



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

RECOMMANDATIONS

Octobre 2013

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement, dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »](#)

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique. Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

	Preuve scientifique établie
A	Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
	Présomption scientifique
B	Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
	Faible niveau de preuve
C	Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
	Accord d'experts
AE	En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation et les outils associés sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Glossaire	6
Messages clés	7
Préambule	8
Recommandations	11
1. Quel est l'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabagisme ?.....	11
2. Dépistage individuel du tabagisme	11
2.1 Qui peut dépister ?	11
2.2 Quand dépister ?	11
2.3 Comment dépister ?	12
3. Évaluation initiale	14
3.1 Comment identifier la dépendance ?	14
3.2 Comment évaluer les comorbidités anxieuses et dépressives ?	15
3.3 Comment évaluer les co-addictions ?	16
3.4 Comment donner le conseil d'arrêt ?	17
3.5 Comment évaluer la motivation à l'arrêt ?	19
4. Comment conduire l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac ?	21
4.1 Quels sont les traitements recommandés ?	21
4.1.1 Entretien motivationnel : renforcer la motivation	21
4.1.2 Soutien psychologique individuel	23
4.1.3 Traitements nicotiniques de substitution	23
4.1.4 Accompagnement téléphonique	24
4.1.5 Outils d'autosupport	27
4.2 Quelles sont les recommandations relatives aux autres traitements et méthodes ?	27
4.2.1 Traitements pharmacologiques	27
4.2.2 Approches et techniques non pharmacologiques	28
4.3 Quelle est la stratégie thérapeutique recommandée ?	31
4.3.1 Considérations générales	31
4.3.2 Mise en œuvre recommandée selon les stades de changement	31
4.3.3 Place de l'éducation thérapeutique	33
4.3.4 Intérêt de la mesure des marqueurs biologiques (nicotine et cotinine, monoxyde de carbone [CO] expiré)	33
4.3.5 Comment prendre en charge les symptômes de sevrage et leurs conséquences (troubles de l'humeur, augmentation de l'appétit, prise de poids...) ?	33
4.3.6 Quelles sont les modalités du suivi recommandées ?	34
4.3.7 Comment aborder la rechute ?	34
4.3.8 Quand faire appel à un confrère ou à un spécialiste (tabacologue, addictologue, psychologue, centre spécialisé) ?	36
4.3.9 Synthèse : algorithme de prise en charge	36

5. Intérêt et place de la réduction de la consommation dans la stratégie d'aide à l'arrêt du tabagisme.....	39
6. Arrêt temporaire de la consommation (réduction des risques et contrainte d'abstinence).....	40
7. Place des cigarettes électroniques	40
8. Quelles spécificités en cas de situations particulières ?.....	44
8.1 Femmes enceintes/projet de grossesse	44
8.1.1 Dépistage	44
8.1.2 Prise en charge de la femme fumeuse enceinte ou en projet de grossesse.....	44
8.2 Prévention de la rechute en <i>post-partum</i>	45
8.3 Allaitement.....	46
8.4 Maladies cardio-vasculaires	46
8.4.1 Patients exposés à d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires.....	46
8.4.2 Patients présentant des antécédents de maladie cardio-vasculaire	46
8.5 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	47
8.6 Autres troubles respiratoires	47
8.7 Antécédent de cancer.....	47
8.8 Diabète	47
8.9 Contraception hormonale	47
8.10 Comorbidités psychiatriques	47
8.10.1 Troubles anxieux	48
8.10.2 Troubles de l'humeur.....	48
8.10.3 Troubles psychiatriques sévères	48
8.11 Co-addiction et polyconsommation	48
8.12 Séropositivité pour le VIH.....	49
8.13 Périopératoire	49
8.13.1 Dépistage	49
8.13.2 Prise en charge des fumeurs en périopératoire	49
8.14 Patients hospitalisés.....	49
8.14.1 Dépistage	49
8.14.2 Prise en charge des fumeurs hospitalisés.....	49
8.15 Adolescence	50
8.15.1 Dépistage	50
8.15.2 Prise en charge des adolescents fumeurs	51
8.16 Sportifs.....	51
8.17 Travailleurs exposés à d'autres cancérogènes et poussières toxiques	51
9. Rôle du pharmacien d'officine	51
10. Prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique.....	52
11. Formation des professionnels de santé pour l'aide à l'arrêt du tabagisme	52
Perspectives	53
Participants.....	54
Remerciements.....	59
Fiche descriptive	60

Abréviations et acronymes

ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (ANSM depuis le 1 ^{er} mai 2012)
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (a repris les missions de l'Afssaps le 1 ^{er} mai 2012)
AMM	Autorisation de mise sur le marché
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CADTH	<i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i> (ACMTS en français)
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10 ^e révision
CO	Monoxyde de carbone
CSAPA	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAMTS.	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (titre original : <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>) publié par l'Association américaine de psychiatrie – 4 ^e édition)
DSS	Direction de la sécurité sociale
ECR	Essai contrôlé randomisé
ETP	Éducation thérapeutique du patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
INCa	Institut national du cancer
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
ITC	<i>International Tobacco Control</i>
NESARC	<i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMA	Procréation médicalement assistée
NRT	<i>Nicotine replacement therapy</i> = TNS en français
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TNS	Traitement nicotinique de substitution

Glossaire

Dans l'ensemble du document le groupe de travail a adopté les conventions de définition suivantes.

Addiction. Équivalent de dépendance.

Craving. Besoin irréprensible de consommer. Le craving est un symptôme de la dépendance.

Counselling. Apparue aux États-Unis au début du XX^e siècle, le *counselling* devient un courant thérapeutique à part entière à la suite des travaux de Carl Ransom Rogers (1902-1987), psychologue américain. Le *counselling* est un terme anglais sans équivalent en français, qui signifie approximativement « écouter avec », « accompagnement » ou « relation d'aide ». En médecine générale on pourrait le traduire selon le contexte par soutien ou guidance.

Dépendance. La caractéristique essentielle de la dépendance, ou addiction, est la perte de la liberté de s'abstenir. Elle se caractérise par un désir compulsif de consommer associé à la perte de contrôle de la consommation (cf. Critères de dépendance de la CIM-10).

Faux pas. Prise isolée de tabac chez un sujet abstinant dans une démarche d'arrêt. On distingue le faux pas (*lapse* en anglais) de la rechute (*relapse* en anglais) par le fait que le faux pas est ponctuel.

Joint. En argot, un joint est une cigarette roulée à la main avec du papier à cigarette et un bout de carton roulé sur lui-même en guise de filtre, contenant le plus souvent du cannabis (herbe ou résine) mais qui peut aussi contenir d'autres substances psychotropes (héroïne, cocaïne, etc.).

Narguilé ou chicha. Sorte de pipe à eau utilisée pour fumer un mélange de tabac, de mélasse et d'essences de fruits (certains mélanges ne contiennent pas de tabac mais seuls les mélanges qui en contiennent nous intéressent ici.)

Patient. Toute personne amenée à rencontrer un professionnel de santé quel que soit le lieu. Cela inclut les personnes consultant pour un problème de santé, les demandes de certificats médicaux d'aptitude, les visites médicales obligatoires, les consultations de contrôle (scolaires et professionnelles), etc.

Rechute. Reprise non souhaitée de l'usage quotidien après une période d'abstinence volontaire dans le cadre d'une tentative d'arrêt.

Snus. Poudre de tabac humide, principalement consommé en Suède et en Norvège. La méthode de consommation habituelle consiste à le placer derrière la lèvre supérieure et à le garder en place pendant une durée qui peut aller de quelques minutes à plusieurs heures. Le snus est interdit à la vente dans toute l'Union européenne, excepté en Suède.

Tabagisme. Usage quotidien de tabac quelle que soit la forme : fumé (cigarette, cigare, pipe, narguilé), prisé, mâché (snus), associé ou non à d'autres substances (joint), etc.

Tabagisme passif. Exposition involontaire à la fumée du tabac dégagée par une cigarette ou rejetée par un ou plusieurs fumeurs. L'exposition *in utero* du fœtus, due au tabagisme de la mère, n'est pas considérée comme tabagisme passif car il n'y a pas inhalation de fumée.

Messages clés

Les recommandations suivantes ont été considérées comme étant celles à mettre en œuvre prioritairement pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients au moment de la publication de la recommandation de bonne pratique. Le grade des recommandations reflète le niveau de preuve des études cliniques sur lesquelles les recommandations sont fondées. Il ne reflète pas l'importance clinique des recommandations.

Ces recommandations s'adressent aux professionnels de santé de premier recours.

Dépistage individuel

1. Le dépistage individuel du tabagisme et le conseil d'arrêt aux fumeurs doivent être systématiques (A).

Prise en charge

Si le patient souhaite arrêter de fumer (stade de la décision)

2. L'accompagnement par un professionnel de santé est la prise en charge la plus efficace (B).
3. L'accompagnement psychologique est la base de la prise en charge du patient (A).
4. Les traitements nicotiniques de substitution (TNS) sont le traitement médicamenteux de première intention. Ils peuvent être prescrits dans une stratégie d'arrêt d'emblée ou de réduction de la consommation dans un premier temps. La varénicline et le bupropion ne doivent être prescrits qu'en dernière intention, pour des cas particuliers
5. Il est recommandé que l'aide à l'arrêt se fasse dans le cadre de consultations dédiées (AE).
6. Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants (B).

Si le patient est ambivalent (stade de l'intention)

7. L'aider à explorer son ambivalence et sa motivation et envisager une réduction de la consommation dans un premier temps (AE).

Si le patient ne souhaite pas arrêter de fumer (stade de pré-intention)

8. Proposer une approche de réduction de la consommation (AE).
 - Cette approche doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé (B).
 - Les TNS peuvent être utilisés comme un substitut partiel ou total du tabac, à court ou à long terme (AE).

Recommandations destinées aux décideurs

9. La couverture totale de la prise en charge de l'arrêt du tabagisme est recommandée pour tous les fumeurs (A).
10. Il est recommandé que tous les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt du tabagisme (B).
11. Il est recommandé de mettre en place des études sur l'innocuité et l'efficacité dans le cadre du sevrage tabagique des cigarettes électroniques et des nouvelles formes de tabac ou de nicotine qui pourraient apparaître sur le marché (AE).

Préambule

Contexte d'élaboration

Cette recommandation de bonne pratique sur le thème «Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours» a été inscrite au programme 2011 de la Haute Autorité de Santé (HAS, service des bonnes pratiques professionnelles) à la demande de la Direction générale de la santé. Il était demandé à la HAS d'actualiser les recommandations de l'Afssaps datant de 2003, à partir notamment des recommandations américaines publiées en 2008.

Première cause de mortalité évitable en France, le tabagisme est considéré comme responsable de 73 000 décès prématurés chaque année en France. Les données épidémiologiques montrent une augmentation du tabagisme en France au cours des dernières années alors qu'il était en baisse depuis plus de 20 ans. Au vu des tendances passées et actuelles de consommation, le nombre de morts liées au tabac risque d'être multiplié par deux en 2025. On estime qu'un fumeur régulier sur deux mourra d'une maladie liée au tabac s'il ne s'arrête pas de fumer. La lutte contre le tabagisme est une des priorités de santé publique.

L'enjeu mentionné dans la saisine était de permettre une nouvelle mobilisation des professionnels dans la démarche d'aide à l'arrêt de l'usage de tabac.

Objectif de la recommandation

L'objectif d'amélioration des pratiques de cette recommandation est de définir les recommandations de bonne pratique pour :

- le dépistage individuel de l'usage du tabac et de la dépendance en pratique médicale ;
- la prise en charge de l'arrêt de l'usage du tabac, du sevrage au maintien de l'abstinence au long cours.

Cette recommandation vise à répondre aux questions suivantes :

- Dépistage de l'usage et de la dépendance
 - Qui peut dépister ?
 - Quand dépister ?
 - Comment dépister ?
- Évaluation initiale
 - Comment identifier la dépendance ?
 - Comment évaluer les comorbidités (anxieuses, dépressives, co-addictions) ?
 - Comment donner le conseil d'arrêt ?
 - Comment évaluer la motivation à l'arrêt ?
- Comment conduire l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac ?
 - Quels sont les traitements recommandés ?
 - Quelles sont les recommandations relatives aux autres traitements et méthodes disponibles ou à l'étude ?
 - Quelle est la stratégie thérapeutique recommandée ?
 - Quelles sont les modalités de suivi recommandées ?
 - Comment aborder la rechute ?
 - Quand faire appel à un confrère ou à un spécialiste (tabacologue, addictologue, psychologue, centre spécialisé) ?
- Quels sont l'intérêt et la place de la réduction de la consommation et de la réduction des risques dans la stratégie d'aide à l'arrêt du tabagisme ?
- Quelles spécificités en cas de situations particulières ?
- Quel est le rôle du pharmacien d'officine ?
- Quelle est la prise en charge financière recommandée des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique ?
- Quelles sont les recommandations relatives à la formation des professionnels ?

Population concernée

Usagers de tabac (toutes formes) actuels ou anciens usagers.

Professionnels concernés

Ces recommandations s'adressent en priorité aux médecins généralistes, naturellement concernés par la prévention dans le cadre de la prise en charge globale et du suivi au long cours de leurs patients, et qui rencontrent en premier lieu la grande majorité des patients visés par ces recommandations.

Ces recommandations concernent également les professionnels de santé de premier recours que peuvent être les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes.

D'autres professionnels de santé peuvent être impliqués dans le dépistage et l'aide à l'arrêt de l'usage du tabac, tels que les chirurgiens-dentistes, psychiatres, pneumologues, oncologues, cardiologues, infectiologues, médecins du travail, infirmiers, médecins et infirmiers scolaires, pharmaciens et psychologues.

Situation clinique

Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne.

► Définitions de la dépendance tabagique

La caractéristique essentielle de la dépendance (ou addiction) est la perte de la liberté de s'abstenir. Les manifestations de sevrage ou de tolérance ne sont ni suffisantes ni nécessaires. La rechute est un des aspects essentiels de l'addiction, car la dépendance tabagique persiste après l'arrêt. Pour cette raison, les addictions sont considérées comme des maladies chroniques. Les critères de la CIM-10 sont la référence pour la classification clinique¹ (cf. annexes).

► Conséquences du tabagisme

Le tabagisme présente des risques de complications quelles que soient la durée et la quantité fumée.

Le tabagisme :

- représente la deuxième cause de mortalité mondiale (5,1 millions de décès par an, soit 8,7 % du total) ;
- représente la première cause de mortalité évitable ;
- est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers et de 90 % des cancers bronchopulmonaires en France ;
- est le principal facteur de risque de BPCO : environ 85 % des BPCO surviennent chez des fumeurs ou des anciens fumeurs, et une fois la BPCO diagnostiquée, le risque de présenter un cancer broncho-pulmonaire est multiplié par 2 ;
- représente la plus importante cause de mortalité cardio-vasculaire évitable.

Le tabagisme en début d'adolescence est prédictif de dépendance au tabac à l'âge adulte et est un facteur de risque de développement d'autres dépendances (alcool, cannabis, etc.).

Concernant la reproduction, le tabagisme :

- réduit la fertilité de l'homme et de la femme ;
- diminue les chances de succès en cas d'assistance médicale à la procréation du couple ;
- allonge le délai de conception ;
- potentialise l'effet négatif de l'âge sur la fécondité ;
- augmente le risque de fausses couches et de grossesses extra-utérines ;
- entraîne un retard de croissance intra-utérin ;
- réduit le poids de naissance ;
- augmente le risque de morbidité et mortalité périnatales.

Le tabagisme passif augmente le risque des maladies respiratoires infantiles (cette conséquence est réduite par l'allaitement maternel prolongé, même chez les mères fumeuses).

► Les bénéfices de l'arrêt

Les bénéfices de l'arrêt du tabagisme sont importants en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Arrêter de fumer réduit la mortalité totale et particulièrement la mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires et au cancer bronchopulmonaire.

Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer : il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge : arrêter de fumer à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, arrêter à 50 ans améliore l'espérance de vie de 4 ans, arrêter à 60 ans améliore l'espérance de vie de 3 ans.

¹ La CIM-10 est la nomenclature utilisée pour le codage des diagnostics (principal ou associés) lors du recueil d'information médicalisée dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information du champ d'activité de psychiatrie public et privé (Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 2012). Les critères du DSM-IV, utilisés dans les publications internationales, sont donnés à titre indicatif en annexe.

