souhaitable : un examen important en préparation, une procédure de divorce en cours, un mariage prochain... Il est important d'informer le fumeur de la nécessité d'un arrêt brutal du tabac qu'il faut préparer en se débarrassant des objets pouvant inciter à fumer (cigarettes, cendriers, briquets...) et en demandant aux fumeurs de son entourage d'être discrets. Dans certains cas (motivation insuffisante, manque de confiance en soi, angoisse très forte liée à l'arrêt...), le médecin peut proposer de procéder par étapes en envisageant une réduction temporaire de la consommation de tabac avec l'aide de substituts nicotiques oraux avant de programmer un arrêt total qui doit rester l'objectif principal.

La prescription d'un traitement pharmacologique sera discutée, expliquée et associée à une approche du type

thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Le choix du traitement est influencé, en particulier, par des contre-indications éventuelles. En définitive, la décision est prise avec le fumeur afin d'obtenir la meilleure observance.

L'arrêt du tabac constitue également l'occasion d'améliorer son hygiène de vie sur le plan alimentaire et physique. La reprise d'une activité physique régulière peut, à la fois, aider en ce qui concerne le contrôle d'une éventuelle prise de poids et contribuer à un mieux être global de l'individu associé à l'arrêt du tabac.

Afin de suivre le traitement et de prévenir les rechutes, des consultations de suivi seront programmées dans un second temps.

Conforter le sujet dans sa réussite

Programmer une consultation au décours de l'arrêt du tabac.

Établir un suivi

Une consultation au décours de l'arrêt du tabac, parfois durant la première semaine, doit être programmée, afin d'apprécier les résultats de la tentative, ainsi que l'apparition d'éventuels signes de sevrage importants ou d'éventuelles difficultés.

À cette occasion, le sujet doit être conforté dans sa réussite et il est nécessaire d'évaluer les circonstances de rechute qu'il va être amené à gérer pour éviter d'être tenté. La mesure du CO dans l'air expiré permet au sujet d'observer les effets directs de son sevrage.

Un suivi régulier et fréquent durant plusieurs mois est conseillé et à définir de façon individuelle avec chacun. Ces consultations ont pour objectif de contrôler et adapter les prescriptions médicamenteuses, prévenir les rechutes mais également d'enregistrer les éventuels « faux pas » dont il faut discuter afin d'éviter une réelle rechute. En effet, la notion que pour un sujet dépendant à la nicotine toute exposition même minime peut faire rechuter, même après un délai très long d'arrêt du tabac, est souvent difficile à concevoir et quelques fois très dur à accepter.

Le sevrage tabagique est souvent très dur et les rechutes fréquentes. Assurer une consultation d'aide au sevrage tabagique demande de la disponibilité, de la bienveillance et de la patience. Cependant, cette approche permet d'apprendre à connaître ses patients sous un aspect quelques fois différent, souvent très personnel et enrichissant.



Pour en savoir plus

AGENCE NATIONAL D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). L'arrêt de la consommation du tabac. *Conférence de consensus*, 8-9 octobre 1998, Paris : Éditions Médicales et Scientifiques, Paris.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). Grossesse et tabac. *Conférence de consensus*, 7 et 8 octobre 2004. St-Denis la Plaine, ANAES – http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière (janvier 2007) – http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_aide_sevrage_tabagique_rapport_2007_01_22_16_28_14_826.pdf

8

Proposer les traitements disponibles. Prescrire un traitement adapté

Il est de la responsabilité du médecin de ne proposer que les traitements efficaces, en prenant en compte les avantages et inconvénients de chacun d'entre eux.

Le traitement de la dépendance au tabac repose sur une réflexion avec le fumeur sur son comportement (TCC) associée, le plus souvent, à une prescription médicamenteuse.

Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)

Schématiquement, les TCC visent à modifier les comportements inadaptés de l'individu en favorisant un déconditionnement qui entraîne une extinction du comportement inadapté acquis et le remplacement par un comportement plus adapté. Ceci suppose que le sujet désire modifier son comportement et qu'il s'implique activement avec l'aide d'un médecin.

L'application de ces techniques, dans le cadre du sevrage tabagique, permet au sujet d'apprendre à observer son comportement et à s'auto-évaluer. Fumer est, en effet, un comportement appris puis maintenu par une dépendance constamment renforcée par des stimuli environnementaux. L'arrêt du tabac suppose de modifier quelques habitudes fortement liées au comportement tabagique et le rôle du

thérapeute est d'accompagner et d'aider l'ex-fumeur à progresser dans l'apprentissage du changement.

De façon simplifiée, ce *soutien psychologique*, dans le cadre de l'aide au sevrage tabagique, repose sur quelques principes qu'il est facile d'appliquer lors d'une consultation :

- *établir une relation empathique de qualité* entre le patient et le médecin ;
- *éviter la confrontation* ;
- *utiliser l'écoute active* qui consiste à reformuler certains propos du patient ;
- *mettre en valeur les démarches déjà effectuées* par le fumeur pour modifier sa consommation avant d'aborder les recommandations à envisager ;
- *décrire le comportement tabagique* en analysant les envies de fumer et en expliquant la dépendance (cf. chapitre 5). Ceci peut quelques fois être facilité en demandant au fumeur de noter sa consommation quotidienne de façon détaillée tout en mentionnant l'importance de la cigarette, le lieu, l'activité associée, la situation déclenchante, les émotions ressenties et les pensées associées ;
- *pointer l'ambivalence du fumeur* (cf. chapitre 3) qui est toujours en porte à faux entre l'envie d'arrêter de fumer et celle de continuer son intoxication en raison des effets psycho-actifs de la nicotine et des bénéfices secondaires éventuels. Ceci permet au fumeur de prendre conscience des raisons en faveur ou contre un changement de comportement. Il est possible de demander au fumeur d'exposer celles-ci sur une feuille de papier sous la forme d'une « balance décisionnelle » avec deux colonnes : celle des avantages et celle des inconvénients de fumer et/ou d'arrêter de fumer ;
- *rechercher des situations à haut risque*, y réfléchir pour permettre au patient de trouver des stratégies nouvelles

de compensation ou d'évitement (conduite à tenir face à un entourage fumeur par exemple) ;

- *apprendre à gérer les envies de fumer* qu'il est normal de ressentir au cours d'un sevrage, dédramatiser et apprendre à mieux contrôler les stimuli ;

**Soutien
psychologique du
fumeur**

**Le faire réfléchir
aux circonstances
qui le conduisent
au stress.**

• *apprendre à gérer différemment certaines émotions* (positives ou négatives) ou certaines situations de crises habituellement associées à la prise de tabac du fait du stress. D'une façon simplifiée, il s'agit de faire réfléchir le fumeur sur les circonstances, souvent très spécifiques à chaque individu, qui conduisent au stress et lui faire prendre conscience du fait qu'un automatisme s'est installé en réaction à ces circonstances. Cette étape de prise de conscience est fondamentale, elle doit être accompagnée d'une réflexion sur, à la fois, la nécessité de prendre du recul par rapport à ces situations de stress et le choix d'un comportement nouveau en réponse à ces situations. Ce nouveau comportement est spécifique à chaque individu et ne peut s'installer que progressivement ; il peut s'agir de boire un verre d'eau, sortir pour marcher, faire quelques inspirations profondes, imaginer une situation agréable... Bien évidemment, ceci demande de la part du fumeur de la constance et du temps. Il est à signaler que certains sujets peuvent même être ambivalents face au stress avec, à la fois, un ressenti pénible, mais en même temps une recherche de ce stress qui les conduit à l'action ; quelques fumeurs peuvent apparaître comme « dépendants » au stress ;

- *développer des attitudes efficaces en cas de « faux pas »* pour éviter l'effondrement de la motivation et l'abandon de la démarche d'arrêt ;
- *proposer une vision positive des bénéfices liés à l'arrêt du tabac* : mettre de côté chaque soir la somme d'argent économisée, reprendre progressivement une activité

physique, s'assurer de la satisfaction des proches suite à un arrêt du tabac...

Traitements médicamenteux disponibles

À ce jour, différents traitements pharmacologiques ont clairement fait la preuve de leur efficacité dans l'aide au sevrage tabagique. Les trois principaux traitements de 1^{re} ligne sont : la substitution nicotinique, la varénicline et le bupropion et ceux de 2^e ligne sont : la clonidine et la nortriptyline. L'efficacité de ces traitements est plus importante si une approche de type TCC est associée. Ces médicaments ont tous en commun la propriété de modérer les signes liés au manque de nicotine mais, la dépendance nicotinique étant aussi influencée par des stimuli environnementaux, des envies de fumer surviendront et nécessiteront des efforts de la part des ex-fumeurs avec notamment modifications de certaines habitudes de la vie courante pour éviter les sollicitations trop violentes (diminution ou arrêt de la consommation de café par exemple).

En première ligne

► Substitution nicotinique

Mode d'action

Lors de la consommation d'une cigarette, la nicotine, absorbée par voie alvéolaire, atteint le cerveau en quelques 10 secondes après le début de l'inhalation de la fumée pour se fixer sur des récepteurs spécifiques (cf. chapitre 5). Cette absorption, sous forme de « pics » (« *shoot* ») contribue de façon importante à la survenue de la dépendance.

Avec les substituts nicotiques (SN) (ou nicotine « propre » car non associée aux autres 4 000 produits ± toxiques présents dans la fumée de cigarette), la diffusion de la nicotine au niveau plasmatique est plus lente et

les concentrations cérébrales sont relativement plus faibles qu'avec la cigarette.

Avec les timbres transdermiques, la diffusion nicotinique est progressive puis continue sans « pics » comme avec la cigarette, ce qui explique que cette nicotine thérapeutique n'induit pas de dépendance.

La pharmacocinétique de la nicotine délivrée par les SN oraux auto-administrés (gommes à mâcher, comprimés et pastilles à sucer, tablette sublinguale, inhalateur) se rapproche un peu plus de celle de la cigarette, sans toutefois atteindre des concentrations plasmatiques identiques. Une utilisation prolongée de la gomme peut s'observer chez environ 10 % des sujets abstinents. Toutefois, il semble bien établi que son utilisation pour des périodes allant jusqu'à 5 ans n'augmente pas le risque de maladies cardiovasculaires.

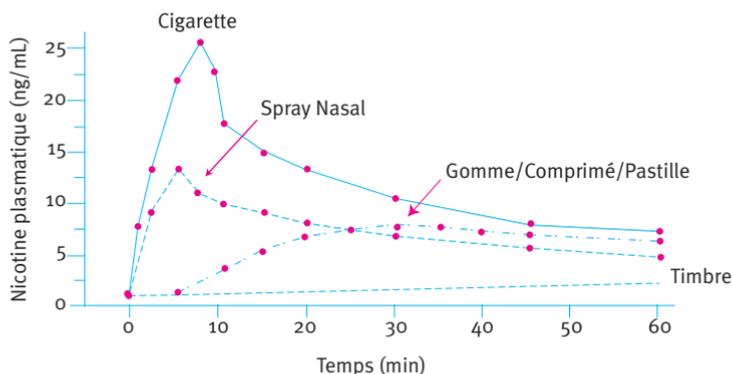


Fig. 8.1. Représentation schématique comparant les taux veineux de nicotine après consommation d'une cigarette et après utilisation des différentes formes galéniques de substituts après une nuit d'abstinence.

Source : Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, February 2000 (données adaptées de Russell MAH. Nicotine intake and its regulation by smokers. In : Martin WR, Loon GRV, Iwamoto ET, Davis L (eds). *Tobacco smoking and nicotine : a neurobiological approach*. New York : Plenum Publishing Corporation, 1987 : 25-50).

Les SN remplacent de façon temporaire plus ou moins longue et partielle la nicotine apportée par le tabac et ainsi suppriment, au moins en partie, les symptômes liés au sevrage. Les chances de réussite à un an d'un sevrage tabagique en utilisant des SN sont environ multipliées par deux vs placebo (OR : 1,77 – IC 95 % : 1,66-1,88).

Substitution nicotinique

Prévenir les sous- ou plus rarement sur-dosages.