Recommandations

1. Quel est l'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabagisme ?

Quel que soit l'âge, l'arrêt du tabagisme permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour la santé (niveau de preuve 1).

A

L'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabagisme est d'obtenir l'abstinence totale de l'usage du tabac et le maintien de l'abstinence sur le long terme.

2. Dépistage individuel du tabagisme

2.1 Qui peut dépister ?

A

Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.

2.2 Quand dépister ?

A

Il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière.

AE

Le dépistage de l'usage du tabac doit faire partie de l'interrogatoire de la première consultation (identification des facteurs de risque).

Ne pas oublier les autres formes d'utilisation du tabac (prisé, mâché, cigare, pipe, narguilé, snus, joint de cannabis, etc.).

Plus spécifiquement :

- Chez les jeunes enfants : relever le statut tabagique des parents.
- Chez les enfants/adolescents (dès le collège) poser la question en consultation individuelle, en rappelant la confidentialité et le secret professionnel.
- Chez la femme en projet de grossesse.
- Chez la femme enceinte : il convient de poser d'abord la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, puis d'évaluer le tabagisme de l'entourage, avant de l'interroger sur son éventuel tabagisme actuel².
 - Chez la femme en *post-partum* : réévaluer le statut tabagique même si la femme a arrêté de consommer pendant la grossesse (risque élevé de rechute après l'accouchement).

A

Il est recommandé de rechercher également le tabagisme de l'entourage direct du patient.

AE

Chez les fumeurs, il est recommandé de dépister d'éventuelles pathologies associées au tabagisme (BPCO, insuffisance respiratoire, insuffisance coronarienne, pathologie vasculaire).

² Cette approche graduelle permet d'éviter la stigmatisation et de valoriser la baisse spontanée de consommation, généralement observée à l'annonce de la grossesse. Cette baisse de la consommation peut s'accompagner de phénomènes compensatoires (absorption plus grande de la fumée) pour maintenir un taux de nicotine constant, justifiant la connaissance du statut tabagique antérieur.

2.3 Comment dépister ?

AE	Tableau 1. Recommandations de marche à suivre du dépistage à la prise en charge		
Les questions à poser :			
« Fumez-vous ? »			
<div>• SI OUI</div> <div><div>▸ « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »</div><div>▸ Proposer un dépliant/brochure³ sur les risques du tabagisme, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage.</div><div>▸ « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ? »</div></div>		<div>• SI NON</div> <div><div>▸ « Avez-vous déjà fumé ? »</div><div>▸ Si non : Le patient n'a jamais fumé.</div><div>▸ Si oui : « Pendant combien de temps ? »</div><div>▸ Puis : « Depuis quand avez-vous arrêté ? »</div></div>	
<div>SI OUI</div> <div>Plusieurs consultations peuvent être nécessaires :</div> <div><div>▸ Évaluer les croyances et les attentes du patient.</div><div>▸ Évaluer l'usage et la dépendance.</div></div> <div>« Fumez-vous tous les jours ? »</div> <div>« Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? »</div> <div>« Depuis combien de temps ? / À quel âge avez-vous commencé ? »</div> <div>« Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? »</div> <div>« Avez-vous déjà tenté de diminuer ou d'arrêter de fumer ? »</div> <div><div>▸ Conseiller d'arrêter.</div><div>▸ Évaluer la motivation.</div></div>		<div>SI NON</div> <div><div>▸ Conseiller d'arrêter.</div><div>▸ Informer.</div></div> <div>« Savez-vous qu'il existe des moyens pour vous aider à arrêter de fumer et à soulager les symptômes de sevrage ? »</div> <div>▸ Laisser la porte ouverte :</div> <div>« Sachez que je suis disponible pour en parler quand vous le désirez. »</div> <div><div>▸ Proposer une approche de réduction de la consommation.</div></div>	
		<div><div>▸ Le patient est en cours d'arrêt ou a arrêté de fumer depuis peu :</div><div><div>- Lui faire exprimer les bénéfices de l'arrêt et les valoriser : « Vous avez pris une décision bénéfique pour votre santé. »</div><div>- Évaluer les envies et leur gestion.</div><div>- Laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour vous aider si vous craignez de rechuter. »</div></div></div>	
		<div><div>▸ Le patient a arrêté de fumer depuis longtemps :</div><div><div>- Laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour vous aider si vous craignez de rechuter. »</div><div>- Y penser lors d'événements de vie à risque.</div></div></div>	

→ Voir algorithme 1 : « Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt du tabagisme »

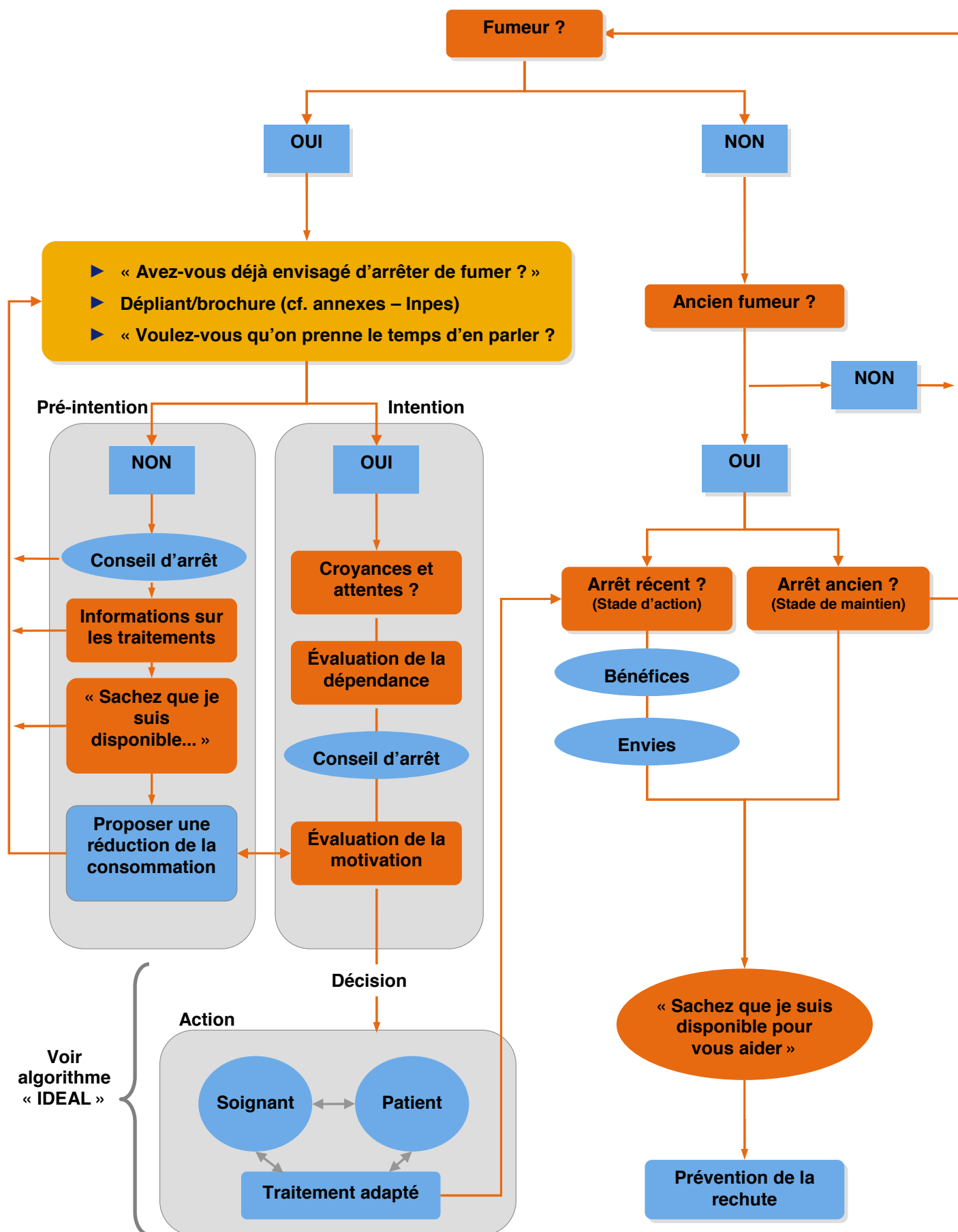
AE	La mesure du CO expiré n'est pas nécessaire pour le dépistage en premier recours. Elle peut être utilisée avec l'accord du patient pour renforcer la motivation (cf. § Stratégie thérapeutique).
----	--

Les outils

- Algorithme 1 « Dépistage »
- Dossier consultation de tabacologie – Inpes
- Conseil d'arrêt

³ Cf. documents Inpes (ex. : « Les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt » ; « Les solutions pour arrêter de fumer (à mettre à jour) », « Grossesse et tabac », etc.) : www.inpes.sante.fr; Dossier consultation de tabacologie – Inpes (en annexe) http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/tabac_dossier_tabacologie.asp

Algorithme 1. Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt du tabagisme



3. Évaluation initiale

3.1 Comment identifier la dépendance ?

A	Il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six questions et de repérer également les critères de dépendance ignorés dans ce test (cf. critères de la CIM-10 ; notamment syndrome de sevrage, perte de contrôle, désir persistant ou incapacité à réduire ou arrêter sa consommation). Ces informations peuvent être obtenues facilement au cours de l'anamnèse.
AE	<p>Considérer que le patient est dépendant s'il présente un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • patient ayant rechuté après une tentative d'arrêt ; • patient continuant à fumer malgré les conséquences de son tabagisme sur sa santé (ex. : BPCO, artérite, cancer, etc.), ou les risques encourus dans certaines situations spécifiques (ex. : intervention chirurgicale, grossesse, etc.) ; • patient en souci constant d'approvisionnement de tabac (ex : craint d'être à court de tabac).

Les outils

► **Tests de Fagerström (2 ou 6 questions)**

Test de Fagerström simplifié en 2 questions

- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
- Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance
- 2-3 : dépendance modérée
- 4-5-6 : dépendance forte

Test de Fagerström en 6 questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
 - a. À la première de la journée 1
 - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- Entre 0 et 2 : pas de dépendance
- Entre 3 et 4 : dépendance faible
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

3.2 Comment évaluer les comorbidités anxieuses et dépressives ?

Les études montrent que les fumeurs souffrant de troubles anxieux présenteront en moyenne un syndrome de sevrage tabagique plus intense que les fumeurs sans trouble psychiatrique. Cependant, bien que le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique, il diminue après un mois de sevrage à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac.

Concernant la symptomatologie dépressive, les données montrent qu'elle est plus sévère chez les sujets les plus dépendants du tabac. Les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont en outre les plus exposés à la décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac.

AE	<p>Les troubles anxieux et dépressifs diminuent les chances de succès du sevrage tabagique. Ils doivent impérativement être pris en charge.</p> <p>Il est recommandé de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, antérieures ou concomitantes au tabagisme, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique.</p> <p>Il est recommandé de questionner le patient sur les éventuels symptômes anxieux et dépressifs survenus lors des précédentes tentatives d'arrêt (avec ou sans traitement).</p> <p>L'évaluation des comorbidités psychiatriques et de leur évolution peut être aidée par l'utilisation d'autoquestionnaires : <i>Hospital Anxiety-Depression scale</i>⁴ (HAD), inclus dans le dossier de consultation de tabacologie de l'Inpes ; inventaire d'anxiété de Beck (BAI) ; inventaire de dépression de Beck (BDI).</p>
-----------	---

Voir aussi le chapitre 8 : Quelles spécificités en cas de situations particulières ? → Comorbidités psychiatriques.

Les outils

- ▶ Dossier consultation de tabacologie - Inpes
- ▶ tabac-info-service.fr
- ▶ Échelle HAD, BAI, BDI

3.3 Comment évaluer les co-addictions ?

AE	<p>Il est recommandé de se renseigner auprès du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ sur la consommation d'autres substances psychoactives : alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, médicaments, etc. ; ▶ sur l'existence d'addictions comportementales.
A	<p>Des questionnaires validés peuvent être utilisés pour dépister un usage problématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ le questionnaire CAGE-DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) pour l'usage problématique d'alcool ; ▶ le questionnaire CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>) pour l'usage problématique de cannabis.

Voir aussi le chapitre 8 : Quelles spécificités en cas de situations particulières ? → Co-addiction et polyconsommation.

Les outils

- ▶ Dossier consultation de tabacologie - Inpes
- ▶ tabac-info-service.fr
- ▶ Questionnaire CAGE-DETA
- ▶ Questionnaire CAST

⁴ Cf. annexes

Questionnaire CAGE-DETA (alcool)

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

→ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Références : Mayfield, 1974.

Questionnaire CAST (cannabis)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

→ Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation.

→ Trois réponses positives ou plus devraient amener à demander de l'aide.

Références : Legleye *et coll.*, 2007.

3.4 Comment donner le conseil d'arrêt ?

Le conseil d'arrêt⁵ consiste pour un professionnel de santé à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer. Le conseil d'arrêt s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer.

A

Tous les professionnels de santé doivent conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer, quelle que soit la forme du tabac utilisé, et lui proposer des conseils et une assistance pour arrêter.

⁵ Le conseil d'arrêt ne doit pas être confondu avec ce que Slama *et coll.* avaient défini en 1995 par « Conseil minimal » ; qui consistait à poser deux questions : « Fumez-vous ? » et « Souhaitez-vous arrêter ? » et à remettre une brochure sur l'arrêt du tabac aux seuls fumeurs souhaitant arrêter (Slama, 1995). Dans cette étude, l'intervention ne prévoyait aucun conseil d'arrêt pour les fumeurs qui ne déclaraient pas souhaiter arrêter de fumer. Cette méthode n'avait pas montré d'efficacité sur l'abstinence à 12 mois (cf. argumentaire scientifique). Dans une perspective de santé publique, l'Afssaps en 2003 (« Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique. 2003 »), l'Anaes en 1998 (« Arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus Paris 8-9 octobre 1998 ») et à nouveau en 2004 (« Aide au sevrage tabagique. Référentiels d'évaluation, 2004 ») recommandaient déjà que le conseil d'arrêt soit systématique (ces recommandations avaient utilisé à tort le terme « conseil minimal » bien qu'il s'agisse d'un conseil d'arrêt).

AE	<p>Il est recommandé de demander au patient s'il est d'accord pour parler de son tabagisme.</p> <p>Il est recommandé de préférer les formulations liées à la santé : « bon/mauvais pour la santé ; bénéfiques/risques », etc. plutôt que d'utiliser les termes « bien » ou « mal » qui peuvent être perçus comme un jugement moral.</p> <p>Il est recommandé de rappeler que l'arrêt du tabac n'est pas qu'une question de volonté mais qu'il s'agit d'une addiction qui peut nécessiter un accompagnement thérapeutique par un professionnel.</p>
A	<p>Tous les produits du tabac sont nocifs. Il n'est pas recommandé de proposer au patient de remplacer un type de tabac par un autre.</p> <p>Le tabagisme passif est nocif. Il est recommandé d'informer toutes les personnes sur les risques du tabagisme passif.</p>
AE	<p>Il est recommandé de conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer d'une manière claire et personnalisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ claire ; <p>Ex. : « Je pense qu'arrêter de fumer est la décision la plus importante que vous pouvez prendre pour protéger votre santé. Je peux vous aider si vous le souhaitez. »</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ personnalisée : relier la consommation de tabac : <ul style="list-style-type: none"> - aux symptômes et aux problèmes de santé du patient, y compris les comorbidités, - aux risques du tabagisme passif pour les enfants et les autres membres du foyer, etc., - aux coûts économiques et sociaux.

Exemples de conseils d'arrêt

- « Arrêter de fumer est la décision la plus importante que vous pouvez prendre pour protéger votre santé. Je peux vous aider si vous le souhaitez. »
- « Il est important que vous arrêtiez de fumer, et je peux vous aider. »
- « Je peux vous aider à arrêter de fumer. Ce sera sûrement plus facile que d'essayer tout seul. »
- « Arrêter de fumer pendant que vous êtes malade est une bonne décision, ce peut être l'occasion de reprendre votre liberté face au tabac. »
- « Fumer occasionnellement ou en faible quantité est encore dangereux. »
- « Il n'est jamais trop tard pour arrêter et c'est encore mieux si on arrête tôt. »
- « Continuer à fumer aggraverait votre bronchite ou votre asthme [...], en revanche arrêter de fumer pourrait améliorer votre santé de façon importante. »
- « La fréquence des infections respiratoires des enfants est supérieure dans un environnement fumeur. »

3.5 Comment évaluer la motivation à l'arrêt ?

Tous les individus qui viennent en consultation ne sont pas prêts à modifier leurs habitudes et les interventions qui seront proposées devront être adaptées.

La motivation du patient et le stade où se situe le patient dans son processus de changement peuvent être évalués à l'aide du modèle descriptif des changements de comportements développé par Prochaska et DiClemente⁶. Ce modèle suppose que les fumeurs passent en général par une série d'étapes avant d'arrêter de fumer :

- **pré-intention** : le sujet fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer ;
- **intention** : il pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent ;
- **décision** : il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt ;
- **action** : il est activement engagé dans le changement : il arrête de fumer ;
- **maintien/liberté** : il a recouvré sa liberté face à la dépendance, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute.

AE	Lorsque qu'un consommateur de tabac est identifié, il est recommandé d'évaluer sa motivation à arrêter de fumer.
B	Il est recommandé d'adapter son attitude à la motivation et au degré d'ambivalence du patient. Voir annexes : fiche « Attitude recommandée en fonction du stade de changement du patient »
AE	Méthode proposée pour évaluer la motivation à l'arrêt du tabagisme : → Interroger le patient : « Envisagez-vous d'arrêter de fumer ? » ▶ « NON. » Le tabac ne représente pas un problème pour le patient : stade de pré-intention → Retour au conseil d'arrêt → Proposer une évaluation de son niveau de dépendance → Proposer une approche de réduction de la consommation (cf. chapitre 5) ▶ « OUI mais ... » ou « OUI peut-être plus tard » ou « NON mais ça serait bien », etc. : stade de l'intention → Aider le patient à explorer son ambivalence, ses craintes, les bénéfices d'un arrêt, ses motivations et sa confiance dans la réussite (cf. § 4.1.1 Entretien motivationnel) → Explorer l'intérêt pour ce patient d'une réduction de la consommation dans un premier temps (cf. chapitre 5) ▶ « OUI maintenant » : stade de la décision → Dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique, établir des objectifs négociés.

Les outils

- ▶ **Échelle analogique d'évaluation de la motivation**
- ▶ **Fiche « Attitude recommandée en fonction du stade de changement du patient »**

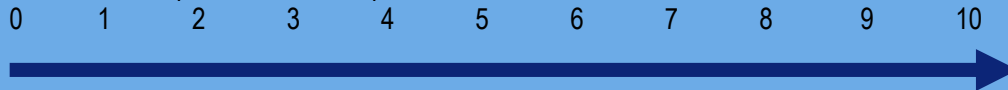
⁶ Références : Prochaska *et coll.*, 1992 ; Prochaska *et coll.*, 1997.
Voir aussi en annexe.

Échelle analogique d'évaluation de la motivation

À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10
- 0 signifie : « Ce n'est pas du tout important. »
10 signifie : « C'est extrêmement important. »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :



4. Comment conduire l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac ?

Un certain nombre de fumeurs arrêtent de fumer sans aide, d'autres vont utiliser des TNS en accès libre chez le pharmacien sans recourir à une prise en charge médicale.

Les recommandations suivantes concernent les usagers de tabac en demande d'aide thérapeutique.

AE	Il est recommandé que l'aide à l'arrêt se fasse dans le cadre de consultations dédiées, c'est-à-dire spécifiquement consacrées à cette prise en charge, quel que soit le professionnel.
-----------	---

4.1 Quels sont les traitements recommandés ?

Principes généraux

A	L'accompagnement psychologique est la base de la prise en charge du patient. Chez les patients dépendants, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux. Les TNS sont le traitement médicamenteux de première intention. Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes.
B	Les traitements médicamenteux sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel.
AE	Le traitement doit toujours être envisagé dans le cadre d'une décision partagée avec le patient.

Les thérapies et méthodes recommandées en première intention (voir détails dans chaque paragraphe)

A	<ul style="list-style-type: none"> Soutien psychologique en face à face ou en groupe (<i>guidance/counselling</i>), thérapies cognitivo-comportementales (TCC)
B	<ul style="list-style-type: none"> Entretien motivationnel
A	<ul style="list-style-type: none"> Traitements nicotiniques de substitution (TNS)
B	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement téléphonique Autosupport y compris par Internet

4.1.1 Entretien motivationnel : renforcer la motivation

L'entretien motivationnel (EM) est une approche relationnelle centrée sur le patient, dont le but est de susciter ou renforcer la motivation au changement, pour aider le patient à changer son comportement. Il se fonde sur l'idée qu'une personne n'arrivera à des changements que si la motivation vient de la personne elle-même.

L'attitude du professionnel consistera donc en une exploration empathique de l'ambivalence de la personne face au changement, en évitant la confrontation et la persuasion. L'EM repose sur un partenariat coopératif et collaboratif, favorisant l'évocation et valorisant l'autonomie du patient.

Les données montrent que l'EM augmente la probabilité de l'arrêt du tabagisme, plus encore que le conseil bref d'arrêt. Les séances longues sont plus efficaces que des séances courtes. Les consultations longues ne sont pas toujours faciles à organiser en pratique de médecine générale. Il est intéressant dans ce cas de proposer plusieurs consultations dédiées d'environ 20 minutes, qui permettent au patient d'être accompagné dans la construction de sa motivation.

B

Il est recommandé de renforcer la motivation du patient à l'aide de l'entretien motivationnel. Des entretiens ou des consultations dédiées à l'arrêt du tabac sont à privilégier.

Exemple de méthode d'entretien motivationnel

Évaluer les souhaits, les croyances et les attentes du patient par rapport à son tabagisme et aux traitements :

- « Qu'est-ce que vous apporte le fait de fumer ? »
- « Pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser de fumer ? »
- « Avez-vous peur d'arrêter de fumer ? Si oui, pour quelles raisons ? »
- « Si vous décidez d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? »

→ Utiliser l'échelle analogique d'évaluation du sentiment d'efficacité.

Évaluation du sentiment d'efficacité

- Avez-vous confiance dans votre capacité à arrêter de fumer ?
- Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?
- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10

0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas. »

10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai. »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :



- Si vous avez répondu moins de 10 à cette question, qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'accroître votre confiance ?

Les outils

- ▶ Exemple de méthode d'entretien motivationnel
- ▶ Évaluation du sentiment d'efficacité
- ▶ Fiche « Attitude recommandée en fonction du stade de changement du patient »
- ▶ Dossier consultation de tabacologie - Inpes
- ▶ « Les essentiels de l'Inpes – Aide au sevrage tabagique – Renforcer la motivation »
<http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/essentiels/1205-tabac.pdf>

4.1.2 Soutien psychologique individuel

Différentes formes de soutien psychologique ont montré la preuve de leur efficacité dans l'aide au sevrage tabagique, de la guidance individuelle aux thérapies structurées comme les thérapies cognitivo-comportementales.

A	L'accompagnement psychologique du fumeur peut prendre diverses formes, de la thérapie de soutien jusqu'à la thérapie structurée de type cognitivo-comportementale (TCC).
AE	Le soutien psychologique individuel nécessite des entretiens ou des consultations dédiées en face à face entre un fumeur et un soignant.

Le médecin généraliste a l'habitude d'écouter et d'accompagner ses patients, dans une position thérapeutique appelée thérapie de soutien. Cette thérapie de soutien représente une forme de thérapie relationnelle, présente implicitement dans tout acte médical. Elle est basée sur l'empathie, la confiance et le soutien. Elle comprend une dimension directive de conseil, d'information et d'explications qui, associée à l'écoute, représente une fonction thérapeutique essentielle dans la pratique du médecin généraliste.

Les psychothérapies structurées, notamment les TCC, nécessitent une formation thérapeutique spécifique validée.

Les outils

► **Fiche « Soutien psychologique du patient fumeur »**

4.1.3 Traitements nicotiniques de substitution

Les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Les TNS augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 % (niveau de preuve 2). La combinaison d'un timbre transdermique avec une forme de TNS d'administration rapide (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS (niveau de preuve 2).

Ces traitements ne présentent pas d'effet indésirable grave identifié.

A	Chez les patients qui nécessitent un traitement pharmacologique, les TNS sont recommandés en première intention au regard de leur balance bénéfice-risque.
B	Pour une meilleure efficacité, il est recommandé d'associer les TNS à un accompagnement psychologique.
AE	Il est recommandé d'adapter le type de TNS en fonction des préférences du patient.
B	Il est recommandé d'ajuster la dose de TNS dès la première semaine en fonction de l'existence de symptômes : <ul style="list-style-type: none"> • de sous-dosage : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit ; fièvre, et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes ; • ou de surdosage : palpitations, céphalées, bouche « pâteuse », diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie.
AE	Le patient doit être informé de ces symptômes afin de pouvoir adapter la dose. La prise persistante de cigarettes sous TNS traduit le plus souvent un sous-dosage.

Pour ajuster le dosage	
A	<ul style="list-style-type: none"> Il est possible de combiner des formes orales aux patchs.
AE	<ul style="list-style-type: none"> Il est possible d'associer plusieurs patchs pour atteindre la dose journalière nécessaire. Il est possible de fractionner les doses de patchs : <ul style="list-style-type: none"> ex. : enlever un patch la nuit, couper les patchs en deux ou plus.
B	Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois ⁷ .
AE	<p>L'addiction au tabac étant une maladie chronique, le traitement peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire.</p> <p>Il est possible dans un premier temps d'associer TNS et consommation de tabac, y compris chez les femmes enceintes et les patients souffrant de maladie cardio-vasculaire (cf. chapitre 5 : Intérêt et place de la réduction de la consommation dans la stratégie d'aide à l'arrêt du tabagisme).</p>

→ Voir « Les TNS en pratique ».

4.1.1 Accompagnement téléphonique

L'accompagnement téléphonique à l'arrêt du tabac consiste en une série d'entretiens structurés qui soutiennent toute personne souhaitant arrêter de fumer, ou ayant récemment arrêté. L'utilisateur peut appeler le service et être ensuite rappelé par des spécialistes de l'aide à l'arrêt du tabac.

Le ministère chargé de la Santé et l'Inpes ont développé une ligne téléphonique pour accompagner et soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt : la ligne Tabac Info Service⁸ (3989). Outre l'information, l'orientation et le conseil simple, cette ligne d'aide offre aux fumeurs la possibilité d'un service de seconde ligne, avec prise de rendez-vous téléphonique pour entretien avec des tabacologues pour conseil dans la démarche de sevrage.

AE	Il est important de reconnaître cette démarche du fumeur et de la valoriser.
A	<p>Si un patient ne souhaite pas s'aider du contact direct d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer, il est recommandé de l'orienter vers un accompagnement téléphonique.</p> <p>Il est recommandé d'informer le patient du fait que l'accompagnement téléphonique est d'autant plus efficace que les rendez-vous téléphoniques sont nombreux et fréquents.</p>

⁷ Cas particulier : le spray buccal a une durée d'utilisation limitée à 6 mois.

⁸ Tabac Info service (3989) est accessible de 8 h à 20 h du lundi au samedi. Le premier appel est facturé 0,15 € la minute. Les appels suivants sont gratuits, puisque la personne est rappelée sur rendez-vous par un tabacologue.

Les TNS en pratique 1/2

Quel est l'objectif des traitements nicotiniques de substitution (TNS) ?

Les TNS ont pour objectif de soulager les symptômes de sevrage à la nicotine. Ils permettent un apport quotidien de nicotine sous une forme différente du tabac, en évitant la toxicité des cigarettes.

Ce traitement de substitution permet au fumeur d'envisager plus facilement le sevrage, voire de réduire sa consommation avant l'arrêt total.

Quelles sont les différentes formes de TNS ?

- **Formes transdermiques : timbres (ou patches)**

Le mode d'administration de la nicotine par les timbres transdermiques (patches) a l'avantage de produire une faible vitesse d'absorption et permet d'obtenir une nicotémie relativement constante au cours du traitement. De plus, le timbre permet une meilleure observance, en rapport avec une plus grande facilité d'utilisation.

Il faut informer le patient qu'une intolérance cutanée peut apparaître. Pour diminuer le risque de réaction cutanée locale, il faut changer le site d'application du timbre quotidiennement ou changer de marque.

Il existe des timbres pouvant être portés durant 24 heures qui délivrent une dose de 7, 14 ou 21 mg de nicotine par jour et des systèmes pouvant être portés 16 heures qui délivrent une dose de 10, 15 ou 25 mg de nicotine par jour.

- **Formes orales**

- **Gommes à mâcher**

Elles existent en deux dosages : 2 et 4 mg. Les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les gommes sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette. La dose de nicotine libérée est approximativement de 1 mg pour les gommes de 2 mg et d'un peu moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg. Il existe des gommes de saveurs différentes (menthol, orange, fruits...). La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'efficacité de la gomme est optimale lors de la mastication et non lors de la déglutition. Il faut donc préciser au patient de sucer lentement la gomme et non de la mâcher comme un chewing-gum. Si le patient mastique trop vite la gomme, il risque d'avoir des brûlures d'estomac, des maux de gorge, voire des hoquets.

Le risque de transfert de la dépendance de la cigarette à la gomme, sans être nul, reste marginal.

- **Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux**

Ils existent aux dosages de 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4 mg. Une pastille de 2 mg libère approximativement 2 mg de nicotine, celle de 4 mg libère approximativement 4 mg de nicotine. Il existe des comprimés de saveurs différentes (menthe, fruits, avec ou sans sucre...). Ils ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à mâcher. La majeure partie de la nicotine est absorbée à travers la muqueuse buccale. Du fait de la déglutition de la salive contenant de la nicotine, une certaine proportion de celle-ci parvient à l'estomac et à l'intestin où elle est inactivée. Par conséquent, les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les comprimés sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette.

Les comprimés à sucer peuvent parfois provoquer une légère irritation de la gorge et une hypersalivation au début du traitement. La déglutition d'une trop grande quantité de nicotine dans la salive peut provoquer un hoquet. Les sujets sensibles peuvent présenter au début des signes légers de dyspepsie ou de brûlures gastriques. Ces symptômes peuvent être diminués en suçant le comprimé plus lentement. Une consommation excessive de comprimés par des sujets qui n'inhalent pas la fumée du tabac peut provoquer des nausées, des étourdissements et des céphalées.

Il faut noter que certaines formes de comprimés à sucer contiennent des édulcorants, à savoir de l'aspartam, du sorbitol et du maltitol.

Les TNS en pratique 2/2

► Inhalateurs

Il s'agit d'un dispositif médical. Une cartouche contient 10 mg de nicotine. La fréquence des aspirations (plus ou moins répétées) ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins du patient, sans dépasser 12 cartouches par jour. Par conséquent, la durée d'utilisation d'une cartouche peut varier de 20 minutes en une seule utilisation intensive et continue, jusqu'à 4 fois 20 minutes si l'utilisation est peu intensive et discontinuée.

Leur usage est bien toléré, bien que l'on observe parfois une irritation buccale locale, une toux ou une rhinite. Ces effets indésirables sont d'intensité faible en général et disparaissent en quelques jours.

Il est recommandé de ne pas utiliser les cartouches au-delà de 12 mois.

► Sprays buccaux

Par rapport à une gomme à mâcher ou à un comprimé à sucer contenant de la nicotine, la nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal. Chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine. Un flacon délivre 150 doses. Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures.

Il est recommandé de ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires. Pour de meilleurs résultats, il est recommandé d'éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation. Il est également recommandé de s'abstenir de manger et de boire lors de la pulvérisation buccale. **Enfin, au cours du traitement par spray buccal, il faut impérativement s'abstenir de fumer.**

En général, il est déconseillé d'utiliser le pulvérisateur buccal au-delà de 6 mois.

Il faut noter que cette forme contient de l'éthanol.

Quels sont les effets indésirables généraux des TNS ?

Les TNS peuvent entraîner des effets indésirables similaires à la nicotine administrée par d'autres modes.

Les effets indésirables rapportés le plus fréquemment sont, selon les formes de TNS, céphalées, dysgueusie, hoquets, nausées, dyspepsie, douleurs et paresthésie au niveau des tissus mous de la cavité buccale, stomatite, hypersécrétion salivaire, brûlure des lèvres, sécheresse de la bouche et/ou de la gorge.

Ces effets sont en grande majorité modérés et régressent spontanément et rapidement après retrait du dispositif.

Quel dosage prescrire pour commencer ?

Certains professionnels utilisent l'équivalence suivante pour savoir à quel dosage débiter le traitement :

- soit 1 cigarette = 1 mg de nicotine.