La dose initiale de SN doit être adaptée à la dépendance du fumeur, puis la posologie est modulée en fonction de la survenue de signes cliniques traduisant un sous- ou un rare surdosage nicotinique. Les principaux signes de sous-dosage sont ceux du syndrome de sevrage (cf. chapitre 6) et ceux liés au surdosage sont : le dégoût du tabac, les céphalées, l'insomnie, les vertiges, la tachycardie. Cette posologie sera ensuite progressivement diminuée au cours du temps jusqu'à un arrêt total. Les SN sont proposés sous six formes différentes, dont cinq commercialisées en France, qui peuvent éventuellement être combinées. L'efficacité de l'association de différents SN est supérieure, en terme de sevrage au long terme, à la substitution par un seul produit avec un odds ratio de 1,9 (IC 95 % : 1,3-2,6). En pratique, il s'agit presque toujours de l'association d'un timbre avec une forme auto-administrée. Les taux de succès du sevrage à court terme (6 à 12 semaines) et à long terme (6 mois à 2 ans) sont indiqués séparément pour les différents SN aux tableaux 8.I et 8.II.

Globalement, les taux de succès sont plus élevés pour les SN par rapport au placebo mais **la variabilité de l'efficacité peut s'expliquer en partie par :**

- la différence du degré de motivation et de dépendance des sujets ;
- l'existence ou non d'un soutien psychologique d'approche comportementale ;
- une posologie prescrite pas toujours adaptée au degré de dépendance.

Tableau 8.I. Taux de succès de sevrage tabagique des différents produits nicotiniques. Essais en double aveugle contre placebo

Produit	Court terme (6 à 12 semaines)		Long terme (6 mois à 2 ans)	
	<i>Produit actif</i>	<i>Placebo</i>	<i>Produit actif</i>	<i>Placebo</i>
Gomme à mâcher (2 mg) (a)	23-89 %	11-59 %	3-49 %	2-37 %
Timbre (b)	14-77 %	6-51 %	9-35 %	4-21 %
Spray (c)	25-29 %	10-18 %	18-27 %	8-17 %
Inhaleur (d)	17-17 %	8-9 %	13-28 %	5-18 %
Tablette (e)	20-33 %	11-18 %	17-23 %	10-15 %

(a) Valeurs extrêmes à partir de 15 études ; (b) valeurs extrêmes à partir de 15 études ; (c) valeurs extrêmes à partir de 4 études ; (d) valeurs extrêmes à partir de 3 études ; (e) valeurs extrêmes à partir de 2 études.

Tableau 8.II. Taux de succès de sevrage tabagique pour les associations de différentes substitutions nicotiniques. Essais en double aveugle contre placebo

Association	Court terme (6 mois)		Long terme (1 an)	
	2 produits	1 produit	2 produits	1 produit
Gomme ± timbre	27-28 %	15-21 %	18-24 %	13-17 %
Timbre ± spray	31 %	16 %	21 %	11 %
Inhaleur ± timbre	25 %	22 %	20 %	14 %
Timbre ± bupropion	39 %	18 %	35,5 %	15,6 %

Les formes orales (gommes à mâcher 2 et 4 mg, tablettes sublinguales 2 mg, pastilles à sucer 1,5 mg, comprimés à sucer 1, 2 et 4 mg et inhaleur 10 mg) ont obtenu l'AMM (autorisation de mise sur le marché) dans le cadre de l'abstinence temporaire (cf. chapitre 10).

Prescriptions

Bien que les SN soient en vente libre, une prescription médicale est utile dans la mesure où elle permet une adaptation des doses et de la durée du traitement.

Les différentes présentations galéniques sont détaillées en annexe 6.

Dispositif transdermique (timbre ou patch) à la nicotine

La nicotine du dispositif transdermique diffuse lentement après application à travers l'épiderme (0,9 mg/h) jusqu'au réseau capillaire dermique. Les concentrations plasmatiques maximales (13-23 ng/mL) sont atteintes 4 à 11 heures après l'application et la diffusion se fait de façon continue sans effet de « pic » comme avec la cigarette. La concentration moyenne atteinte avec le timbre le plus fortement dosé est inférieure à celle observée chez un fumeur de 20 cigarettes/jour et peut s'avérer insuffisante pour certains sujets, d'où l'intérêt de pouvoir associer dans ce cas plusieurs formes de SN.

La durée d'application des timbres peut varier de 16 à 24 heures sans différence d'efficacité ; ceux appliqués sur 24 h présentent l'avantage d'éviter le faible taux sanguin de nicotine au réveil mais ont l'inconvénient d'induire une éventuelle perturbation du sommeil (insomnie, mauvais rêves). Chez les fumeurs qui fument peu le matin, un timbre sur 16 h est suffisant. Il existe trois dosages différents : 21, 14 et 7 mg/24 h ou 15, 10 et 5 mg/16 h.

Pour un fumeur très dépendant, il est recommandé de commencer par un timbre à 21 mg/24 h ou 15 mg/16 h à appliquer le matin sur une peau sèche, glabre, propre, sans lésion cutanée (exemple : bras, épaule...). Si des perturbations du sommeil apparaissent avec les timbres appliqués sur 24 h, il est conseillé de les retirer pour la nuit. La durée initiale du traitement est de 3 à 4 semaines ; puis, si cliniquement le sujet se sent bien, on propose une diminution de la posologie (timbres à 14 mg/24 h ou

10 mg/16 h) pendant 3 à 4 semaines et enfin un dernier palier pendant 3 à 4 semaines avec les timbres les plus faiblement dosés (7 mg/24 h ou 5 mg/24 h).

Gommes à mâcher

Contrôler la prise de nicotine avec les gommes à mâcher

Il est recommandé de ne pas dépasser 6 mois de traitement continu.

Dosées à 2 ou 4 mg (posologie à adapter en fonction de la dépendance nicotinique), elles ont l'avantage de permettre le contrôle par le fumeur de sa prise de nicotine. Pour augmenter leur pH et ainsi faciliter la diffusion de la nicotine contenue dans ces gommes à travers l'épithélium buccal vers les réseaux capillaires sous-muqueux, elles sont tamponnées avec du carbonate et du bicarbonate de sodium. L'absorption de nicotine est diminuée

en présence d'un pH acide, d'où la recommandation d'éviter de boire du café, ainsi que des boissons à base de cola ou jus de fruits avant et pendant la gomme. Il est important de ne pas mâcher la gomme trop vigoureusement car la nicotine est alors avalée avec la salive et donc sans effet. Il convient plutôt de la laisser ramollir environ 30 minutes contre la joue pour permettre une diffusion progressive et optimale de la nicotine. En moyenne, la nicotineémie obtenue en mâchant une gomme de 2 mg par heure est inférieure à la moitié de celle obtenue en fumant une cigarette par heure : 8 à 13 ng/mL contre 30 ng/mL respectivement. La diffusion de la nicotine étant plus rapide qu'avec le timbre (mais toutefois pas autant qu'avec la cigarette), la gomme permet de réguler facilement la prise de nicotine. Pour atteindre des niveaux thérapeutiques, de l'ordre de 8 à 12 gommes par jour sont nécessaires.

Progressivement, le nombre de gommes à mâcher consommées par jour est à diminuer jusqu'au sevrage complet. Il est recommandé de ne pas dépasser 6 mois de traitement continu.

Tablettes sublinguales, comprimés et pastilles à sucer

La diffusion nicotinique des tablettes dosées à 2 mg se fait par voie sublinguale en environ 20 minutes. Les taux veineux de nicotine après 30 minutes sont de l'ordre de 7 à 10 ng/mL, ce qui est proche des taux observés avec les gommes à mâcher. La posologie usuelle est de 1 à 2 tablettes par heure, sans dépasser 30 tablettes par jour. Les comprimés/pastilles à sucer, dosés à 1 mg, 1,5 mg, 2 mg et 4 mg ont un profil pharmacocinétique proche de celle de la tablette et de la gomme. Pour les fumeurs de 20 cigarettes/jour, la dose recommandée est de l'ordre de 8 à 12 pastilles par jour.

Inhaleur

L'inhaleur à la nicotine restitue la composante gestuelle

L'inhaleur à la nicotine, constitué d'un embout buccal dans lequel on insère des cartouches de nicotine, associée à la substitution nicotinique une composante gestuelle qui peut être importante chez certains fumeurs. Une bouffée de l'inhaleur libère environ 13 µg de nicotine à la température de la pièce et de l'ordre de 23 µg de nicotine à 30 °C. Ceci correspond environ à 1/10 de la nicotine libérée par une bouffée de cigarette. L'absorption de la nicotine se fait au niveau de la muqueuse orale et il est inutile de pratiquer des inhalations pulmonaires. Les taux sanguins veineux de nicotine sont de l'ordre de 8 ng/mL après 30 minutes pour 20 minutes d'inhalation. Il est recommandé d'utiliser 6 à 12 cartouches par jour et chaque cartouche est utilisée pour environ 3 fois 20 minutes.

Spray nasal

Le spray nasal, solution à 10 % de nicotine absorbée au niveau de la muqueuse nasale de façon plus rapide que les formes précédentes, n'est actuellement pas commercialisé en France. L'utilisation recommandée correspond à 0,5 mg de solution de nicotine dans chaque narine chaque heure.

Prix

Le prix des SN étant un problème pour certaines personnes, en particulier celles en situation de précarité, il faut savoir que :

- celui-ci peut varier du simple au triple, voire quadruple, d'une pharmacie à l'autre ;
- un remboursement par la Sécurité sociale, à raison de 50 €/an, est possible depuis le 1^{er} février 2007 lorsque la prescription a été faite sur une ordonnance spécifique ;
- certaines mutuelles remboursent les SN à des taux variant de l'une à l'autre et requièrent souvent une prescription médicale ;
- la délivrance des SN est gratuite dans les hôpitaux pour les patients hospitalisés durant leur séjour et avec des modalités de délivrance identiques à celles des autres médicaments ;
- de nombreuses entreprises, administrations, hôpitaux... proposent pour leurs salariés fumeurs des aides au sevrage tabagique sous différentes formes : prise en charge totale ou partielle d'un traitement pharmacologique spécifique, consultation de tabacologie possible sur le temps de travail...

Contre-indications

- hypersensibilité à l'un des constituants ;
- affection cutanée pouvant gêner l'utilisation d'un dispositif transdermique ;
- les contre-indications cardiovasculaires ont été levées en octobre 2003.

Précautions et surveillance étroite

- insuffisance hépatique et/ou rénale sévère ;
- ulcère gastrique ou duodéal en évolution ;
- la nicotine est une substance toxique : ne laisser en aucun cas les SN à la portée des enfants même après utilisation ;

- en cas de réaction cutanée sévère ou persistante, il est recommandé d'arrêter le traitement et d'utiliser une autre forme pharmaceutique ;
- chez la femme enceinte, il convient de toujours recommander un arrêt complet de la consommation de tabac, sans traitement par SN. En cas d'échec face à une patiente fortement dépendante, le sevrage tabagique avec ces médicaments est possible (cf. chapitre 10) ;
- la prise de SN est déconseillée pendant l'allaitement ; s'ils sont indispensables, suggérer le recours aux SN oraux après la tétée (cf. chapitre 10).

Mise en garde

Le tabac peut, par induction enzymatique des CYP1A2, diminuer les concentrations sanguines de certains médicaments tels que : caféine, théophylline, antidépresseurs imipraminiques, flécaïnide, pentazocine. L'arrêt du tabac peut entraîner une augmentation des concentrations de ces principes actifs liées à la réversibilité de l'effet d'induction enzymatique. Pour les médicaments à marge thérapeutique étroite, comme la théophylline, l'arrêt du tabac devra s'accompagner, outre l'ajustement posologique, d'une surveillance étroite, clinique voire biologique, avec information du patient des risques de surdosage. Par ses propriétés pharmacologiques spécifiques, la nicotine peut, tout comme le tabac, entraîner une augmentation des concentrations de cortisol et de catécholamines, nécessiter un ajustement posologique de la nifédipine, des bêta-bloquants, de l'insuline, réduire les effets des diurétiques, ralentir la vitesse de cicatrisation des ulcères gastriques par les antihistaminiques H₂, augmenter l'incidence des effets indésirables des œstrogénostatifs.

Effets indésirables

Dispositifs transdermiques

Les effets secondaires locaux les plus fréquemment rencontrés sont l'érythème et le prurit au site d'application. Ces signes ne sont pas liés à la nicotine, mais le plus souvent à la colle du timbre. Il est parfois possible de supprimer ces effets en recommandant de changer de marque de timbre.