Donc par exemple, un patient fumant 20 cigarettes par jour recevra un patch de 21 mg/j pour commencer. S'il fume encore 7 cigarettes/jour avec ce patch, alors on ajoutera un patch de 7 mg et ainsi de suite.

Cette équivalence n'est pas démontrée et est donnée à titre indicatif. Il est tout à fait possible de débiter avec un autre dosage. Il ne faut pas oublier que le nombre de cigarettes fumées ne définit pas le niveau de dépendance.

Pour ajuster plus finement le dosage on peut associer des formes orales aux patchs. Ex. : prise de gommes à la demande pour atteindre le niveau de nicotine suffisant pour ne plus ressentir les signes de sous-dosage.

4.1.2 Outils d'autosupport

Un certain nombre de fumeurs arrêtent de fumer sans l'aide d'un professionnel. Les outils d'autosupport augmentent la probabilité d'arrêt en l'absence d'intervention d'un professionnel.

Les outils d'autosupport sont des outils structurés qui visent à aider le fumeur à faire une tentative d'arrêt ou à maintenir son abstinence sans le contact direct avec un professionnel ou le soutien d'un groupe. Ces outils comprennent tout manuel ou programme structuré, dans un format écrit ou vidéo, *via* des documents papiers, smartphones ou Internet.

En complément de la ligne d'aide à l'arrêt Tabac Info Service, un site Internet dédié à l'arrêt du tabac (tabac-info-service.fr) permet aux internautes d'accéder à un accompagnement personnalisé dans leur démarche d'arrêt ou celle de leurs proches. On y trouve l'annuaire des consultations de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac, des éléments sur les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt du tabac et les solutions pour arrêter de fumer, ainsi qu'un accompagnement personnalisé par des outils d'autosupport et l'orientation vers des consultations adaptées. Le site fournit également un programme de coaching personnalisé par courriel.

Ce service accompagne aussi les professionnels de santé par la fourniture de documentation et par un partage de leurs expériences en matière de prise en charge de la dépendance tabagique.

AE	Il est important de reconnaître cette démarche du fumeur et de la valoriser.
A	Si un patient ne souhaite pas l'aide d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer, il est recommandé de l'orienter vers des outils d'autosupport.

4.2 Quelles sont les recommandations relatives aux autres traitements et méthodes ?

4.2.1 Traitements pharmacologiques

► Varénicline et bupropion

Ces deux médicaments sont disponibles en France dans l'indication du sevrage tabagique.

Des effets indésirables graves associés à ces médicaments ont été observés, en particulier en relation avec le suicide et l'état dépressif.

Les études récentes⁹ montrent que les données sur les risques de la varénicline et du bupropion sont contradictoires, de ce fait leur balance bénéfice/risque est incertaine.

Ces médicaments nécessitent une réévaluation du rapport bénéfice/risque dans le contexte des alternatives thérapeutiques, notamment les TNS, vis-à-vis desquels ils n'ont pas montré de supériorité.

Pour ces raisons, la varénicline et le bupropion sont recommandés en dernière intention.

AE	Au vu de leurs effets indésirables, ces médicaments sont recommandés en dernière intention.
B	Leur balance bénéfice/risque est incertaine.
AE	Avant de prescrire ces médicaments, le médecin doit s'assurer que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits, à dose efficace et suffisamment longtemps ; et que l'échec a été exploré sous tous ses aspects.

⁹ Voir argumentaire scientifique.

A	<p>Ces médicaments ne doivent être prescrits que dans le respect strict des précautions d'emploi et des contre-indications.</p> <p>Ces médicaments nécessitent une surveillance étroite des patients en raison de leurs effets indésirables potentiels, ainsi qu'une surveillance renforcée lors de l'arrêt du traitement.</p>
AE	Il est recommandé de se référer au résumé des caractéristiques du produit (RCP) lors de la prescription.
A	Ces deux médicaments ne sont pas recommandés chez les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes ou qui allaitent.

► **Autres traitements pharmacologiques dont l'efficacité et l'innocuité ne sont pas établies**

Rimonabant, clonidine, cytisine, lobéline, antagonistes et agonistes partiels des opiacés, mécamylamine, buspirone, diazépam, doxépine, méprobamate, ondansétron, métoprolol, oxprénolol, propranolol, nicobrevin.

Ces traitements pharmacologiques ne sont pas indiqués dans le sevrage tabagique. Ils ont fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac mais n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et/ou de leur innocuité.

A	Ces médicaments ne sont pas recommandés en raison de l'insuffisance de données sur la preuve de leur efficacité et/ou de leur innocuité.
----------	--

4.2.2 Approches et techniques non pharmacologiques

► **Activités physiques, acupuncture et hypnothérapie**

Ces approches ont fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac. Leur bénéfice dans l'aide à l'arrêt du tabac n'est pas établi, cependant, ces approches, qui bénéficient d'un certain recul, n'ont pas montré à ce jour de risque majeur.

Lorsqu'un patient souhaite utiliser ces méthodes, le praticien peut le comprendre et doit avoir conscience de l'intérêt d'un éventuel effet placebo. Il doit signaler au patient que si cette prise en charge ne réussissait pas, une prise en charge dont l'efficacité a été établie pourra lui être proposée.

L'éthique du médecin ne lui permet pas de recommander une thérapeutique non validée. Pour autant, le médecin ne doit pas empêcher un patient de bénéficier d'un traitement qui peut être utile de par son effet placebo, si ce traitement est avéré inoffensif.

AE	<p>Il n'y a pas de contre-indication à utiliser ces méthodes en plus des méthodes recommandées.</p> <p>Il n'y a pas de raison objective de dissuader le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ► du recours à ces approches dans le cadre d'une démarche personnelle ; ► d'utiliser ces méthodes en plus des méthodes recommandées. <p>Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des méthodes thérapeutiques dont le bénéfice est établi.</p> <p>Dans le cas où le patient a recours à des méthodes dont le bénéfice n'est pas établi, l'accompagnement doit être maintenu afin d'être en mesure de lui proposer les stratégies recommandées si nécessaire.</p>
-----------	--

Varénicline

Données des agences sanitaires

Le Champix® (varénicline) fait partie des 27 médicaments qui font l'objet d'une surveillance renforcée de **l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**, parmi les 70 suivis dans le cadre d'un **plan de gestion des risques (PGR)**. Le PGR a été mis à jour en décembre 2008. Il prévoit en particulier, en supplément du PGR initial, une revue du rapport bénéfice/risque sur les événements indésirables en rapport avec le suicide et un recueil de données épidémiologiques sur les suicides.

En 2009, la **commission de la transparence de la HAS** a examiné la varénicline (Champix®) et rendu les conclusions suivantes :

« Champix®, agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux à l'acétylcholine, est indiqué dans le sevrage tabagique de l'adulte. Compte tenu des effets indésirables, en particulier ceux en relation avec le suicide et l'état dépressif, le rapport efficacité/effets indésirables de Champix® est moyen. Il ne doit être utilisé qu'en seconde intention, après échec des traitements nicotiniques de substitution (TNS). »

Suite à la publication d'une méta-analyse en 2011 sur les effets indésirables cardio-vasculaires associés à l'utilisation de la varénicline, **l'Agence européenne des médicaments (EMA)** a confirmé la balance bénéfice-risque du Champix® en juillet 2011 et a publié un rapport public d'évaluation (EPAR) qui établit des recommandations relatives aux conditions d'utilisation du Champix®. En octobre 2012, l'EMA a demandé des analyses de pharmacovigilance complémentaires.

Efficacité et effets indésirables (conclusions issues des études récentes)

▸ **Efficacité**

La varénicline est supérieure au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois et au bupropion pour l'arrêt du tabagisme à 12 semaines (niveau de preuve 2).

Cependant, la varénicline n'a pas montré de supériorité par rapport aux TNS et notamment aux patchs nicotiniques (niveau de preuve 2), ni à une combinaison de TNS (niveau de preuve 2.)

▸ **Effets indésirables**

L'utilisation de la varénicline est associée à des effets indésirables graves, notamment des symptômes neuropsychiatriques : dépression et comportements suicidaires/auto-agressifs, changements comportementaux, hostilité, agitation. Elle pourrait également être associée à des effets indésirables cardio-vasculaires, mais les résultats sont controversés et cette association nécessite d'être confirmée.

Les autres effets indésirables identifiés associés à l'utilisation de la varénicline sont : troubles du sommeil (insomnie, rêves anormaux), troubles gastro-intestinaux (nausée, constipation, flatulences) et maux de tête.

Bupropion

Données des agences sanitaires

Ce médicament fait l'objet d'un suivi de pharmacovigilance renforcé depuis sa mise sur le marché. Ainsi dès septembre 2001, l'**Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)** a attiré l'attention sur les risques de survenue de convulsions, d'abus ou de dépendance et rappelé les conditions d'utilisation et de prescription.

En janvier 2002, l'Afssaps a rendu public un premier bilan des données de pharmacovigilance après un trimestre de commercialisation. L'analyse du profil de sécurité d'emploi ne mettait pas en évidence d'effets indésirables inattendus nécessitant la prise de mesures complémentaires immédiates. Toutefois, l'Afssaps restait vigilante et poursuivait la surveillance de ce médicament en s'appuyant sur ses réseaux de vigilance : centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) et centres d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances (CEIP) auxquels les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens ou sages-femmes ont l'obligation de signaler immédiatement tout effet indésirable grave ou inattendu et tout cas de pharmacodépendance ou d'abus grave.

En février 2002, le **comité des spécialités pharmaceutiques (CSP) de l'Agence européenne des médicaments (EMA)** a engagé une procédure de réévaluation du rapport bénéfice/risque de cette spécialité dans l'indication du sevrage tabagique, à la demande des autorités sanitaires allemandes.

Efficacité et effets indésirables (conclusions issues des études récentes)

▸ **Efficacité**

Le bupropion est supérieur au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois, mais n'est pas supérieur aux TNS (niveau de preuve 1), et est inférieur à la varénicline (niveau de preuve 2).

Le rapport coût-efficacité du bupropion est inférieur à celui de la varénicline (niveau de preuve 2).

▸ **Effets indésirables**

L'utilisation du bupropion est associée à un risque de dépression et de comportements suicidaires/auto-agressifs (niveau de preuve 3). Les autres effets indésirables rapportés sont principalement des réactions cutanées ou allergiques, des troubles neuropsychiatriques (insomnie chez 30 à 40 % des patients, angoisse), des troubles neurologiques (vertiges, céphalées ou convulsions) et quelques effets cardio-vasculaires notamment hypertension artérielle, angor et/ou infarctus du myocarde, bouche sèche, nausées.

► **Autre méthode dont l'efficacité et l'innocuité ne sont pas établies : méthode de la fumée aversive**

La méthode aversive (*rapid smoking*) a fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac. Cette méthode consiste à fumer à un rythme soutenu jusqu'au surdosage dans l'objectif de ressentir des effets aversifs : nausée, malaise, maux de tête, mal de gorge, toux, etc.

Cette méthode n'a pas montré d'efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac et présente, de par son principe, des effets indésirables.

A

Cette méthode n'est pas recommandée en raison de l'insuffisance de données sur la preuve de son efficacité et de ses effets indésirables avérés.

4.3 Quelle est la stratégie thérapeutique recommandée ?

4.3.1 Considérations générales

- L'aide par un professionnel (médecin, infirmier, psychologue, etc.) est toujours efficace. Un fumeur recevant de l'aide et voulant arrêter aura plus de chances d'y parvenir que celui voulant arrêter sans aide.
- Le soutien psychologique propre à la relation thérapeutique est une composante fondamentale de la prise en charge.
- Il existe une relation entre l'intensité de la prise en charge psychologique et comportementale (durée et nombre de contacts) et le taux d'abstinence.
- Les interventions complètes associant plusieurs outils (questionner, conseiller, évaluer, fixer une date d'arrêt et aider si besoin par des TNS) augmentent les chances de l'arrêt par rapport à l'absence d'intervention ou à une intervention minimale.
- Les techniques issues des entretiens motivationnels sont particulièrement utiles dans la phase de préparation, mais également au cours du suivi afin de soutenir la motivation.
- Une fois l'arrêt instauré, la prise en charge doit s'orienter autour de la prévention des rechutes. Plusieurs techniques de prévention de la rechute peuvent être employées : les stratégies d'ajustement du comportement, la méthode de résolution de problèmes, l'apprentissage d'habiletés nouvelles et les techniques de gestion du stress. Les techniques cognitives présentent également un intérêt dans la gestion des pulsions à fumer.
- Le médecin généraliste a une fonction spécifique, il est dans une position privilégiée, et possède des outils propres à sa fonction. Il est donc en mesure de développer un accompagnement psychologique efficace.

4.3.2 Mise en œuvre recommandée selon les stades de changement

B

Il est recommandé d'adapter la prise en charge selon le stade de changement du patient.

Au stade de pré-intention

A

- Conseiller d'arrêter.
- Proposer une évaluation du niveau de dépendance.

B

- Proposer une approche de réduction de la consommation (cf. chapitre 5).
- Renouveler cette approche lors des prochaines consultations.

Au stade de l'intention

B	Chaque patient désireux de faire une tentative d'arrêt doit être encouragé à utiliser les traitements recommandés et à être accompagné dans sa démarche.
AE	Aider le patient à : <ul style="list-style-type: none">▸ explorer son ambivalence ;▸ évoquer ses craintes et les bénéfices d'un arrêt ;▸ évaluer sa confiance dans sa capacité à arrêter le tabac (sentiment d'efficacité personnelle).
→ Voir Entretien motivationnel (§ 4.1.1).	

Au stade de la décision

B	Conseiller au patient de fixer une date d'arrêt. Cela augmente l'efficacité du projet thérapeutique.
AE	Élaborer un plan de changement : définir les objectifs d'éducation thérapeutique du patient. Informer le patient sur les différents traitements disponibles, le sevrage, etc.
→ Voir outils Inpes destinés aux patients ¹⁰ et site de Tabac Info Service ¹¹ .	
→ Voir fiche soutien psychologique du patient fumeur (annexe).	

Au stade de l'action

AE	Mettre en place une prise en charge adaptée, dans le cadre d'une décision partagée.
→ Voir § Quels sont les traitements recommandés ?	

Au stade du maintien de la liberté

AE	Aider à maintenir l'abstinence et prévenir la rechute.
→ Voir § Comment aborder la rechute ?	
→ Voir fiche soutien psychologique du patient fumeur (annexe).	
AE	Aider à gérer les symptômes de sevrage.
→ Voir § Comment prendre en charge les symptômes de sevrage ?	

En cas de faux pas ou de rechute

AE	Aider à gérer la rechute.
→ Voir § Comment aborder la rechute ?	
→ Voir fiche soutien psychologique du patient fumeur (annexe).	

→ Cf. **Algorithme 2 « IDEAL » : parcours du patient désireux d'arrêter de fumer**

¹⁰ <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/index.asp>

¹¹ <http://www.tabac-info-service.fr>

4.3.3 Place de l'éducation thérapeutique

AE	L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge de l'arrêt du tabagisme.
-----------	--

4.3.4 Intérêt de la mesure des marqueurs biologiques (nicotine et cotinine, monoxyde de carbone [CO] expiré)

AE	La mesure du CO expiré peut être utilisée avec l'accord du patient pour renforcer la motivation dans le respect de l'alliance thérapeutique, notamment chez les femmes enceintes.
-----------	---

4.3.5 Comment prendre en charge les symptômes de sevrage et leurs conséquences (troubles de l'humeur, augmentation de l'appétit, prise de poids...) ?

AE	<p>Il est recommandé d'anticiper la survenue possible de symptômes de sevrage et d'en informer le patient afin d'améliorer l'alliance thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ troubles de l'humeur ; ▸ insomnie ; ▸ irritabilité ; ▸ frustration, colère ; ▸ anxiété ; ▸ difficultés de concentration ; ▸ augmentation de l'appétit ; ▸ fébrilité. <p>Il est recommandé de surveiller l'apparition des symptômes de sevrage et de leurs conséquences pour adapter la prise en charge.</p> <p>Il est recommandé de favoriser le soutien psychologique pour prendre en charge les troubles liés au sevrage.</p> <p>Il est recommandé d'orienter le patient vers un spécialiste des TCC si besoin.</p>
A	En cas de symptômes de sevrage persistants, il est recommandé d'augmenter la dose de TNS.

► Surveillance de la prise de poids

L'arrêt du tabac peut entraîner une prise de poids parfois importante. Les données disponibles montrent que le bénéfice de l'arrêt du tabagisme sur le risque cardio-vasculaire est significatif même en cas de prise de poids (niveau de preuve 2).

Il est important d'inscrire l'arrêt du tabac dans un projet plus large d'amélioration de la santé et du bien-être, dont le patient est le principal acteur. Le patient est alors plus réceptif aux conseils que l'on peut lui apporter.

Le sevrage peut être le moment de rappeler les règles de bases de l'équilibre alimentaire.

AE	<p>Il est recommandé de surveiller l'évolution du poids au cours du sevrage.</p> <p>Pour éviter ou limiter la prise de poids, il est recommandé de conseiller au patient des méthodes et thérapies non médicamenteuses : diététique, activité physique, aide psychologique spécifique.</p>
B	Il peut être approprié, en plus des méthodes et thérapies non médicamenteuses, de prescrire un TNS qui peut aider à limiter la prise de poids.

Des outils pour les patients

- ▶ « Arrêter de fumer sans prendre du poids », Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1021.pdf>
- ▶ « Le tabac en moins sans les kilos en plus : conseils et recettes pour concilier sevrage tabagique et équilibre alimentaire », Office français de prévention du tabagisme
- ▶ « Éviter la prise de poids au moment de l'arrêt », Tabac Info Service : <http://www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Eviter-la-prise-de-poids-au-moment-de-l-arret>
- ▶ Plan National Nutrition Santé : www.mangerbouger.fr

▶ Surveillance de la consommation d'alcool ou d'autres substances

AE	<p>Il est recommandé d'être attentif à une éventuelle majoration des consommations d'alcool, de cannabis, ou d'autres substances psychotropes.</p> <p>En cas de majoration des consommations, il est recommandé d'explorer un état anxieux ou dépressif sous-jacent ainsi que l'existence d'une co-addiction, et de le/les prendre en charge le cas échéant, selon les modalités spécifiques à chaque affection.</p>
-----------	--

4.3.6 Quelles sont les modalités du suivi recommandées ?

B	Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants.
AE	<p>Des consultations par téléphone peuvent être nécessaires entre les consultations des premières semaines.</p> <p>Il est recommandé de signaler sa disponibilité au patient en cas de besoin aussi bien pendant la période de sevrage qu'au-delà, pour prévenir les risques de rechute.</p>

4.3.7 Comment aborder la rechute ?

Les fumeurs sevrés peuvent prévenir un écart d'abstinence en faisant face de manière appropriée à une situation à risque qui n'a pas pu être évitée, à condition que des stratégies adaptées aient été anticipées et les situations à risque repérées.

Ces stratégies sont des éléments clés de la prévention de la rechute.

Une situation à risque bien gérée a pour conséquences une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et une baisse du risque ultérieur de rechute. En revanche, une situation à risque mal gérée induit une baisse du sentiment d'efficacité personnelle et une attente des effets positifs du tabac. Cet état facilite le passage à la reprise de la consommation, qui peut induire un effet de violation de l'abstinence.

Cet effet dit « de violation de l'abstinence » est en rapport avec une dissonance cognitive entre un engagement profond (abstinence) et un acte (reprise d'une consommation, rechute). Cette dissonance cognitive engendre des sentiments de honte et de culpabilité ainsi qu'un sentiment de perte de contrôle. Le risque de rechute est alors très important¹².

¹² Modèle de Marlatt et Gordon (Marlatt, 1985 et Marlatt, 1979)

► **Avant le début du sevrage**

AE	<p>Il est recommandé de distinguer un faux pas (consommation ponctuelle) d'une rechute (consommation prolongée).</p> <p>Il est recommandé d'envisager la possibilité de faux pas et de rechute afin de la dédramatiser et de la considérer comme une étape éventuelle vers la réussite.</p> <p>Il est recommandé d'aider le patient à anticiper les risques de rechute en repérant :</p> <ul style="list-style-type: none">• toute pensée pouvant conduire à la prise d'une cigarette, à faire noter par le patient pour l'identifier, l'explorer et l'exploiter de manière positive ;• les situations incitant habituellement le patient à fumer.
-----------	---

► **En cas de faux pas ou de rechute, la méthode suivante est recommandée :**

AE	<p>Réévaluer le stade de changement (→ voir algorithme IDEAL) : à quel stade de changement est revenu le patient ?</p> <p>Analyser avec le patient :</p> <ul style="list-style-type: none">• le contexte du faux pas ou de la rechute :<ul style="list-style-type: none">► facteurs associés et situations déclenchantes (où, comment, avec qui ?) :<ul style="list-style-type: none">- situation identifiée mais non gérée,- situation non identifiée au préalable ;• les conséquences du faux pas ou de la rechute :<ul style="list-style-type: none">► bénéfices secondaires de la rechute : effets positifs immédiats de la reprise de la consommation pour le patient,► émotions et croyances liées à la rechute. <p>Se méfier de l'effet de violation de l'abstinence qui fait que, par déception, dévalorisation, ou culpabilité, le faux pas se transforme en rechute.</p> <p>Penser à le faire verbaliser par le patient pour lui rappeler que les faux pas sont prévisibles et font partie des étapes vers la réussite.</p> <p>Prévenir l'effet de violation de l'abstinence en aidant le patient à :</p> <ul style="list-style-type: none">• contrer le sentiment de culpabilité ;• repérer les conditions dans lesquelles il a repris une cigarette ;• reprendre le contrôle sur sa consommation. <p>Face à un faux pas ou une rechute, rechercher :</p> <ul style="list-style-type: none">• une dépendance physique mal substituée (traitement substitutif insuffisant) ;• un trouble anxio-dépressif sous-jacent ;• une prise de poids ;• des situations à risque.
-----------	--

→ **Voir Adaptation des colonnes de Beck à la prévention de la rechute**

4.3.8 Quand faire appel à un confrère ou à un spécialiste (tabacologue, addictologue, psychologue, centre spécialisé) ?

AE	<ul style="list-style-type: none">• Quand on ne se sent pas ou plus compétent, notamment dans les cas suivants :<ul style="list-style-type: none">▸ échecs répétés ;▸ nécessité d'un accompagnement psychothérapeutique spécifique ;▸ poly-addictions ;▸ comorbidités psychiatriques.• À la demande du patient.
-----------	---

4.3.9 Synthèse : algorithme de prise en charge

→ Voir Algorithme 2 « IDEAL » : parcours du patient désireux d'arrêter de fumer

Adaptation des colonnes de Beck à la prévention de la rechute

Il s'agit de l'adaptation d'une technique simple pour mettre en évidence les pensées dysfonctionnelles des patients afin de les aider à mieux les analyser. Ces pensées dysfonctionnelles entraînent des actes ou des croyances inadaptés. Le médecin et les patients disposent ainsi d'un outil qui leur permet d'avoir une approche plus rationnelle et plus efficace des différentes situations à risque.

Il s'agit d'un tableau à 4 colonnes que l'on remplit de gauche à droite.

Exemples :

Événements, situations	Émotions, réactions	Pensées automatiques	Pensées alternatives
<i>Ce qui se passe</i>	<i>Ce que je ressens Ce que je fais</i>	<i>Ce que je me dis</i>	<i>Ce que je pourrais me dire d'autre</i>
« Je suis chez des amis, il y a une bonne ambiance. »	Content, j'allume une cigarette.	Juste une, pour une fois !	Tout va bien...et je risque de me faire avoir...
« Mon chef/mon conjoint/etc. m'a fait des reproches... »	Découragé, frustré, j'allume une cigarette.	Ça va me calmer.	Ça ne règle rien...et je vais avoir deux problèmes si en plus je recommence à fumer.
« Mon fils est malade... »	Anxieux, stressé, j'allume une cigarette.	Ce n'est pas pareil, il faut faire face.	D'abord penser à me détendre et à lâcher prise. Fumer ne réglera pas les problèmes.
« J'ai du mal à me concentrer sur mon travail. »	Fatigué, abattu, je fais une pause cigarette.	Ça va me stimuler.	Marcher dehors pour changer d'air me fera plus de bien.

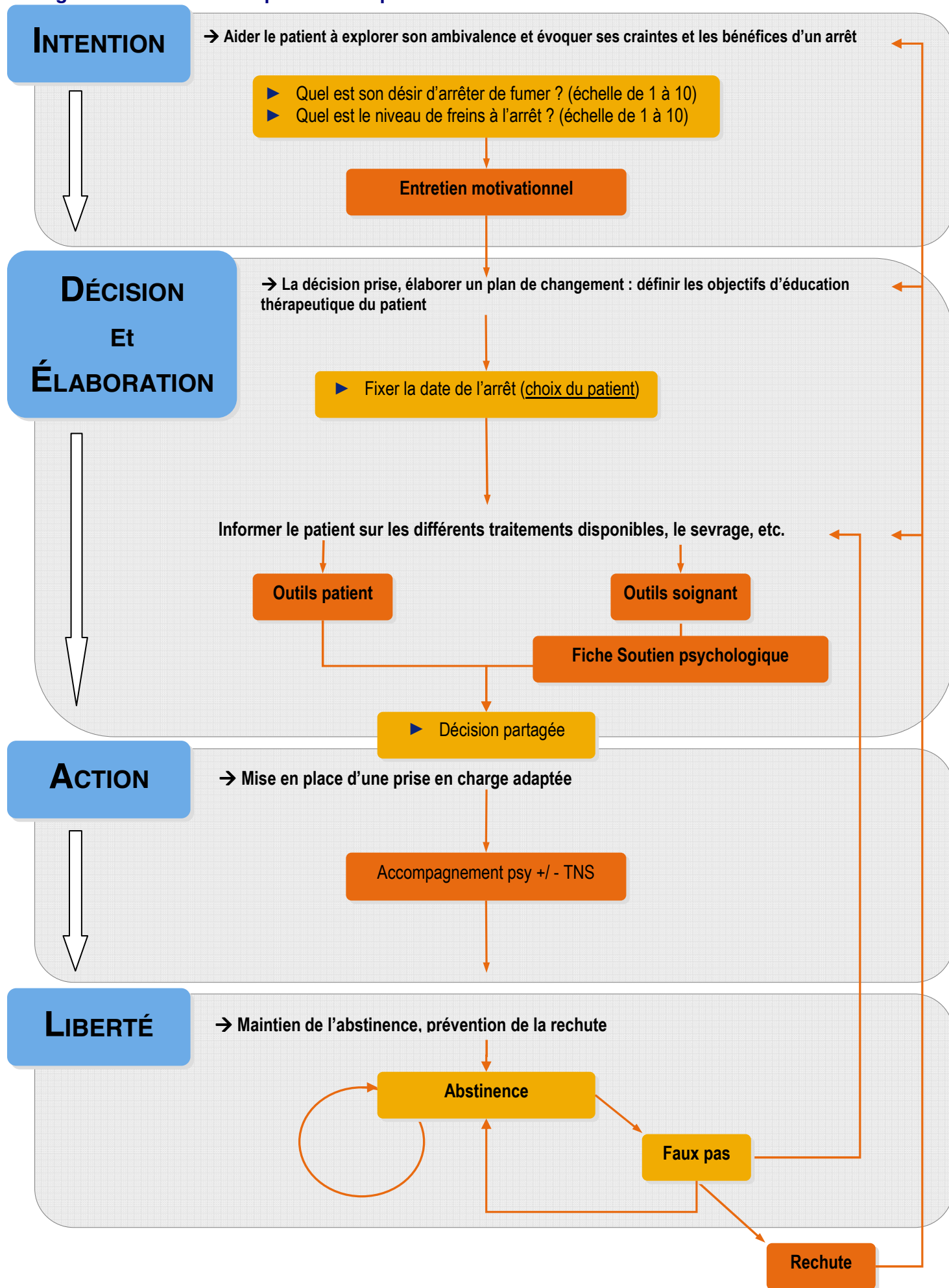
- **1^{re} colonne. Événements, situations** : le patient décrit rapidement l'événement ou la situation qui a déclenché l'envie de fumer. On n'y inscrit aucune émotion, ni aucune pensée, mais uniquement des faits.
- **2^e colonne. Émotions, réactions** : le patient décrit le plus précisément possible les émotions ressenties et les comportements associés.
- **3^e colonne. Pensées automatiques** : le patient décrit les pensées qui l'ont amené « automatiquement » à prendre une cigarette. Les pensées automatiques sont à l'origine de l'émotion décrite dans la 2^e colonne, mais elles sont généralement identifiées dans un second temps par le patient. Ces pensées automatiques paraissent évidentes lorsqu'elles se présentent, et le patient est alors incapable d'envisager une autre possibilité ou une alternative à cette pensée.
- **4^e colonne. Pensées alternatives** : l'objectif ici est de préparer une alternative vers laquelle se tourner lorsque le patient se retrouvera dans la même situation, avec les mêmes pensées automatiques. Ces pensées alternatives ne sont pas spontanées, sinon le problème n'existerait pas, et il faut souvent aider le patient à les construire, et à prévoir de les utiliser lorsque l'événement ou la situation se reproduira.

Au début de la prise en charge, le patient apprendra à remplir ces fiches avec l'aide de son médecin afin de bien en comprendre les principes. Il pourra ensuite utiliser cette technique seul et acquérir de plus en plus d'autonomie dans la gestion au quotidien de ses situations à risque.

Le patient est invité à remplir ce tableau à chaque fois qu'il ressent l'envie ou le besoin de fumer ou à chaque fois qu'il a « craqué ». Il peut ainsi être amené à identifier plusieurs situations par jour. Même si un événement donné a déjà fait l'objet d'une fiche, le patient ne doit pas hésiter à en remplir une autre sur le même sujet. Le patient pourra conserver ces fiches afin de les commenter avec son médecin.

Au fil du temps, accompagné par son médecin, le patient apprendra à repérer les situations et les lieux associés à l'envie de fumer, à identifier ses pensées et comportements dans ces contextes, et comment y remédier. Cette prise de conscience est progressive et nécessite un apprentissage avec des essais et des faux pas. Chaque faux pas donne l'occasion de compléter une nouvelle ligne du tableau et permet donc de s'améliorer.

Algorithme 2 « IDEAL » : parcours du patient désireux d'arrêter de fumer



5. Intérêt et place de la réduction de la consommation dans la stratégie d'aide à l'arrêt du tabagisme

L'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabac est l'abstinence de tabac. Pour certains patients qui ne sont pas prêts à arrêter, la réduction du tabagisme peut être considérée comme une étape intermédiaire vers l'abstinence totale.

La réduction du tabagisme, tout comme les cigarettes dites « légères », n'entraîne pas l'annulation du risque de morbidité liée au tabagisme car il peut exister un phénomène de compensation (absorption plus importante de la fumée). Ce phénomène peut être évité en recourant à des TNS¹³.

Une stratégie de réduction de la consommation est efficace pour atteindre l'abstinence si elle est accompagnée d'un soutien thérapeutique. Le recours à la substitution à long terme, associée ou non à un certain nombre de cigarettes sous forme contrôlée, participe d'une logique de réduction des risques. De plus, la réduction de la consommation permet au fumeur, qu'il soit prêt ou non à arrêter de fumer, un contrôle sur son comportement addictif, qui peut dans certains cas être moteur de changement. Enfin, l'utilisation à long terme des TNS n'est pas associée à un risque de cancer, contrairement au tabagisme.

B	<p>La stratégie de réduction de la consommation peut être utile chez certains patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter.</p> <p>Elle peut être considérée comme une étape possible vers l'objectif principal qui est l'arrêt du tabagisme.</p> <p>Cette stratégie doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé.</p>
AE	<p>Il est recommandé de valoriser la démarche personnelle du patient dans sa tentative de diminution des risques liés au tabac.</p> <p>Les TNS peuvent être utilisés comme un substitut partiel ou total du tabac, à court ou à long terme¹⁴.</p>
B	<p>Les professionnels doivent informer les fumeurs du fait que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les TNS aident à réduire la consommation de tabac et peuvent réduire les risques liés à l'usage du tabac pour le fumeur et son entourage ; • l'utilisation des TNS aide à éviter le phénomène de compensation et augmente les chances d'arrêt à long terme ; • l'utilisation des TNS sur une longue période (5 ans) a montré leur innocuité à long terme (jusqu'à 7,5 ans) ; • il est toujours préférable d'utiliser des TNS afin de réduire son niveau de consommation plutôt que de continuer à fumer les mêmes quantités ; • bien que les formes à demi-vie courte permettent une meilleure titration du taux de nicotine plasmatique, toutes les formes de TNS¹⁴ peuvent être utilisées pour la réduction de la consommation. Leur association est même recommandée. <p>Si l'arrêt ne peut pas être obtenu, la réduction de la consommation par l'utilisation de TNS peut être maintenue aussi longtemps que nécessaire.</p>

¹³ Les TNS mentionnés dans ce chapitre ne concernent pas le spray buccal qui nécessite un arrêt total du tabac et dont la durée d'utilisation est limitée à 6 mois. Cette forme de TNS ne peut donc pas être utilisée dans une stratégie de réduction de la consommation.