Formes auto-administrées

Les effets indésirables liés à l'usage des substituts nicotiques oraux sont essentiellement locaux : irritation buccale, de la gorge, toux... En cas d'utilisation inadéquate, des brûlures pharyngées, hoquets ou brûlures d'estomac peuvent être observés.

De manière plus spécifique, l'utilisation des gommes à mâcher expose certains patients à des douleurs des muscles masticateurs, des ruptures d'amalgames dentaires et aux risques de décollement de prothèse dentaire ; une irritation nasale, des éternuements et des usages prolongés plus fréquents qu'avec les autres SN sont observés avec le spray nasal.

► **Varénicline (Champix)**

Mode d'action

La nicotine stimule le système de récompense cérébrale par l'intermédiaire de récepteurs nicotiques distribués sur les voies dopaminergiques (cf. chapitre 5). Lors d'un arrêt du tabac, les symptômes de sevrage sont en partie liés à la chute du taux de dopamine dans le système mésolimbique. Contrairement à la nicotine, qui est un agoniste complet entraînant une libération dopaminergique dose-dépendante, la varénicline, agoniste partiel des récepteurs à la nicotine, en particulier ceux de la sous-unité $\alpha_4\beta_2$, va induire un effet plafond dans la courbe dose-effet permettant une libération modérée de dopamine au niveau méso-

limbique qui réduit le besoin impérieux de fumer et soulage les effets du sevrage induits par l'absence de nicotine, mais sans apporter les effets psycho-actifs induits par la nicotine présente dans la fumée de cigarette.

De plus, agissant de façon compétitive avec la nicotine, elle protège le fumeur en cas de « faux pas » contre les effets de récompense et de renforcement du tabagisme.

À ce jour, son efficacité dans l'aide au sevrage tabagique a été mise en évidence dans deux essais cliniques en double aveugle, avec trois bras comparant l'efficacité d'un traitement de 12 semaines par varénicline (1 mg deux fois par jour), à celle du bupropion (150 mg deux fois par jour) ou d'un placebo. Les taux d'abstinence continue sur les quatre dernières semaines de traitement, ainsi que ceux observés des semaines 9 à 52, étaient significativement plus élevés chez les fumeurs traités par varénicline que par placebo (44 % vs 17,7 %, OR = 3,85 – IC 95 % : 2,70-5,50 pour les semaines 8 à 12 ; 21,9 % vs 8,4 %, OR = 3,09 – IC 95 % : 1,95-4,91 pour les semaines 9 à 52).

Par rapport au bupropion, les taux d'abstinence continue sur les quatre dernières semaines de traitement étaient également significativement supérieurs chez les fumeurs traités par varénicline (44,0 % vs 29,5 %, OR = 1,93 – IC 95 % : 1,40-2,68). Cette supériorité a également été observée de la semaine 9 à 52 mais de façon moins importante dans une des études (21,9 % vs 16,1 %, OR = 1,46 – IC 95 % : 0,99-2,17).

Enfin, une étude d'efficacité dans le maintien de l'abstinence a également été réalisée. Après 3 mois de traitement par varénicline, une poursuite du traitement à la même posologie a été proposée aux sujets abstinents à l'issue des 12 semaines de traitement vs placebo. Les taux d'abstinence continue des semaines 13 à 52 étaient significativement plus élevés chez les sujets traités 12 semaines supplémentaires par varénicline vs placebo (43,6 % vs 36,9 %, OR = 1,34 – IC 95 % : 1,06-1,69).

Prescription

Ce médicament est délivré sur prescription médicale et est pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur d'un forfait de 50 €/an (sur le même principe que pour les SN).

Il s'administre par voie orale et peut être pris indifféremment en dehors ou au cours des repas. La posologie initiale est de 1 comprimé dosé à 0,5 mg/j de J 1 à J 3, puis 2 comprimés dosés à 0,5 mg/j en deux prises de J 4 à J 7, puis, à partir de J 8, deux comprimés dosés à 1 mg/j en 2 prises pour une durée totale de traitement de 12 semaines. L'arrêt du tabac est à programmer au cours des deux premières semaines de traitement ; il est souhaitable de définir une date d'arrêt.

Pour les patients qui ont réussi à arrêter de fumer à la fin des 12 semaines de traitement, une cure complémentaire de traitement de 12 semaines avec deux comprimés à 1 mg en deux fois par jour peut être envisagée.

Le conditionnement est le suivant :

- deux premières semaines de traitement : 1 boîte avec 11 cp à 0,5 mg et 14 à 1 mg ;
- semaines suivantes : boîtes à 28 cp et 56 cp à 1 mg ;
- en cas de posologie d'entretien réduite : boîte à 56 cp à 0,5 mg.

Contre-indications

- hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients ;
- âge \leq à 18 ans ;
- grossesse et allaitement.

Précautions et surveillance étroite

Insuffisance rénale (clairance de la créatinine [CC]) :

- légère : $50 \text{ mL/min} \leq \text{CC} \leq 80 \text{ mL/min}$: posologie habituelle ;
- modérée : $30 \text{ mL/min} \leq \text{CC} \leq 50 \text{ mL/min}$: posologie habituelle ; si événement indésirable : posologie réduite à 1 mg/j ;
- sévère : $\text{CC} \leq 30 \text{ mL/min}$: posologie à 1 mg/j.

Conduite et utilisation des machines

Il faut demander au patient de s'assurer que la varénicline ne modifie pas leur aptitude à pratiquer ces activités avant de les repratiquer.

Mise en garde

L'arrêt de la consommation de tabac, quel que soit le traitement (SN ou autre), peut nécessiter l'ajustement posologique de quelques traitements : théophylline, warfarine, insuline, etc., du fait de l'effet inducteur de la consommation de tabac sur le CYP1A2 (cf. page 68).

À l'arrêt du traitement par varénicline, peut être observée une augmentation de l'irritabilité, de l'envie de fumer, de la dépression et/ou de l'insomnie pour 3 % des patients ; il est nécessaire d'en avertir les patients.

Il n'existe pas d'interaction médicamenteuse cliniquement significative connue.

Il ne faut pas associer de SN ; une telle association peut se traduire par une augmentation des effets indésirables. La co-administration de varénicline (2 mg/j) et de nicotine (21 mg/j) par voie transdermique durant 12 jours ne modifie pas les paramètres pharmacocinétiques de la nicotine. Cependant, l'incidence des nausées, des céphalées, des vomissements, des sensations vertigineuses, des dyspepsies et des asthénies a été plus élevée lors de l'association de SN à la varénicline.

Effets indésirables

Ceux-ci sont :

- digestifs : nausées (environ 30 % des cas), constipation, douleurs abdominales, flatulences... Les nausées surviennent au début du traitement et disparaissent après quelques jours ; il faut en avertir le patient ;
- neuropsychiatriques : insomnies, céphalées, perturbation des rêves ;
- augmentation de l'appétit : cet effet est sans doute lié au sevrage.

La dose pourra être réduite à 0,5 mg deux fois par jour de façon temporaire ou permanente chez les patients qui ne peuvent tolérer les effets indésirables.

► **Chlorydrate de bupropion (Zyban)**

Mode d'action

Le chlorydrate de bupropion, antidépresseur atypique, est un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et partiel de celle de la dopamine. Antagoniste non compétitif de la plupart des récepteurs nicotiques, avec un effet minime sur la recapture de la sérotonine, il n'a pas d'effet inhibiteur sur la monoamine oxydase. Le bupropion réduit l'activité des neurones libérant de la dopamine et de ce fait pourrait désactiver le système de récompense et réduire l'envie de fumer. Son efficacité dans l'aide au sevrage tabagique avec des taux d'abstinence obtenus doublés par rapport au placebo a été mise en évidence dans plusieurs grands essais thérapeutiques contrôlés, ayant inclus des patients sans syndrome dépressif. Une méta-analyse réalisée à partir de 19 études a montré un odds ratio de 2,06 (IC 95 % : 1,8-2,4) en faveur du bupropion vs placebo. La prise de poids est également moins importante sous bupropion que sous placebo mais cet effet tend à disparaître à l'arrêt du traitement ; il est souhaitable d'en prévenir les patients.

Prescription

Commercialisé sous forme galénique à libération prolongée (LP) présentant une pharmacocinétique limitant le risque convulsif, il est indiqué en cas de dépendance nicotinique dans l'aide au sevrage tabagique associé à un soutien à la motivation. Il est délivré sur prescription médicale et n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

La posologie est de un comprimé à 150 mg par jour pendant 6 jours puis de deux comprimés à 150 mg par jour en espaçant les prises d'au moins huit heures. Pour éviter

les insomnies, on peut recommander de prendre le premier comprimé le plus tôt possible le matin, afin de pouvoir prendre le second tôt dans l'après-midi. Un arrêt du tabac doit être fixé entre J 7 et J 15 et la durée habituelle du traitement est de 7 à 9-12 semaines. Un traitement plus long semble prolonger la durée du sevrage.

Le traitement associant bupropion et nicotine n'est pas significativement plus efficace que le bupropion seul, par conséquent il n'est pas formellement recommandé.

Contre-indications

Les contre-indications sont les suivantes :

- hypersensibilité au bupropion ou à l'un des excipients ;
- âge < à 18 ans ;
- troubles convulsifs évolutifs ou antécédents ;
- tumeur du système nerveux central ;
- sevrage alcoolique ou aux benzodiazépines en cours ;
- trouble bipolaire ;
- boulimie ou anorexie mentale actuelles ou antécédents ;
- insuffisance hépatique sévère ;
- prise d'inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) (avec précaution spécifique si arrêt récent d'IMAO) ;
- grossesse et allaitement.

Précautions et surveillance étroite

- sujet âgé : posologie réduite à 150 mg/j ;
- insuffisance hépatique légère à modérée : posologie réduite à 150 mg/j ;
- insuffisance rénale : posologie réduite à 150 mg/j ;
- dépression : possibilité d'épisode psychotique.

Conduite et utilisation des machines

Des sensations vertigineuses et des étourdissements ont été rapportés sous bupropion. Aussi, la conduite d'un véhicule ou l'utilisation de machines ne doit être envisagée qu'avec prudence par les patients, et après s'être

assuré que la prise du médicament n'affectait pas leurs performances.

Mise en garde

Indication à discuter et à retenir en « cas de nécessité absolue » :

- substances abaissant le seuil épileptique : antipsychotiques, antidépresseurs, antipaludéens, tranadol, théophylline, stéroïdes par voies systémiques, quinolones, antihistaminiques sédatifs ;
- abus d'alcool ;
- antécédents de traumatisme crânien ;
- diabète traité par hypoglycémiant ou insuline ;
- usage de produits psychostimulants ou anorexigènes.

Interruptions du traitement en cas de :

- convulsions ;
- réactions d'hypersensibilité ou anaphylactique : éruption cutanée, prurit, urticaire, douleur thoracique, œdème, dyspnée ;
- symptômes de maladie sérique : arthralgie, myalgie, fièvre.

Interactions médicamenteuses :

- prudence avec les médicaments induisant ou inhibant l'isoenzyme 2D6 du cytochrome P450 ;
- association avec les dispositifs transdermiques à la nicotine : rechercher 1 fois par semaine une augmentation de la TA et respecter la prescription de ces dispositifs ;
- augmentation du taux sanguin de médicaments métabolisés par CYP1A2 : théophylline, tacrine, clozapine ; éventuellement de : imipramine, olanzapine, clomipramine, fluvoxamine ; rôle possible sur flécaïnide et pentazocine ;
- prudence avec les produits à faible index thérapeutique métabolisés par CYP2D6 : risque d'augmentation des taux sanguins :

- antidépresseurs : désipramine, imipramine, paroxétine,
- antipsychotiques : rispéridone, thioridazine,
- bêta-bloquants : metoprolol,
- anti-arythmiques de type IC : propafénone, flécaïnide ;
- prudence avec les produits interférant avec l'isoenzyme CYP2B6 : orphénadrine, cyclophosphamide, ifosfamide ;
- prudence avec les médicaments :
 - inducteurs enzymatiques : carbamazépine, phénytoïne,
 - inhibiteurs enzymatiques : valproate ;
- prudence avec lévodopa et amantadine.

Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés sont une insomnie, des céphalées, une sécheresse buccale, des troubles de la concentration ou des sensations vertigineuses. Moins fréquemment, on peut observer une élévation tensionnelle, un syndrome anxiodépressif, des douleurs thoraciques ou des troubles visuels et enfin, plus rarement, un risque de crise convulsive (1/1 000). C'est pour cette raison, qu'il est important de rechercher les facteurs pouvant abaisser le seuil épileptogène, tels qu'antécédents médicaux et/ou interactions médicamenteuses.

En deuxième ligne

Ces médicaments ont été étudiés dans le cadre du sevrage tabagique et sont efficaces, mais en raison de leurs effets secondaires, ils ne sont pas recommandés en France pour cette indication.

► **Clonidine**

C'est un agoniste des récepteurs α_2 centraux qui inhibent l'activité sympathique et réduit certains des effets désagréables du sevrage. La clonidine existe sous formes orale

et transdermique. L'odds ratio global par rapport au placebo est de 1,89 (IC 95 % : 1,30-2,74). Les effets secondaires sont dose-dépendants (sécheresse buccale et somnolence).

► Nortriptyline

C'est un antidépresseur tricyclique efficace dans le sevrage tabagique indépendamment des antécédents dépressifs des patients. L'odds ratio global par rapport au placebo est de 2,80 (IC 95 % : 1,81-4,32). Les principaux effets secondaires sont la sécheresse buccale, la sédation et les troubles du rythme cardiaque. Ce médicament n'est pas commercialisé en France.

Approches non recommandées

Antidépresseurs et anxiolytiques dans le sevrage tabagique

De nombreuses études concernant le rôle de la nicotine et de l'association très fréquente de troubles anxiodépressifs avec la consommation de tabac et/ou d'un sevrage, ont abouti à l'évaluation de l'efficacité de ces molécules dans le sevrage tabagique, en l'absence de tout syndrome dépressif. À ce jour, en France, seul le bupropion qui a démontré une action favorable sur les principaux symptômes de sevrage peut être prescrit avec cette indication. Cette action semble toutefois indépendante de son effet antidépresseur.

Par contre, en cas de survenue de troubles anxio-dépressifs avérés et confirmés au cours d'un sevrage tabagique, la prescription d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques peut être envisagée selon les règles habituelles de prescription de ces molécules.

Autres approches dans le sevrage tabagique

D'autres approches ont été ± évaluées dans le cadre du sevrage tabagique et ne présentent pas d'intérêt (AFSSAPS) :

- antidépresseurs tricycliques, buspirone, inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO), inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) ;
- anorexigènes, bêta-bloquants, *Nicoprive*, caféine/éphédrine, cimétidine, lobeline, médicaments homéopathiques, méprobamate, benzodiazépines, ondansétron, vaccinothérapie, acétate d'argent ;
- acupuncture, mésothérapie, auriculothérapie, cigarettes sans tabac, hypnose, laser.



Pour en savoir plus

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. *Recommandations*, mai 2003 – <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/tabreco.pdf>

BOHADANA A, NILSSON F, RASMUSSEN T, MARTINET Y. Nicotine inhaler and nicotine patch : a combination therapy for smoking cessation. A randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Arch. Int. Med.*, 2000 ; 160 : 3128-3134.

GONZALES D, RENNARD SI, NIDES M, ONCKEN C, AZOULAY S, BILLING CB *et al.* Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation : a randomized controlled trial. *JAMA*, 2006 ; 296 : 47-55.

GOURLAY SG, STEAD LF, BENOWITZ NL. *Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review)*. Oxford : The Cochrane library, update software, 2004, issue 3.

HUGHES JR, STEAD LF, LANCASTER T. *Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review)*. Oxford : The Cochrane Library, update software, 2004, issue 3.

- HURT RD, SACHS DP, GLOVER ED. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N. Engl. J. Med.*, 1997 ; 337 : 1195-1202.
- JORENBY D, LEISCHOW SJ, NIDES MA. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N. Engl. J. Med.*, 1999 ; 340 : 685-391.
- JORENBY DE, HAYS JT, RIGOTTI NA, AZOULAY S, WATSKY EJ, WILLIAMS KE *et al.* Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation : a randomized controlled trial. *JAMA*, 2006 ; 296 : 56-63.
- RICHMOND R, ZWAR N. Rewiew of bopropion for smoking cessation. *Drug and alcohol review*, 2003 ; 22 : 203-220
- TONSTAD S, TONNESEN P, HAJEK P, WILLIAMS KE, BILLING CB, REEVES KR *et al.* Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation : randomized controlled trial. *JAMA*, 2006 ; 296 : 64-71.

9

Prévenir les rechutes. Les intégrer dans la démarche d'arrêt

Écueil fréquent, si ce n'est incontournable, du traitement de la dépendance au tabac, les rechutes doivent servir à renforcer la stratégie comportementale du patient pour les tentatives ultérieures d'arrêt.

Les rechutes font partie intégrante du processus de sevrage tabagique. Comme il a été dit au chapitre 2 elles sont la règle, plutôt que l'exception. Le risque de rechute est plus élevé en début du sevrage, 60 à 90 % des fumeurs rechutant dans les 12 premiers mois. Ce risque est de 2 à 4 % entre la 2^e et la 6^e année après l'arrêt du tabac et de 1 % par an après 10 ans d'abstinence.

Bien connaître les circonstances de rechute pour mieux les prévenir

Dès le premier entretien il est important d'avertir le fumeur sur les principales circonstances de rechute. L'objectif de cette démarche est de l'informer sur leur nature et d'envisager des stratégies de prévention. Si le fumeur a déjà rechuté auparavant, il est impérieux d'analyser avec lui les différentes circonstances qui l'ont conduit à reprendre une consommation de tabac. En effet, les fumeurs rechutent souvent pour les mêmes raisons.

Les principales causes de rechute sont :

- symptômes de sevrage ;
- « *craving* » ;
- symptômes dépressifs ;
- gain de poids ;
- perte de motivation ;
- excès de confiance ;
- mauvaise adhérence au traitement.

Les **symptômes de sevrage** peuvent survenir en cas de traitement inadapté ou de non adhérence thérapeutique. Concernant, le « *craving* », c'est-à-dire le désir impérieux de fumer, celui-ci peut survenir même en l'absence de ces facteurs. Dans ce cas, il n'est pas lié au manque de nicotine, mais à la forte action d'un stimulus (gustatif, psychologique ou autre).

Les **symptômes dépressifs** ont tendance à apparaître au début du traitement et à s'estomper au fil du temps. Le recours à un antidépresseur n'est pas nécessaire dans la majorité des cas ; cependant, le médecin ne doit pas hésiter à demander un avis psychiatrique s'il le juge nécessaire, en particulier si les symptômes s'aggravent et/ou se prolongent de façon importante.

Les rechutes dues au **gain de poids** sont courantes. Une stratégie efficace pour l'éviter consiste à dédramatiser la prise de poids au début du traitement et à expliquer au sujet que, s'il a intérêt à adopter des habitudes alimentaires saines (privilégier fruits et légumes, viande maigre, poisson ; entretenir une activité physique régulière...), il ne doit pas débiter un régime diététique strict en même temps que son sevrage. Les 3 ou 4 kilos pris en début de traitement pourront être parfaitement perdus entre le 3^e et 12^e mois de traitement, quand le fumeur sera dans un état plus « stable ».

La **perte de motivation** est une cause fréquente de rechute. Avec le temps, les côtés négatifs du tabac sont oubliés et le manque de plaisir, de l'aspect convivial du tabac et de

sa capacité à aider le fumeur dans la gestion du stress prennent le dessus. Il faut insister régulièrement auprès du fumeur sur la nécessité pour lui de se rappeler périodiquement des raisons intimes pour lesquelles il a décidé d'arrêter de fumer. La motivation doit être régulièrement entretenue sur de très nombreux mois.

Enfin, nombre de rechutes sont dues à l'**excès de confiance**, avec souvent **mauvaise adhérence au traitement**. Dans la mesure où ils ressentent peu ou pas de symptômes de sevrage, certains fumeurs tombent dans l'euphorie. Ils n'hésitent pas à se dire qu'après tout ils n'ont pas besoin de médicaments ni de suivi spécifique. Tout naturellement ils commencent à prendre des risques - une bouffée « juste pour voir » ou, à la limite, fumer une cigarette toute entière. Dans ce processus, certains fumeurs se font l'illusion qu'ils peuvent fumer quelques cigarettes de temps à autre, ce qui est exceptionnellement le cas.

Concernant le risque de rechute, il faut avoir à l'esprit que certains **facteurs prédictifs des rechutes** ont été décrits, en particulier :

- jeune âge ;
- bas niveau d'éducation ;
- moindre conscience de sa santé ;
- nombre élevé de cigarettes fumées ;
- consommation d'alcool associée ;
- amis fumeurs ;
- consommation de cigares ou pipes ;
- consommation exagérée de café ;
- consommation occasionnelle de cannabis.

Chaque fumeur étant unique, il convient d'esquisser une stratégie personnalisée d'évitement des rechutes. Selon l'occupation du fumeur, ses activités, le déroulement de sa journée, les personnes qu'il côtoie, le médecin s'attachera à le conseiller sur la meilleure stratégie pour désamorcer le piège de la rechute. Bouger, boire un verre d'eau,

s'abstenir de boire de l'alcool, prendre un substitut nicotinique et, surtout, ne pas avoir du tabac sur soi sont quelques astuces qui peuvent faire la différence entre un échec et un sevrage réussi.

Intégrer les rechutes dans la démarche d'arrêt

**Maintenir
la motivation
et augmenter
la confiance**

La meilleure façon d'éviter les rechutes est d'augmenter et maintenir la motivation et d'apprendre à gérer les situations difficiles. En effet, chaque fois qu'un fumeur gère correctement une envie, sa confiance augmente. Le médecin doit utiliser ce succès pour encourager le fumeur à utiliser la même stratégie la prochaine fois, et à chaque fois que nécessaire. De même, le médecin doit discuter les éventuels « faux pas » et avertir le fumeur sur la possibilité d'une vraie rechute.

En cas de vraie rechute, il ne faut surtout pas dramatiser. Par contre, il faut analyser les circonstances de la rechute. S'agit-il d'une rechute motivée par un besoin ponctuel de cigarette (par exemple : une soirée un peu plus arrosée, une contrariété importante...) ? ou est-elle survenue dans le cadre d'un besoin susceptible de durer plus longtemps (par exemple : un examen prévu dans quelques semaines, une prise de poids importante...) ? Quel que soit le cas, il faut lutter contre les sentiments de culpabilité et/ou de dévalorisation tout en rappelant au fumeur les inconvénients de fumer et les bénéfices de l'arrêt. Enfin, selon les circonstances de rechute, il faut envisager une nouvelle tentative, sachant qu'un nouveau sevrage précoce ne réduit pas les chances de réussite.

En cas de rechute, il ne faut jamais laisser partir le fumeur avec la sensation d'échec, *a fortiori* celle d'un échec définitif. Une attitude équilibrée consiste à interrompre le sevrage pour un temps défini. En pratique, on demande au sujet d'arrêter le traitement et de fumer le moins possible pour ne pas le démobiliser complètement. Il est aussi

souhaitable de conseiller de fumer le plus souvent à l'extérieur pour supprimer l'exposition au tabagisme passif (dont les risques sanitaires s'ajoutent à ceux liés au tabagisme actif), ce qui contribue ainsi à réduire la consommation quotidienne de cigarettes. Un nouveau rendez-vous pour un nouvel essai est alors fixé dans un délai raisonnable. Ce faisant, on donne au fumeur le temps dont il a besoin pour régler les problèmes à l'origine de la rechute tout en envisageant un sevrage dans un délai réaliste. Certains fumeurs font état d'une forte baisse de motivation avec perte de confiance dans leurs capacités à vaincre le tabac. Ces sujets peuvent bénéficier de quelques rendez-vous de soutien, au cours desquels ils continuent de fumer pendant qu'ils se préparent pour un nouvel essai. Dans la plupart des cas, un délai de 4 à 6 semaines paraît raisonnable même si certains fumeurs ont besoin de beaucoup plus de temps. Pour l'anecdote, un de nos patients a eu besoin de 10 mois pour se sentir prêt à une nouvelle tentative. L'investissement a été payant car, un an plus tard, il était toujours non-fumeur.

10 Repérer les situations particulières. Proposer des stratégies adaptées

Les particularités de chaque fumeur justifient une approche individuelle et adaptée afin d'améliorer les chances de réussite.