¹⁴ Cas particulier : le spray buccal nécessite un arrêt total du tabac et ne peut donc pas être utilisé dans une stratégie de réduction de la consommation.

AE	Il est important de s'assurer que les patients savent adapter le dosage des TNS afin de contrôler le craving, diminuer les phénomènes de compensation, pour atteindre leur objectif de diminution et d'arrêt du tabac.
-----------	--

6. Arrêt temporaire de la consommation (réduction des risques et contrainte d'abstinence)

L'arrêt temporaire de la consommation justifie une aide spécifique.

A défaut d'un arrêt définitif du tabagisme, l'abstinence temporaire est recommandée à l'occasion d'une grossesse (cf. § 8.1) ou d'une intervention chirurgicale (cf. § 8.12 et 8.13), dans l'objectif de réduire les risques obstétricaux ou périopératoires.

Dans d'autres cas, l'abstinence temporaire est contrainte (hospitalisation, transports, lieux publics, etc.). Dans ce cas, l'objectif est de soulager les symptômes de sevrage, qui peuvent en outre renforcer l'addiction.

L'abstinence temporaire volontaire ou contrainte permet d'expérimenter et d'identifier la capacité du patient à arrêter. Elle sera utilisée ultérieurement par le professionnel de santé comme un élément positif de compétence acquise qui permet de valoriser les capacités d'arrêt du patient.

AE	<p>Il est recommandé de proposer un accompagnement personnalisé aux personnes qui veulent (ou ont besoin de) s'abstenir de fumer temporairement :</p> <ul style="list-style-type: none">▸ en informant sur les différents types de TNS et la façon de les utiliser, et en les prescrivant quand cela est possible ;▸ en proposant un soutien psychologique en face à face ou en groupe par des services spécialisés ;▸ en discutant de l'importance de la réduction des risques liés au tabac ;▸ en les encourageant à envisager d'autres situations pendant lesquelles elles pourraient expérimenter l'abstinence de la façon la moins douloureuse possible. <p>Il est recommandé de proposer des rendez-vous de suivi.</p>
-----------	---

7. Place des cigarettes électroniques

Ces dispositifs ne sont pas indiqués actuellement dans le sevrage tabagique. En 2013, en France, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Les cigarettes électroniques ne peuvent pas être vendues en pharmacie car elles ne figurent pas sur la liste des produits dont la délivrance y est autorisée.

Du fait de leur statut actuel de produit de consommation, les cigarettes électroniques échappent à la réglementation sur les médicaments et aux contrôles applicables aux produits du tabac.

L'ANSM recommande de ne pas consommer ce type de produit¹⁵.

Ce chapitre peut être amené à être mis à jour en fonction de la réglementation et des études disponibles.

¹⁵ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cigarette électronique - Point d'information 2011. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Cigarette-electronique-Point-d-information> [consulté en 10/2013].

<p>AE</p>	<p>En raison de l'insuffisance de données sur la preuve de leur efficacité et de leur innocuité, il n'est pas actuellement possible de recommander les cigarettes électroniques dans le sevrage tabagique ou la réduction du tabagisme.</p> <p>Il est recommandé d'informer les fumeurs qui utilisent des cigarettes électroniques de l'insuffisance actuelle de données sur les risques associés à leur utilisation.</p> <p>Du fait des substances contenues dans les cigarettes électroniques par rapport à celles contenues dans le tabac, les cigarettes électroniques sont supposées être moins dangereuses que le tabac. Si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés, leur utilisation ne doit pas être déconseillée mais doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt ou de réduction du tabac avec accompagnement psychologique.</p> <p>Il est recommandé de mettre en place des études cliniques et des études observationnelles de santé publique sur les effets des cigarettes électroniques, notamment pour étudier les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toxicité /innocuité et effets d'une exposition sur le long terme ; • efficacité sur les modifications des comportements des fumeurs, concernant tant l'arrêt que la réduction ; • comparaison d'efficacité avec les TNS dans le cadre du sevrage tabagique ; • intérêt dans une perspective de réduction des risques ; • impact sur l'entrée dans le tabagisme ; • impact sur la banalisation, la normalisation et l'image sociale du tabagisme ; • impact sur les prévalences de tentatives d'arrêt, taux d'abandon et tabagisme dans la population ; • composition des liquides des recharges et de la vapeur ; • qualité du produit, description de la diversité des produits et changement des produits sur le temps ; • pharmacodynamie, pharmacocinétique, toxicologie, cancérogénicité ; • effets de la vapeur exhalée, feu et brûlures dus au tabagisme ; • potentiel addictif, risques de dépendance ; • risques associés aux recharges de nicotine ; • effet sur les symptômes de sevrage du tabac, effets indésirables ; • prévalence d'utilisation dans des sous-groupes de la population ; • profils d'utilisation (utilisation à long terme), marques préférées, satisfaction des utilisateurs ; • utilisation pour administrer des drogues illégales ou des médicaments ; • surveillance, pharmacovigilance, données de vente ; • effet des bonnes pratiques de fabrication sur la qualité des produits ; • études économiques, coût-efficacité, impact sur les coûts de santé ; • analyse des politiques, efficacité et impact des régulations, enquête publique d'opinion. <p>Il est recommandé de surveiller de la même façon les nouvelles formes de tabac ou de nicotine qui pourraient apparaître sur le marché, qu'il s'agisse de médicaments ou de produits de consommation.</p>
------------------	--

Cigarettes électroniques 1/2

Les cigarettes électroniques de nicotine sont conçues pour diffuser de la nicotine dans les voies respiratoires. Il s'agit de dispositifs à batterie qui dispensent un mélange de propylène-glycol et de nicotine sous forme de vapeur et inhalé par l'utilisateur. Ils sont commercialisés sous différents noms de marque et descriptifs, l'appellation la plus courante étant « cigarettes électroniques ».

Des flacons à différentes concentrations de nicotine existent séparément à la vente (« e-liquides »). Ces flacons peuvent être ajoutés aux cigarettes électroniques (le consommateur pouvant alors déterminer la dose de nicotine).

Statut

En 2013, en France, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Par ailleurs les cigarettes électroniques ne peuvent être vendues en pharmacie car elles ne figurent pas sur la liste des produits dont la délivrance y est autorisée.

Du fait de leur statut actuel de produit de consommation, les cigarettes électroniques échappent à la réglementation sur les médicaments et aux contrôles applicables aux produits du tabac.

Données des agences sanitaires

▸ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Dans un communiqué du 30 mai 2011, l'Afssaps/ANSM recommandait de ne pas consommer de cigarettes électroniques. Dans ce communiqué, l'Agence rappelle que la nicotine est classée substance « très dangereuse » par l'OMS et que la réglementation du médicament encadre l'utilisation de produits de substitution nicotinique avec une exposition à la nicotine limitée et contrôlée. Même lorsqu'ils sont limités à 2 %, les e-liquides peuvent contenir des quantités de nicotine susceptibles d'entraîner une exposition cutanée ou orale accidentelle, avec des effets indésirables graves, notamment chez les enfants.

Par ailleurs, comme pour la cigarette classique, consommer des cigarettes électroniques peut induire une dépendance, pour toute quantité de nicotine contenue dans les cartouches. L'usage de ce produit expose donc les utilisateurs qui n'étaient dépendants ni aux cigarettes, ni à la nicotine, à un risque de dépendance primaire.

▸ Organisation mondiale de la santé (OMS)

Le groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits a étudié les cigarettes électroniques de nicotine et rendu les conclusions suivantes dans un rapport en 2010 :

- l'innocuité et l'importance de l'apport de nicotine n'ont pas été établies ;
- ces produits sont commercialisés comme des aides au sevrage tabagique mais il n'y a pas assez de données scientifiques pour valider cette allégation ;
- l'administration dans les poumons peut être dangereuse et, indépendamment des effets de la nicotine, il est important à l'échelle mondiale de faire des études scientifiques sur l'administration dans les poumons ;

Cigarettes électroniques 2/2

- les éléments sont actuellement insuffisants pour déterminer si les inhalateurs électroniques de nicotine peuvent être utilisés pour aider à arrêter de fumer, s'ils engendrent une dépendance ou l'entretiennent et s'ils dispensent des constituants autres que la nicotine.

Le groupe a estimé que les allégations selon lesquelles ces produits ont des effets bénéfiques sur la santé, sont moins nocifs ou facilitent le sevrage tabagique devraient être interdites jusqu'à ce qu'elles soient scientifiquement prouvées.

Données issues des premières études expérimentales

▸ Doses de nicotine

La teneur en nicotine des solutions de recharge et des cartouches varie en fonction du fabricant, du modèle, et de la dose affichée. Dans une étude réalisée en 2011 par la direction des laboratoires et des contrôles (DLC) de l'Afssaps sur 29 échantillons, la teneur trouvée des solutions de recharge était comprise entre 0 et 20 mg/ml de nicotine et celle des cartouches était comprise entre 0 et 10 mg de nicotine.

▸ Risques

La dose létale de nicotine est estimée à 30-60 mg pour un adulte et 10 mg pour un enfant. Les concentrations contenues dans les solutions de cigarettes électroniques peuvent être toxiques voire létales en cas d'usage autre que celui préconisé, notamment en cas d'ingestion ou d'absorption par la peau.

▸ Effets indésirables

Les effets indésirables rapportés dans les quelques études expérimentales existantes étaient les suivants : irritation de la bouche, nausée, maux de tête, toux sèche.

▸ Toxicité de la vapeur

Lors de l'aspiration, la solution présente dans la cartouche s'échauffe et la vapeur produite est inhalée par l'utilisateur. Les vapeurs de cigarettes électroniques contiennent des substances toxiques (formaldéhyde, acétaldéhyde, acroléine, toluène, N'-nitrosonornicotin, cétone nitrosamine dérivée de la nicotine). D'après une étude, les niveaux de ces substances toxiques sont 9 à 450 fois moins élevés dans la vapeur de cigarette électronique que dans la fumée de cigarette classique.

▸ Effet sur la réduction du tabagisme et sur l'abstinence au tabac

On ne dispose pas en 2013 de données scientifiques valides montrant un effet sur la réduction du tabagisme ni l'abstinence au tabac. En 2013, rien ne permet de valider l'allégation d'aide au sevrage tabagique de ces produits.

8. Quelles spécificités en cas de situations particulières ?

8.1 Femmes enceintes/projet de grossesse

8.1.1 Dépistage

Le tabagisme réduit la fertilité de l'homme et de la femme, diminue les chances de succès en cas d'assistance médicale à la procréation du couple, allonge le délai de conception, potentialise l'effet négatif de l'âge sur la fécondité, augmente le risque de fausse couche, de grossesse extra-utérine et de morbidité et mortalité périnatales.

Les données disponibles montrent l'importance de l'intoxication active et passive de la femme, mais également de celle de son compagnon, sur les risques graves du tabagisme pour la femme enceinte et le fœtus. D'où la nécessité d'une prise de conscience par tous les intervenants de santé, et par les couples, des bénéfices de l'arrêt du tabac, de préférence avant la conception ou le plus rapidement possible au cours de la grossesse.

Pour toutes les femmes et les couples avec un projet de grossesse, y compris en PMA

A	Il est recommandé que tous les intervenants de santé, les hommes et les femmes ayant un projet de conception, prennent conscience des bénéfices de l'arrêt du tabac sur la fertilité. Il est recommandé de profiter de ce projet pour repérer spécifiquement le tabagisme et conseiller l'arrêt.
AE	Il est recommandé d'interroger la femme sur le tabagisme de son entourage (familial, professionnel, etc.). Il est recommandé de fournir, sans culpabiliser les patients : <ul style="list-style-type: none"> ▸ des outils d'éducation spécifiques à la grossesse sur les risques du tabagisme de la mère pour sa santé et celle de l'enfant, et sur les bénéfices de l'arrêt ; ▸ des informations sur les risques de l'exposition au tabagisme passif pour la mère et l'enfant. Les informations devraient être disponibles sous différentes formes (affichage en salle d'attente, brochures, etc.). → Voir documents Tabac Grand public Inpes ¹⁶

Pour les femmes enceintes

A	Il est recommandé que tous les intervenants de santé, ainsi que les futurs parents, prennent conscience des bénéfices de l'arrêt du tabac pour l'enfant à naître.
AE	Il est recommandé de poser d'abord la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, puis d'évaluer le tabagisme de l'entourage, avant de l'interroger sur son éventuel tabagisme actuel ¹⁷ .

8.1.2 Prise en charge de la femme fumeuse enceinte ou en projet de grossesse

Arrêter le tabagisme à n'importe quel moment de la grossesse conduit à des bénéfices pour la mère et l'enfant, d'autant plus importants que l'abstinence est précoce.

¹⁶ <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/index.asp>

¹⁷ Cette approche graduelle permet d'éviter la stigmatisation et de valoriser la baisse spontanée de consommation, généralement observée à l'annonce de la grossesse. Cette baisse de la consommation peut s'accompagner de phénomènes compensatoires (absorption plus grande de la fumée) pour maintenir un taux de nicotine constant, justifiant la connaissance du statut tabagique antérieur.

Les interventions d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse réduisent la proportion de femmes qui continuent à fumer en fin de grossesse et réduisent les petits poids de naissance et les naissances avant terme.

B	Il est recommandé que l'entretien dépasse le conseil bref d'arrêt du tabac, sans culpabiliser la patiente.
AE	Il est recommandé de s'assurer que la patiente connaît et comprend les bénéfices importants de l'arrêt du tabagisme pour sa santé et celle de son nouveau-né.
B	Il est recommandé de proposer des interventions soutenues d'aide au sevrage aux femmes fumeuses à la première consultation prénatale ainsi que tout au long de la grossesse.
A	Si une grossesse survient avant l'arrêt du tabagisme, il est recommandé d'encourager les femmes à arrêter de fumer le plus rapidement possible. Il est recommandé que les médecins fournissent un accompagnement psychologique aux patientes ou les orientent au besoin vers un accompagnement plus structuré, afin de maximiser leur taux de succès d'arrêt.
B	Les femmes doivent être informées que l'utilisation médicalisée des traitements nicotiniques de substitution durant la grossesse est moins nocive que de continuer à fumer.
AE	La réduction de consommation est habituellement spontanée chez la femme enceinte. Elle peut s'accompagner de phénomènes compensatoires (absorption plus grande de la fumée) conduisant à une toxicité équivalente. Cette réduction doit donc être accompagnée pour être renforcée avec un objectif de sevrage. Si le tabagisme persiste, il est recommandé d'envisager l'utilisation de TNS à dose efficace.
A	La varénicline et le bupropion ne sont pas recommandés chez les femmes enceintes.
Il est recommandé d'informer la patiente que :	
B	<ul style="list-style-type: none"> l'utilisation des TNS aide à éviter le phénomène de compensation et augmente les chances d'arrêt¹⁸ ; l'utilisation des TNS n'exige pas un sevrage total (réduction des risques)¹⁸ ;
AE	<ul style="list-style-type: none"> toute forme de TNS peut être utilisée chez la femme enceinte, en privilégiant toutefois les formes orales, dont la demi-vie est moindre¹⁸.

8.2 Prévention de la rechute en *post-partum*

Les données montrent que 80 % des femmes sevrées en cours de grossesse rechutent au cours de l'année suivant l'accouchement et que 30 % rechutent juste après l'accouchement.

AE	<p>Chez les femmes qui ont réussi le sevrage avant ou pendant la grossesse, il est recommandé d'anticiper le risque de rechute après la naissance de l'enfant, aux différentes périodes critiques (à la sortie de la maternité, après l'allaitement, à la fin du congé maternité, etc.).</p> <p>→ voir § Comment aborder la rechute ?</p> <p>Il est recommandé d'anticiper la sortie de la maternité en construisant un projet de prise en charge spécifique d'arrêt du tabagisme, de façon à prévenir les rechutes.</p> <p>Il est recommandé de fournir des documents d'information aux femmes sevrées sur les aides à la prévention de la rechute.</p>
-----------	--

¹⁸ Cas particulier : le spray buccal nécessite un arrêt total du tabagisme.

8.3 Allaitement

Le tabagisme maternel n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel.

Le tabagisme passif augmente le risque des maladies respiratoires infantiles mais cette conséquence est réduite par l'allaitement maternel, d'autant plus qu'il est de longue durée (supérieur à 4 mois).

A	La priorité des professionnels de santé doit être de proposer une aide au sevrage tabagique.
C	Les TNS peuvent être utilisés par les femmes qui allaitent.
A	La varénicline et le bupropion ne sont pas recommandés chez les femmes qui allaitent.
B	Rappeler qu'il est recommandé de ne pas fumer pendant l'allaitement, mais si la mère est fumeuse, il est néanmoins recommandé d'allaiter dans l'intérêt de l'enfant. <ul style="list-style-type: none"> • Dans ce cas, il est recommandé de proposer aux mères de prolonger au maximum la durée d'allaitement maternel (afin de contrebalancer les effets néfastes du tabagisme maternel sur la survenue de pathologies infantiles).
AE	<ul style="list-style-type: none"> • Dans ce cas, il faut recommander de fumer après la tétée, plutôt qu'avant.

8.4 Maladies cardio-vasculaires

8.4.1 Patients exposés à d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires

A	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète. • Dyslipidémie. • HTA. • Hérité cardio-vasculaire. • Traitements hormonaux chez la femme. Ces patients présentent un risque majoré de complications liées au tabac.
AE	Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés.

8.4.2 Patients présentant des antécédents de maladie cardio-vasculaire

L'arrêt du tabagisme après une maladie cardiaque grave pourrait diminuer d'un tiers le risque de décès.

AE	Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés dès le diagnostic de maladie cardio-vasculaire.
B	Les substituts nicotiques sont recommandés chez les patients coronariens fumeurs. Ils sont bien tolérés chez ces patients et ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme.

Voir aussi Patients hospitalisés

8.5 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

AE	Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés dès le diagnostic de BPCO.
-----------	---

8.6 Autres troubles respiratoires

Le tabagisme est l'un des facteurs de risque des apnées obstructives du sommeil et d'aggravation de l'asthme. Le sevrage tabagique fait partie des mesures thérapeutiques de ces pathologies respiratoires.

AE	Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés.
-----------	---

8.7 Antécédent de cancer

Le fait de continuer à fumer après le diagnostic de cancer augmente le risque de second cancer primitif.

L'intoxication tabagique augmente en outre le risque de mortalité prématurée, de complications péri et postopératoires, réduit l'efficacité des traitements anticancéreux et augmente les effets secondaires des traitements (notamment une plus grande toxicité cardiaque et pulmonaire et une fatigue accrue).

L'arrêt du tabagisme entraîne une diminution du risque de second cancer, améliore l'efficacité des traitements du cancer et plus globalement la survie des patients, ce qui justifie une systématisation de la prise en charge tabagique dès le diagnostic de cancer.

AE	Il est recommandé de conseiller d'arrêter de fumer aux patients atteints d'un cancer et de leur proposer une prise en charge renforcée dès que le diagnostic de cancer est posé.
-----------	--

Voir aussi Patients hospitalisés

8.8 Diabète

AE	Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés.
-----------	---

8.9 Contraception hormonale¹⁹

AE	Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés.
-----------	---

8.10 Comorbidités psychiatriques

AE	Il est recommandé de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, antérieures ou concomitantes au tabagisme, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique.
-----------	---

¹⁹ Cf. fiches mémo sur la contraception : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-fiches-memo?xtmc=&xtcr=2 et celle sur la contraception chez la femme à risque cardiovasculaire : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire-fiche-memo?xtmc=&xtcr=1

8.10.1 Troubles anxieux

AE	Il est recommandé de rappeler au patient que les troubles anxieux peuvent être améliorés par l'arrêt du tabagisme.
----	--

8.10.2 Troubles de l'humeur

Les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont les plus exposés à la décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac.

AE	En cas d'apparition ou d'aggravation de troubles dépressifs, il est recommandé de mettre en place une prise en charge spécifique de la dépression. En cas d'antécédents dépressifs, il est recommandé, lors du sevrage tabagique, d'être vigilant quant au risque de rechute de la dépression.
----	---

8.10.3 Troubles psychiatriques sévères

► En ambulatoire

AE	Pour les patients présentant des troubles psychiatriques sévères, il convient d'envisager le sevrage tabagique lorsque l'état psychique du patient lui permet de gérer lui-même son traitement. Il est recommandé d'être attentif aux co-addictions, aux variations de l'humeur et à l'adaptation du traitement psychotrope. En cas de trouble psychiatrique sévère, les doses de TNS nécessaires sont fréquemment plus élevées qu'en population générale.
----	--

► Hospitalisation

AE	Il convient d'envisager un traitement de substitution en accord avec l'équipe psychiatrique.
----	--

8.11 Co-addiction et polyconsommation²⁰

L'existence d'une codépendance, notamment à l'alcool, est associée à une probabilité plus faible de rémission de la dépendance au tabac.

AE	Le médecin généraliste est en première ligne de la prise en charge des différentes addictions. La prise en charge doit s'intéresser à la consommation des autres substances en veillant au risque de déplacement ou de remplacement de la consommation (ex. : augmentation de la consommation d'alcool ou de cannabis à l'arrêt du tabac). Il est recommandé de privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes substances psychoactives consommées. Il est recommandé de ne jamais refuser <i>a priori</i> la prise en charge de l'usage problématique d'une seule substance psychoactive si, malgré les efforts d'information, la personne le demande. En cas de besoin, le patient pourra être dirigé vers un spécialiste des addictions, un professionnel d'un réseau ou d'une équipe spécialisée.
----	---

²⁰ Cf. recommandations de l'audition publique de la HAS de 2007 : « Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins » {Haute Autorité de Santé 2007 2739}

8.12 Séropositivité pour le VIH

Le tabagisme aggrave le risque cardio-vasculaire des patients séropositifs traités par antiprotéases. Des mesures préventives sont nécessaires dès la mise en route du traitement antirétroviral.

AE	<p>Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés.</p> <p>Chez un patient séropositif pour le VIH fumeur, il est recommandé de pratiquer des bilans métaboliques et cardio-vasculaires réguliers, d'évaluer systématiquement le tabagisme et d'impliquer tous les intervenants dans l'aide à la motivation à l'arrêt.</p> <p>Le volet nutritionnel et diététique doit être pris en compte, la prise en charge du sevrage tabagique pouvant devenir l'occasion de rétablir une bonne hygiène alimentaire, en limitant les apports trop importants en graisses mono-insaturées, en raison du risque d'hypercholestérolémie favorisé par les antiprotéases.</p>
----	--

8.13 Périopératoire

8.13.1 Dépistage

A	Le dépistage du tabagisme doit être systématique avant toute intervention chirurgicale.
AE	La consultation périopératoire peut être l'occasion d'une information spécifique sur les risques supplémentaires liés au tabac.

8.13.2 Prise en charge des fumeurs en périopératoire

A	Il est recommandé de conseiller d'arrêter de fumer à tout patient fumeur devant subir une intervention chirurgicale, et de lui proposer une aide à l'arrêt du tabac par son médecin généraliste ou un autre professionnel formé au sevrage tabagique.
B	Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac, ou une diminution de la consommation de tabac avec des substituts nicotiniques, au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale.
AE	<p>Le courrier d'information remis au patient à destination de son médecin généraliste doit mentionner le statut tabagique.</p> <p>Il est recommandé d'impliquer les médecins généralistes par l'envoi d'un courrier (rappel des conséquences du tabagisme périopératoire) lors de la prise de rendez-vous pour une opération.</p>

8.14 Patients hospitalisés

8.14.1 Dépistage

A	<p>Le dépistage du tabagisme doit être systématique en milieu hospitalier.</p> <p>Il est recommandé d'évaluer le statut tabagique à l'admission et de le documenter à l'aide d'un item dédié dans le dossier du patient.</p>
---	--

8.14.2 Prise en charge des fumeurs hospitalisés

L'expérience d'arrêt temporaire en cours d'hospitalisation peut constituer un premier pas vers un sevrage ou une prise en charge spécifique.

Pour les patients atteints de cancer, les périodes d'hospitalisation ainsi que l'annonce du diagnostic constituent des moments propices au renforcement de la motivation du patient.

Le maintien de l'abstinence tabagique des patients atteints de cancer peut être difficile à obtenir sur le long terme, et nécessite des interventions régulières de prévention de la rechute.

AE	<p>Pour chaque fumeur hospitalisé, il est recommandé d'indiquer le statut tabagique sur la liste des troubles à l'admission et comme diagnostic associé dans la conclusion du courrier de sortie.</p> <p>Les TNS doivent être disponibles en milieu hospitalier et dispensés au même titre que les autres médicaments.</p>
A	<p>Chez un fumeur qui se retrouve en situation d'arrêt temporaire contraint à l'occasion d'une hospitalisation, un traitement du syndrome de sevrage doit pouvoir être proposé à l'aide de TNS à posologie suffisante.</p> <p>Chaque établissement hospitalier devrait intégrer un personnel de santé formé pour fournir des conseils, un accompagnement adapté et une thérapie pharmacologique appropriée, afin d'aider les fumeurs à traiter les symptômes de sevrage et à maintenir leur abstinence après leur sortie.</p> <p>Il est recommandé d'organiser le suivi post-hospitalisation du fumeur sevré : des contacts avec le médecin traitant devraient être organisés pendant au moins un mois après la sortie d'hôpital, en s'assurant de son implication dans cette prise en charge.</p>

8.15 Adolescence

8.15.1 Dépistage

La priorité est la prévention du tabagisme dès l'âge scolaire.

AE	<p>En consultation médicale, il est recommandé de poser la question du tabagisme, comme chez l'adulte, dès l'entrée dans l'adolescence.</p> <p>En milieu scolaire, il est recommandé d'aborder la question du tabagisme avec les parents et/ou les enfants lors des bilans systématiques, en grandes sections maternelles et en CM2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En grandes sections maternelles : aborder avec les parents la question de la consommation du tabac ; dépister un éventuel tabagisme des parents et informer sur les risques du tabagisme passif. Délivrer le conseil d'arrêt le cas échéant et orienter vers le médecin traitant ou une autre structure d'aide. • En CM2 : dépister un éventuel tabagisme de l'élève ou de son entourage; informer sur les risques du tabagisme passif, conseiller de ne pas commencer ou délivrer le conseil d'arrêt le cas échéant et orienter vers le médecin traitant ou une autre structure d'aide si besoin. <p>Aux autres niveaux scolaires: profiter d'un passage à l'infirmerie ou d'un dépistage infirmier pour poser la question de la consommation du tabac ; conseiller de ne pas commencer, informer sur le risque de dépendance comme étant une perte de liberté, délivrer le conseil d'arrêt le cas échéant et orienter vers le médecin traitant ou une autre structure d'aide, si besoin.</p> <p>Il est recommandé d'évoquer les autres formes d'utilisation du tabac (associé au cannabis, chicha, snus, etc.).</p> <p>La consultation pour certificat de non-contre-indication à la pratique sportive est l'occasion de dépister un éventuel tabagisme et de rappeler les risques.</p>
----	---

Des fiches thématiques ont été élaborées par la Direction générale de l'enseignement scolaire²¹. Destinées à l'accompagnement de la mise en œuvre du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, interdisant de fumer pour les personnels et les élèves dans les établissements d'enseignement et de formation, elles sont conçues pour apporter une aide aux acteurs de l'Éducation nationale.

²¹ <http://eduscol.education.fr/cid46869/lutte-contre-le-tabagisme.html>

8.15.2 Prise en charge des adolescents fumeurs

AE	Il est recommandé que les médecins fournissent un accompagnement psychologique aux adolescents fumeurs ou les orientent au besoin pour obtenir un accompagnement plus structuré, afin de maximiser leur taux de succès d'arrêt. Des programmes d'aide à l'arrêt du tabac spécifiquement destinés aux adolescents devraient être mis en place.
A	Les TNS peuvent être utilisés dès l'âge de 15 ans. La varénicline et le bupropion ne sont pas recommandés chez les personnes de moins de 18 ans.

8.16 Sportifs

AE	Il est recommandé que les intervenants de santé informent leurs patients sportifs du fait que les risques liés au tabac, en particulier les risques cardio-vasculaires, ne sont pas atténués par la pratique sportive.
-----------	--

8.17 Travailleurs exposés à d'autres cancérrogènes et poussières toxiques

A	Il faut considérer que le risque pour la santé lié au tabac est majoré chez les patients exposés (ou l'ayant été) à d'autres cancérrogènes ou poussières toxiques.
AE	Il est recommandé de renseigner la profession du patient (actuelle et passée en cas de changement d'activité ou de retraite) lors de la première consultation, afin de repérer les expositions professionnelles éventuelles. Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés. Il est recommandé d'explorer les connaissances du patient sur cette majoration du risque.

9. Rôle du pharmacien d'officine

Le pharmacien peut être amené à recevoir des fumeurs qui viennent spontanément acheter des TNS pour arrêter de fumer. À cette occasion, le pharmacien peut orienter ces fumeurs vers une prise en charge médicale afin d'optimiser leurs chances de succès, notamment par le biais d'un protocole de coopération entre professionnels de santé (cf. décret du 5 avril 2011²²).

AE	Il est recommandé que le pharmacien conseille à ces fumeurs d'entrer dans une démarche de prise en charge structurée. Le pharmacien peut, par exemple, proposer à ces fumeurs de mettre en place un protocole de coopération.
-----------	--

²² Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023823152&dateTexte=&categorieLien=id>

10. Prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique

Les données montrent que comparativement aux autres mesures de santé dans la prévention primaire et secondaire des maladies cardio-vasculaires déjà couvertes par l'Assurance maladie, la couverture complète de la prise en charge de l'arrêt du tabagisme est la stratégie la plus coûte-efficace.

A	<p>La couverture complète de la prise en charge de l'arrêt du tabagisme est recommandée pour tous les fumeurs.</p> <p>Le remboursement des traitements d'aide au sevrage tabagique doit concerner :</p> <ul style="list-style-type: none">- les thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses recommandées,- qui font l'objet d'une prescription par un professionnel de santé dans le cadre d'un suivi.
AE	<p>Il est recommandé que les consultations longues dédiées au sevrage tabagique soient identifiées et que leur prise en charge soit valorisée financièrement.</p>

11. Formation des professionnels de santé pour l'aide à l'arrêt du tabagisme

Les données disponibles montrent que la formation des professionnels à l'aide à l'arrêt du tabagisme augmente les chances de succès de la prise en charge.