Prise de poids

La question de la prise de poids liée à l'arrêt du tabac est souvent évoquée par les fumeurs au moment d'entamer un sevrage tabagique. Pour certains, il s'agit d'une crainte importante qui peut diminuer leur motivation à l'arrêt ; elle est une cause fréquente de rechute.

Si environ 1/3 des sujets ne prennent pas de poids à l'arrêt du tabac, la prise de poids moyenne est de 2,8 kg chez l'homme et de 3,8 kg chez la femme. Les variations pondérales liées au tabagisme sont en partie expliquées par l'action de la nicotine. Celle-ci majore la lipolyse, réduit la lipogénèse, augmente les dépenses énergétiques de l'ordre de 8 à 10 calories par cigarette et possède un effet anorexigène. Par conséquent, le poids d'un fumeur est légèrement en deçà de celui qu'il devrait avoir s'il ne fumait pas et le simple arrêt de l'apport nicotinique explique cette prise moyenne de poids d'environ 3 à 4 kg.

De plus, à l'arrêt du tabac, le manque de nicotine peut faire apparaître des fringales et quelques fois une appé-

tence accrue pour le sucre, d'autant plus intenses et impérieuses que l'hygiène alimentaire est mauvaise (nombre de repas insuffisant, grignotages...). Si celles-ci ne sont pas calmées, d'une part par un traitement efficace dans le cadre du sevrage tabagique et d'autre part par une réévaluation du régime alimentaire avec correction des erreurs commises, elles peuvent être responsables d'une prise de poids beaucoup plus importante. Chez 10 % des femmes et 14 % des hommes, celle-ci peut être supérieure à 13 kg. Il est important dans ce cas de rechercher des troubles associés du comportement alimentaire qui nécessitent alors une prise en charge spécialisée.

Prise de poids

Veiller à une alimentation variée et équilibrée.

Enfin, lorsqu'un surpoids existe avant un sevrage tabagique, il est utopique de proposer au sujet de vouloir arrêter de fumer en même temps que de maigrir. Par contre, une enquête alimentaire systématique est nécessaire dès la première consultation pour pouvoir proposer au sujet une prise en charge nutritionnelle adaptée si nécessaire et afin de définir une stratégie de prise en compte successive dans le temps du tabagisme et du problème de poids. Il revient au fumeur de prendre cette décision avec l'aide de son médecin. Dans tous les cas, des objectifs « réalistes » doivent être définis.

Dans la majorité des cas, des conseils hygiéno-diététiques simples (annexe 7), ainsi qu'un traitement efficace pour calmer les symptômes liés au sevrage tabagique (cf. chapitre 8), tels que les fringales, suffisent pour éviter des prises de poids trop importantes. Sur le plan diététique, il ne s'agit pas de proposer un régime alimentaire au sens strict du terme mais simplement de veiller à apporter une alimentation variée et équilibrée. Quelques erreurs majeures sont à éviter, comme celles de sauter un repas ou de grignoter. Il est également recommandé de limiter les graisses et les sucres ainsi que les boissons alcoolisées.

L'activité physique peut également constituer une aide pour l'équilibre à la fois pondéral et psychologique. Il est souhaitable d'envisager une activité physique modérée et progressive afin qu'elle soit durable. Changer quelques habitudes au quotidien comme celle de préférer les escaliers aux ascenseurs ou la marche à la voiture pour les petits trajets peut être bénéfique.

Enfin, tous ces conseils permettront également de prévenir les problèmes de constipation, en général transitoires, pouvant survenir au début de l'arrêt du tabac.

Traitement de la dépendance au tabac et psychopathologie

L'interaction de la nicotine avec les récepteurs nicotiniques cérébraux situés, en particulier, au niveau du système de récompense cérébrale se traduit par des effets psycho-actifs qui sont recherchés par le fumeur : sensation de plaisir, d'apaisement, effet « coupe-faim »... Ces effets combinés aux symptômes de sevrage qui surviennent du fait d'un taux sanguin bas de nicotine conduisent à l'installation et à la permanence de la dépendance au tabac. Parallèlement, la nicotine intervient avec d'autres processus mentaux, ce qui conduit à l'établissement de relations ± étroites entre la consommation de tabac et certaines psychopathologies : dépression, schizophrénie, troubles anxieux et co-dépendances.

Dépendance

Le **processus de dépendance** n'est pas, en soit, un phénomène pathologique puisqu'il contribue, par le biais du système de récompense cérébrale, à la répétition d'activités utiles pour la survie de l'individu (alimentation, boisson...) ou de l'espèce (reproduction). Le parasitage de ce système physiologique par la nicotine (une substance non produite physiologiquement par l'organisme et non nécessaire à la survie de l'individu ou de l'espèce) conduit

à l'installation d'une dépendance. Les risques pour l'utilisateur sont moins liés à la nicotine elle-même qu'aux plus de 4 000 autres produits présents dans la fumée de tabac (CO, goudrons, irritants, métaux, radicaux libres...).

La **dépendance à la nicotine** n'est pas *stricto sensu* une « maladie » ; dans la très grande majorité des cas, son installation ne traduit pas l'existence chez son utilisateur d'une pathologie ou d'un profil psychologiques particuliers ; d'ailleurs, le nombre de jeunes de 17 ans fumeurs journaliers actuellement en France est de 33 % et le pourcentage d'hommes fumeurs il y a quelques dizaines d'années était supérieur à 50 % ; à ce niveau de fréquence de consommation aucun profil psychologique spécifique ne peut être décrit ; par contre, les influences socio-économiques, l'accessibilité et la tolérance de la société au produit sont fondamentales dans l'initiation à l'adolescence et l'installation de la dépendance au tabac.

En revanche, pour certains, la consommation de tabac peut s'inscrire dans le cadre d'une **polyconsommation** ou de dépendances associées. Ces dernières peuvent être de nature comportementale (jeux pathologiques, troubles des conduites alimentaires, achats compulsifs...) et/ou liées à l'usage de produits licites (alcool, benzodiazépine...) et/ou illicites (cannabis, cocaïne, héroïne...). Ces co-dépendances sont à bien distinguer de la dépendance au tabac associée à une consommation contrôlée (sans dépendance), et sans risque majeur pour la santé, d'autres produits tels que l'alcool ou le cannabis. La prise en charge des dépendances associées est évoquée plus loin dans ce chapitre.

La consommation de tabac peut s'accompagner de symptômes et/ou de maladies ou d'antécédents psychopathologiques.

Dépression

Le tabagisme est plus fréquent chez les patients présentant une pathologie dépressive évolutive que dans la population générale et la dépression est plus fréquente parmi les fumeurs que les non-fumeurs. Les sujets ayant été à un moment de leur vie déprimés sont plus souvent fumeurs. Enfin, les fumeurs ayant des antécédents de dépression ont moins de chance de réussir un sevrage que les sujets sans antécédent dépressif. Il est possible que l'influence de la dépression sur le tabagisme soit plus importante chez la femme. Une corrélation entre le tabagisme et le taux de suicide a pu être évoquée.

Le sevrage tabagique peut être responsable de l'apparition de symptômes ou d'un syndrome dépressifs. Lors du sevrage tabagique, les sujets ayant des antécédents de dépression signalent plus fréquemment des symptômes dépressifs au cours de la première semaine de sevrage et le syndrome de sevrage semble plus sévère chez eux que chez les autres fumeurs. À l'interrogatoire, on peut souvent retrouver la notion de rechute liée à la survenue de symptômes dépressifs au décours d'un sevrage antérieur.

En pratique :

- la recherche d'antécédents et/ou de l'existence de symptômes dépressifs voire d'une dépression vraie doit être effectuée avant tout sevrage ; il est possible de s'aider du questionnaire HAD (*Hospital Anxiety and Depression* – annexe 8) ;
- si le fumeur présente dans ses antécédents des symptômes/épisodes dépressifs, il faut l'avertir d'une possible récurrence à l'arrêt du tabac et lui conseiller de le signaler rapidement ;
- si le fumeur est déprimé au moment de la consultation juste avant le sevrage, l'échange avec le patient doit permettre d'évoquer différentes stratégies :

- un report de la tentative de sevrage si les signes cliniques sont réactionnels à une situation considérée comme passagère,
- la demande d'un avis spécialisé si la symptomatologie est sévère et persistante,
- la conduite du sevrage comme demandée par le patient, si celui-ci est particulièrement motivé, avec un suivi clinique plus rapproché,
- le recours au bupropion LP n'est pas souhaitable si un traitement antidépresseur est envisagé.

Schizophrénie

Les patients schizophrènes, hospitalisés ou non, sont très fréquemment fumeurs ; des fréquences de 50 à 90 %, voire plus, ont été rapportées. Les schizophrènes fument beaucoup de cigarettes par jour, indépendamment du sexe, du niveau socio-économique et de leur consommation d'alcool. Cette consommation de tabac importante peut être considérée comme une certaine « automédication » en rapport avec la maladie et/ou la recherche du contrôle des effets latéraux des psychotropes prescrits pour leur maladie. Le sevrage tabagique est possible chez les patients schizophrènes avec des taux de réussite inférieurs à ceux observés dans la population générale. Le sevrage ne s'accompagne pas d'aggravation des troubles cliniques. La conduite du sevrage chez le schizophrène se fait, habituellement, en accord avec le psychiatre qui suit le patient.

Troubles anxieux

Les troubles anxieux rassemblent un groupe hétérogène d'affections variées, par exemple : le trouble panique, les phobies (agoraphobie, phobie sociale...) le trouble obsessionnel compulsif, le trouble anxieux généralisé... Ces troubles peuvent être en relation avec les symptômes dépressifs et la consommation de substances psycho-

actives. Ils peuvent parfois dominer le syndrome de sevrage au tabac. Les relations tabac/troubles anxieux ne sont pas univoques : l'« anxiété » pourrait être un facteur de risque d'installation du tabagisme par le biais de la recherche des effets « relaxants » du tabac ou de ses effets de « facilitation » des rapports sociaux à l'adolescence. Par contre, dans certains cas, le tabagisme peut être responsable, au moins en partie, des troubles anxieux et chez ces fumeurs l'arrêt du tabac se traduit par une réduction de ces troubles.

Autres dépendances associées au tabagisme

Les dépendances associées au tabagisme, qu'elles soient liées à l'utilisation d'autres produits ou comportementales, sont nombreuses et il convient de les repérer avant tout sevrage tabagique.

La consommation d'**alcool**, qu'il s'agisse d'abus ou de dépendance, est la plus fréquemment associée au tabagisme. Les fumeurs, « ayant un problème avec l'alcool », éprouveront plus de difficultés à s'arrêter de fumer. Il est recommandé de rechercher une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool au moment de l'évaluation du patient tabagique en l'interrogeant sur le nombre de verres d'alcool consommés par jour et par semaine (plus précisément d'unité d'alcool – UA – qui est la quantité d'alcool présente dans un verre standard servi en général dans les débits de boisson) et par l'utilisation du questionnaire DETA (annexe 2).

Toute consommation alcoolique supérieure aux seuils définis par l'Organisation mondiale de la santé - OMS (21 UA/semaine pour les hommes et 14 UA/semaine pour les femmes, avec un maximum de 4 UA en une seule occasion), et/ou deux réponses positives au questionnaire DETA doivent interpeller le thérapeute et l'engager à approfondir la question.

En cas de consommation alcoolique excessive, il est important d'évaluer la dépendance à l'alcool dont la définition relève du DSM-IV (annexe 9).

Si elle est absente, une réduction de la consommation s'impose, pour des raisons de santé mais également pour limiter les risques de rechute tabagique.

En cas de co-addiction tabac + alcool, il est possible d'arrêter l'alcool dans un premier temps avant de proposer un sevrage tabagique, mais il est également possible d'effectuer les deux sevrages en parallèle. La conduite à tenir dépendra du patient et s'effectuera selon les recommandations en vigueur.

Enfin, lors du sevrage tabagique, il est recommandé de surveiller la consommation d'alcool qui peut dans certains cas augmenter.

Parmi les produits illicites, l'usage du **cannabis** est très fréquemment associé à celui du tabac en particulier chez les jeunes. En France, parmi les jeunes fumeurs de tabac, plus de la moitié (52 %) ont expérimenté le cannabis contre seulement 12 % chez les non-fumeurs. En pratique clinique, la distinction entre usage récréatif et nocif est d'autant plus difficile que ce dernier est banalisé voire minimisé. Le test DETC a été validé pour le repérage de l'usage nocif de cannabis (annexe 1).

Une consommation associée de cannabis complique le sevrage nicotinique. Il faut prendre en considération toute consommation et apporter toute l'information nécessaire à la compréhension des effets toxiques propres liés au cannabis et des risques accrus de rechute tabagique en cas de consommation persistante de cannabis.

La dépendance au cannabis concerne environ 9 % de l'ensemble des consommateurs de cannabis et environ 15 % des consommateurs entre 15 et 24 ans ; il est important de la dépister et de rechercher d'éventuels troubles psychologiques associés réclamant une prise en charge spécialisée.

Concernant le sevrage cannabique, en l'absence de dépendance, celui-ci repose essentiellement sur la motivation du consommateur et les TCC. Dans le cas contraire et s'il existe des signes cliniques de sevrage, une prise en charge spécialisée doit être proposée.

**Sevrages
cannabique et
tabagique**

Une stratégie utilisée par certains fumeurs consiste à arrêter leur consommation de cannabis dans un premier temps et à entreprendre la démarche de sevrage tabagique par la suite. Cependant, il n'y a pas de consensus en la matière et, si le fumeur s'en sent capable, le sevrage des deux substances peut et doit être entrepris en même temps.

La forte prévalence de l'association du tabagisme et de la consommation d'autres produits illicites tels que l'**héroïne** ou la **cocaïne** a été confirmée par de nombreuses études. Dans ce cas, la consommation tabagique ne doit pas être négligée au détriment des autres toxiques, d'autant plus qu'un décès sur deux survenant chez des patients traités pour une dépendance à une ou plusieurs substances illicites est directement imputable à la consommation de tabac. Le sevrage tabagique sera souvent envisagé après le sevrage complet du(des) produit(s) opiacé(s) ou après la prescription d'une substitution.

L'usage abusif ou détourné de **médicaments psycho-actifs** doit également être recherché afin de prévoir si nécessaire une prise en charge spécialisée avant de débiter un sevrage tabagique.

Enfin, des **dépendances comportementales** (troubles du comportement alimentaire à type de boulimie ou d'anorexie, jeu pathologique, dépendance au travail...) peuvent être associées à une consommation tabagique et compliquer sa prise en charge. Si tel est le cas, une prise en charge spécialisée est nécessaire.

Femme enceinte

Le sevrage tabagique de la femme enceinte doit s'insérer dans une prise en charge globale

Malgré la tendance au long terme à la baisse de la prévalence tabagique chez les femmes françaises, celle-ci reste encore très élevée chez celles en âge de procréer : 36 % en 2003 vs 39 % en 1998. Si pour la majorité d'entre elles, la survenue d'une grossesse constitue une raison importante pour arrêter de fumer et si certaines y parviennent sans aide, d'autres (environ 22 % en 2003 vs 25 % en 1998) échouent en raison d'une dépendance nicotinique forte. Avec un énorme sentiment de culpabilité, la majorité d'entre elles tentent de réduire leur consommation sans savoir que les bénéfices sanitaires de tant d'efforts restent modestes voire nuls en raison du phénomène de compensation (cf. chapitre 11).

Les nombreux effets du tabagisme maternel sur le fœtus et sur la mère sont actuellement bien établis et l'intérêt d'une abstinence tabagique le plus tôt possible durant la grossesse n'est plus à démontrer. Les bénéfices d'un arrêt du tabac sont quasi immédiats pour le fœtus, quelque soit le terme de la grossesse.

Le sevrage tabagique de la femme enceinte doit s'insérer dans une prise en charge globale qui tient compte de son histoire personnelle et familiale. Dépister des problèmes qui gravitent autour du sevrage, en particulier des troubles anxieux, un syndrome dépressif ou une prise de poids importante, permet d'orienter les patientes vers des consultations spécialisées. La participation du conjoint est capitale. S'il est lui-même fumeur, son changement de comportement vis-à-vis du tabac (arrêt, réduction, abstinence en présence de sa conjointe) augmente les chances de réussite.

L'approche par TCC et la prise en charge psychologique doivent être proposées en première intention au cours de la grossesse mais, en cas d'échec, un traitement pharmacologique utilisant des substituts nicotiques peut être

proposé (accord professionnel). L'administration de bupropion ou de varéclique est interdite durant la grossesse et l'allaitement.

Avant toute prescription, une évaluation de la dépendance doit être réalisée à l'aide du test de Fagerström en sachant que le score peut être sous-évalué en cas de diminution récente de la consommation du fait de la grossesse. De même, il faut être prudent quant à l'interprétation du taux de monoxyde de carbone expiré qui peut se révéler normal malgré la consommation de quelques cigarettes quotidiennes. En effet, cette mesure ne reflète que le tabagisme des dernières heures et en cas de consultation matinale, lorsque la première cigarette est retardée, le taux mesuré peut correspondre à celui obtenu en cas d'absence totale de consommation.

La prescription des substituts nicotiques se fait selon les règles générales (cf. chapitre 8). Il faut de préférence proposer des timbres à la nicotine à retirer le soir au coucher pour limiter le passage transplacentaire. Cette substitution, bien dosée, prévient toutes les manifestations désagréables liées au sevrage nicotinique. Son efficacité est majorée si un soutien psychologique (TCC) et un suivi régulier y sont associés.

En cas d'allaitement, si l'approche par TCC et la prise en charge psychologique n'ont pas suffi, une substitution nicotinique peut être proposée (accord professionnel) en ayant de préférence recours aux formes orales qui sont à prendre après les tétées.

Prise en charge de l'adolescent

Une fois le tabac expérimenté par les jeunes, le passage à une consommation régulière se fait rapidement du fait de l'installation de la dépendance à la nicotine. Plusieurs études montrent que la majorité des jeunes fumeurs, 2/3 voire plus, souffrent de symptômes de sevrage lors d'une diminution ou d'un arrêt du tabac et ce

avant même qu'ils ne fument quotidiennement. De nombreux jeunes veulent arrêter de fumer mais les difficultés liées au sevrage, au même titre que chez les adultes, représentent un obstacle.

Concernant leur prise en charge, la Haute Autorité de santé considère que, comme chez les adultes, la fréquence de la dépendance nicotinique est élevée, que beaucoup d'entre eux admettent qu'il s'agit d'une dépendance et que les problèmes de santé, contrairement à ce que l'on pourrait croire, les préoccupent également. Mais ce qui les différencie des adultes, c'est la forte influence des proches, en particulier celle des pairs, et une motivation à l'arrêt qui repose plus souvent sur des critères économiques. Enfin, le recours au dispositif de soins est rarement envisagé par les jeunes et semble peu adapté à leur cas.

Aucune recommandation spécifique n'est actuellement validée pour la prise en charge du sevrage tabagique chez les adolescents, cependant quelques notions sont utiles pour **adapter la prise en charge** :

- ne pas considérer qu'ils ne désirent pas arrêter leur consommation de tabac. D'après certaines études, 70 à 80 % d'entre eux ont déjà essayé ;
- savoir qu'une dépendance nicotinique peut être présente même en cas de petite consommation quotidienne ou même en cas de consommation occasionnelle. Le test classique de Fagerström utilisé pour évaluer cette dépendance n'est pas adapté pour les jeunes, et d'autres tests sont en cours d'évaluation ;
- les explications concernant la dépendance nicotinique ainsi que le syndrome de sevrage intéressent les jeunes et peuvent les aider à les surmonter ;
- les jeunes sont capables de s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac et ce d'autant plus lorsqu'un soutien est proposé ;
- ne pas considérer que l'arrêt du tabac pour ces jeunes est plus facile que pour des adultes.

Des conseils d'arrêt du tabac sont à recommander auprès des plus jeunes et, en cas de difficultés, le médecin peut proposer une aide pharmacologique. La substitution nicotinique est réservée aux plus de 15 ans, à l'exception des comprimés à sucer et des comprimés sublinguaux, réservés aux plus de 18 ans, sauf sur prescription médicale. Le bupropion et la varéclique sont contre-indiqués chez les moins de 18 ans.

En cas de consommation problématique d'autres produits psycho-actifs (cannabis, alcool...) ou de troubles psychologiques associés, une prise en charge spécialisée doit être envisagée.

Abstinence temporaire

Lorsque l'interdiction de fumer est imposée dans certains lieux qui accueillent du public (au travail, à l'hôpital, en avion...), chez certains fumeurs fortement dépendants, l'abstinence temporaire peut entraîner des symptômes de sevrage quelques fois intenses pouvant les amener à une certaine agressivité, voire à vouloir enfreindre les interdictions. Ces expériences pénibles peuvent réduire leur motivation à un arrêt total ultérieur de leur tabagisme. Les signes de sevrage peuvent apparaître entre environ 2 et 6 heures après la dernière cigarette fumée. Hormis l'inconfort physique qui en résulte, l'apparition de troubles plus graves en particulier de la concentration peut perturber une journée de travail.

L'arrêt total du tabac à l'aide d'un traitement efficace serait dans ce cas la meilleure des solutions, mais en cas de motivation insuffisante ou de difficultés associées nécessitant de différer un sevrage, proposer une abstinence temporaire avec l'aide de substituts nicotiques permet de soulager le syndrome de sevrage dans ces moments et de limiter le phénomène de compensation lié à la réduction de la consommation (cf. chapitre 11). Certains substituts nicotiques ont obtenu une AMM pour cette

indication. Il s'agit essentiellement des formes orales telles que les gommes à mâcher 2 mg et 4 mg, les tablettes sublinguales 2 mg, les comprimés ou pastilles à sucer (1 mg, 1,5 mg, 2 mg et 4 mg), ainsi que l'inhalateur 10 mg. L'utilisation de ces médicaments dans le cadre de l'abstinence temporaire permet aux fumeurs, d'une part, de se familiariser avec des produits qui pourront leur servir ultérieurement pour une abstinence totale et, d'autre part, de renforcer leur motivation et leur confiance en leur capacité à arrêter complètement.



Pour en savoir plus

- AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. *Recommandations*, mai 2003 – <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/tabreco.pdf>
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). Grossesse et tabac. *Conférence de consensus*, 7 et 8 octobre 2004, St-Denis la Plaine, ANAES – http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf
- BLONDEL B, SUPERNANT K, MAZAUBRUN C, BRÉART G. *Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Février 2005.
- DIFRANZA JR, SAVAGEAU JA, RIGOTTI NA, FLETCHER K, PCKENE JK, MCNEIL AD, COLEMAN M, WOOD C. Development of symptoms of tobacco dependence in youths : 30 month follow up data from the DANDY study. *Tob. Control.*, 2002 ; 11 : 228-235.
- FANT RV, HEISHMAN SJ, BUNKER EB, PICKWORTH WB. Acute and residual effects of marijuana in humans. *Pharmacol. Biochem. Behav.*, 1998 ; 60 : 777-84.
- FORD DE, VU HT, ANTHONY JC. Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. *Drug Alcohol Depend.* 2002 ; 67 : 243-8.
- HURT RD, OFFORD KP, CROGHAN IT, GOMEZ-DHAL L, KOTKE TE, MORSE RM, MELTON LJ. Mortality following inpatient addictions treatment. *JAMA*, 1996 ; 275 : 1097-1103.

- LE HOUZEC J., SÄWE U. Réduction de consommation tabagique et abstinence temporaire : de nouvelles approches pour l'arrêt du tabac. *Journal des Maladies Vasculaires*, Masson, 2003 ; 28 : 293-300.
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant – *Conférence de consensus* – Paris, Maison de la chimie – 17 mars 1999 – ANAES, SFA.
- SARGENT JD, DIFRANZA R. Tobacco control for clinicians who treat adolescents. *CA Cancer J. Clin.*, 2003 ; 53 : 102-103.
- VELTER A, ARENES J. Drogues illicites. In : *Baromètre Santé Jeunes 1997-1998*, CFES, Paris, 1999 : 185-203.

11 La réduction temporaire de consommation

Le traitement de la dépendance au tabac ne se limite pas au simple sevrage mais peut s'ouvrir vers d'autres stratégies thérapeutiques qui ont pour objet de réduire, ne serait-ce que de façon modeste, les risques liés à la consommation de tabac.

Le principe de base soutenant la réduction de consommation consiste à considérer que, pour les fumeurs qui ne souhaitent pas et/ou ne peuvent pas arrêter de fumer, réduire le nombre de cigarettes fumées par jour est un moindre mal qui peut se traduire par une diminution des risques pour la santé du fumeur.

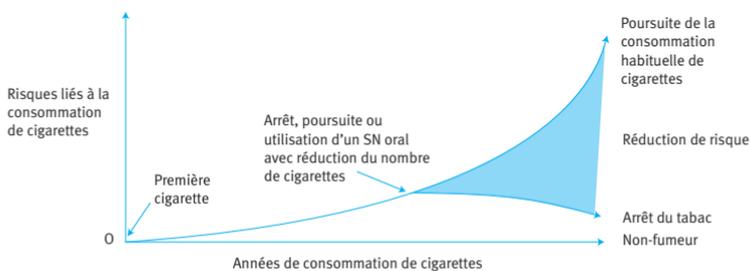


Fig. 11.1. Le concept de réduction de la consommation de cigarettes. Si le fumeur ne peut arrêter de fumer, la réduction de sa consommation de cigarettes associée à la prise de substituts nicotiniques (SN) peut se traduire par une réduction de risque par rapport à celui lié à la poursuite de la consommation de son nombre habituel de cigarettes, sans apporter pour autant la totalité des bénéfices sanitaires liés à l'arrêt complet du tabac.

Le « phénomène de compensation »

Réduire le nombre de cigarettes journalières ne s'accompagne pas forcément d'une réduction des risques pour la santé du fumeur.

Cette réduction de la consommation de cigarettes s'adresse, schématiquement, à **deux populations différentes** : (1) des fumeurs relativement jeunes ne souhaitant pas arrêter complètement leur consommation de cigarettes ; en effet, certains fumeurs, à partir du moment où ils deviennent conscients des risques liés à leur tabagisme, ne souhaitent pas, du moins dans un premier temps, arrêter de fumer, mais seulement réduire leur consommation journalière et ainsi pensent réduire les risques qu'ils prennent pour leur santé ; (2) des fumeurs plus âgés qui ont tenté à plusieurs reprises d'arrêter de fumer et ne parviennent pas à maintenir cet arrêt. Certains en arrivent à la conclusion que pour eux un arrêt définitif est exclu, seule une réduction de consommation reste possible. Ces fumeurs sont souvent très dépendants du tabac ; pour eux, entreprendre un sevrage classique risque d'être un échec.

Malheureusement, réduire le nombre de cigarettes journalières ne s'accompagne pas forcément d'une réduction des risques pour la santé du fumeur. En effet, chaque fumeur extrait de 1 à 2 mg de nicotine à partir de chaque cigarette ; inconsciemment, il fume pour maintenir dans la journée un taux sanguin « efficace » de nicotine. S'il fume moins de cigarettes par jour, il va modifier ± consciemment son mode de fumage de façon à extraire un maximum de nicotine à partir de chaque cigarette. Il inhale alors plus profondément, bloque avec les doigts (consciemment ou non) les pores des filtres, retient plus longtemps l'inspiration, fait plus de bouffées par cigarette et jette des mégots plus courts. Il en résulte que le fumeur inhale, à partir d'un nombre plus faible de cigarettes, environ autant de nicotine, de goudrons et autres produits toxiques qu'à partir de son nombre habituel de cigarettes journalières. Ce processus est décrit sous le terme de « **phénomène de compensation** » et explique que la réduction des risques

sanitaires n'est pas une conséquence automatique de la réduction du nombre de cigarettes fumées par jour.

De façon arbitraire, une **réduction de consommation réussie** est définie comme une réduction de plus de 50 % du nombre de cigarettes fumées par jour et ce sur une période suffisamment longue. La meilleure façon d'avoir un aperçu de la possible réduction de risque suite à une telle réduction de consommation est de mesurer le CO dans l'air expiré ; seule une baisse significative de ce taux de CO observée à l'occasion de plusieurs mesures successives permet de préjuger de la baisse d'exposition aux produits toxiques présents dans la fumée de tabac.

Afin de réduire les envies de fumer et les signes cliniques apparentés au syndrome de sevrage que peuvent ressentir les fumeurs dans le cadre d'une réduction du nombre de cigarettes fumées par jour, et pour contrôler, autant que faire ce peut, le « phénomène de compensation », il est recommandé de leur **prescrire des substituts nicotiques (SN)**. L'auto-administration de SN permet de contrôler, au moins en partie, ce phénomène et, dans ces conditions, certaines études ont permis d'observer des réductions de consommation stables et réussies jusqu'à une durée de 2 ans. Au total, il est vraisemblable qu'une telle réduction efficace de consommation, bien que ceci ne soit pas prouvé formellement de façon scientifique, puisse se traduire par une réduction, sans doute modérée, du risque cardiovasculaire ; il est très probable que celle-ci a peu d'effet sur le risque de survenue d'un cancer. Ses effets sur les risques respiratoires sont mal connus.

L'intérêt de la réduction de consommation est sans doute autre ; en effet, différentes études se sont attachées à savoir si une réduction de consommation bien conduite avec prescription de SN peut **amener les fumeurs à un arrêt définitif** de leur consommation de tabac. D'ailleurs en France, l'AMM pour SN dans le cadre de la réduction de consommation concerne les formes orales (gommes 2 et

4 mg, inhalateur 10 mg, pastilles à sucer 1,5 mg et comprimés à sucer 1, 2 et 4 mg) et s'il est recommandé qu'une réduction de la consommation de cigarettes soit obtenue dans les 6 semaines de traitement, il est aussi fortement recommandé qu'une tentative d'arrêt total du tabac soit effectuée dans les 6 mois suivant le début du traitement. Si ces objectifs ne sont pas atteints, et si au-delà de 9 mois après le début du traitement la tentative d'arrêt complet a échoué, les fumeurs sont encouragés à prendre l'avis d'un médecin, éventuellement tabacologue.

Réduire la consommation de cigarettes tout en prenant des SN augmente la possibilité d'un arrêt complet de la consommation du tabac

Plusieurs études ont démontré que chez des sujets ne voulant ou ne pouvant pas arrêter de fumer, un tiers de ceux qui ont réussi à diminuer leur consommation de façon efficace (c'est-à-dire de plus de 50 % avec l'aide de la gomme ou de l'inhalateur à la nicotine), ont réussi à arrêter de fumer dans l'année ; la SN était deux fois plus efficace que le placebo en ce qui concerne la réduction de consommation et l'arrêt total ultérieur du tabac. Globalement, l'efficacité en terme d'arrêt à un an est identique à celle de l'aide à l'arrêt avec SN chez les sujets souhaitant arrêter de fumer. Une revue globale récente de la littérature confirme que la réduction de la consommation de cigarettes associée à la prise de SN augmente à terme la possibilité d'un arrêt complet de la consommation du tabac.

D'un point de vue pragmatique, il est nécessaire d'établir une **hiérarchie d'objectifs** : l'arrêt complet reste à la fois l'objectif initial et final de la prise en charge du tabagisme d'un fumeur ; toutefois, la réduction de consommation chez des sujets ne souhaitant pas et/ou ne pouvant pas arrêter de fumer en dépit de tentatives d'arrêt bien conduites peut être envisagée comme une étape intermédiaire.

 **Pour en savoir plus**

MARTINET Y, BOHADANA A, WIRTH N, SPINOSA A, BÉGUINOT E. La réduction de risque en tabacologie. *Rev. Mal. Respir.*, 2006 ; 23 : 109-18.

MARTINET Y, BOHADANA A, FAGERSTRÖM K. Would alternate tobacco products use be better than smoking ? *Lung Cancer*, 2006 ; 53 : 1-4.

MARTINET Y, LE HOUZEZEC J, BOHADANA A, WIRTH N. Harm reduction from tobacco smoking. *European respiratory disease*, 2007 ; sous presse.

THOMAS D. La réduction de la consommation de tabac est-elle une alternative valable chez les patients coronariens réfractaires à un arrêt complet. *La lettre du cardiologue*, 2006 ; 392 : 9-12.

EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY. *Tobacco Smoking : Harm Reduction Strategies. An ERS Research Seminar*. Brussel, ERSJ Ltd, 2006 ; 75 p.

Conclusion

Parallèlement à leur rôle dans le traitement de la dépendance au tabac, les professionnels de santé doivent contribuer à la prévention de l'initiation de cette consommation chez les jeunes.

La consommation de tabac a longtemps été considérée avec bienveillance comme une habitude personnelle, sans doute pas très saine, mais « il faut bien mourir de quelque chose ». Aujourd'hui, la fumée de cigarette est reconnue comme la première cause évitable de maladie et de mort. Le rôle de l'industrie du tabac dans la promotion de cette dépendance auprès des jeunes adolescents n'est plus à démontrer. Heureusement, les connaissances et les traitements de la dépendance au tabac évoluent rapidement. Il est maintenant inexcusable pour un médecin de ne pas aider les fumeurs à « prendre à bras le corps » leur tabagisme.

Bien évidemment, la situation serait plus simple si les jeunes de 13-14 ans ne s'initiaient pas à la cigarette. À ce jour, en France, 33 % des jeunes, garçons et filles, de 17 ans, se disent fumeurs quotidiens. Cette situation déplorable peut s'améliorer si le corps médical s'investit de façon encore plus énergique dans la prévention à la fois comme médecin, comme exemple en ne fumant pas, mais aussi comme citoyen. L'objectif est la « dénormalisation » du tabac : fumer n'est pas une activité banale, elle réduit en moyenne de 10 ans la vie des fumeurs réguliers. Dans ce combat, l'ennemi n'est bien évidemment pas le fumeur, puisqu'il en est la victime et qu'il faut l'aider et le traiter,



mais l'industrie du tabac dont l'objectif est de distribuer des dividendes à ses actionnaires, même si ses bénéfices reposent sur le recrutement d'adolescents, recrutement qui conduira un grand nombre d'entre eux vers la dépendance puis la maladie et souvent la mort.

Pour en savoir plus

Consultations de tabacologie et informations sur le sevrage tabagique

Annuaire de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) :

<http://www.oft-asso.fr/consultation.htm>

Ligne téléphonique de Tabac Info Service :

0 825 309 310

Sites Internet de bonne documentation

Haute Autorité de santé (HAS) :

<http://www.has-sante.fr>

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) :

<http://agmed.sante.gouv.fr/>

Alliance contre le tabac :

<http://www.alliancecontreletabac.fr/>

Association périnatalité prévention recherche information (APPRI) :

<http://www.appri.asso.fr/>

Comité national contre le tabagisme (CNCT) :

www.cnct.org

Comité national contre les maladies respiratoires (CNMR) :

<http://www.lesouffle.org>

Droits des non-fumeurs (DNF) :

<http://www.d-n-f.org>

Fédération française de cardiologie (FCC) :

<http://www.fedecardio.com>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) :

<http://www.inpes.sante.fr>

Ligue nationale contre le cancer (LNCC) :
<http://www.ligue-cancer.asso.fr>
Ministère de la Santé :
<http://www.sante.gouv.fr>
<http://www.tabac-info-service.fr>
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) :
<http://www.drogues.gouv.fr>
Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) :
<http://www.ofdt.fr>
Office français de prévention du tabagisme (OFT) :
<http://www.oft-asso.fr>
Réseau hôpital sans tabac (RHST) :
<http://www.hopitalsanstabac.org>
Society for research on nicotine and tobacco (SRNT) :
<http://www.treatobacco.net>

Ouvrages publiés en langue française

- BOHADANA A, MARTINET Y, SPINOSA A, WIRTH N Eds. *Tabac : Stop*. Paris, Seuil-Masson, 2003 ; 144 p.
- BRIZER D, *S'arrêter de fumer pour les nuls*. adaptation française par Dautzenberg B. Paris, Ed. First, 2004 ; 334 p.
- DELCROIX M. *La grossesse et le tabac*. Paris, PUF, Que sais-je ? 2002 ; 128 p.
- LE MAÎTRE B, RATTE S, STOEBCNER-DELBARRE A. *Sevrage tabagique : des clés indispensables pour les praticiens*. Paris, Ed. Doin, 2005 ; 216 p.
- MARTINET Y, BOHADANA A, *Le tabagisme*. Paris, Masson, 2004 ; 3^e édition, 340 p.
- PERRIOT J, LLORCA PM, BOUSSIRON D, SCHWAN R. *Tabacologie et sevrage tabagique*. Paris, Ed. John Libbey Eurotext, 2003 ; 234 p.

Annexes

Annexe 1

Questionnaire DETC : évaluation de la consommation de cannabis

Questionnaire :

– élaboré sous le terme de CAGE (Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener) par Knight JR, Shrier LA, Bravender TD *et al.* A new brief screen for adolescent substance abuse. Archives of Pediatrics and Adolescent. *Medicine*, 1999 ; 153 : 591-6 ;

– validé par le National Institute on Drug Abuse (NIDA), États-Unis.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de cannabis ?

Oui Non

Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez Trop de cannabis ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?

Oui Non

Interprétation du score :

Deux réponses positives ou plus témoignent d'un usage à risque de cannabis.

Annexe 2

Questionnaire DETA : évaluation de la consommation d'alcool

Questionnaire :

– développé en 1968 sous le terme CAGE (Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener). Ewing JA. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA*, 1984 ; 252 : 1905-7.

– validé en 1974. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The cage questionnaire : validation of a new alcoholism screening instrument. *Am. J. Psychiatry*, 1974 ; 131 : 1121-3.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

Oui Non

Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Oui Non

Interprétation du score :

Deux réponses positives ou plus témoignent d'un usage à risque d'alcool.

Annexe 3

Échelles visuelles analogiques : évaluation de la motivation à l'arrêt

Appréciation par le fumeur de :

1. sa motivation à l'arrêt

2. ses chances de réussite

1. « À combien évaluez-vous votre désir d'arrêter de fumer ? »



« Faire une croix sur la ligne en fonction de votre appréciation. »

2. « Si vous décidez d'arrêter complètement de fumer, quelles seront, à votre avis, vos chances de réussite ? »



« Faire une croix sur la ligne en fonction de votre appréciation. »

Annexe 4

Test de Horn : détermination des raisons de fumer

D'après Ikard FF, Green DE, Horn D. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *Int. J. Addict.*, 1969 ; 4 : 649-659.

Entourer le chiffre correspondant :

5 = Toujours 4 = Souvent 3 = Moyennement 2 = Parfois
1 = Jamais

a. Les cigarettes m'aident à rester éveillé, concentré, efficace	5	4	3	2	1
b. C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5	4	3	2	1
c. Fumer est pour moi une détente	5	4	3	2	1
d. J'allume une cigarette quand je suis soucieux, contrarié	5	4	3	2	1
e. Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5	4	3	2	1
f. Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5	4	3	2	1
g. Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5	4	3	2	1
h. Le simple fait d'allumer une cigarette me procure aussi du plaisir	5	4	3	2	1
i. Il y a quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
j. Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé	5	4	3	2	1
k. Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
l. J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
m. Je fume pour retrouver mon entrain	5	4	3	2	1
n. J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	5	4	3	2	1
o. Je fume quand je me sens bien et détendu	5	4	3	2	1
p. Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
q. Quand je n'ai pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5	4	3	2	1
r. Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5	4	3	2	1

Stimulation $a + g + m =$

Plaisir du geste $b + h + n =$

Relaxation $c + i + o =$

Anxiété – soutien $d + j + p =$

Besoin absolu $e + k + q =$

Habitude acquise $f + l + r =$

Additionnez vos scores comme indiqué.

Pour chaque raison de fumer, un score supérieur à 11 traduit l'importance de cette raison.

Annexe 5

Test de Fagerström : évaluation de la dépendance à la nicotine

D'après Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT, *Ear Nose Throat J.*, 1990 ; 69 : 763-5.

1. Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?

dans les 5 premières minutes 3

entre 6 et 30 minutes 2

entre 31 et 60 minutes 1

après 60 minutes 0

2. Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (église, bibliothèque, cinéma, etc.)

oui 1

non 0

3. Quelle est la cigarette que vous détesteriez le plus de perdre ?

la première le matin 1

une autre 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins 0

11 à 20 1

21 à 30 2

31 ou plus 3

5. Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

oui 1

non 0

6. Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour ?

oui 1

non 0

Score de dépendance : .../10

Interprétation du score :

0 à 2 : dépendance faible ou nulle à la nicotine

- 3 à 4 : dépendance faible à la nicotine
 5 : dépendance moyenne à la nicotine
 6 à 7 : dépendance forte à la nicotine
 8 à 10 : dépendance très forte à la nicotine

Annexe 6

Les différents substituts nicotiniques disponibles en France

Produit	Dosage
	<i>Gomme à mâcher sans sucre</i>
<i>Nicorette</i>	2 mg (original, menthe, menthe fraîche et orange) 4 mg (original, menthe fraîche et orange)
<i>Nicotinell</i>	2 mg (original, fruit et menthe) 4 mg (original, menthe)
<i>Nicogum</i>	2 mg (original, menthe, réglisse-menthe)
<i>Niquitin</i>	2 mg (original) 4 mg (original)
	<i>Comprimé sublingual</i>
<i>Nicorette Microtab</i>	2 mg
	<i>Comprimé/pastille à sucer</i>
<i>NiQuitin</i>	2 mg (original, menthe fraîche) 4 mg (original, menthe fraîche)
<i>Nicotinell</i>	1 mg (menthe)
<i>Nicopass</i>	1,5 mg (menthe fraîcheur, réglisse-menthe)
	<i>Inhaleur</i>
<i>Nicorette</i>	10 mg
	<i>Timbre (patch)</i>
<i>Nicorette</i>	5, 10, 15 mg/16 h (10, 20, 30 cm ²)
<i>Nicotinell</i>	7, 14, 21 mg/24 h (10, 20, 30 cm ²)
<i>Niquitin</i>	7, 14, 21 mg/24 h (7, 15, 22 cm ²)
<i>Nicopatch</i>	7, 14, 21 mg/24 h (10, 20, 30 cm ²)

Annexe 7

Conseils alimentaires

Le tabac a un effet anorexigène (coupe-faim) et provoque une augmentation des dépenses énergétiques de l'organisme. Après l'arrêt du tabac, cet effet disparaît et entraîne une sensation de faim. De plus, cette situation s'accompagne souvent d'un besoin de grignoter ; il est donc important de surveiller régulièrement votre poids.

Pour éviter de prendre du poids, veillez à avoir une alimentation équilibrée et variée. Par ailleurs, maintenez, voire augmentez, votre activité physique.

Les clés de l'équilibre alimentaire sont :

1) Faire au minimum 3 repas par jour

Petit déjeuner – Déjeuner – Dîner

2) Éviter les grignotages

Attention aux produits sucrés : sucre, confiseries, pâtisseries, chocolat, glaces, fruits secs...

Attention aux produits gras : charcuterie, fromage en excès, chips, biscuits apéritifs, fruits oléagineux (cacahuètes, noix, pistaches, etc.)

3) Limiter les matières grasses

Fritures, sauces, mayonnaises...

4) Modérer la consommation de boissons sucrées

Sodas, cola, jus de fruits, sirop, café-thé et infusions sucrées...

Et de boissons alcoolisées : vin, bière, apéritifs...

5) Consommer journallement

du lait et des produits laitiers : sources de calcium

des viandes-poissons-œufs-abats : riches en fer et protéines

des légumes et des fruits : sources de vitamines, de minéraux et de fibres

du pain, des céréales, des féculents (pommes de terre, pâtes, riz, légumes secs...) : sources de glucides et d'énergie

de l'eau : seule boisson indispensable (1 à 1,5 l par jour)

Exemple de répartition journalière

Petit déjeuner : – boisson (café, thé, infusion)
– lait ou fromage ou laitage
– pain ou céréales
– beurre, sucre, confiture : modérément
– fruit ou jus de fruits

Déjeuner et dîner : – une crudité ou un potage
– une viande ou poisson ou oeuf ou abat ou jambon
(une portion moins importante si l'on en prend aux 2 repas)
– une part de légumes verts à l'un des repas
– une part de féculents à l'autre repas
– une portion de fromage ou un laitage
– un fruit
– du pain
– peu de matières grasses de cuisson et d'assaisonnement
– de l'eau

Éventuellement une collation :

Pour ne pas grignoter n'importe quoi, en cas de fringale, choisir de préférence :

– un laitage : yaourt, fromage blanc...

ou

– un morceau de pain + 1 portion de fromage

ou

– un morceau de pain + une demie tranche de jambon

ou

– un fruit

Annexe 8

Questionnaire anxiété-dépression HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

D'après Zigmund AS, Snaith RT. The hospital anxiety depression scale. *Acta Psycho Scand*, 1983 ; 67 : 361-70.

A. Je me sens tendu ou énérvé :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

Oui, tout autant	0
Pas autant	1
Un peu seulement	2
Presque plus du tout	3

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

Oui, très nettement	3
Oui, mais ce n'est pas trop grave	2
Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1
Pas du tout	0

D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses :

Toujours autant	0
Plutôt moins	1
Nettement moins	2
Plus du tout	3

A. Je me fais du souci :

Très souvent	3
Assez souvent	2
Occasionnellement	1
Très occasionnellement	0

D. Je me sens gai et de bonne humeur :

Jamais	3
Rarement	2

Assez souvent	1
La plupart du temps	0
<i>A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :</i>	
Jamais	3
Rarement	2
Oui, en général	1
Oui, toujours	0
<i>D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</i>	
Pratiquement tout le temps	3
Très souvent	2
Quelquefois	1
Jamais	0
<i>A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge :</i>	
Très souvent	3
Assez souvent	2
Parfois	1
Jamais	0
<i>D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</i>	
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
<i>A. Je ne tiens pas en place :</i>	
Oui, c'est tout à fait le cas	3
Un peu	2
Pas tellement	1
Pas du tout	0
<i>D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :</i>	
Comme d'habitude	0
Plutôt moins qu'avant	1
Beaucoup moins qu'avant	2
Pas du tout	3
<i>A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :</i>	
Très souvent	3

Assez souvent	2
Rarement	1
Jamais	0
<i>D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</i>	
Souvent	0
Parfois	1
Rarement	2
Pratiquement jamais	3
Total anxiété :
Total dépression :

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 (A) et dépression (D). Elle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en 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 9

Dépendance à une substance : critères diagnostiques selon le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual)

American Psychiatric Association. *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Traduction française par JD Guelfi *et al.*, Masson, Paris, 1996, 384.

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois.

- 1) Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - (a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;

(b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

2) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

(a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique) ;

(b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

3) La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

4) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

5) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple fumer sans discontinuer) ou à récupérer de ses effets.

6) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Index

A

abstinence temporaire 90
adolescent 88
alcool 14, 84, 103
allaitement 88
antidépresseurs 70
anxiété 83, 109
anxiolytiques 70

B

bénéfices de l'arrêt du tabac 8
broncho-pneumopathies
chroniques obstructives 14
Bupropion (*Zyban*) 66

C

caféine 13
cannabis 13, 85, 102
Champix (*Varénicline*) 62
cigarettes rituelles 36
clonidine 69
cocaïne 86
conseil minimal 29
consultation initiale 45
convivialité 36

D

dépendance 80, 105, 112
– au tabac 32
dépression 43, 74, 82, 109
dopamine 34

E

empathie 24
entourage 42
entretien motivationnel 30
envies de fumer 32

G

grossesse 87

H

héroïne 86
histoire tabagique 8

I

inhibiteur de la monoamine
oxydase 71

M

maladies liées au tabagisme
actif 26
médecin généraliste 6
médicaments psycho-actifs 86
monoxyde de carbone 11
motivation 18, 21, 74, 103, 104

N

nicotine 12, 32, 33, 53, 81
nortriptyline 70

P

paquet-année 8
phénomène de compensation
94
plaisir 24, 40
poids, prise de 25, 41, 74, 78
polyconsommation 81
Prochaska, schéma de 19
produits psycho-actifs 43

R

rechutes 73, 76
réduction temporaire de
consommation 93

renforcement
– négatif 35
– positif 35
risque cardiovasculaire 16

S

schizophrénie 83
solitude 41
spirographie 15
stratégie thérapeutique 45
stress 25, 37, 41
substituts nicotiques 53, 90,
95, 107
suivi 48
syndrome de sevrage 40, 74
système de récompense 34

T

tabagisme
– actif 1
– passif 9
– – environnemental 2
– – fœtal 3, 87
thérapies cognitivo-
comportementales 50
troubles psychologiques 43

V

varénicline (*Champix*) 62

Z

Zyban 66