B	<p>Il est recommandé que tous les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes, soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt du tabagisme.</p> <p>Il est recommandé que tous les professionnels qui prennent en charge les femmes enceintes soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt du tabagisme.</p> <p>Le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt du tabagisme doivent être intégrés dans la formation initiale de tous les professionnels de santé.</p> <p>Il est recommandé d'intégrer le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt du tabagisme dans les programmes de développement professionnel continu.</p> <p>Il serait souhaitable que les professionnels soient sensibilisés à l'utilisation de l'entretien motivationnel.</p> <p>La formation pour l'aide à l'arrêt du tabagisme doit avoir pour objectif de développer l'accompagnement psychologique du patient.</p> <p>Il est recommandé de réaliser des actions de formation sur les polyconsommations pour les différents professionnels, et particulièrement vis-à-vis des associations les plus fréquentes (tabac-alcool, tabac-cannabis, tabac-alcool-cannabis).</p> <p>Les intervenants hospitaliers doivent en plus être formés au dépistage systématique.</p>
----------	---

Les outils

- **Logiciel d'autoformation Nicomède :**
www.nicomed.fr (cf. annexe)

Perspectives

AE	<p>La réalisation d'essais thérapeutiques de sevrage tabagique est nécessaire pour évaluer les traitements médicamenteux chez les jeunes fumeurs. Il est recommandé d'initier des études bien conduites et adaptées à la population des adolescents fumeurs en France.</p> <p>La réalisation d'essais thérapeutiques de sevrage tabagique est nécessaire pour évaluer les traitements médicamenteux chez les femmes enceintes quel que soit leur niveau de consommation. Il est recommandé d'initier des études bien conduites et adaptées à cette population en France.</p> <p>Une réévaluation du rapport bénéfice/risque de la varénicline et du bupropion prenant en compte les alternatives thérapeutiques, notamment les TNS, est souhaitable.</p>
-----------	--

Participants

Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour l'élaboration de cette recommandation de bonne pratique :

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) - Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)*
- Alliance du Cœur*
- Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC)
- Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN)
- Association nationale des médecins spécialistes de médecine physique et de réadaptation
- Association nationale des sages-femmes tabacologues
- Auto-Support des usagers de drogue (ASUD)
- Collège de bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire *
- Collège de bonnes pratiques en réanimation
- Collège de la médecine générale*
- Collège français de médecine d'urgence
- Collège français des anesthésistes-réanimateurs
- Collège national des généralistes enseignants*
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français*
- Collège national des sages-femmes*
- Confédération syndicale des familles (CSF)
- Conseil de l'ordre des infirmiers
- Conseil de l'ordre des pharmaciens*
- Conseil national de cancérologie
- Conseil national de cardiologie
- Conseil national de l'ordre des sages-femmes
- Conseil national professionnel de la psychiatrie – Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNPP-CNQSP)*
- Fédération de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
- Fédération française d'addictologie*
- Fédération française d'infectiologie
- Fédération française de cardiologie
- Fédération française de pneumologie
- Fédération française de psychiatrie
- Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires (FFAAIR)
- Fédération française des oncologues médicaux
- Fédération française des psychologues et de psychologie
- Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)
- Fédération nationale des associations médicales de nutrition*
- Institut national du cancer (INCa)*
- Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé (Inpes)*
- Ligue nationale contre le cancer (LNCC) *
- Organisation générale des consommateurs (ORGECO)
- Organisation nationale des syndicats des sages-femmes (ONSSF)
- Société de lutte contre le sida
- Société française de biologie clinique
- Société française de cardiologie*
- Société française de gynécologie
- Société française de kinésithérapie/physiothérapie
- Société française de médecine du travail*
- Société française de médecine physique et de réadaptation
- Société française de nutrition

- Société française de pédiatrie
- Société française de psychologie
- Société française de santé publique
- Société française de tabacologie *
- Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix (UAFLMV)
- Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) *
- Union nationale des associations familiales (UNAF)

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

Groupe de travail

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Deux experts (Dr Brigitte Bénézech et Pr Jean-Dominique De Witte) ont été exclus des débats relatifs aux traitements médicamenteux compte tenu de l'existence d'un lien ponctuel avec au moins un laboratoire de l'industrie pharmaceutique commercialisant un médicament en relation avec le thème.

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé à l'une ou plusieurs réunions de travail sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Groupe de travail ayant participé aux débats ne portant pas sur les médicaments

Pr Albert Ouazana, médecin généraliste, professeur des universités, UFR des sciences de la Santé Simone Veil, Université de Versailles St-Quentin-En-Yvelines - président du groupe de travail

Mme Estelle Lavie, Saint-Denis - chef de projet HAS

M. Alexandre Pitard, Saint-Denis - chargé de projet HAS

Dr Stéphane Bahrami, médecin de santé publique, Garches.

Dr Claude Barnay, cardiologue, Aix-en-Provence

Dr Brigitte Bénézech, pneumologue, tabacologue, Albi

Dr Serge Bouhana, médecin généraliste, Aigueblanche

Dr Hervé Boutigny, chirurgien-dentiste, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, parodontologie, Lille

Mme Nathalie Clastres, représentant d'usagers, chargée de mission Prévention/Dépistage, Ligue nationale contre le cancer, Paris

Mme Valérie Coulanges, infirmière de l'Éducation Nationale, Charleville-Mézières

Pr Jean-Dominique De Witte, médecin du travail, tabacologue, Brest

M. Antoine Deutsch, chargé de projet INCa, Boulogne-Billancourt

M. Bernard Doucet, biologie médicale, Wassy

Mme Conchita Gomez, sage-femme cadre, tabacologue, Noyelles-Godault

Dr Gilles Grangé, gynécologue-obstétricien, Paris

M. Sylvain Gueho, pharmacien – ANSM, Saint-Denis

Pr Christophe Lançon, psychiatre addictologue, Marseille

Dr Brigitte Métadieu, médecin généraliste, tabacologue, Paris

M. Jérôme Paresys-Barbier, pharmacien d'officine, Arcachon

Mme Isabelle Robine, pharmacologie - ANSM, Saint-Denis

Mme Lucia Romo, psychologue clinicienne, professeur de Psychologie clinique, université Paris Ouest Nanterre la Défense, Nanterre

M. Benjamin Vieux, infirmier, tabacologue, Villeneuve-lès-Maguelone

M. Jean-Louis Wilquin, chargé d'études tabac – Inpes, Saint-Denis

Groupe de travail ayant participé aux débats sur les médicaments

Pr Albert Ouazana, médecin généraliste, professeur des universités, UFR des sciences de la Santé Simone Veil, Université de Versailles St-Quentin-En-Yvelines - président du groupe de travail

Mme Estelle Lavie, Saint-Denis - chef de projet HAS

M. Alexandre Pitard, Saint-Denis - chargé de projet HAS

Dr Stéphane Bahrami, médecin de santé publique, Garches.

Dr Claude Barnay, cardiologue, Aix-en-Provence

Dr Serge Bouhana, médecin généraliste, Aigueblanche

Dr Hervé Boutigny, chirurgien-dentiste, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, parodontologie, Lille

Mme Nathalie Clastres, représentant d'usagers, chargée de mission Prévention/Dépistage, Ligue nationale contre le cancer, Paris

Mme Valérie Coulanges, infirmière de l'Éducation Nationale, Charleville-Mézières

M. Antoine Deutsch, chargé de projet INCa, Boulogne-Billancourt

M. Bernard Doucet, biologie médicale, Wassy

Mme Conchita Gomez, sage-femme cadre, tabacologue, Noyelles-Godault

Dr Gilles Grangé, gynécologue-obstétricien, Paris
M. Sylvain Gueho, pharmacien – ANSM, Saint-Denis

Pr Christophe Lançon, psychiatre addictologue, Marseille

Dr Brigitte Métadieu, médecin généraliste, tabacologue, Paris

M. Jérôme Paresys-Barbier, pharmacien d'officine, Arcachon

Mme Isabelle Robine, pharmacologie - ANSM, Saint-Denis

Mme Lucia Romo, psychologue clinicienne, professeur de Psychologie clinique, université Paris Ouest Nanterre la Défense, Nanterre

M. Benjamin Vieux, infirmier, tabacologue, Villeneuve-lès-Maguelone

M. Jean-Louis Wilquin, chargé d'études tabac – Inpes, Saint-Denis

Groupe de lecture

Dr Francis Abramovici, médecin généraliste, Lagny-sur-Marne

Dr Marion Adler, médecin généraliste, tabacologue, praticien hospitalier, Clamart (#)

Dr Frédéric Andrès, médecin généraliste, Nieppe

Pr Henri-Jean Aubin, psychiatre, addictologue, chercheur, Villejuif (#)

Dr Ivan Berlin, maître de conférences universitaire - praticien hospitalier en médecine interne, pharmacologie clinique et addictions, Paris (#)

Dr Christian Bianchi, médecin généraliste, Fontenay-sous-Bois

Dr Éric Billaud, maladies infectieuses, Nantes

M. Nicolas Bonnet, pharmacien spécialisé en santé publique – directeur RESPADD, Paris

Dr Abdel Halim Boudoukha, psychologue – Maître de conférence en psychologie, H.D.R., Nantes

M. Cyrille Bouvet, psychologue clinicien, Maître de conférences HDR, Université Paris Ouest, Nanterre

Dr Max Budowski, médecin généraliste, Paris

Dr Patrick Caruel, médecin généraliste, Orléans

Dr Frédéric Chapelle, psychiatre, Toulouse

Dr Raphael Cherbonneau, médecin généraliste, addictologue, Osny

Mme Bénédicte Coulm, sage-femme, épidémiologiste, Paris

Dr Isabelle Cusey-Sagnol, cardiologue, tabacologue-addictologue, Chalon-sur-Saône

Pr Bertrand Dautzenberg, pneumologue-tabacologue, Paris (#)

Mme Marie-Hélène De Campo, infirmière tabacologue, Nîmes

Pr Michel-Henri Delcroix, gynécologue-obstétricien, Bailleul

Dr Alain Dervaux, psychiatre-addictologue, Paris

Dr Marie Desurmont, pédiatre, médecin légiste, Lille

Dr Michel Doré, médecin généraliste, maître de conférence universitaire, Chelles

Dr Éric Drahi, médecin généraliste, Saint-Jean-de-Braye

Dr Mélina Fatséas, psychiatre, addictologue, Bordeaux

Mme Laetitia Ferronnière, puéricultrice addictologue, Nantes

Mme Séverine François, infirmière, cadre supérieur de santé, Bordeaux

Dr Claudine Gilet, médecin du travail, Nancy

Dr Laurent Greillier, pneumologue, Marseille

Dr Philippe Guichenez, pneumologue-tabacologue, Béziers

Dr Philippe Hache, médecin généraliste, Paris

Dr Philippe Hild, médecin généraliste, Altkirch

Pr Albert Hirsch, pneumologue, Paris

Dr Nelly Jacob, biologie médicale, Paris

Pr Loïc Josseran, santé publique, Paris

Mme Dominique Le Bœuf, cadre infirmier formateur – Institut de formation en Soins Infirmiers, Versailles

Dr Anne-Laurence Le Faou, maître de conférence des universités - praticien hospitalier en santé publique, Paris (#)

Dr Marie-France Le Goaziou, médecin généraliste, Lyon

Dr Béatrice Le Maître, médecin du travail, Caen

Mme Marie-Paule Masseron, présidente de l'Association nationale des cardiaques congénitaux (ANCC), Paris

Dr Mireille Matrat, médecin généraliste, Créteil

Dr Claire Meignan, médecin généraliste, tabacologue, Orly

Mme Catherine Monard, sage-femme, tabacologue, addictologue, Nantes

Mme Stéphanie Orain Pelissolo, psychologue, Paris

Pr Anne-Laure Pelissier, addictologue, Marseille

Dr Geneviève Pichon-Martin, médecin nutritionniste, Vannes

Dr Xavier Quantin, pneumologue, oncologue, tabacologue, Montpellier

Dr Alain Rigaud, psychiatre, addictologue, Reims

Dr Rose-Marie Rouquet, pneumologue, tabacologue, Toulouse

M. Yann Sellier, sage-femme, doctorant en biologie, infectiologie, Paris

Dr Gilbert Souweine, médecin généraliste, Vénissieux

Dr Marc Thomas, retraité - tabacologue, vice-président du comité départemental de la Ligue contre le cancer en Seine-Maritime, Rouen

Mme Roselyne Touroude, association UNAFAM, Paris

Mme Claire Travers, sage-femme cadre, Châteaudun

Dr Corinne Vanniménus-Hayem, pneumologue, allergologue, tabacologue, Lille

(#) Expert ne souhaitant pas endosser cette recommandation de bonne pratique.

Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet

Les professionnels suivants ont été interrogés pour le cadrage du projet :

- Dr Ivan Berlin, maître de conférence des universités - praticien hospitalier en médecine interne, pharmacologie clinique et addictions, CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris ;
- Dr Didier Touzeau, psychiatre des hôpitaux, chef de service pôle addictions G.H. Paul Guiraud, Bagneux ;

- Dr Luc Perrin, médecin généraliste addictologue, Bordeaux ;
- Dr Philippe Castera, médecin généraliste tabacologue, acupuncteur, Bordeaux.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus pour leur collaboration ainsi que les personnes suivantes :

- Mme Jessica Layouni, assistante de gestion dans le service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS, pour l'organisation des réunions et le secrétariat ;
- Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste de l'unité documentation de la HAS, pour la recherche et la stratégie documentaire ;
- Mme Maud Lefevre, assistante documentaliste de l'unité documentation de la HAS, pour la gestion documentaire ;
- Mme Sylvie Lascols, assistante documentaliste de l'unité documentation de la HAS, pour son aide dans la gestion documentaire ;
- Mme Gersende Georg, chef de projet dans le service certification des établissements de santé et le service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS, pour son aide à la mise en forme des recommandations et la mise au format cliquable ;
- M. Alexandre Biosse-Duplan, chef de projet dans le service mission relations avec les associations de patients et d'usagers de la HAS, pour son aide au recrutement des représentants d'usagers ;
- Dr Olivier Scemama, chef de projet dans le service évaluation économique et santé publique de la HAS, pour son rapport sur les stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique.
- Mme Annie Chevallier, responsable du pôle édition et diffusion de la HAS, pour sa relecture du texte des recommandations.

Fiche descriptive

Titre	Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Objectifs	Définir les recommandations de bonne pratique pour le dépistage individuel et la prise en charge de l'arrêt de l'usage du tabac, du sevrage au maintien de l'abstinence au long cours.
Patients ou usagers concernés	Usagers de tabac (toutes formes) actuels ou anciens usagers.
Professionnels concernés	<p>Ces recommandations s'adressent en priorité aux médecins généralistes, naturellement concernés par la prévention dans le cadre de la prise en charge globale et du suivi au long cours de leurs patients, et qui rencontrent en premier lieu la grande majorité des patients visés par ces recommandations.</p> <p>Ces recommandations concernent également les professionnels de santé de premier recours que peuvent être les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes.</p> <p>D'autres professionnels de santé peuvent être impliqués dans le dépistage et l'aide à l'arrêt de l'usage du tabac, tels que les chirurgiens-dentistes, psychiatres, pneumologues, cancérologues, cardiologues, infectiologues, médecins du travail, infirmiers, médecins et infirmiers scolaires, pharmaciens et psychologues.</p>
Demandeur	Direction générale de la santé.
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	<p>Coordination : Estelle Lavie, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Michel Laurence).</p> <p>Secrétariat : Jessica Layouni.</p>
Recherche documentaire	<p>De janvier 2007 à mars 2013. (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique)</p> <p>Réalisée par Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Maud Lefevre (chef du service documentation – information des publics : Mme Frédérique Pagès)</p>
Auteurs de l'argumentaire	Alexandre Pitard et Estelle Lavie, chefs de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS.
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Pr Albert Ouazana, médecin généraliste, professeur des universités, 78210 Saint-Cyr-École), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail. Deux experts ont été exclus des débats relatifs aux traitements médicamenteux compte tenu de l'existence d'un lien ponctuel avec au moins un laboratoire de l'industrie pharmaceutique commercialisant un médicament en relation avec le thème (cf. liste des participants).

Titre	Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours
Validation	<p>Avis de la commission des recommandations de bonne pratique du 17 septembre 2013.</p> <p>Adoption par le Collège de la HAS en octobre 2013.</p>
Actualisation	<p>L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.</p>
Autres formats	<p>Argumentaire scientifique et outils de la recommandation téléchargeable sur www.has-sante.fr</p>
Documents d'accompagnement	<p>Reco2clics : Arrêt de la consommation de tabac</p> <p>Outils pratiques accompagnant la recommandation</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Outils de dépistage <ul style="list-style-type: none"> • Algorithme « Dépistage » • Exemples de conseil d'arrêt ➤ Outils d'évaluation initiale <ul style="list-style-type: none"> • Tests de Fagerström (évaluation de la dépendance) • Modèle de Prochaska et Di Clemente (évaluation de la motivation) • Echelle analogique d'évaluation de la motivation (évaluation de la motivation) • Questionnaires CAGE (usage problématique d'alcool) et CAST (usage problématique de cannabis) • Échelle HAD (comorbidités anxieuses et dépressives) ➤ Outils d'aide à l'arrêt <ul style="list-style-type: none"> • Exemple de méthode d'entretien motivationnel (susciter et renforcer la motivation) • Évaluation du sentiment d'efficacité (susciter et renforcer la motivation) • Fiche « Attitude recommandée en fonction du stade de changement du patient » • Fiche « Soutien psychologique du patient fumeur » • Fiche « Les TNS en pratique » • Fiche « Varénicline et bupropion » • Algorithme « IDEAL » : parcours du patient désireux d'arrêter de fumer ➤ Outils de prévention de la rechute <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des colonnes de Beck à la prévention de la rechute <p>Annexes à l'argumentaire scientifique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de synthèse des recommandations internationales • Critères CIM-10 d'abus et de dépendance à une substance psychoactive • Critères CIM-10 du Trouble dépressif récidivant • Critères DSM-IV d'abus, de dépendance et de sevrage à la nicotine • Echelles diverses tabac • Test de Horn • Test QCT2 de Gilliard • Test de Richmond • Test de Khimji et Watts • Méthode des 5A • Avis de la commission de transparence HAS Champix 2009 • Synthèse avis de la commission de transparence HAS Champix 2009



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr