



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

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

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 en annexes 1 et 2. Elle est précisément décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »

Grade des recommandations	
A	Preuve scientifique établie 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.
B	Présomption scientifique 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.
C	Faible niveau de preuve 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).
AE	Accord d'experts 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.

Les recommandations et les outils 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

Table des matières

Abréviations et acronymes	7
Introduction	8
Situation clinique.....	8
Thème et contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique.....	11
Population concernée	13
Professionnels concernés	13
1 Données épidémiologiques.....	14
1.1 Sources des données épidémiologiques.....	14
1.2 Prévalences d'usage.....	15
1.3 Conséquences du tabagisme.....	18
1.4 Les bénéfices de l'arrêt.....	26
2 Quel est l'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabagisme ?	31
► Avis du groupe de travail	31
► Recommandations	31
3 Dépistage individuel du tabagisme	32
3.1 Qui peut dépister ?	32
► Données de la littérature	32
► Synthèse des recommandations internationales	32
► Avis du groupe de travail	32
► Recommandations	32
3.2 Quand dépister ?	39
► Données de la littérature	39
► Synthèse des recommandations internationales	39
► Avis du groupe de travail	39
► Recommandations	39
3.3 Comment dépister ?.....	40
► Données de littérature	40
► Avis du groupe de travail	42
► Recommandations	43
3.4 Cas particuliers à distinguer lors du dépistage	45
3.4.1 Adolescents	45
3.4.2 Projet de grossesse / femmes enceintes.....	46
3.4.3 Péri-opératoire et patients hospitalisés	54
4 Évaluation initiale.....	56
4.1 Comment identifier la dépendance ?.....	56
4.1.1 Instruments diagnostiques structurés.....	56
4.1.2 Questionnaires d'évaluation quantitative du niveau de dépendance	56
4.1.3 Les marqueurs biologiques ont-ils un intérêt pour l'évaluation de la dépendance ?	58
► Conclusion	64
► Avis du groupe de travail	64
► Recommandations	65
4.2 Comment évaluer les comorbidités anxieuse et dépressive ?	67
► Données de la littérature	67
► Avis du groupe de travail	68
► Recommandations	68
4.3 Comment évaluer les co-addictions ?	69

► Données de la littérature	69
► Avis du groupe de travail	69
► Recommandations	70
4.4 Comment donner le conseil d'arrêt ?	77
► Qu'est ce que le conseil d'arrêt ?	77
► Comment donner le conseil d'arrêt ?	77
► Y a-t-il un intérêt à associer des mesures biologiques au conseil d'arrêt ?	79
► Conclusion des données de la littérature	80
► Avis du groupe de travail	80
► Recommandations	81
4.5 Comment évaluer la motivation à l'arrêt ?	93
► Données de la littérature	93
► Synthèse des recommandations internationales	99
► Avis du groupe de travail	101
► Recommandations	101
5 Comment conduire l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac ?	103
5.1 Efficacité des traitements médicamenteux et des interventions non médicamenteuses (en termes de rapport bénéfice/risque)	103
5.1.1 Traitements médicamenteux	103
► Données de la littérature	103
Traitements nicotiques de substitution	103
Varénicline (Champix®)	125
Bupropion (Zyban®) et autres antidépresseurs	160
Cytisine	180
Lobéline	180
Médicaments anxiolytiques	180
Clonidine	183
Antagonistes sélectifs des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant, taranabant)	183
Antagonistes et agonistes partiels des opiacés (naltrexone, naloxone, buprénorphine)	183
Antagonistes des récepteurs nicotiques (mécamylamine)	184
Nicobrevin	184
► Traitements médicamenteux. Synthèse des conclusions des recommandations internationales ..	184
► Conclusion sur les traitements médicamenteux	198
► Avis du groupe de travail	198
5.1.2 Interventions non médicamenteuses	200
► Données de la littérature	200
Entretien motivationnel	200
Matériel d'auto-support	204
Méthodes d'accompagnement psychologique	209
Acupuncture	226
Activités physiques	231
Méthodes aversives	234
Assistance téléphonique (ou guidance téléphonique - <i>Telephone counselling, quitlines</i>)	238
Interventions de soutien via des messages textes par téléphone portable	243
Interventions de soutien par Internet	245
► Traitements non médicamenteux. Synthèse des recommandations internationales	248
► Conclusion sur les traitements non médicamenteux	248
► Avis du groupe de travail	248
5.1.3 Combinaison de traitements médicamenteux et des interventions non médicamenteuses	264
► Conclusion sur la combinaison de traitements médicamenteux et des interventions non médicamenteuses	264
► Avis du groupe de travail	264
5.2 Recommandations relatives aux traitements médicamenteux et aux interventions non médicamenteuses	266

5.3	Cigarettes électroniques	274
▶	Études observationnelles	274
▶	Études expérimentales	276
▶	Priorités de recherche sur les cigarettes électroniques	282
▶	Recommandations et avis des agences sanitaires	283
▶	Conclusion sur les cigarettes électroniques	296
▶	Avis du groupe de travail	296
▶	Recommandations	296
5.4	Stratégie thérapeutique	298
▶	Données de la littérature	298
▶	Synthèse des recommandations internationales	298
▶	Avis du groupe de travail	332
▶	Recommandations	332
5.5	Modalités du suivi	335
5.5.1	Maintien de l'abstinence et prévention de la rechute	335
▶	Le modèle de prévention de la rechute de Marlatt et Gordon	335
▶	Avis du groupe de travail	338
▶	Recommandations	338
5.5.2	Prise en charge des symptômes de sevrage et leurs conséquences (troubles de l'humeur, augmentation de l'appétit, prise de poids, consommations d'autres substances psychoactives...)	346
▶	Synthèse des recommandations internationales	347
▶	Avis du groupe de travail	347
▶	Recommandations	347
5.5.3	Synthèse : algorithme de prise en charge	357
6	Quels sont l'intérêt et la place de la réduction de la consommation dans la stratégie d'aide à l'arrêt du tabagisme ?	359
▶	Données de la littérature	359
▶	Recommandations internationales	362
▶	Avis du groupe de travail	368
▶	Recommandations	368
7	Comment accompagner un arrêt temporaire de la consommation (réduction des risques et contrainte d'abstinence) ?	375
▶	Données de la littérature	375
▶	Avis du groupe de travail	376
▶	Recommandations	376
8	Quelles spécificités en cas de situations particulières ?	377
8.1	Femmes enceintes / désir d'enfant	377
8.2	Post-partum	421
8.3	Allaitement	426
8.4	Maladie cardio-vasculaire	429
8.5	Bronchites chroniques pulmonaires obstructives (BPCO)	441
8.6	Autres troubles respiratoires	445
8.7	Antécédent de cancer	446
8.8	Diabète	450
8.9	Contraception hormonale	450
8.10	Comorbidité psychiatrique et co-addiction	451
8.11	Séropositivité pour le VIH	468

8.12 Péri-opératoire	470
8.13 Patients hospitalisés	476
8.14 Adolescence	490
8.15 Sportifs	507
8.16 Travailleurs exposés à d'autres cancérrogènes et poussières toxiques	508
9 Rôle du pharmacien d'officine	509
▶ Quelles sont les missions du pharmacien correspondant ?	509
▶ Comment ce statut est-il mis en place ?	510
▶ Avis du groupe de travail	511
▶ Recommandations	511
10 Prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique .	512
▶ Conclusions et propositions du rapport de la HAS : « Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficacité et prise en charge financière. Évaluation des programmes et politiques de santé publique. » HAS, 2007.	512
▶ Données de la littérature postérieures au rapport de la HAS.	518
▶ Avis du groupe de travail	520
▶ Recommandations	520
11 Formation des professionnels de santé pour l'aide à l'arrêt au tabac	521
▶ Données de la littérature	521
▶ Avis du groupe de travail	523
▶ Recommandations	523
12 Perspectives	529
Annexe 1. Méthode de travail	530
Annexe 2. Recherche documentaire.....	533
Annexe 3. Glossaire	537
Références	538
Participants	554
Remerciements.....	558
Fiche descriptive	559

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	Broncho-pneumopathie 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 ^{ème} 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 d'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 ^{ème} 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	Traitements nicotiniques de substitution

Introduction

Situation clinique

Le tabagisme a longtemps été considéré comme une simple habitude, principalement parce que ses effets ne modifient pas fondamentalement le comportement du fumeur et qu'ils n'aboutissent pas à sa marginalisation au sein de la société, mais aussi parce que le syndrome de sevrage tabagique apparaît comme moins bruyant que celui du sevrage à l'alcool ou aux opiacés. Cependant, le constat des difficultés rencontrées par certains fumeurs lors du sevrage tabagique, les taux de rechute élevés ainsi que l'amélioration des connaissances des effets neurobiologiques du tabac, notamment de la nicotine, ont conduit à un changement de regard vis-à-vis du tabagisme. La dépendance tabagique est désormais considérée comme un phénomène complexe faisant intervenir à la fois des facteurs constitutionnels et environnementaux.

► Les différents modes d'usage : usage, usage nocif, dépendance

L'OMS individualise trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives – et ce quelle que soit la substance concernée : l'usage simple, l'usage nocif et la dépendance (2,3) :

- L'usage simple est défini comme un mode d'usage qui n'est pas préjudiciable à la santé. Il s'agit d'un mode de consommation modulable en fonction de l'environnement, des besoins ou envie, des effets négatifs, de la disponibilité, etc.
- L'usage nocif pour la santé est défini comme un mode de consommation préjudiciable pour la santé entraînant des complications physiques ou psychiques.
- La dépendance (ou addiction) est définie comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à cette consommation.

Il faut noter que la majorité des publications internationales font référence aux critères du DSM-IV (4), de l'association américaine de psychiatrie. Il existe des équivalences partielles entre les critères de la CIM et ceux du DSM. L'usage nocif pour la santé de la CIM se distingue de l'abus du DSM-IV par la prise en compte non seulement des conséquences sociales, mais également des conséquences psychologiques et somatiques.

Les critères de la CIM-10 sont la référence pour la classification clinique¹. Les critères du DSM-IV, utilisés pour les études épidémiologiques et les essais thérapeutiques, sont donnés à titre indicatif en annexe.

► Potentiel addictif du tabac

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

Les études disponibles montrent que comparé à l'alcool, la cocaïne et le cannabis, le tabac est le produit qui présente le risque de dépendance le plus élevé. Dans la grande étude de cohorte nationale américaine *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) représentative de la population générale, la proportion des usagers de tabac² qui devenaient dépendants était de 67 %, alors qu'elle était de 23 % pour l'alcool, 21 % pour la cocaïne et 9 % pour le cannabis (6).

¹La 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 (5).

²L'étude NESARC parle de « *Nicotine use* » alors que c'est la consommation de tabac fumé qui était mesurée dans cette étude de cohorte (« *smoked a first full cigarette* »), donc si on veut être rigoureux il faut parler de « tabac » et non de nicotine.

Le tabac est la substance pour laquelle la probabilité de rémission de la dépendance est le plus faible, derrière l'alcool, le cannabis et la cocaïne. De plus, pour le tabac, la rémission survient plus tard par rapport au début de la dépendance (26 ans vs. 14 ans pour l'alcool, 6 ans pour le cannabis et 5 ans pour la cocaïne) (7).

La dépendance au tabac et l'apparition des symptômes de sevrage qui en découle lors d'une tentative d'arrêt sont responsables d'un maintien du tabagisme et représentent des obstacles majeurs pour cesser de fumer (8).

► Définitions de la dépendance

Selon l'OMS, "la dépendance est tout autant un dysfonctionnement du cerveau que n'importe quelle autre maladie neurologique ou psychiatrique ; que la dépendance vis-à-vis des substances psychoactives est chronique et récurrente, qu'elle a une base biologique et génétique, et qu'elle n'est pas simplement due à l'absence de volonté ou de désir d'arrêter" (9).

La définition qui tient lieu aujourd'hui de référence est issue de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS (CIM-10) (3). Cette définition est non spécifique de la substance et est issue de la description sémiologique du syndrome de dépendance à l'alcool proposée par Edwards et Gross en 1976 (10).

- Critères de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10^{ème} révision (CIM-10)

Le syndrome de dépendance selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

La tolérance à la nicotine se manifeste par l'absence de nausées, d'étourdissements et d'autres symptômes caractéristiques, malgré l'utilisation de quantités substantielles de nicotine, ou par une diminution des effets, alors que l'utilisation se poursuit avec des doses inchangées de nicotine. L'arrêt de l'utilisation de la nicotine entraîne des signes de sevrage.

Les critères diagnostiques de dépendance actuels ne donnent plus qu'une importance secondaire aux symptômes de dépendance physiologique : les manifestations de sevrage ou de tolérance ne sont ni suffisantes ni nécessaires pour parler de comportement de dépendance. Ces manifestations sont seulement le reflet de l'existence d'une adaptation de l'organisme à la substance qui peut exister indépendamment d'une addiction. C'est le cas, par exemple, des bêtabloquants qui entraînent des manifestations de sevrage et de tolérance mais sans donner lieu à des comportements addictifs.

Les définitions actuelles de la dépendance insistent davantage sur la perte de contrôle du comportement de consommation et sur l'incapacité à limiter la prise de substance malgré les conséquences néfastes de cette consommation.

La caractéristique essentielle de la dépendance, ou addiction, est la perte de la liberté de s'abstenir. Cela se caractérise par un désir compulsif de consommer associé à la perte de contrôle de la consommation.

Les manifestations de sevrage ou de tolérance ne sont ni suffisantes ni nécessaires à la définition de la dépendance.

► Les signes de sevrage tabagique

Les manifestations suivantes peuvent apparaître à l'arrêt brutal du tabagisme :

- humeur dysphorique ou dépressive³ ;
- insomnie ;
- irritabilité, frustration, colère ;
- anxiété ;
- difficultés de concentration ;
- fièvre ;
- diminution de la fréquence cardiaque ;
- augmentation de l'appétit.

Le syndrome de sevrage tabagique a la caractéristique de durer plus longtemps que, par exemple, les syndromes de sevrage à l'alcool ou aux opiacés : 2 à 4 semaines contre moins d'une semaine (11).

► Le *craving* / pensées obsédantes

Le désir compulsif, défini comme le besoin irrépressible de consommer, ou *craving* de l'anglais, est considéré par certains auteurs comme la manifestation clinique la plus caractéristique de l'addiction (4). Il se distingue des symptômes aigus survenant au moment de l'arrêt (symptômes de sevrage). Chez les sujets dépendants, le *craving* peut persister pendant des années ou être réactivé, et constitue un facteur de risque de rechute.

Le *craving* est inclus dans le syndrome de dépendance dans la CIM-10 mais pas dans le DSM-IV.

► La reprise du tabagisme ou rechute

La rechute se définit comme la reprise non souhaitée du comportement addictif après une période d'abstinence. La rechute se produit dans la majorité des cas chez les sujets dépendants et permet, par là même, de confirmer le diagnostic de dépendance (12-14). En 1971, Hunt *et al.* estimaient à 80 % la prévalence de sujets dépendants en traitement qui rechutaient (15). Cependant, à l'époque, la rechute était considérée comme un événement discret qui impliquait une classification binaire : abstinence / rechute. Par la suite, les travaux de Marlatt et collaborateurs ont fait évoluer cette conception pour y inclure une dimension temporelle non négligeable (16,17).

En effet, la prise de substance qui met fin à une période d'abstinence n'est qu'une étape dans le processus complexe de rechute qui ramène le sujet à une consommation compulsive. Ce modèle

³ Ne pas confondre avec un épisode dépressif caractérisé (Cf. Annexe - Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé).

distingue donc la prise isolée, ou faux-pas (*lapse* en anglais) d'une rechute avec reprise du tabagisme (*relapse* en anglais).

Les données actuelles vont dans le sens d'une implication du *craving* dans les processus de rechute (18-20).

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. Le taux de rechute à 6 mois (> 80 %) est identique quelle que soit la substance considérée (amphétamine, cocaïne, héroïne, alcool ou tabac) (8).

► Motivations à l'usage

La majorité des substances qui donnent lieu à des comportements de dépendance sont des substances capables de modifier l'état psychique (les états de conscience, l'humeur et les pensées), appelées substances psychoactives ou psychotropes.

Pour qu'une substance donne lieu à des comportements addictifs, il est nécessaire qu'elle entraîne des effets positifs ressentis par l'utilisateur et que l'utilisateur soit en mesure d'associer ces effets positifs à la prise du produit. C'est ce que l'on appelle l'effet renforçant : l'effet entraîné par la prise de la substance va motiver la répétition de l'usage. On distingue renforcement positif et renforcement négatif (11) :

- **renforcement positif** : conséquences positives du comportement de fumer qui entraînent à le renouveler toujours plus fréquemment dans le même type de conditions ; par exemple, une sensation de plaisir ou de bien-être, une amélioration des capacités cognitives ou physiques ;
- **renforcement négatif** ; soulagement d'une tension négative par le comportement qui amène également à le répéter dans des circonstances similaires ; par exemple, soulagement d'une souffrance physique ou psychique préexistante ou due au sevrage.

La propriété renforçante d'une substance n'est pas suffisante pour expliquer l'addiction. Des facteurs environnementaux, d'apprentissage et de conditionnement interviennent également (21).

Thème et contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique

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.

Outre les pathologies non cancéreuses auxquelles il est associé (maladies cardio-vasculaires, broncho-pneumopathies chroniques obstructives, etc.), le tabagisme serait en cause dans un cancer sur trois. Au vu des tendances passées et actuelles de consommation, le nombre de morts liées au tabac risque d'être multiplié par deux en 2025. Ce problème majeur mobilise nombre d'acteurs tant sur le plan administratif, médical qu'éducatif. 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.

L'objectif principal de ces recommandations était d'actualiser les recommandations publiées par l'Afssaps en 2003 : « Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique ».

Plus précisément, les nouvelles recommandations devaient répondre aux objectifs suivants :

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

Les questions traitées dans cette recommandation sont les 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 (anxieuse, dépressive, 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 ?
 - Place de l'éducation thérapeutique
 - Intérêt de la mesure des marqueurs biologiques (nicotine et cotinine, monoxyde de carbone (CO) expiré)
 - Prise en charge des symptômes et effets secondaires du sevrage (troubles de l'humeur, augmentation de l'appétit, prise de poids...)
 - 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) ?
 - Stades à distinguer
 - Usager de tabac ne souhaitant pas arrêter
 - Usager de tabac en demande de prise en charge
 - Ancien usager de tabac en phase de maintien de l'abstinence
 - Usager du tabac ayant rechuté après un sevrage
- 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 ?
 - Femmes enceintes / projet de grossesse
 - Prévention de la rechute en *post-partum*
 - Allaitement
 - Maladie cardio-vasculaire
 - Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
 - Autres troubles respiratoires
 - Antécédents de cancer
 - Diabète
 - Comorbidité psychiatrique
 - Co-addiction et polyconsommation
 - Séropositivité pour le VIH
 - Péri-opératoire
 - Patients hospitalisés
 - Adolescence
 - Sportifs

- Travailleurs exposés à d'autres cancérogènes et poussières
- Quel est le rôle du pharmacien d'officine ?
- Quelle est la prise en charge financière recommandée des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique ?
- Quelle 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 de tabac, tels que les chirurgiens dentistes, psychiatres, pneumologues, oncologues, cardiologues, infectiologues, médecins du travail, infirmiers, médecins et infirmiers scolaires, pharmaciens et psychologues.

1 Données épidémiologiques

1.1 Sources des données épidémiologiques

Les données épidémiologiques proviennent des enquêtes les plus récentes en population générale.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

- Les enquêtes sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD, 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2008). Elles permettent de faire annuellement le point sur les niveaux de consommation de substances psychoactives des jeunes de 17-18 ans et de présenter les évolutions récentes de ces pratiques à la fin de l'adolescence, elles permettent également de proposer un atlas régional des consommations adolescentes (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi.html>) (22-28).
- Les enquêtes European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD, 1999, 2003, 2007, 2011) de l'OFDT et de l'INSERM, permettent pour leur part d'observer les usages des jeunes adolescents en particulier ceux âgés de 12 à 16 ans qui restent très majoritairement scolarisés (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi.html>) (29-32).
- Les tableaux de bord mensuels des indicateurs tabac (33).

Institut de veille sanitaire (InVS)

- Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 31 mai 2011. « Numéro thématique – Journée mondiale sans tabac 21 mai 2011 » (34).
- Consommation de tabac par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité. Outil méthodologique pour l'épidémiologie (35).

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

- L'enquête Baromètre santé médecins généralistes, menée à intervalles réguliers depuis 1992, a été reconduite pour la sixième fois en 2009 auprès d'un échantillon de 2 083 professionnels de santé. Ce Baromètre santé médecins généralistes 2009 décrit leurs perceptions et leurs comportements en matière de vaccination, de dépistage des hépatites virales et du VIH, de prise en charge des problèmes d'addiction. Il permet de mieux connaître les attentes des médecins, mais aussi les freins à certaines pratiques (36).
- Le Baromètre santé relatif aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte permet de faire un point détaillé sur l'évolution de la prévalence du tabagisme depuis une trentaine d'année. La dernière enquête a été réalisée en 2010 et permet de comparer les prévalences avec l'enquête précédente datant de 2005 (37).
- Le rapport de la deuxième vague de l'enquête *International Tobacco Control* (ITC)⁴ France d'octobre donne une vue d'ensemble de la consommation de tabac et des politiques de lutte anti-tabac en France 2011 (38).

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) / Direction générale de la santé (DGS) / Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- Les enquêtes nationales périnatales sur la morbidité et les pratiques médicales font partie des plans Périnatalité, définis par le ministère de la Santé en 1994 et en 2004. Elles ont lieu à intervalle régulier, tous les trois à cinq ans (1995, 1998 et 2003, 2010). Elles permettent de recueillir des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque liés à une mauvaise situation sanitaire environnant la naissance, à partir d'un échantillon

⁴ Projet international d'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac dans 23 pays dont la France

représentatif des naissances. Chaque enquête porte sur la totalité des naissances d'enfants nés vivants ou morts nés, survenues pendant une semaine donnée dans les maternités publiques et privées. L'enquête de 2010 a eu lieu en mars. L'échantillon comprenait 15 418 enfants et 15 187 femmes (39).

1.2 Prévalences d'usage

Pour la première fois depuis 20 ans et la Loi Evin⁵, on assiste en France à une hausse véritablement significative du tabagisme. Ainsi, la baisse du tabagisme observée en population masculine depuis les années 1970 semble désormais enrayée. On assiste même à une reprise du tabagisme féminin concernant en particulier les femmes nées entre 1945 et 1965.

Méthodes d'estimation

Deux types d'indicateurs permettent de juger de l'évolution récente de la consommation tabagique en France : les données de ventes de produits du tabac et les données de prévalence de la consommation tabagique issues des sondages en population générale.

Les études distinguent les trois catégories de consommateurs suivantes :

- **expérimentateurs** : personnes ayant déclaré avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie ;
- **usagers** actuels : au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours ;
- **usagers** réguliers : usage quotidien.

Consommateurs de tabac en France métropolitaine

D'après les données de l'OFDT actuelles, 35 millions de personnes parmi les 12-75 ans ont consommé du tabac au moins une fois dans leur vie (expérimentateurs), parmi lesquels 15 millions ont fumé au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours (usagers actuels), parmi lesquels 12 millions ont fumé tous les jours (usagers réguliers).

Chez les adultes (18-75 ans), l'expérimentation du tabac concernerait 81 % des hommes et 67 % des femmes.

Evolutions depuis 2005

D'après le Baromètre santé de l'INPES, la prévalence des fumeurs⁶ en France a augmenté dans la population âgée de 15 à 75 ans, passant de 32 % en 2005 à 34 % (37 % des hommes et 30 % des femmes) en 2010.

La part de fumeurs quotidiens a également augmenté de manière significative, passant de 27 % en 2005 à 29 % en 2010. Cette augmentation est survenue après 40 ans de diminution de la prévalence chez les hommes et 20 ans de diminution de la prévalence chez les femmes.

Si l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes (de 23 % en 2005 à 26 % en 2010), elle n'apparaît pas significative parmi les hommes (de 31 % en 2005 à 32 % en 2010).

L'évolution de la prévalence tabagique se révèle également assez différenciée selon l'âge. Ainsi, seuls les jeunes hommes (20-25 ans) présentent une prévalence du tabagisme quotidien en baisse de presque 5 points, tandis que la hausse concerne principalement les hommes âgés de 26 à 34 ans. Parmi les femmes en revanche, la hausse est particulièrement forte pour celles âgées de 45 à 64 ans (augmentation de la prévalence de l'ordre de 7 points sur cette tranche d'âge : 16 % en 2005 à 23 % en 2010), et relativement modeste voire inexistante sur les autres tranches d'âges.

⁵ Loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

⁶ Fumeurs actuels : catégorie agréant les fumeurs quotidiens et occasionnels

Les études portant sur la prévalence des fumeurs menées en 2010 ont identifié une différence de prévalence entre hommes et femmes aux alentours de l'âge de 30 ans. La prévalence plus faible chez les femmes de cette tranche d'âge s'explique par les grossesses (et projets de grossesse) ou par la présence de nourrissons ou d'enfants en bas âge au foyer. Ces périodes de la vie sont propices à l'arrêt du tabac chez les femmes, au moins temporairement ; c'est moins le cas chez les hommes.

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers semble, en revanche, avoir diminué (15 cigarettes par jour en 2005 à 14 en 2010). Cette diminution semble plus importante chez les hommes (de 17 à 15 cigarettes par jour) que chez les femmes (de 14 à 13 cigarettes par jour).

La proportion de fumeurs de plus de 10 cigarettes est passée de 73 % en 2005 à 69 % en 2010.

Prévalences d'usage parmi les adolescents

La prévalence des fumeurs est la plus élevée chez les jeunes, puis diminue avec l'âge : 39 % des 18-44 ans déclarent fumer tous les jours contre 31 % des 45-54 ans, 18 % des 55-64 ans et 7 % des 65-75 ans.

Si avant 14 ans la consommation de tabac reste rare, son usage augmente nettement ensuite. Plus de quatre jeunes de 17 ans sur dix (41 %) déclarent avoir consommé du tabac au cours des 30 derniers jours. Malgré une baisse significative de 5 % entre 2005 et 2008, l'usage quotidien reste largement répandu, avec une légère prédominance masculine (28 % parmi les filles, 30 % parmi les garçons).

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a interrogé en mars 2011, 27 402 jeunes métropolitains âgés de 17 ans sur leurs consommations de substances psychoactives licites et illicites dans le cadre de l'enquête ESCAPAD. Cette enquête s'est déroulée du 14 au 22 mars en partenariat avec la Direction du service national lors de la journée de défense et citoyenneté dans tous les centres métropolitains ainsi que ceux de la Guyane, de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion. Tous les appelés présents étaient sans exception concernés par l'enquête. Au total, 200 centres actifs durant la période ont été concernés (dont 185 en métropole) et 32 249 adolescents de nationalité française ont répondu à un questionnaire auto-administré anonyme à propos de leur santé et de leurs usages d'une dizaine de substances psychoactives, soit un taux de participation (questionnaires non vierge / jeunes présents) s'élevant à 99,3%. L'échantillon analysé concerne les 27 402 métropolitains âgés de 17 ans.

Alcool tabac et cannabis

En 2011, en France métropolitaine, les substances les plus diffusées à 17 ans demeurent, dans l'ordre, l'alcool, le tabac et le cannabis. Ainsi, neuf jeunes sur dix (91 %) ont déjà bu de l'alcool, près de sept sur dix (68,4 %) déclarent avoir déjà fumé une cigarette au cours de leur vie, et un peu plus de quatre sur dix (41,5 %) disent avoir eu l'occasion de consommer du cannabis. Par rapport à 2008, ces expérimentations baissent très légèrement pour le cannabis dont la diminution n'est pas suffisamment conséquente pour être statistiquement significative. Ces derniers fléchissements se traduisent également par une augmentation de la part des adolescents n'ayant expérimenté aucun de ces trois produits (6,6 % versus 5,1 % en 2008). Ces baisses des expérimentations concernent à la fois les filles et les garçons dans des proportions comparables, sauf pour le tabac, où la diminution se révèle bien plus franche chez les garçons (66,9 % versus 70,5 % en 2008) que chez les filles (69,9 % versus 71 %).

Les consommations intensives (au moins dix cigarettes par jour) n'ont pas évolué. Pour la première fois, l'expérimentation et les usages occasionnels de tabac deviennent plus prégnants chez les filles (pour ces deux indicateurs, le sexe ratio est inférieur à 1), mais les garçons continuent de fumer de manière plus fréquente : ils sont en effet 32,7 % à déclarer un usage quotidien, contre 30,2 % chez les filles ($p < 0,001$). De même, ils sont 9,6 % à fumer au moins dix cigarettes par jour, contre 5,8 % parmi les adolescentes ($p < 0,001$).

Âge moyen d'initiation

En 2011, parmi les jeunes de 17 ans interrogés, l'âge moyen lors de la première cigarette est 14,1 ans, ceux de la première ivresse et l'expérimentation de cannabis sont plus élevés d'un an. Pour le tabac et le cannabis, les âges moyens d'expérimentation ont connu des évolutions similaires : diminution jusqu'en 2005, puis inversion de tendance, et cela de manière plus franche encore pour le tabac sur la dernière période. Aujourd'hui, les adolescents ont donc en moyenne 6 mois de plus lors de leur première cigarette que leurs homologues de 2008. L'âge de la première ivresse est en revanche resté relativement stable au cours des 11 années d'observation. A l'instar de l'expérimentation, le passage au tabagisme quotidien se fait de plus en plus tard (15 ans en 2011 contre 14,8 en 2008). De plus, en 2011, seuls 3,5 % des adolescents se déclarent fumeurs quotidiens depuis l'âge de 13 ans ou moins, ils étaient 4,5 % en 2008. Enfin, le délai moyen entre la première cigarette et le passage à un tabagisme quotidien est passé de 1,8 an en 2008 à 1,4 an en 2011.

La consommation de tabac pendant la grossesse

En 2010, 24 % des femmes enceintes interrogées dans le cadre du baromètre santé déclaraient fumer quotidiennement. Ce chiffre était stable entre 2005 et 2010.

D'après l'enquête périnatalité 2010, la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse a diminué par rapport à 2003. En 2010, 17 % des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour, contre 22 % en 2003 et 20 % en 2007 selon le rapport de la HAS.

La dépendance au tabac

Si l'on tient compte à la fois du délai entre le réveil et la première cigarette, et des quantités fumées en moyenne chaque jour (test de Fagerström simplifié en deux questions⁷), parmi les adultes, 31 % des fumeurs réguliers présenteraient des signes de dépendance moyenne et 18 % des signes de dépendance forte. Les adolescents de 17-18 ans présentent une proportion similaire : 30 % des jeunes fumeurs quotidiens présentent des signes de forte dépendance au tabac. En population adulte comme en population adolescente, cette dépendance s'avère significativement plus fréquente parmi les hommes.

Prévalences de sevrage du tabac

Il est difficile d'estimer le nombre de personnes qui arrêtent de fumer chaque année car les fumeurs font souvent plusieurs essais avant de parvenir à s'arrêter de fumer. Soixante-quinze pour cent des fumeurs réguliers ont déjà arrêté de fumer au moins une semaine ; 60 % de fumeurs (hommes ou femmes) déclarent avoir envie d'arrêter de fumer.

On estime que chaque année en France, 750 000 personnes arrêtent de fumer durant au moins un an.

Les études réalisées chez des fumeurs qui tentent d'arrêter sans traitement suggèrent que les taux de réussite après 6 à 12 mois sont de 3 à 5 % ; la plupart des rechutes ayant lieu au cours des 8 premiers jours (14).

Chez les femmes enceintes, la plupart des arrêts se produisent au premier trimestre de la grossesse. L'arrêt de la consommation de tabac survient parfois en prévision de la grossesse : 5,9 % des femmes qui ne fumaient pas avant la grossesse avaient arrêté pour ce motif. La reprise de l'usage de tabac est fréquente après la grossesse, avec un taux de rechutes de 30 % après l'accouchement et de 80 % à 1 an.

⁷Le test de Fagerström est un test de dépistage de la dépendance au tabac comportant 6 questions simples. Les enquêtes en population générale ne posent que 2 de ces questions : « Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? » et « Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? », à partir desquelles Fagerström a établi un système de scores simplifié pour évaluer le degré de dépendance de l'individu (pas ou peu de dépendance, dépendance moyenne et dépendance forte). L'utilisation de ce test pour évaluer la dépendance est très répandue mais ne fait pas consensus auprès des professionnels.

1.3 Conséquences du tabagisme

Références : (40), INCA, 2011 (41), Hill *et al.*, 2012 (42), INVS, 2011 (34), Perriot *et al.*, 2012 (43), INSERM, 2004 (8), Grangé *et al.*, 2012(44), Thomas *et al.*, 2012 (45), Hill *et al.*, 2010 (46) et WHO, 2012 (47)

Mortalité

Le tabac tue plus de 5 millions de personnes par an dans le monde. Il est responsable d'un décès d'adulte sur dix. Parmi les cinq principaux facteurs de risque de mortalité, c'est la cause de décès la plus facilement évitable. En effet, 9 % des décès dans le monde sont attribués au tabagisme, ce qui en fait le deuxième facteur de risque comportemental et physiologique de décès attribuables, derrière l'hypertension (à laquelle 13 % des décès dans le monde sont attribués).

En France, le tabagisme actif est considéré comme responsable de 90 % des cancers du poumon et de 73 000 décès prématurés chaque année.

Le tabac est responsable actuellement en France de 1 décès sur 7 (1 décès sur 5 chez les hommes et 1 décès sur 20 chez les femmes). Dans la population âgée de 35 à 69 ans, 1 décès sur 3 est attribuable au tabac chez les hommes et 1 sur 9 chez les femmes. La moitié des décès dus au tabac survient dans la population âgée de 30 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie d'un fumeur de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur. L'autre moitié des décès dus au tabac survient à 70 ans ou plus. Il faut donc plus de 60 ans de recul pour que l'ensemble des conséquences du tabagisme sur la santé soit évaluable.

L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne journalière (dose de tabac) et de l'ancienneté de son tabagisme (durée d'exposition). Pour le cancer bronchique, qui est le plus spécifiquement lié au tabac et qui a été le plus étudié, l'excès de risque est proportionnel à la dose et proportionnel à la puissance 4 ou 5 de la durée d'exposition. En conséquence, doubler la dose double l'excès de risque de cancer bronchique alors que doubler la durée du tabagisme multiplie l'excès de risque par 20.

Une vaste étude de cohorte a évalué les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt chez les femmes au Royaume-Uni (48). Les participantes ont été recrutées de 1996 à 2001 parmi les patientes du programme de dépistage du cancer du sein du Service national de santé (*National Health Service Breast Screening Programme*). Elles ont renseigné un questionnaire portant sur leur mode de vie, leurs antécédents médicaux, et des caractéristiques sociodémographiques, puis elles ont été recontactées et enquêtées entre 3 et 8 ans plus tard. Les dates et causes de décès (codées selon la CIM 10) étaient collectées. Le suivi des femmes a été effectué jusqu'au 1^{er} janvier 2011 à l'aide des enregistrements nationaux du Royaume-Uni (à travers le numéro unique du registre central du NHS). Environ 1,3 million de femmes ont été incluses. Leur année de naissance médiane était 1943 (q1-q2= [1938-1946]). Elles ont été suivies pendant 12 ans. Lors de l'inclusion, 20 % des femmes étaient fumeuses, 28 % étaient d'anciennes fumeuses et 52 % n'avaient jamais fumé. Pendant toute la durée de l'étude, 6 % des femmes sont décédées à un âge moyen de 65 ans. Concernant la mortalité à 12 ans de suivi, celles qui étaient fumeuses au début de l'étude présentaient un taux de mortalité deux fois et demi supérieur à celles qui n'avaient jamais fumé (RR=2,76 ; IC95 %= [2,71-2,81]). Celles qui fumaient encore 3 ans après le début de l'étude présentaient un taux de mortalité trois fois supérieur à celles qui n'avaient jamais fumé (RR=2,97 ; IC95 %= [2,88-3,07]). Même les femmes qui fumaient moins de 10 cigarettes par jour au début de l'étude présentaient un taux de mortalité deux fois plus élevé que celles qui n'avaient jamais fumé (RR=1,98 ; IC95 %= [1,91-2,04]). Le taux de mortalité à 12 ans de suivi était significativement plus élevé chez les fumeuses que chez les non-fumeuses pour 23 causes de décès parmi les 30 plus fréquentes. Pour le cancer du poumon, le risque relatif était de 21,4 (IC95 %= [19,7-23,2]). Des modèles de Cox ont permis le calcul de risques relatifs comparant les différentes catégories de femmes (fumeuses, anciennes fumeuses, non-fumeuses). Parmi les femmes anglaises, deux tiers des décès des femmes fumeuses étaient causés par le tabagisme : les femmes fumeuses

perdaient au moins 10 ans d'espérance de vie comparativement aux femmes non-fumeuses. Bien que les risques associés à un tabagisme jusqu'à 40 ans (suivi d'un arrêt) furent substantiels ; les risques associés au fait de continuer à fumer après 40 ans étaient 10 fois plus élevés. Arrêter de fumer avant 40 ans éviterait plus de 90 % de l'excès de mortalité causée par un tabagisme continu ; arrêter avant l'âge de 30 ans éviterait 97 % de cet excès de mortalité.

Licaj *et al.* en 2013 (49) ont étudié l'impact du tabac sur la mortalité totale et la mortalité par cause dans l'étude européenne EPIC (*European Prospective Investigation into Cancer and nutrition*). Les participants à l'étude multicentrique EPIC, âgés de 40 à 65 ans, ont été recrutés entre 1993 et 2000 parmi 10 pays européens (Danemark, France, Allemagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Norvège, Espagne, Suède et Royaume-Uni). Les informations sur la consommation de tabac éteint recueillies au moyen d'un questionnaire : les sujets devaient indiquer s'ils étaient fumeurs au moment de l'inclusion et s'ils avaient été fumeurs, la forme sous laquelle le tabac était consommée, le nombre de cigarettes fumées par jour, l'âge à l'initiation du tabac, l'âge d'arrêt du tabac. Des modèles de Cox ont été utilisés pour quantifier l'association entre la consommation de tabac et différents risques de décès (global, par cancers liés au tabac : cancers des voies aéro-digestives supérieures, du larynx, du pharynx, de l'œsophage, du pancréas, de la vessie, du rein, du col de l'utérus, de l'estomac, de la trachée, du poumon, du colon, du rectum, leucémie myéloïde aiguë ; par maladies cardio-vasculaires et par affection de l'appareil respiratoire) en ajustant sur les principaux facteurs de confusion (âge du sujet à l'initiation du tabac, durée de consommation, consommation d'alcool, IMC, niveau d'instruction, apport énergétiques, statut ménopausique, utilisation d'un traitement hormonal substitutif, nombre de grossesses menées à terme, affection prévalente à l'inclusion [HTA, cancers, diabète, infarctus du myocarde, AVC]). Parmi les 380 395 sujets de l'étude, 26 411 décès ont été dénombrés. Parmi eux, 4 973 étaient des cancers liés au tabac, 5 929 des décès par maladies cardio-vasculaires et 1 129 des décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire.

Les rapports des risques instantanés Hazard Ratio (HR) associés à la mortalité globale des fumeurs par rapport aux sujets n'ayant jamais fumé, étaient les suivants :

- chez les hommes :
 - de 16 à 26 cigarettes/jour : HR=1,86 (IC95 % = [1,63-2,13],
 - plus de 26 cigarettes/jour : HR=2,44 (IC95 % = [2,12-2,82].
- chez les femmes :
 - de 16 à 26 cigarettes/jour : HR=2,04 (IC95 % = [1,79-2,31],
 - plus de 26 cigarettes/jour : HR=2,44 (IC95 % = [2,06-2,88].

Le risque de complications associées au tabagisme est lié à la durée et à la quantité fumée, sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque. Même les petits fumeurs ont un taux de mortalité significativement augmenté.

Cancers

Références : INCA (41,50-54)

Le tabagisme est impliqué dans les cancers broncho-pulmonaires mais également des voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage), de la vessie et du pancréas, des voies urinaires et du rein, de l'estomac, du col de l'utérus, du colon et du rectum, de l'ovaire, et dans certaines leucémies. Il serait aussi en cause dans le cancer du sein.

Cancer broncho-pulmonaires

Le tabagisme est responsable de 81 % des décès par cancers broncho-pulmonaires en France. Avec plus de 28 700 décès estimés en France en 2010, tous sexes confondus, la mortalité par cancers broncho-pulmonaires représente 20 % de l'ensemble des décès par cancers. Sa part dans

l'ensemble des décès prématurés par cancers (avant 65 ans) est encore plus importante (28,3 %), car plus de 40 % des décès par cancers broncho-pulmonaires surviennent avant l'âge de 65 ans (40 % chez l'homme et 44 % chez la femme). La durée d'exposition a un effet plus important que la quantité de cigarettes fumées (risque multiplié par 2 quand la quantité est multipliée par 2 ; mais risque multiplié par 20 quand la durée est multipliée par 2). Le fumeur a 30 fois plus de risques que le non-fumeur d'avoir un cancer broncho-pulmonaire.

Pour une personne exposée à l'amiante, le risque d'atteinte tumorale est majoré par l'exposition au tabac, ce qui peut multiplier par 50 le risque de développer un cancer du poumon par rapport à une personne non exposée à l'amiante ni au tabac (41,55).

Chez les femmes françaises, le risque de décès par cancers broncho-pulmonaires devrait dépasser le risque de décès par cancer du sein à partir de 2015, phénomène déjà observé aux États-Unis en 1987. Chez les hommes, on commence à voir diminuer la mortalité par cancers broncho-pulmonaires.

Autres cancers

Outre le cancer broncho-pulmonaire, le tabac favorise de manière significative de nombreux autres cancers : cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus et leucémie myéloïde. Une méta-analyse publiée en 2008 montre qu'il existe une augmentation d'environ 20 % du risque de survenue de cancer colorectal chez les personnes fumeuses par rapport à celles n'ayant jamais fumé. Le risque étant lié à l'ancienneté de la consommation tabagique, il n'atteint un niveau statistiquement significatif qu'après 30 ans de tabagisme.

Le groupe d'experts du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), qui a mis à jour en 2009 ses évaluations pour l'ensemble des cancérogènes pour l'homme, a ajouté les cancers du côlon, du rectum et de l'ovaire mucineux à la liste des cancers causés par le tabagisme. Les experts ont également conclu que le tabagisme peut aussi être une cause de cancer du sein.

Par ailleurs, une enquête américaine publiée dans le *Journal of the National Cancer Institute* a démontré que le tabagisme aurait un impact de plus en plus délétère sur le risque de cancer de la vessie : dans la période 2002-2004, les fumeurs avaient 5,5 fois plus de risques de cancer de la vessie que les non-fumeurs contre respectivement 4,2 et 2,9 fois plus au cours des périodes 1998-2001 et 1994-1998. Cette importante hausse pourrait s'expliquer par l'évolution du conditionnement des cigarettes et l'introduction de certains additifs qui sont de plus en plus toxiques.

Le tabagisme est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers et de 81 % des décès par cancers broncho-pulmonaires en France.

Broncho-pneumopathie chronique obstructive.

La prévalence de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France est de 7,5 %. Environ 85 % des BPCO surviennent chez des fumeurs ou des anciens fumeurs. Le tabagisme provoque une irritation bronchique chronique qui induit une hypersécrétion des bronches associée à une altération de la clairance mucociliaire, facteurs de toux et d'expectoration matinale. La persistance du tabagisme provoque un remaniement de l'architecture bronchique distale avec trouble ventilatoire obstructif identifiable par spirométrie. Une dyspnée permanente peut s'installer. L'évolution ultérieure est marquée par l'apparition d'un emphysème, d'une invalidité respiratoire progressive et d'une hypertension artérielle pulmonaire qui retentit sur le cœur droit.

On estime que 15 % des fumeurs développeront une BPCO et, une fois celle-ci diagnostiquée, le risque de présenter un cancer broncho-pulmonaire est multiplié par 2 (56).

Affections cardio-vasculaires

Référence : Thomas *et al.*, 2012(45)

Le tabagisme est un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire. Responsable d'un décès cardio-vasculaire sur 10 dans le monde, il représente la plus importante cause de mortalité cardio-vasculaire évitable. Présent dans plus de 80 % des cas d'infarctus du myocarde avant 45 ans, c'est le facteur essentiel et souvent isolé des accidents coronariens aigus des sujets jeunes. Le tabagisme est le premier facteur de risque cardio-vasculaire de la femme non ménopausée. L'utilisation simultanée d'une contraception œstroprogestative augmente notablement ce risque.

Les mécanismes essentiels de l'impact cardio-vasculaire du tabagisme sont d'une part la thrombose, principalement par hyperagrégabilité plaquettaire, d'autre part le spasme artériel, par altération de la vasomotricité artérielle endothélium-dépendante. Le tabagisme entraîne aussi une baisse du cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité et une élévation de certains marqueurs de l'inflammation. Enfin, il potentialise l'automatisme cellulaire cardiaque et le risque de trouble du rythme ventriculaire. Certains de ces mécanismes contribuent à la formation des plaques d'athérosclérose (dysfonction endothéliale, inflammation, modification du profil lipidique), hypothéquant le long terme, tandis que d'autres sont responsables des accidents évolutifs aigus et volontiers précoces (spasme, thrombose et arythmies).

La nicotine n'intervient pas directement dans la toxicité cardio-vasculaire. Ses discrets effets hémodynamiques, présents pour les taux de nicotémie induits par la combustion d'une cigarette, sont totalement absents avec la substitution nicotinique quelle que soit la dose ou la voie d'administration. Le monoxyde de carbone diminue les capacités de transport de l'oxygène et contribue chez les patients coronariens au renforcement de l'ischémie et à la survenue des événements cardio-vasculaires.

L'ensemble de ces mécanismes est activé pour des niveaux de consommation très faibles, avec une relation dose-effet non linéaire et sans seuil de consommation au-dessous duquel le tabagisme soit dénué de risque.

L'étude internationale réalisée dans 52 pays *Interheart* a confirmé que, de façon universelle, le tabagisme est le deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde, très près derrière les dyslipidémies (57,58).

L'analyse spécifique des données sur le tabagisme issues de cette étude montre que :

- fumer multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde ;
- le risque est proportionnel à la consommation mais sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque, même pour quelques cigarettes (risque multiplié par 1,6 pour une consommation de 1 à 9 cigarettes/jour) ;
- le risque est sensiblement le même quel que soit le type de tabagisme (cigarettes avec ou sans filtre, pipe, cigare, narguilé, tabac à mâcher...) ;
- la part attribuable au tabagisme dans la survenue d'un infarctus est globalement évaluée à 38 % et est d'autant plus importante que les sujets sont jeunes : chez les hommes de moins de 55 ans, elle est de 58 % et de 6 % chez les femmes de plus de 65 ans.

Le tabagisme joue aussi un rôle majeur dans la survenue et l'évolution de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs : 90 % des patients ayant cette localisation d'athérosclérose sont fumeurs. Le risque de développer un anévrisme de l'aorte abdominale est significativement augmenté chez les fumeurs. La thromboangéite oblitérante ou maladie de Buerger, qui concerne essentiellement des hommes jeunes, survient uniquement chez des fumeurs.

Enfin, il existe une corrélation entre tabagisme et risque d'accident vasculaire cérébral aussi bien chez l'homme que chez la femme. La récente étude *Interstroke* (59) évalue la part attribuable au tabagisme dans la survenue d'un accident vasculaire cérébral à 19 %.

Comorbidité diabète tabagisme

La revue systématique de Willi *et al.* en 2007 (60) a évalué l'association entre le tabagisme actif et l'incidence du diabète de type 2 à partir de 25 études de cohorte. Les études sélectionnées étaient publiées entre 1992 et 2006, et le nombre de participants par études variait de 630 à 709 827 pour un total de 1,2 million de participants pendant une période de suivi de 5 à 30 ans. Sept études étaient conduites aux États-Unis, sept au Japon, six dans les pays scandinaves, trois au Royaume-Uni, une en Allemagne et une en Israël. Un total de 45 844 cas de diabètes a été déclaré durant cette période de suivi. Des méta-analyses ont permis de calculer des risques relatifs communs dans le cadre de modèles à effets aléatoires. Comparativement aux non-fumeurs, le risque commun de diabète pour les fumeurs était plus élevé : RR=1,44 IC95 % [1,31-1,58]. Comparativement aux personnes qui n'ont jamais fumé, le risque de diabète pour les anciens fumeurs était plus élevé : RR=1,23 IC95 % [1,14-1,33]. Comparativement aux non-fumeurs, le risque de diabète était plus élevé pour les gros fumeurs (≥ 20 cigarettes/jours) : RR=1,61 IC95 % [1,43-1,80]. Comparativement aux non-fumeurs, le risque de diabète était plus élevé pour les petits fumeurs (<20 cigarettes/jours) : RR=1,29 IC95 % [1,13-1,58]. Cette étude mettait en évidence une association significative entre le tabagisme et le risque de diabète de type 2 sans établir pour autant des liens de causalité.

Le tabagisme représente la première cause de mortalité cardio-vasculaire évitable.

Le tabagisme est le premier facteur de risque cardio-vasculaire de la femme non ménopausée.

Maladies parodontales

Référence : Boutigny *et al.*, 2005 (61)

Le tabagisme est à l'origine de colorations brunes ou noires des dents naturelles ou prothétiques, d'une pigmentation grisâtre de la face interne des joues et de la gencive, d'un aspect opalin de la voute palatine. Les tabacs fumé et non fumé sont des facteurs de risque de maladies parodontales, caries et leucoplasies de la muqueuse buccale. Fumer multiplie par trois le risque de parodontie sévère et de perte de dents par rapport à l'absence de consommation de tabac.

Fertilité et grossesse

Références : Grangé *et al.*, 2012(44), ANAES, 2004 (62)

Conséquences sur la fertilité

Le tabac altère la fertilité et réduit les chances de succès en cas de fécondation *in vitro*.

Il existe un allongement du délai de conception chez les femmes fumeuses, d'environ 4 à 6 mois supplémentaires, car le tabagisme de la femme enlève 10 à 40 % de chances de conception par cycle. Cet allongement est dépendant de la dose.

Le risque d'infertilité est multiplié par 2 chez les femmes fumeuses et par 2 chez les hommes fumeurs. L'âge de la ménopause est avancé d'environ 2 ans chez les fumeuses. Les femmes fumeuses sont aussi davantage confrontées aux grossesses non évolutives (grossesses extra-utérines ou fausses couches du 1^{er} trimestre). L'augmentation du risque est dépendante de la dose, avec un risque relatif de 1,5 à 3 suivant les études.

Les études en fécondation *in vitro* ont montré que le tabagisme était associé à une diminution des taux de grossesses cliniques (OR = 0,6 ; IC95 % : 0,4-0,7) ; une augmentation du risque de fausse couche au premier trimestre (OR = 2,7 ; IC95 % : 1,3-5,3) ; une augmentation du risque de grossesse extra-utérine (OR = 15,7 ; IC95 % : 2,9-85,8) ; une diminution du taux de naissances vivantes par cycle (OR = 0,54 ; IC95 % : 0,30-0,9).

Effets du tabac pendant la grossesse

Il est bien établi que le tabagisme pendant la grossesse peut affecter de manière importante le déroulement de la grossesse et le développement fœtal, avec des conséquences pour l'enfant, y compris à long terme.

Il existe un lien de causalité (association statistiquement significative, relation dose-effet, réversibilité à l'arrêt, mécanisme physiopathologique pour expliquer l'effet) entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et la survenue de :

- troubles de la fertilité masculine et féminine ;
- grossesses extra-utérines ;
- avortements spontanés ;
- anomalies du déroulement de la grossesse (prématurité, retard de croissance intra-utérin, hématome rétro-placentaire, rupture prématurée des membranes, mort fœtale *in utero*).

En début de grossesse, le tabac augmente le risque de grossesse extra-utérine et d'avortement spontané.

Le fait de fumer pendant la grossesse est associé à des risques plus élevés de mort fœtale ou de prématurité, de mort périnatale, de retard de croissance intra-utérin et de faible poids de naissance. Les mères fumant plus de 10 cigarettes par jour accouchent d'un enfant dont le poids est en moyenne de 200 grammes inférieur à celui des enfants de mères non-fumeuses. Il a été montré à plusieurs reprises que le risque qu'une femme accouche d'un enfant hypotrophe était au moins 2 fois plus important chez les fumeuses que chez les non-fumeuses. Les fœtus hypotrophes ont un risque plus élevé de mortalité et de morbidité néonatale, dont la naissance prématurée, l'entérococolite nécrosante et la détresse respiratoire. Au-delà de cette période, ces enfants ont également un risque de retard psychomoteur ou de paralysie cérébrale. On sait aussi qu'ils ont un risque plus élevé d'hypertension artérielle, de maladie coronarienne et de diabète de type 2.

L'exposition *in utero* du tabac est à l'origine d'altérations des poumons de l'enfant à naître. Le risque de mort subite du nourrisson est multiplié par 2 si sa mère fumait pendant la grossesse et le risque d'asthme est augmenté de 30 %. Si on ajoute les risques de pneumonie, d'otite et de troubles respiratoires sévères, le risque est multiplié par 2.

Cette exposition constitue également un risque pour la descendance, puisque les études montrent chez les filles une fertilité réduite et, chez les garçons, une diminution de la quantité de cellules germinales et somatiques avec une concentration spermatique réduite.

Enfin, des données récentes suggèrent que le tabagisme pendant la grossesse augmenterait le risque de troubles du comportement chez l'enfant à naître et de troubles psychiatriques à l'âge adulte (63-65).

L'émergence de connaissances de plus en plus nombreuses sur le rôle du tabac chez la femme enceinte souligne l'importance non seulement de l'intoxication active et/ou passive de la femme, mais également de celle du compagnon. 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 du moins le plus rapidement possible au cours de la grossesse.

Le tabagisme réduit la fertilité de l'homme et de la femme et diminue les chances de succès en cas d'assistance médicale à la procréation du couple.

Le tabagisme allonge le délai de conception, potentialise l'effet négatif de l'âge, augmente le risque de fausses couches, de grossesses extra-utérines et de morbidité et mortalité périnatales.

Conséquences du tabagisme précoce (enfance et début de l'adolescence)

Références : (8,66)

Bien que les principales pathologies liées au tabagisme apparaissent chez l'adulte, elles trouvent souvent leur fondement dans le développement de la dépendance au tabac à l'adolescence. Il existe à la fois des similitudes et des différences entre le tabagisme des adolescents et celui des adultes. Les jeunes fument rarement quotidiennement ou de manière régulière. Les symptômes de sevrage sont similaires chez les fumeurs adolescents et chez les adultes et sont dans les deux cas des facteurs de risque de rechute.

Les adolescents sont moins enclins à arrêter de fumer que les adultes car ils ne perçoivent pas de la même manière les risques du tabagisme et ne sont pas toujours conscients du rôle majeur de la dépendance dans la difficulté du sevrage.

Le tabagisme en début d'adolescence est prédictif du tabagisme à l'âge adulte. De plus, les personnes qui commencent à fumer à l'adolescence présentent un risque supérieur de devenir dépendant par rapport à celles qui commencent à l'âge adulte. Le tabagisme à l'adolescence est également associé au développement ultérieur d'autres dépendances (alcool, cannabis et autres).

Parmi les adolescents qui fument occasionnellement, un certain nombre vont progressivement répéter leur consommation et deviendront fumeurs réguliers, alors que d'autres resteront fumeurs occasionnels. Chez ceux qui fumeront régulièrement, le risque de développer une dépendance au tabac est élevé et le fait de ressentir le besoin de fumer quotidiennement peut être considéré comme les prémices de l'installation de la dépendance.

L'âge de l'initiation au tabac (c'est-à-dire l'expérimentation correspondant aux premières bouffées, premières cigarettes fumées) est le prédictif majeur d'une future dépendance au tabac : plus l'initiation est précoce, plus le niveau de la dépendance est élevé par la suite. La dépendance au tabac se développe rapidement (< 2 ans) après l'initiation (8).

L'initiation au tabac est favorisée par la pression perçue des pairs, par les événements indésirables de l'enfance, par la présence de troubles psychiatriques et par la consommation d'alcool, de substances illicites ainsi que par la facilité d'obtention de la cigarette des parents ou d'adultes.

<p>Le tabagisme en début d'adolescence est prédictif de dépendance au tabac à l'âge adulte et du développement d'autres dépendances (alcool, cannabis, etc.).</p>
--

Conséquences du tabagisme passif

Références : (53,67)

A travers le monde en 2004, 40 % des enfants, 33 % des hommes non-fumeurs et 35 % des femmes non-fumeuses ont été exposés au tabagisme passif. On estime que le tabagisme passif mondial a été à l'origine de 600 000 décès en 2004, ce qui représente 1 % du taux de mortalité mondiale. Parmi ces décès, 63 % étaient d'origine cardio-vasculaire et les 37 % restants d'origine pulmonaire, dont 27 % d'infections pulmonaires basses, 6 % d'asthme et 3,5 % de cancers broncho-pulmonaires (68).

Le tabagisme passif subi par la femme enceinte a des effets sur la croissance fœtale. Les nouveau-nés dont la mère a été exposée pendant sa grossesse au tabagisme du conjoint (de plus de 20 cigarettes par jour) pèsent jusqu'à 100 g de moins que les nouveau-nés non exposés.

Chez le nourrisson, l'exposition à la fumée augmente le risque de pathologies respiratoires et de mort subite inexpliquée.

Chez les enfants, l'exposition à la fumée de tabac augmenterait le risque d'infections respiratoires, d'otite et d'asthme.

En cas de tabagisme des parents :

- le risque d'infections respiratoires basses est multiplié par 1,5 avant l'âge de 2 ans ;
- le risque d'otites aiguës de l'oreille moyenne est multiplié par 1,4 avant l'âge de 8 ans ;
- le risque d'apparition d'asthme est multiplié par 1,3 chez les enfants de moins de 14 ans ;
- le risque de troubles du comportement et de troubles psychiatriques est augmenté.

Chez l'adulte, le tabagisme passif multiplie le risque de cardiopathies ischémiques et de cancer broncho-pulmonaire par 1,3.

Le risque d'infarctus est multiplié par 1,2 pour une exposition à la fumée de cigarette de 1 à 7 heures par semaine et de 1,6 pour une exposition de plus de 22 heures par semaine. Au-delà d'une exposition de 22 heures par semaine, le risque d'infarctus du non-fumeur est proche d'un fumeur de 1 à 9 cigarettes par jour.

Le tabagisme passif serait responsable de 1 % du taux de mortalité mondiale ; représentant 600 000 morts en 2004.

Effet protecteur de l'allaitement par rapport aux risques dus au tabagisme passif

Références : (67,69,70)

Plus la durée de l'allaitement est courte, plus le risque d'apparition de maladies infantiles est élevé. Les études sur l'impact du tabagisme maternel sur l'allaitement indiquent que le tabagisme maternel réduit considérablement la durée d'allaitement au sein, sans doute pour éviter d'exposer le nourrisson aux toxiques pouvant passer par le lait maternel.

Or, les études montrent que l'allaitement aurait un effet protecteur même si la mère fume.

Les études montrent que, alors que le tabagisme passif aggrave les symptômes et le pronostic de la bronchiolite, l'allaitement maternel peut avoir un effet protecteur même pour un enfant exposé au tabagisme passif.

Il en est de même pour l'asthme : le risque d'asthme diminue significativement chez les enfants allaités au sein et exposés au tabagisme passif (RR : 0,59 ; IC 95 % : 0,37-0,94, si l'allaitement est inférieur à 4 mois) par rapport aux enfants exposés au tabagisme passif mais non allaités. L'effet est un peu plus important si la durée d'allaitement est plus longue (RR : 0,53 ; IC 95 % : 0,33-0,86, si l'allaitement est supérieur à 4 mois).

Concernant les coliques du nourrisson, le risque est augmenté en cas de tabagisme maternel mais l'allaitement maternel semble réduire ce risque.

Enfin, il semble que l'allaitement maternel puisse modifier les effets néfastes du tabagisme pendant la grossesse sur le développement cognitif.

Il semble que l'effet néfaste du tabagisme sur le nourrisson par exposition active (par le lait) et par exposition passive (inhalation de la fumée du tabac par le nourrisson) peut être contrebalancé par l'effet protecteur de l'allaitement maternel, d'autant plus que l'allaitement sera de longue durée.

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.

Conséquences dermatologiques

La consommation de tabac augmente la sévérité de l'acné, accélère le vieillissement cutané par perte de la structure élastique de la peau et retarde la cicatrisation (71,72).

Autres conséquences du tabagisme

- Le tabac est un facteur favorisant l'ostéoporose. Il diminue la densité minérale osseuse et favorise la survenue des fractures.
- Le tabagisme augmente le risque d'infections bactériennes ou virales sévères. Ce risque est proportionnel à l'importance de l'exposition. Le mécanisme relève de l'altération de la clairance mucociliaire, de l'augmentation de l'adhésion bactérienne, d'une diminution de la réponse immunitaire en lien avec l'exposition du tabac.
- Le tabagisme est un facteur de risque de la maladie de Crohn : chez la femme, la cigarette multiplie par deux le risque de maladie de Crohn (73) : risque de poussées et de complications (abcès ou fistules), d'intervention chirurgicale ou de récurrence postopératoire. En cas de maladie déclarée, le tabac en aggrave l'évolution : risque de poussées et de récurrences post-chirurgicales augmenté de plus de 50 % (74).
- Le tabagisme diminue l'efficacité de certains médicaments : anti-infectieux, antidiabétiques, antihypertenseurs.

1.4 Les bénéfices de l'arrêt

Références : Haute Autorité de santé, 2007 (75) ; Hill *et al.*, 2012 (42) ; INCA, 2011 (76)

Les bénéfices associés à un arrêt du tabac sont importants. En effet, arrêter la consommation de tabac permet de diminuer la durée du tabagisme qui apparaît comme le facteur de risque le plus important. Ces bénéfices ont été mis en évidence en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac, notamment les maladies cardio-vasculaires et le cancer broncho-pulmonaire.

NB : Au contraire, un fumeur qui réduit sa consommation diminue la quantité ou la dose, mais l'effet bénéfique de cette réduction est beaucoup moins important que celui de l'arrêt total. La réduction de dose est le plus souvent obtenue par le passage à des cigarettes plus légères. Or, cela entraîne une modification compensatoire de la façon de fumer ; notamment une inhalation plus rapide et plus profonde qui augmente le rendement en nicotine mais aussi le rendement en goudrons. Les effets bénéfiques de la réduction de dose sont donc en grande partie annulés par un changement dans la façon de fumer.

Le fait de réduire la consommation peut être une stratégie dans le cadre de la prise en charge. Cela ne doit pas être un objectif en soi car cela n'entraîne pas de bénéfice en termes de santé à long terme.

Bénéfices en termes de mortalité

Arrêter à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, et arrêter à 50 ans l'améliore de 4 ans.

L'arrêt du tabac réduit la mortalité totale globalement, et celle liée aux maladies cardio-vasculaires et au cancer broncho-pulmonaire particulièrement.

L'analyse à 50 ans des données de la cohorte des médecins britanniques mise en place en 1951 (77) a permis de confirmer le différentiel de mortalité entre fumeurs et ex-fumeurs. Ainsi, la mortalité toutes causes dans la tranche d'âge 65-74 ans était comprise entre 22,7 et 36,4 pour 1 000 chez les anciens fumeurs (en fonction de l'ancienneté de l'arrêt) alors qu'elle s'élevait à 50,7 pour 1 000 chez les médecins qui avaient continué à fumer.

Les bénéfices de l'arrêt du tabac en termes de mortalité spécifique ont également été démontrés. Ainsi, Doll *et al.* ont estimé le taux de mortalité par cancers broncho-pulmonaires toutes tranches d'âge confondues à 15,9 pour 1 000 chez les fumeurs contre 2,0 à 7,5 pour 1 000 chez les ex-fumeurs (77). De même, deux revues systématiques de la littérature ont mis en évidence une réduction du risque de décès par infarctus du myocarde après arrêt du tabac. La méta-analyse de Wilson *et al.* a inclus 12 études de cohorte (n=5878 patients) avec une durée de suivi comprise entre 2 et 10 ans, publiées entre 1966 et 1996 (78).

Toutes les études retrouvaient un bénéfice en termes de mortalité après la survenue d'un infarctus du myocarde. Le risque relatif de décès après infarctus du myocarde était estimé à 0,54 (IC95 % [0,46-0,62]) parmi les patients ayant arrêté de fumer par rapport à ceux ayant continué leur tabagisme. La réduction du risque de mortalité était retrouvée quels que soient le sexe, la durée de suivi, le site et la période de l'étude. Une seconde revue systématique incluant 20 études de cohorte (n=12 603 patients), publiées entre 1966 et 2003 a mis en évidence une réduction de 36 % du risque relatif de décès chez des patients présentant une coronaropathie ayant arrêté de fumer par rapport à ceux ayant continué leur tabagisme (RR 0,64 – IC95 % [0,58-0,71]) (79).

Si l'arrêt du tabac permet de réduire la mortalité de façon constante, les bénéfices s'avèrent plus importants quand le sevrage tabagique est plus précoce. Ainsi, dans l'étude de Doll *et al.*, si le taux de mortalité totale dans la tranche d'âge 65-74 ans était estimé à 36,4 pour 1 000 chez les hommes ayant arrêté de fumer entre 55 et 64 ans, il était abaissé à 31,7 pour 1 000 et 22,7 pour 1 000 si l'arrêt avait eu lieu entre 45 et 54 ans et entre 35 et 44 ans respectivement (19).

Cependant, il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge. Doll *et al.* ont ainsi estimé le gain d'espérance de vie à 3 ans chez un fumeur de 60 ans si celui-ci arrêta de fumer. Ce gain atteignait 6 ans si l'arrêt avait lieu à l'âge de 50 ans, 9 ans s'il avait lieu à 40 ans. Enfin, la courbe de survie des ex-fumeurs se superposait à celle des non-fumeurs si l'arrêt avait lieu à 35 ans.

Il en est de même chez les femmes, comme l'a montré la vaste étude de cohorte réalisée au Royaume-Uni sur plus d'un million de femmes (citée plus haut (48)). Pour les anciennes fumeuses qui avaient arrêté entre l'âge de 25 et 34 ans ou entre l'âge de 35 et 44 ans, les risques relatifs de décès pour toute cause de mortalité étaient respectivement de 1,05 (IC95 %=[1,00-1,11]) et 1,20 (IC95 %=[1,14-1,26]). Pour la mortalité par cancer du poumon, les risques relatifs étaient respectivement de 1,84 (IC95 %=[1,45-2,34]) et 3,34 (IC95 %=[2,76-4,03]). Ces anciennes fumeuses évitaient cependant respectivement 97 % et 90 % de l'excès de mortalité (que ce soit par cancer du poumon ou toutes causes confondues). Bien que les risques associés à un tabagisme jusqu'à l'âge de 40 ans étaient importants, les risques associés au fait de continuer après 40 ans étaient dix fois plus élevés. D'après cette étude, s'arrêter avant 40 ans (et préférentiellement bien avant 40 ans) permettrait d'éviter plus de 90 % de l'excès de mortalité causé par un tabagisme continu. S'arrêter de fumer avant l'âge de 30 ans permet d'éviter plus de 97 % de l'excès de mortalité causé par un tabagisme continu.

Dans une revue systématique récente (2012), Gellert *et al.* se sont intéressés aux personnes de plus de 60 ans (80). Les auteurs ont étudié l'association entre le tabagisme et la mortalité, toutes causes confondues, chez les personnes de 60 ans et plus. La revue incluait toutes les études de cohorte publiées avant juillet 2011 dans cette population. Les études retenues devaient comparer des groupes de fumeurs ou d'anciens fumeurs avec des personnes n'ayant jamais fumé. Un total de 17 études a été identifié (7 études américaines, 3 chinoises, 2 australiennes, 2 japonaises, 1 française, 1 anglaise et 1 espagnole) ; le temps de suivi variait de 3 à 50 ans et la taille des études variait de 863 à 877 243 participants.

Le tabagisme était associé à une mortalité toutes causes confondues plus élevée. Le risque de mortalité relative (RM) des fumeurs comparativement aux personnes n'ayant jamais fumé variait selon les études de 1,2 à 3,4. Dans le cadre d'une méta-analyse, la mortalité des fumeurs était significativement plus élevée que la mortalité des personnes n'ayant jamais fumé (RM=1,83 IC95 %=[1,65-2,03]). La mortalité des anciens fumeurs était significativement plus élevée que la mortalité des personnes n'ayant jamais fumé, mais plus faible que celle des fumeurs actuels

(RM=1,34 IC95 % = [1,28-1,40]). Une relation dose-réponse (au regard de la quantité fumée et du temps écoulé depuis l'arrêt du tabagisme) était rapportée par les auteurs. Concernant la quantité de cigarettes fumées, 10 études rapportaient des associations entre le nombre moyen de cigarettes fumées par jour ou le nombre de paquets-années, et la mortalité toutes causes confondues : l'excès de mortalité des fumeurs de plus de 60 ans augmentait avec la quantité de tabac dans pratiquement toutes les études. Cinq études rapportaient des associations entre le temps écoulé depuis l'arrêt du tabagisme et la mortalité toutes causes confondues des personnes de plus de 60 ans. L'excès de mortalité des anciens fumeurs comparativement aux personnes n'ayant jamais fumé diminuait dans pratiquement toutes les études proportionnellement à la durée de la période écoulée depuis leur arrêt du tabagisme (sauf dans une étude chez les hommes de plus de 80 ans).

Bénéfices en termes de morbidité

Si l'arrêt du tabac permet de réduire la mortalité, il entraîne également de façon constante une diminution des risques de survenue ou d'aggravation des pathologies associées au tabagisme.

Cancer broncho-pulmonaire

Ainsi le risque de survenue d'un cancer broncho-pulmonaire diminue après l'arrêt de la consommation tabagique.

Par rapport aux non-fumeurs, le risque relatif de cancer broncho-pulmonaire est égal à 16 en cas d'arrêt inférieur à 5 ans, 5 en cas d'arrêt datant de 10 à 19 ans et 1,5 au-delà de 40 ans. De même Peto et al. ont estimé le risque cumulé de cancer broncho-pulmonaire jusqu'à l'âge de 75 ans (en éliminant les autres causes de décès) chez des personnes ayant continué de fumer régulièrement et chez des sujets ayant arrêté, en fonction de l'âge à l'arrêt : il était de 16 % chez les sujets ayant continué à fumer, 10 % chez les sujets ayant arrêté à 60 ans, 6 % chez ceux ayant arrêté à 50 ans et 2 % chez les sujets ayant arrêté à 40 ans (81).

Bronchites chroniques

Le sevrage tabagique améliore également les résultats des explorations fonctionnelles chez les bronchitiques chroniques. Ainsi, dans le cadre de la *Lung Health Study*, les patients atteints de BPCO d'intensité faible ou modérée ayant bénéficié d'une intervention d'aide au sevrage tabagique présentaient une amélioration fonctionnelle respiratoire dans l'année suivant l'arrêt du tabac (82). Le taux de décroissance du VEMS⁸ chez les hommes ayant arrêté de fumer au début de l'étude était de 30,2 ml/an (21,5 ml/an chez les femmes) alors qu'il était de 66,1 ml/an chez ceux ayant continué de fumer au cours des 11 années de suivi (54,2 ml/an chez les femmes) (83).

Affections cardio-vasculaires

Les bénéfices de l'arrêt du tabac sur le plan cardio-vasculaire interviennent encore plus rapidement. Ainsi, le risque de survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral diminue de 50 % dans les deux ans après un sevrage tabagique (84).

Autres pathologies chroniques aggravées par le tabac

L'arrêt de la consommation tabagique apparaît également souhaitable chez des personnes atteintes de pathologies aggravées par le tabac (hypertension artérielle, diabète de type 1 et 2, insuffisance rénale, asthme) afin de stabiliser ou de ralentir l'évolution de ces maladies (85).

Dans la maladie de Crohn, l'effet bénéfique du sevrage survient dès la première année, comparable à celui d'un traitement immunosuppresseur. L'arrêt du tabac réduit les risques de poussées et le taux de réintervention (RR = 0,25 IC95 % : 0,15-0,41)(73,74).

⁸ Volume Expiratoire Maximum Seconde

Complications opératoires

Selon la conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire, les bénéfices prouvés de l'arrêt du tabac avant une intervention chirurgicale varient en fonction du délai préopératoire (86) :

- un arrêt du tabagisme 6 à 8 semaines avant l'intervention entraîne la disparition du risque de complications opératoires dues au tabac ;
- un arrêt du tabagisme 3 à 4 semaines avant l'intervention apporte un bénéfice sur tous les paramètres opératoires ;
- un arrêt du tabagisme 12 à 48 heures avant l'intervention permet une baisse du CO circulant et donc une meilleure oxygénation.

La poursuite du sevrage tabagique durant le temps nécessaire à la cicatrisation (2-4 semaines), et éventuellement à la consolidation osseuse (2-4 mois), favorise les suites opératoires.

Grossesse

Enfin, des bénéfices ont été démontrés chez la femme enceinte en cas d'arrêt de tabac avant la grossesse ou au cours des 3 à 4 premiers mois (87). Ils concernent essentiellement le poids de naissance.

Les bénéfices associés à un arrêt du tabac sont importants en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac.

En effet, arrêter la consommation de tabac permet de diminuer la durée du tabagisme qui apparaît comme le facteur de risque le plus important.

Arrêter à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, arrêter à 50 ans l'améliore de 4 ans et arrêter à 60 ans l'améliore de 3 ans.

L'arrêt du tabac réduit la mortalité totale globalement, et celle liée aux maladies cardio-vasculaires et au cancer broncho-pulmonaire particulièrement.

Facteurs prédictifs de l'arrêt du tabac

Les facteurs les plus prédictifs d'arrêt du tabac sont un haut niveau d'éducation ou socio-économique, une faible consommation de tabac, l'absence d'entourage fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début de tabagisme tardif, une durée de tabagisme brève, un long délai entre l'éveil et la première cigarette, une forte motivation à l'arrêt. Des facteurs tels que le sexe, l'âge, la vie en couple, un indice de masse corporelle élevé ou l'existence d'une maladie liée au tabac ont une relation moins claire avec le taux de succès. Enfin, la connaissance des effets du tabagisme sur la santé ne semble pas avoir de lien avec l'arrêt du tabac (8).

Rémission de la dépendance

La cohorte nationale américaine NESARC (7) a cherché à estimer la probabilité cumulative de rémission de la dépendance à diverses substances psychoactives (tabac, alcool, cocaïne et cannabis) ainsi que les facteurs pronostiques de cette rémission, chez les personnes dépendantes à ces substances.

La dépendance était définie selon les critères de dépendance du DSM-IV et mesurée par des questionnaires à travers des entretiens en face à face. Chez les personnes ayant présenté une dépendance sur la vie entière, la rémission était définie par la disparition des symptômes constitués par les critères de dépendance, sans rechute ultérieure. La durée pour obtenir la rémission était définie par la différence entre l'âge de début des symptômes de dépendance et l'âge lors de leur disparition.

La probabilité cumulative de rémission était définie comme la proportion de sujets en rémission à un temps donné, ou pendant un intervalle de temps donné.

La grande majorité des personnes dépendantes à une substance présentaient une rémission à un moment donné. Cependant, que ce soit à 1 an, à 10 ans ou sur la vie entière, cette probabilité de rémission était toujours plus faible pour la nicotine. Sur la vie entière, la proportion de sujets

dépendants en rémission était de 99 % pour la cocaïne, 97 % pour le cannabis, 91 % pour l'alcool et 84 % pour la nicotine. Seulement un cinquième des rémissions de la dépendance à la nicotine avait lieu dans les 10 ans suivant le début de la dépendance. Les femmes et les personnes avec un niveau d'éducation ou de revenus plus élevé avaient une probabilité supérieure de rémission de la dépendance à la nicotine. Au contraire, le fait d'être séparé de son conjoint (divorce, séparation, veuvage) et celui de présenter un diagnostic de dépendance à l'alcool comorbide, étaient associés à une plus faible probabilité de rémission.

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

► Avis du groupe de travail

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

Les données de la littérature présentées en introduction montrent que l'arrêt du tabagisme est bénéfique pour la santé quel que soit l'âge.

► Recommandations

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.

3 Dépistage individuel du tabagisme

3.1 Qui peut dépister ?

► Données de la littérature

Les études sont présentées dans le tableau 1.

La revue systématique de Carr *et al.* en 2012 (88) a examiné l'effet des interventions délivrées par les dentistes et le personnel des cabinets dentaires aux fumeurs de cigarettes et utilisateurs de tabac sans fumée. Onze études américaines, une étude anglaise, une étude suédoise et une étude japonaise étaient analysées dans cette revue de la littérature. Les interventions considérées étaient les suivantes : conseil bref, fourniture de matériel d'auto-support, guidance (*counselling*), pharmacothérapie ou combinaison de médicaments, orientation vers d'autres supports. Les auteurs ont conclu que les interventions comportementales dans les cabinets dentaires ou les centres dentaires (versus pas d'intervention, soins usuels, traitements moins intensifs) délivrées par les dentistes et le personnel des cabinets dentaires, pouvaient augmenter les taux d'abstinence des fumeurs de cigarettes et des utilisateurs de tabac sans fumée (OR global=1,71, IC95 % [1,44-2,03]). Les auteurs ont conclu qu'il n'y avait pas assez de preuve pour identifier les interventions qui sont efficaces, en notant toutefois à partir d'une méta-analyse de 5 essais concernant les adultes fumeurs qu'un *counselling* comportemental bref associé à un examen bucco-dentaire (versus traitement usuel ou un traitement moins intensif) semblait être une composante d'intervention pertinente (OR global =2,38, IC95 %=[1,70-3,35]).

La revue systématique de Sinclair *et al.* en 2004 (89) a examiné l'effet des interventions par le personnel des pharmacies pour aider les fumeurs à arrêter de fumer dans deux études anglaises. Les interventions pouvaient être délivrées par un ou plusieurs pharmaciens ou membres du personnel de la pharmacie dans le cadre d'atelier de 2 ou 3 heures. Une des deux études a rapporté une différence significative dans le taux d'abstinence à 12 mois (14,3 % versus 2,7 % (p<0,001)). Dans leur conclusion sur les implications pour la pratique, les auteurs ont souligné le potentiel du personnel des pharmacies pour contribuer à atteindre des objectifs d'arrêt du tabac, en notant toutefois les contraintes de temps et de rémunération nécessaires pour la mise en place de cette implication du personnel des pharmacies.

► Synthèse des recommandations internationales

Les recommandations sont présentées dans le tableau 2.

► Avis du groupe de travail

Comme cela est montré dans les recommandations internationales, il est important de rappeler que tous les professionnels de santé (y compris dentistes, infirmiers scolaires, etc.), et pas seulement le médecin généraliste, sont légitimes pour parler du tabac avec leur patient et ont leur place dans le dépistage et l'orientation vers une prise en charge.

► Recommandations

A

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

Tableau 1. Professionnels habilités à dépister. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Carr et Ebbert, 2006 (88) niveau de preuve = 2	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés, pseudo-randomisés Méta-analyse (modèles à effet fixe, modèles à effets aléatoires)	Estimer l'efficacité des interventions pour l'arrêt du tabac proposées aux fumeurs de cigarettes et utilisateurs de tabac sans fumée dans les cabinets dentaires et les centres de santé.	Base de données : CENTRAL, MEDLINE (1966-novembre 2011) EMBASE (1988-novembre 2011), CINAHL (1982-novembre 2011), Healtstar (1975-novembre 2011), ERIC (1967-novembre 2011), PsycINFO (1984-novembre 2011), NTIS (1964-novembre 2011), Dissertation Abstracts Online (1861-novembre 2011), DARE (1995-novembre 2011), Web of Science (1993-novembre 2011). Les essais évaluaient les interventions d'arrêt du tabac	Abstinence à 6 mois après le début de l'intervention : Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement. Abstinence continue depuis 6 mois.	14 essais retenus (n=10535) 8 études évaluaient l'efficacité des interventions parmi les fumeurs de cigarettes (n=7294). 6 études évaluaient l'efficacité des interventions parmi les utilisateurs de tabac sans fumée (n=3241). Toutes les études incluaient des interventions comportementales et seulement une étude proposait une pharmacothérapie comme composante d'intervention. Toutes les études incluaient un examen bucco-dentaire. Les 14 études suggéraient que les interventions mises en œuvre par un professionnel de santé bucco-dentaire pouvaient augmenter les niveaux d'abstinence du tabac à 6 mois ou plus (OR global 1,71 ; IC95 % [1,44-2,03]. Mais il y avait une forte hétérogénéité entre les études ($I^2=61\%$). Les 8 études concernant les fumeurs de cigarettes suggéraient que les

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>conduites par les dentistes avec un suivi d'au moins 6 mois.</p> <p>Recherche en avril 2006</p> <p>Patients consommateurs de tabac (cigarettes, cigares, pipe et tabac sans fumée) et bénéficiant d'interventions par des professionnels de santé bucco-dentaires.</p>		<p>interventions mises en œuvre par un professionnel de santé bucco-dentaire pouvaient augmenter les niveaux d'abstinence du tabac à 6 mois ou plus (OR global=1,74. IC95 % [1,33-2,27]. Mais il y avait une forte hétérogénéité entre les études ($I^2=51\%$).</p> <p>Les 6 études concernant les utilisateurs de tabac sans fumée suggéraient que les interventions mises en œuvre par un professionnel de santé bucco-dentaire pouvaient augmenter les niveaux d'abstinence du tabac à 6 mois ou plus (OR global=1,70, IC95 %=[1,36-2,11]. Mais il y avait une forte hétérogénéité entre les études ($I^2=74\%$).</p> <p>5 études (n=4330), concernant les fumeurs adultes et comparant une intervention sous forme de <i>counselling</i> bref versus un traitement usuel ou un traitement moins intensif, étaient caractérisées par une hétérogénéité faible et un bénéfice significatif OR global=2,38, IC95 %=[1,70-3,35], $I^2=3\%$.</p> <p>5 études, concernant les utilisateurs de tabac sans fumée, étaient caractérisées par une hétérogénéité faible et un bénéfice significatif OR=2,40, IC95 %=[1,82-3,18]. Mais la valeur d'I^2 ne</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					figure pas dans la revue. Commentaire : L'hétérogénéité et les différences entre les études limitaient la possibilité de faire des recommandations concernant les composantes des interventions à incorporer dans la pratique clinique des dentistes.
Sinclair et al., 2004 (89) niveau de preuve=3	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés	Évaluer l'efficacité des interventions par le personnel des pharmacies pour aider les fumeurs à arrêter de fumer	Recherche la plus récente : octobre 2007 Les essais comparaient des interventions du personnel des pharmacies pour promouvoir l'arrêt du tabac chez leurs patients fumeurs versus le support habituel ou un programme moins intensif. Patients fumeurs des pharmacies et qui souhaitent s'arrêter.	Abstinence à 6 mois après le début de l'intervention : Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement à 6 mois. Abstinence continue depuis 6 mois.	Deux essais retenus (n= 976 fumeurs / 111 pharmacies). Les deux essais comparaient un programme de soutien incluant guidance (<i>counselling</i>) et l'enregistrement des données versus un soutien pharmaceutique usuel. Les deux études rapportaient des prévalences d'abstinence à des moments différents (3,6 et 12 mois pour un essai / 1, 4 et 9 mois dans l'autre essai). Une seule des deux études rapportaient une différence significative dans le taux d'abstinence à 12 mois (14,3 % versus 2,7 % (p<0,001)) ; l'autre étude a rapporté une différence non significative dans les taux d'abstinence à 9 mois 12,0 % versus 7,4 % (p=0,09). Conclusion : Le nombre limité d'études

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>suggère que des pharmaciens fournissant un <i>counselling</i> et enregistrant les programmes de leurs patients, peuvent avoir un effet positif sur les taux d'arrêt du tabac.</p> <p>Commentaire : La force de la preuve est limitée parce que seul un essai présentait un effet statistiquement significatif. Absence de méta-analyse à cause de difficultés pour combiner les données.</p>

Tableau 2. Qui peut dépister ? Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année/Pays	Recommandations
ANAES, 2004 (62) France	<p>Question 3</p> <p>Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de la morbidité et de la mortalité associée à la grossesse. Beaucoup de femmes enceintes sont motivées à l'arrêt du tabac. Il est donc utile de profiter de cette motivation pour instaurer cet arrêt du tabac le plus précocement possible et pour le maintenir en <i>post-partum</i> afin de protéger l'enfant du tabagisme passif. Plus l'arrêt est obtenu précocement, plus les bénéfices semblent importants pour la femme enceinte et le fœtus. Un arrêt à tout stade de la grossesse est cependant bénéfique. À ce titre, les professionnels de santé doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite prénatale et tout au long de la grossesse.</p>
NICE, 2007 (90) Royaume-Uni	<p>Recommandation 3 :</p> <p>Les médecins généralistes devraient saisir l'opportunité de conseiller à tous les patients qui fument d'arrêter de fumer quand ils se rendent à une consultation. Ceux qui veulent arrêter devraient être adressés à un service de soutien intensif. Si ils ne sont pas disposés ou incapables d'accepter cette orientation, ils doivent se voir proposer une pharmacothérapie en accord avec la recommandation du NICE n°39 « <i>Guidance on the use of NRT and bupropion for smoking cessation</i> ». Le statut tabagique de ceux qui ne sont pas prêts devrait être enregistré et réévalué avec la personne une fois par an, si possible.</p> <p>Recommandation 4 :</p> <p>Les infirmières en soins primaire et soins de proximité devraient conseiller à toute personne qui fume d'arrêter et de les adresser à un service de support intensif. Si ils ne sont pas disposés ou incapables d'accepter cette orientation, ils doivent se voir proposer une pharmacothérapie par des praticiens avec une formation adaptée, en accord avec la recommandation du NICE n°39 « <i>Guidance on the use of NRT and bupropion for smoking cessation</i> ». Les infirmières qui sont formées comme conseillers « <i>NHS Stop Smoking</i> » peuvent les adresser à elles-mêmes quand c'est approprié. Le statut tabagique de ceux qui ne sont pas prêts à arrêter devrait être enregistré et revu avec la personne une fois par an, si possible.</p> <p>Recommandation 5 :</p> <p>Tous les professionnels de santé, tels que les cliniciens hospitaliers, les pharmaciens et les dentistes devraient adresser les personnes qui fument à un service de soutien intensif.</p> <p>Si l'individu n'est pas disposé ou incapable d'accepter cette orientation, les praticiens avec une formation adaptée devraient proposer une pharmacothérapie en accord avec la recommandation du NICE n°39 « <i>Guidance on the use of NRT and bupropion for smoking cessation</i> » et une aide supplémentaire. Ceux qui sont formés comme conseillers « <i>NHS Stop Smoking</i> » peuvent les adresser à eux-mêmes. Si possible, le statut tabagique de ceux qui ne sont pas prêts devrait être enregistré et revu avec la personne une fois par an.</p> <p>Recommandation 6 :</p> <p>Les travailleurs sociaux devraient adresser les personnes qui fument à un service de soutien intensif. Ceux qui sont formés comme conseillers « <i>NHS Stop Smoking</i> » peuvent les adresser à eux-mêmes.</p> <p>Recommandation 7 :</p> <p>Les autorités de santé stratégiques, les hôpitaux du NHS, les PCT (groupes de soins primaires), les pharmacies communautaires, les autorités locales et les groupes communautaires locaux devraient revoir les politiques d'arrêt du tabac et les pratiques pour tenir compte des recommandations de ce guide.</p> <p>Recommandation 8 :</p> <p>Le conseil d'arrêt du tabac et le soutien devraient être disponibles dans la communauté, les lieux de soins primaires et secondaires</p>

Année/Pays	Recommandations
	<p>pour toute personne qui fume. Les décideurs politiques devraient atteindre les populations difficiles à toucher, les communautés paupérisées incluant les groupes minoritaires, en ayant une attention particulière à leurs besoins.</p> <p>Recommandation 9 :</p> <p>Des systèmes de surveillance doivent être mis en place pour garantir que les professionnels de santé ont accès à des informations sur le statut tabagique de leurs patients. Cela devrait inclure des informations sur : a) l'occasion la plus récente pendant laquelle le conseil d'arrêter a été donné b) ; la nature du conseil offert ; c) la réponse à ce conseil.</p>
<p>NICE, 2008 (91) Royaume-Uni</p>	<p>Interventions courtes :</p> <p>Des interventions courtes pour l'arrêt au tabac impliquent des conseils opportuns, une discussion, une négociation ou un encouragement et une orientation vers un traitement plus intense si approprié. Ces interventions sont délivrées par un éventail de professionnels de premiers recours, généralement en moins de 10 minutes.</p>
<p>Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande</p>	<p>ASK</p> <p>Questionner et documenter le statut tabagique de tous les patients.</p> <p>Pour les fumeurs ou les personnes qui ont arrêté de fumer récemment, le statut tabagique doit être évalué et mis à jour régulièrement.</p> <p>Des systèmes doivent être mis en place dans tous les centres de santé (centres médicaux, cliniques, hôpitaux, etc.) pour assurer que le statut tabagique soit régulièrement documenté. (solidité des preuves = A).</p>
<p>US Department of Health and Human Services, 2008 (93) États-Unis</p>	<p>L'objectif principal de ces recommandations est que les cliniciens recommandent fortement à leurs patients qui utilisent du tabac les traitements par <i>counselling</i> et médicamenteux, et que les systèmes de santé, les assureurs et les acheteurs, soutiennent les cliniciens pour rendre disponibles ces traitements efficaces.</p> <p>Il est essentiel que les cliniciens et les systèmes de santé identifient constamment et documentent le statut tabagique, et traitent chaque utilisateur de tabac vu dans un établissement de soins.</p>
<p>RNAO, 2007 (94) Canada</p>	<p>À l'aide du protocole « demander, conseiller, aider et organiser le suivi », les infirmières mettent en place une intervention minimale de cessation du tabagisme pour l'ensemble des patients (Grade A).</p>
<p>US Preventive Services Task Force, 2010 (95) États-Unis</p>	<p>Pour les adultes : Âge ≥ 18 ans.</p> <p>Il est recommandé que les cliniciens questionnent tous les adultes sur leur consommation de tabac et fournissent des interventions d'arrêt du tabac pour tous ceux qui consomment des produits à base de tabac (Recommandation Grade A).</p>

3.2 Quand dépister ?

► Données de la littérature

Voir chapitre précédent.

► Synthèse des recommandations internationales

Voir chapitre précédent.

► Avis du groupe de travail

Systématiquement vérifier le statut tabagique à chaque consultation.

Une attention particulière doit être portée aux femmes enceintes ou avec un projet de grossesse et aux adolescents.

► Recommandations

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	<p>Le dépistage de l'usage du tabac doit faire partie de l'interrogatoire de la première consultation (identification des facteurs de risque).</p> <p>Ne pas oublier les autres formes d'utilisation du tabac (prisé, mâché, cigare, pipe, narguilé, snus, joint de cannabis, etc.).</p> <p>Plus spécifiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ► 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 actuel⁹ ; <ul style="list-style-type: none"> ► chez la femme en <i>post-partum</i> : 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).

⁹Cette 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.

3.3 Comment dépister ?

► Données de littérature

Voir la synthèse des recommandations internationales dans le tableau 3.

Intérêt des marqueurs biologiques dans le dépistage ?

Des marqueurs biologiques permettent de quantifier le tabagisme dans certaines circonstances : le taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, le dosage de la cotinine (métabolite de la nicotine) plasmatique, urinaire ou salivaire.

Les taux de nicotine reflètent la consommation de tabac des heures précédentes alors que ceux de la cotinine reflètent les apports de nicotine des 2 à 3 jours précédents et reflètent mieux la quantité réelle de nicotine absorbée par le fumeur. Le dosage de la cotinine sérique et salivaire semble plus précis que le dosage de la cotinine urinaire. Les différentes méthodes de dosage sont la chromatographie, des réactions immunochimiques ou colorimétriques. Cette dernière technique est moins coûteuse mais elle est moins spécifique car elle dose l'ensemble des métabolites de la nicotine (85).

Le CO est facilement mesuré dans l'air expiré par un analyseur de CO. Il reflète la consommation tabagique des heures précédentes. Son utilité résulte de sa facilité de mesure. Il peut être utilisé pour vérifier l'abstinence chez un sujet qui utilise des substituts nicotiniques. La normale est inférieure à 6 ppm (85). Un sujet qui inhale la fumée présente des valeurs supérieures à 10 ppm et fréquemment de l'ordre de 20 à 30 ppm. Il existe plusieurs facteurs qui peuvent fausser la mesure, ce qui limite son utilisation. Sa valeur peut être surévaluée en cas de pollution (circulation des voies publique, cuisine, chauffage) ou en cas de tabagisme passif, mais parfois sous-évaluée (en cas d'emphysème à cause de la baisse de la fonction respiratoire).

Ces tests sont peu diffusés et principalement réservés à la recherche ou aux consultations de tabacologie. En outre, la mesure du taux de cotinine urinaire ou plasmatique n'est pas remboursée. La mesure du taux de CO a cependant un intérêt chez la femme enceinte, notamment pour quantifier le tabagisme passif subi par une femme enceinte non-fumeuse (62) (voir chapitre Femmes enceintes).

Tableau 3. Comment dépister ? - Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année/Pays	Recommandations
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	ASK (méthode des 5A) Questionner et documenter le statut tabagique de tous les patients. Pour les fumeurs ou les personnes qui ont arrêté de fumer récemment, le statut tabagique doit être évalué et mis à jour régulièrement. Des systèmes doivent être mis en place dans tous les centres de santé (centres médicaux, cliniques, hôpitaux, etc.) pour assurer que le statut tabagique soit régulièrement documenté. (solidité des preuves = A).
The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), 2007 (96) Australie	Utiliser l'approche 5A pour identifier les fumeurs, et les aider à arrêter de fumer.
US Department of Health and Human Services, 2008 (93) États-Unis	Dépistage de l'utilisation du tabac Tous les patients devraient être questionnés sur leur consommation de tabac, et leur statut de consommation devrait être renseigné de façon régulière (Grade A).
RNAO, 2007 (94) Canada	À l'aide du protocole « des 5A » : « demander, conseiller, aider et organiser le suivi », les infirmières mettent en place une intervention minimale de cessation du tabagisme pour l'ensemble des patients (Grade A).
US Preventive Services Task Force, 2010 (95) États-Unis	Pour les adultes : Âge ≥ 18 ans. Il est recommandé que les cliniciens questionnent tous les adultes sur leur consommation de tabac et fournissent des interventions d'arrêt du tabac pour tous ceux qui consomment des produits à base de tabac (Grade A).

Conclusion des données de littérature

Les recommandations françaises et internationales recommandent un dépistage systématique de l'usage de tabac chez tous les patients.

La démarche de dépistage recommandée consiste à poser simplement la question du tabagisme : « Fumez-vous ? ».

La mesure du CO expiré n'a pas montré son intérêt dans la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme.

► Avis du groupe de travail

Le GT est en accord avec les données de la littérature et rappelle l'importance des points suivants :

- La question du tabagisme doit être systématique. Elle devrait faire partie de la fiche signalétique du patient et/ou des critères de qualité de la gestion du dossier du patient.
- Questionner le patient sur ses connaissances des effets et risques du tabagisme permet d'évaluer ses représentations et croyances et de cibler les informations pertinentes à donner.
- Il est nécessaire d'informer sur les risques généraux et spécifiques (femme enceinte, fertilité, etc.).
- Chez l'adolescent, il est nécessaire de poser la question en consultation individuelle, en rappelant la confidentialité et le secret professionnel à l'adolescent.
- Chez la femme enceinte, afin de favoriser le dialogue, il peut être plus pertinent de poser en premier la question du tabagisme avant la grossesse et d'informer sur les traitements envisageables pendant la grossesse.
- Relever le statut des parents pour les enfants dès la naissance pour savoir s'ils subissent le tabagisme passif.
- Les questionnaires et échelles d'évaluation de la dépendance peuvent être utiles comme support de discussion avec le patient.

Il y a un consensus du GT pour utiliser les outils élaborés par l'INPES, notamment le Dossier de consultation de tabacologie¹⁰ :

- ▮ Tabac. Guide pratique pour le professionnel. Ouvrons le dialogue (97)
- ▮ Tabac. Pour faire le point. Ouvrons le dialogue (98)
- ▮ Pourquoi arrêter de fumer avant une intervention chirurgicale ? (99)
- ▮ La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne (100)
- ▮ Aide au sevrage tabagique : renforcer la motivation. Les essentiels de l'INPES. (101)
- ▮ Les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt (102)

Mesure du CO

Cette mesure n'a pas montré son intérêt dans le dépistage et la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme.

Le GT n'est pas favorable à l'utilisation du CO en médecine générale pour le dépistage car la plupart des médecins ne disposent pas du matériel et que son utilisation ne favorise pas le climat de confiance nécessaire au dialogue et à la prise en charge.

En revanche, son utilité dans la prise en charge de la femme enceinte, notamment pour objectiver l'impact du tabagisme passif et améliorer l'observance, est rapportée par des études et des membres du groupe de travail. Le GT s'accorde sur ce point, à condition que son utilisation se fasse en accord avec la patiente.

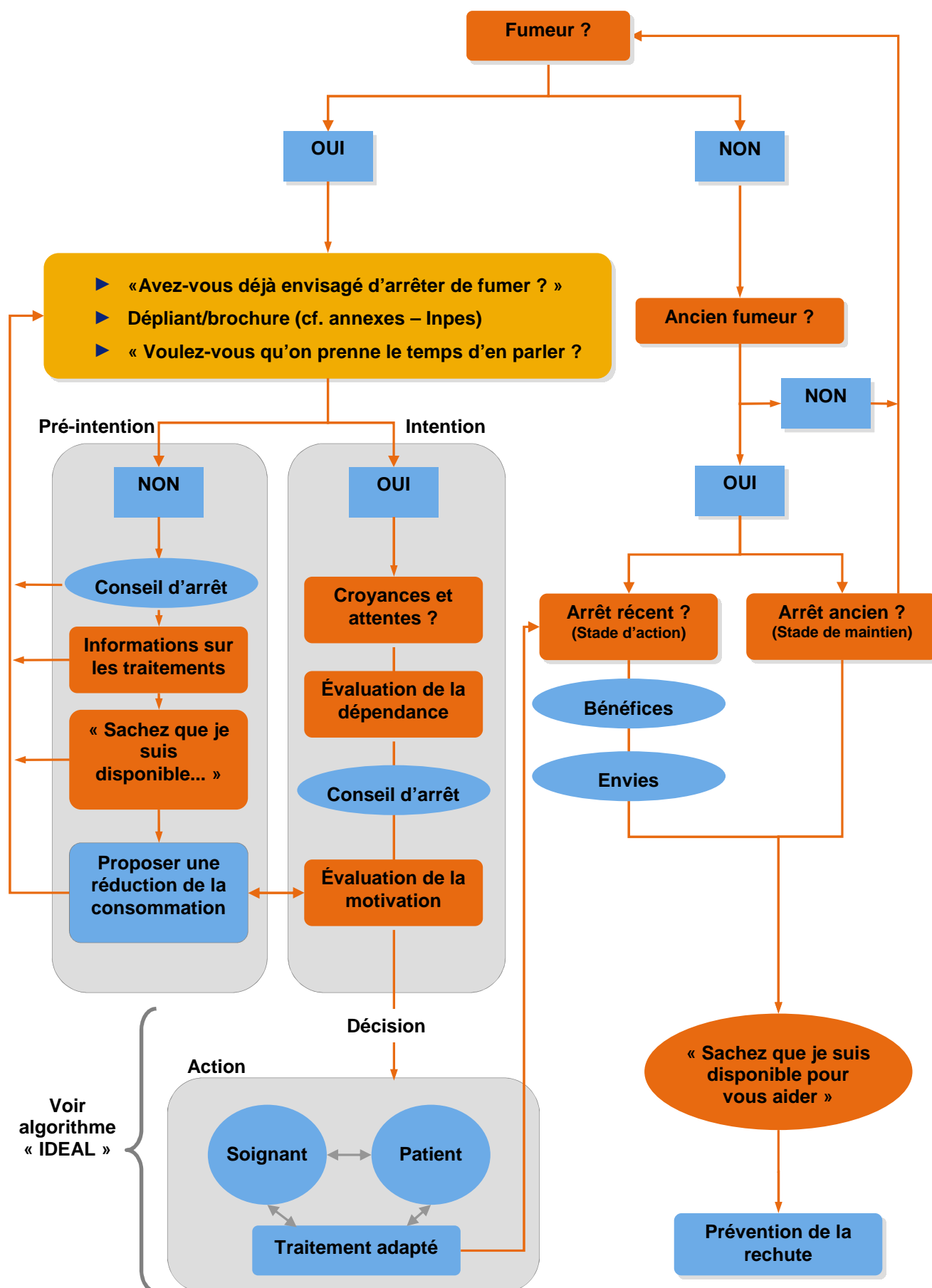
Le GT propose l'algorithme 1 : « Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt du tabagisme ».

¹⁰Dossier de consultation de tabacologie – Inpes (en Annexe ;
http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/tabac_dossier_tabacologie.asp

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

¹¹ 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



3.4 Cas particuliers à distinguer lors du dépistage

3.4.1 Adolescents

► Données de la littérature

Le tabagisme et la dépendance au tabac de l'adolescent sont caractérisés par une plus faible consommation de cigarettes par comparaison à l'adulte. L'utilisation d'outils d'évaluation de la dépendance à forte sensibilité et indépendants de la consommation des cigarettes est donc conseillée.

Source INSERM 2004 (8).

L'évaluation de la dépendance au tabac chez les jeunes, au début de leur condition de fumeur, pose un problème quant à sa mesure. Les critères de dépendance à la nicotine du DSM-IV sont basés sur les hypothèses d'une utilisation prolongée qui ne sont pas applicables aux jeunes fumeurs. Il est donc nécessaire d'utiliser d'autres outils d'évaluation de la dépendance au tabac. Les jeunes fumeurs peuvent être dépendants et présenter des symptômes de sevrage évidents, même avec une faible consommation de cigarettes ; l'inclusion du nombre de cigarettes consommées quotidiennement dans les questionnaires de dépendance au tabac fausse donc le résultat. Le Test de tolérance de Fagerström et le Test de dépendance tabagique de Fagerström sont des questionnaires de type « pharmacocinétique » ; les symptômes listés suivent l'évolution de la nicotémie au cours du nyctémère. Certains de leurs items sont difficiles à concevoir et à appliquer chez les adolescents : le fait de fumer si le sujet est malade, l'intervalle de temps entre le réveil et la première cigarette, l'abstinence dans les lieux d'interdiction. Leur application chez les adolescents conduit à une erreur de l'évaluation de la dépendance.

Le critère principal de la dépendance est la perte de contrôle ou la perte d'autonomie vis-à-vis de l'utilisation d'une substance. DiFranza *et al.*, 2000 (103) ont développé un questionnaire dont la base théorique repose sur le fait que la dépendance au tabac commence au moment où le sujet perd le contrôle de sa consommation. Ces auteurs ont développé un questionnaire (*Hooked on nicotine checklist, HONC*) qui teste de tels critères de perte de contrôle dans les situations adaptées aux jeunes ainsi que l'apparition des symptômes de sevrage. Une réponse positive sur un des items est associée à un échec de tentative d'arrêt, au maintien du tabagisme et au tabagisme quotidien. Une traduction de ce questionnaire est présentée en annexe. Cette traduction correspond à la version publiée par DiFranza *et al.* (104) et O'Loughlin *et al.* 2002 (105) qui inclut une onzième question sur l'humeur dépressive, non présente dans la version originale de DiFranza *et al.*, 2000 (103). Les caractéristiques psychométriques de ce questionnaire sont excellentes (105).

Il a été montré que le Test de tolérance de Fagerström corrèle de façon satisfaisante chez l'adolescent, d'une part avec le taux de cotinine (métabolite de la nicotine) dans le sang, et d'autre part avec l'intensité et la durée du tabagisme (données établies avec des élèves de lycées américains), bien que les scores obtenus par les adolescents soient inférieurs en valeur moyenne à ceux des adultes, probablement parce que les jeunes fument moins de cigarettes par jour que les adultes.

La section du DSM-III-R constitue l'instrument le plus utilisé pour apprécier la prévalence de la dépendance dans la population générale juvénile. Ceci correspond au choix de prendre en compte les aspects comportementaux et psychologiques du tabagisme sans s'intéresser à la dépendance physique.

► Avis du groupe de travail

Chez l'adolescent, il est nécessaire de poser la question en consultation individuelle, en rappelant la confidentialité et le secret professionnel à l'adolescent.

Bien que cela n'entre pas dans le champ de cette recommandation, le GT souligne l'importance de la prévention dans cette population, dans laquelle la prise en charge est difficile car les adolescents ne souhaitent généralement pas arrêter de fumer.

► **Recommandations spécifiques aux adolescents concernant le 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 scolaire¹². 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.

3.4.2 Projet de grossesse / femmes enceintes

► **Données de la littérature**

Prévention en procréation naturelle et assistée

Une méta-analyse de Waylen *et al.*, en 2009 (106) à propos de 21 études en fécondation *in vitro* a montré : une diminution des taux de grossesses cliniques (OR=0,56 ; IC95 %=[0,43-0,73]) ; une augmentation du risque de fausse couche du 1^{er} trimestre (OR=2,65 ; IC95 % [1,33-5,30]) ; une augmentation du risque de grossesse extra-utérine (OR=15,69 ; IC95 %=[2,85-85,76]) ; et une diminution du taux de naissances vivantes par cycle (OR=0,54 ; IC95 %=[0,30-0,9]), chez les femmes fumeuses par rapport aux non-fumeuses.

Toutes les étapes de procréation médicalement assistée (PMA) sont impliquées dans les risques liés au tabagisme : la réponse ovarienne à la stimulation, le nombre d'ovocytes recueillis, le taux de fécondation, le taux d'implantation, le taux de naissances vivantes (44).

Dans un article de synthèse sur le tabagisme et la grossesse (44), Grangé et Guibert rappellent l'intérêt de pouvoir agir sur le désir d'enfant comme moteur de l'arrêt du tabac. Cependant, cela est plus compliqué en situation d'infertilité, car le désir d'enfant est souvent une frustration insupportable poussant à reporter le sevrage quand ce manque sera comblé, c'est-à-dire en début de grossesse. Les auteurs rappellent qu'en cas de PMA, il est évident que l'arrêt du tabac du

¹²<http://eduscol.education.fr/cid46869/lutte-contre-le-tabagisme.html>

couple devrait être un préalable indispensable à toute prise en charge. Mais il n'est pas sans poser quelques problèmes éthiques et pratiques : devons-nous refuser une technique sous prétexte qu'une maladie (l'addiction) diminue sa performance ? Peut-on vérifier de façon contraignante le tabagisme ? Quel délai après sevrage ? Comment gérer le stress qui s'ajoute à celui de l'infertilité et de la lourdeur de la PMA ?

L'étude de Jauniaux *et al.* (107) avait pour objectif d'évaluer la distribution des niveaux de cotinine dans les liquides fœtaux et le sérum fœtal durant la première moitié de la grossesse et de comparer les niveaux de cotinine fœtal et maternel chez les fumeuses et les femmes soumises au tabagisme passif. Cette étude concernait 85 femmes en demande d'avortement pour des raisons psychosociales entre 7 et 17 semaines de grossesse. Le statut tabagique des femmes était déterminé par questionnaire. Des échantillons de liquides amniotique et cœlomique ont été collectés entre la 7^{ème} et la 11^{ème} semaine de grossesse et des échantillons de liquides amniotiques et de sang fœtal ont été collectés entre la 11^{ème} et la 17^{ème} semaine de grossesse. Les niveaux de cotinine ont été mesurés par radio-immunodosage. Cinq femmes non-fumeuses, 16 femmes exposées au tabagisme passif, et 26 fumeuses présentaient des niveaux de cotinine supérieurs à la dose limite de détection. La cotinine était retrouvée dans le sérum fœtal, les liquides amniotique et cœlomique, quand les niveaux de sérum maternel et de cotinine urinaire étaient respectivement supérieurs à 25 ng/ml et 250 ng/ml. Chez les fumeuses, ont été mise en évidence des corrélations positives entre les concentrations de cotinine de l'urine maternelle et du liquide amniotique ($r=0,75$ $p<0,001$), entre les concentrations de cotinine de l'urine maternelle et le nombre de cigarettes fumées par jour ($r=0,66$ $p<0,005$), et entre les concentrations de cotinine du sérum maternel et du sérum fœtal ($r=0,97$ $p<0,001$). Cette étude montrait que la cotinine s'accumulait au niveau fœtal dès la 7^{ème} semaine de grossesse chez les fumeuses actives et les femmes soumises au tabagisme passif. Les auteurs ont recommandé de conseiller aux femmes d'arrêter de fumer dès la conception et d'éviter l'exposition à la fumée de tabac.

► **Utilisation des marqueurs biologiques du tabagisme chez la femme enceinte**

Les conclusions de la dernière conférence de consensus de l'ANAES « Grossesse et tabac » (62) de 2004 étaient les suivantes : « Il existe peu d'études spécifiques sur les marqueurs du tabagisme chez la femme enceinte. Les qualités d'un marqueur du tabagisme sont l'objectivité, la validité diagnostique (sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positive et négative), la facilité d'emploi et le faible coût, l'intérêt pour la prise en charge du patient. La validité diagnostique des marqueurs du tabagisme fait l'objet de nombreuses publications, mais le marqueur de référence n'est pas encore défini. Rien ne suggère par ailleurs que la grossesse modifie cette validité diagnostique. L'utilisation des marqueurs du tabagisme chez une femme enceinte fumeuse répond aux objectifs suivants :

- mettre en évidence l'existence d'une exposition tabagique (active ou environnementale) ;
- apprécier l'intensité et le degré d'imprégnation tabagique ;
- évaluer le degré de dépendance au tabac ;
- accompagner l'arrêt du tabac au cours de la grossesse.

Parmi les marqueurs du tabagisme, deux semblent pertinents chez la femme enceinte :

- la mesure du CO dans l'air expiré. Cette mesure est intéressante en raison de son caractère non invasif, de sa simplicité de réalisation, de l'expression immédiate des résultats en ppm et de son faible coût (une fois l'appareil acquis). Il est donc facile à utiliser chez la femme enceinte dans une consultation prénatale. Une quantité de CO expirée supérieure à 10 ppm signe un tabagisme actif, des mesures entre 6 et 10 ppm signent un tabagisme passif ou l'effet d'une pollution atmosphérique. Enfin, des valeurs de 0 à 5 ppm sont retrouvées chez les non-fumeurs ;
- le dosage de la cotinine plasmatique, urinaire ou salivaire. Ce dosage n'est pas utilisable en routine pour le dépistage du tabagisme ni pour le suivi du TNS. Des études complémentaires sont nécessaires pour préciser si le dosage de la cotinine urinaire ou salivaire pourrait permettre d'adapter au mieux le traitement par TNS chez les femmes enceintes.

Une étude a montré une corrélation significative entre la quantité de CO dans l'air expiré et le taux sérique de HbCO chez la mère. Une autre étude a montré une augmentation dose-dépendante de la HbCO fœtale dans le sang du cordon corrélée à l'augmentation du CO expiré par la mère. La mesure du CO a le mérite de donner à la femme enceinte fumeuse une valeur instantanée de son niveau d'intoxication tabagique. Ce peut être le point de départ d'un dialogue constructif avec les professionnels de santé et un facteur déterminant pour que la femme s'arrête de fumer.

L'étude de cohorte prospective de George *et al.* (108) (Cf. Tableau 4) chez les femmes enceintes avait pour objectif de valider l'auto-déclaration du tabagisme, de l'arrêt du tabagisme et de l'exposition au tabagisme passif au début et à la fin de la grossesse. Le statut auto-rapporté par les patientes était comparé au taux sanguin de cotinine utilisé comme biomarqueur. Cette cohorte a inclus 785 femmes enceintes suédoises entre janvier 1996 et décembre 1998. Des entretiens par des sages-femmes et des mesures de cotinine sur des échantillons sanguins ont été réalisés à deux reprises, entre 6 et 12 semaines et entre 31 et 34 semaines de grossesse. Toutes les femmes ont été interrogées sur leur exposition à la nicotine tout au long de leur grossesse, incluant les cigarettes fumées, le tabac à priser, les TNS et le tabagisme passif. La sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive, la valeur prédictive négative, et les rapports de vraisemblance de l'auto-déclaration, ont été calculés. La validité de l'auto-déclaration du tabagisme quotidien était élevée au début et à la fin de la grossesse : la valeur prédictive négative était de 98 % IC95 % = [97-99] (parmi celles qui déclaraient ne pas fumer, seulement 2 % sous-déclaraient un tabagisme actif). Parmi les femmes qui rapportaient un arrêt du tabagisme avant le premier entretien et entre le premier et le second entretien, respectivement 13 % et 25 % d'entre elles présentaient une exposition active à la nicotine d'après les taux de cotinine sanguins (ne déclaraient donc pas un tabagisme actif). D'après les mesures de cotinine, 22 % des femmes non-fumeuses étaient exposées au tabagisme passif au début de leur grossesse et 8 % des femmes y étaient exposées en fin de grossesse. Les informations déclarées sur le tabagisme passif en début et en fin de grossesse classaient de façon erronée les femmes exposées comme non exposées. Cette étude montrait que les informations auto-déclarées par les femmes fumeuses sur leur tabagisme actuel étaient fiables, que les femmes déclarant avoir arrêté de fumer sous-déclaraient leur tabagisme actif et que l'auto-déclaration sous-estimait largement le tabagisme passif.

► Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 5.

► Conclusion

Le tabac 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 : fumer donne beaucoup moins de chances d'avoir un enfant en bonne santé, et ce, que ce soit la femme ou l'homme qui fume, et que le tabagisme soit actif ou passif. L'effet sur la santé reproductive de la génération suivante est moins bien connu mais peut être un argument de poids chez les couples en désir d'enfant ou en début de grossesse. Il est recommandé de conseiller d'arrêter de fumer dès la conception et d'éviter l'exposition passive à la fumée de tabac.

Les données montrent que chez les femmes enceintes, les informations auto-déclarées sur le tabagisme par celles qui continuent de fumer sont fiables, alors que l'on observe une sous-déclaration d'une consommation persistante chez les femmes qui déclarent avoir arrêté de fumer au début de la grossesse. Le tabagisme passif est largement sous-estimé selon les déclarations des femmes.

Même si la consommation auto-déclarée est moins prédictive des anomalies de poids de naissance que les mesures objectives, la corrélation entre consommation déclarée et taux de cotinine urinaire est très forte. Aussi, l'interrogatoire doit continuer à être optimisé en ce sens.

► Avis du groupe de travail

Les risques de complications maternelles et fœtales peuvent être réduits en optimisant la prise en charge de la patiente fumeuse avant le début et tout au long de la grossesse.

Idealement, la femme enceinte fumeuse doit être prise en charge avant la conception, d'où l'importance du repérage précoce.

Chez la femme enceinte, afin de favoriser le dialogue, il peut être plus pertinent de poser en premier la question du tabagisme avant la grossesse et d'informer sur les traitements envisageables pendant la grossesse, avant de rechercher le statut tabagique actuel de la patiente.

Certains membres du GT travaillant auprès des femmes enceintes mentionnent l'utilisation et l'utilité de la mesure du CO dans cette population, notamment pour objectiver l'impact du tabagisme passif.

Le GT s'accorde sur ce point, à condition que son utilisation se fasse en accord avec la patiente.

► Recommandations spécifiques aux femmes avec un projet de grossesse ou enceintes concernant le dépistage

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

A	<p>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.</p> <p>Il est recommandé de profiter de ce projet pour repérer spécifiquement le tabagisme et conseiller l'arrêt.</p>
AE	<p>Il est recommandé d'interroger la femme sur le tabagisme de son entourage (familial, professionnel, etc.).</p> <p>Il est recommandé de fournir, sans culpabiliser les patients :</p> <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. <p>Les informations devraient être disponibles sous différentes formes (affichage en salle d'attente, brochures, etc.).</p> <p>→ Voir documents Tabac Grand public INPES¹³</p>

Pour les femmes enceintes

A	<p>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.</p>
AE	<p>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 actuel¹⁴.</p>

¹³<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/resultatsEspaces.asp?order=support>

¹⁴Cette 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.

Tableau 4. Tabagisme et grossesse. Auto-déclaratif et marqueurs biologiques. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
George et al., 2006 (108) Niveau de preuve=2	Étude de cohorte prospective	Valider le tabagisme auto-déclaré, l'arrêt du tabagisme auto-déclaré et l'exposition au tabagisme passif auto-déclaré au début et à la fin de la grossesse, en utilisant comme biomarqueur le taux de cotinine sanguin.	Femmes enceintes suédoises	Consommation de cigarettes, tabac à priser (oral snuff) TNS, Tabagisme passif, marqueur de cotinine	Taux de nicotine : Tabagisme actif > 15,0 ng/ml 0,1 ng/ml < Exposition au tabagisme passif < 15 ng/ml

Tableau 5. Dépistage chez les femmes enceintes ou en projet de grossesse. Synthèse des conclusions des recommandations internationales.

Année/Pays	Recommandations
ANAES, 2004 (62) France	<p>Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de la morbidité et de la mortalité associée à la grossesse. Beaucoup de femmes enceintes sont motivées à l'arrêt du tabac. Il est donc utile de profiter de cette motivation pour instaurer cet arrêt du tabac le plus précocement possible et pour le maintenir en <i>post-partum</i> afin de protéger l'enfant du tabagisme passif. Plus l'arrêt est obtenu précocement, plus les bénéfices semblent importants pour la femme enceinte et le fœtus. Un arrêt à tout stade de la grossesse est cependant bénéfique. À ce titre, les professionnels de santé doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite prénatale et tout au long de la grossesse.</p> <p>Le conseil minimal Il doit être effectué systématiquement à la première consultation et renouvelé par les différents professionnels de santé à chaque rencontre avec la femme enceinte fumeuse.</p> <p>Les marqueurs biologiques CO expiré, cotinine urinaire et plasmatique sont intéressants pour quantifier le tabagisme dans diverses circonstances mais sont faiblement corrélés à la dépendance et restent d'accès limité. Le dosage de la cotinine urinaire est reconnu comme le meilleur marqueur disponible de la consommation du tabac. Il donne une indication fiable de la consommation du tabac permettant de vérifier la validité des déclarations des sujets sur le comportement tabagique en particulier dans les évaluations thérapeutiques. Il permet d'approcher la posologie de nicotine à utiliser lors du sevrage. Une large utilisation de ces marqueurs nécessiterait une méthodologie simple type bandelettes urinaires, fiable et de coût faible. Le recours aux marqueurs biologiques n'est pas indispensable dans l'appréciation de la dépendance dans les conditions cliniques habituelles. (substitution). En dehors des études contrôlées, l'utilisation de ces marqueurs biologiques peut donner une idée quantitative de l'imprégnation tabagique, ce qui permet d'adapter les posologies des substituts nicotiniques. Toutefois, en raison de leur coût et de leur faible accessibilité, ces méthodes n'ont d'indication que dans le cadre de prise en charge lourde, dans des unités spécialisées. Le questionnaire de Fagerström est une autre façon nettement plus simple d'apprécier assez bien la dépendance ; on peut même, en s'en tenant à la réponse à la question n°1 de ce test, avoir une première approximation du degré de dépendance à la nicotine. En pratique courante, et en première intention, on peut le plus souvent se contenter de demander au patient où il en est de sa consommation</p> <p>Pendant la grossesse La réalité de l'intoxication tabagique est à évaluer par le dosage du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré. L'analyseur de CO est un outil facilement utilisable au cours de toute consultation pré- ou postnatale. Il peut aider à motiver à l'arrêt du tabagisme la femme enceinte et le professionnel de santé et renforcer leur motivation pendant la démarche d'arrêt du tabac.</p> <p>À son arrivée à la maternité, la mesure du taux de CO chez une femme qui a continué de fumer tout au long de sa grossesse peut permettre de renforcer la vigilance des professionnels de la naissance pour diagnostiquer, prévenir ou traiter précocement des complications maternelles et/ou néonatales.</p>
NICE, 2008 (91) Royaume-Uni	<p>Il a été prouvé que les interventions d'arrêt du tabac suivantes sont efficaces :</p> <p>Interventions courtes : Des interventions courtes pour l'arrêt au tabac impliquent des conseils opportuns, une discussion, une négociation ou un encouragement et une orientation vers un traitement plus intense si approprié. Ces interventions sont délivrées par un éventail de professionnels de premiers recours généralement en moins de 10 minutes.</p>

Année/Pays	Recommandations
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p>ASK</p> <p>Questionner et documenter le statut tabagique de tous les patients.</p> <p>Pour les fumeurs ou les personnes qui ont arrêté de fumer récemment, le statut tabagique doit être évalué et mis à jour régulièrement.</p> <p>Des systèmes doivent être mis en place dans tous les centres de santé (centres médicaux, cliniques, hôpitaux, etc.) pour assurer que statut tabagique soit régulièrement documenté. (solidité des preuves = A).</p>
The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), 2007 (96) Australie	<p>Utiliser l'approche des 5A pour identifier les fumeurs, et les aider à arrêter de fumer.</p>
US Preventive Services Task Force, 2010 (95) États-Unis	<p>Femmes enceintes quel que soit l'âge</p> <p>Il est recommandé que les cliniciens questionnent toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac et fournissent une action de <i>counselling</i> importante et adaptée pour celles qui fument. Recommandation Grade A.</p> <p>En ce qui concerne le <i>counselling</i>, pour les adultes (âge ≥ 18 ans) et les femmes enceintes, la méthode des 5A fournit une stratégie intéressante.</p>
NICE, 2010 (109) Royaume-Uni	<p>Recommandation 1 : Identifier les femmes enceintes qui fument et les adresser à des « Stop Smoking Service » du NHS – actions pour les sages-femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimer l'exposition des femmes enceintes au tabac à travers une discussion et un test du taux CO. Expliquer que le test du taux de CO va pouvoir lui donner une mesure physique de son tabagisme et de son exposition au tabagisme des autres personnes. Lui demander si une autre personne de sa famille fume. - Aider à interpréter la lecture du test de CO, établir si elle est un petit fumeur ou fumeur occasionnel. D'autres facteurs à considérer le jour du test sont le moment de la dernière cigarette fumée et le nombre de cigarettes fumées (et quand) (note : les niveaux de CO chutent durant la nuit, et donc des tests réalisés le matin peuvent donner des résultats sous-estimés). - Fournir des informations (par exemple, un dépliant) sur les risques du tabagisme durant la grossesse pour l'enfant à naître et les risques d'exposition au tabagisme passif pour la mère et l'enfant. Les informations doivent être disponibles dans des formats différents. - Expliquer les bénéfices sur la santé de l'arrêt du tabac pour la femme et son bébé. Lui conseiller d'arrêter, pas juste de diminuer. - Expliquer que c'est une pratique normale de s'adresser aux femmes qui fument pour les aider à arrêter et qu'une sage-femme spécialiste ou un conseiller l'appellera et lui proposera une aide (note : un conseiller spécialisé doit proposer cette aide pour minimiser le risque que la femme se désengage de cette démarche). - Adresser toutes les femmes qui fument, ou qui ont arrêté de fumer lors des 2 dernières semaines, aux services « Stop Smoking » du NHS. Si elles ont un haut niveau de CO (plus de 10 pm) mais disent qu'elles ne fument pas, informer-leur d'un empoisonnement possible au CO et demander-leur d'appeler la ligne gratuite du « Health and Safety Executive gas safety ».

Année/Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser un rendez-vous et, si les femmes veulent parler à quelqu'un au téléphone à ce moment, donner le numéro de la ligne du NHS « <i>Pregnancy Smoking Helpline</i> ». Fournir aussi le numéro local d'une assistance téléphonique si elle est disponible. - Si son partenaire ou d'autres fument dans la famille, suggérer-leur qu'ils contactent les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NS. Si personne ne fume, formuler un commentaire positif. - Au prochain rendez-vous, tester si la femme s'est engagée dans cette orientation. Si non, lui demander si elle est intéressée pour arrêter de fumer et lui proposer un autre rendez-vous au service. - Si elle accepte cette orientation, organiser un rendez-vous et donner le numéro de l'assistance téléphonique « <i>Pregnancy Smoking Helpline</i> » du NHS. - Si elle décline la démarche, accepter la réponse sans jugement, et laisser ouverte la proposition d'aide. Souligner aussi l'aide flexible que beaucoup de services « <i>Stop Smoking</i> » du NHS propose aux femmes enceintes (par exemple, certains services proposent des visites à domicile). - Si la démarche a été enclenchée, fournir un commentaire. - Pour chacune des étapes ci-dessus, enregistrer le statut tabagique, les niveaux de CO, que l'orientation soit acceptée ou déclinée. Cela doit être enregistré dans le dossier papier de la femme. - Si un dossier papier n'est pas disponible, utiliser des protocoles locaux pour enregistrer cette information. <p>Recommandation 2 : Identifier les femmes qui fument et les adresser à des « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS – actions pour les autres dans les secteurs publics, communautaires et bénévoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser n'importe quel rendez-vous ou réunion comme une opportunité pour demander aux femmes si elles fument. Si elles fument, expliquer comment les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS peuvent aider et conseiller les personnes à arrêter de fumer. - Proposer à ceux qui veulent arrêter de fumer une orientation vers les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS. - Organiser une orientation (traduction de <i>Use local arrangements to make a referral</i>). Enregistrer cela dans le dossier papier. Si aucun dossier papier n'est disponible localement, utiliser les protocoles locaux pour enregistrer cette information. - Donner le numéro de la ligne du NHS « <i>Pregnancy Smoking Helpline</i> » si elles veulent parler à quelqu'un au téléphone à ce moment. Fournir aussi le numéro local d'une assistance téléphonique si elle est disponible. - Le personnel avec une formation spécialisée devrait fournir aux femmes enceintes qui fument des informations (par exemple, un dépliant) sur les risques du tabagisme pendant la grossesse pour l'enfant à naître. Ils devraient aussi fournir des informations sur les risques de l'exposition au tabagisme passif pour la mère et le bébé et sur les bénéfices de l'arrêt du tabagisme. Les informations devraient être disponibles dans différents formats.

3.4.3 Péri-opératoire et patients hospitalisés

► Données de la littérature

Une étude de pratique ayant fait l'objet d'un travail de thèse de médecine générale s'est intéressée au repérage diagnostique de la dépendance au tabac dans une perspective thérapeutique dans les services hospitaliers d'une ville départementale de France (Libourne) (110).

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le repérage du diagnostic de dépendance au tabac au sein de ces services hospitaliers indépendamment du simple repérage de l'usage et parmi les personnes diagnostiquées, d'évaluer l'accès au traitement de cette dépendance. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le repérage de l'usage de tabac, le repérage du diagnostic de dépendance et l'accès aux traitements en fonction de certaines variables.

Les dossiers inclus dans l'étude ont été obtenus par randomisation sur une période prédéterminée entre le 1^{er} et le 30 octobre 2007. Un total de 209 dossiers ont été analysés dans leur intégralité, à partir d'un questionnaire établi pour cette étude.

Les services de réanimation et de pédiatrie ont été exclus car les patients pouvaient y être difficilement interrogeables (coma) ou associés un interrogatoire sans intérêt (enfant). De même, les informations concernant quelques adolescents fumeurs, non généralisables, n'ont pas été recueillies.

Les caractéristiques de l'échantillon étaient équivalentes (concernant l'âge et le sexe des patients) à celles des 1 121 dossiers dont il était extrait (moyenne d'âge= 66,2 ans, médiane= 69,5 ans, les femmes représentent 51,2 % des patients).

Sur les 209 dossiers, 122 (58 %) comportaient un repérage de l'usage de tabac avec 34 fumeurs (soit 27,9 % de fumeurs). Le diagnostic de dépendance au tabac n'était quasiment pas recherché (un seul diagnostic retrouvé). Sur les 34 fumeurs repérés, seulement 4 (soit 11,8 %) ont été traités par des patches de nicotine et il n'y a pas eu de proposition d'autres thérapeutiques ou d'orientation vers un spécialiste. En revanche, 122 patients sur 209 (58 %) avaient eu un repérage de l'usage de tabac, avec des extrêmes selon les services (94 % dans le service de gynéco-obstétrique et 16 % en neurologie). Ce repérage était particulièrement bon lors des consultations d'anesthésie (91 %) et pour les femmes enceintes (100 %). Il était d'autant meilleur que les patients étaient jeunes. Le sexe des patients, leurs antécédents, ainsi que la durée du séjour ou les séries d'hospitalisations n'influençaient pas le repérage de l'usage de tabac.

L'étude de Faseru *et al.* réalisée aux États-Unis et publiée en 2009 (111) (niveau de preuve 3) avait pour but d'évaluer l'accessibilité au service proposant un traitement du tabagisme à l'hôpital et d'identifier les facteurs prédictifs d'une orientation vers ce service et d'un traitement par ce service. Les auteurs ont examiné les dossiers médicaux de 21 356 patients admis à l'hôpital universitaire de la ville de Kansas entre le 1^{er} septembre 2006 et le 31 août 2007. Pour 23 % des patients, il n'a pas été possible de connaître le statut tabagique dans les dossiers médicaux. Finalement, l'étude a concerné 3 131 patients fumeurs âgés de 12 à 89 ans. Parmi ces fumeurs, 27 % (n=853) étaient orientés vers le service dédié à la prise en charge du tabagisme. Parmi ces fumeurs orientés vers le service dédié, 65 % recevait un traitement (près d'un fumeur sur cinq avait donc reçu un traitement). Un modèle de régression logistique multivariée a été utilisé pour analyser les facteurs prédictifs. Le premier facteur prédictif d'orientation était le fait d'avoir un diagnostic d'insuffisance cardiaque, d'infarctus du myocarde ou de pneumonie (OR=2,34, IC95 %=[1,69-3,25]). Le second facteur prédictif était un antécédent de tabagisme de plus de 10 ans (OR=2,10, IC95 %=[1,69-2,61]). En revanche, l'admission par les services d'urgence médicale était associée à une moindre orientation vers le service spécialisé comparativement aux patients hospitalisés de façon programmée (OR=0,79, IC95 %=[0,66-0,95]). De même, les admissions dans les services chirurgicaux, obstétriques, et psychiatriques, étaient associées à une moindre orientation vers le service spécialisé (respectivement OR=0,46, IC95 %=[0,38-0,56] ; OR=0,60, IC95 %=[0,39-0,92] ; (OR=0,35, IC95 %=[0,25-0,50]). Parmi ceux qui étaient orientés vers le service spécialisé, les fumeurs avec une durée de séjour plus longue (≥ 3 jours) et les patients admis via le service d'urgence, étaient plus à même de bénéficier de traitements (respectivement OR=1,88, IC95 %=[1,37-2,59] et OR=1,41, IC95 %=[1,03-1,92]). Cette étude mettait en évidence

un mauvais repérage du statut tabagique des patients à l'hôpital, puisque seuls 77 % des dossiers renseignaient ce critère, ainsi qu'un déficit d'orientation et de prise en charge de ces fumeurs à l'hôpital, puisque seuls 27 % des fumeurs étaient orientés vers le service spécialisé.

Les données de la littérature rapportent un repérage insuffisant du statut tabagique des patients hospitalisés ainsi qu'un taux faible d'orientation et de prise en charge des patients fumeurs repérés.

► **Avis du groupe de travail**

Le GT est en accord avec la littérature sur le sous repérage du tabagisme en milieu hospitalier et avant une opération. Il insiste sur l'importance d'un dépistage individuel systématique. Il rappelle l'importance de délivrer des informations sur les risques supplémentaires dus au tabac en cas d'opération.

Le GT rappelle l'importance de la standardisation du recueil du statut tabagique en milieu hospitalier dans le dossier patient à l'aide des items dédiés.

► **Recommandations concernant le dépistage des patients en péri-opératoire et hospitalisés**

Péri-opératoire

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

Patients hospitalisés

A	Le dépistage du tabagisme doit être systématique en milieu hospitalier. 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.
----------	---

4 Évaluation initiale

4.1 Comment identifier la dépendance ?

La reconnaissance de la dépendance tabagique et de son intensité apparaît comme un temps essentiel afin d'évaluer les probabilités du succès initial et de la durée du sevrage et de choisir les moyens à proposer dans le cadre d'une aide au sevrage tabagique.

Deux types de méthodes sont utilisés pour évaluer la dépendance au tabac : des questionnaires spécifiques et des marqueurs biologiques (75).

4.1.1 Instruments diagnostiques structurés

Il existe plusieurs instruments diagnostiques structurés permettant de délivrer le diagnostic de dépendance à une substance, et en particulier à la nicotine :

- le CIDI-SAM (*Composite international diagnostic interview-substance abuse module*) : cet instrument diagnostique permet de générer les diagnostics de dépendance du DSM-III, du DSM-III-R, du DSM-IV et de la CIM-10 (112) ;
- le MINI (*Mini international neuropsychiatric interview*) : cet instrument simple et rapide permet de générer les diagnostics du DSM-IV (113).

Le diagnostic d'abus (DSM-IV), qui fait référence aux complications socio-judiciaires de la consommation d'autres substances psychoactives, n'existe pas pour le tabac. En revanche, le diagnostic d'utilisation nocive pour la santé (CIM-10), qui fait référence à l'existence d'une complication somatique ou psychologique, existe pour ce produit.

Les instruments diagnostiques basés sur les définitions de la dépendance du DSM-IV et de la CIM-10 présentent des limites : ils permettent de déterminer si la dépendance est présente mais ne mesurent pas le degré de dépendance. En outre, le DSM-IV n'inclut pas le désir compulsif de fumer (*craving*).

4.1.2 Questionnaires d'évaluation quantitative du niveau de dépendance

Plusieurs tests ont été proposés pour mesurer la dépendance tabagique. D'autres mesurent des aspects spécifiques de la dépendance, comme le syndrome de sevrage ou le désir compulsif de fumer (cf. tableau 6). Certains de ces tests sont présentés en annexe.

Évaluation de la dépendance (8,114)

- Le test de dépendance à la cigarette de Fagerström (*Fagerström test for cigarette dependence*) en 6 questions (115,116).
- Le test de tolérance de Fagerström (*Fagerström Tolerance Questionnaire : FTQ*) en 8 questions (117).
- Le test de Fagerström simplifié (*Short Tabac Test ou Heaviness of smoking index*) en 2 questions.
- Le questionnaire de dépendance tabagique pour les adolescents (*Hooked on nicotine checklist : HONC*) en 11 questions (105)
- La *Nicotine Dependence Syndrome Scale* (NDSS) en 19 questions (2004) (118).
- L'échelle de dépendance à la cigarette en 12 questions (*Cigarette dependence scale : CDS-12*) (119).

Le plus connu des questionnaires pour évaluer la dépendance est le test de dépendance à la cigarette de Fagerström, le *Fagerström test for cigarette dependence* (115,116), en 6 questions, basé sur le Test de tolérance de Fagerström (FTQ) datant de 1978. Ce test, en 8 questions, avait pour vocation de mesurer la dépendance physique. Le *Heaviness of Smoking Index* (HSI) est une version simplifiée du test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux questions. Deux questions du FTQ, sans valeur diagnostique, ont été retirées, et le nombre de cigarettes et le délai

entre le lever et la première cigarette ont reçu une pondération plus forte. Le test de dépendance à la cigarette de Fagerström était initialement appelé Test de dépendance à la nicotine de Fagerström (*Fagerström Test for Nicotine Dependence : FTND* (116)) et a été renommé en 2012 (115).

Plusieurs études ont montré que le risque de rechute à l'arrêt du tabac est plus important si les scores aux tests sont élevés. Le problème de ces tests est qu'ils ne semblent mesurer qu'un seul aspect de la dépendance : la tolérance. En effet, les scores à ces tests sont très corrélés à la simple consommation de cigarettes ; les mesures d'intoxication, comme le CO expiré et la cotinine, expliquent une part importante de la variance de ces tests. Autre limite, de nombreux éléments du test de dépendance à la cigarette de Fagerström sont difficilement applicables aux fumeurs occasionnels. **Et surtout, ces échelles de mesure ne reprennent pas les définitions de la dépendance de la CIM-10 et du DSM-IV, définitions qui adoptent une conception multidimensionnelle de la dépendance. Certains aspects importants de la dépendance ne sont pas pris en compte : le syndrome de sevrage, la perte de contrôle, le désir persistant ou l'incapacité de réduire ou d'arrêter sa consommation (8).**

Le test de dépendance à la cigarette de Fagerström et le test de Fagerström simplifié ont de faibles qualités psychométriques, mais sont universellement utilisés (8).

La *Hooked on Nicotine Checklist* (HONC) de 2005 est une échelle spécifique pour évaluer le tabagisme des adolescents mais elle n'a pas été validée en français et ses bases théoriques sont controversées.

La *Nicotine Dependence Syndrome Scale* (NDSS) est plus proche des définitions du DSM-IV que le FTND mais avec une mesure dimensionnelle en plus.

La *Cigarette Dependence Scale* (CDS) de 2003 ou échelle de dépendance à la cigarette, a été développée en accord avec les standards des méthodes psychométriques. Celles-ci cherchent à identifier une série d'éléments liés qui reflètent, autant que possible, une variable latente non observée. La CDS prend en compte non seulement les éléments du FTND mais aussi les critères de dépendance des DSM-IV et CIM-10. Ce questionnaire d'auto-évaluation existe en deux versions : une longue avec 12 questions et une courte avec 5 questions. Il fournit une mesure quantitative, continue et unidimensionnelle de la dépendance.

La *Cigarette Dependence Scale* (CDS) a des niveaux élevés de cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach) et de fiabilité dans les phases de test-re-test (meilleur rapport test-re-test que le FTND), elle est plus sensible au changement que le FTND, elle a une meilleure validité de contenu et une meilleure capacité à prédire l'arrêt du tabac et les symptômes de sevrage.

En conclusion, la CDS est une échelle valide, utile à la fois pour des études sur la dépendance, pour des interventions cliniques chez les fumeurs et pour la recherche épidémiologique. Toutefois, si l'on veut avoir une vision multidimensionnelle de la dépendance, il convient d'utiliser plusieurs échelles simultanément.

Évaluation du désir compulsif (*craving*)

- Le questionnaire du besoin urgent de fumer (*Questionnaire of smoking urges : QSU*), en 32 items (120), ou sa version abrégée, le *Brief questionnaire for smoking urges (QSU Brief)* en 10 items (121). Leur analyse factorielle permet de dégager deux facteurs : les attentes des effets positifs (plaisir) et les attentes de soulagement du syndrome de sevrage et d'affects négatifs.
- Le questionnaire de manque tabagique (*Tobacco Craving Questionnaire : TCQ*).
- Le questionnaire court de manque tabagique à 12 items (*Tobacco Craving Questionnaire Short Form : TCQ-SF*).

Évaluation du syndrome de sevrage

L'échelle de référence pour évaluer le syndrome de sevrage est aujourd'hui la *Minnesota nicotine withdrawal scale*. Il s'agit d'un auto-questionnaire permettant de coter de 0 à 4 les symptômes de sevrage du DSM-IV. Cette échelle n'a pas été formellement validée (122).

Autres échelles

- Test de HORN : facteurs liés à l'usage
- Échelle d'évaluation des effets de la cigarette (*Cigarette evaluation scale : CES*)
- L'échelle d'évaluation sensorielle des bouffées de cigarette (*Sensory questionnaire*)

Traduction et validation en langue française

Le Houezec en 2010 (114) a recensé d'une part les différentes échelles utilisables en tabacologie (évaluation de la dépendance, évaluation des raisons de fumer, évaluation des symptômes de sevrage tabagique, évaluation des envies de fumer, évaluation de la qualité de vie) traduites et validées en langue française, et d'autre part celles qui n'étaient pas encore traduites et validées et qui pourraient être utiles. Le tableau 7 présente les différentes échelles avec leur valeur de consistance interne (alpha de Cronbach).

4.1.3 Les marqueurs biologiques ont-ils un intérêt pour l'évaluation de la dépendance ?

Les marqueurs biologiques tels que le taux de CO dans l'air expiré, les taux urinaire et plasmatique de cotinine sont faiblement corrélés à la dépendance (75). Dans ces conditions, l'ANAES a considéré en 1998 que « le recours aux marqueurs biologiques [n'était] pas indispensable dans l'appréciation de la dépendance dans les conditions cliniques habituelles. » Cela a été rappelé par l'Afssaps en 2003 (75).

Tableau 6. Échelles et outils d'évaluation de la dépendance au tabac. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Échelles / outils concernés	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Résultats et signification
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (CADTH), 2010 (123) Canada	Synthèse de la littérature	<p>Les objectifs de cette revue sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - estimer la fiabilité et la validité des outils pour estimer la dépendance au tabac chez les adultes ; - estimer la fiabilité et la validité du test de Fagerström de dépendance à la nicotine et l' <i>Heavy Smoking Index</i> pour estimer la dépendance au tabac chez l'adulte ; - identifier les recommandations d'utilisations des outils pour estimer la dépendance au tabac chez l'adulte. 	<p>Échelle d'évaluation de dépendance</p> <p>Questionnaire de dépendance à la nicotine de Fagerström (<i>Fagerström Test for Nicotine Dependence : FTND</i>)</p> <p>Questionnaire de tolérance de Fagerström (<i>Fagerström Tolerance Questionnaire : FTQ</i>)</p> <p>Le test de Fagerström simplifié (<i>Heaviness of Smoking Index : HSI</i>)</p> <p>Échelle de dépendance à la cigarette (<i>Cigarette Dependence Scale : CDS-12 / 12 questions</i>)</p> <p>Le questionnaire de dépendance tabagique pour les adolescents (<i>Hooked on Nicotine Checklist :</i></p>	<p>Langue anglaise</p> <p>1/01/2005 à 26/05/2010</p> <p><i>University of York Centre for Reviews and Dissemination (CRD) databases, ECRI, EuroScan, International health technology agencies.</i></p>	<p>1 revue systématique et 19 études observationnelles sélectionnées.</p> <p>Aucune évaluation technologique en santé, revue systématique, méta-analyse, essai contrôlé randomisé, essai contrôlé ou recommandation n'a été identifié.</p> <p>Le FNTD était plus fiable dans le dépistage des populations à faible dépendance que le HSI, mais moins efficace pour identifier une dépendance élevée à la nicotine, particulièrement chez ceux qui fument tous les jours.</p> <p>D'autres auteurs ont conclu que le FNTD, la CDS, la NDSS présentaient une bonne fiabilité dans le cas de dépendance moyenne à la cigarette. Le FTND et l'HSI permettaient de prévoir le <i>craving</i> (besoin urgent de fumer) chez les personnes ayant arrêté de fumer. Le FTND et l'HSI étaient mieux à même que le FTQ pour estimer la dépendance à la nicotine.</p> <p>Le FTND présentait des propriétés similaires à la CDS-12 et l'HSI. Le FTND était fiable pour estimer la dépendance à la nicotine dans différentes populations incluant des fumeurs malades psychiatriques ou non. Le premier item du FTND (combien de temps après le réveil fumez-vous votre première</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Échelles / outils concernés	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Résultats et signification
			<p>HONC)</p> <p>Échelle de syndrome de dépendance à la nicotine (<i>Nicotine Dependence Syndrome Scale : NDSS</i>)</p> <p>Questionnaire SSADDA (<i>Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism</i>)</p> <p>Échelles de conséquences du tabagisme</p> <p>Questionnaire sur les conséquences du tabagisme (<i>Smoking Consequences Questionnaires-Adult : SCQ-A</i>)</p> <p>Questionnaire court sur les conséquences du tabagisme (<i>Brief form of the Smoking Consequences Questionnaires-Adult : BSCQ-A</i>)</p>		<p>cigarette ?) est un prédicteur valide de la dépendance à la nicotine.</p> <p>Les critères diagnostiques du DSM-IV peuvent être combinés avec le SSADDA pour estimer la dépendance à la nicotine.</p> <p>Comparativement au FTND, le HONC pourrait être plus adapté pour estimer la dépendance à la nicotine chez les adultes fumeurs dont la consommation est faible. Chez les patients en demande de traitement, l'utilisation du questionnaire à 10 items (QSU-Brief) pourrait estimer faiblement le besoin urgent de fumer.</p> <p>La CDS-12 était mieux à même que le FTND et l'HSI de prévoir les symptômes de sevrage et pouvait prévoir les arrêts de tabac à venir. La CDS était mieux à même de prévoir l'abstinence à 8 jours comparativement à l'HSI et à la NDSS. Le TCQ et le TCQ-SF étaient valides et fiables pour mesurer le <i>craving</i> (besoin urgent de fumer).</p> <p>Il n'y avait pas de recommandation basée sur des preuves identifiées au sujet de l'utilisation d'outils pour évaluer la dépendance des adultes au tabac.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Échelles / outils concernés	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Résultats et signification
			<p>Échelles d'évaluation d'envie de fumer :</p> <p>Questionnaire des envies urgentes de fumer (<i>Questionnaire of Smoking Urges : QSU-Brief</i>)</p> <p>Questionnaire de manque tabagique (<i>Tobacco Craving Questionnaire : TCQ</i>)</p> <p>Questionnaire court de manque tabagique à 12 items (<i>Tobacco Craving Questionnaire Short Form : TCQ-SF</i>)</p>		

Tableau 7. Les différentes échelles et leur validation en français selon Le Houezec 2010 (114)

Échelles	Version Française	Validation en Français	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach version française
Échelles d'évaluation de la dépendance				
FTND (<i>Fagerström test for nicotine dependence</i>)	oui	oui	0,64	0,68
HSI (<i>Heaviness of smoking index</i>)	oui	oui		0,63
HONC (<i>Hooked on nicotine checklist</i>)	oui	non	0,90	
TDS (<i>Tobacco dependence screener</i>)	non		0,74-0,81	
CDS-12 (<i>Cigarette dependence scale</i>)	oui	oui		0,91
CDS-5	oui	oui		0,77
NDSS (<i>Nicotine dependence syndrome scale</i>)	non		0,79	
Échelles d'évaluation des raisons de fumer				
WISDM-68 (<i>Wisconsin inventory of smoking dependence motives</i>)	non		0,96	
Brief-WISDM	non		0,87-0,91	
SMQ (<i>Smoking motives questionnaire</i>)	non			
RSS (<i>Reasons for smoking scale</i>)	non			
MRSS (<i>Modified reasons for smoking scale</i>)	oui	oui		0,53-0,76
M-NRQ (<i>Michigan nicotine reinforcement questionnaire</i>)	non			
Échelles d'évaluation des symptômes de sevrage				
MNWS (<i>Minnesota nicotine withdrawal scale</i>)	oui	non	0,85	
MPSS (<i>Mood and physical symptoms scale</i>)	non			
SS (<i>Schiffman scale</i>)	non			
WSWS (<i>Wisconsin smoking withdrawal scale</i>)	non		0,91	
CWS (<i>Cigarette withdrawal scale</i>)	oui	oui	0,93	0,93
Échelles d'évaluation de l'envie de fumer				
QSU (<i>Questionnaire of smoking urges</i>)	oui			
QSU-brief	non		0,87-0,89	
TCQ (<i>Tobacco craving questionnaire</i>)	oui	oui	0,48-0,82	0,66-0,83
TCQ-SF (<i>short form</i>)	oui	non	0,59-0,90	0,44-0,78
Échelle d'évaluation de la qualité de vie				

WHOQOL-SRPB (<i>World Health Organisation Quality of Life – Spirituality, religiousness and personal beliefs</i>)	oui	oui	0,77-0,95	0,74-0,98
---	-----	-----	-----------	-----------

► Conclusion

Le test de dépendance à la cigarette de Fagerström et le test de Fagerström simplifié sont largement utilisés et recommandés. Pourtant, ces tests ont de faibles qualités psychométriques. De plus, ces échelles de mesure ne reprennent pas la définition de la dépendance de la CIM-10 (ni du DSM-IV) qui adopte une conception multidimensionnelle de la dépendance. Certains aspects importants de la dépendance ne sont pas pris en compte : le syndrome de sevrage, la perte de contrôle, le désir persistant ou l'incapacité de réduire ou d'arrêter sa consommation (8).

► Avis du groupe de travail

Au moment du dépistage individuel, les questionnaires et échelles d'évaluation de la dépendance peuvent être utiles comme support de discussion avec le patient.

Après discussion, le GT s'accorde sur le fait que la mesure de la dépendance n'est pas utile pour le dépistage individuel en premier recours, mais doit être envisagée lors de l'évaluation initiale du patient désireux d'arrêter de fumer.

Comme cela est montré dans la littérature, le questionnaire de Fagerström est rapide d'utilisation mais sa validité est limitée, notamment parce qu'il mesure davantage la tolérance et la vitesse de métabolisation du tabac, que les critères de dépendance tels que définis dans la CIM-10.

Afin de prendre en compte les aspects de la dépendance qui ne sont pas mesurés par le test de Fagerström, le GT propose de les rechercher lors de l'anamnèse. Cette méthode, pourrait, en étant aussi simple d'utilisation, permettre une meilleure évaluation de la dépendance.

Exemples :

- patient ayant rechuté après une tentative d'arrêt ;
- patient continuant à fumer malgré les conséquences de son tabagisme sur sa santé (ex. : intervention chirurgicale, grossesse, BPCO, artérite, cancer, etc.) ;
- patient en souci constant d'approvisionnement de tabac.

Il y a un consensus du GT pour utiliser les outils élaborés par l'INPES, notamment le Dossier de consultation de tabacologie, car c'est un outil facilement accessible et pratique d'utilisation. Le questionnaire de Fagerström figure dans ce dossier.

Utilisation du taux de CO

Cette mesure n'a pas montré son intérêt dans le dépistage et la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme.

Le GT n'est pas favorable à l'utilisation du CO en médecine générale pour le dépistage car la plupart des médecins ne disposent pas du matériel et que son utilisation ne favorise pas le climat de confiance nécessaire au dialogue et à la prise en charge.

En revanche, son utilité dans la prise en charge de la femme enceinte, notamment pour objectiver l'impact du tabagisme passif et améliorer l'observance, est rapportée par des études et des membres du groupe de travail. Le GT s'accorde sur ce point, à condition que son utilisation se fasse en accord avec la patiente.

► **Recommandations**

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).

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.

4.2 Comment évaluer les comorbidités anxieuse et dépressive ?

► Données de la littérature

Le lien épidémiologique entre les troubles anxio-dépressifs et le tabagisme est bien établi. Il semblait admis que le tabagisme permettait à certains sujets de contrôler leurs troubles anxio-dépressifs en agissant comme une forme d'automédication. Toutefois, l'âge moyen d'initiation du tabagisme est de 15 ans, ce qui précède l'âge de début de la plupart des troubles psychiatriques. Il semble également que les troubles anxieux s'améliorent à l'arrêt du tabac, ce qui suggère un rôle causal de la nicotine dans leur survenue. Bien que le lien physiopathologique entre ces troubles reste encore l'objet de débats, il semble établi que les fumeurs qui ont présenté dans le passé ou qui présentent lors de leur tentative d'arrêt des troubles anxieux ou dépressifs aient plus de difficultés à s'arrêter de fumer. Cette difficulté accrue à s'arrêter de fumer peut résulter de nombreux facteurs : une dépendance plus forte chez ces sujets, moins de soutien social ou moins d'habileté personnelle à gérer le sevrage chez ces patients. De surcroît, l'arrêt du tabac induit chez certains patients une recrudescence de leurs troubles anxieux ou dépressifs. Le risque d'apparition d'épisode dépressif majeur est augmenté pendant les six mois après arrêt du tabac. Les fumeurs qui présentent un trouble dépressif induit par le sevrage ont plus de difficultés à s'arrêter de fumer. Les troubles anxio-dépressifs induits par le sevrage durent en général quelques semaines et ne nécessitent en général pas de prise en charge pharmacologique spécifique. Un soutien dans le cadre de la consultation est néanmoins nécessaire. Si les troubles persistent, il est utile d'envisager une prise en charge spécifique (85).

Il est utile de rechercher ces troubles par l'interrogatoire avant la mise en route du traitement. Les antécédents personnels et familiaux doivent être recherchés.

Le repérage de ces comorbidités n'est pas spécifique au patient fumeur. Le lecteur peut se reporter aux recommandations relatives à ces pathologies.

Il existe plusieurs tests et échelles validés permettant d'évaluer le degré d'anxiété et/ou de dépression du fumeur par des praticiens non psychiatres avant et pendant l'arrêt.

On peut citer par exemple :

L'inventaire d'anxiété de Beck (BAI)

L'inventaire d'anxiété de Beck est un auto-questionnaire évaluant la symptomatologie anxieuse (124). Il se compose d'une liste de 21 symptômes d'anxiété développée auprès d'échantillons cliniques. Les items correspondent aux symptômes principaux du trouble panique et de l'anxiété généralisée du DSM IV. L'administration est très rapide et se fait en auto-passation. Le sujet indique la fréquence des différents symptômes éprouvés pendant les sept derniers jours sur une échelle de 0 (« pas du tout ») à 3 (« beaucoup, je pouvais à peine le supporter »). Le résultat total varie de 0 (absence de tout symptôme anxieux) à 63. Les propriétés psychométriques des versions original et française révèlent une bonne fiabilité et une bonne validité (124,125). Le BAI permet de discriminer l'anxiété de la dépression. Des études menées dans différents échantillons de sujets ont montré qu'un score de 20 identifiait un syndrome anxieux de nature clinique (125).

L'inventaire de dépression de Beck (BDI)

L'inventaire de dépression de Beck (BDI) est un auto-questionnaire évaluant la symptomatologie dépressive (126). Cet outil donne une estimation quantitative de l'intensité de la symptomatologie subjective de la dépression. Il est constitué de 21 items. Chaque item se compose de quatre phrases correspondant à quatre degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Il est demandé au sujet d'entourer, pour chaque item, la proposition qui décrit le mieux son état actuel. Le score global est obtenu en additionnant les valeurs des 21 items. Le score peut varier de 0 (absence de tout symptôme subjectif dépressif) à 63 (127). Les qualités

psychométriques des versions originale et française ont été analysées dans de nombreuses études (126,128). Les résultats montrent que la fiabilité et la validité sont satisfaisantes et notamment dans une population de sujets dépendant des opiacés en traitement non abstinents (129). Le BDI différencie les sujets dépressifs de sujets contrôles et des sujets anxieux non dépressifs. De plus, le questionnaire permet de discriminer des groupes de malades ayant des intensités différentes de dépression. Les normes ont été établies par Beck et Steer en 1988 (126) :

- score inférieur à 10 : score normal ;
- score de 10 à 18 : dépression légère ;
- score de 19 à 29 : dépression modérée ;
- score supérieur ou égal à 30 : dépression sévère.

HAD (Hospital Anxiety-Depression scale)

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21) (130).

► **Avis du groupe de travail**

Le repérage de ces comorbidités n'est pas spécifique au patient fumeur.

Lors de l'anamnèse, il est nécessaire de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, actuelles et sur la vie entière. De même, lors du suivi, Il est nécessaire de prendre en charge ces pathologies, le cas échéant, selon les modalités spécifiques à chaque affection (se reporter aux recommandations relatives à chaque pathologie).

Il est important de rechercher les éventuels symptômes anxieux et dépressifs survenus lors des précédentes tentatives d'arrêt du patient.

Le test HAD (Hospital Anxiety-Depression scale) inclus dans le dossier de consultation de tabacologie de l'INPES peut aider au repérage.

► **Recommandations**

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'auto-questionnaires : <i>Hospital Anxiety-Depression scale</i>¹⁵ (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 Comorbidités psychiatriques et co-addiction.

¹⁵ Cf. annexes

4.3 Comment évaluer les co-addictions ?

Le repérage de ces comorbidités n'est pas spécifique au patient fumeur. Le lecteur peut se reporter aux recommandations relatives à ces pathologies.

Il existe des questionnaires validés pour dépister un usage problématique notamment, d'alcool et de cannabis, les deux substances le plus souvent associées au tabac :

- le questionnaire CAGE-DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) pour l'usage problématique d'alcool (131) ;
- le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) pour l'usage problématique de cannabis (132).

Ces questionnaires sont disponibles via le site tabac-info-service.fr.

► Données de la littérature

Concernant l'évaluation des co-addictions chez les usagers du tabac, seule une revue de la littérature sur l'association cannabis-tabac a été retrouvée.

Cannabis-tabac

La revue de littérature de Peters et al. en 2012 (133) (Cf. Tableau 8) a examiné les diagnostics cliniques d'abus et dépendance, les problèmes psychosociaux et l'évolution clinique (rechute, abstinence) associés à l'usage concomitant de cannabis et de tabac.

Au total, 28 études ont été retenues : 16 études portaient sur les diagnostics cliniques, 4 études sur les problèmes psychologiques et 11 études sur l'évolution clinique.

Comparativement à la consommation de cannabis seulement, la consommation concomitante de cannabis et de tabac était associée à un risque plus élevé d'abus ou de dépendance au cannabis, de problèmes psychologiques et de rechute de l'usage de cannabis.

Comparativement à la consommation de tabac seulement, la consommation concomitante de cannabis et de tabac n'était pas associée à un risque supérieur de dépendance au tabac, ni à davantage de problèmes psychologiques, ni à un risque supérieur de rechute de l'usage de cannabis.

Cette étude montrait que les usagers de cannabis qui fumaient aussi du tabac étaient davantage dépendants au cannabis qu'au tabac, avaient plus de problèmes psychologiques, et une évolution clinique de la dépendance au cannabis plus péjorative que les fumeurs exclusifs de cannabis.

Cette revue de littérature ne détaillait pas les résultats des études citées ; en particulier, les intervalles de confiance des odds ratios n'étaient pas fournis. De plus, les études retenues étaient fortement hétérogènes (études transversales, d'études de cohorte, et enquêtes) et n'avaient pas permis d'effectuer une méta-analyse.

Recommandations de la HAS

Le tableau 9 rappelle les conclusions et les recommandations de la commission d'audition de l'Audition publique « Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins », de la Haute Autorité de Santé, en 2007, pour ce qui concerne le repérage des polyconsommations.

L'intégralité des textes issus de cette audition publique sont disponibles sur has-sante.fr.

► Avis du groupe de travail

Les autres addictions éventuelles doivent être recherchées, en distinguant un usage occasionnel d'un usage régulier et/ou addictif, car elle peut nécessiter une prise en charge conjointement au sevrage du tabac (voir chapitre prise en charge).

Le GT oriente vers les questionnaires validés, habituellement recommandés et utilisés pour ces repérages et disponibles sur le site Tabac Info Service (CAGE-DETA et CAST).

► **Recommandations**

AE	Il est recommandé de se renseigner auprès du patient : <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	Des questionnaires validés peuvent être utilisés pour dépister un usage problématique : <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 Comorbidités psychiatriques et co-addiction.

Tableau 8. Comment évaluer les co-addictions ? Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Peters et al., 2012 (133) Niveau de preuve=3	Revue systématique de la littérature, d'études transversales, d'études de cohorte, et d'enquêtes	Évaluer les diagnostics cliniques, les problèmes psychologiques et les critères d'arrêts chez les fumeurs de cannabis et de tabac	Base de données : MEDLINE, PsycINFO, PUBMED	<ul style="list-style-type: none"> – Troubles liés à l'usage du tabac – Troubles liés à l'usage du cannabis – Arrêts de la consommation – Rechutes – Tests de dépistage urinaire 	<p>28 études comparaient les diagnostics associés à l'utilisation simultanée du cannabis et du tabac (CT) vs. utilisateurs exclusifs du tabac (T) vs. utilisateurs exclusifs de cannabis (C).</p> <p>Pas de méta-analyse possible en raison de l'hétérogénéité des études</p> <p>Association des troubles liés à l'usage du cannabis (dépendance, abus) chez les utilisateurs CT comparativement aux utilisateurs C (groupe de référence)</p> <p>Sept études fournissaient des odds ratios ajustés sur des facteurs de confusion (caractéristiques démographiques et psychiatriques) 0,71<OR<5,00</p> <p>Deux études transversales permettaient le calcul de prévalence des troubles liés à l'usage du cannabis entre les groupes CT et C.</p> <p>Étude 1 : parmi des étudiants universitaires (n=1253), prévalence de la dépendance au cannabis (23 % (CT) versus 11 % (C))</p> <p>Étude 2 : Parmi 134 adolescents et</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>adultes bipolaires (53 % (CT) versus 12 % (C)).</p> <p>Deux autres études présentées, mais les résultats associés n'étaient pas détaillés.</p> <p>Association des troubles liés à l'usage du tabac (dépendance à la nicotine) chez les utilisateurs CT comparativement aux utilisateurs C (groupe de référence)</p> <p>Cinq études fournissaient des odds ratios ajustés sur des facteurs de confusion (caractéristiques démographiques et psychiatriques)</p> <p>0,58<OR<2,80</p> <p>Association des problèmes psychosociaux liés à l'usage du tabac et du cannabis chez les utilisateurs CT comparativement aux utilisateurs C ou aux utilisateurs T (groupe de référence) : quatre études étaient présentées mais les résultats détaillés ne figuraient pas dans l'article.</p> <p>Rechute chez les utilisateurs CT comparativement aux utilisateurs C et ex-fumeurs récents (groupe de référence)</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Une étude fournissait des odds ratios ajustés sur des facteurs de confusion (caractéristiques démographiques et psychiatriques) CT versus C : OR=1,71, significativement différent de 1</p> <p>Rechute chez les utilisateurs CT comparativement aux utilisateurs C et nouvellement T (groupe de référence) Une étude fournissait des odds ratios ajustés sur des facteurs de confusion (caractéristiques démographiques et psychiatriques) CT versus C : OR=3,08, significativement différent de 1</p> <p>Pourcentage de tests de dépistage urinaire de cannabis négatifs CT versus C et ex-fumeurs : 24,4 % versus 49,4 %</p> <p>Pourcentage de tests de dépistage urinaire de cannabis négatifs CT versus C et n'a jamais fumé : 24,4 % versus 35,0 %</p> <p>Abstinence continue (en semaine) de cannabis CT versus C et ex-fumeurs : 2,8</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>versus 5,6</p> <p>Abstinence continue (en semaine) de cannabis CT versus C et n'a jamais fumé : 2,8 versus 3,7</p> <p>Cinq études ont évalué si les CT avaient plus de difficultés à arrêter de fumer que les T 0,38<OR<1,13</p> <p>Limites : Les intervalles de confiance des odds ratios n'étaient pas fournis. De nombreux résultats associés aux études singulières sont manquants.</p>

Tableau 9. Repérage des polyconsommations problématiques. Recommandations de la Haute Autorité de Santé, issues de l'Audition publique
Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. 2007

Auteur, année, référence	Recommandations
HAS, 2007 (134) France	<p>2.1 Repérage des polyconsommations problématiques</p> <p>L'objectif est que la prise en compte des polyconsommations soit identique à tout autre facteur de risque pouvant entraîner des dommages aussi bien somatiques que psychiques ou sociaux. Tout repérage intègre de fait une dimension de prévention et éventuellement de soins. Il s'inscrit dans une politique globale de réduction des risques, d'allongement de l'espérance de vie et d'amélioration de la qualité de vie. Le repérage des polyconsommations problématiques et les interventions les plus précoces possibles font partie des stratégies de soins.</p> <p>Dans le système de soins, les intervenants de première ligne que sont notamment le médecin traitant, le service de santé au travail, en milieu scolaire et de médecine préventive, le pharmacien et les personnels des services d'accueil et d'urgence devraient rechercher systématiquement des polyconsommations, avec le souci de susciter chez le patient une prise de conscience des risques qui leur sont liés et une motivation au changement.</p> <p>Concernant les structures et équipes plus spécialisées, notamment addictologiques, il est essentiel que l'approche par comportements d'abus et de dépendance, plutôt que par produits, s'intensifie et se généralise de façon à prendre en compte, au-delà de la substance psychoactive d'appel, l'ensemble des conduites addictives repérées et évaluées. Il en va de même pour les patients suivis en psychiatrie chez qui les polyconsommations sont très significativement plus présentes que dans la population générale.</p> <p>► Actions d'information</p> <p>La commission d'audition recommande :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de mener des campagnes d'information du grand public sur les risques des conduites de polyconsommation, afin de créer un environnement favorable à l'émergence de demandes d'aide ou soins qui ne privilégient pas abusivement un produit par rapport à d'autres ; - d'élaborer et assurer la diffusion au grand public d'outils d'auto-évaluation (en particulier consommations tabac-alcool, alcool-tabac-cannabis, alcool-médicaments) facilitant la prise de conscience et contribuant à un changement des représentations et attitudes ; - d'inviter les associations d'usagers à sensibiliser les publics à la dangerosité des polyconsommations ; - d'améliorer la lisibilité du dispositif de soins aussi bien pour les professionnels que pour les usagers et leur entourage ; - de développer l'offre de formation sur le repérage, l'évaluation et l'accompagnement des personnes ayant des conduites de polyconsommation de SPA (formation initiale et continue) ; - de favoriser l'émergence de structures d'écoute téléphonique dédiées aux professionnels comme aide à leurs pratiques 1 ; - de développer le dossier pharmaceutique informatisé afin de faciliter le repérage par le pharmacien.

Auteur, année, référence	Recommandations
	<p>► Repérage</p> <p>La commission d'audition rappelle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une consommation peut en cacher d'autres : devant une consommation identifiée, il faut rechercher systématiquement d'autres consommations afin de réduire les risques et les dommages qui leur sont liés ; - l'association à d'éventuelles addictions purement comportementales est possible ; - l'attente d'une demande de soins ne suffit pas : le repérage et l'évaluation des polyconsommations doivent devenir une préoccupation de tous les acteurs en contact avec les publics, quels que soient l'âge, le profil socioprofessionnel des sujets, en tenant compte des interactions bio-psychosociales, de leur inscription dans des parcours de vie et des contextes différents ; - le repérage et l'évaluation des consommations problématiques doivent pouvoir s'appuyer sur des outils fiables simples et validés : l'élaboration et la validation (y compris au travers d'études de faisabilité auprès des acteurs de première ligne) d'un outil transversal simple, comportant une version adulte et une version senior, sont une priorité (à l'image de ce que constitue pour les adolescents le CRAFFT-ADOSPA).

4.4 Comment donner le conseil d'arrêt ?

► Qu'est ce que le conseil d'arrêt ?

Le conseil d'arrêt 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.

Il a été montré que le conseil d'arrêt augmente de plus de 50 % la probabilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme (> 6 mois) (91-93,109,135,136).

Dans une perspective de santé publique, l'Afssaps en 2003, l'ANAES en 1998 (137) et à nouveau en 2004 (136) recommandaient déjà que le conseil d'arrêt soit systématique (NB : ces recommandations avaient utilisé à tort le terme « conseil minimal » bien qu'il s'agissait d'un conseil d'arrêt).

Une enquête récente (138) a montré que seuls 32 % des médecins généralistes libéraux interrogés demandaient systématiquement à leurs patients s'ils fumaient.

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 (139). 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. Dans leur étude, les auteurs montraient seulement une différence d'abstinence à 1 mois (6,8 % d'arrêt dans le groupe intervention vs. 4,1 % dans le groupe contrôle, $p = 0,004$). Il faut d'ailleurs noter que les conclusions de l'article sur l'efficacité de cette méthode à 12 mois étaient abusives ; les seules analyses montrant une différence à 12 mois ayant été réalisées sur un sous échantillon de sujets abstinents à 1 mois, ce qui brisait la randomisation et donc biaisait les résultats. L'analyse respectant la randomisation ne montrait pas de différence sur l'abstinence à 12 mois dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (respectivement 9,8 % vs. 7,6 %, $p = 0,054$).

► Comment donner le conseil d'arrêt ?

La revue Cochrane de Stead *et al.* en 2008 (135) (tableau 10) a examiné l'effet des conseils délivrés par les médecins pour promouvoir l'arrêt du tabac de leurs patients. Le conseil considéré dans cette revue est défini comme des instructions verbales avec un message « d'arrêt du tabac » intégrant ou non des informations sur les effets délétères du tabagisme. Lorsque le conseil était fourni (avec ou sans document d'information) lors d'une consultation accompagnée éventuellement au plus d'une seule visite de suivi, l'intervention était considérée comme brève. Lorsque le conseil était fourni lors de la consultation initiale, et intégrait l'utilisation d'autres outils qu'un document d'information, avec plusieurs visites de suivi, l'intervention était considérée comme intensive. À partir de 17 essais, une méta-analyse a démontré que les conseils brefs augmentaient de 66 % la probabilité d'arrêt à plus de 6 mois comparativement à l'absence de conseils (RR=1,66, IC 95 % [1,42-2,13]). Parmi les 11 essais pour lesquels l'intervention était plus intensive, l'effet estimé était plus élevé (RR=1,84 IC 95 % 1,60-2,13), mais il n'y avait pas de différence significative entre les sous-groupes ayant bénéficié de conseils brefs et de conseils intensifs. Aucune différence n'était rapportée entre les différents types de conseils (guidance / *counselling* motivationnel, conseils brefs, lettres personnalisées générées par ordinateurs).

Cette revue Cochrane a été mise à jour en 2013 (140). La mise à jour présente une méta-analyse de 42 essais randomisés ayant eu lieu entre 1972 et 2012, et ayant inclus 31 000 fumeurs. Quelques essais concernaient des populations spécifiques (maladie pulmonaire, diabète, maladie cardiaque), mais la plupart ont été réalisés en population générale. Ces essais ont eu lieu pour la plupart chez le médecin généraliste, seuls quelques-uns ont eu lieu à l'hôpital ou dans des centres d'aide à l'arrêt spécialisés. Il ressort que le conseil bref, comparé à aucun conseil ou une

consultation de routine (17 essais), augmente significativement le taux d'arrêt du tabac à six mois ou plus (RR=1,66 ; IC95 % : 1,42-1,94). Dans 11 essais où l'intervention a été jugée plus intensive (consultation plus longue, visites de suivi, brochures), l'efficacité était supérieure (RR=1,86 ; 1,60-2,15). La comparaison directe entre intervention intensive et brève donne l'avantage au conseil plus intensif (RR=1,37 ; 1,20-1,56) et suggère un léger avantage aux interventions incluant des visites de suivi (seulement cinq études, et effet significatif seulement en les associant toutes, RR=1,52 ; 1,08-2,14). La revue conclut que le conseil bref a une efficacité faible qui pourrait rajouter 1 % à 3 % d'efficacité par rapport à l'arrêt spontané (estimé à 2 % à 3 %), une intervention un peu plus intensive, avec suivi, permettrait une meilleure efficacité.

Faut-il conseiller de réduire la consommation ou d'utiliser des cigarettes légères ? (voir aussi le chapitre réduction des risques)

La revue systématique de Stead *et al.* en 2010 (141) (Cf. tableau 10) a examiné l'effet des interventions conçues pour réduire les dégâts du tabagisme sur les indicateurs suivants : biomarqueurs des effets délétères du tabac, biomarqueurs de l'exposition au tabac, nombre de cigarettes fumées, abandon du tabac et statut de santé à long terme. Seize essais ont évalué des interventions pour aider les fumeurs, à diminuer le niveau de cigarettes fumées et trois essais comparaient différents types de cigarettes ou produits potentiellement moins exposants. La diminution rapportée de cigarettes par jour était validée par la réduction des niveaux de CO. La plupart des essais testaient l'utilisation d'un TNS pour consolider la diminution.

Quatre essais concernant différents types de conseils et d'instructions n'ont pas fourni de preuve de l'effet de ces interventions pour réduire le nombre de cigarettes fumées par jour. Trois essais concernant l'impact de l'utilisation de cigarettes légères (avec moins de goudron), de filtres à carbone et de cigarettes électroniques sur des biomarqueurs étaient présentés par les auteurs qui soulignaient la difficulté d'interprétation de ces trois essais (les résultats quantitatifs de ces trois essais n'étaient d'ailleurs pas présentés dans la revue). Dans cette revue de la littérature, **aucun essai ne rapportait des effets à long terme sur la santé de la diminution de la consommation.**

Cette revue systématique n'apportait pas de preuve du bénéfice à long terme d'interventions dont le but est d'aider les fumeurs à réduire leur consommation sans pour autant atteindre l'abstinence.

Cigarettes légères

D'après le rapport *Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine* (142), les risques sur la santé ne semblent pas diminuer avec les cigarettes légères. Les conclusions de l'analyse des preuves épidémiologique de ce rapport sont résumées en six points :

1. Les changements dans la fabrication de la cigarette sur les 50 dernières années ont abaissé substantiellement les cigarettes fortes aux États-Unis.
2. Les cigarettes légères selon les mesures de la FTC sont fabriquées pour autoriser les comportements de compensation du tabac qui permettent à un fumeur d'absorber une dose (variable et étendue) de goudron et de nicotine à partir de la même marque de cigarette, compensant la plupart du bénéfice théorique d'une cigarette plus légère.
3. Les données existantes sur le risque de maladie n'autorisent pas à recommander aux fumeurs de changer de marque de cigarettes. La recommandation « *les individus qui ne peuvent arrêter de fumer devraient changer pour des cigarettes légères* » peut causer des dommages si elle conduit les fumeurs à repousser leurs efforts pour arrêter de fumer.
4. L'adoption générale des cigarettes plus légères par les fumeurs aux États-Unis n'a pas empêché l'augmentation soutenue du cancer du poumon parmi les fumeurs les plus âgés.
5. Les études épidémiologiques n'ont pas rapporté de réduction de risques de maladies parmi les fumeurs de cigarettes légères. Quelques études ont montré des réductions du risque de cancer du

poumon parmi les fumeurs de cigarettes légères. Cette réduction du risque de cancer du poumon peut refléter des caractéristiques différentes des fumeurs de cigarettes légères et des fumeurs de cigarettes fortes.

6. Il n'y a pas de preuve convaincante que les changements dans la conception des cigarettes entre 1950 et les années 1980 étaient associés à une diminution importante des maladies causées par l'utilisation de la cigarette chez les fumeurs ou dans l'ensemble de la population.

Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 11.

La synthèse de la littérature des dernières recommandations américaines de 2008 montrait que les conseils d'arrêt du tabac délivrés dans les services pédiatriques sont efficaces pour augmenter l'arrêt de la consommation des parents qui fument (93).

► Y a-t-il un intérêt à associer des mesures biologiques au conseil d'arrêt ?

La revue systématique de Bize *et al.* en 2009 (143) (tableau 12) a examiné l'intérêt d'associer au conseil une délivrance d'informations objectives sur l'estimation du risque pour la santé à partir de marqueurs biologiques. Les marqueurs biologiques considérés dans cette revue étaient la mesure du monoxyde de carbone expiré, des tests spirométriques ou des tests génétiques. À partir de deux essais, une méta-analyse a démontré que la mesure du CO expiré utilisée en soins primaires n'augmentait pas la probabilité d'arrêt (RR=1,06, IC 95 % [0,85-1,32]). À partir de deux autres essais, une méta-analyse a démontré que l'utilisation de la spirométrie en soins primaires n'augmentait pas la probabilité d'arrêt (RR=1,18, IC 95 % [0,77-1,81]). La spirométrie combinée avec une interprétation des résultats en terme d'âge pulmonaire avait un effet significatif dans un seul essai de bonne qualité RR=2,12, IC95 % = [1,24-3,62]. Un essai qui utilisait l'échographie de la carotide et des artères fémorales et les photographies des plaques d'athéroscléroses mettait en évidence un bénéfice significatif sur l'arrêt du tabagisme (RR=2,77, IC95 % = [1.04-7.41]).

L'objectif de l'étude de Parkes *et al.* en 2008 (144) était d'évaluer l'impact de l'annonce aux patients de l'âge approximatif de leurs poumons à partir du résultat de leur spirométrie sur le taux de sevrage tabagique. Des patients fumeurs, âgés de plus de 35 ans, inscrits sur les listes de cinq cabinets de médecine générale de la même province anglaise ont été inclus dans le cadre d'un essai comparatif randomisé (groupe d'intervention : 281 patients, groupe témoin : 280 patients). Une spirométrie a été prescrite à tous les patients. Les patients du groupe d'intervention ont été informés de leurs résultats concernant l'âge de leurs poumons par analogie avec l'âge moyen des sujets non-fumeurs en bonne santé. Les patients du groupe témoin ont simplement été informés de la valeur de leur VEMS (volume expiratoire maximal par seconde) sans autre explication. Les deux groupes ont reçu un conseil de sevrage tabagique et une proposition de consultation dans un centre anti-tabac. Les patients ont été revus à un an (11 % de perdus de vue). Le critère principal de jugement était le taux de sevrage tabagique à un an. Le pourcentage de patients ayant arrêté le tabac à un an était de 13,6 % dans le groupe d'intervention de 6,4 % dans le groupe témoin (p=0,005). Bien que la différence observée ne fût pas significative, les auteurs ont conclu qu'annoncer aux patients fumeurs l'âge de leurs poumons rapporté à leur performance spirométrique améliorerait la probabilité de sevrage tabagique.

L'objectif de l'étude d'Ojedokun *et al.* en 2013 (145) était d'évaluer l'effet de l'annonce de l'âge pulmonaire estimé par le *Vitalograph Lung Age* lors des consultations de routine des médecins généralistes sur les intentions d'arrêt du tabac et le taux de sevrage. Un total de 402 fumeurs actifs volontaires de cinq cabinets de médecine générale dans le sud-est de l'Irlande a été recruté lors de consultations de routine. Les patients ont été randomisés : 193 patients dans le groupe témoin et 209 patients dans le groupe d'intervention. Le comportement tabagique et le stade de changement de Prochaska ont été évalués avant la consultation. Tous les patients ont reçu des conseils standardisés pour cesser d'arrêter de fumer au cours des consultations de routine. Les patients du groupe d'intervention ont reçu en plus, des informations sur leur âge pulmonaire provenant d'un *Vitalograph Lung Age* portable. Les intentions de sevrage ont été mesurées de

façon déclarative à l'aide d'un questionnaire, 4 semaines après l'intervention. L'arrêt du tabac était validé si aucune cigarette n'avait été consommée les 7 jours précédents. Les taux d'arrêt déclarés à 4 semaines dans le groupe témoin et le groupe d'intervention étaient respectivement de 12,0 % et 22,1 % (différence de 10,1 %, IC 95 % = [1,5-18,7], $p=0,01$). Les progressions positives sur les stades de changement étaient respectivement de 7,3 % et 29,1 % (différence de 21,8 %, IC 95 % = [13,2-30,4], $p=0,02$). Les auteurs ont conclu qu'annoncer au patient fumeur son âge pulmonaire évalué par le médecin généraliste avec un appareil était efficace sur l'arrêt du tabac. Cette étude rapportait des résultats à un mois sur l'arrêt du tabac, ce qui est un délai très court (niveau de preuve 3). Les auteurs proposaient d'ailleurs de mettre en place des études pour évaluer si les différences perduraient au fil du temps.

Il y avait donc peu de preuves que l'ajout d'informations objectives à partir de marqueurs biologiques augmente l'effet du conseil d'arrêt sur les taux d'arrêt du tabagisme. Les données sur l'impact de l'annonce de l'âge pulmonaire sur l'abstinence tabagique ne sont pas concluantes.

► Conclusion des données de la littérature

Les études montrent que les conseils brefs fournis par un médecin à son patient fumeur augmentent la probabilité de sevrage tabagique et la maintenance de l'arrêt au bout de 12 mois. Des conseils plus appuyés peuvent entraîner des taux de sevrage légèrement plus élevés. Un conseil d'arrêt accompagné d'une proposition de suivi peut augmenter légèrement les taux d'arrêt. Il n'y a pas de preuve que le fait de donner des informations objectives sur son état de santé au fumeur à partir de marqueurs biologiques augmente les taux d'arrêt.

► Avis du groupe de travail

Tous les professionnels de santé doivent conseiller absolument à chaque fumeur d'arrêter de fumer.

Afin de ne pas heurter le patient par des questions trop intrusives, le GT recommande de demander au patient s'il est d'accord pour parler de son tabagisme.

Le GT insiste sur les précautions de langage :

- ne pas utiliser les termes « bien » ou « mal » qui se rapportent à ce qui peut être perçu comme un jugement moral mais de préférer les formulations liées à la santé : « bon/mauvais pour la santé ; bénéfice/risque ; etc. » ;
- rappeler que l'arrêt du tabac n'est pas une question de volonté mais qu'il s'agit d'une addiction qui nécessite un accompagnement thérapeutique.

La réduction de consommation n'est pas l'objectif de la prise en charge, mais elle peut être envisagée comme une première étape vers l'abstinence chez un patient qui n'est pas prêt à arrêter d'un coup. Il est important de valoriser la démarche personnelle du patient dans sa tentative de diminution des risques liés au tabac.

► Recommandations

Le conseil d'arrêt 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.
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 ; bénéfice/risque », 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 ; 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. » ▸ 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 pourra améliorer votre santé de façon importante. »
- « La fréquence des infections respiratoires des enfants est supérieure dans un environnement fumeur. »

Tableau 10. Efficacité du conseil d'arrêt sur l'abstinence - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Stead et al., 2013 (140) Niveau de preuve=2	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	4 Objectifs : 1. Évaluer l'efficacité des conseils prodigués par les médecins pour promouvoir l'arrêt du tabac ; 2. Comparer des interventions minimales faites par des médecins avec des interventions plus intensives ; 3. Estimer l'efficacité des différentes aides accompagnant le conseil dans la promotion de l'arrêt du tabac ; 4. Déterminer l'effet des conseils anti-tabac sur la mortalité des maladies en lien direct avec le tabac et sur la mortalité toutes causes confondues.	Base de données : Registre des essais « Cochrane Tobacco Addiction Group ». MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CENTRAL Latin American databases : Lilacs, Biblioteca Cochrane, Wholis, Leyes, Scielo, Inbiomed Les essais comparaient les conseils d'un médecin pour arrêter de fumer versus aucun conseil (ou prise en charge usuelle), ou bien les essais comparaient différents niveaux de conseils d'un médecin pour arrêter de fumer. Recherche la plus	Abstinence mesurée au moins 6 mois après le conseil donné. Mortalité	42 essais publiés entre 1972 et 2012, incluant 32 720 fumeurs. Conseils versus absence de conseils : Les données communes de 26 essais (n=22240) ont permis la comparaison entre les groupes « conseils » versus absence de conseil : RR=1,76 [1,58-1,95] pour l'abstinence. Dans une méta-analyse, les données de 17 essais (n=13724) concernant un conseil bref versus absence de conseil (ou soin usuel) étaient associées à une augmentation significative du taux d'arrêt (RR=1,66 IC95 % [1,42-1,94]). Dans une méta-analyse, les 11 essais (n=8516) pour lesquels l'intervention était jugée plus intensive, l'effet estimé était plus important (RR=1,84 IC95 % 1,60-2,13)]. Conseils intensifs versus conseils brefs : Dans une méta-analyse, les données de 15 essais (n=9775) ont permis une comparaison directe du conseil intensif versus le conseil bref et démontaient un

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>récente : février 2013</p> <p>Fumeurs (excepté les femmes enceintes)</p>		<p>léger bénéfice pour les conseils intensifs (RR=1,37 ; IC95 % 1,20-1,56).</p> <p>Comparaison entre les différents types de conseils :</p> <p>Aucune différence n'était rapportée entre les différents types de conseils (guidance / <i>counselling</i>, conseils brefs, lettres personnalisées générées par ordinateurs)</p> <p>Nombre de visites de suivi :</p> <p>Les données communes de cinq essais ont permis la comparaison directe d'une intervention brève complétée par un suivi versus une intervention brève. : un léger bénéfice de l'intervention brève complétée d'un suivi était démontré RR=1,52 [1,08-2,14].</p> <p>Des comparaisons entre sous-groupes d'études suggéraient qu'une intervention intégrant un suivi avait un effet plus important qu'une intervention délivrée lors d'une seule visite.</p> <p>La comparaison des groupes ayant bénéficié d'un suivi versus pas d'intervention était associée à un RR=2.22 (6 essais, IC95 % [1,84-2,68] tandis que la comparaison des groupes ayant bénéficié d'une intervention sans suivi versus pas d'intervention était associée à un RR=1,55 (18 essais, 1,35-1,79]</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Utilisation d'aide en complément de l'intervention</p> <p>La comparaison indirecte des 10 études intégrant une aide en plus d'une intervention aux 17 études n'incorporant pas d'aide en plus de l'intervention n'a pas montré de différence importante entre les sous-groupes</p> <p>(les aides considérées étaient : les niveaux de CO expiré, les tests sur la fonction pulmonaire, ou la fourniture de manuels d'auto-support)</p> <p>Conseils versus lettres adaptées générées par ordinateur</p> <p>Deux études ont comparé un conseil bref à une lettre sur mesure générée par ordinateur (pas de différence significative)</p> <p>RR=0,88 IC95 %=[0,67-1,16]</p> <p>Effets des conseils sur la mortalité</p> <p>La seule étude s'intéressant à l'effet des conseils sur la mortalité n'a pas trouvé de différences significatives sur les taux de décès après un suivi de 20 années.</p> <p>Commentaires : la définition de la notion de conseil variait considérablement entre les études.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Stead et Lancaster, 2010 (141) Niveau de preuve=2	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	Évaluer l'efficacité des interventions conçues pour réduire les dégâts du tabagisme sur les indicateurs suivants : biomarqueurs des effets délétères du tabac, biomarqueurs de l'exposition au tabac, nombre de cigarettes fumées, abandon du tabac, et statut de santé à long terme.	Base de données : Cochrane Collaboration Tobacco Addiction Group Specialized Register, MEDLINE EMBASE PsycINFO. Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) Recherche la plus récente : juin 2010 Fumeurs qui ne souhaitent pas arrêter de fumer	Changements dans la consommation de cigarettes, les marqueurs de l'exposition à la cigarette, tout marqueurs de dégâts ou bénéfices sur la santé mesurés à au moins 6 mois après le début de l'intervention.	16 essais retenus. TNS versus placebo Critère de jugement : diminution de 50 % de la consommation de tabac RR=1,72 IC95 % [1,41-2,10], n=3429, 9 essais Critère de jugement : arrêt à long terme RR=1,73 IC95 % [1,36-2,19], n=3429, 9 essais Bupropion versus placebo Un essai sur le bupropion n'a pas mis en évidence d'effets du bupropion sur les critères de jugement suivant : Arrêt du tabagisme RR=1,27 IC95 %=[0,67-2,40], n=594 Réduction de 50 % de la consommation de cigarettes par jour ou arrêt RR=1,01 IC95 %=[0,62-1,67], n=594 Réduction de la cotinine à un an parmi les participants qui n'ont jamais tenté d'arrêt RR=0,43 IC95 %=[0,12-1,58], n=327 Conseils, Entretiens motivationnel, counselling téléphonique, courriers Les quatre essais concernant différents

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>type de conseils n'ont pas fourni de preuve de l'effet de ces interventions pour réduire le nombre de cigarettes fumées par jour.</p> <p>Cigarettes légères (moins de goudrons), filtres carbonés, cigarettes électronique</p> <p>Les résultats quantitatifs de ces trois essais ne sont pas détaillés dans cette revue, les auteurs précisant des difficultés d'interprétation.</p> <p>Aucun essai ne présentait d'effets à long terme sur la santé.</p>

Tableau 11. Comment donner le conseil d'arrêt ? - Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année/Pays	Recommandations
NICE, 2010 (109) Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> ► Fournir des informations (par exemple, un dépliant) sur les risques du tabagisme durant la grossesse pour l'enfant à naître et les risques d'exposition au tabagisme passif pour la mère et l'enfant. Les informations doivent être disponibles dans des formats différents. ► Expliquer les bénéfices sur la santé de l'arrêt du tabac pour la femme et son bébé. Lui conseiller d'arrêter, pas juste de diminuer. ► Fournir des conseils clairs sur le danger que la fumée de tabac des autres personnes pose à la femme enceinte et au bébé – avant et après la naissance.
US Preventive Services Task Force, 2010 (95) États-Unis	<p>La méthode des 5A est recommandée : Conseiller d'arrêter à l'aide de messages personnalisés clairs (Advise)</p>
US Department of Health and Human Services, 2008 (93) États-Unis	<p>Les enfants et adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Les cliniciens devraient interroger les enfants et les adolescents sur leur consommation de tabac et devraient fournir un message fort concernant l'importance d'une abstinence totale de tabac (Grade C). ► Le <i>counselling</i> est efficace dans le traitement des adolescents fumeurs. Donc, les adolescents fumeurs devraient bénéficier de sessions de conseils pour les aider à arrêter de fumer (Grade B). ► Le tabagisme passif est nocif pour les enfants. Les conseils d'arrêt du tabac délivrés dans les services pédiatriques sont efficaces pour augmenter l'arrêt de la consommation des parents qui fument. Donc, pour protéger les enfants du tabagisme passif, les cliniciens devraient questionner les parents sur leur consommation de tabac et leur proposer des conseils et une assistance pour arrêter (Grade B).
NICE, 2008 (91) Royaume-Uni	<p>Interventions courtes</p> <p>Des interventions courtes pour l'arrêt au tabac impliquent des conseils opportuns, une discussion, une négociation ou un encouragement et une orientation vers un traitement plus intense si approprié. Ces interventions sont délivrées par un éventail de professionnels de premiers recours, généralement en moins de 10 minutes. L'ensemble de l'intervention dépend d'un nombre de facteurs qui incluent la disposition de l'individu à arrêter, de leur acceptation de cette intervention, et des méthodes précédentes que l'individu à utiliser. Cette intervention peut inclure un ou plus des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ► conseil opportun simple ; ► évaluation de l'engagement du fumeur à arrêter ; ► pharmacothérapie et/ou support comportemental ; ► outils d'auto-support ; ► orientation vers des supports plus intensifs tels que ceux du <i>NHS Stop Smoking Service</i>. <p>Les professionnels de santé devraient identifier et enregistrer le statut tabagique de tous leurs patients. Ceux qui utilisent du tabac devraient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ► être sensibilisés aux bénéfices sur la santé d'arrêter de fumer à chaque opportunité ; ► se voir proposer un conseil bref, et s'ils veulent arrêter d'utiliser du tabac, être orientés au service local du NHS « <i>Stop Smoking</i> ». Si

Année/Pays	Recommandations
	les patients ne veulent pas se rendre au service, ils doivent se voir proposer un conseil bref et un soutien pour les aider à arrêter, et une pharmacothérapie si approprié.
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p>CONSEILS BREFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tous les médecins doivent fournir un conseil bref pour arrêter de fumer au moins une fois par an à tous les patients qui fument (solidité des preuves = A). ▶ Tous les autres professionnels de santé doivent aussi fournir un conseil bref pour arrêter de fumer une fois par an à tous les patients qui fument (solidité des preuves = B). ▶ Enregistrer la prestation de conseil bref dans les dossiers des patients (solidité des preuves = C). ▶ Les professionnels de santé doivent rechercher une formation adaptée pour se mettre en capacité de fournir des conseils courts. Cette formation doit inclure des informations sur les preuves disponibles associées à l'arrêt du tabagisme (solidité des preuves = B). <p>Personnes qui ont fait des tentatives efficaces pour arrêter de fumer</p> <p>Fournir un conseil court d'arrêter de fumer à toutes les personnes qui ont rechuté (solidité des preuves = A).</p>
NICE, 2007 (90) Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Chaque personne qui fume devrait recevoir le conseil d'arrêter, à moins qu'il y ait des circonstances exceptionnelles. Les personnes qui ne sont pas prêtes à arrêter devraient être questionnées sur la possibilité d'arrêter et encouragées à chercher de l'aide dans le futur. Si un individu qui fume présente une maladie liée au tabac, le conseil d'arrêt du tabac pourrait être lié à sa condition médicale. ▶ Le conseil d'arrêter de fumer doit être adapté aux préférences des personnes, besoins et circonstances : il n'y a pas de preuve que le modèle des stades du changement soit plus efficace que n'importe quelle autre approche. ▶ Les médecins généralistes devraient saisir l'opportunité de conseiller à tous les patients qui fument d'arrêter de fumer quand ils se rendent à une consultation. ▶ Les infirmières en soins primaires et soins de proximité devraient conseiller à toute personne qui fume d'arrêter et de les adresser au service de support intensif. ▶ Le conseil d'arrêt du tabac et le soutien devraient être disponibles dans la communauté, les lieux de soins primaires et secondaires pour toute personne qui fume.
KCE, 2004 (146) Belgique	<p>Conseil bref des médecins</p> <p>Il est recommandé que les médecins donnent un conseil bref sur l'arrêt du tabac à leurs patients fumeurs. Sur 50 personnes recevant des conseils minimums sur l'arrêt du tabac, une personne arrêtera de fumer.</p> <p>Conseil des infirmières</p> <p>Les données actuelles relatives aux interventions des infirmières ne permettent pas d'établir de recommandations.</p>
ANAES, 2004 (136) France	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le conseil minimal (grade B) : il doit être effectué systématiquement à la première consultation et renouvelé par les différents professionnels de santé à chaque rencontre avec la femme enceinte fumeuse. ▶ L'intervention brève (grade B) : elle peut lorsque c'est possible remplacer le conseil minimal et doit être effectuée dans les mêmes conditions.

Année/Pays	Recommandations
ANAES, 2008 (137) France	<p>Le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac</p> <p>Il consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer. Cette méthode, rapide, mérite d'être largement utilisée.</p> <p>L'action du médecin consistera toujours à se renseigner systématiquement sur le statut tabagique du patient, son désir d'arrêter, et à lui exprimer de façon claire et sans équivoque son opinion. Ensuite, en fonction du temps disponible et du patient, le conseil minimal peut être suivi d'un conseil bref et éventuellement, d'une discussion plus approfondie.</p> <p>Beaucoup de fumeurs sont hostiles ou au mieux ambivalents par rapport à l'arrêt. Les patients apprécient dans cette situation l'empathie du médecin, son écoute, et son absence de jugement moral. Il s'agit d'utiliser une méthode de négociation, qui énonce aussi bien les désavantages que les avantages du tabagisme.</p> <p>Le conseil minimal pour tous s'adresse à tous les patients : fumeurs qui ne sont pas venus consulter pour cela, fumeurs heureux de l'être, fumeurs pas encore prêts pour l'arrêt, fumeurs qui ne demandent pas d'aide. Il devrait être donné par tous les médecins quels que soient leur statut professionnel, leur spécialité et leurs conditions d'exercice.</p> <p>En France, une étude dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a permis à plus de 5 000 patients de recevoir un conseil minimal standard de la part de 300 médecins. L'évaluation a montré que poser deux questions, "Est-ce que vous fumez ?" puis "Voulez-vous arrêter de fumer ?", et offrir une brochure à ceux qui répondraient "oui" à la deuxième question doublait le taux de succès de l'arrêt à long terme par rapport à l'arrêt spontané dans le groupe témoin.</p> <p>Dans cet essai, les patients qui répondaient qu'ils ne voulaient pas arrêter ne recevaient pas de brochure, le médecin disant simplement qu'il serait bon d'y réfléchir, et qu'ils pourraient en parler la prochaine fois.</p> <p>Un conseil minimal à tous les fumeurs ne prend pas beaucoup de temps et concerne la grande majorité de fumeurs. Il déclenchera peut-être la discussion avec le petit nombre de fumeurs qui se posent des questions, et pourra provoquer une demande de prise en charge plus importante.</p> <p>Si un médecin voit en une semaine 150 patients dont le tiers est fumeur (n=50), 2 % d'arrêt soutenu signifie que ce médecin n'aura en théorie qu'un seul succès par semaine. Il remarquera plus fréquemment tous ceux qui ne s'arrêtent pas de fumer ou qui rechutent, mais un gain de 2 % d'arrêt dans la population des fumeurs vus par un médecin se traduit par un supplément d'au moins 200 000 fumeurs qui arrêteraient chaque année.</p>

Tableau 12. Y a-t-il un intérêt à associer des mesures biologiques au conseil d'arrêt ? - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse.
Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Bize et al.,2009 (143) Niveau de preuve = 2	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	Déterminer l'efficacité de l'apport d'informations à l'attention des fumeurs au sujet d'estimations de leurs risques biomédicaux (taux de monoxyde de carbone expiré, résultats spirométriques, prédisposition génétique aux maladies liées au tabagisme) pour les aider à arrêter de fumer.	<p>Base des données : Cochrane Collaboration Tobacco Addiction Group Specialized Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials CENTRAL 2008 Issue 4, MEDLINE (1966 à janvier 2009), EMBASE (1980 à janvier 2009) PsycINFO.</p> <p>Recherche la plus récente : janvier 2009</p> <p>Groupes de comparaison : Les groupes contrôles ont reçu toutes les composantes des interventions sauf les mesures des risques considérés.</p> <p>Fumeurs qui ont participé à des programmes d'arrêt du tabac, ou bien qui ont bénéficié d'un</p>	<p>Abstinence mesurée au moins 6 mois après le début du traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement – Abstinence continue depuis 6 mois 	<p>11 essais retenus qui intégraient une variété d'examen biomédicaux.</p> <p>Mesure du CO expiré Deux essais (n=1791) ont permis de calculer un RR commun et de montrer que la mesure du CO expiré en soins primaires n'augmentait pas la probabilité d'arrêt à un an (RR=1,06, IC 95 % [0,85-1,32]).</p> <p>Spirométrie Deux essais (n=782) ont permis de calculer un RR commun et de montrer que la spirométrie en soins primaires n'augmentait pas la probabilité d'arrêt à un an (RR=1,18 ; IC 95 % [0,77-1,81]).</p> <p>Spirométrie + interprétation des résultats en termes d'âge du poumon La spirométrie combinée avec une interprétation des résultats en termes d'âge du poumon avait un effet significatif, comparativement à l'absence d'interprétation en termes d'âge du poumon, dans un seul essai de bonne qualité (RR=2,12, IC95 %=[1,24-3,62], n=561).</p> <p>Mesure du CO expiré + spirométrie Trois essais hétérogènes (d'où l'absence de</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			dépistage de maladies respiratoires ou d'un bilan de santé.		<p>méta-analyse) ne détectaient pas d'effet significatif de la mesure du CO expiré et d'une spirométrie sur l'arrêt du tabac :RR=2,00 IC95 %=[0,77-5,20], n=64, abstinence mesurée à 6 mois) / RR=3,00 IC95 % [0,87-10 ,36] abstinence mesurée à 12 mois, n=90 / RR=0,64 IC95 % [0,29-1,40], n=205, abstinence mesurée à 9 mois, n=205).</p> <p>Prédisposition génétique au cancer lié au tabagisme Un essai ne détectait pas d'effet significatif d'une information sur la prédisposition génétique au cancer broncho-pulmonaire sur l'arrêt du tabac à 12 mois (RR=0,80 IC95 % [0,43-1,56], n=189). Un autre essai ne détectait pas d'effet significatif d'une information sur la prédisposition génétique au cancer broncho-pulmonaire et de l'œsophage sur l'arrêt du tabac à 9 mois (RR=0,90 IC95 % [0,66-1,24], n=697).</p> <p>Prédisposition génétique au cancer broncho-pulmonaire + mesure du CO expiré Un essai ne détectait pas d'effet significatif d'une information sur la prédisposition génétique au cancer broncho-pulmonaire et d'une mesure du CO expiré sur l'arrêt du</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>tabac à 12 mois (RR=0,63 IC95 %[0,34-1,17], n=270).</p> <p>Echographie des artères carotides et des artères fémorales +/- photographies des plaques d'athéroscléroses</p> <p>Un essai a mis en évidence un bénéfice significatif d'informations accompagnant l'échographie des artères carotides et fémorales et des photographies des plaques sur l'arrêt du tabagisme à 6 mois (RR=2,77, IC95 %=[1.04-7.41], n=155) mais cet essai concernait d'après les auteurs des fumeurs légers (10 à 12 cigarettes par jour).</p> <p>La plupart des études sont de petite taille, de qualité méthodologique variable. Elles sont très hétérogènes sur les mesures de risques effectuées.</p>

4.5 Comment évaluer la motivation à l'arrêt ?

Tous les fumeurs qui viennent en consultation ne sont pas prêts à modifier leurs habitudes, et les interventions qui seront proposées devront être adaptées au stade de changement de la personne. Il peut s'agir de prendre en charge un fumeur en « sevrage forcé » lors d'une hospitalisation où il ne peut plus techniquement être libre de ses actes (immobilisation, isolement...), de répondre à une demande de sevrage, de soigner un fumeur malade des complications de son tabagisme... Tous les professionnels de santé doivent pouvoir intervenir pour apporter de l'aide au fumeur.

La maladie est une raison (du côté du soignant) mais ne motive pas l'arrêt. Elle peut entraîner une peur qui fait arrêter, transitoirement, le comportement problématique, mais ne suffit pas le plus souvent à construire une motivation au changement solide et durable. Admettre que le patient fumeur a des bénéfices à fumer est très important, de même qu'admettre que changer prend du temps. L'aider à comprendre et résoudre ses freins au changement, son ambivalence fait partie des missions du soignant.

L'arrêt du tabac comprend plusieurs étapes. Le premier temps permet d'évaluer et de renforcer la motivation. La deuxième étape est la période de « sevrage proprement dite ». Cette période peut durer plusieurs mois. La troisième phase consiste à prévenir et à traiter les fréquentes rechutes de tabagisme dont les causes sont multiples. Ces reprises ne doivent pas être considérées comme des échecs, mais comme une étape vers le succès final (147).

► Données de la littérature

Aucune revue systématique ni méta-analyse sur ce thème n'a été identifiée.

Deux articles théoriques ont servi de base à la rédaction des recommandations de ce chapitre :

- La motivation du fumeur à l'arrêt du tabac : bases conceptuelles et principes permettant l'élaboration d'un questionnaire d'évaluation (148) ;
- Aide au sevrage tabagique en médecine générale (149),

ainsi que la méthode « des 5A » recommandée dans les recommandations anglo-saxonnes et françaises (62) décrite en totalité en annexe et rappelée ci-dessous (tableau 13) pour la partie « évaluation de la motivation » (Assess).

Tableau 13. Stratégie A3. Assess – Évaluer la motivation à l'arrêt du tabagisme

Action	Stratégies pour la mise en œuvre
Évaluer la motivation à l'arrêt du tabagisme de tous les consommateurs de tabac	<p>Évaluer la motivation du patient à arrêter : « Êtes-vous prêt à faire une tentative d'arrêt ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Si le patient est disposé à faire une tentative d'arrêt, fournir une assistance : ► Si un traitement « intensif », est envisagé, délivrer ce traitement ou orienter vers un ou des spécialistes ; ► Si le patient appartient à un sous-groupe spécifique (adolescents, femmes enceintes), apporter des informations supplémentaires ; ► Si le patient affirme clairement qu'il ou elle n'est pas disposé à faire une tentative d'arrêt en ce moment, proposer une intervention qui pourra provoquer des tentatives d'arrêt futures.

L'article de Girardot *et al.* (149) sur l'aide au sevrage tabagique en médecine générale propose d'adapter l'attitude médicale au degré de motivation du patient. Il s'agit pour le médecin de s'adapter au niveau de motivation du patient en se basant sur le modèle transthéorique des

changements de comportements de Prochaska et DiClemente¹⁶. Les attitudes médicales proposées dans cet article selon les cinq stades psychologiques et la motivation du patient sont résumées dans le tableau 14.

Tableau 14. Attitudes médicales recommandées selon le degré de motivation du patient (adapté de Girardot et al., 2012 (149))

Stade de changement du patient	Attitude et action du soignant recommandées
<p>Le patient ne pense même pas à arrêter de fumer, le tabagisme n'étant pas perçu comme un problème.</p> <p>Exemples : « Pour moi, fumer n'est pas plus dangereux que la pollution qui nous entoure ! » ou « Pas maintenant » ou « Vous savez, j'arrête quand je veux »</p> <p>Stade précédant l'intention = Stade de pré-intention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. • Comprendre, sans juger les représentations qu'a le patient de son tabagisme (est-ce pour lui un problème ou non ?) et les avantages qu'il en retire. • Identifier les circonstances et le contexte qui favorisent la consommation de tabac (quel type de fumeur est-il ?). • Proposer une évaluation de son niveau de dépendance. • S'informer avec tact sur la connaissance du patient des effets du tabac et des aides disponibles pour le sevrage (médicamenteuses et non médicamenteuses). Aider le patient à entrevoir les avantages qu'il pourrait obtenir en arrêtant de fumer. • Conseiller l'arrêt. • Proposer une approche de réduction de la consommation.
<p>Le patient commence à percevoir le tabagisme comme un problème. Il est ouvert à la discussion sur l'arrêt du tabac, même s'il est ambivalent. Il montre son intention d'arrêter.</p> <p>Exemples : « Oui, c'est vrai que j'aimerais bien arrêter de fumer, mais ce n'est pas si simple » ou « Il serait temps pour moi d'arrêter de fumer, mais d'un autre côté, ça me détend tellement ! »</p> <p>Ambivalence de la réflexion = Stade de l'intention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. • Aider le patient à identifier les avantages qu'il retire de son tabagisme (Cf. Dossier INPES). • Aider le patient à identifier et exprimer ses inquiétudes et ses freins à l'idée d'arrêter le tabac. • Aider le patient à s'acheminer vers la décision du changement en l'amenant à exprimer les avantages qu'il pourrait tirer de l'arrêt du tabac. • Évaluer le sentiment d'efficacité personnelle du patient (Cf. Dossier INPES). • Aider le patient à améliorer son sentiment de confiance en lui (Cf. Entretien motivationnel). • Explorer l'intérêt pour ce patient d'une réduction de la consommation dans un premier temps.

¹⁶ Le modèle transthéorique est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes. Il suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de s'occuper d'arrêter de fumer. Il s'agit de la pré-intention (aucune pensée de sevrage tabagique), intention (pense à arrêter de fumer), prise de décision ou préparation (planifie l'arrêt de fumer), action (arrête effectivement de fumer) et maintien (ne fume pas depuis plus de six mois). D'après cette théorie développée par Prochaska et DiClemente (150-152), les programmes qui aident les gens à arrêter de fumer devraient être adaptés à l'étape de préparation au sevrage où ils se trouvent. Ils sont conçus pour les faire progresser d'étape en étape vers la réussite.

Stade de changement du patient	Attitude et action du soignant recommandées
<p>Le patient montre clairement sa volonté d'arrêter de fumer, mais il s'inquiète souvent en anticipant les difficultés à venir. Il prend sa décision et élabore la méthode pour y parvenir.</p> <p>▶ Exemple : « Cette fois, c'est décidé, je vais arrêter de fumer ».</p> <p>Elaboration du sevrage = Stade de prise de décision</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. • Construire avec le patient un plan de changement en définissant des objectifs concrets, les meilleures stratégies pour arrêter de fumer. • Explorer le soutien de l'entourage (social, familial, professionnel, etc.). • Proposer au patient de fixer précisément la date de son choix pour la mise en œuvre. • L'éducation thérapeutique permettra au patient d'acquérir les compétences qui l'aideront à mener à bien sa démarche.
<p>Le patient a entrepris son sevrage. Il met en œuvre sa décision.</p> <p>▶ Exemple : « Ca y est, je ne fume plus ! »</p> <p>=</p> <p>Stade de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. • Si le patient le souhaite, l'accompagner et l'aider à mettre en œuvre les conditions optimales pour la réussite du projet (gestion de la dépendance comportementale et physique). • Encourager le patient en reconnaissant et en valorisant ses efforts réalisés. • Anticiper les difficultés telles que le faux pas et la rechute et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il pense pouvoir rencontrer.
<p>Le patient est heureux d'avoir réussi le sevrage. Il s'efforce de prévenir ou d'éviter une rechute et ainsi de consolider les progrès effectués pendant la phase d'action.</p> <p>▶ Exemple : « Vous savez, je suis très heureux d'avoir réussi à arrêter, et j'espère tenir... »</p> <p>Le patient a retrouvé sa liberté face à l'addiction = Stade de maintien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. • Conforter le patient en rappelant et en valorisant ses efforts réalisés. • Encourager le patient à renforcer son engagement et l'aider à ne pas rechuter. • Comprendre les nouvelles difficultés et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il peut rencontrer.
<p>Le patient se sent souvent coupable et découragé</p> <p>▶ Exemple : « j'ai recommencé à fumer, je m'en veux tellement ! »</p> <p>=</p> <p>Rechute</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. • Dédramatiser la situation sans la banaliser pour autant. • Chercher à comprendre les raisons de la rechute. • Aider le patient à tirer les enseignements de la rechute en identifiant les situations et comportements à risque et les pensées permissives associées. • Aider le patient à réengager le processus, en sachant que plusieurs cycles sont parfois nécessaires avant de parvenir à un sevrage définitif.

L'article de Légeron *et al.* (148) avait pour objectif de mieux comprendre les principales composantes de la motivation à l'arrêt du tabac et d'en déduire une démarche d'évaluation à l'aide d'un instrument simple. Cet article présente les bases conceptuelles et les principes permettant l'élaboration d'un questionnaire d'évaluation de la motivation du fumeur à l'arrêt du tabac.

Les auteurs rappellent la définition de la motivation proposée par le conseil des études philosophiques des États-Unis. Ce conseil définit la motivation comme « la probabilité qu'un individu adhère, s'engage et poursuive une démarche spécifique de changement ». La motivation intervient à différentes étapes distinctes d'une démarche du changement : adhésion, engagement

et poursuite. Elle constitue un élément clé de tout processus de changement d'un individu, et varie à la fois en nature et en intensité tout au long du changement.

Les facteurs influençant la motivation d'un fumeur à l'arrêt sont très variables selon le stade du processus de changement où il se trouve (Cf. modèle de Prochaska et DiClemente).

La motivation du fumeur peut donc être explorée selon plusieurs axes en fonction de ces différents stades de changement :

- une motivation à comprendre, à rechercher de l'information et à accepter d'en intégrer le contenu (stade de pré-intention) ;
- une motivation à explorer les bénéfices et inconvénients de fumer et d'arrêter, et à prendre une décision (stade de l'intention) ;
- une motivation à s'organiser pour le changement, à rechercher des solutions pour les difficultés et freins à l'arrêt et à planifier son arrêt (stade de préparation) ;
- une motivation à passer à l'action et à réaliser concrètement son arrêt en suivant le programme établi (stade de l'action) ;
- une motivation à pérenniser l'arrêt, à accepter d'endurer les difficultés ou une reprise sans interrompre la tentative, à persévérer dans ses efforts (stade du maintien).

Parmi les variables identifiées, celles qui sont particulièrement importantes dans le développement de la motivation selon les auteurs sont les suivantes :

- l'attribution du succès : certains patients attribuent la responsabilité du changement au professionnel qui les prend en charge ; tant que ces patients présentent des attentes fortes pour que ce soit l'autre qui les fasse changer, ils ne seront pas très motivés pour changer ;
- l'efficacité personnelle : degré de confiance qu'a un individu en ses capacités propres. Ce qu'attend un individu de sa démarche sera donc un bon indicateur de son degré de motivation ;
- le rôle de l'environnement du fumeur, qui contribue à conforter ou à modifier l'image du fumeur et qui déterminera la motivation à l'arrêt, en la renforçant ou en l'affaiblissant.

Les auteurs de cet article ont proposé l'élaboration d'un test à 7 items permettant d'évaluer la motivation d'un fumeur à l'arrêt. Ce test tenait compte de 9 domaines :

- l'information sur les méfaits du tabac ;
- l'adhésion générale au fait que fumer est mauvais pour la santé ;
- l'adhésion au fait que fumer est mauvais pour sa propre santé ;
- le stade selon le cycle de Prochaska et DiClemente ;
- l'efficacité perçue à réussir à arrêter de fumer ;
- attribut externe versus interne du succès à l'arrêt ;
- les avantages perçus à arrêter de fumer ;
- les inconvénients perçus à arrêter de fumer ;
- les attitudes personnelles face à la rechute.

Le test est présenté dans le tableau 15.

Tableau 15. Test d'évaluation de la motivation d'un fumeur à l'arrêt. D'après Légeron *et al.*, 2001 (148)

1. Pensez-vous que dans 6 mois :
<ul style="list-style-type: none">▸ Vous fumerez toujours autant ?▸ Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?▸ Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?▸ Vous aurez arrêté de fumer ?
2. Pensez vous qu'arrêter de fumer serait quelque chose de valorisant pour l'image que vous avez de vous ?
<ul style="list-style-type: none">▸ Pas du tout▸ Un peu▸ Beaucoup▸ Enormément

<p>3. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Pas du tout ▸ Un peu ▸ Beaucoup ▸ Enormément
<p>4. Pensez-vous que dans 4 semaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Vous fumerez toujours autant ▸ Vous aurez un peu diminué votre consommation de cigarettes ▸ Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ▸ Vous aurez arrêté de fumer
<p>5. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Jamais ▸ Une fois ▸ Plusieurs fois
<p>6. Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Jamais ▸ Quelque fois ▸ Souvent ▸ Très souvent
<p>7. Pensez-vous que fumer soit mauvais pour votre santé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Pas du tout ▸ Un peu ▸ Beaucoup ▸ Enormément

Dans une étude postérieure, la même équipe a élaboré et validé une nouvelle version de cette échelle (153). Cette étude a concerné 261 fumeurs de 42 ans d'âge moyen, consommant en moyenne 25 cigarettes par jours depuis 24 ans et recrutés dans 30 centres de tabacologie. Ces fumeurs ont rempli le questionnaire en sept questions à deux reprises : lors de la prise de rendez-vous puis lors de la consultation. Les investigateurs avaient été formés à évaluer la motivation sur une échelle analogique visuelle à partir d'un entretien semi-structuré. Un modèle de régression multiple a permis de supprimer trois questions du questionnaire initial qui n'intervenaient que marginalement dans le score final. Finalement, l'échelle comportait quatre questions et un score maximal de 20. Une analyse de régression linéaire entre le score de l'échelle et la mesure de la motivation par les investigateurs sur l'échelle visuelle analogique a rapporté un coefficient de corrélation de Spearman de 0,75 significativement différent de 0 ($p < 0,0001$). L'application de la cotation retenue aux deux auto-questionnaires de motivation successivement remplis par les patients a mis en évidence une évolution des scores d'intensité faible mais significative ($p = 0,04$). Cette échelle paraissait donc sensible au changement. La version définitive de l'échelle nommée « échelle Q-MAT » (Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac, Cf. tableau 16) validée par les auteurs se présente sous la forme de quatre questions avec un score correspondant à chaque réponse. Le score total est obtenu en faisant la somme des sous scores.

D'après cette étude, l'échelle Q-MAT a démontré une bonne validité de construit.

Tableau 16. Échelle Q-MAT : Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac. D'après Aubin et al., 2005 (153).

	Score
1. Pensez-vous que dans 6 mois :	
Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	8
2. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?	
Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
Enormément	3
3. Pensez-vous que dans 4 semaines	
Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	6
4. Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?	
Jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Très souvent	3
Score TOTAL	/ 20

Dansou *et al.* en 2012 proposent une interprétation du score obtenu et une conduite à tenir (147) en fonction de ce dernier (Cf. Tableau 17) :

Interprétation des résultats du score

La somme des points obtenus à chaque réponse indique le niveau de motivation.

- Score < 6 : motivation insuffisante (faibles chances de réussite du sevrage).
- Score de 7 à 12 : motivation moyenne.
- Score > 12 : bonne ou très bonne motivation.

Tableau 17. Échelle Q-MAT : Interprétation du score obtenu et une conduite à tenir. D'après Dansou *et al.*, 2012 (147).

Score du test Q-MAT		
Score < 6 Motivation insuffisante	Score de 7 à 12 Motivation moyenne	Score > 12 Bonne ou très bonne motivation
<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas pousser trop à l'arrêt immédiat ; • Dire qu'on accepte cette hésitation ; • Faire lister au fumeur ce qu'il ressent LUI : <ul style="list-style-type: none"> ▸ les bénéfices à fumer, ▸ les inconvénients à fumer, ▸ les avantages à ne pas fumer. • Compte tenu de ces éléments, pense-t-il arrêter un jour ? • Informer de l'existence des aides (groupes, consultations...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire lister ce que le fumeur ressent comme : <ul style="list-style-type: none"> ▸ raisons d'arrêter, ▸ bénéfices à l'arrêt, ▸ ses craintes s'il arrêterait. • Si on pouvait lui assurer un confort optimal à l'arrêt, faire évaluer de 0 à 10 son désir de se séparer du tabac ; • Informer des groupes, des consultations ; • Peut-il fixer une date pour un éventuel arrêt ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il déjà eu des tentatives d'arrêt total ? <ul style="list-style-type: none"> ▸ Quels bénéfices avait-il ressenti ? ▸ Quels enseignements a-t-il tiré de ces différentes expériences ? • Proposer une aide au sevrage : <ul style="list-style-type: none"> ▸ médecin généraliste, ▸ consultation spécialisée, ▸ groupes. • Valoriser ses chances de succès : <ul style="list-style-type: none"> ▸ « Vous me semblez très motivé. Avec une bonne aide, vous y arriverez ! ». • Fixer éventuellement un rendez-vous.

► Synthèse des recommandations internationales

Les recommandations sont présentées dans le tableau 18.

Tableau 18. Comment évaluer la motivation à l'arrêt ? -Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année/Pays	Recommandations
US Preventive Services Task Force, 2010 (95) États-Unis	Méthode des 5A est recommandée : Évaluer la motivation à l'arrêt (Assess)
US Department of Health and Human Services, 2008 (93) États-Unis	Lorsqu'un consommateur de tabac est identifié et que le conseil d'arrêter de consommer du tabac a été donné, le médecin doit évaluer l'envie du patient d'arrêter à cet instant (Grade C).
NICE, 2007 (90) Royaume-Uni	Les personnes qui fument devraient être questionnées sur leur intérêt pour arrêter de fumer. Le conseil d'arrêter de fumer doit être adapté aux préférences des personnes, besoins et circonstances : il n'y a pas de preuve que le modèle des stades du changement soit plus efficace que n'importe quelle autre approche.
ANAES, 2004 (62) France	Bilan préalable Cette anamnèse sera suivie [...] d'une évaluation de sa motivation à l'arrêt par divers tests au choix (Richmond, Di Maria, Légeron et Lagrue).

► Avis du groupe de travail

Le GT rappelle l'importance d'évaluer les souhaits des patients par rapport aux traitements (permet d'évaluer l'*a priori* du patient sur les différents traitements).

Le GT recommande d'adapter son attitude médicale au degré de motivation du patient selon le modèle de changement de Prochaska et DiClemente et d'une adaptation de Girardot et coll. présentée dans les données de la littérature. Pour ce faire, à partir du tableau 14. « Attitudes médicales recommandées selon le degré de motivation du patient (adapté de Girardot *et al.* (149)) », le GT propose un outil intitulé « Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient » (Cf. annexes).

Consensus du GT pour orienter vers les outils INPES dont Tabac Info Service.

► Recommandations

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 DiClemente¹⁷. 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 Quels sont l'intérêt et la place de la réduction de la consommation dans la stratégie d'aide à l'arrêt du tabagisme ?) • « 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. 5.1.2 Interventions non médicamenteuses, § Entretien motivationnel) → Explorer l'intérêt pour ce patient d'une réduction de la consommation dans un premier temps (cf. chapitre Quels sont l'intérêt et la place de la réduction de la consommation dans la stratégie d'aide à l'arrêt du tabagisme ?) • « OUI maintenant » : stade de la décision → Dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique, établir des objectifs négociés.

¹⁷Références : Prochaska *et al.*, 1992 ; Prochaska *et al.*, 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 :



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

5.1 Efficacité des traitements médicamenteux et des interventions non médicamenteuses (en termes de rapport bénéfice/risque)

5.1.1 Traitements médicamenteux

► Données de la littérature

Traitements nicotiniques de substitution

Voir tableau 19.

Les traitements nicotiniques de substitution (TNS) se présentent sous différentes formes : systèmes transdermiques (timbres ou patchs), gommes à mâcher, pastilles sublinguales ou à sucer, inhalateur, spray buccal. Ils sont agréés aux collectivités. L'ensemble de ces spécialités est disponible en officine, elles ne sont pas remboursables aux assurés sociaux. Le mode d'administration de la nicotine par le système transdermique (patchs/timbres) a l'avantage de produire une faible vitesse d'absorption et permet d'obtenir une nicotémie relativement constante au cours du traitement.

La revue systématique de Stead *et al.* en 2008 (154) a examiné l'effet des traitements nicotiniques de substitution sur l'abstinence à 6 mois minimum. Une méta-analyse à partir de 111 essais sur plus de 43 000 participants a démontré que les TNS (quelle que soit leur forme) augmentaient de 58 % la probabilité d'arrêt comparativement à l'absence de TNS/placebo (RR=1,58, IC95 %=[1,50-2,16]). Pour les différents types de TNS, les résultats étaient les suivants : gommes : 53 essais, n=19090, RR=1,43, IC95 %=[1,33-1,53] / timbre transdermique : 41 essais, n=18237, RR=1,66, IC95 %=[1,53-1,81] / , inhalateur : 4 essais, n=976, RR=1,90, IC95 %=[1,36-2,67] / pastilles : 6 essais, n=3109, RR=2,00, IC95 %=[1,63-2,45], spray nasal : 4 essais, n=887, RR=2,02, IC95 %=[1,49-3,73]. Les effets étaient indépendants de la durée de délivrance du patch transdermique (13h vs. 24h), de l'intensité d'un support additionnel fourni, ou du lieu de délivrance des TNS. Il n'y avait pas non plus de différence entre sevrage progressif et sevrage brutal des patchs (RR=0,99, IC95 %=[0,74-1,32]). Des comparaisons indirectes montraient que l'efficacité n'était pas différente entre un traitement par patchs de 8 semaines et un traitement plus long.

L'effet était similaire dans un petit groupe d'étude dont le but était d'estimer l'effet de l'utilisation des TNS sans prescription. Chez les plus gros fumeurs (plus de 30 cigarettes par jour), il y avait un bénéfice significatif des gommes de 4 mg comparativement aux gommes de 2 mg, mais des preuves plus faibles d'un bénéfice associé à des doses plus élevées délivrées par timbres transdermiques. Il y avait des preuves que la combinaison d'un timbre transdermique avec une forme de TNS d'administration rapide (gomme, inhalateur...) était plus efficace qu'une forme unique de TNS. Seule une étude comparait directement l'utilisation du bupropion à une autre pharmacothérapie : dans cette étude, le taux d'abstinence associé à l'utilisation d'un timbre transdermique était plus faible que celui associé à l'utilisation du bupropion.

Toutes les formes de nicotine commercialement disponibles de TNS, c'est à dire, la gomme, le timbres transdermiques, le spray nasal, l'inhalateur, les pastilles et les comprimés sublinguaux étaient efficaces dans le cadre d'une stratégie pour promouvoir l'arrêt du tabagisme, augmentant les taux d'abstinence à long terme de 50 % à 70 %.

Du fait d'un biais de publication, l'effet des TNS sur l'abstinence pourrait être un peu moins important que celui rapporté dans cette revue de la littérature.

Il faut noter que les études concernaient des fumeurs motivés pour arrêter de fumer et qui fumaient en moyenne 20 cigarettes par jour.

La revue systématique de revues Cochrane de Cahill *et al.* en 2013 (155) a examiné l'efficacité des différents traitements pour le sevrage tabagique chez des fumeurs adultes : TNS, antidépresseurs (bupropion, nortriptyline), agonistes partiels des récepteurs nicotiniques (varénicline et cytisine), anxiolytiques, antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant), clonidine, lobéline, dianicline, mécamylamine, nicobrevin, antagonistes des récepteurs opioïdes, vaccins nicotiniques, acétate d'argent. Au total, 12 revues ont été identifiées et intégraient 267 études et 101 804 participants. Des méta-analyses bayésiennes en réseau ont été faites pour réaliser des comparaisons directes et indirectes entre les différents traitements. Seules les revues Cochrane ont été retenues dans ces méta-analyses.

- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer sous placebo, environ 18 personnes arrêtaient de fumer sous TNS ou bupropion (respectivement OR=1,84, IC95 %=[1,71-1,99] et OR=1,82, IC95 %=[1,60-2,06]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer sous placebo, environ 28 personnes sous varénicline arrêtaient de fumer (OR=2,88, IC95 %=[2,40-3,47]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec un TNS, environ 15 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,57, IC95 %=[1,29-2,91]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec le bupropion, environ 15 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,59, IC95 %=[1,29-1,96]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec un timbre transdermique, environ 18 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,51, IC95 %=[1,22-1,87]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec une gomme nicotinique, environ 17 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,72, IC95 %=[1,38-2,13]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec un autre TNS (autres que timbres ou gommes), environ 14 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,42, IC95 %=[1,12-1,79]).

La varénicline n'était pas plus efficace qu'une combinaison de TNS (OR=1,06, IC95 % [0,75-1,48]).

Une combinaison de TNS était plus efficace qu'une forme unique de TNS :

- combinaison de TNS versus timbre transdermique : OR=1,43, IC95 %=[1,08-1,91] ;
- combinaison de TNS versus gomme nicotinique : OR=1,63, IC95 %=[1,21-2,20] ;
- combinaison de TNS versus autre TNS : OR=1,34, IC95 %=[1,00-1,80].

La combinaison d'un TNS avec de la nortriptyline ou du bupropion n'était pas plus efficace que le TNS seul.

(Pour les résultats concernant les autres médicaments, se reporter aux chapitres correspondants)

- Rapport coût/efficacité des TNS

Une revue systématique portant spécifiquement sur les TNS et le bupropion a été publiée par Woolacott *et al.* en 2002 (156) dans le cadre du programme d'*Health Technology Assessment* à la demande du *National Institute of Clinical Excellence* (NICE). Cent-cinquante-sept études ont été incluses dans cette revue de la littérature (dont 3 revues systématiques et 13 études concernant l'efficacité ; 4 revues systématiques et 112 études concernant les effets indésirables et l'innocuité ; 17 études économiques). Le tableau 19 présente les résultats concernant l'efficacité des thérapies médicamenteuses d'aide au sevrage tabagique sur le taux d'abstinence à 6 mois et les effets indésirables du bupropion et des TNS (rapportés par la « *Medicine Control Agency* » [Royaume-Uni] de juin 2000 à mai 2001). Les conclusions concernant l'efficacité et l'innocuité des TNS et du bupropion de cette revue de la littérature de 2002 étaient les suivantes :

- Les TNS et le bupropion LP sont efficaces dans l'aide au sevrage tabagique ;
- L'efficacité relative du bupropion et des TNS nécessitent des recherches futures ;

- Des informations sur la façon de maximiser l'efficacité en pratique sont manquantes, mais nécessitent probablement un support motivationnel ;
- Les différences significatives concernant les TNS et le bupropion proviennent des événements indésirables associés à ces deux interventions ;
- **Le profil d'innocuité est favorable aux TNS, au regard du risque faible mais réel de convulsions associé à l'utilisation du bupropion.**

Les auteurs rapportaient des limites de leurs travaux : faibles preuves de la supériorité du bupropion sur les TNS ; utilisation à cause du manque de temps des résultats de revues de littérature déjà publiées au lieu des études individuelles.

- Efficacité des pastilles à 4 mg chez les utilisateurs de tabac sans fumée

L'étude pilote ouverte de Ebbert *et al.*, en 2010 (157) (Cf. Tableau 20) avait pour objectif de comparer l'efficacité de pastilles de nicotine (4 mg) associées à une intervention comportementale versus une intervention comportementale isolée, dans le cadre du sevrage tabagique chez les utilisateurs de tabac sans fumée. Cette étude incluait 102 utilisateurs de tabac sans fumée. L'utilisation de tabac sans fumée et l'exposition aux substances toxiques diminuait dans les deux groupes (pastilles + intervention comportementale / intervention comportementale) ; de même, la durée d'abstinence et les tentatives d'arrêt augmentaient, mais aucune des différences observées n'était statistiquement significative. Cependant, il faut noter que les résultats observés étaient tous en faveur de l'utilisation combinée de pastilles de nicotine et d'une intervention comportementale.

Les auteurs ont conclu qu'une intervention comportementale accompagnée ou non de l'utilisation de pastilles pouvait être efficace pour diminuer l'utilisation de tabac sans fumée et l'exposition à des substances toxiques et augmenter les tentatives d'arrêt et la durée de l'abstinence. Cette conclusion est abusive car elle ne peut découler que de la comparaison d'un groupe ayant bénéficié d'une intervention comportementale avec un groupe n'ayant pas bénéficié de cette intervention. Les auteurs reconnaissaient d'ailleurs deux limites importantes de leur étude : le manque de puissance de cette étude et l'absence d'un groupe contrôle (placebo ou sans intervention). De plus, les deux groupes comparés ne présentaient pas le même profil de consommation de tabac sans fumée et cette différence était significative ($p=0,02$). Les résultats de cette publication doivent donc être interprétés avec précaution.

- Innocuité des TNS à long terme

L'étude de Murray *et al.* en 2009 (158) (Cf. Tableau 21) avait pour objectif d'évaluer les relations entre l'utilisation de TNS, le tabagisme et la morbi-mortalité par cancers. Cette étude concernait un suivi de 7,5 ans de 3 320 participants enrôlés dans la « *Lung Health Study* ». L'utilisation de TNS et l'exposition au tabagisme ont été enregistrées pendant 5 années ainsi que la morbidité (hospitalisations) et la mortalité par cancer. Des modèles de Cox ont été utilisés pour estimer les risques de cancers associés à l'utilisation de TNS et au tabagisme.

L'utilisation de TNS n'était pas associée à un risque de cancer du poumon ($p=0,57$), contrairement au tabagisme qui était significativement associé au risque de cancer du poumon ($p=0,03$). Dans un modèle intégrant simultanément l'utilisation de TNS et le tabagisme (comme par exemple dans le cadre d'une réduction de la consommation), l'utilisation de TNS n'était pas non plus associée au risque de cancer du poumon ($p=0,25$), alors que le tabagisme l'était toujours ($p=0,02$). L'utilisation de TNS et le tabagisme n'étaient pas significativement associées aux autres cancers. Les auteurs ont conclu que l'utilisation de TNS ne causait pas de cancer, mais une limite importante de cette étude résidait dans le temps de suivi (7,5 ans).

Tableau 19. Effets des traitements nicotiniques de substitution - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
Woolacot et al., 2002 (156) Niveau de preuve = 2	Revues systématiques Études individuelles	Évaluer l'efficacité, le rapport coût/efficacité et les effets indésirables du bupropion et des TNS pour arrêter de fumer	Base de données : 26 bases de données et des ressources Internet ont été explorées jusqu'en mai 2001	Abstinence à 6 mois, 12 mois ou plus après le début du traitement. Effets indésirables	157 études dont Efficacité : 3 revues systématiques, 13 études Effets indésirables, innocuité ; 4 revues systématiques, 112 études Efficacité des thérapeutiques médicamenteuses TNS versus placebo ou absence de traitement 1,72 [1,61-1,84], n=96 études Timbre transdermique versus placebo ou absence de traitement 1,74 [1,57-1,93], n=35 études Gomme placebo ou absence de traitement 1,66 [1,52-1,81], n=51 études Inhalateur placebo ou absence de traitement 2,08 [1,43-3,04], n=4 études Spray nasal placebo ou absence de traitement 2,27 [1,61-3,20], n=4 études Comprimé / pastille placebo ou absence de traitement

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
					<p>1,73 [1,07-2,80], n=2 études</p> <p>Bupropion versus placebo 2,75 [1,98-3,81], n=7 études</p> <p>Bupropion versus TNS 2,07 [1,22-3,55], n= 1 étude</p> <p>TNS + bupropion (versus TNS) 2,65 [1,58-4,45], n=1 étude</p> <p>TNS + bupropion (versus bupropion) 1,28 [0,82-1,99], n=1 étude</p> <p>Limites : Effets indésirables du bupropion Cette revue de la littérature pointait le risque de convulsion due à l'utilisation du bupropion. Le taux brut d'incidence des convulsions a été estimé à 0,06 % à 6 jours pour le bupropion à partir de deux revues systématiques. Les études dont l'objectif principal était d'évaluer l'incidence des effets indésirables du bupropion ont mis en évidence un taux d'incidence de 0,06 % sur une période de 56 jours de traitement et de 0,1 % à 1 an. La pharmacovigilance de la « <i>Medicines Control Agency</i> » entre juin 2000 et mai 2001 rapporté sur un total de 390 000 individus exposés au bupropion entre juin 2000 et mai</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
					<p>2001 au Royaume-Uni (données <i>Medicines Control Agency</i>), et 118 cas de convulsions. Le nombre total d'individus touché par un événement indésirable était de 5 593 (urticaire : 761 ; insomnie : 761 ; démangeaison : 724 ; mal de tête : 537 ; étourdissement : 534 ; nausée : 489 ; œdème : 348 ; dépression : 345 ; tremblement : 279 ; prurit : 283 ; anxiété : 232 ; douleur à la poitrine : 238 ; bouche sèche : 189 ; dyspnée : 184 ; palpitations : 174 ; agitation : 160 ; vomissement : 161 ; sueur : 145 ; oppression thoracique : 134 ; constipation : 133 ; arthralgie : 128 ; douleur abdominale : 119 ; convulsions : 118 ; malaise : 118 ; décès : 37.</p> <p>Limites de cette revue de littérature :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les preuves rapportées de la supériorité du bupropion sur les TNS étaient faibles (une seule étude) ; - Les auteurs ont utilisé les résultats de revue de la littérature et n'ont pas utilisé comme matériels les études individuelles sources (les auteurs ont avancé des contraintes temporelles).
Stead et al.,2008 (154) Niveau de preuve= 2 (méta-)	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	Les objectifs de cette revue sont de : Déterminer l'effet des TNS comparativement	Base de données : Specialized register of the Cochrane Tobacco Addiction Group,	Abstinence mesurée au moins 6 mois après le début de	132 essais retenus dans cette revue de la littérature TNS (quelle que soit sa forme) versus placebo/groupe contrôle sans TNS

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
analyse) et 3 (comparaisons indirectes)		<p>au placebo, et identifier s'il y a une différence d'effets entre les différentes formes de TNS (gommes, timbres transdermiques, spray nasal, inhalateurs et comprimés/pastilles).</p> <p>Déterminer si l'effet est influencé par le dosage, la forme et les délais d'utilisation des TNS ; l'intensité de conseils supplémentaires et le soutien proposé au fumeur ; ou le lieu dans lequel le fumeur est recruté et traité.</p> <p>Déterminer si des combinaisons de TNS sont plus efficaces qu'un TNS isolé.</p> <p>Déterminer si un TNS est plus efficace que d'autres pharmacothérapies.</p>	<p>Cochrane central register of controlled trials (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Science citation index, Cancerlit, Health planning and administration, social scisearch, smoking and health an dissertation abstracts, abstract books from meetings of the society for research on nicotine and tobacco.</p> <p>Recherche la plus récente : juillet 2007</p> <p>Groupes de comparaison : placebo, absence de traitements, doses différentes de TNS</p> <p>Fumeurs quel que soit</p>	<p>l'intervention</p>	<p>Le RR commun (110 essais, n=43040 personnes) d'être abstinent à 6 mois ou plus était RR=1,58 IC95 % [1,50-1,66].</p> <p>Gommes nicotiques versus placebo Le RR commun (53 essais, n=19090) d'être abstinent à 6 mois ou plus était RR=1,43 IC95 % [1,33-1,53].</p> <p>Timbres transdermiques versus placebo Le RR commun (41 essais, n=18237) d'être abstinent à 6 mois ou plus était RR=1,66 IC95 % [1,53-1,81].</p> <p>Inhalateur de nicotine versus placebo Le RR commun (4 essais, n=976) d'être abstinent à 6 mois ou plus était RR=1,90 IC95 % [1,36-2,67].</p> <p>Comprimés/Pastilles versus placebo Le RR commun (6 essais, n=3109) d'être abstinent à 6 mois ou plus était RR=2,00 IC95 % [1,63-2,45].</p> <p>Spray nasal versus placebo Le RR commun (4 essais, n=887) d'être abstinent à 6 mois ou plus était RR=2,02 IC95 % [1,49-3,73].</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
			le lieu de leur recrutement et/ou le niveau de dépendance à la nicotine		<p>Patch 16h vs. 24h :</p> <p>Porter des timbres transdermiques seulement durant les heures d'éveil (16 heures par jour) est aussi efficace que les porter 24 heures par jour.</p> <p>Timbre transdermique 24 heures versus timbre transdermique 16 heures (comparaison directe)</p> <p>1 essai, n=106, RR=0,70 [0,36-1.34]</p> <p>Les effets étaient indépendants de la durée de délivrance du patch (16h vs. 24h), de l'intensité, ou du lieu de recrutement et de traitement par TNS.</p> <p>Durée du traitement par patchs (comparaisons indirectes) :</p> <p>8 semaines ou moins : 15 essais, n=4842, RR=1,89 [1,64-2,18]</p> <p>Plus de 8 semaines : 26 essais, n=9906, RR=1,60 [1,43-1,79]</p> <p>8 semaines de thérapie par timbres transdermiques semblait aussi efficace que des thérapies plus longues (jusqu'à 7 mois).</p> <p>Il n'y avait pas de différence entre sevrage progressif et sevrage brutal des patchs RR=0,99 IC95 % [0,74-1,32].</p> <p>Intensité</p> <p>Pour les plus gros fumeurs (>30</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
					<p>cigarettes/jour), il y avait un bénéfice significatif d'une prescription d'une gomme dosée à 4 mg versus 2 mg, Le RR commun (4 essais, n=618) d'être abstinent à 6 mois était RR=1,85 IC95 % [1,36-2,50].</p> <p>Il y avait un bénéfice significatif assez faible d'un bénéfice apporté par des timbres transdermiques plus dosés. Le RR commun (7 essais : 3 essais 44 mg versus 22 mg / 4 essais 25 mg versus 16 mg), n=4634) d'être abstinent à 6 mois était RR=1,15 IC95 % [1,01-1,30].</p> <p>Recrutement / lieu de traitement L'effet sur l'abstinence semblait indépendant du recrutement des fumeurs ou du lieu de traitement (les intervalles de confiance des risques relatifs se chevauchant). Fumeurs volontaires : 28 essais, n=8336, RR=1,40 IC95 % [1,28-1,53]. Cliniques spécialisées : 6 essais, n=1283, RR=1,58 IC95 % [1,30-1,91]. Soins primaires : 16 essais, n=7277, RR=1,58 IC95 % [1,35-1,85]. Hôpitaux : 3 essais, n=2194 RR=1,11 IC95 % [0,86-1,43].</p> <p>Combinaison timbre transdermique + TNS d'administration rapide versus TNS</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
					<p>unique</p> <p>Il y avait des preuves que combiner un timbre transdermique avec une forme de TNS d'administration rapide était plus efficace qu'un TNS unique. Le RR commun (7 essais, n=3202) d'être abstinent à 6 mois était RR=1,35 IC95 % [1,11-1,63].</p> <p>TNS sans prescription versus TNS prescrits.</p> <p>Les effets de la prescription et de la non prescription des TNS n'étaient pas différents dans deux études dont le but était d'estimer l'effet de l'utilisation des TNS sans prescription.</p> <p>timbres transdermiques : 1 essai, n=300, RR=6,91 IC95 % [0,36-132,59].</p> <p>Inhaleurs : 1 essai, n=520, RR=4,00 IC95 % [0,86-18,66].</p> <p>Timbres transdermiques versus bupropion</p> <p>Une seule étude comparait directement l'utilisation des timbres transdermiques avec le bupropion : dans cette étude, le taux d'abstinence était plus élevé pour le bupropion :</p> <p>1 essai, n=488 RR=0,53 IC95 % [0,34-0,85]</p> <p>Les auteurs ont conclu que des recherches supplémentaires étaient nécessaires dans</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
					<p>différents champs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ pour effectuer des comparaisons directes entre les différentes formes de TNS et entre différentes doses et durée de traitement ; ▸ sur l'utilisation des combinaisons de différentes formes de TNS ; ▸ pour effectuer des comparaisons directes entre les TNS et de nouvelles pharmacothérapies incluant la varénicline ; ▸ sur l'effet d'une utilisation des TNS avant la date d'arrêt du tabac. <p>Limite de cette revue de la littérature : les auteurs ont identifié un biais de publication (asymétrie du « <i>funnel plot</i> ») ainsi, l'effet des TNS sur l'abstinence pourrait être un peu moins important que celui rapporté dans cette revue de la littérature.</p>
<p>Cahill et al.,2013 (155)</p> <p>Niveau de preuve = 2</p>	<p>Revue systématique de revues Cochrane d'essais contrôlés randomisés</p> <p>Méta-analyse en réseau (extrapolation des comparaisons non disponibles par un processus de compa-</p>	<p>Estimer l'efficacité relative des différents traitements (TNS, bupropion, varénicline) et comparativement à un placebo sur l'abstinence à long terme (6 mois ou plus)</p> <p>Estimer l'efficacité des autres traitements (cétisine, nortriptyline) sur</p>	<p>Base de données Cochrane des revues systématiques</p> <p>Recherche la plus récente : novembre 2012</p> <p>Traitements étudiés : TNS, antidépresseurs</p>	<p>Abstinence à au moins 6 mois après le début de l'intervention :</p> <p>Incidence des effets indésirables graves associés à chacun des traitements</p>	<p>12 revues identifiées intégrant 267 études (n=101 804)</p> <p>TNS versus placebo : OR=1,84 IC95 % [1,71-1,99] (119 essais).</p> <p>Bupropion versus placebo : OR=1,82 IC95 % [1,60-2,06] (36 essais).</p> <p>Varénicline versus placebo : OR=2,88 IC95 % [2,40-3,47] (15 essais).</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
	raison indirecte)	<p>l'abstinence à long terme (6 mois ou plus)</p> <p>Estimer les effets indésirables et les effets indésirables graves des différents traitements.</p> <p>(Pour les résultats concernant les autres médicaments, se reporter aux chapitres correspondants)</p>	<p>(bupropion, nortriptyline), agonistes partiels des récepteurs nicotiniques (varénicline et cytisine), anxiolytiques, antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant), clonidine, lobéline, dianidine, mécamylamine, nicobrevin, antagonistes des récepteurs opioïdes, vaccins nicotiniques, acétate d'argent.</p> <p>Fumeurs adultes</p>		<p>Bupropion versus TNS : OR=0,99 IC95 % [0,86-1,13] (9 essais).</p> <p>Varénicline versus un seul type de TNS : OR=1,57 IC95 % [1,29-1,91] (comparaison indirecte)</p> <p>Varénicline versus bupropion : OR=1,59 IC95 % [1,29-1,96] (3 essais).</p> <p>Varénicline versus timbres transdermiques : OR=1,51 IC95 % [1,22-1,87] (comparaison indirecte).</p> <p>Varénicline versus gomme nicotinique : OR=1,72 IC95 % [1,38-2,13] (comparaison indirecte).</p> <p>Varénicline versus autres TNS (inhaleur, spray, comprimés, pastilles) : OR=1,42 IC95 % [1,12-1,79] (comparaison indirecte).</p> <p>Varénicline versus combinaison de TNS : OR=1,06 IC95 % [0,75-1,48] (comparaison indirecte).</p> <p>Cytisine versus placebo : OR=3,98 IC95 % [2,01-7,87] (2 essais).</p> <p>Nortriptyline versus placebo : OR=2,03</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
					<p>IC95 % [1,48-2,78] (6 essais).</p> <p>Clonidine versus placebo : OR=1,63 IC95 % [1,22-2,18] (6 essais).</p> <p>Effets indésirables des TNS : Irritation de la peau (chez 54 % des utilisateurs de timbres transdermiques). Douleurs thoraciques et palpitations cardiaques (chez 2,5 % des utilisateurs des TNS versus 1,4 % dans les groupes contrôles).</p> <p>Maux de têtes.</p> <p>Limites de cette revue des revues : seules les revues Cochrane ont été retenues dans cette analyse.</p>

Tableau 20. Combinaison de l'utilisation de pastilles de nicotine (4 mg) et d'une intervention comportementale pour réduire la consommation de tabac sans fumée

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
Ebbert <i>et al.</i>, 2010 (157) Niveau de preuve=3	Étude pilote ouverte	Comparer l'utilisation de pastilles de nicotine (4 mg) et d'une intervention comportementale versus une intervention comportementale dans le cadre du sevrage tabagique chez les utilisateurs de tabac sans fumée.	<p>Utilisateurs de tabac sans fumée intéressés pour réduire leur consommation de tabac sans fumée mais pas intéressés pour arrêter de fumer, utilisant quotidiennement du tabac sans fumée, âgés de 18 à 70 ans.</p> <p>Les patients étaient exclus s'ils présentaient des problèmes médicaux, bénéficiaient d'un traitement par psychotropes, utilisaient d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, étaient enceintes ou allaitaient.</p>	<p>Abstinence</p> <p>Durée d'abstinence</p> <p>Tentatives d'arrêts</p> <p>Exposition à des substances toxiques</p>	<p>n=102</p> <p>groupe 1 (n=57) : pastilles de nicotine + intervention comportementale</p> <p>groupe 2 (n=45) : intervention comportementale</p> <p>Consommation de tabac sans fumée et exposition de substances toxiques</p> <p>Abstinence, Groupe 1 versus groupe 2 : 14,0 % versus 6,7 %, p=0,34</p> <p>Tentative d'arrêts Groupe 1 versus groupe 2 : 33 % versus 28,9 %, p=0,67</p> <p>Durée d'abstinence Groupe 1 versus groupe 2 : 9,9 jours (+-17,3) versus 6,6 jours (+-15,1)</p> <p>Limites de cette étude : deux limites importantes sont rapportées par les auteurs : le manque de puissance de cette étude et l'absence d'un groupe</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement	Résultats et signification
					<p>placebo.</p> <p>De plus, les deux groupes comparés ne présentaient pas le même profil de consommation de tabac sans fumée ($p=0,02$). Malgré ces limites, les auteurs ont conclu qu'une intervention comportementale accompagnée ou non de l'utilisation de pastilles pouvait être efficace pour d'une part, diminuer l'utilisation de tabac sans fumée et l'exposition à des substances toxiques et d'autre part, augmenter l'abstinence, les tentatives d'arrêt et la durée de l'abstinence, ce qui est une conclusion abusive.</p>

Tableau 21. Effets à long terme des TNS et du tabagisme sur le risque de cancer

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
Murray et al., 2009 (158) Niveau de preuve=3	Étude prospective	Évaluer les relations entre l'utilisation de TNS, le tabagisme et la morbi-mortalité par cancers.	Fumeurs faisant partie d'un sous-groupe de patients enrôlés dans "The lung health study" de 1986 à 1991.	Utilisation de TNS : Tabagisme / cancers	Morbi-mortalité par cancer (cancer du poumon, cancer gastro-intestinal, tout type de cancer)	<p>n=3320 (1 986 participants ont utilisé un TNS, 1 329 participants n'ont pas utilisé de TNS).</p> <p>Des modèles de Cox ont été utilisés pour estimer les risques de cancers associés à l'utilisation de TNS et au tabagisme.</p> <p>Cancer du poumon : l'utilisation de TNS n'était pas une variable prédictive significative (p=0,57), tandis que le tabagisme était une variable prédictive significative (p=0,03). Dans un modèle intégrant simultanément l'utilisation de TNS et le tabagisme, l'utilisation de TNS demeurait une variable prédictive non significative (p=0,25) et le tabagisme demeurait une variable prédictive significative (p=0,02).</p> <p>Autres cancers : l'utilisation de TNS et le tabagisme n'étaient pas significativement associés aux autres cancers.</p> <p>Limite : le temps de suivi de cette étude était court (7,5 ans).</p>

- Effets indésirables des TNS

La revue de littérature de Mills *et al.* en 2010 (159) avait pour objectif d'identifier et de quantifier les effets indésirables des TNS rapportés dans les essais cliniques randomisés et les études observationnelles. Au total, 92 essais cliniques (n=32 183 participants) et 28 études observationnelles (n=145 205 participants) ont été inclus dans cette revue de la littérature. Les essais retenus devaient durer au moins 4 semaines (de façon à différencier les symptômes de sevrage des effets indésirables). Toutes les formes de TNS étaient considérées (pastilles, timbres transdermiques, gommes à mâcher, sprays nasaux, inhalateurs et comprimés). Des méta-analyses ont permis d'estimer des odds ratios communs à partir des essais contrôlés randomisés et des prévalences communes à partir des études observationnelles.

À partir des essais contrôlés, des risques significatifs d'événements indésirables associés à l'utilisation de toutes les formes de TNS confondues ont été mis en évidence pour :

- les palpitations cardiaques et les douleurs de poitrine (12 essais, n=10234, OR=2,06, IC95 %=[1,51-2,82]) ;
- les nausées et vomissements (31 essais, n= 13310, OR=1,67, IC95 %=[1,37-2,04]) ;
- les douleurs gastro-intestinales (26 essais, n=14457, OR=1,54, IC95 %=[1,25-1,89]) ;
- les insomnies (19 essais, n=9309, OR=1,42, IC95 %=[1,21-1,66]).

L'utilisation de timbres transdermiques était associée à un risque significatif d'irritations de la peau (32 essais, n=14143, OR=2,80, IC95 %=[2,28-3,24]).

L'utilisation des TNS de forme orale (pastilles, gommes et comprimés) était associée à des risques significatifs de :

- douleurs bucco-pharyngées (23 essais, n=7282, OR=1,87, IC95 %=[1,36-2,57]) ;
- aphtes (6 essais, n=erreur dans la publication OR=1,49, IC95 %=[1,05-2,20]) ;
- hoquet (14 essais, n=7282, OR=7,68, IC95 %=[4,59-12,85]) ;
- toux (12 essais, n=7882, OR=2,89, IC95 %=[1,92-4,33]).

La revue systématique de revues Cochrane de Cahill *et al.* en 2013 (155) (Cf. tableau 19) a examiné les effets indésirables et les effets indésirables graves des différents traitements pour le sevrage tabagique chez des fumeurs adultes : TNS, antidépresseurs (bupropion, nortriptyline), agonistes partiels des récepteurs nicotiniques (varénicline et cytisine), anxiolytiques, antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant), clonidine, lobéline, dianicline, mécamylamine, nicobrevin, antagonistes des récepteurs opioïdes, vaccins nicotiniques, acétate d'argent. Douze revues ont été identifiées et intégraient 267 études et 101 804 participants. Des méta-analyses bayésiennes en réseau ont été faites pour réaliser des comparaisons directes et indirectes entre les différents traitements. Seules les revues Cochrane ont été retenues dans ces méta-analyses.

Les effets indésirables des TNS retrouvés étaient :

- irritation de la peau (chez 54 % des utilisateurs de timbres transdermiques) ;
- douleurs thoraciques et palpitations cardiaques (chez 2,5 % des utilisateurs des TNS versus 1,4 % dans les groupes contrôles).

Les études observationnelles non comparatives ont fourni des données de prévalence sur les effets indésirables à partir des différences entre les effets rapportés dans les études observationnelles et les effets rapportés dans les essais contrôlés randomisés. La prévalence la plus élevée (19,5 %) était rapportée pour les irritations de la peau (Cf. tableau 21). Cette revue montrait que les TNS étaient associés à des effets indésirables qui peuvent indisposer les patients sans toutefois mettre en danger leur vie. Les formes orales étaient davantage associées à des effets indésirables que les formes transdermiques. On peut noter que cette revue de la littérature n'a pas mis en évidence de liens entre les TNS et des effets indésirables psychiatriques.

Conclusion sur les TNS

Les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo (niveau de preuve 2). 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...) est plus efficace qu'une forme unique de TNS (niveau de preuve 2). Les traitements par timbres supérieurs à 8 semaines ne semblent pas plus efficaces que les traitements de durée inférieure (niveau de preuve 3).

Les données épidémiologiques suggèrent que les TNS auraient un impact faible s'ils étaient utilisés isolément. En effet, si l'on considère que les taux de réussite de l'arrêt du tabac dans une population sans aucun traitement sont compris entre 3 % et 5 %, comme cela a été suggéré par les études (160), l'utilisation de TNS pourrait augmenter ces taux de 2 % à 3 %. Ces traitements ne présentent pas d'effet indésirable grave identifié. Ces traitements sont une aide dans le sevrage mais ils ne doivent pas constituer à eux seuls le traitement de l'aide à l'arrêt du tabac.

Enfin, l'utilisation à long terme des TNS n'est pas associée à un risque de cancer, contrairement au tabagisme.

Avis du groupe de travail

Comme le montre la littérature, le groupe de travail est d'accord sur le fait que les TNS sont une aide pour soulager les symptômes de sevrage et éviter la rechute chez les patients les plus dépendants mais qu'ils ne doivent pas constituer à eux seuls le traitement de l'aide à l'arrêt du tabac. Le groupe de travail est en accord avec les recommandations internationales qui préconisent l'utilisation des TNS en première intention, dans le cadre d'un accompagnement par un professionnel de santé. Ces médicaments ne sont pleinement efficaces que s'ils sont prescrits suffisamment longtemps, à un dosage adapté au patient et que les modes d'utilisation et les effets indésirables éventuels sont bien expliqués au patient.

Tableau 22. Effets indésirables des traitements nicotiniques de substitution pour le sevrage tabagique. Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Mills et al., 2010 (159) Niveau de preuve=2	Revue d'essais contrôlés randomisés et d'études observationnelles Méta-analyse	Identifier et quantifier les effets indésirables rapportés des TNS dans les essais cliniques randomisés et les études observationnelles.	Base de données : 10 bases de données : MEDLINE, EMBASE, Cochrane CENTRAL, AMED, CINHAL, TOXNET, Development and reproductive toxicology, hazardous substances data-bank, Psych-Info, Web of Science Groupe de comparaison : placebo ou traitement standard Recherche la plus récente : novembre 2009	Effets indésirables	92 essais contrôlés randomisés (n= 32 185) 28 études observationnelles (n=145 205) 83 ECR avec un groupe contrôle placebo 42 ECR évaluaient les timbres transdermiques 26 ECR évaluaient les gommes à mâcher 6 ECR évaluaient le spray nasal 6 ECR évaluaient les inhalateurs de nicotine 4 ECR évaluaient les comprimés 35 ECR évaluaient des combinaisons de TNS 74 ECR étaient conduits chez des patients adultes en bonne santé, 6 ECR chez des patients présentant des comorbidités médicales et psychiatriques, 6 ECR chez des femmes enceintes, 6 ECR chez des patients hospitalisés, 6 ECR chez des adolescents, 1 ECR chez des femmes ménopausées, 1 ECR chez des patients opérés. Risque d'effets indésirables des TNS dans les essais contrôlés randomisés

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Palpitations cardiaques et douleurs de poitrine : 12 essais, n=10234, OR=2,06 [1,51-2,82]</p> <p>Nausées et vomissements : 31 essais, n=13310, OR=1,67 [1,37-2,04]</p> <p>Douleurs gastro-intestinales : 26 essais, n=14457, OR=1,54 [1,25-1,89]</p> <p>Insomnie : 19 essais, n=9309, OR=1,42 [1,21-1,66]</p> <p>Risque d'effets indésirables des timbres transdermiques dans les essais contrôlés randomisés</p> <p>Irritations de la peau : 32 essais, n=14143, OR=2,80 [2,28-3,24].</p> <p>Risque d'effets indésirables des TNS oraux dans les essais contrôlés randomisés</p> <p>Douleur bucco-pharyngée : 23 essais, n=7282, OR=1,87 [1,36-2,57]</p> <p>Aphtes : 6 essais, n=erreur dans la publication, OR=1,49 [1,05-2,20]</p> <p>Hoquet : 14 essais, n=7282, OR=7,68 [4,59-12,85]</p> <p>Toux : 12 essais, n=7882, OR=2,89 [1,92-4,33]</p> <p>17 études observationnelles concernaient</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>les timbres transdermiques, 2 études observationnelles concernaient le spray nasal, 1 concernait les gommes nicotiques et 8 concernaient une combinaison de TNS.</p> <p>Prévalence des effets indésirables dans les études observationnelles</p> <p>Mal de tête : 17 études, p=9,7 % [4,6 %-19,5 %]</p> <p>Nausée et vomissements : 14 études, p=8,5 % [4,6 %-15,3 %]</p> <p>Douleurs gastro-intestinales : 11 études, p=3,9 % [1,4 %-10,4 %]</p> <p>Palpitations cardiaques : 7 études, p=3,6 % [1,4 %-9,0 %]</p> <p>Douleur bucco-pharyngée : 6 études, p=5,4 % [0,9 %-25,6 %]</p> <p>Irritation de la peau : 16 études, p=19,5 % [11,5 %-31,1 %]</p> <p>Hoquet : 4 études, p=2,5 % [0,3 %-16,5 %]</p> <p>Toux : 5 études, p=8,1 % [2,1 %-26 %]</p> <p>Dépression : 6 études, p=2,6 % [0,2 %-27 %]</p> <p>Anxiété : 5 études, p=2,9 % [0,8 %-9,8 %]</p> <p>Insomnie : 18 études, p=11,4 % [4,8 %-24,6 %]</p> <p>Vertiges : 8 études, p=7,3 % [3,7 %-13,9 %]</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Atteinte à soi-même : 1 étude, $p=0,2\%$ [0 %-8,4 %]</p> <p>Limites : les études observationnelles étaient non comparatives. Des différences étaient observées entre les effets indésirables identifiés dans les ECR et dans les études observationnelles.</p>

Varénicline (Champix®)

La varénicline est un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux à l'acétylcholine indiqué dans le sevrage tabagique de l'adulte sous la marque Champix®.

La spécialité Champix® a obtenu l'AMM le 26 septembre 2006 et est commercialisée en France depuis le 12 février 2007. Le Champix® fait partie des 27 médicaments qui font l'objet d'une surveillance renforcée de l'ANSM, parmi les 70 suivis dans le cadre d'un plan de gestion des risques (PGR).

Le plan de gestion des risques (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.

- Avis de la transparence de la HAS 2009 (161)

Après analyse des données, la HAS faisait les conclusions suivantes en 2009 :

« 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). »

Une étude randomisée ouverte a comparé l'efficacité de la varénicline à celle de patchs nicotiniques (162). Cette étude a inclus des sujets de 18 à 75 ans qui fumaient au moins 15 cigarettes par jour et qui étaient motivés pour un arrêt du tabac. Les sujets ne devaient pas avoir arrêté de fumer pendant une période de plus de 3 mois dans l'année précédant l'inclusion. N'ont pas été inclus les sujets ayant une hypertension artérielle (PAS>150 mm Hg ou PAD>95 mm Hg) et ceux avec une « dépression ou des troubles psychologiques ».

Les sujets ont reçu un traitement par varénicline pendant 12 semaines ou par patchs nicotiniques pendant 10 semaines. Après ces périodes, les sujets n'ont reçu aucun traitement jusqu'à la 52^{ème} semaine. L'ensemble des sujets a bénéficié d'un soutien individuel pour le sevrage tabagique au cours de cette étude.

Le critère principal était le taux d'abstinence continue du tabac pendant les 4 dernières semaines de traitement (TAC) confirmé par la mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré, soit pour la varénicline de la semaine 9 à la semaine 12 soit pour les patchs nicotiniques de la semaine 8 à la semaine 11. Les taux d'abstinence continue à partir des 4 dernières semaines de traitement jusqu'aux semaines 24 et 52, confirmés par la mesure du CO expiré, étaient des critères secondaires. L'âge moyen des sujets inclus était d'environ 43 ans avec un nombre d'années de tabagisme d'environ 25 ans. Les sujets fumaient environ 23 cigarettes par jour au cours du dernier mois avant l'inclusion. L'analyse des résultats a été effectuée chez les patients randomisés ayant reçu au moins une dose de traitement. Dans les 4 dernières semaines de traitement de cette étude, le taux d'abstinence continue a été significativement plus élevé dans le groupe varénicline que dans le groupe TNS. Cependant, cette différence entre les groupes de traitements n'est plus observée à 6 mois ni à 1 an.

Il existe des limites à l'interprétation des résultats de cette étude et à l'extrapolation des résultats à la pratique courante :

- limite méthodologique : étude ouverte, utilisation non optimale du comparateur (la méta-analyse Cochrane a montré qu'un traitement par TNS d'une durée supérieure à 8 semaines n'était pas pertinent) ;
- patients inclus : pas de jeunes fumeurs, sans trouble psychiatrique, ni d'affections cardiovasculaires, ni de broncho-pneumopathie obstructive.

À la fin des 4 dernières semaines de traitement, la varénicline a été plus efficace que les patchs nicotiniques en termes d'abstinence continue (OR 1,7, p<0,001). Cependant, cette étude a été réalisée en ouvert et dans une population de sujets peu extrapolable à la population générale de

fumeurs. **De plus, à 6 mois et à 1 an, aucune différence significative n'a été mise en évidence sur le taux d'abstinence entre la varénicline et les patchs nicotiniques.**

En conséquence, cette étude ne permettait pas de conclure à une plus grande efficacité de la varénicline sur le sevrage tabagique que les patchs nicotiniques.

- **Revue systématique et méta-analyses (voir tableau 23)**

L'évaluation technologique de Hind *et al.*, en 2009 (163) (non présentée dans le tableau) présentait un résumé des preuves soumises par le fabricant (Pfizer) au NICE dans le cadre d'une évaluation technologique STA (*Single Technology Appraisal*). Cette évaluation technologique était produite par un groupe indépendant du NICE (Evidence Review Group). L'objectif de cette évaluation était de déterminer si la varénicline était efficace ou coût-efficace comparativement aux TNS et au bupropion chez les adultes fumeurs ayant exprimé le désir d'arrêter de fumer. Les études utilisées par le fabricant dans son dossier STA étaient 3 revues Cochrane antérieures à celles analysées dans le présent document (TNS 2004, Bupropion 2007, Varénicline 2007) ainsi qu'une étude médico-économique de 2001. Cette évaluation suggérait que la varénicline était supérieure au placebo et au bupropion à 1 an et à 3 mois. À partir de comparaisons indirectes, la varénicline était supérieure au TNS à 1 an et 3 mois (comparativement au placebo) et le rapport coût/efficacité était favorable à la varénicline comparativement au bupropion et au placebo. Nous ne détaillons pas les résultats de cette évaluation technologique car deux des revues Cochrane ont été actualisées depuis et sont analysées dans le présent document (TNS : Stead *et al.*, (154), varénicline : Cahill *et al.*, (164)) et le modèle médico-économique a été intégré dans l'analyse de Mahmoudi *et al.*, (165) décrite ci-dessous.

Les auteurs de cette évaluation technologique avaient conclu que la varénicline était efficace et coût-efficace pour l'arrêt du tabagisme ; cependant, la supériorité de la varénicline sur les TNS n'était pas démontrée (comparaisons indirectes à court terme et aucune comparaison à long terme).

La méta-analyse de Fagerström *et al.* en 2010 (166) a examiné l'efficacité et la tolérance de la varénicline pour l'arrêt du tabac dans des populations asiatiques (Japon, Taiwan, Corée, Chine, Singapour, Thaïlande). Les interventions (12 semaines de traitement, puis 12 semaines de suivi) considérées étaient les suivantes : les doses de varénicline étaient ajustées sur une semaine (0,5 mg une fois par jour, les 3 premiers jours / 0,5 mg deux fois par jour, du quatrième jour au septième jour), puis 1 mg le 8^{ème} jour (qui est le jour d'arrêt du tabagisme), jusqu'à la 12^{ème} semaine. Un *counselling* sous forme de brochures et d'un entretien (jusqu'à 10 minutes) lors de visite en clinique était fourni chaque semaine durant les 12 semaines de traitement (excluant les semaines 5, 7, 9 et 11) et aux semaines 13, 16, 20 et 24 durant le suivi. Un *counselling* téléphonique (jusqu'à 5 minutes) était fourni pendant les semaines où le patient ne recevait pas d'entretien en clinique durant la période de traitement, et pendant les semaines 14, 18, 20 et 22 durant le suivi sans traitement. Le critère de jugement était l'abstinence confirmée par le taux de monoxyde de carbone entre 9 et 12 semaines (à 3 mois) et entre 9 et 24 semaines (à 6 mois). Trois essais contrôlés randomisés multicentriques de phase IIB ou III dans les 6 pays asiatiques incluant 893 patients ayant reçu de la varénicline (1 mg par jour / n= 447) ou un placebo (n=446) pendant 12 semaines ont été analysés par les auteurs. L'abstinence était plus élevée pour les patients sous varénicline, comparativement au groupe placebo, entre 9 et 12 semaines de suivi (58,6 % versus 34,3 % / OR=2,74 IC95 % = [2,08-3,60]) et entre 9 et 24 semaines de suivi (41,4 % versus 25,3 % / OR=2,08 IC95 % = [1,56-2,77]). Des effets indésirables étaient rapportés pour 81,2 % des participants sous varénicline et pour 70,9 % des patients du groupe placebo, mais la majorité de ces effets indésirables étaient d'intensité faible ou modérée. Les effets indésirables les plus fréquents dans le groupe ayant bénéficié de varénicline étaient la nausée (31,5 %), les maux de tête (8,5 %), les vertiges (7,8 %), l'insomnie (7,4 %) et les douleurs abdominales hautes (5,4 %). Des effets indésirables graves étaient rapportés chez 4 patients du groupe ayant bénéficié de varénicline et chez 5 patients du groupe placebo. Aucun cas de comportement ou idée suicidaire n'était rapporté dans les groupes varénicline ou placebo. Les arrêts du traitement à

cause d'effets indésirables ont concerné 3,6 % des participants du groupe varénicline et 1,6 % des participants du groupe placebo. Les auteurs ont rapporté que comparativement aux études sur des populations occidentales, les taux d'abstinence dans les 2 groupes (varénicline et placebo) étaient plus élevés dans les études asiatiques alors que les effets indésirables étaient similaires à ceux de populations occidentales.

Les résultats de cette analyse suggéraient une amélioration des taux d'abstinence des fumeurs sous varénicline par rapport au placebo dans les populations asiatiques, avec des effets indésirables d'intensité légère ou modérée (niveau de preuve 2).

La revue systématique de Mahmoudi *et al.* en 2012 (165) a évalué le rapport coût/efficacité de la varénicline et du bupropion. Les analyses coût/efficacité retenues utilisaient un modèle de Markov. Dix études ont été incluses dans cette revue de la littérature. L'efficacité était appréciée via le rapport des coûts/efficacité incrémental (ou rapport coût/efficacité marginal) de l'intervention. La majorité des études étaient conduites en Europe (une en Finlande, une en Norvège, une en Belgique, une en Espagne, une au Pays-Bas, une en Suède, une en Corée du Sud et trois études aux États-Unis). Le modèle BENESCO (*Benefits of Smoking Cessation on Outcomes*) simulait les conséquences du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt dans une cohorte hypothétique de fumeurs faisant une seule tentative d'arrêt et suivis durant leur vie. La plupart des modèles BENESCO ont utilisé les données d'efficacité de deux essais contrôlés randomisés qui comparaient la thérapie sur 12 semaines de la varénicline et du bupropion (167) et (168). Huit études utilisant le modèle BENESCO (*Benefits of Smoking Cessation on Outcomes*) ont montré que le rapport coût/efficacité était en faveur de la varénicline par rapport au bupropion, et les deux études utilisant un autre modèle (non BENESCO) ont montré que l'utilisation de la varénicline était une stratégie coût-efficace.

Cette modélisation médico-économique montrait que la varénicline était coût-efficace à 12 semaines et supérieure au bupropion (niveau de preuve 2). Cependant, ces données ne permettaient pas de comparer l'efficacité de la varénicline par rapport aux TNS.

La revue systématique de Cahill *et al.* en 2012 (164) a examiné l'efficacité et la tolérance des agonistes partiels des récepteurs nicotiniques pour l'arrêt du tabac. Les agonistes partiels des récepteurs nicotiniques considérés étaient la cytisine, la dianicline et la varénicline. Deux essais récents sur la cytisine (n=937) ont rapporté que les participants sous cytisine présentaient avec une probabilité d'arrêter de fumer après la période de suivi la plus longue plus importante que les fumeurs sous placebo (Risque relatif (RR) global de 3,98 (IC95 %=[2,01-7,87]). Un essai sur la dianicline (n=602) n'avait pas rapporté des preuves indiquant qu'elle était efficace (RR=1,20, IC95 %=[0,82-1,75]). Quinze essais comparaient la varénicline à un placebo pour le sevrage tabagique ; trois d'entre eux incluaient aussi un bras de traitement au bupropion. Un essai ouvert comparait la varénicline et du *counselling* à des séances du *counselling* seul. Un essai de prévention des rechutes comparait la varénicline à un placebo, et deux essais ouverts comparaient la varénicline aux traitements nicotiniques de substitution (TNS). Un essai dans lequel tous les participants avaient reçu de la varénicline mais avaient aussi reçu un soutien comportemental soit en ligne, soit par téléphone, soit par les deux méthodes était inclus, mais contribuait uniquement à l'analyse de tolérance. Les études incluses portaient sur 12 223 participants, dont 8 100 avaient utilisé de la varénicline. Le risque relatif (RR) global de l'abstinence continue ou prolongée après six mois ou plus pour la varénicline en dose standard comparée à un placebo était de 2,27 (IC95 %=[2,02-2,55]) ; 14 essais, 6 166 participants, à l'exclusion d'un essai évaluant l'innocuité à long terme). La varénicline à doses inférieures ou variables s'était également montrée efficace, avec un RR de 2,09 (IC95 %=[1,56-2,78] ; 4 essais ; 1 272 personnes). Le RR global pour la varénicline versus le bupropion après un an était de 1,52 (IC95 %=[1,22-1,88] ; 3 essais ; 1 622 personnes). Le RR pour la varénicline versus TNS concernant la prévalence de l'abstinence ponctuelle à 24 semaines était non significatif (RR=1,13 ; IC95 %=[0,94-1,35] ; 2 essais ; 778 personnes).

Cette revue systématique montrait une supériorité de la varénicline sur le placebo pour l'abstinence à 6 mois (niveau de preuve 2) mais ne montrait pas de supériorité de la varénicline par rapport aux patches nicotiniques. Les auteurs avaient conclu de façon abusive à un effet bénéfique modeste de la varénicline comparativement au TNS, alors que les résultats n'étaient pas significatifs.

La revue systématique de revues Cochrane de Cahill *et al.* en 2013 (155) a examiné l'efficacité des différents traitements pour le sevrage tabagique chez des fumeurs adultes : TNS, antidépresseurs (bupropion, nortriptyline), agonistes partiels des récepteurs nicotiniques (varénicline et cytisine), anxiolytiques, antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant), clonidine, lobéline, dianicline, mécamylamine, nicobrevin, antagonistes des récepteurs opioïdes, vaccins nicotiniques, acétate d'argent. Douze revues ont été identifiées et intégraient 267 études et 101 804 participants. Des méta-analyses bayésiennes en réseau ont été faites pour réaliser des comparaisons directes et indirectes entre les différents traitements. Seules les revues Cochrane ont été retenues dans ces méta-analyses.

- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer sous placebo, environ 18 personnes arrêtaient de fumer sous TNS ou bupropion (respectivement OR=1,84, IC95 %=[1,71-1,99] et OR=1,82, IC95 %=[1,60-2,06]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer sous placebo, environ 28 personnes sous varénicline arrêtaient de fumer (OR=2,88, IC95 %=[2,40-3,47]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec un TNS, environ 15 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,57, IC95 %=[1,29-2,91]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec le bupropion, environ 15 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,59, IC95 %=[1,29-1,96]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec un timbre transdermique, environ 18 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,51, IC95 %=[1,22-1,87]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec une gomme nicotinique, environ 17 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,72, IC95 %=[1,38-2,13]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec un autre TNS (autres que timbres ou gommes), environ 14 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,42, IC95 %=[1,12-1,79]).

La varénicline n'était pas plus efficace qu'une combinaison de TNS (OR=1,06, IC95 %=[0,75-1,48]).

Une combinaison de TNS était plus efficace qu'une forme unique de TNS :

- combinaison de TNS versus timbre transdermique : OR=1,43, IC95 %=[1,08-1,91] ;
- combinaison de TNS versus gomme nicotinique : OR=1,63, IC95 %=[1,21-2,20] ;
- combinaison de TNS versus autre TNS : OR=1,34, IC95 %=[1,00-1,80].

La combinaison d'un TNS avec de la nortriptyline ou du bupropion n'était pas plus efficace que le TNS seul.

L'innocuité de la varénicline est encore à l'étude (à partir des essais individuels, aucune preuve d'augmentation de problèmes neuropsychiatriques (OR=0,53, IC95 %=[0,17-1,67]) ou de problèmes cardio-vasculaires (OR=1,26, IC95 %=[0,62-2,56]) n'avait été mise en évidence).

(Pour les résultats concernant les autres médicaments, se reporter aux chapitres correspondants)

Cette méta-analyse de revues systématiques Cochrane montrait une supériorité de la varénicline sur le placebo mais montrait que la varénicline n'était pas plus efficace qu'une combinaison de TNS.

Durée du traitement par varénicline

La revue systématique de Lee *et al.* en 2008 (169) a examiné l'effet de la durée d'utilisation de la varénicline pour l'arrêt du tabac. Cinq essais contrôlés randomisés ont été identifiés par les

auteurs (2 292 patients sous varénicline). Les critères d'inclusion des études étaient les suivants : (1) traitement par varénicline 1 mg, 2 fois par jour ; (2) après le traitement, période de suivi d'au moins un an ; (3) publication de langue anglaise ; (4) suivi avec auto-déclaration de l'abstinence et mesure des niveaux de monoxyde de carbone. Le critère de jugement était l'abstinence à un an. Une méta-régression a permis de mesurer l'association entre la durée de traitement par varénicline et les taux d'abstinence. Les périodes de traitement par varénicline étaient de 6 semaines (1 étude), 3 mois (3 études) ou 6 mois (1 étude). Dans le cadre d'une méta-régression, une forte corrélation entre la durée de traitement et les taux d'abstinence était rapportée (0,5 % d'augmentation du taux d'abstinence par semaine d'exposition). Ainsi, les taux d'abstinence étaient approximativement deux fois plus élevés pour un traitement de 6 mois comparativement à un traitement de 6 semaines.

Cette étude suggérait qu'un traitement de longue durée sous varénicline augmentait les taux d'abstinence à long terme par rapport à un traitement plus court avec la varénicline (niveau de preuve 3). Cette étude ne comparait pas la varénicline avec les autres traitements.

Tableau 23. Effets des agonistes partiels des récepteurs nicotiniques (dont varénicline) - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Lee et al., 2008 (169) Niveau de preuve=3	Revue de littérature Méta-régression d'essais contrôlés randomisés	Déterminer s'il existe une relation entre la durée d'exposition à la varénicline et les taux d'abstinence	Base de données : PUBMED Critères d'inclusion des études : - traitement par varénicline 1 mg 2 fois par jour ; - après le traitement, période de suivi d'au moins un an ; - publication en langue anglaise ; - suivi avec auto-déclaration de l'abstinence et suivi des niveaux de monoxyde de carbone.	Abstinence à 1 an confirmée par auto-déclaration ou niveau de monoxyde de carbone	Cinq essais répondaient aux critères d'inclusion (n=2 292 patients sous varénicline). Dans la cadre d'une méta-régression, une relation significative forte entre la durée de traitement et les taux d'abstinence à un an était rapportée : $\beta = 0,5 \%$ par semaine ; IC95 %=[0,3 %-0,8 %) $p < 0,01$. Les taux d'abstinence à 6 semaines, 12 et 24 semaines étaient respectivement de 14,4 %, 22,4 % et 43,6 % Limites de cette revue de littérature : les 5 essais inclus dans cet article n'étaient pas détaillés. Une seule base de données a été consultée. Les résultats semblent contradictoires (résultats du résumé et résultats des graphiques).
Fagerström et al., 2010 (166) Niveau de preuve=2	Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés asiatiques	Examiner l'efficacité et la tolérance de la varénicline pour l'arrêt du tabac dans des populations asiatiques. Comparer les résultats à	Base de données : non indiquée Groupe de comparaison : Placebo	Abstinence mesurée à 3 mois et à 6 mois après le début de l'intervention : Prévalence de	Trois essais multicentriques en Asie (Japon, Taiwan, Corée, Chine, Singapour, Thaïlande), n=893 groupe varénicline : n=447 groupe placebo : n=446

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		ceux associés à des populations occidentales	Population occidentale Fumeurs âgés de 18 à 75 ans (20 à 75 ans au Japon) fumant au moins 10 cigarettes par jour, sans période d'abstinence de plus de 3 mois l'année précédant l'étude et motivés pour arrêter de fumer	l'abstinence à 7 jours Effets indésirables	<p>varénicline versus placebo</p> <p>L'abstinence était plus élevée pour les patients ayant bénéficié de varénicline, comparativement au groupe placebo</p> <p>Abstinence à 3 mois (58,6 % versus 34,3 %) / OR=2,74 IC95 %=[2,08-3,60]</p> <p>Abstinence à 6 mois (41,4 % versus 25,3 %) / OR=2,08 IC95 %=[1,56-2,77].</p> <p>Événements indésirables :</p> <p>Varénicline (n=447) versus placebo (n=446) :</p> <p>Troubles gastro-intestinaux : 245 (54,8 %) vs 132 (29,6 %)</p> <p>Nausée : 141 (31,5 %) vs 46 (10,3 %)</p> <p>Constipation : 29 (6,5 %) vs 20 (4,5 %)</p> <p>Douleur abdominal haute : 24 (5,4 %) vs 15 (3,4 %)</p> <p>Troubles du système nerveux : 100 (22,4 %) vs 94 (21,1 %)</p> <p>Maux de tête : 38 (8,5 %) vs 27 (6,1 %)</p> <p>Troubles psychiatriques : 69 (15,4 %) vs 58 (13 %)</p> <p>Insomnies : 33 (7,4 %) vs 24 (5,4 %)</p> <p>Troubles généraux : 61 (13,6 %) vs 47 (10,5 %)</p> <p>Troubles de la peau et des tissus sous-</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>cutanés : 23 (5,1 %) vs 19 (4,3 %)</p> <p>Comparaison avec les populations occidentales</p> <p>Les auteurs ont rapporté que comparative-ment aux études sur des populations occidentales, les taux d'abstinence dans les 2 groupes (varénicline et placebo) sont plus élevés dans les études asiatiques</p> <p>Abstinence à 3 mois (varénicline versus placebo)</p> <p>Population Asie : (58,6 % versus 34,3 %)</p> <p>Population occidentale : 44,2 % versus 17,6 %).</p> <p>Abstinence à 6 mois (varénicline versus placebo)</p> <p>Population Asie : (41,4 % versus 25,3 %)</p> <p>Population occidentale : 29,6 % versus 11,8 %).</p> <p>Cependant, la différence entre les taux d'abstinence entre les groupes varénicline et placebo est très proche :</p> <p>Population asiatique vs population occidentale :</p> <p>Différence à 3 mois : (24,3 % vs 26,6 %) ;</p> <p>Différence à 6 mois : (16,1 % vs 17,8 %).</p> <p>Les effets indésirables sont similaires à ceux de populations occidentales.</p> <p>Limites de cette étude :</p> <p>La comparaison avec les études occiden-</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					tales est à analyser avec précaution, car les études n'étaient pas construites dans un but de comparaisons culturelles et ethniques.
Mahmoudi et al., 2012 (165) Niveau de preuve=2	Revue systématique	<p>Évaluer le rapport coût/efficacité des thérapies non nicotiniques pour l'arrêt du tabagisme</p> <p>Identifier les différences des modèles utilisés et les conclusions associées</p> <p>Déterminer quelles variables impactent les rapports coût/efficacité</p>	<p>Base de données : MEDLINE, PsycINFO, National Health Service Economic Evaluation database, Tufts Cost-effectiveness analysis registry</p> <p>Recherche la plus récente : mai 2011</p>	<p>L'efficacité était appréciée via le rapport des coûts-efficacité incremental (ou rapport coût/efficacité marginal) de l'intervention ; les coûts incrementaux ou effets de l'intervention s'interprétant comme des coûts additionnels ou des effets relatifs par rapport à la situation de référence.</p>	<p>Les caractéristiques des modèles utilisés et les résultats en termes de coût/efficacité ont été comparés entre les études et résumés qualitativement.</p> <p>Huit études utilisant le modèle BENESCO (<i>Benefits of Smoking Cessation on Outcomes</i>) ont montré que le rapport coût-efficacité était en faveur de la varénicline, et les deux études utilisant un autre modèle (non BENESCO) ont montré que l'utilisation de la varénicline était une stratégie coût-efficace.</p>
Cahill et al., 2012 (164) Niveau de preuve = 2	<p>Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés</p> <p>Méta-analyse</p>	<p>Estimer l'efficacité et la tolérance des agonistes partiels des récepteurs nicotiniques, incluant la cytisine, la dianicline et la varénicline pour l'arrêt du tabac.</p>	<p>Base de données : Cochrane Tobacco Addiction Group's specialised register, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, and Web of Science</p>	<p>Abstinence mesurée au moins 6 mois après le début de l'intervention : Abstinence continue</p>	<p>Vingt-quatre essais répondaient aux critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - trois essais sur la cytisine ; - un essai sur la dianicline ; - 20 essais sur la varénicline. <p>Cytisine versus placebo</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>Recherche la plus récente : décembre 2011</p> <p>Essais comparant les agonistes partiels des récepteurs nicotiniques à un placebo, essais qui comparaient les agonistes partiels des récepteurs nicotiniques au bupropion et aux timbres nicotiniques.</p> <p>Fumeurs adultes</p>	<p>Prévalence de l'abstinence</p> <p>Effets indésirables</p>	<p>Critère de jugement : abstinence continue au temps de suivi le plus long (>6 mois)</p> <p>L'essai comparant l'effet de la cytisine à un placebo sur l'arrêt du tabac rapportait un RR de 3,98 IC95 % [2,14-7,87] (2 essais, n=937).</p> <p>Cytisine versus placebo</p> <p>Critère de jugement : point de prévalence à deux ans</p> <p>L'essai comparant l'effet de la cytisine à un placebo sur l'arrêt du tabac rapportait un RR de 1,61 IC95 % [1,24-2,08] (1 essai, n=1214).</p> <p>Dianicline versus placebo</p> <p>Critère de jugement : abstinence continue de 4-7 semaines</p> <p>Un essai sur la dianicline (n=602) n'avait pas rapporté des preuves indiquant qu'elle était efficace (RR 1,20, IC à 95 % 0,82 à 1,75).</p> <p>Varénicline versus placebo</p> <p>14 essais retenus (n=6166).</p> <p>Le risque relatif (RR) global de l'abstinence continue ou prolongée après six mois ou plus pour la varénicline en dose standard comparée à un placebo était RR=2,27, IC à 95 % = [2,02 à 2,55]</p> <p>La varénicline à des doses plus faibles était</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>moins efficace, avec un RR global inférieur $RR=2,09$ IC95 % [1,56-2,78] (4 essais, $n=1272$).</p> <p>Varénicline versus bupropion Critère de jugement : abstinence continue à 52 semaines Le RR commun (3 essais, 1 622 personnes) d'être abstinent à un an sous varénicline était de 1,52 IC95 % [1,22-1,88]].</p> <p>Varénicline versus TNS Critère de jugement : prévalence de l'abstinence à 24 semaines Le RR commun (2 essais, 778 personnes) d'être abstinent à 6 mois sous varénicline était $RR = 1,13$ [IC95 % [0,94-1,35].</p> <p>Effets indésirables de la varénicline Nausée ($RR=3,28$; IC95 %=[2,89-3,73] ; 16 essais, $n=6\ 619$)</p> <p>Insomnie ($RR=1,62$; IC95 %=[1,40-1,88] ; 15 essais, $n=6\ 309$)</p> <p>Rêves anormaux ($RR=2,91$; IC95 %=[2,34-3,62] ; 12 essais, $n=5\ 585$)</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Maux de têtes (RR 1,18 ; IC95 %=[1,03-1,36] ; 13 essais, n=5 913)</p> <p>Effets indésirables graves de la varénicline : une augmentation significative du risque d'effets indésirables graves ressentis chez les personnes prenant de la varénicline étaient rapportée (RR 1,36 ; IC95 %=[1,04-1,79] ; 17 essais, n=7 725)</p> <p>Dans cette revue, les auteurs ont conclu de façon abusive à un effet bénéfique modeste de la varénicline comparativement au TNS, alors que les résultats ne permettaient pas de conclure en ce sens.</p>
Cahill et al., 2013 (155) Niveau de preuve = 2	<p>Revue systématique de revues Cochrane d'essais contrôlés randomisés</p> <p>Méta-analyse en réseau (extrapolation des comparaisons non disponibles par un processus de comparaison indirecte)</p>	<p>Estimer l'efficacité relative des différents traitements (TNS, bupropion, varénicline) et comparativement à un placebo sur l'abstinence à long terme (6 mois ou plus)</p> <p>Estimer l'efficacité des autres traitements (cétisine, nortriptyline) sur l'abstinence à long terme (6 mois ou plus)</p> <p>Estimer les effets indési-</p>	<p>Base de données Cochrane des revues systématiques</p> <p>Recherche la plus récente : novembre 2012</p> <p>Traitements étudiés : TNS, antidépresseurs (bupropion, nortriptyline), agonistes partiels des récepteurs nicotiniques (varéni-</p>	<p>Abstinence à au moins 6 mois après le début de l'intervention :</p> <p>Incidence des effets indésirables graves associés à chacun des traitements</p>	<p>12 revues identifiées intégrant 267 études (n=101 804)</p> <p>Varénicline versus placebo : OR=2,88 IC95 % [2,40-3,47] (15 essais).</p> <p>Varénicline versus un seul type de TNS : OR=1,57 IC95 % [1,29-1,91] (comparaison indirecte)</p> <p>Varénicline versus bupropion : OR=1,59 IC95 % [1,29-1,96] (3 essais).</p> <p>Varénicline versus timbres transdermiques : OR=1,51 IC95 % [1,22-1,87] (comparaison</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		<p>rables et les effets indésirables graves des différents traitements.</p> <p>(Pour les résultats concernant les autres médicaments, se reporter aux chapitres correspondants)</p>	<p>cline et cytisine), anxiolytiques, antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant), clonidine, lobéline, dianicline, mécamylamine, nicobrevin, antagonistes des récepteurs opioïdes, vaccins nicotiniques, acétate d'argent.</p> <p>Fumeurs adultes</p>		<p>indirecte).</p> <p>Varénicline versus gomme nicotinique : OR=1,72 IC95 % [1,38-2,13] (comparaison indirecte).</p> <p>Varénicline versus autres TNS (inhalateur, spray, comprimés, pastilles) : OR=1,42 IC95 % [1,12-1,79] (comparaison indirecte).</p> <p>Varénicline versus combinaison de TNS : OR=1,06 IC95 % [0,75-1,48] (comparaison indirecte).</p> <p>Effets indésirables de la varénicline : nausée, insomnie, rêves anormaux, maux de têtes</p> <p>Effets indésirables graves de la varénicline : L'innocuité de la varénicline est encore sous investigation (à partir des essais individuels, aucune preuve d'augmentation de problèmes neuropsychiatriques, ou de problème cardiaques ou circulatoire n'avait été mise en évidence)</p> <p>Limites de cette revue des revues : Seules les revues Cochrane ont été retenues dans cette analyse.</p>

- Effets indésirables de la varénicline

Données de la littérature (tableaux 23,24 et 25)

La méta-analyse de Tonstad *et al.* en 2010 (170) a examiné les effets psychiatriques indésirables de la varénicline dans le cadre de l'arrêt du tabagisme. Dix essais (phase II, III ou IV) publiés avant le 31 décembre 2008 ont été inclus dans cette méta-analyse. Au total, 5 096 patients adultes ont été inclus. Les patients ayant présenté une maladie psychiatrique au cours des 12 derniers mois ont été exclus. Les auteurs ne précisent pas de quelle manière le diagnostic psychiatrique a été obtenu. Les interventions comparées étaient la varénicline vs. placebo (3 091 patients ont reçu de la varénicline, 2 005 patients ont reçu un placebo). Les durées de traitement étaient variables : 6 semaines (1 essai), 12 semaines (8 essais) ou 52 semaines (1 essai). Les événements indésirables ont été classés selon le MedDRA (dictionnaire médical des activités de réglementation qui contient des termes pour décrire les symptômes, les signes, les maladies et les diagnostics). L'incidence des troubles psychiatriques autre que des troubles du sommeil était de 10,7 % chez les sujets traités par de la varénicline et de 9,7 % chez les sujets sous placebo, avec un risque relatif non significatif (RR=1,2 IC95 %=[0,86-1,22]). **En incluant les troubles du sommeil, l'incidence des troubles psychiatriques était de 30,6 % chez les sujets traités par varénicline et de 20,8 % chez les sujets sous placebo, avec un risque relatif significatif de 1,43 (IC95 %=[1,29-1,58]) (niveau de preuve 2).** La méta-analyse des 10 essais de l'étude donnait les résultats suivants pour les différents effets indésirables isolés : troubles et symptômes d'anxiété : RR=0,86, IC95 %=[0,67-1,12] ; modification de l'activité physique : RR=0,76, IC95 %=[0,42-1,39] ; troubles de l'humeur RR=1,42, IC95 %=[0,96-2,08] ; troubles du sommeil RR=1,70, IC95 %=[1,50-1,92]. Aucun cas d'idées ou de comportement suicidaires n'était rapporté dans ces 10 essais. Une méta-analyse à partir de 4 essais suggérait qu'il existait un effet dose-réponse de la varénicline sur les troubles du sommeil. En effet, d'une part, l'incidence des troubles du sommeil était plus élevée chez les patients traités par varénicline par rapport à ceux sous placebo (respectivement 22,2 % vs. 13,4 % ; RR=1,68, IC95 %=[1,32-2,13]) ; et d'autre part, l'incidence des troubles du sommeil était plus élevée chez les patients traités par varénicline au dosage de 1 mg que chez ceux recevant un dosage de varénicline inférieur à 1 mg (respectivement 27,5 % et 22,2 % ; RR=1,13, IC95 %=[0,95-1,33]). Pour les autres troubles psychiatriques, les taux d'incidence étaient similaires, ne suggérant aucun effet dose-réponse. Les auteurs ont conclu qu'il n'y avait pas d'augmentation significative des troubles psychiatriques, autres que les troubles du sommeil, chez les patients sans troubles psychiatriques traités par varénicline. Les auteurs de cette méta-analyse ont cependant mentionné trois essais ouverts, non inclus dans la méta-analyse pour défaut méthodologique, qui rapportaient des idées suicidaires (2 cas) et un suicide (1 cas). **Des conflits d'intérêt étaient associés à cette publication, les études ayant été financées par la firme fabriquant la spécialité Champix® contenant la varénicline (Pfizer®) et les auteurs de la publication ayant été salariés ou financés par cette même firme.**

La méta-analyse de Leung *et al.* en 2011 (171) a examiné les effets gastro-intestinaux indésirables de la varénicline dans le cadre d'un traitement de maintenance (1 mg, 2 fois par jour) d'arrêt du tabagisme. Les essais sélectionnés dans cette revue de la littérature concernaient des durées de traitement d'au moins 6 mois. Les effets indésirables considérés dans cette méta-analyse étaient la nausée, la constipation et les flatulences. Cette revue de la littérature rapportait des odds ratios (OR) et des nombres nécessaires pour nuire (NNN : nombre nécessaire de personnes qu'il faut traiter pour obtenir un effet secondaire) associés à chacun des effets indésirables. Douze essais ont été retenus dans cette méta-analyse (n=5114). Les résultats rapportés étaient les suivants : pour la nausée, OR=4,45 IC95 %=[3,79-5,23], NNN=5 ; pour la constipation, OR=2,45 IC95 %=[1,61-3,72], NNN=24 ; pour la flatulence, OR=1,74 IC95 %=[1,23-2,48], NNN=35. **En conclusion, cette revue de la littérature rapportait, dans la cadre d'une utilisation de la varénicline (1 mg, 2 fois/jour) pendant au moins 6 semaines, l'occurrence de nausée chez**

un patient traité sur cinq, l'occurrence de constipation chez un patient traité sur 24 et de flatulence chez un patient sur 35 (niveau de preuve 2).

L'étude de cohorte historique danoise de Svanström *et al.* en 2012 (172) avait pour objectif d'examiner si la varénicline était associée à un risque d'événements cardio-vasculaires graves comparativement au bupropion dans le cadre du sevrage tabagique. Cette étude de cohorte concernait des personnes qui avaient commencé un traitement par varénicline durant la période 2007-2010. La population source a été identifiée à partir du système d'enregistrement civil danois. Les utilisateurs de varénicline et de bupropion étaient identifiés à partir du registre national de prescription. Une cohorte de 35 852 participants a été construite (17 926 personnes traitées par varénicline, 17 926 personnes traitées par bupropion). Les informations concernant les données cardio-vasculaires provenaient du registre national des patients. Un modèle de Cox a été utilisé pour estimer le rapport des risques instantanés (Hazard Ratio). Cinquante-sept événements cardio-vasculaires graves chez les utilisateurs de varénicline ont été rapportés (6,9 cas pour 1 000 personnes années) et 60 événements chez les utilisateurs de bupropion (7,1 cas pour 1 000 personnes années) ; l'utilisation de la varénicline n'était pas associée à un risque plus élevé de syndrome coronarien aigu (1,20 IC95 % [0,75-1,91]), d'AVC (0,77 IC95 % [0,40-1,48]), de décès cardio-vasculaires (0,51 IC95 % [0,13-2,02]). **Cette étude de cohorte n'a pas mis en évidence de risque plus important d'événements cardio-vasculaires associé à l'utilisation de la varénicline comparativement au bupropion.**

La revue de la littérature de Singh *et al.* en 2011 (173) a examiné les éventuels effets cardio-vasculaires indésirables graves associés à la varénicline. Quatorze essais répondaient aux critères d'inclusion. La taille des études variaient de 250 à 1 210 patients. La durée de traitement variait de 7 à 52 semaines, et la durée totale des études (incluant traitement et suivi) durait de 24 à 52 semaines. **Une méta-analyse sur les 14 essais (n=8 216 patients dont 4 908 dans les bras varénicline et 3 308 dans les bras placebo) a rapporté que l'utilisation de la varénicline chez les fumeurs était associée à un risque augmenté de 72 % d'événements cardio-vasculaires sérieux graves comparativement aux patients fumeurs sous placebo (OR=1,72, IC95 %=[1,09-2,71]) (niveau de preuve 2).**

Dans la revue systématique de Cahill *et al.* en 2012 (164), les deux essais qui avaient testé l'utilisation de la varénicline au-delà du traitement standard de 12 semaines montraient qu'elle était bien tolérée sur le long terme. Les études rapportaient des effets indésirables significativement associés à l'utilisation de la varénicline : nausées : RR=3,28 ; IC95 %=[2,89-3,73] ; insomnies : (RR=1,62 ; IC95 %=[1,40-1,88], rêves anormaux : RR=2,91 ; IC95 %=[2,34-3,62] ; maux de têtes : RR 1,18 ; IC95 %=[1,03-1,36]. **Une méta-analyse des événements indésirables graves signalés survenant pendant ou après le traitement actif a rapporté une augmentation significative d'un tiers du risque d'effets indésirables graves ressentis chez les personnes prenant de la varénicline (RR 1,36 ; IC95 %=[1,04-1,79] ; 17 essais, 7 725 personnes) (niveau de preuve 2).**

La revue de la littérature de Prochaska *et al.* en 2012 (174) a examiné les éventuels effets cardio-vasculaires indésirables graves associés à la varénicline. Vingt-deux essais répondaient aux critères d'inclusion. Quatre méthodes ont été utilisées pour évaluer les effets indésirables : la différence de risque, le risque relatif, l'odds ratio de Mantel-Hanzel, et l'odds ratio de Peto. **Ces quatre estimations n'ont pas mis en évidence de différence significative concernant l'occurrence d'événements indésirables cardio-vasculaires entre les groupes traités avec la varénicline et les groupes contrôles** (différence de risque=0,27 %, IC95 %=[-0,10 – 0,63] ; RR=1,40, IC95 %=[0,82-2,39] ; OR_{MH} = 1,41, IC95 %=[0,82-2,42] ; OR_P=1,58, IC95 %=[0,90-2,96]) (niveau de preuve 1). Les auteurs de cette revue ont fortement critiqué les méthodes et résultats de la méta-analyse de Singh *et al.* en 2011 (173), en pointant que la différence de risque ou le risque relatif sont des statistiques plus appropriées que les odds ratios (utilisés dans l'étude de Singh *et al.* (173)) pour ce type d'étude.

L'étude rétrospective de rapport de cas d'effets indésirables de Moore en 2011 (175) a évalué les effets indésirables neuropsychiatriques de la varénicline, du bupropion et des TNS. Cette étude rétrospective concernait l'ensemble des événements indésirables neuropsychiatriques (dépressions et comportements suicidaires/comportements auto-agressifs) associés à l'utilisation de la varénicline et du bupropion de 1998 à septembre 2010 et extraits de la base de données d'événements indésirables AERS (*Adverse Event Reporting System*) de la FDA. Les groupes de comparaison étaient constitués par les rapports de cas associés à l'utilisation de TNS et d'antibiotiques (amoxicilline, amoxicilline-clavulanate et azithromycine). Les TNS étant disponibles sans prescription, le groupe associé était considéré par les auteurs comme représentatif de la population essayant d'arrêter de fumer en utilisant une thérapie médicamenteuse. Le groupe associé aux antibiotiques était considéré par les auteurs comme représentatif d'une population en bonne santé qui ne cherchait pas à arrêter de fumer. Des tableaux de contingence (2x2) pour chaque médicament et le comparateur ont été construits avec d'une part, les effectifs des événements indésirables d'intérêt (dépressions et comportements suicidaires/comportements auto-agressifs) et d'autre part, l'ensemble des autres événements indésirables. Des odds ratios ont été calculés dans le cadre d'une analyse globale (dépression d'une part, et comportement suicidaire/comportement auto-agressif d'autre part) et d'analyses spécifiques (dépression d'une part, comportement suicidaire/comportement auto-agressif d'autre part). Un test du Chi Deux a été utilisé pour tester une éventuelle association entre les maux de tête et la douleur avec les médicaments (varénicline, bupropion et TNS). Dans le groupe associé au traitement pour arrêter de fumer, 25 % (n=3249/13243) des événements graves étaient des dépressions et/ou des comportements suicidaires ou auto-agressifs. Dans le groupe associé à une antibiothérapie, 1 % (n=48/4047) des événements graves était des dépressions et/ou des comportements suicidaires ou auto-agressifs. Au total, 3 249 cas rapportés de dépression ou comportements suicidaires/comportements auto-agressifs ont été identifiés par les auteurs dont 2 925 (90 %) pour la varénicline, 229 (7 %) pour le bupropion et 95 (3 %) pour les TNS. Une différence significative concernant l'incidence des événements indésirables neuropsychiatriques était mise en évidence entre le groupe ayant utilisé de la varénicline et le groupe ayant utilisé des TNS : OR=8,4 IC95 %=[6,8-10,4]. Une différence significative concernant l'incidence des événements indésirables neuropsychiatriques était mise en évidence entre le groupe ayant utilisé du bupropion et le groupe ayant utilisé des TNS : OR=2,9, IC95 %=[2,3-2,7]. Une différence significative concernant l'incidence des événements indésirables neuropsychiatriques était mise en évidence entre le groupe ayant utilisé de la varénicline et le groupe ayant utilisé du bupropion : OR=2,9, IC95 %=[2,5-3,4]. Comparativement au groupe ayant utilisé des antibiotiques, les odds ratios étaient significativement plus élevés pour les trois médicaments (varénicline : OR=36,6, IC95 %=[27,5-48,9], bupropion : OR=12,5, IC95 %=[9,1-17,2] ; TNS : OR=4,3, IC95 %=[3,1-6,2]). Les résultats pour les analyses spécifiques étaient similaires. Le test du Chi Deux (X²) n'a pas mis en évidence de lien entre les maux de tête et la douleur et les différents de médicaments (X²=2,5, p=0,28). **Ces résultats suggéraient un risque significativement plus élevé de dépression et de comportements suicidaires/auto-agressifs, associé à l'utilisation de la varénicline, par rapport au placebo et aux TNS (niveau de preuve 3).**

Les résultats de cette étude doivent être considérés avec précaution car les différents effectifs intégrés dans les calculs des odds ratios ne concernaient que des événements indésirables associés à l'utilisation des médicaments, ainsi ces odds ratios ne tenaient pas compte des niveaux d'utilisation relative des médicaments en population générale. De plus, d'une façon générale, un rapport de cas ne prouve pas le lien de causalité entre le médicament suspecté et l'événement observé.

Pour rappel, dans la méta-analyse de Fagerström *et al.* citée plus haut (166), des effets indésirables étaient rapportés pour 81,2 % des participants sous varénicline et pour 70,9 % des patients du groupe placebo, mais la majorité de ces effets indésirables étaient d'intensité faible ou modérée. Les effets indésirables les plus fréquents dans le groupe ayant bénéficié de varénicline étaient la nausée (31,5 %), les maux de tête (8,5 %), les vertiges (7,8 %), l'insomnie (7,4 %) et les

douleurs abdominales hautes (5,4 %). Des effets indésirables graves étaient rapportés chez quatre patients du groupe ayant bénéficié de varénicline et chez cinq patients du groupe placebo. Aucun cas de comportement ou idée suicidaire n'était rapporté dans les groupes varénicline ou placebo. Les arrêts du traitement à cause d'effets indésirables ont concerné 3,6 % des participants du groupe varénicline et 1,6 % des participants du groupe placebo. Les auteurs ont rapporté que comparativement aux études sur des populations occidentales, les taux d'abstinence dans les deux groupes (varénicline et placebo) étaient plus élevés dans les études asiatiques alors que les effets indésirables étaient similaires à ceux de populations occidentales.

Dans la revue systématique de revues Cochrane de Cahill *et al.* de 2013 citée plus haut (155) (niveau de preuve 2), les effets indésirables non graves de la varénicline retrouvés étaient la nausée, l'insomnie, les rêves anormaux, les maux de têtes. L'innocuité de la varénicline (effets indésirables graves) est encore sous investigation (à partir des essais individuels, aucune preuve d'augmentation de problèmes neuropsychiatriques, ou de problème cardiaques ou circulatoire n'avait été mise en évidence).

Tableau 24. Effets indésirables de la varénicline - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Singh et al., 2011 (173) Niveau de preuve=2	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	Évaluer les éventuels effets cardio-vasculaires indésirables graves associés à la varénicline	Base de données : MEDLINE EMBASE CENTRAL Recherche la plus récente : mars 2011 Groupe de comparaison : placebo Fumeurs, utilisateurs de tabac sans fumée (dans 1 essai)	Occurrence d'un événement cardio-vasculaire ischémique ou arythmique (infarctus du myocarde, angine instable, revascularisation coronarienne, maladie coronarienne, arythmie, accident ischémique transitoire, AVC, décès en lien avec un accident cardio-vasculaire, insuffisance cardiaque) Mortalité toutes causes confondues	14 essais retenus (n=8216) La durée des essais variait de 7 à 52 semaines. Varénicline versus placebo : la varénicline était associée à un risque plus élevé d'événements cardio-vasculaires indésirables graves : OR=1,72 IC95 %=[1,09-2,71] I ² =0 %, n=8216 (52/4908=1,06 % dans le groupe varénicline versus 27/3308=0,82 % dans le groupe placebo) Seuls cinq essais rapportaient des décès (groupes varénicline 7/4908=0,14 % versus 7/3308=0,21 % groupes placebo). Les auteurs n'ont pas effectué de méta-analyse. Limites de cette revue de la littérature : les doses de varénicline et les durées de suivi des différents essais n'étaient pas identiques.
Prochaska et Hilton, 2012	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés	Évaluer les éventuels effets cardio-vasculaires indésirables graves associés à l'utilisation	Base de données : MEDLINE, Cochrane Library, bases de données d'essais	Occurrence d'un événement cardio-vasculaire	22 essais retenus (n=9232) 5 431 participants ayant bénéficié d'un traitement par varénicline et 3 801 patients dans les groupes placebo.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
(174) Niveau de preuve=1	Méta-analyse	de la varénicline	cliniques, liste de références. Recherche la plus récente : septembre 2011 Groupe de comparaison : placebo Fumeurs adultes	ischémique ou arythmique (infarctus du myocarde, angine instable, revascularisation coronarienne, maladie coronarienne, arythmie, accident ischémique transitoire, AVC, décès en lien avec un accident cardio-vasculaire, insuffisance cardiaque) survenant durant le traitement ou dans les 30 jours suivant l'arrêt du traitement.	Les taux bruts d'événements indésirables étaient de 0,63 % (34/5431) chez les patients ayant bénéficié d'un traitement par varénicline vs. 0,47 % (18/3801) dans les groupes placebo. Les quatre estimations ci-dessous n'ont pas mis en évidence de différence significative concernant l'occurrence d'événements indésirables entre les groupes traités avec la varénicline et les groupes contrôles : Différence de risque (DR) 22 essais, (n=9232) DR=0,27 % IC95 % = [-0,10 – 0,63] ; Risque Relatif 14 essais (n=7636) RR=1,40 IC95 % = [0,82-2,39], I ² =0 % Odds ratio de Mantel Hanzel 14 essais (n=7636) OR _{MH} = 1,41 IC95 % = [0,82-2,42], I ² =0 % Odds ratio de Peto 14 essais, (n=7636) OR _P =1,58 IC95 % = [0,90-2,96]), I ² =0%

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Leung et al., 2011 (171) Niveau de preuve=2	Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés	Évaluer les effets gastro-intestinaux indésirables associés à la varénicline	Base de données : PUBMED EMBASE Recherche la plus récente : décembre 2010	Occurrence d'un événement gastro-intestinal : nausée, constipation, flatulence	12 essais retenus (n=5114) Dans le cadre d'une méta-analyse (modèle à effet aléatoire), l'utilisation de la varénicline (1 mg, 2 fois/jour) pendant au moins 6 semaines était significativement associée à l'occurrence de nausée, de constipation et de flatulences. <ul style="list-style-type: none"> - Nausée : 12 essais (n=5114). OR global =4,45 IC95 %=[3,79-5,23], I²=0,06 %, NNN=5 - Constipation : 8 essais (n=3539). OR global =2,45 IC95 %=[1,61-3,72], I²=34,06 %, NNN=24 - Flatulences : 5 essais (n=2516), OR global =1,74 IC95 %=[1,23-2,48], I²=0 %, NNN=35 Limites : la définition de la constipation n'était pas standardisée entre les études. Les effets indésirables tels que la nausée et les flatulences sont des sensations subjectives difficiles à quantifier : ces deux points pouvant expliquer l'hétérogénéité des études (qui était cependant modérée : I ² <34 %). Un biais de publication était possible (les études d'effectif inférieur à 40 sujets ayant été exclues de la méta-analyse).

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
<p>Tonstad et al., 2011 (170)</p> <p>Niveau de preuve=2</p>	Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés	Évaluer les effets psychiatriques indésirables graves associés à la varénicline	<p>Études financées par Pfizer</p> <p>Études finalisées au 31 décembre 2008</p> <p>Fumeurs adultes (âge : de 18 à 75 ans) qui fumaient au moins 10 cigarettes par jour.</p>	<p>Occurrence d'un événement psychiatrique survenant durant le traitement ou dans les 30 jours suivant l'arrêt du traitement.</p>	<p>10 essais (n= 5 096 patients) 3 091 sujets traités par varénicline 2 055 sujets sous placebo</p> <p>Les événements indésirables psychiatriques rapportés étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles du sommeil : Varénicline : 615 (19,9 %), Placebo : 224 (11,2 %). - troubles psychiatriques indésirables autre que troubles du sommeil : Varénicline : 331 (10,7 %), Placebo : 224 (11,2 %). - total des événements psychiatriques indésirables : Varénicline : 946 (30,6 %), Placebo : 418 (20,8 %). <p>Varénicline versus placebo</p> <p>Les 10 essais (n=5 096) qui ont permis de calculer un RR commun ne montraient pas d'association significative entre la varénicline et une augmentation des événements psychiatriques indésirables (autres que des troubles du sommeil) RR=1,02 IC95 % [0,86-1,22].</p> <p>Quand les troubles du sommeil étaient inclus, la varénicline était significativement associée à une augmentation des événements psychiatriques indésirables :</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>RR=1,43 IC95 % [1,29-1,58].</p> <p>Analyse dose-réponse varénicline (<1mg) versus placebo (4 essais)</p> <p>L'incidence des troubles du sommeil était plus élevée chez les patients traités par varénicline (22,2 %) que sous placebo (13,4 %) avec un RR=1,68 IC95 % [1,32-2,13]</p> <p>Varénicline 1 mg vs. varénicline <1 mg (4 essais)</p> <p>L'incidence des troubles du sommeil était plus élevée chez les patients traités par varénicline 1 mg (27,5 %) que sous varénicline <1 mg (22,2 %) avec un RR=1,13 IC95 % [0,95-1,33]</p> <p>Limites de cette revue de la méta-analyse : trois essais qui rapportaient des idées suicidaires (2 cas) et un suicide (1 cas) ont été exclus de l'analyse parce qu'ils étaient ouverts.</p> <p>Conflits d'intérêts : études et auteurs financés par la firme fabricant la seule spécialité à base de varénicline (Champix® /Pfizer®)</p>
<p>Cahill et al., 2013 (155)</p> <p>Niveau de preuve = 2</p>	Revue systématique de revues Cochrane d'essais contrôlés randomisés	Estimer l'efficacité relative des différents traitements (TNS, bupropion, varénicline) et comparativement à un placebo sur l'abstinence	<p>Base de données Cochrane des revues systématiques</p> <p>Recherche la plus récente : novembre</p>	<p>Abstinence à au moins 6 mois après le début de l'intervention :</p>	<p>12 revues identifiées intégrant 267 études (n=101 804)</p> <p>Effets indésirables de la varénicline : - nausée, insomnie ;</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	Méta-analyse en réseau (extrapolation des comparaisons non disponibles par un processus de comparaison indirecte)	<p>à long terme (6 mois ou plus)</p> <p>Estimer l'efficacité des autres traitements (cétisine, nortriptyline) sur l'abstinence à long terme (6 mois ou plus)</p> <p>Estimer les effets indésirables et les effets indésirables graves des différents traitements</p> <p>(Pour les résultats concernant l'efficacité et les autres médicaments, se reporter aux chapitres correspondants)</p>	<p>2012</p> <p>Traitements étudiés : TNS, antidépresseurs (bupropion, nortriptyline), agonistes partiels des récepteurs nicotiniques (varénicline et cétisine), anxiolytiques, antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant), clonidine, lobéline, dianicline, mécamylamine, nicobrevin, antagonistes des récepteurs opioïdes, vaccins nicotiniques, acétate d'argent.</p> <p>Fumeurs adultes</p>	<p>Incidence des effets indésirables graves associés à chacun des traitements</p>	<p>- rêves anormaux ; - maux de têtes.</p> <p>Effets indésirables graves de la varénicline : L'innocuité de la varénicline est encore sous investigation (à partir des essais, aucune preuve d'augmentation de problèmes neuropsychiatriques, ou de problème cardiaques ou circulatoires n'a été mise en évidence).</p> <p>Limites de cette revue des revues : seules les revues Cochrane ont été retenues dans cette analyse.</p> <p>(Pour les résultats concernant l'efficacité et les autres médicaments, se reporter aux chapitres correspondants)</p>

Tableau 25. Effets indésirables de la varénicline – Études observationnelles.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
Svanström et al., 2012 (172) Niveau de preuve=3	Étude de cohorte historique nationale	Examiner si la varénicline est associée à un risque augmenté d'événements cardio-vasculaires graves comparativement au bupropion	Nouveaux utilisateurs de varénicline (n=17926) et de bupropion (n=17926) âge ≥ 18 ans	Médicaments prescrits, événements cardio-vasculaires	occurrence d'un syndrome coronarien aigu, AVC, décès (en lien avec un problème cardio-vasculaire) six mois après le début du traitement	n=35 858 patients Utilisation d'un modèle de Cox estimant des rapports de risque instantanés (HR) avec comme groupe de référence le groupe ayant reçu le bupropion. Événement cardio-vasculaire grave : <ul style="list-style-type: none"> - groupe varénicline : événements=57, PA=8268, taux/1000 PA=6,9 - groupe bupropion : événement=60, PA=8411, taux/1000 PA=7,1 HR=0,96 [0,67-1,39] Syndrome aigu coronarien <ul style="list-style-type: none"> - groupe varénicline : événements= 39, PA=8270, taux/1000 PA=4,7 - groupe bupropion : événement=33, PA=8416, taux/1000 PA=3,9

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
						<p>HR=1,20 [0,75-1,91]</p> <p>AVC</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe varénicline : événements=16, PA=8278, taux/1000 PA=1,9 - groupe bupropion : événement=31, PA=8419, taux/1000 PA=2,5 <p>HR=0,77 [0,40-1,98]</p> <p>Décès cardio-vasculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe varénicline : événements=3, PA=8281, taux/1000 PA=0,4 - groupe bupropion : événements=6, PA=8425, taux/1000 PA=0,7 <p>HR=0,51 [0,13-2,02]</p> <p>Limites de cette étude : des différences entre les groupes concernant leur état de santé et leur tabagisme pouvaient exister. Les données sur le tabagisme des patients (en particulier l'intensité) n'étaient pas disponibles.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
Moore et al., 2011 (175) Niveau de preuve=3	Étude rétrospective comparative de rapports de cas	<p>Comparer les effets indésirables neuropsychiatriques de la varénicline et du bupropion à partir de la base de données d'événements indésirables de la FDA de 1998 à septembre 2010.</p> <p>Groupes de comparaison :</p> <ul style="list-style-type: none"> - population sous TNS - population sous antibiothérapie 	<p>17 290 rapports de cas d'événements indésirables graves</p> <p>13 243 rapports de cas dans la population arrétant de fumer (n=9575 rapport de cas sous varénicline / n=1751 rapport de cas sous bupropion / n=1917 rapport de cas sous TNS)</p> <p>4 047 rapports de cas dans le groupe de comparaison (sous antibiotique)</p>	<p>Médicaments : varénicline, bupropion, TNS</p> <p>Evénements neuropsychiatriques graves</p>	<p>Occurrence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un comportement suicidaire ; - d'un comportement auto-agressif ; - d'une dépression. 	<p>Dans le groupe sous traitement pour arrêter de fumer 25 % (n=3249/13243) des événements graves étaient des dépressions et/ou des comportements suicidaires ou auto-agressifs.</p> <p>Dans le groupe sous antibiothérapie 1 % (n=48/4047) des événements graves était des dépressions et/ou des comportements suicidaires ou auto-agressifs</p> <p>Calcul des risques d'événements indésirables neuropsychiatriques sous forme d'odds ratios (OR)</p> <p>Groupe de comparaison : TNS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varénicline versus TNS : une différence significative concernant l'incidence des événements indésirables neuropsychiatriques était mise en évidence entre le groupe ayant utilisé de la varénicline et le groupe ayant utilisé des TNS

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
						<p>OR=8,4 (6,8-10,4).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bupropion versus TNS : une différence significative concernant l'incidence des événements indésirables neuropsychiatriques était mise en évidence entre le groupe ayant utilisé du bupropion et le groupe ayant utilisé des TNS OR=2,9 (2,3-2,7). - Varénicline versus Bupropion : une différence significative concernant l'incidence des événements indésirables neuropsychiatriques était mise en évidence entre le groupe ayant utilisé de la varénicline et le groupe ayant utilisé du bupropion OR=2,9 (2,5-3,4). <p>Groupe de comparaison : antibiotiques</p> <p>les odds ratios étaient significativement plus élevés pour les trois médicaments (varénicline : OR=36,6 (27,5-48,9), bupropion : OR=12,5 (9,1-17,2) ; TNS : OR=4,3 (3,1-6,2))</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
						<p>Limites de cette étude : d'une façon générale, un rapport de cas ne prouve pas que le médicament suspecté soit la cause de l'événement observé.</p> <p>La répartition des sources de déclaration des rapports des cas était différente selon les médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varénicline (professionnel de santé : 40 % / patient : 60 %) ; - Bupropion (professionnel de santé : 49,3 % / patient : 50,7 %) ; - TNS (professionnel de santé : 17,1 % / patient : 82,9 %) ; - antibiotique (professionnel de santé : 55,3 % / patient : 44,7 %). <p>Les différents effectifs intégrés dans les calculs des odds ratios ne concernaient que des événements indésirables associés à l'utilisation des médicaments, ainsi ces odds ratios ne tenaient donc pas compte des niveaux d'utilisation relative des médicaments en population générale.</p>

Avis de l'Agence Européenne des médicaments(176,177) (tableau 26).

Le Champix® a été autorisé dans les pays de l'Union Européenne pour l'arrêt du tabagisme chez l'adulte depuis septembre 2006.

Suite à la publication de la méta-analyse de Singh *et al.* en 2011 (173) sur les effets indésirables cardio-vasculaires associés à l'utilisation de la varénicline, l'Agence européenne des médicaments a confirmé la balance bénéfice/risque du Champix® en juillet 2011. L'EMA a rappelé que cette méta-analyse rapportait que les événements cardio-vasculaires étaient rares dans les deux groupes, mais que 1,06 % des patients sous Champix® ont présenté un événement cardio-vasculaire (52 sur 4 908) comparé au 0,82 % du groupe placebo (27 sur 3 308), avec une absence de différence concernant les taux de mortalité entre les deux groupes. Le CHMP avait identifié des limites à cette méta-analyse : faible nombre d'événements observés, type d'événements considérés comme critères de jugement, taux plus élevés d'abandon dans le groupe placebo, manque d'information sur les temps d'occurrence des événements, exclusion d'études sans événements. Le CHMP a demandé au fabricant Pfizer d'inclure des informations sur les effets cardio-vasculaires dans la notice d'information du produit.

L'analyse des premiers cas de convulsions rapportés en Grande-Bretagne n'a pas permis de mettre en évidence un lien de causalité entre la prise de varénicline et les convulsions. C'est pourquoi en octobre 2012, l'EMA a demandé des analyses de pharmacovigilance complémentaires.

L'Agence européenne des médicaments a publié en juin 2011 un rapport public d'évaluation (EPAR) qui établit des recommandations relatives aux conditions d'utilisation du Champix®. Le tableau 26 présente le résumé de ce rapport.

Ce rapport est fondé sur les deux études principales fournies par le laboratoire fabricant le Champix®. Il est à noter que ces deux études ne comparent pas le Champix® avec les traitements nicotiniques de substitution.

Tableau 26. Résumé du rapport public d'évaluation de L'Agence européenne des médicaments relatif au Champix®

Indication du Champix®	Mode d'administration du Champix®	Mode d'action du Champix®	Études menées sur le Champix®	Bénéfices démontré par le Champix®	Risques associés à l'utilisation du Champix®
<p>Champix® est un médicament qui contient le principe actif varénicline. Il est disponible sous la forme de comprimés (blanc : 0,5 mg et bleu clair : 1 mg).</p> <p>Champix® est indiqué pour aider les adultes à arrêter de fumer.</p> <p>Le médicament n'est délivré que sur ordonnance.</p>	<p>Le traitement par Champix® a plus de chances de réussite auprès de fumeurs motivés pour arrêter de fumer et bénéficiant en outre de conseils et d'un suivi. Le patient doit d'abord se fixer une date limite pour arrêter de fumer et il débutera normalement le traitement par Champix® une à deux semaines avant cette date. Les patients qui ne souhaitent pas fixer de date limite en l'espace d'une à deux semaines ou qui en sont incapables, pourraient commencer par recevoir le traitement et choisir leur date cible ensuite, de manière à se situer dans les cinq semaines suivant le début du traitement.</p> <p>Le traitement par Champix® dure 12 semaines. Les comprimés doivent être avalés entiers avec de l'eau. Durant la première semaine, le patient reçoit un comprimé de 0,5 mg</p>	<p>Les fumeurs développent une dépendance à la nicotine, produit chimique contenu dans le tabac. La nicotine agit sur le système nerveux, où elle se lie à des récepteurs et déclenche la libération d'un messenger chimique, la dopamine, qui joue un rôle dans le plaisir de fumer.</p> <p>Le principe actif de Champix®, la varénicline, peut se lier à certains de ces récepteurs : les récepteurs nicotiniques à l'acétylcholine $\alpha 4\beta 2$. Lors de sa liaison à ces récepteurs, la varénicline agit de deux façons : elle agit comme la nicotine (agoniste partiel), ce qui aide à soulager les symptômes de manque, mais elle</p>	<p>Dans le cadre de deux études principales fournies par le laboratoire fabriquant le Champix®, 2 052 fumeurs ont été traités pendant 12 semaines par Champix®, bupropion (autre médicament non nicotinique) ou un placebo. La date cible des patients pour arrêter de fumer a été fixée à une semaine à compter du début du traitement. Les patients ont été ensuite suivis pendant 40 semaines après leur traitement pour mesurer l'abstinence. Le principal critère d'efficacité était le nombre de patients ayant complètement arrêté de fumer pendant quatre semaines (entre la semaine 9 et la semaine 12 de l'étude), après confirmation par un test de laboratoire sur l'air expiré.</p> <p>Une autre étude a comparé Champix® au placebo chez les patients qui ont eu la possibilité de choisir leurs propres dates cibles pour arrêter de fumer et qui pourraient se situer entre une et cinq semaines à compter du début du traitement.</p>	<p>Dans les deux études, Champix® a été plus efficace que le bupropion ou le placebo pour aider les patients à arrêter de fumer. Le pourcentage de patients n'ayant pas fumé entre la semaine 9 et la semaine 12 était de 44 % avec Champix®, de 30 % avec le bupropion et de 18 % avec le placebo. Un nombre plus important de patients est resté non-fumeur après le traitement par Champix® par rapport au placebo : 40 semaines après la fin de la période de traitement, le pourcentage de patients encore non-fumeurs était de 23 % parmi ceux ayant été traités par Champix® et de 9 % parmi ceux ayant pris un placebo. Dans le groupe de patients traités par bupropion, le pourcentage était de 16 %.</p> <p>Dans l'étude relative aux patients ayant pu choisir leur propre date cible, Champix® s'est aussi avéré</p>	<p>Les effets indésirables les plus courants (observés chez plus d'un patient sur 10) sous Champix® sont les nausées, les troubles du sommeil (insomnie), les rêves anormaux et les céphalées. Pour une description complète des effets indésirables observés sous Champix®, voir le résumé des caractéristiques du produit (RCP).</p>

	<p>une fois par jour pendant trois jours ensuite un comprimé de 0,5 mg deux fois par jour pendant quatre jours. Durant les 11 semaines de traitement qui suivent, le patient prendra un comprimé d'1 mg deux fois par jour. La dose peut être réduite chez les patients qui ne tolèrent pas le médicament ou qui ont des problèmes rénaux.</p> <p>Pour les patients qui ont réussi à arrêter de fumer à la fin des 12 semaines de traitement, le médecin peut envisager une cure de traitement de 12 semaines supplémentaires.</p>	<p>agit également contre la nicotine (antagoniste) en prenant sa place, ce qui permet de réduire les effets de plaisir liés au tabagisme.</p>		<p>efficace et a aidé les patients à arrêter de fumer.</p>	
--	--	---	--	--	--

Information pour les professionnels mise en ligne par la Food and Drug Administration américaine (FDA) en 2009 sur la varénicline et le bupropion (tableau 27).

À partir de son système de collecte des événements indésirables AERS (*Adverse Event Reporting System*), la FDA a publié en 2009 une analyse des effets indésirables associés à la varénicline et au bupropion dans le cadre du sevrage tabagique (178). La FDA a analysé les cas rapportés d'idées et comportements suicidaires depuis la date d'autorisation d'utilisation de la varénicline (2006) et du bupropion (1997) jusqu'en novembre 2007 : pour la varénicline 153 événements indésirables suicidaires ont été rapportés (116 idées suicidaires, 37 suicides) et pour le bupropion, 75 événements indésirables suicidaires ont été rapportés (46 idées suicidaires, 29 suicides). Pour la varénicline et le bupropion, respectivement 86 % et 93 % des cas rapportés intervenaient pendant la période de traitement. Pour les deux médicaments, l'occurrence d'un événement survenait en moins de deux semaines après le début du traitement. Les cas rapportés par la FDA représentaient une partie des cas réels survenus durant cette période car le système de déclaration AERS génère une sous évaluation de la réalité. **Ces données de la FDA suggéraient une association possible entre les événements suicidaires et l'utilisation de la varénicline et du bupropion.**

La *Food and Drug Administration* américaine a donc alerté les patients et les professionnels de santé en janvier 2009 des risques de symptômes neuropsychiatriques sérieux associés à l'utilisation de la varénicline et du bupropion dans le cadre d'un sevrage tabagique¹⁸. Les symptômes incluaient des changements comportementaux, de l'hostilité, de l'agitation, une humeur dépressive, des pensées et comportements suicidaires.

Cette information de la FDA fait suite à des rapports d'événement indésirable chez des patients sans antécédent psychiatrique reçus par la FDA. À cette occasion, la FDA n'a pas conseillé aux professionnels de santé d'arrêter de prescrire ces médicaments mais a formulé des recommandations et considérations destinées aux professionnels de santé, présentées dans le tableau 27.

La FDA a publié le 12 décembre 2012 une information sur le risque d'événements cardio-vasculaires indésirables de la varénicline (commercialisée sous le nom de Chantix®) sur la base des résultats d'une méta-analyse chez des patients ayant bénéficié d'un traitement par varénicline comparés à des patients ayant reçu un traitement placebo. Cette méta-analyse avait été conduite pour estimer l'innocuité cardio-vasculaire de la varénicline : elle concernait 7 002 patients (4 190 bénéficiant de la varénicline et 2 812 d'un placebo) issus de 15 essais contrôlés randomisés en double aveugle, avec une durée de traitement égale ou supérieure à 12 semaines, financés par Pfizer. Le critère de jugement était les événements cardio-vasculaires indésirables (décès d'origine cardio-vasculaire, infarctus du myocarde non mortel, AVC non fatal) survenant dans les 30 jours suivant l'arrêt du traitement. Une incidence faible était rapportée (varénicline 0,31 %, IC95 %=[13/4190] ; versus placebo 0,21 %, IC95 %=[0,79-4,82]). Les patients bénéficiant de la varénicline avaient un risque plus élevé d'événements cardio-vasculaires (HR=1,95, IC95 %=[0,79-4,82], comparativement aux patients du groupe placebo ; correspondant à une augmentation de 6,3 événements cardio-vasculaires indésirables pour 1 000 patients-années (IC95 %=[2 4-15,10]). L'information de la FDA justifiait la non significativité de la différence de risque entre les deux groupes par la rareté des événements cardio-vasculaires. L'incidence de la mortalité cardio-vasculaire et de la mortalité toutes causes confondues était plus faible dans le groupe sous varénicline (respectivement 0,05 % et 0,14 %) que dans le groupe placebo (respectivement 0,07 % et 0,25 %), mais ces différences n'étaient pas non plus significatives. La FDA avait déjà informé le public d'un risque augmenté d'événements cardio-vasculaires indésirables avec la varénicline dans une information de juin 2011.

¹⁸<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/PublicHealthAdvisories/ucm169988.htm>

Dans cette information de 2012, les informations et recommandations suivantes étaient délivrées à l'attention des professionnels de santé :

- le tabagisme est un facteur de risque important et indépendant de maladie cardio-vasculaire, et le Chantix® est efficace pour aider les patients à arrêter de fumer. Les bénéfices en termes de santé de l'arrêt du tabagisme sont immédiats et substantiels ;
- peser les risques du Chantix® et les bénéfices de son utilisation ;
- conseiller aux patients de requérir un avis médical s'ils éprouvent des symptômes, nouveaux ou qui empirent, de maladies cardio-vasculaires en prenant du Chantix® ;
- encourager les patients à lire les notices qu'ils reçoivent avec leur prescription de Chantix® ;
- signaler les effets indésirables impliquant le Chantix® dans le cadre du programme *Medwatch* de la FDA.

Conclusion sur la varénicline

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 dans une étude de niveau de preuve 2, ni à une combinaison de TNS dans une autre étude de niveau 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 associés à l'utilisation de la varénicline identifiés dans la littérature sont : troubles du sommeil (insomnie, rêves anormaux), troubles gastro-intestinaux (nausée, constipation, flatulences) et maux de tête.

Avis du GT

Au regard des données actuelles contradictoires sur la balance bénéfice/risque, l'observation d'effets indésirables graves, en particulier ceux en relation avec le suicide et l'état dépressif, et en l'absence d'une réévaluation du rapport bénéfice/risque de la varénicline dans le contexte des alternatives thérapeutiques, notamment les TNS, le groupe de travail recommande de réserver la varénicline en dernière intention pour des cas particuliers. Ce médicament nécessite une surveillance étroite des patients en raison de ses effets indésirables potentiels, ainsi qu'une surveillance renforcée lors de l'arrêt du traitement.

Tableau 27. Recommandations et informations de la FDA sur les risques de symptômes neuropsychiatriques de la varénicline et du bupropion

Recommandations et considérations à l'attention des professionnels de santé	Informations à discuter avec les patients, les membres de la famille, et le personnel soignant
<p>Il est important de discuter les possibilités de symptômes neuropsychiatriques graves et les bénéfices de l'arrêt du tabagisme avec les patients avant de prescrire ces médicaments. La varénicline et le bupropion sont efficaces dans le cadre d'un sevrage tabagique et les bénéfices sur la santé sont immédiats et substantiels.</p> <p>Les professionnels de santé devraient surveiller les symptômes neuropsychiatriques de tous les patients sous varénicline et bupropion. Ces symptômes incluent les changements comportementaux, de l'hostilité, de l'agitation, une humeur dépressive, des pensées et comportements suicidaires, les tentatives de suicide. Ces symptômes sont apparus chez des patients sans antécédent de maladie psychiatrique et se sont aggravés chez des patients avec des antécédents psychiatriques. Dans la plupart des cas, les symptômes neuropsychiatriques se sont développés durant le traitement sous varénicline ou bupropion, mais dans certains cas, les symptômes se sont développés après la fin du traitement.</p> <p>Les patients devraient être informés qu'il n'est pas inhabituel d'avoir des symptômes tels que l'irritabilité, un sentiment d'anxiété, une humeur dépressive et des troubles du sommeil quand ils arrêtent de fumer, indépendamment du fait qu'ils prennent de la varénicline ou du bupropion.</p> <p>Les patients atteints de maladies psychiatriques graves telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires, et les troubles dépressifs majeurs, peuvent ressentir sous varénicline ou sous bupropion une aggravation de leurs symptômes.</p> <p>Les patients qui arrêtent leur traitement à cause d'événements neuropsychiatriques doivent être surveillés jusqu'à ce que les symptômes disparaissent. Bien que les symptômes disparaissent après l'arrêt du traitement dans la plupart des cas, dans certains cas, les symptômes persistent.</p>	<p>Arrêter le tabagisme peut diminuer les risques de maladies pulmonaires, cardio-vasculaires et de cancer. Ces bénéfices pour la santé devraient être pesés face au risque réel, mais faible, d'événements graves indésirables dus à l'utilisation de la varénicline ou du bupropion.</p> <p>Aggravation ou récurrence de maladies psychiatriques.</p> <p>Les patients devraient être avertis que certaines personnes traitées par varénicline ou bupropion ont vu leur maladie psychiatrique s'aggraver, même quand leur maladie était surveillée ; et que certains patients ont connu une récurrence d'une maladie psychiatrique en prenant ces médicaments dans le cadre d'un sevrage tabagique.</p> <p>Changements inhabituels dans l'humeur ou le comportement.</p> <p>Les patients devraient être incités à contacter leur professionnel de santé immédiatement s'ils observent ou développent des pensées suicidaire ou font une tentative de suicide, se sentent agités, agressifs ou violents et constatent d'autres changements inhabituels dans leur humeur ou leur comportement.</p> <p>Certains symptômes sont attendus dans le cadre d'un sevrage tabagique. Les patients devraient être informés qu'il n'est pas inhabituel d'avoir des symptômes tels que l'irritabilité, un sentiment d'anxiété, une humeur dépressive et des troubles du sommeil quand ils arrêtent de fumer, indépendamment du fait qu'ils prennent de la varénicline ou du bupropion et que des rêves étranges, inhabituels peuvent arriver sous varénicline mais ne sont pas une raison de s'alarmer.</p> <p>Discuter d'autres méthodes d'arrêt du tabagisme s'il est décidé que la varénicline ou le bupropion ne sont pas la meilleure thérapeutique.</p>

Bupropion (Zyban®) et autres antidépresseurs

Le bupropion est un antidépresseur qui inhibe la recapture de la noradrénaline et de la dopamine. Le bupropion est commercialisé en France depuis le 17 septembre 2001 dans l'indication "aide au sevrage tabagique accompagné d'un soutien de la motivation à l'arrêt du tabac chez l'adulte présentant une dépendance à la nicotine" sous l'appellation ZYBAN®.

- Revues systématiques et méta-analyses (voir tableau 28)

La revue systématique d'Hughes *et al.* en 2007 (179) a examiné l'effet des antidépresseurs pour aider les fumeurs à arrêter. Les médicaments étudiés dans cette revue de la littérature étaient les suivants : le bupropion, la doxépine, la fluoxétine, l'imipramine, le moclobémide, la nortriptyline, la paroxétine, la sélégiline, la sertraline, le tryptophane, la venlafaxine et l'extrait de millepertuis. Cette revue de la littérature incluait 66 essais (49 essais sur le bupropion, 9 essais sur la nortriptyline). Les 36 essais (n=11 140) dans lesquels le bupropion était utilisé comme seule pharmacothérapie ont permis de calculer un RR commun et de montrer que le bupropion augmentait significativement l'arrêt à 6 mois ou plus par rapport au placebo (RR=1,69, IC95 %=[1,53-1,85]). Il n'y avait pas de preuves que l'ajout du bupropion à un TNS fournissait un bénéfice additionnel à long terme comparativement à un traitement TNS seul (RR=1,23, IC95 %=[0,67-2,26] ; 6 essais n=1106).

Les 6 essais (n=975) où la nortriptyline était utilisée comme seule pharmacothérapie ont permis de calculer un RR commun et de montrer que la nortriptyline augmentait significativement l'arrêt à 6 mois par rapport au placebo (6 essais, n=975 RR=2,03 IC95 %=[1,48-2,78]). Il n'y avait pas de preuve que l'ajout de la nortriptyline à un TNS produisait un bénéfice additionnel à long terme comparativement à un traitement par TNS seul : RR=1,29, IC95 %=[0,97-1,72] (3 essais n=1219). Cette revue de la littérature présentait aussi une synthèse des effets indésirables graves du bupropion et de la nortriptyline. Les effets indésirables les plus courants rapportés étaient les suivants : insomnie (chez 30 à 40 % des patients), bouche sèche (10 % des patients) et des nausées. Il y aurait aussi un risque de convulsions (ou crises épileptiques) de l'ordre de 1 cas sur 1 000. Le bupropion était également associé à un risque de suicide (de l'ordre de 1 cas sur 10 000).

Cette étude montrait une supériorité du bupropion et de la nortriptyline sur le placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois ; cependant, ces molécules ne semblaient pas être supérieures aux TNS puisque leur effet n'était plus significatif lorsque les deux groupes recevaient un TNS (niveau de preuve 1).

Les effets indésirables rapportés associés à l'utilisation de ces molécules étaient : insomnie (chez 30 à 40 % des patients), bouche sèche (10 % des patients), nausées, convulsions ou crises épileptiques (1/1 000) et suicide (1/10 000).

La revue systématique de Mahmoudi *et al.* en 2012 (165) a évalué le rapport coût/efficacité de la varénicline et du bupropion. Les analyses coût/efficacité retenues utilisaient un modèle de Markov. Dix études ont été incluses dans cette revue de la littérature. L'efficacité était appréciée via le rapport des coûts efficacité incrémental (ou rapport coût/efficacité marginal) de l'intervention. La majorité des études étaient conduites en Europe (1 en Finlande, 1 en Norvège, 1 en Belgique, 1 en Espagne, 1 au Pays-Bas, 1 en Suède, 1 étude sud-coréenne et 3 études américaines). Le modèle BENESCO (*Benefits of Smoking Cessation on Outcomes*) simulait les conséquences du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt dans une cohorte hypothétique de fumeurs faisant une seule tentative d'arrêt et suivis durant leur vie. La plupart des modèles BENESCO ont utilisé les données d'efficacité de deux essais contrôlés randomisés qui comparaient la thérapie sur 12 semaines de la varénicline et du bupropion (167,168). Huit études utilisant le modèle BENESCO pour comparer le bupropion avec la varénicline ont montré que le rapport coût/efficacité était en faveur de la varénicline.

Cette étude montrait un rapport coût/efficacité inférieur pour le bupropion par rapport à la varénicline (niveau de preuve 2).

La revue systématique de revues Cochrane de Cahill *et al.* en 2013 (155) a examiné l'efficacité des différents traitements pour le sevrage tabagique chez des fumeurs adultes : TNS, antidépresseurs (bupropion, nortriptyline), agonistes partiels des récepteurs nicotiniques (varénicline et cytisine), anxiolytiques, antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant), clonidine, lobéline, dianicline, mécamylamine, nicobrevin, antagonistes des récepteurs opioïdes, vaccins nicotiniques, acétate d'argent. Douze revues ont été identifiées et intégraient 267 études et 101 804 participants. Des méta-analyses bayésiennes en réseau ont été faites pour réaliser des comparaisons directes et indirectes entre les différents traitements. Seules les revues Cochrane ont été retenues dans ces méta-analyses.

- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer sous placebo, environ 18 personnes arrêtaient de fumer sous TNS ou bupropion (respectivement OR=1,84, IC95 %=[1,71-1,99] et OR=1,82, IC95 %=[1,60-2,06]).
- Pour 10 personnes qui arrêtaient de fumer avec le bupropion, environ 15 personnes arrêtaient de fumer sous varénicline (OR=1,59, IC95 %=[1,29-1,96]).

La combinaison d'un TNS avec de la nortriptyline ou du bupropion n'était pas plus efficace que le TNS seul.

Cette étude montrait une efficacité du bupropion par rapport au placebo comparable aux TNS et une infériorité du bupropion par rapport à la varénicline (niveau de preuve 2).

Tableau 28. Effets des antidépresseurs et notamment du Bupropion - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Hughes et al., 2007 (179) Niveau de preuve=1	Revue systématique Cochrane d'essais contrôlés randomisés méta-analyse	Évaluer les effets (efficacité et innocuité) des médicaments antidépresseurs pour aider à l'arrêt du tabac sur le long terme. Les médicaments étudiés étaient : le bupropion, la doxépine, la fluoxétine,, l'imipramine, le moclobémide, la nortriptyline, la paroxétine, la sélégiline, la sertraline, le tryptophane, la venlafaxine et l'extrait de millepertuis.	Base des données : Registre Cochrane des essais contrôlés (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, Sci-Search, PsycINFO Recherche la plus récente : juin 2009 Groupes de comparaisons : placebo ou pharmacothérapie alternative. Fumeurs, ou ex-fumeurs qui ont arrêté récemment	Efficacité mesurée par : <ul style="list-style-type: none"> – l'abstinence à 6 mois après le début du traitement ; – la réduction de la consommation de cigarettes de 50 %. L'innocuité était mesurée par l'incidence d'événements indésirables.	66 essais retenus. 49 essais sur le bupropion. 9 essais sur la nortriptyline. Bupropion versus placebo Les 36 essais (n=11 140) où le bupropion était utilisé comme seule pharmacothérapie ont permis de calculer un RR commun et de montrer que le bupropion augmentait significativement l'arrêt à 6 mois ou plus, RR=1,69 IC95 % [1,53-1,85]. Combinaison bupropion-TNS versus TNS Il n'y avait pas de preuves que l'ajout du bupropion à un TNS fournissait un bénéfice additionnel à long terme comparativement à un traitement par TNS seul : RR=1,23 IC95 % [0,67-2,26] (6 essais n=1106). Bupropion versus varénicline Trois essais comparaient directement le bupropion et la varénicline. Le RR commun était associé à des taux d'arrêt significativement plus faibles pour le bupropion (n=1622 RR=0,66 IC95 %

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>[0,53-0,82]. Le taux d'arrêt moyen pour le bupropion était de 14 % alors qu'il était de 21 % pour la varénicline).</p> <p>Nortriptyline versus placebo Les 6 essais (n=975) où la nortriptyline était utilisée comme seule pharmacothérapie ont permis de calculer un RR commun et de montrer que la nortriptyline augmentait significativement l'arrêt à 6 mois (6 essais, n=975 RR=2,03 IC95 % [1,48-2,78].</p> <p>Combinaison Nortriptyline-TNS versus TNS Il n'y avait pas de preuve qui démontrait que ajouter de la nortriptyline à un TNS produisait un bénéfice additionnel à long terme comparativement à un traitement par TNS seul : RR=1,29 IC95 % [0,97-1,72] (3 essais n=1219).</p> <p>Inhibiteur de la recapture de la sérotonine (fluoxétine, paroxétine, sertraline) versus placebo Il n'y avait pas de preuve d'un effet significatif des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : fluoxétine (2 essais, n=1236 RR 0,92 IC95 % [0,65-1,30]) ; paroxétine (1 essai n=224 RR=1,08 IC95 % [0,64-1,82]) ; sertraline</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>(1 essai n=134 RR=0,71 IC95 % [0,30-1,64]).</p> <p>Inhibiteur de la monoamine oxydase (moclobémide, sélégiline) versus placebo Il n'y avait pas d'effets significatifs des inhibiteurs de la monoamine oxydase : moclobémide (1 essai, n=88, RR 1,57 IC95 % [0,67-3,68] ou sélégiline (3 essais, n=250, RR=1,45, IC95 % [0,81-2,6].</p> <p>Venlafaxine versus placebo Il n'y avait pas d'augmentation significative des taux d'arrêt par la venlafaxine (1 essai, n=147, RR=1,22 IC95 % [0,64-2,32].</p> <p>Millepertuis Aucun essai à long terme n'a été publié sur le millepertuis.</p> <p>Effets indésirables du bupropion et de la nortriptyline Bupropion : les effets indésirables les plus courants rapportés sont les suivants : insomnie (chez 30 à 40 % des patients), bouche sèche (10 % des patients) et des nausées. Il y aurait aussi un risque de convulsions (ou crises</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					épileptiques) de l'ordre d'un cas sur 1 000. Le bupropion était également associé à un risque de suicide (de l'ordre de 1 cas sur 10 000). Nortriptyline : bouche sèche, somnolence, constipation. Un essai rapportait un collapsus ou des palpitations possiblement causées par le traitement.
Mahmoudi et al., 2012 (165) Niveau de preuve=2	Revue systématique	Évaluer le rapport coût/efficacité des thérapies non nicotiques pour l'arrêt du tabagisme Identifier les différences des modèles utilisés et les conclusions associées Déterminer quelles variables impactent les rapports coût/efficacité	Base de données : MEDLINE, PsycINFO, National Health Service Economic Evaluation database, Tufts Cost-effectiveness analysis registry Recherche la plus récente : mai 2011	L'efficacité était appréciée via le rapport des coûts/efficacité incrémental (ou rapport coût/efficacité marginal) de l'intervention ; les coûts incrémentaux ou effets de l'intervention s'interprétant comme des coûts additionnels ou des effets relatifs par rapport à la situation de référence.	Les caractéristiques des modèles utilisés et les résultats en termes de coût/efficacité ont été comparés entre les études et résumés qualitativement. Huit études utilisant le modèle BENESCO (<i>Benefits of Smoking Cessation on Outcomes</i>) ont montré que le rapport coût-efficacité était en faveur de la varénicline, et les deux études utilisant un autre modèle (non BENESCO) ont montré que l'utilisation de la varénicline était une stratégie coût-efficace.
Cahill et al., 2013 (155) Niveau de preuve = 2	Revue systématique de revues Cochrane d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse en	Estimer l'efficacité relative des différents traitements (TNS, bupropion, varénicline) et comparativement à un placebo sur l'abstinence à	Base de données Cochrane des revues systématiques Recherche la plus récente : novembre	Abstinence à au moins 6 mois après le début de l'intervention : Incidence des effets indésirables graves associés à chacun des traitements.	Douze revues identifiées intégrant 267 études (n=101 804) Bupropion versus placebo : OR=1,82 IC95 % [1,60-2,06] (36 essais). Bupropion versus TNS : OR=0,99 IC95 %

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	réseau (extrapolation des comparaisons non disponibles par un processus de comparaison indirecte)	<p>long terme (6 mois ou plus)</p> <p>Estimer l'efficacité des autres traitements (cétisine, nortriptyline) sur l'abstinence à long terme (6 mois ou plus)</p> <p>Estimer les effets indésirables et les effets indésirables graves des différents traitements</p> <p>(Pour les résultats concernant les autres médicaments, se reporter aux chapitres correspondants)</p>	<p>2012</p> <p>Traitements étudiés : TNS, antidépresseurs (bupropion, nortriptyline), agonistes partiels des récepteurs nicotiniques (varénicline et cétisine), anxiolytiques, antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant), clonidine, lobéline, dianicline, mécamylamine, nicobrevin, antagonistes des récepteurs opioïdes, vaccins nicotiniques, acétate d'argent.</p> <p>Fumeurs adultes</p>		<p>[0,86-1,13] (9 essais).</p> <p>Varénicline versus bupropion : OR=1,59 IC95 % [1,29-1,96] (3 essais).</p> <p>Effets indésirables du bupropion : insomnie (chez 30 à 40 % des utilisateurs). Bouche sèche (chez 10% des utilisateurs). Réactions allergiques chez 1 à 3 utilisateurs sur 1 000).</p> <p>Effets indésirables graves du bupropion : convulsions (environ 1 pour 1 000 utilisateurs)</p> <p>Limites de cette revue des revues : seules les revues Cochrane ont été retenues dans cette analyse.</p> <p>(Pour les résultats concernant les autres médicaments, se reporter aux chapitres correspondants)</p>

- Effets indésirables du bupropion (tableau 29)

Données de pharmacovigilance sur le ZYBAN® 2002 (Cf. Ansm.sante.fr)

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.

- Depuis 1991, environ 31,5 millions de patients, dont 9 millions dans l'indication sevrage tabagique, ont été traités par cette molécule dans le monde.
- En France, entre le 17 septembre 2001 et le 15 février 2002, environ 226 000 patients ont été traités durant 5,9 semaines en moyenne.
- Pendant cette période, 666 notifications d'effets indésirables ont été transmises à l'Afssaps ou au laboratoire. Les effets indésirables rapportés sont principalement des réactions cutanées ou allergiques, des troubles neuropsychiatriques (insomnie, angoisse ou dépression), des troubles neurologiques (vertiges, céphalées ou convulsions) et quelques effets cardio-vasculaires notamment hypertension artérielle, angor et/ou infarctus du myocarde.
- Huit décès ont également été rapportés. Dans deux cas, la relation avec ZYBAN® est écartée. Quatre cas concernent des morts subites ou inexpliquées parmi lesquels trois patients présentaient des antécédents ou des facteurs de risque pouvant expliquer l'évolution fatale. Dans les deux derniers cas, le rôle du ZYBAN® ne peut pas être exclu (rupture d'anévrisme chez un patient hypertendu, arrêt cardiaque avec œdème de la glotte chez un patient traité par antibiotique).

L'analyse du profil de sécurité d'emploi ne met pas en évidence d'effets indésirables inattendus nécessitant la prise de mesures complémentaires immédiates. Toutefois, l'Afssaps reste vigilante et poursuit 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.

L'Afssaps rappelle que ZYBAN® est disponible uniquement sur prescription médicale dans le respect strict des contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi, telles qu'elles sont définies dans l'autorisation de mise sur le marché.

Agence européenne des médicaments (EMA)

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.

Information pour les professionnels mise en ligne par la Food and Drug Administration américaine (FDA) en 2009 sur la varénicline et le bupropion

À partir de son système de collecte des événements indésirables AERS (*Adverse Event Reporting System*), la FDA a publié en 2009 une analyse des effets indésirables associés à la varénicline et au bupropion dans le cadre du sevrage tabagique (178). La FDA a analysé les cas rapportés d'idées et comportements suicidaires de la date d'autorisation d'utilisation de la varénicline (2006) et du bupropion (1997) jusqu'en novembre 2007 : pour la varénicline 153 événements d'événements suicidaires indésirables ont été rapportés (116 idées suicidaires, 37 suicides) et

pour bupropion 75 événements d'événements suicidaires indésirables ont été rapportés (46 idées suicidaires, 29 suicides). Pour la varénicline et le bupropion, respectivement 86 % et 93 % des cas rapportés intervenaient pendant la période de traitement. Pour les deux médicaments, l'occurrence d'un événement survenait en moins de deux semaines après le début du traitement. Les cas rapportés par la FDA représentaient une partie des cas réels durant cette période car le système de déclaration AERS génère une sous évaluation de la réalité. **Ces données de la FDA suggéraient une association possible entre les événements suicidaires et l'utilisation de la varénicline et du bupropion.**

La *Food and Drug Administration* américaine a donc alerté les patients et les professionnels de santé en janvier 2009 des risques de symptômes neuropsychiatriques sérieux associés à l'utilisation de la varénicline et du bupropion dans le cadre d'un sevrage tabagique¹⁹. Les symptômes incluaient des changements comportementaux, de l'hostilité, de l'agitation, une humeur dépressive, des pensées et comportements suicidaires.

Cette information de la FDA fait suite à des rapports d'événement indésirable chez des patients sans antécédent psychiatrique reçus par la FDA. À cette occasion, la FDA n'a pas conseillé aux professionnels de santé d'arrêter de prescrire ces médicaments mais a formulé des recommandations et considérations destinées aux professionnels de santé, présentées dans le tableau 27 (chapitre varénicline).

Données de la littérature

La revue de la littérature de Kumar *et al.* en 2011 (180) a examiné le risque de psychose associé au bupropion dans la population générale et dans les populations présentant des antécédents de psychose. Cette revue de la littérature comportait 23 publications : 13 cas cliniques, 1 série de cas, 7 études contrôlées, et 2 lettres à l'éditeur. Dans trois études, le bupropion était indiqué pour un sevrage tabagique : dans un essai contrôlé en double aveugle de petite taille (n=32) concernant des patients schizophrènes, les résultats n'ont pas rapporté d'augmentation d'effets positifs de la schizophrénie pour des doses de bupropion à 150 mg délivrées deux fois par jour (comparativement à un placebo) ; tous les sujets de cette étude bénéficiaient de médicaments antipsychotiques qui ont pu atténuer les effets psychogènes du bupropion. Au contraire, dans un cas clinique ayant présenté des troubles schizophréniques, des épisodes psychotiques sous bupropion étaient rapportés même avec des médicaments antipsychotiques prescrits en même temps que le bupropion. Dans ce cas, le patient a présenté deux épisodes psychotiques après avoir utilisé du bupropion (libération prolongée 150 mg/jour) bien qu'étant sous olanzapine (5 mg/2 fois par jour). Dans un autre cas clinique d'un patient ayant eu des antécédents d'abus de substances, le bupropion (libération prolongée 300 mg/jour) a précipité des symptômes psychotiques qui ne se sont pas atténués après l'arrêt du bupropion et l'initiation d'une dose faible de quétiapine (150 mg par jour).

Les résultats de cette revue de littérature concernant l'effet du bupropion chez les patients présentant des troubles schizophréniques dans le cadre d'un sevrage tabagique sont contradictoires. Cette revue de la littérature présentait des limites puisque seule la base de données MEDLINE a été consultée et qu'elle incluait des études de très faible niveau de preuve (cas cliniques et lettres à l'éditeur).

La revue de la littérature de Wightman *et al.* en 2010 (181) a examiné les liens éventuels entre le bupropion et les idées et comportements suicidaires chez les adultes. Cette étude était basée sur une analyse des données américaines de la FDA (*Food and Drug Administration*) et incluaient 8 953 adultes ayant reçu du bupropion et 6 520 adultes sous placebo. Les données étaient issues de 51 essais contrôlés randomisés conduits entre 1976 et 2006. Les indications cliniques suivantes du bupropion étaient analysées : troubles dépressifs majeurs, arrêt du tabagisme,

¹⁹<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/PublicHealthAdvisories/ucm169988.htm>

prévention d'épisodes dépressifs majeurs associés à des désordres affectifs saisonniers, et prévention de la rechute (des épisodes dépressifs majeurs et du tabagisme). L'évaluation du risque de suicide a été réalisée à l'aide de l'échelle de Columbia. Quelles que soient les indications du bupropion, aucune différence significative concernant l'incidence du comportement ou des idées suicidaires n'était mise en évidence entre le groupe ayant reçu du bupropion et le groupe placebo (OR=1,35, IC95 %=[0,68-2,72]). Pour la sous-population ayant bénéficié du bupropion dans le cadre d'un arrêt du tabagisme, aucune différence significative concernant l'incidence du comportement ou des idées suicidaires n'était mise en évidence entre le groupe ayant reçu du bupropion et le groupe placebo (OR=1,75, IC95 %=[0,13-52,57]).

Cette méta-analyse ne montrait pas d'association entre la prise de bupropion et le risque suicidaire. Cette étude présentait des limites importantes : méthodologie différentes de collecte des données des essais retenus, manque de puissance des analyses statistiques. Un conflit d'intérêt majeur était associé à cette publication, tous les auteurs étant salariés de la firme fabriquant le bupropion.

L'étude rétrospective de rapport de cas d'effets indésirables de Moore (175) (présentée dans le chapitre sur la varénicline) a évalué les effets indésirables neuropsychiatriques de la varénicline, du bupropion et des TNS. Cette étude rétrospective concernait l'ensemble des événements indésirables neuropsychiatriques (dépressions et comportements suicidaires/comportements auto-agressifs) associés à l'utilisation de la varénicline et du bupropion de 1998 à septembre 2010 et extraits de la base de données d'événements indésirables AERS (*Adverse Event Reporting System*) de la FDA. Les groupes de comparaison étaient constitués par les rapports de cas associés à l'utilisation de TNS et d'antibiotiques (amoxicilline, amoxicilline-clavulanate et azithromycine). Les TNS étant disponibles sans prescription, le groupe associé était considéré par les auteurs comme représentatif de la population essayant d'arrêter de fumer en utilisant une thérapie médicamenteuse. Le groupe associé aux antibiotiques était considéré par les auteurs comme représentatif d'une population en bonne santé qui ne cherchait pas à arrêter de fumer. Des tableaux de contingence (2x2) pour chaque médicament et le comparateur ont été construits avec d'une part, les effectifs des événements indésirables d'intérêt (dépressions et comportements suicidaires/comportements auto-agressifs) et d'autre part, l'ensemble des autres événements indésirables. Des odds ratios ont été calculés dans le cadre d'une analyse globale (dépression d'une part, et comportement suicidaire/comportement auto-agressif d'autre part) et d'analyses spécifiques (dépression d'une part, comportement suicidaire/comportement auto-agressif d'autre part). Un test du Chi Deux a été utilisé pour tester une éventuelle association entre les maux de tête et la douleur avec les médicaments (varénicline, bupropion et TNS). Dans le groupe associé au traitement pour arrêter de fumer, 25 % (n=3249/13243), des événements graves étaient des dépressions et/ou des comportements suicidaires ou auto-agressifs. Dans le groupe associé à une antibiothérapie, 1 % (n=48/4047) des événements graves étaient des dépressions et/ou des comportements suicidaires ou auto-agressifs. Au total, 3 249 cas rapportés de dépression ou comportements suicidaires/comportements auto-agressifs ont été identifiés par les auteurs dont 2 925 (90 %) pour la varénicline, 229 (7 %) pour le bupropion et 95 (3 %) pour les TNS. Une différence significative concernant l'incidence des événements indésirables neuropsychiatriques était mise en évidence entre le groupe ayant utilisé de la varénicline et le groupe ayant utilisé des TNS : OR=8,4, IC95 %=[6,8-10,4]. Une différence significative concernant l'incidence des événements indésirables neuropsychiatriques était mise en évidence entre le groupe ayant utilisé du bupropion et le groupe ayant utilisé des TNS : OR=2,9, IC95 %=[2,3-2,7]. Une différence significative concernant l'incidence des événements indésirables neuropsychiatriques était mise en évidence entre le groupe ayant utilisé de la varénicline et le groupe ayant utilisé du bupropion : OR=2,9, IC95 %=[2,5-3,4]. Comparativement au groupe ayant utilisé des antibiotiques, les odds ratios étaient significativement plus élevés pour les trois médicaments (varénicline : OR=36,6, IC95 %=[27,5-48,9], bupropion : OR=12,5, IC95 %=[9,1-17,2] ; TNS : OR=4,3, IC95 %=[3,1-6,2]). Les résultats pour les analyses spécifiques étaient similaires. Le test du Chi deux (X²) n'a pas mis en évidence de lien entre les maux de tête et la douleur et les différents médicaments (X²=2,5, p=0,28).

Ces résultats suggéraient un risque significatif de dépression et de comportements suicidaires/auto-agressifs associé à l'utilisation du bupropion (niveau de preuve 3). Ce risque était significativement supérieur au risque associé à l'utilisation des TNS mais très nettement inférieur au risque associé à l'utilisation de varénicline.

Les résultats de cette étude doivent être considérés avec précaution car les différents effectifs intégrés dans les calculs des odds ratios ne concernaient que des événements indésirables associés à l'utilisation des médicaments ; ainsi, ces odds ratios ne tenaient pas compte des niveaux d'utilisation relative des médicaments en population générale. De plus, d'une façon générale, un rapport de cas ne prouve pas le lien de causalité entre le médicament suspecté et l'événement observé.

La revue systématique de revues Cochrane de Cahill *et al.* en 2013 (155) montrait que le bupropion était associé à un risque de convulsions (environ 1 pour 1 000 utilisateurs). À partir des essais, aucune preuve d'augmentation de problèmes neuropsychiatriques (OR=0,88, IC95 % [0,31-2,50]), ou de problèmes cardio-vasculaires (OR=0,77, IC95 % [0,37-1,59]) n'avait été mise en évidence avec le bupropion.

Cette étude montrait un risque de convulsions de 1 pour 1 000 associé au bupropion (niveau de preuve 2).

- Rapport coût/efficacité du bupropion (tableau 30)

Une revue systématique portant spécifiquement sur les TNS et le bupropion a été publiée par Woolacott *et al.* en 2002 (156) dans le cadre du programme d'*Health Technology Assessment* à la demande du NICE. Au total, 157 études ont été incluses dans cette revue de la littérature (dont 3 revues systématiques et 13 études concernant l'efficacité ; 4 revues systématiques et 112 études concernant les effets indésirables et l'innocuité et 17 études économiques). Le tableau 30 présente les résultats concernant l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses d'aide au sevrage tabagique sur le taux d'abstinence à 6 mois et les effets indésirables du bupropion et des TNS (rapportés par la « *Medicine Control Agency* » du Royaume-Uni, de juin 2000 à mai 2001). Les conclusions concernant l'efficacité et l'innocuité des TNS et du bupropion de cette revue de la littérature de 2002 étaient les suivantes :

- les TNS et le bupropion LP sont efficaces dans l'aide au sevrage tabagique ;
- l'efficacité relative du bupropion et des TNS nécessite des recherches futures ;
- des informations sur la façon de maximiser l'efficacité en pratique sont manquantes, mais nécessitent probablement un support motivationnel ;
- les différences significatives concernant les TNS et le bupropion proviennent des événements indésirables associés à ces deux interventions ;
- **le profil d'innocuité est favorable aux TNS, au regard du risque faible mais réel de convulsions associé à l'utilisation du bupropion.**

Les limites de l'étude étaient les suivantes : faibles preuves de la supériorité du bupropion sur les TNS ; utilisation des résultats de revues de littérature déjà publiées au lieu des études individuelles.

Conclusion sur le bupropion

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).

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.

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

Avis du GT

Au regard des données actuelles contradictoires sur la balance bénéfice/risque, l'observation d'effets indésirables graves, en particulier ceux en relation avec le suicide et l'état dépressif, et en l'absence d'une réévaluation du rapport bénéfice/risque de ce médicament dans le contexte des alternatives thérapeutiques, notamment les TNS, le groupe de travail recommande de réserver le bupropion en dernière intention pour des cas particuliers. Ce médicament nécessite une surveillance étroite des patients en raison de ses effets indésirables potentiels, ainsi qu'une surveillance renforcée lors de l'arrêt du traitement.

Tableau 29. Effets indésirables du bupropion - Revues systématiques de la littérature / Méta-analyses.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Wightman et al., 2010 (181) Niveau de preuve=3	Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés	Évaluer les relations entre le traitement par bupropion et les idées et les comportements suicidaires chez les adultes	Base de données : non indiquée Recherche la plus récente : Groupe de comparaison : groupe placebo Fumeurs adultes	Occurrence d'un événement suicidaire (utilisation de la classification de Columbia).	51 essais conduits entre 1976 et 2006. (n=8216, 8 953 adultes sous bupropion et 6 520 sous placebo) L'effectif minimum de participants par essai était de 30 sujets. Toutes indications Bupropion versus placebo : le bupropion n'était pas associé à un risque plus élevé de comportements ou d'idées suicidaires : OR=1,35 IC95 %=[0,68-2,72], (incidence de comportements ou idées suicidaires : 22/8953=0,25 % dans le groupe bupropion et 14/6520=0,21 % dans le groupe placebo, p=0,402). Indication pour arrêt du tabagisme Bupropion versus placebo : le bupropion n'était pas associé à un risque plus élevé de comportements ou d'idées suicidaires : OR=1,75 IC95 %=[0,13-52,57], (incidence de comportements ou idées suicidaires : 2/4133=0,05 % dans le groupe bupropion et 1/2730=0,04 % dans le groupe placebo, p=1,00).

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					Limites de cette revue de la littérature : les essais ayant servi de base à la publication de ces résultats n'étaient pas présentés et référencés dans l'article. Les auteurs de cette méta-analyse ont rapporté les limites suivantes : les données analysées ayant été collectées sur une période de 29 ans, les méthodes de collecte des données étaient différentes entre les essais. Les nombres absolus et les incidences faibles d'événements limitaient la puissance des analyses statistiques et la possibilité de détecter des différences entre les groupes de comparaison.
Kumar et al., 2011 (180) Niveau de preuve = 4	Cas clinique, Série de cas, essais contrôlés randomisés, lettres à l'éditeur	Examiner le risque de psychose associé au bupropion dans le cadre du sevrage tabagique	Base de données : MEDLINE Population générale Populations présentant des antécédents de symptômes psychotiques.	Occurrence de symptômes psychotiques	25 études dont 3 études concernaient le sevrage tabagique 1 essai contrôlé en double aveugle de petite taille (n=32) concernant des patients schizophrènes, Les résultats n'ont pas rapporté d'augmentation d'effets positifs de la schizophrénie pour des doses de bupropion à 150 mg délivrées deux fois par jour (comparativement à un placebo). Résultats non fournis Dans un cas clinique ayant présenté des troubles schizophréniques, des épisodes psychotiques sous bupropion sont

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>rapportés même avec des médicaments antipsychotiques prescrits en même temps que le bupropion. Dans ce cas, le patient a présenté deux épisodes psychotiques après avoir utilisé du bupropion (libération prolongé 150 mg par jour) bien qu'étant sous olanzapine (5 mg deux fois par jour).</p> <p>Dans un autre cas clinique d'un patient ayant des antécédents d'abus de substances, le bupropion (libération prolongée 300 mg/jour) a précipité des symptômes psychotiques qui ne sont pas atténués après l'arrêt du bupropion et l'initiation d'une dose faible de quétiapine (150 mg/jour).</p> <p>Cette revue de la littérature présentait des limites puisque seule la base de données MEDLINE avait été consultée et les résultats présentés sont contradictoires.</p>
Moore et al., 2011 (175) Niveau de preuve=3	Étude rétrospective comparative de rapports de cas	Comparer les effets indésirables neuropsychiatriques de la varénicline et du bupropion à partir de la base de données d'événements indésirables de la	17 290 rapports de cas d'événements indésirables graves 13 243 rapports de cas dans la population arrêtant	Médicaments : varénicline, bupropion, TNS Événements neuropsychiatriques graves	Occurrence : - d'un comportement suicidaire ; - d'un comportement auto-agressif, - d'une dépression.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		FDA de 1998 à septembre 2010. Groupes de comparaison : - population sous TNS - population sous antibiothérapie	de fumer (n=9575 rapport de cas sous varénicline / n=1751 rapport de cas sous bupropion / n=1917 rapport de cas sous TNS) 4 047 rapports de cas dans le groupe de comparaison (sous antibiotique)		
Cahill et al., 2013 (155) Niveau de preuve = 2	Revue systématique de revues Cochrane d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse en réseau (extrapolation des comparaisons non disponibles par un processus de comparaison indirecte)	Estimer l'efficacité relative des différents traitements (TNS, bupropion, varénicline) et comparativement à un placebo sur l'abstinence à long terme (6 mois ou plus) Estimer l'efficacité des autres traitements (cétisine, nortriptyline) sur l'abstinence à long terme (6 mois ou plus) Estimer les effets	Base de données Cochrane des revues systématiques Recherche la plus récente : novembre 2012 Traitements étudiés : TNS, antidépresseurs (bupropion, nortriptyline), agonistes partiels des récepteurs nicotiques (varénicline et cétisine), anxioly-	Abstinence à au moins 6 mois après le début de l'intervention : Incidence des effets indésirables graves associés à chacun des traitements	12 revues identifiées intégrant 267 études (n=101 804) Effets indésirables du bupropion : insomnie (chez 30 à 40 % des utilisateurs) ; bouche sèche (chez 10 % des utilisateurs) ; réactions allergiques chez 1 à 3 utilisateurs sur 1 000). Effets indésirables graves du bupropion : convulsions (environ 1 pour 1 000 utilisateurs). Limites de cette revue des revues : seules les revues Cochrane ont été retenues dans cette analyse. (Pour les résultats concernant l'efficacité et les autres médicaments, se reporter

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		<p>indésirables et les effets indésirables graves des différents traitements</p> <p>(Pour les résultats concernant l'efficacité et les autres médicaments, se reporter aux chapitres correspondants)</p>	<p>tiques, antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant), clonidine, lobéline, dianicline, mécamylamine, nicobrevin, antagonistes des récepteurs opioïdes, vaccins nicotiniques, acétate d'argent.</p> <p>Fumeurs adultes</p>		aux chapitres correspondants)

Tableau 30. Rapport coût/efficacité du bupropion - Revues systématiques de la littérature / Méta-analyses.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Woolacott et al., 2002 (156) Niveau de preuve = 2	Revues systématiques Études individuelles	Évaluer l'efficacité, le rapport coût/efficacité et les effets indésirables du bupropion et des TNS pour arrêter de fumer	Base de données : 26 base de données et des ressources Internet ont été explorées jusqu'en mai 2001	Abstinence à 6 mois, 12 mois ou plus après le début du traitement. Effets indésirables	157 études dont Efficacité : 3 revues systématiques, 13 études Effets indésirables, innocuité ; 4 revues systématiques, 112 études Efficacité des thérapeutiques médicamenteuses TNS versus placebo ou absence de traitement 1,72 [1,61-1,84], n=96 études Timbre transdermique versus placebo ou absence de traitement 1,74 [1,57-1,93], n=35 études Gomme placebo ou absence de traitement 1,66 [1,52-1,81], n=51 études Inhalateur placebo ou absence de traitement 2,08 [1,43-3,04], n=4 études Spray nasal placebo ou absence de traitement 2,27 [1,61-3,20], n=4 études

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Comprimé / pastille placebo ou absence de traitement 1,73 [1,07-2,80], n=2 études</p> <p>Bupropion versus placebo 2,75 [1,98-3,81], n=7 études</p> <p>Bupropion versus TNS 2,07 [1,22-3,55], n= 1 étude</p> <p>TNS + bupropion (versus TNS) 2,65 [1,58-4,45], n=1 étude</p> <p>TNS + bupropion (versus bupropion) 1,28 [0,82-1,99], n=1 étude</p> <p>Effets indésirables du bupropion Cette revue de la littérature pointait le risque de convulsion dû à l'utilisation du bupropion. Le taux brut d'incidence des convulsions a été estimé à 0,06 % à 6 jours pour le bupropion à partir de deux revues systématiques. Les études dont l'objectif principal était d'évaluer l'incidence des effets indésirables du bupropion ont mis en évidence un taux d'incidence de 0,06 % sur une période de 56 jours de traitement et de 0,1 % à 1 an. La pharmacovigilance de la « <i>Medicines Control Agency</i> » entre</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>juin 2000 et mai 2001 rapportait sur un total de 390 000 individus exposés au bupropion entre juin 2000 et mai 2001 au Royaume-Uni (données <i>Medicines Control Agency</i>) 118 cas de convulsions. Le nombre total d'individus touché par un événement indésirable était de 5 593 (urticaire : 761 ; insomnie : 761 ; démangeaisons : 724 ; mal de tête : 537 ; étourdissement : 534 ; nausée : 489 ; œdème : 348 ; dépression : 345 ; tremblements : 279 ; prurit : 283 ; anxiété : 232 ; douleur à la poitrine : 238 ; bouche sèche : 189 ; dyspnée : 184 ; palpitations : 174 ; agitation : 160 ; vomissement : 161 ; sueur : 145 ; oppression thoracique : 134 ; constipation : 133 ; arthralgie : 128 ; douleur abdominale : 119 ; convulsions : 118 ; malaises : 118 ; décès : 37.</p> <p>Limites de cette revue de littérature :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les preuves rapportées de la supériorité du bupropion sur les TNS étaient faibles (1 seule étude) ; - les auteurs ont utilisé les résultats de revue de la littérature et n'ont pas utilisé comme matériels les études individuelles sources (les auteurs ont avancé des contraintes temporelles).

Cytisine

La Cytisine est un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux à l'acétylcholine.

La revue systématique de Cahill *et al.* en 2012 (164) (Cf. Tableau 23, chapitre varénicline), reprise dans la synthèse de Cahill *et al.* en 2013 (155) (Cf. Tableau 19, chapitre TNS) a examiné l'efficacité et la tolérance des agonistes partiels des récepteurs nicotiniques pour l'arrêt du tabac.

Les données actuelles limitées (deux études) montrent une efficacité modeste.

Il y a un niveau de preuve limité (deux études) d'une efficacité modeste de la cytisine. Il n'y a pas de preuve d'un rapport bénéfice/risque favorable de la cytisine dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Lobéline

La revue systématique de Stead et Hugues en 2012 (182) a examiné l'effet de la lobéline sur l'abstinence à 6 mois des fumeurs. Aucun essai ne proposait un suivi d'au moins six mois.

Il n'y a pas de preuve disponible d'effets de la lobéline sur l'arrêt du tabagisme des fumeurs.

Médicaments anxiolytiques

La revue systématique d'Hughes *et al.* en 2000 (183) (Cf. Tableau 31) a examiné l'effet des anxiolytiques sur l'abstinence à long terme des fumeurs. Les médicaments étudiés étaient les suivants : buspirone, diazépam, doxépine, méprobamate, ondansétron, bêtabloquants : métoprolol, oxprénolol et propranolol. Bien que les auteurs aient conclu qu'il n'était pas possible d'exclure un effet des anxiolytiques (à cause d'intervalles de confiance non significatifs mais très étendus), **il n'y avait pas de preuve disponible d'effets des anxiolytiques sur l'arrêt du tabagisme.**

Tableau 31. Effets des anxiolytiques - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Hughes et al., 2010 (59) niveau de preuve=3	Revue systématique d'essais randomisés Méta-analyse	Estimer l'efficacité de la pharmacothérapie des anxiolytiques pour aider l'arrêt du tabac à long terme. Les médicaments étudiés : buspirone, diazépam, doxépine, méprobamate, ondansétron, bétabloquants : métoprolol, oxprénolol et propranolol.	Base de données : MEDLINE, EMBASE, SciSearch, PsycINFO Recherche la plus récente : octobre 2009 Essais comparant les médicaments anxiolytiques à un placebo ou à une alternative thérapeutique pour arrêter de fumer Fumeurs	Abstinence mesurée au moins 6 mois après le début du traitement.	6 essais retenus 1 essai sur le diazépam, 1 essai sur le méprobamate, 1 essai sur le métoprolol, 1 essai sur l'oxprénolol, 2 essais sur le buspirone étaient retenus Buspirone versus placebo : le risque relatif commun était le suivant RR=0,76 IC 95 % [0,42-1,37] (3 essais, n=204) Buspirone versus TNS : le risque relatif rapporté était le suivant RR=1,08 IC 95 % [0,70-1,65] (1 essai, n=208) Diazépam versus placebo : l'essai n'a pas démontré d'effet du diazépam sur l'abstinence RR=1,00 IC95 % [0,56-1,80] (1 essai, n=76) Méprobamate versus placebo : l'essai n'a pas démontré d'effet du méprobamate sur l'abstinence versus placebo RR=0,33 IC95 % [0,10-1,13] (1 essai, n=78) Ondansétron versus placebo : il n'y avait pas d'essai répondant aux critères d'inclusion

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Bétabloquant versus placebo : un essai a rapporté un taux d'abstinence à 12 mois de suivi de 17 % pour l'oxprénolol, 24 % pour le métoprolol et 3 % pour le placebo. Les différences n'étaient pas statistiquement significatives pour le métoprolol (RR=7,52 [1,00-56,66], n=63, et pour l'oxprénolol (RR=5,31 / IC95 % [0,68-41,74], n=66).</p> <p>Aucun des essais n'apportait de preuve d'un effet des anxiolytiques.</p> <p>Limites de cette revue : la définition de l'abstinence n'était pas toujours explicite dans les essais de cette revue.</p> <p>Les méthodes de randomisation utilisées dans les études n'étaient pas détaillées (risque de biais de sélection).</p>

Clonidine

La clonidine est un agoniste des récepteurs adrénergiques α_2 . Cette molécule a des propriétés antihypertensive, adrénolytique à action centrale et agoniste des récepteurs de l'imidazoline. Elle est indiquée dans le traitement de l'hypertension artérielle.

La revue systématique de Gourlay *et al.* en 2004 (184) (Cf. tableau 32) a examiné l'effet de la clonidine pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. À partir de cinq essais, une méta-analyse a démontré que la clonidine augmentait de 63 % la probabilité d'arrêt comparativement au placebo (RR=1,66, IC95 %=[1,22-2,18]). Cependant, les effets secondaires importants de la clonidine limitent l'utilité de ce médicament pour l'arrêt du tabac en première intention. Les auteurs rapportaient une incidence importante des effets indésirables proportionnels à la dose en particulier pour la bouche sèche et la sédation.

Il n'y a pas de preuve suffisante d'un rapport bénéfice/risque favorable de la clonidine dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Antagonistes sélectifs des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant, taranabant)

Le rimonabant est un antagoniste sélectif des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (CB1) centraux et périphériques.

La revue systématique de Cahill *et al.* en 2011 (185) (Cf. tableau 33) a examiné l'effet du rimonabant et du taranabant sur l'abstinence. À un an, une méta-analyse à partir de deux essais montrait une efficacité modeste du rimonabant vs. placebo sur le taux d'abstinence (RR= 1, IC95 %=[1,10-2,05]). Aucun bénéfice significatif n'a été rapporté pour le rimonabant à 5,5 mg. Les effets secondaires incluaient la nausée et des infections de l'appareil respiratoire supérieur. L'essai sur le taranabant n'a pas rapporté de bénéfice significatif versus placebo à huit semaines.

Il y a un niveau de preuve limité (deux études) d'une efficacité modeste du rimonabant par rapport au placebo à 1 an. Il n'y a pas de preuve d'un rapport bénéfice/risque favorable du rimonabant dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité du taranabant.

Acomplia® (rimonabant), initialement indiqué dans le traitement des patients adultes obèses et mis sur le marché en France en 2007, a été retiré du marché européen depuis le 23 octobre 2008. Le rapport bénéfice/risque est désormais considéré comme défavorable dans le traitement des patients obèses ou en surpoids avec facteurs de risque.

En 2008, le développement du rimonabant et du taranabant a été arrêté par les fabricants à la demande de l'Agence européenne des médicaments (European Medicines Agency : EMEA).

Il n'y a pas de preuve d'un rapport bénéfice/risque favorable du rimonabant dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Antagonistes et agonistes partiels des opiacés (naltrexone, naloxone, buprénorphine)

La revue systématique de David *et al.* en 2006 (186) (Cf. tableau 34) a examiné l'efficacité de la naltrexone sur l'arrêt du tabagisme à 6 mois. Sur 4 essais retenus dans cette revue, aucun n'avait mis en évidence de différence significative sur l'abstinence entre les groupes d'intervention et les groupes placebo. La méta-analyse n'a pas non plus mis en évidence d'effet significatif de la naltrexone sur l'abstinence à 6 mois.

Il n'y avait pas de preuve de l'efficacité de la naltrexone dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Antagonistes des récepteurs nicotiniques (mécamylamine)

La revue systématique de Lancaster *et al.* en 2011 (187) (Cf. tableau 35) a examiné l'effet de la mécamylamine soit seule ou en combinaison avec un TNS, pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. Les auteurs ont commenté les résultats de deux études de très faible effectif : les résultats des tests statistiques fournis dans cette revue ne sont pas détaillés. Cette revue de la littérature n'apportait pas de preuves de l'efficacité de la mécamylamine pour promouvoir l'arrêt du tabac.

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité de la mécamylamine dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Nicobrevin

Nicobrevin est commercialisé comme une aide pour cesser de fumer dans 11 pays, dont le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et l'Allemagne. La formulation commercialisée au Royaume-Uni contient quatre ingrédients actifs : de la quinine, du pentanoate de méthyle, du camphre et de l'huile essentielle d'eucalyptus 10 mg. D'après les fabricants, la quinine aurait une propriété anti *craving*, le camphre et l'eucalyptus permettraient de soulager la congestion des voies respiratoires et les troubles gastro-intestinaux, et le pentanoate de méthyle aurait un effet sédatif.

Une étude Cochrane (188) a cherché à évaluer l'efficacité du Nicobrevin sur l'arrêt et l'abstinence à 6 mois, par rapport au placebo ou aux autres traitements. Aucune étude ne remplissait les critères d'inclusion (recherche la plus récente : janvier 2009).

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité du Nicobrevin dans l'aide à l'arrêt du tabac.

► Traitements médicamenteux. Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Voir le tableau 36.

Tableau 32. Effets de la clonidine - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Gourlay et al., 2004 (184) Niveau de preuve=3	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	Déterminer l'efficacité de la clonidine pour aider les fumeurs à arrêter de fumer.	Base de données : Registre d'essais "Cochrane Tobacco Addiction group" MEDLINE, PsycLIT. Recherche la plus récente : juin 2008 Tout type de fumeurs	Abstinence mesurée après 12 semaines de suivi	Six essais étaient retenus (n=776) : trois essais avec clonidine sous forme orale et trois essais avec clonidine par voie transdermique. Clonidine versus placebo Un essai rapportait un effet significatif de la clonidine [résultat à insérer RR=5,18 IC95 %=[1,20-22,30], n=71. Le RR commun (six essais) montrait un effet significatif sur l'arrêt du tabac RR=1,63 IC95 % [1,22-2,18], n=776. Commentaires : La période de suivi était seulement de trois mois. Les auteurs de la revue Cochrane rapportaient des biais méthodologiques importants dans les six études. Les effets secondaires rapportés fréquents (assèchement de la bouche, effet sédatif) bien qu'ils ne soient pas quantifiés dans cette étude limitaient l'intérêt de la clonidine.

Tableau 33. Effets des antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Cahill et Ussher, 2011 (185) Niveau de preuve = 3	Revue Cochrane Revue systématique d'ECR	Déterminer si les antagonistes du récepteur cannabinoïde de type 1 (rimonabant et taranabant) augmentent le taux d'abstinence. Estimer leurs effets sur le poids des personnes ayant arrêté de fumer et des personnes qui ont essayé d'arrêter de fumer.	Recherche la plus récente : janvier 2011 Fumeurs adultes	Abstinence à 6 mois minimum après le début du traitement : abstinence continue Validation biochimique de l'abstinence Changement de poids	Trois essais ont été retenus (1 567 fumeurs, 1 661 fumeurs ayant arrêté de fumer). À un an, le RR commun de deux essais de l'abstinence sous rimonabant 20 mg était de 1,5 (IC95 % 1,10-2,05). Aucun bénéfice significatif n'a été rapporté pour le rimonabant à 5,5 mg. Les effets secondaires incluaient la nausée et des infections de l'appareil respiratoire supérieur. L'essai sur le taranabant n'a pas rapporté de bénéfice : OR =1,2 ; IC95 % [0,6-2,5] traitement versus placebo / à huit semaines). Pour le rimonabant, le gain de poids était significativement moins élevé parmi les ex-fumeurs traités avec 20 mg que parmi les ex-fumeurs traités avec 5 mg ou un placebo. Pour le taranabant, le gain de poids était significativement plus faible parmi les ex-fumeurs traités avec 2 à 8 mg que parmi les ex-fumeurs sous placebo à la fin des huit semaines de traitement. Conclusion : À partir des études disponibles, rimonabant 20 mg pourrait augmenter les chances d'arrêt du tabac (approximativement x 1,5). Les preuves que le rimonabant maintient l'abstinence sont faibles. Rimonabant 20 mg peut modérer la prise de poids à long terme. Taranabant (2-8 mg) peut modérer la prise de poids, au moins à court terme.

Tableau 34. Effets des antagonistes et agonistes partiels des opiacés - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
David et al., 2006 (186) Niveau de preuve=2	Revue Cochrane + méta-analyse Revue systématique d'ECR	Évaluer l'efficacité des antagonistes et agonistes partiels des opiacés pour promouvoir un arrêt sur le long terme du tabagisme.	Recherche en juin 2010 Fumeurs adultes	Abstinence à six mois après le début du traitement : Abstinence totale sur la période Validation biochimique de l'abstinence déclarée	Quatre essais concernant la naltrexone retenus. Aucun essai n'a mis en évidence de différence significative dans les niveaux d'abstinence des groupes d'intervention et groupes contrôles (placebo). Dans le cadre d'une méta-analyse, il n'y avait pas non plus d'effet significatif de naltrexone sur l'abstinence à long terme (4 essais, n=582, OR=1,26, IC95 % 0,80-2,01). Aucun essai concernant la naloxone et la buprénorphine ne rapportait un suivi à long terme. Conclusion et commentaires : Basé sur des données limitées de 4 essais, il n'était pas possible de confirmer l'efficacité du naltrexone dans l'aide à l'arrêt du tabagisme.

Tableau 35. Effets des antagonistes des récepteurs nicotiniques - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Lancaster et al., 2000 (187) Niveau de preuve = 3	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés	Déterminer l'efficacité de la mécamylamine dans l'arrêt du tabagisme, soit seule ou en combinaison avec un TNS	<p>Base de données : registre spécialisé d'essais Cochrane tobacco addiction review group MEDLINE, EMBASE, PsycINFO.</p> <p>Recherche la plus récente : octobre en 2010</p> <p>Fumeurs adultes</p>	Abstinence après au moins 6 mois de suivi : abstinence continue	<p>Deux études retenues : dans une étude de 48 volontaires, une combinaison mécamylamine et de timbre transdermique de nicotine était plus efficace que le patch seul (taux d'abstinence à un an 37,5 % versus 4,2 %). Dans une seconde étude, 80 volontaires étaient traités pendant quatre semaines avant l'arrêt avec un des quatre traitements : 1 : timbre transdermique nicotinique + capsules de mécamylamine ; 2 : nicotine seule ; 3 : mécamylamine seule ; 4 : pas de médicament actif. Les quatre groupes ont reçu un traitement avec de la nicotine et de la mécamylamine après la date d'arrêt programmée. Les taux d'abstinence dans ces quatre groupes étaient respectivement de 40 %, 20 %, 15 % et 15 %. Les auteurs ont rapporté un bénéfice statistiquement significatif de la mécamylamine en utilisant une analyse de survie. Le taux d'abstinence plus élevé dans le groupe traité avec la thérapie combinée n'était pas statistiquement significatif.</p> <p>Effets indésirables rapportés par les auteurs : 40 % des patients traités avec la mécamylamine nécessitaient une réduction de dose, principalement à cause de constipation.</p> <p>Limites : cette revue de la littérature est basée sur deux études de faible effectif. Les résultats sont commentés par les auteurs et les tests statistiques de significativité ne sont pas détaillés.</p>

Tableau 36. Traitements médicamenteux - Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Auteur, pays	Recommandations
HAS, 2009 (161)	<p>Champix®, agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux à l'acétylcholine, est indiqué dans le sevrage tabagique de l'adulte.</p> <p>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).</p>
NICE, 2011 (189) Royaume-Uni	<p>Recommandation 1 : la varénicline est recommandée comme une possibilité pour les fumeurs qui ont exprimé leurs désirs d'arrêter de fumer.</p> <p>Recommandation 2 : la varénicline devrait normalement être prescrite seulement comme une composante d'un soutien comportemental.</p>
NICE, 2008 (91) Royaume-Uni	<p>Pharmacothérapie</p> <p>Les conseillers d'aide à l'arrêt au tabac et les professionnels de santé peuvent recommander et prescrire un TNS, de la varénicline ou du bupropion comme une aide aux personnes pour arrêter de fumer, avec la délivrance de conseils, d'encouragement et de soutien, ou une orientation vers un service d'aide à l'arrêt au tabac. Avant de prescrire un traitement, ils prennent en compte les intentions et la motivation de la personne à arrêter de fumer et la vraisemblance de la compliance au traitement. Ils doivent aussi considérer les traitements préférés par la personne, les tentatives d'arrêt précédentes (et comment), et les raisons médicales pour lesquelles certaines pharmacothérapies ne doivent pas être prescrites.</p> <p><u>Pharmacothérapies et autres traitements</u></p> <p>Recommandation 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proposer un TNS, la varénicline ou le bupropion, de façon appropriée aux personnes qui envisagent d'arrêter de fumer. ○ Proposer des conseils, des encouragements et un soutien, incluant une orientation au « <i>NHS Stop Smoking Service</i> » pour aider les personnes dans leur tentative d'arrêter. ○ Un TNS, la varénicline ou le bupropion devraient normalement être proposés dans le cadre d'un traitement de maintien de l'abstinence (<i>contingent-abstinent treatment</i>), dans lequel le fumeur s'engage à arrêter de fumer immédiatement ou avant une date particulière (<i>target stop date</i> = date cible d'arrêt). La prescription de TNS, de varénicline devrait être suffisante pour permettre la pharmacothérapie pendant deux semaines suivant la date cible d'arrêt. Normalement, deux semaines de thérapie par TNS, et 3 à 4 semaines de varénicline ou bupropion sont nécessaires avant d'envisager des méthodes dif-

Auteur, pays	Recommandations
	<p>férentes d'administration et d'autres modes d'action. Des prescriptions supplémentaires devraient être données aux personnes qui ont démontré, sur une réévaluation, que leur tentative d'arrêt est en cours.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Expliquer les risques et bénéfices d'utilisation des TNS aux personnes jeunes âgées de 12 à 17 ans, des femmes enceintes ou qui allaitent, et des personnes qui présentent des troubles cardio-vasculaires. Pour maximiser les bénéfices des TNS, les personnes dans ces groupes devraient aussi être encouragées à utiliser un support comportemental dans leur tentative d'arrêt. ○ Ni la varénicline, ni le bupropion ne devraient être proposés aux personnes de moins de 18 ans ou à des femmes qui allaitent. ○ La varénicline ou le bupropion peuvent être proposés aux personnes présentant des maladies cardio-vasculaires non stabilisées, suite à un jugement clinique. ○ Si la tentative d'arrêt d'un fumeur est un échec avec un TNS, la varénicline ou le bupropion, ne pas renouveler la prescription dans les 6 mois à moins que des circonstances particulières aient empêché la tentative de sevrage initiale, et réessayer quand cela est possible. ○ Ne pas proposer de combinaison quelle qu'elle soit d'un TNS, de varénicline ou de bupropion. ○ Envisager de proposer une combinaison de patchs nicotiniques et d'autres formes de TNS (telles que les gommes à mâcher, un inhalateur, une pastille ou spray nasal) aux personnes qui ont un haut niveau de dépendance de nicotine ou qui ont apprécié dans le passé une seule forme de TNS. ○ Ne pas favoriser un médicament sur un autre. Le clinicien et le patient doivent choisir celui qui semble la plus à même de l'aider à réussir son sevrage. ○ Quand il a été décidé quelles thérapies utiliser et dans quel ordre, discuter les options avec le patient et prendre en compte : <ul style="list-style-type: none"> ○ si une première proposition ou orientation au <i>NHS Stop Smoking Service</i> a été faite, ○ les contre-indications et le potentiel pour des effets indésirables, ○ les préférences personnelles du patient, ○ la possibilité d'un <i>counselling</i> approprié ou d'un soutien, ○ la vraisemblance que le patient suivra le traitement, ○ leur expérience précédente d'aide à l'arrêt du tabac. <p>Recommandation 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les praticiens devraient fournir un TNS et un soutien approprié aux individus qui veulent suivre une stratégie de réduction assistée de nicotine pour arrêter de fumer seulement si cela fait partie d'une étude de recherche bien construite et bien menée. Les participants devraient inclure ceux qui ont essayé d'arrêter de façon répétée et ont échoué et ceux qui insistent qu'ils ne veulent pas arrêter brusquement.

Auteur, pays	Recommandations
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p>Traitements de substitution à la nicotine</p> <p>Proposer les TNS comme médication efficace pour les personnes qui désirent arrêter de fumer (solidité des preuves = A). Le choix d'un produit TNS peut être guidé par la préférence individuelle (solidité des preuves = B). Utiliser un TNS au moins 8 semaines (solidité des preuves = A). La combinaison de deux TNS augmente les taux d'abandon (solidité des preuves = A). Les TNS peuvent être utilisés pour encourager la diminution du tabagisme avant d'arrêter de fumer (solidité des preuves = B). Les personnes qui ont besoin de TNS au-delà de 8 semaines peuvent continuer à utiliser des TNS (solidité des preuves = C).</p> <p>Les TNS peuvent être proposés aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Cependant, quand les personnes ont souffert d'un événement cardio-vasculaire grave (par exemple, attaque ou infarctus du myocarde) dans les deux dernières semaines ou souffrent d'une maladie mal contrôlée, le traitement doit être discuté avec le médecin. Les TNS oraux sont recommandés (plutôt que les patchs) pour de tels patients (solidité des preuves = B). Les TNS peuvent être utilisés chez les femmes enceintes après qu'elles aient été informées et aient mesuré les risques et les bénéfices. Les TNS intermittents (par exemple : gomme, inhaler, microtab et losange) doivent être préférés aux patchs (solidité des preuves = C). Les TNS peuvent être utilisés par les jeunes personnes (12-18 ans) qui sont dépendantes de la nicotine (ce qui n'est pas recommandé pour les fumeurs occasionnels tels que ceux qui fument uniquement les week-ends) si l'on pense que les TNS peuvent aider à arrêter de fumer (solidité des preuves = C).</p> <p>Bupropion</p> <p>Le bupropion peut être proposé en routine comme un médicament efficace aux personnes qui désirent arrêter de fumer (solidité des preuves = A). Le bupropion peut être utilisé par ceux qui ont des maladies respiratoires et cardio-vasculaires stables (solidité des preuves = A).</p> <p>Nortriptyline</p> <p>La nortriptyline peut être proposée en routine comme un médicament efficace aux personnes qui désirent arrêter de fumer (solidité des preuves = A).</p> <p>Varénicline</p>

Auteur, pays	Recommandations
	La varénicline peut être proposée en routine comme un médicament efficace aux personnes qui désirent arrêter de fumer (solidité des preuves = A).
The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), 2007 (96) Australie	<p>Les trois stratégies thérapeutiques de première intention suivantes sont conseillées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TNS ; - Varénicline ; - Bupropion. <p>Pour les groupes particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la varénicline est indiquée dans le cas de maladies rénales sévères et de maladies hépatiques ; ○ le bupropion est indiqué dans le cas de maladies cardio-vasculaires, de BPCO, de dépression, de schizophrénie, d'addiction, de contre-indications ; ○ le TNS est indiqué pour tous les groupes particuliers.
US Department of Health and Human Services, 2008 (93) États-Unis	<p>De nombreux traitements médicamenteux efficaces sont disponibles pour traiter la dépendance au tabac, et les cliniciens devraient encourager leur utilisation par tous les patients qui tentent d'arrêter de fumer, sauf en cas de contre-indication ou avec des populations spécifiques pour lesquelles il y a des preuves insuffisantes d'efficacité (c'est-à-dire femmes enceintes, utilisateurs de tabac sans fumée, petits fumeurs et adolescents).</p> <ul style="list-style-type: none"> • sept médicaments de première ligne (5 nicotiniques et 2 non nicotiniques) augmentent de façon fiable les taux d'abstinence à long terme : <ul style="list-style-type: none"> - les gommes, - les inhalateurs, - les pastilles, - les sprays, - les patchs, - bupropion LP, - varénicline. • les cliniciens devraient aussi considérer l'utilisation de certaines combinaisons de traitements identifiées comme efficaces dans cette recommandation. <p>Combinaison du <i>counselling</i> et des médicaments</p> <p>La combinaison du <i>counselling</i> et de la prise de médicament est plus efficace pour l'arrêt du tabac que la prise de médica-</p>

Auteur, pays	Recommandations
	<p>ments seule ou le <i>counselling</i> seul. Donc, à chaque fois que cela est possible ou approprié, les deux, <i>counselling</i> et médicaments, devraient être proposés aux patients qui essaient d'arrêter de fumer (Grade A).</p> <p>Il y a une relation forte entre le nombre de séances de conseils, quand elles sont combinées avec la prise de médicaments, et la possibilité d'un arrêt de la consommation du tabac. Donc, dans la mesure du possible, les cliniciens devraient proposer plusieurs séances de conseils, en plus de la prise de médicaments, à leurs patients qui essaient d'arrêter de fumer (Grade A).</p> <p>Preuves sur les médicaments Les cliniciens devraient encourager tous les patients qui tentent d'arrêter d'utiliser des médicaments efficaces dans le cadre d'un traitement de la dépendance au tabac, sauf dans le cas de contre-indication ou pour des populations spécifiques pour lesquelles il y a un manque de preuve d'efficacité (par exemple : les femmes enceintes, les consommateurs de tabac sans fumée, les petits fumeurs et les adolescents) (Grade A).</p> <p>Bupropion LP Le bupropion LP est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade A).</p> <p>Les traitements nicotiniques de substitution (TNS) La gomme à la nicotine est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade A). Les cliniciens devraient proposer 4 mg plutôt que 2 mg de gomme de nicotine aux fumeurs très dépendants (Grade B). L'inhalateur de nicotine est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade A). La pastille de nicotine est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade B). Le spray nasal de nicotine est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade A). Le patch de nicotine est un traitement efficace pour arrêter de fumer, les patients devant être encouragés à l'utiliser (Grade A).</p> <p>Varénicline La varénicline est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade</p>

Auteur, pays	Recommandations
	<p>A).</p> <p>Clonidine La clonidine est un traitement efficace pour arrêter de fumer. Ce médicament peut être utilisé sous la supervision d'un médecin comme un agent de seconde ligne pour traiter la dépendance au tabac (Grade A).</p> <p>Nortriptyline La nortriptyline est un traitement efficace pour arrêter de fumer. Ce médicament peut être utilisé sous la supervision d'un médecin comme un agent de seconde ligne pour traiter la dépendance au tabac (Grade A).</p> <p>Combinaison de médicaments Certaines combinaisons de médicaments de première intention sont efficaces pour arrêter de fumer. Donc, les cliniciens doivent considérer l'utilisation de ces combinaisons de médicaments pour leurs patients disposés à arrêter de fumer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le patch de nicotine à long terme (>14 mois) + d'autres TNS (gomme et spray) ; ○ le patch de nicotine + l'inhalateur de nicotine ; ○ le patch de nicotine + bupropion LP (Grade A). <p>Utilisation de médicaments vendus sans ordonnance La thérapie par patch de nicotine vendu sans ordonnance est plus efficace qu'un placebo, et son utilisation doit être encouragée (Grade B).</p>
<p>US Preventive Services Task Force, 2010 (95) États-Unis</p>	<p>En ce qui concerne la pharmacothérapie chez l'adulte, la combinaison d'une thérapie intégrant du <i>counselling</i> et des médicaments est plus efficace que le <i>counselling</i> seul ou la prise de médicaments seule. La pharmacothérapie approuvée par la FDA inclut les TNS, le bupropion (forme à libération prolongée) et la varénicline.</p>
<p>KCE, 2004 (146) Belgique</p>	<p>TNS Les TNS sont efficaces ; ils permettent à 1 fumeur sur 14 traités de se désaccoutumer. L'effet des TNS varie en fonction de la motivation des utilisateurs et du niveau de dépendance à la nicotine. Il n'existe aucune différence significative entre les formes de TNS. Les TNS doivent faire partie d'un soutien psychologique. S'il n'y a guère de soutien ou si le soutien n'est pas très intense, les taux de sevrage sont inférieurs.</p> <p>Combinaison de traitements nicotiques de substitution Les preuves permettant de conclure que les combinaisons de différentes applications de TNS améliorent l'efficacité du traite-</p>

Auteur, pays	Recommandations
	<p>ment sont insuffisantes.</p> <p>Comparaison avec bupropion Les TNS sont moins efficaces que le bupropion. Les TNS associés au bupropion sont plus efficaces que les TNS seuls, mais pas que le bupropion seul.</p> <p>Posologie TNS - Le dosage du TNS doit être plus élevé chez les fumeurs présentant une forte dépendance. Bien qu'aucune preuve ne permette de démontrer une amélioration des résultats par une réduction progressive du traitement, la plupart des fabricants conseillent de ne pas l'interrompre brutalement. - Il n'est pas conseillé de suivre un TNS pendant plus de 3 mois.</p> <p>Effets indésirables TNS Les effets secondaires sont locaux bénins et réversibles. Les effets secondaires généraux (vertiges, insomnies) sont principalement dus aux symptômes de manque de nicotine. Les effets secondaires typiques sont l'irritation de la bouche et de la gorge (gomme, inhalateur, pastilles à sucer, pastilles sublinguales), l'irritation de la peau (patches), l'épistaxis, la rhinite et l'éternuement (spray nasal, inhalateur). La plupart des effets secondaires dépendent de la dose appliquée.</p> <p>Contre-indications TNS Le TNS est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à la nicotine, de maladies cardio-vasculaires récentes (accident vasculaire cérébral, infarctus, angine de poitrine qui s'aggrave) et de tension artérielle (très) élevée.</p> <p>Bupropion Le bupropion est efficace. Douze fumeurs voulant arrêter doivent être traités pour obtenir un abstiné supplémentaire. La posologie de départ est de 150 mg par jour, pour une durée de 6 à 8 semaines. Le maximum par jour est 2x150 mg, bien qu'il n'y ait pas de preuve d'un effet augmenté d'une dose plus forte. Organiser l'arrêt du tabac 7 à 14 jours après le début du traitement. Deux doses quotidiennes de 150 mg ne sont pas plus efficaces qu'une seule dose. Le bupropion semble être plus efficace que les TNS, mais ce résultat est tiré d'une seule comparaison dans un essai restreint : la marge d'erreur est grande. Le bupropion associé à un TNS n'est pas plus efficace que le bupropion seul. Les effets secondaires désagréables sont l'insomnie et la bouche sèche. On rencontre de rares convulsions chez les personnes à haut risque et en cas de doses supérieures de bupropion. Le risque de convulsions est estimé à 1 pour 1 000, avec une dose de maximum 300 mg par jour dans une formule à libération lente. Compte tenu de la courte expérience du bupro-</p>

Auteur, pays	Recommandations
	<p>pion, il convient d'être attentif à ses effets secondaires. Le bupropion est contre-indiqué chez les patients de <18 ans, pendant la grossesse ou l'allaitement ou pour les personnes souffrant d'épilepsie ou ayant des antécédents de convulsion.</p> <p>Nortriptyline La nortriptyline était efficace dans une étude de 2003. Neuf fumeurs souhaitant arrêter de fumer ont été traités à la nortriptyline, et ce, pour un abstinent supplémentaire. Une étude a comparé le bupropion à la nortriptyline. Cet essai a révélé que le bupropion était plus efficace, sans que la différence soit statistiquement significative. La dose recommandée va de 75 à 150 mg. Le profil des effets secondaires non désirables de la nortriptyline est nettement plus favorable que celui du bupropion. Dans des études sur les patients dépressifs, la nortriptyline provoquait parfois des problèmes de sédation, de constipation, de rétention urinaire et des troubles cardiaques. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour définir la place de la nortriptyline dans le traitement du sevrage tabagique. La nortriptyline n'avait pas été testée chez les adolescents, les femmes enceintes ou les personnes âgées (âge>65 ans) ou chez les patients atteints de maladies cardio-vasculaires.</p> <p>Clonidine Les effets secondaires non désirables rendent la clonidine impropre au traitement de première intention du sevrage tabagique. Elle peut être utilisée lorsque les symptômes de manque sont très intenses ou en cas de toxicomanie multiple. La dose recommandée est de 0.10 mg deux fois par jour, ou bien oralement ou par timbre transdermique, jusqu'à un maximum de 0.40 mg par jour. Idéalement, la thérapie devrait débuter 48 à 72 heures avant la date d'arrêt. Cependant, comme traitement de seconde intention, il peut débuter après l'arrêt si d'autres stratégies ont échoué. Le traitement ne doit pas continuer au-delà de 3 à 4 semaines après l'arrêt, parce que la clonidine supprime les symptômes de manque, qui durent environ cette période. Diminuer progressivement les doses sur plusieurs jours est recommandé pour éviter un rebond d'hypertension et une hypoglycémie chez les patients diabétiques.</p> <p>Sélégiline Ce médicament n'est pas recommandé en raison du nombre limité de preuves et des effets secondaires.</p> <p>Mécamylamine Ce médicament n'est pas recommandé en raison du nombre limité de preuves.</p> <p>Naltrexone Ce médicament, ou d'autre antagoniste d'opiacé, n'est pas recommandé en raison de l'absence de preuve d'efficacité.</p>

Auteur, pays	Recommandations
	<p>Thérapie aversive En raison de données insuffisantes, l'utilisation de la thérapie d'aversion ne peut être recommandée dans la lutte contre le tabagisme.</p> <p>Exercices physiques En raison de données insuffisantes, l'utilisation de la cure d'exercices physiques ne peut être recommandée dans la lutte contre le tabagisme.</p> <p>Hypnothérapie Aucune donnée ne vient appuyer l'utilisation de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique.</p> <p>Acupuncture Aucune donnée ne vient appuyer l'utilisation de l'acupuncture pour le sevrage tabagique.</p> <p>Clonidine Les effets secondaires non désirables rendent la clonidine impropre au traitement de première intention du sevrage tabagique. Elle peut être utilisée lorsque les symptômes de manque sont très intenses ou en cas de toxicomanie multiple. La dose recommandée est de 0.10 mg deux fois par jour, ou bien oralement ou par timbre transdermique, jusqu'à un maximum de 0.40 mg par jour. Idéalement, la thérapie devrait débuter 48 à 72 heures avant la date d'arrêt. Cependant, comme traitement de seconde intention, il peut débuter après l'arrêt si d'autres stratégies ont échoué. Le traitement ne doit pas continuer au-delà de 3 à 4 semaines après l'arrêt, parce que la clonidine supprime les symptômes de manque, qui durent environ cette période. Diminuer progressivement les doses sur plusieurs jours est recommandé pour éviter un rebond d'hypertension et une hypoglycémie chez les patients diabétiques.</p> <p>Sélégiline Ce médicament n'est pas recommandé en raison du nombre limité de preuves et des effets secondaires.</p>

► Conclusion sur les traitements médicamenteux

Les seuls traitements ayant montré une efficacité sont les TNS, la varénicline et le bupropion (niveau de preuve 2).

Les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo (niveau de preuve 2). Les TNS augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 % (niveau de preuve 2). Les TNS ne présentent pas d'effet indésirable majeur.

Les données épidémiologiques suggèrent que les TNS auraient un impact faible s'ils étaient utilisés isolément. En effet, si l'on considère que les taux de réussite de l'arrêt du tabac dans une population sans aucun traitement sont compris entre 3 et 5 %, comme cela a été suggéré par les études (160), l'utilisation de TNS pourrait augmenter ces taux de 2 à 3 %. Ces traitements ne présentent pas d'effet indésirable grave identifié.

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'est pas supérieure aux TNS, notamment aux patchs nicotiniques et à une combinaison de différentes formes de TNS (niveau de preuve 2).

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).

La varénicline et le bupropion présentent des effets indésirables graves qui limitent leur balance bénéfice/risque (niveau de preuve 2).

Les autres médicaments ayant fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac ne bénéficient pas suffisamment de données sur la preuve de leur efficacité et/ou de leur innocuité :

- Rimonabant : preuves limitées (deux études) d'une efficacité modeste, pas de preuve d'un rapport bénéfice/risque favorable ;
- Clonidine : pas de preuve suffisante d'un rapport bénéfice/risque favorable ;
- Cytisine : preuves limitées (deux études) d'une efficacité modeste, pas de preuve d'un rapport bénéfice/risque favorable ;
- Lobéline : pas de preuve d'efficacité ;
- médicaments anxiolytiques (buspirone, diazépam, doxépine, méprobamate, ondansétron, bêtabloquants : métoprolol, oxprénolol et propranolol) : pas de preuve d'efficacité ;
- antagonistes et agonistes partiels des opiacés : pas de preuve d'efficacité ;
- Mécamylamine : pas de preuve d'efficacité ;
- Nicobrevin : pas de preuve d'efficacité.

Les données épidémiologiques suggèrent que les traitements médicamenteux auraient un impact faible s'ils étaient utilisés isolément. Les traitements médicamenteux sont une aide dans le sevrage mais ils ne doivent pas constituer à eux seuls le traitement de l'aide à l'arrêt du tabac.

► Avis du groupe de travail

TNS

Comme le montre la littérature, le groupe de travail est d'accord sur le fait que les TNS sont une aide pour soulager les symptômes de sevrage et éviter la rechute chez les patients les plus dépendants mais qu'ils ne doivent pas constituer à eux seuls le traitement de l'aide à l'arrêt du tabac. Le groupe de travail est en accord avec les recommandations internationales qui préconisent l'utilisation des TNS en première intention, dans le cadre d'un accompagnement par

un professionnel de santé. Ces médicaments ne sont pleinement efficaces que s'ils sont prescrits suffisamment longtemps, à un dosage adapté au patient et que les modes d'utilisation et les effets indésirables éventuels sont bien expliqués au patient.

Varénicline et bupropion

Au regard des données actuelles contradictoires sur la balance bénéfice/risque, l'observation d'effets indésirables graves, en particulier ceux en relation avec le suicide et l'état dépressif, et en l'absence d'une réévaluation du rapport bénéfice/risque de ces médicaments dans le contexte des alternatives thérapeutiques, notamment les TNS, le groupe de travail recommande de réserver la varénicline et le bupropion en dernière intention pour des cas particuliers. Ce médicament nécessite une surveillance étroite des patients en raison de ses effets indésirables potentiels, ainsi qu'une surveillance renforcée lors de l'arrêt du traitement.

Consensus avec les données de la littérature pour le reste.

5.1.2 Interventions non médicamenteuses

► Données de la littérature

Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel, développé par deux psychologues américains William Miller et Stephen Rollnick au cours des années 1980 (190), se définit comme une approche relationnelle guidée et centrée sur le patient, dont le but est de susciter ou renforcer la motivation au changement.

L'entretien motivationnel se fonde sur l'idée qu'une personne n'arrivera à des changements que si la motivation vient de la personne elle-même.

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

La pratique de l'entretien motivationnel suit quatre principes structurants : 1) éviter le réflexe correcteur ; 2) explorer et comprendre les motivations propres du patient ; 3) écouter avec empathie ; 4) encourager l'espoir et l'optimisme et renforcer le patient.

Dans un article publié en 2009 (191), Miller et Rollnick rappellent ce qu'est l'entretien motivationnel. L'entretien motivationnel est une approche centrée sur la personne, dirigée vers un but. C'est une méthode de conseil pour résoudre l'ambivalence et pour promouvoir un changement positif en suscitant et en renforçant les motivations de la personne en faveur du changement. Ainsi, il ne s'agit pas d'instiller à la personne ce qu'elle n'a pas. Il s'agit de trouver chez la personne les ressources qu'elle a déjà. Le message n'est pas : « J'ai ce qu'il vous faut et je vais vous le donner », le message est : « Vous avez ce qu'il vous faut et ensemble, nous allons le trouver ». Cet article présente en fait en 10 points ce que l'entretien motivationnel (EM) n'est pas :

1. L'EM n'est pas basée sur le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente.
2. L'EM n'est pas un truc.
3. L'EM n'est pas une technique.
4. L'EM n'est pas une balance décisionnelle.
5. L'EM n'est pas un mode de compte-rendu d'évaluation (feed-back).
6. L'EM n'est pas une forme de thérapie cognitivo-comportementale.
7. L'EM n'est pas facile.
8. L'EM n'est pas ce que vous êtes déjà en train de faire.
9. L'EM n'est pas une panacée.
10. L'EM ne suffit pas.

Depuis le mois de mai 2012, l'INPES fournit aux médecins généralistes une fiche d'information et de repères sur l'entretien motivationnel (Cf. Annexe : <http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/essentiels/1205-tabac.pdf>).

Données de la littérature

La revue systématique de Lai *et al.* en 2010 (192) (Cf. Tableau 37) a évalué l'efficacité de l'entretien motivationnel pour promouvoir l'arrêt du tabac. Quatorze études (12 études américaines, 1 étude anglaise et 1 étude espagnole) étaient analysées dans cette revue de la littérature. Dans ces études, l'entretien motivationnel (ou ses variantes) était comparé à un conseil court ou un traitement classique. Les interventions étaient mises en œuvre soit par des médecins, soit par des cliniciens hospitaliers, des infirmières ou des conseillers.

Dans le cadre d'une méta-analyse, l'entretien motivationnel, comparativement au conseil bref, était associé à une augmentation significative de l'arrêt du tabac (RR=1,27; IC 95 %=[1,14-1,42]).

Des analyses en sous-groupe ont été réalisées par type de thérapeutes, durée de séances, nombre de séances, nombre de sessions de suivi. Ces analyses en sous-groupe suggéraient que

l'entretien motivationnel était plus efficace quand il était dispensé par des médecins ($RR=3,49$, $IC95\%=[1,53-7,94]$ ou des conseillers ($RR=1,27$, $IC95\%=[1,12-1,43]$), et quand les séances étaient plus longues (plus de 20 minutes par séance) ($RR=1,31$, $IC95\%=[1,16-1,49]$). Les interventions sous forme d'une séance apparaissent presque aussi efficaces que des interventions sous forme de plusieurs sessions. Des analyses en fonction du nombre d'appels téléphoniques de suivi suggéraient une relation inverse entre l'efficacité et le nombre d'appels de suivi. Les résultats doivent être interprétés avec prudence à cause des disparités des études (les interventions étant toutes des variantes de l'entretien motivationnel) et d'un biais de publication.

Conclusion : l'entretien motivationnel augmente la probabilité de l'arrêt du tabagisme, plus encore que le conseil bref d'arrêt. Les séances longues (plus de 20 minutes) sont plus efficaces que des séances plus courtes (niveau de preuve 2).

Tableau 37. Entretien motivationnel. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Lai et al., 2010 (192) Niveau de preuve = 2	Revue systématique et méta-analyse Cochrane	Évaluer l'efficacité de l'entretien motivationnel pour arrêter de fumer	<p>Essais contrôlés randomisés.</p> <p>Groupes de comparaisons : conseil court ou traitement usuel</p> <p>Recherche jusqu'en Avril 2009.</p> <p>Bases de données : Tobacco Addiction Review Group's specialised register. MEDLINE, EMBASE, PsycINFO and Web of Science, MINT database.</p> <p>Fumeurs excepté les femmes enceintes fumeuses et les adolescents fumeurs</p>	<p>Abstinence mesurée au moins 6 mois après le début du traitement</p> <p>Toutes mesures de l'abstinence (auto-rapportée, mesures biologiques)</p>	<p>14 études (12 États-Unis, 1 Royaume-Uni, 1 Espagne),</p> <p>Entretien motivationnel versus conseil bref ou intervention usuelle : (14 études, n=10538)</p> <p>l'entretien motivationnel, comparativement au conseil bref, était associé à une augmentation significative de l'arrêt du tabac (RR=1,27 ; IC 95 % [1,14-1,42])</p> <p>Analyse par sous-groupes :</p> <p>En fonction des thérapeutes : médecins (2 études, n=736) : RR=3,49 IC95 % [1,53-7,94], infirmières (4 études, n=2038) : RR=1,23 IC95 % [0,90-1,66], conseillers (9 études, n=7546) : RR=1,27 IC95 % [1,12-1,43].</p> <p>En fonction de la durée des séances : moins de 20 minutes (5 études, n=1809) : RR=1,14 IC95 % [0,80-1,63] ; plus de 20 minutes (5 études, n=7381) : RR=1,31 IC95 % [1,16-1,49].</p> <p>Effet significatif des séances de plus de</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>20 minutes, mais pas pour les séances plus courtes.</p> <p>En fonction du nombre de séances Une seule séance : (10 études, n=9407) : RR=1,24 IC95 % [1,11-1,40] ; Plusieurs séances : (4 études, n=1131) : RR=1,69 IC95 % [1,09-2,60].</p> <p>En fonction du nombre d'appels téléphoniques de suivi : Pas d'appel de suivi (3 études, n=1119) : RR=2,19 IC95 % [1,23-3,92] ; Un à deux appels (3 études, n=876) : RR=1,77 IC95 % [1,08-2,90] ; Trois appels ou plus (7 études, n=8268) : RR=1,22 IC95 % [1,08-1,37].</p> <p>Les résultats doivent être interprétés avec prudence à cause des disparités des études et d'un possible biais de publication (objectivée à l'aide d'un <i>funnel plot</i> (graphe en entonnoir)).</p>

Matériel d'auto-support

Les techniques d'auto-support sont basées sur l'utilisation d'outils structurés qui peuvent aider le fumeur à faire une tentative d'arrêt ou maintenir son abstinence sans l'aide de professionnels de santé, de conseillers ou du soutien d'un groupe. Ces outils comprennent tout manuel ou programme structuré, dans un format écrit ou vidéo, via des documents papier, le téléphone ou Internet.

La revue systématique de Lancaster *et al.* en 2009 (193) (Cf. Tableau 38) a évalué l'efficacité des différents outils d'auto-support, d'outils complémentaires aux outils d'auto-support et d'approches sur mesure. Les interventions d'auto-support correspondent à un programme structuré, sans contact intensif avec un thérapeute, pour les fumeurs essayant d'arrêter de fumer. Les interventions d'auto-support considérées étaient des manuels ou programmes utilisés par les fumeurs pour les aider dans leur tentative d'arrêt sans l'aide d'un professionnel, d'un conseiller ou dans le cadre d'un groupe de soutien. Ces outils étaient des supports écrits, des enregistrements audio ou vidéo ou des programmes informatiques. Les outils pouvaient être destinés à des fumeurs en général, des groupes spécifiques de fumeurs (selon l'âge, les groupes ethniques) ou être adaptés aux caractéristiques individuelles des fumeurs. Les dépliants concernant les effets du tabagisme sur la santé n'étaient pas considérés comme des outils d'auto-support. Les interventions avec un contact face à face minimal ayant pour but de fournir un matériel d'auto-support étaient considérées comme des outils d'auto-support. Quand le face à face incluait une discussion sur le contenu du programme, cette intervention était considérée comme un conseil court complémentaire à des outils d'auto-support. Soixante-huit essais répondaient aux critères d'inclusion de cette revue de la littérature. Trente-quatre essais ont comparé des documents d'auto-support à une absence d'intervention ou avaient testé des documents en plus de conseil. **Les 12 essais dans lesquels les documents d'auto-support étaient comparés à une absence d'intervention montraient un effet global statistiquement significatif** ($n=15\,711$, $RR=1,21$ IC 95 % [1,05-1,39]). Il y avait 25 essais qui utilisaient des documents adaptés aux caractéristiques de chaque fumeur, et pour lesquels une méta-analyse rapportait un bénéfice en faveur des documents sur mesure ($n=28\,189$, $RR=1,31$ IC 95 % [1,20-1,42]). **Il n'y avait pas de preuve d'un bénéfice supplémentaire quand ces outils étaient utilisés en plus d'autres interventions telles que les conseils en face à face d'un professionnel de santé, ou un traitement nicotinique de substitution.** Une limite importante est que cette étude ne faisait pas de comparaison directe entre des documents d'auto-support et des traitements nicotiniques de substitution ni entre des documents d'auto-support et le conseil bref du praticien, de sorte que **cette étude ne permettait pas d'évaluer l'éventuelle supériorité des documents d'auto-support sur ces deux types de traitements.**

La revue de littérature de Naughton *et al.* en 2008 (194) (Cf. Tableau 38) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des techniques d'auto-support dans le cadre du sevrage tabagique chez des femmes enceintes. Les contacts entre les fumeuses et un professionnel pour présenter l'intervention et les outils utilisés étaient acceptés dans les études retenues. Les interventions étaient considérées comme intensives si elles étaient sur-mesure et interactives. Le taux d'arrêt médian des femmes ayant bénéficié d'un traitement standard (« *usual care* » non défini) et des femmes ayant bénéficié de techniques d'auto-support était respectivement de 4,9 % et 13,2 %. Une méta-analyse à partir de 12 essais comparant le traitement standard avec une technique d'auto-support rapportait une augmentation significative de la probabilité d'abstinence chez les femmes fumeuses ayant utilisé des techniques d'auto-support ($OR=1,83$, IC95 %=[1,23-2,73]) : cela équivalait à une différence absolue entre les groupes d'environ 5 %. Une méta-analyse comparant le traitement standard à l'utilisation de livrets d'auto-support rapportait une augmentation significative de la probabilité d'abstinence chez les femmes fumeuses ayant utilisé des livrets d'auto-support ($OR=1,67$, IC95 %=[1,14-2,44]). Une méta-analyse comparant les interventions d'auto-support associées à un conseil bref et des conseils plus long n'a pas rapporté de différence significative entre les deux groupes ($OR=1,47$, IC95 %=[0,71-3,06]). Une méta-

analyse à partir de 7 essais n'a pas mis en évidence d'augmentation de l'abstinence par des techniques plus intensives d'auto-support comparativement à des techniques de faible intensité (OR=1,25, IC95 %=[0,81-1,64]). **Cette étude suggérait que les interventions d'auto-support étaient plus efficaces que les traitements standards.**

Conclusion : les outils d'auto-support sont plus efficaces que l'absence d'intervention pour l'aide à l'arrêt du tabac, mais ne semblent pas supérieurs au conseil bref d'un professionnel de santé. Ces techniques peuvent être utiles pour les patients qui souhaitent arrêter de fumer mais qui ne souhaitent pas être pris en charge par un professionnel de santé (niveau de preuve 1).

Situation en France

Le ministère chargé de la Santé et l'INPES ont développé un dispositif permanent pour accompagner et soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt : Tabac Info Service.

- Par téléphone

Une ligne d'aide à l'arrêt est à disposition du public : le 3989 (Tabac Info Service, 0,15 €/minute, service ouvert de 9h à 20h du lundi au samedi). 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. Ce service accompagne aussi les professionnels de santé dans l'amélioration de leur offre de soins par la fourniture de documentation et par un partage de leurs expériences en matière de prise en charge de la dépendance tabagique.

- Sur Internet

En complément de la ligne d'aide à l'arrêt, l'INPES a lancé un site Internet dédié à l'arrêt du tabac : tabac-info-service.fr, dont l'objet est de permettre aux internautes d'accéder à un accompagnement personnalisé dans leur démarche d'arrêt ou celle de leurs proches. On y trouve notamment : 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.

Ce site fournit du matériel d'auto-support (y compris du *coaching* par Internet) destiné aux usagers et des outils destinés aux professionnels de santé.

Les contenus du site actuels ont été rédigés dans le respect des recommandations de bonne pratique éditées par l'ANAES en 1998, par l'Afssaps en 2003 et par la Haute Autorité de Santé en 2004 et 2007. Le site est amené à être actualisé en fonction des nouvelles recommandations de la HAS.

Tableau 38. Interventions d'auto-support. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
<p>Naughton et al., 2008 (194)</p> <p>Niveau de preuve=2</p>	<p>Revue de la littérature.</p> <p>Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés et quasi-randomisés.</p>	<p>Évaluer l'efficacité de techniques d'auto-support chez les femmes enceintes fumeuses comparativement au traitement standard.</p> <p>Évaluer l'efficacité des techniques intensives d'auto-support comparativement aux techniques d'auto-support de faible intensité.</p>	<p>Base de données : EMBASE, MEDLINE PsycINFO, CENTRAL.</p> <p>Essais qui isolaient l'effet des techniques d'auto-support (essais sans <i>counselling</i> d'arrêt du tabac).</p> <p>Groupes de comparaisons : traitement standard (« <i>usual care</i> », non défini).</p> <p>Technique d'auto-support de faible intensité.</p> <p>Date de la recherche : février 2006.</p> <p>Fumeuses enceintes âgées de 16 ans ou plus.</p>	<p>Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement après le commencement de l'intervention (entre 6 semaines et 28 semaines).</p>	<p>15 essais inclus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Technique d'auto-support versus traitement standard : 12 essais, (n=4721), OR=1,83 [1,23-2,73]. Taux d'arrêt médian (groupe avec de techniques d'auto-support 13,2 % versus groupes traitement standard : 4,9 %). ▸ Livrets d'auto-support versus traitement standard : 11 essais, (n=4665), OR=1,67 [1,14-2,44]. ▸ Absence de contact ou contact bref (≤5 minutes) versus traitement standard : 5 essais, n=2483, OR=1,49, IC95 % = [0,85-2,62]. ▸ Contact plus long (>5 minutes) versus traitement standard : OR=2,19, n=2148, IC95 % = [1,37-3,48]. ▸ Absence de contact ou contact bref (≤5 minutes) versus contact plus long (>5 minutes) : OR=1,47, IC95 % = [0,71-3,06]. ▸ Techniques intensives d'auto-support versus techniques d'auto-support d'intensité faible : 7 essais (n=1487), OR=1,25 [0,81-1,94]. ▸ Interventions d'auto-support standard versus interventions d'auto-

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>support adaptées aux caractéristiques des participants : 3 essais, (n=916), OR=0,95 IC95 % [0,60-1,48]).</p> <p>Limites de cette méta-analyse : les auteurs de cette méta-analyse ont rapporté que seuls 5 essais sur les 15 étaient de bonne qualité. Un <i>funnel plot</i> est mentionné dans le texte de l'article mais ne figurait pas dans l'article : les auteurs rapportaient que ce <i>funnel plot</i> suggérait un biais de publication. Le nombre d'essais et les effectifs associés aux différentes méta-analyses n'étaient pas toujours fournis dans l'article.</p>
Lancaster et Stead, 2005 (193) Niveau de preuve=1	Revue systématique Cochrane méta-analyse	Évaluer l'efficacité : - des différentes formes de documents d'auto-support ; - de traitements d'appoints aux documents d'auto-support, tels que des retours générés par ordinateur, les lignes d'assistance téléphonique et la pharmacothérapie ; - d'approches adaptées à l'individu.	ECR où au moins un des deux bras testait une intervention d'auto-support avec un suivi d'au moins 6 mois Groupes de comparaisons : aucun traitement, stratégies de contact minimal, Recherche jusqu'en novembre 2008.	Abstinence à 6 mois minimum : Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement Abstinence continue Toutes mesures de l'abstinence (auto-rapportée, mesures biologiques)	68 essais ▶ Outils d'auto-support versus pas de traitement : 12 études, n=14787, RR=1,21, IC95 % = [1,05-1,39]. ▶ Outils d'auto-support + contact avec professionnel + autres intervention versus pas d'auto-support + contact avec une professionnelle + autre intervention : 32 études, n=30644, RR=1,08, IC95 % = [0,99-1,17]. ▶ Outils d'auto-support + conseils brefs versus conseils brefs seulement : 8 études, n=3581, RR=0,92, IC95 % = [0,73-1,16].

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>Bases de données : registre des essais Cochrane tobacco addiction group,, MEDLINE, EMBASE, OVID.</p> <p>Tout type de fumeurs excepté les femmes enceintes fumeuses et les adolescents fumeurs.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▸ Outils d'auto-support et conseils brefs versus conseils brefs + dépliant : 3 études, n=1784, RR=1,13, IC95 % = [0,79-1,60]. ▸ Outils d'auto-support + TNS versus TNS : 4 études, n=2291, RR=1,05, IC95 % = [0,88-1,25]. ▸ Programme d'auto-support sur mesure versus absence d'intervention : 7 études, n=10872, RR=1,36, IC95 % = [1,19-1,55]. <p>Cette revue de la littérature a rapporté un bénéfice significatif mais relativement faible des documents d'auto-support adapté au profil d'un fumeur, comparativement à l'absence d'interventions ou à des outils d'auto-support non adapté.</p>

Méthodes d'accompagnement psychologique

Thérapies cognitives et comportementales individuelles ou en groupe

Dans son article sur les modèles cognitivo-comportementaux des addictions, Aubin (195) présentait les principales techniques cognitivo-comportementales et leurs avantages dans les cas des addictions. Les principales techniques cognitivo-comportementales du traitement des conduites addictives sont l'entraînement aux compétences de *coping*, l'exposition au stimulus, le renforcement communautaire, la gestion des contingences.

L'auteur a rapporté un certain nombre de caractéristiques intéressantes des thérapies cognitivo-comportementales qui avaient déjà été soulignées par d'autres auteurs :

- les thérapies cognitivo-comportementales s'adaptent facilement aux besoins individuels des patients, qu'il s'agisse de la nature de leurs problèmes, de leurs objectifs thérapeutiques ou même de leur maturation motivationnelle ;
- elles sont facilement acceptables par les patients, dans la mesure où le thérapeute évite d'étiqueter son patient avec des termes péjoratifs, souvent difficiles à entendre. Le style relationnel, collaboratif, invitant le patient à donner son point de vue ainsi que sa propre expertise, est valorisant et permet ainsi une meilleure implication dans le processus thérapeutique ;
- les thérapies cognitivo-comportementales sont adossées à des thérapies psychologiques à caractère scientifique ;
- en corollaire, le thérapeute propose une approche scientifique du traitement ; par exemple, il propose de vérifier régulièrement ses hypothèses à travers l'évaluation de la modification du comportement ;
- les objectifs sont clairement définis, de même que les moyens de les évaluer ; l'évaluation régulière des progrès permet d'ajuster au fur et à mesure le traitement ;
- ces thérapies mettent l'accent sur le renforcement de l'efficacité personnelle ; le thérapeute s'efforçant d'augmenter la confiance en soi des patients ;
- l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans les conduites addictives a régulièrement été confirmée par des études comparatives de caractère scientifique.

Les avantages supplémentaires identifiés par Aubin (195) sont les suivants : les thérapies cognitivo-comportementales sont souples, leur permettant d'être associées à d'autres approches comme par exemple, les thérapies familiales ou la pharmacothérapie. Elles peuvent être utilisées dans différents environnements thérapeutiques, que ce soit dans le cadre de consultations ambulatoires, d'hospitalisation de jour, d'hospitalisation de court séjour ou de soins de suite. Enfin, les techniques comportementales sont identiques quelles que soient les substances en cause dans la conduite addictive. Ainsi, une équipe possédant ces techniques cognitivo-comportementales pourra les appliquer indifféremment aux différents types de patients qu'elle pourra accueillir dans le champ des addictions. Ces techniques peuvent être utilisées dans le cadre de thérapie individuelle ou de groupe. Dans ce dernier cas, il est possible d'associer dans le même groupe thérapeutique des patients ambulatoires et des patients hospitalisés ayant des problèmes avec des substances différentes.

La revue systématique de Stead *et al.* en 2005 (196) (Cf. Tableau 39) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions comportementales en groupe pour le sevrage tabagique. Les interventions considérées comportaient un minimum de deux réunions de groupe et un suivi de la consommation du tabac au moins six mois après le début du programme. Cinquante-trois essais étaient inclus dans cette revue de la littérature. Treize essais comparaient un programme de groupe à un programme d'auto-assistance : une méta-analyse a rapporté une augmentation significative de l'abstinence en faveur des programmes de groupe $RR=1,93$ $IC95\%=[1,60-2,46]$. L'hétérogénéité des études comparant la thérapie de groupe à une absence de programme n'a pas permis l'estimation d'un effet global à l'aide d'une méta-analyse. Il n'y avait pas de preuve de la supériorité des séances en groupe sur les séances individuelles de conseil intensif, en termes

d'efficacité. L'addition d'une thérapie de groupe à d'autres formes de traitement, telles que les conseils d'un professionnel de santé ou un traitement nicotinique de substitution, n'ont pas montré de bénéfice supplémentaire.

Il n'y avait pas de preuve que les programmes qui comprenaient des composantes particulières destinées à augmenter les compétences cognitives et comportementales étaient plus efficaces que les programmes sans ces composantes.

Conclusion : la thérapie comportementale de groupe est plus efficace que le matériel d'auto-support et d'autres interventions moins intensives pour l'arrêt du tabagisme (niveau de preuve 1).

Tableau 39. Programme de thérapie comportementale pour le sevrage tabagique. Revue systématique de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Stead et Lancaster, 2005 (196) niveau de preuve = 1	Revue systématique Cochrane méta-analyse	Déterminer les effets des programmes de sevrage tabagique dans un format de groupe comparativement à la délivrance de matériels d'auto-support ou à l'absence d'intervention. Comparer l'efficacité de la thérapie de groupe et des séances individuelles. Déterminer l'effet de l'apport de la thérapie de groupe au conseil du professionnel de santé ou au traitement de substitution nicotinique. Déterminer si des composantes spécifiques augmentaient la thérapie de	Bases de données : Registre spécialisé du groupe Cochrane sur le tabagisme. CENTRAL MEDLINE, PsycINFO, Essais issus de l'US Public Health Service Clinical Practice Guidelines on smoking cessation. Recherche la plus récente : juillet 2008 Groupes de comparaisons ECR qui comparaient la thérapie de groupe avec du matériel d'auto-support ; des séances individuelles de	Abstinence à 6 mois ou plus du fumeur après le début de l'intervention : abstinence continue prévalence de l'abstinence	53 études retenues. 34 études comparaient un programme de groupe avec une absence d'intervention : - thérapie en groupe versus programme d'auto-support ; - thérapie en groupe versus thérapie individuelle ; - thérapie en groupe versus conseil d'un médecin ou d'une infirmière ; - thérapie en groupe versus éducation à la santé ; - thérapie en groupe + TNS versus TNS + soutien bref ; - thérapie en groupe + versus absence d'intervention. Les 19 autres études permettaient la comparaison de différents programmes en groupe (mais ne permettaient pas de comparaison avec une intervention non basée sur un groupe). Formation à de nouvelles compétences Contrôle de l'humeur

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		groupe. Déterminer à quelle fréquence les thérapies de groupes étaient proposées.	<i>counselling</i> , autres interventions (conseils d'un médecin ou d'une infirmière, éducation à la santé) ou absence d'intervention. Fumeurs (à l'exception des femmes enceintes)		<p>Dynamique des groupes</p> <p>Intervention du partenaire versus contrôle / abstinence à 6-9 mois 13 essais, n= 2425 Le risque relatif (RR) pour l'arrêt du tabagisme entre 6 et 9 mois était de 0,99 IC95 % [0,84-1,15].</p> <p>Intervention du partenaire versus contrôle / abstinence à 12 mois ou plus. Le risque relatif (RR) pour l'arrêt du tabagisme à 12 mois était de 1,04 IC95 % [0,87-1,24] (6 essais, n=1672).</p> <p>Limites : les essais étaient de taille modeste (9 essais sur 13 présentaient des effectifs <65).</p> <p>Conclusion : les preuves issues de cette revue ont montré que la thérapie de groupe est plus efficace que le matériel d'auto-support et d'autres interventions moins intensives.</p>

Interventions psychosociales de soutien du partenaire

La revue systématique de Park *et al.* en 2012 (197) (Cf. Tableau 40) avait pour objectif d'une part d'évaluer l'efficacité d'une intervention complémentaire pour améliorer le soutien du partenaire du fumeur afin d'aider ce dernier à arrêter de fumer dans le cadre d'un programme d'arrêt du tabac, et d'autre part d'estimer la taille d'un éventuel effet de ce type d'intervention. Treize études ont été retenues dans cette revue de la littérature. La définition de partenaire variait selon les études. Les partenaires étaient classés en 3 catégories : 1) épouse, enfant, parent, ami, parents et/ou collègues de travail ; 2) copains ; 3) participants au programme d'arrêt du tabac. Le statut tabagique des partenaires variait, mais la majorité était composée de non-fumeurs. Les interventions de soutien du partenaire incluaient des exercices d'empathie, des enregistrements vidéo, des livrets de stratégies, des rencontres de groupe avec des supports écrits, des livrets de suivi, des séances de techniques comportementales, des guides de support, des appels téléphoniques d'un conseiller, du *counselling* via Internet, et/ou un système de contact téléphonique. Dans une méta-analyse (13 études, n=2425) le risque relatif (RR) commun pour l'arrêt du tabagisme entre 6 et 9 mois était non significatif (RR=0,99, IC95 %=[0,84-1,15]). Dans une seconde méta-analyse (6 études, n=1672), le RR commun pour l'arrêt du tabagisme à 12 mois était également non significatif (RR=1,04, IC95 %=[0,87-1,24]). Les preuves de cette revue de la littérature ne plaident pas pour un effet significatif des interventions visant à améliorer le soutien du partenaire dans le but d'aider le fumeur à arrêter de fumer.

Conclusion : il n'y avait pas de preuve de l'efficacité des interventions psychosociales de soutien du partenaire du fumeur pour l'arrêt du tabagisme.

Tableau 40. Programme de soutien des partenaires. Revue systématique de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Park et al., 2012 (197) Niveau de preuve =2	Revue systématique et méta-analyse Cochrane	Évaluer l'efficacité d'une intervention, complémentaire à un programme de sevrage tabagique, visant à améliorer le soutien du partenaire pour augmenter les taux de sevrage Estimer la taille d'un éventuel effet de ce type d'intervention	Bases de données : Registre spécialisé du groupe Cochrane sur le tabagisme. CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Web of Science Recherche la plus récente : décembre 2011 Groupes de comparaisons ECR qui comparaient une intervention incluant une composante de soutien aux partenaires avec une intervention identique avec un suivi d'au moins 6 mois. Fumeurs	Abstinence à 6 mois ou plus du fumeur (pas du partenaire) après le début de l'intervention. Toutes mesures de l'abstinence (auto-rapportée avec ou sans mesures biologiques), nombre de cigarettes par jour et niveaux de monoxyde de carbone à 6,9 et 12 mois niveau de soutien du partenaire estimé par le questionnaire PIQ (Partenaire Interaction Questionnaire)	13 études retenues. Intervention du partenaire versus contrôle / abstinence à 6-9 mois 13 essais, n= 2425 Le risque relatif (RR) pour l'arrêt du tabagisme entre 6 et 9 mois était de 0,99 IC95 % [0,84-1,15]. Intervention du partenaire versus contrôle / abstinence à 12 mois ou plus. Le risque relatif (RR) pour l'arrêt du tabagisme à 12 mois était de 1,04 IC95 % [0,87-1,24] (6 essais, n=1672). Limites : les essais étaient de taille modeste (9 essais sur 13 présentaient des effectifs <65). Conclusion : les preuves issues de cette revue n'ont pas montré que les interventions augmentaient les taux de sevrage des fumeurs

Guidance (counselling) Individuelle

La revue systématique de Lancaster *et al.* révisée en 2008 (198) (Cf. Tableau 41) a évalué l'efficacité du *counselling* individuel pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. Trente essais ont été retenus dans cette revue de la littérature : 22 essais comparaient un *counselling* individuel à une intervention comportementale minimale ; 5 essais comparaient différentes intensités de *counselling* et 3 essais comparaient différentes approches de *counselling* d'intensité similaire. Le *counselling* individuel est défini par les auteurs comme un entretien en face à face entre un patient fumeur et un professionnel formé à l'aide à l'arrêt du tabagisme (« conseiller »). Les interventions délivrées dans le cadre de soins cliniques par les médecins et les infirmières ont été exclues du champ de cette revue. Cette revue excluait aussi les études dont les interventions ciblaient d'autres facteurs de risque en plus du tabagisme, et les interventions pour lesquelles il n'était pas possible de dissocier l'effet du *counselling* de celui d'une pharmacothérapie. Les études qui évaluaient l'effet du *counselling* comme un complément à une pharmacothérapie étaient incluses dans cette méta-analyse. Les séances de *counselling* des différentes études duraient au moins 10 minutes, et la plupart impliquaient aussi un soutien téléphonique. Le *counselling* individuel était plus efficace que l'intervention du groupe contrôle. Le RR pour l'arrêt du tabagisme à long terme était de 1,39, IC95 %=[1,24-1,57]. Dans un sous-groupe de 4 essais dans lesquels tous les participants bénéficiaient d'un TNS, l'effet du *counselling* était plus faible mais restait significatif (RR=1,27, IC95 %=[1,02-1,59]). Un *counselling* intensif n'était pas plus efficace qu'un *counselling* bref (5 essais, RR=0,96, IC95 %=[0,74-1,25]). Les preuves de cette revue de la littérature plaident pour un effet significatif du *counselling* individuel sur l'arrêt du tabagisme.

La revue systématique de Rice *et al.* en 2009 (199) (Cf. Tableau 41) a évalué l'efficacité d'interventions délivrées par les infirmiers(ères) ou les « *health visitors* » (visiteurs de santé) pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. Quarante-deux essais ont été retenus dans cette revue de la littérature (16 aux États-Unis, 9 au Royaume-Uni, 3 au Canada, 2 en Australie, 2 au Danemark, 2 au Japon, 2 aux Pays-Bas, 2 en Norvège, 2 en Espagne, 1 en Corée du Sud, 1 en Suède). Dix-sept essais concernaient des patients hospitalisés, 19 essais concernaient des patients suivis en soins primaires ou en consultations externes. Les interventions considérées étaient des délivrances de conseils, de *counselling*, et/ou de stratégies pour aider les patients à arrêter de fumer. Les conseils étaient définis comme des instructions orales de la part de l'infirmier(ère) pour arrêter de fumer, qu'une information ait été donnée ou pas sur les effets nocifs du tabagisme. Pour effectuer des comparaisons, les interventions étaient regroupées en interventions d'intensité faible ou d'intensité élevée. Des interventions de faible intensité correspondaient à un conseil délivré (avec ou sans dépliant) lors d'une consultation unique durant une dizaine de minutes ou moins, avec éventuellement une consultation de suivi. Des interventions d'intensité élevée correspondaient à des consultations qui duraient plus de 10 minutes, avec délivrance de supports (comme des manuels) et/ou des stratégies, avec plus d'une consultation de suivi. Une méta-analyse incluant 31 essais (n=15205) a montré que les interventions délivrées par les infirmiers(ères) augmentaient significativement la probabilité d'arrêt du tabagisme (RR=1,28, IC95 %=[1,18-1,38]). Les preuves de cette revue de la littérature plaident pour un effet significatif des interventions des infirmières sur l'arrêt du tabagisme.

Conclusion : la guidance (ou *counselling*) individuelle par un professionnel formé à l'aide à l'arrêt du tabagisme augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme (niveau de preuve 1). Les interventions de guidance délivrées par des infirmiers(ères) formé(e)s sont efficaces (niveau de preuve 1).

Tableau 41. *Counselling* comportemental individuel. Revue systématique de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Lancaster et Stead, 2005 (198) Niveau de preuve =1	Revue systématique et méta-analyse Cochrane	Évaluer l'efficacité du <i>counselling</i> individuel pour arrêter de fumer	<p>Essais randomisés ou quasi randomisés avec au moins un bras de traitement constitué d'un <i>counselling</i> individuel en face à face par un professionnel de santé non impliqué dans la prise en charge clinique courante.</p> <p>Groupes de comparaisons : conseil court ou traitement usuel</p> <p>Recherche la plus récente : mai 2008.</p> <p>Bases de données : Registre spécialisé du groupe Cochrane sur le tabagisme Studies in the previous US guidelines (AHCPR 1996. Fiore 2000)</p>	<p>Abstinence mesurée pour la période la plus longue de suivi</p> <p>Toutes mesures de l'abstinence (auto-rapportée avec ou sans mesures biologiques)</p>	<p>30 essais.</p> <p><i>Counselling</i> individuel versus intervention minimale 22 essais, n= 9587 Le risque relatif (RR) pour l'arrêt du tabagisme à long terme était de 1,39 IC95 % [1,24-1,57]. Dans un sous-groupe de 4 essais dans lesquels tous les participants bénéficiaient d'un TNS, l'effet du <i>counselling</i> était plus faible mais restait significatif RR=1,27 IC95 %=[1,02-1,59].</p> <p><i>Counselling</i> intensif versus <i>counselling</i> moins intensif Un <i>counselling</i> intensif n'était pas plus efficace qu'un <i>counselling</i> bref (5 essais, n=1897, RR=0,96, IC95 % [0,74-1,25].</p> <p>Comparaisons entre différentes approches de <i>counselling</i></p> <p>Prévention de la rechute vs. Modèle des croyances liées à la santé (<i>Health Belief Model</i>) RR=0,94 ; IC 95 % [0,45-1,98], n=160</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			Fumeurs, excepté les femmes enceintes fumeuses et les adolescents fumeurs		<p>Entretien motivationnel vs. éducation thérapeutique RR=0,51 ; IC 95 % [0,34-0,76], n=755</p> <p><i>Counselling</i> vs. psychoéducation RR=0,93 ; IC 95 % [0,62-1,39], n=463</p> <p>Les résultats obtenus pour les comparaisons des intensités de <i>counselling</i> (absence d'effet dose-réponse) et pour les différents types de <i>counselling</i> (résultats différents des 3 études) n'ont pas mis en évidence de différence significative entre les groupes.</p>
<p>Rice et Stead, 2009 (199)</p> <p>Niveau de preuve=1</p>	<p>Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés</p> <p>Méta-analyse</p>	Déterminer l'efficacité des interventions délivrées par des infirmières pour arrêter le tabagisme	<p>Essais randomisés d'interventions délivrées par des infirmières ou des assistantes sociales pour arrêter le tabac avec un suivi d'au moins six mois.</p> <p>Groupes de comparaisons : traitement usuel, conseil court,</p> <p>Recherche la plus récente : juillet 2007</p>	<p>Abstinence mesurée au moins 6 mois après le début du traitement. Toutes mesures de l'abstinence (avec ou sans validation biochimique)</p>	<p>42 essais retenus</p> <p>31 essais ont pu être inclus dans le cadre de méta-analyses.</p> <p>Interventions versus traitement habituel ou absence de traitement 31 essais, n=15205 Les interventions augmentaient significativement la probabilité d'arrêter le tabagisme RR=1,28 IC95 % [1,18-1,38].</p> <p>Interventions de forte intensité versus traitement habituel ou absence de traitement 24 essais, n=11189</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>Bases de données : Tobacco Addiction Review Group's specialised register. MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, OVID</p> <p>Fumeurs adultes (âge ≥ 18 ans)</p>		<p>Les interventions augmentaient significativement la probabilité d'arrêter le tabagisme RR=1,28 IC95 % [1,18-1,39].</p> <p>Interventions de faible intensité versus traitement usuel ou absence de traitement 7 essais, n=4016 Les interventions n'augmentaient pas significativement la probabilité d'arrêter le tabagisme RR=1,27 IC95 % [0,99-1,62].</p> <p>Interventions intégrées dans une intervention plus large chez les patients atteints de maladies cardio-vasculaires 4 essais, n=482 Les interventions augmentaient significativement la probabilité d'arrêter le tabagisme RR=1,39 IC95 % [1,17-1,65].</p> <p>Interventions isolées chez des fumeurs non hospitalisés atteints de maladies cardio-vasculaires 7 essais, n=2278 Les interventions augmentaient significativement la probabilité d'arrêter le tabagisme RR=1,29 IC95 % [1,14-1,45].</p> <p>Interventions isolées chez d'autres fumeurs hospitalisés 5 essais, n=4401</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Les interventions augmentaient significativement la probabilité d'arrêter le tabagisme RR=1,04 IC95 % [0,89-1,22].</p> <p>Interventions isolées chez d'autres fumeurs hospitalisés 5 essais, n=4401 Les interventions n'augmentaient pas significativement la probabilité d'arrêter le tabagisme RR=1,28 IC95 % [1,18-1,39].</p> <p>Interventions isolées chez des fumeurs non hospitalisés atteints de maladies cardio-vasculaires 1 essai, n=255 L'intervention n'augmentait pas significativement la probabilité d'arrêter le tabagisme RR=0,35 IC95 % [0,20-0,60].</p> <p>Interventions isolées chez d'autres fumeurs non hospitalisés 24 essais, n=11189 Les interventions augmentaient significativement la probabilité d'arrêter le tabagisme RR=1,28 IC95 % [1,18-1,39].</p>

Hypnothérapie (hypnose médicale)

Description de l'Académie nationale de médecine, 2013

Référence : Académie Nationale de Médecine, 2013 (200)

Introduite en médecine par Charcot pour étudier l'hystérie, développée par Bernheim, c'est avant tout une technique de psychothérapie qui a montré son efficacité dans certaines pathologies, notamment l'état de stress post-traumatique. Elle est de plus en plus largement utilisée comme thérapie complémentaire.

L'hypnose est un état d'attention focalisée et "d'absorption interne" avec suspension partielle de l'éveil, assez comparable à l'absorption dans certaines pensées lors d'actions de type automatique comme la conduite automobile. Cet état est considéré comme doté de vertus réparatrices et susceptibles de faciliter secondairement, spontanément ou par suggestion, une meilleure homéostasie et un meilleur aménagement des relations de l'organisme avec son milieu. Le point d'appui de l'hypnose, comme de la relaxation, est la suggestion qui permet d'induire grâce à des exercices à la fois corporels et psychiques une sorte de déconnexion mentale et physique, aboutissant à un isolement relatif de l'organisme par rapport à son milieu. Cette clôture partielle des interactions, alors réduites à celles qui unissent le thérapeute et le patient, est censée établir une sorte d'état physiologique cohérent, qu'on a pu comparer au sommeil (le sommeil lucide) mais qui en diffère, contrairement à une croyance répandue.

En pratique, l'état hypnotique est induit par fixation du regard sur un point lumineux ou fixation auditive par écoute d'un son continu, en même temps qu'est remémoré un souvenir agréable. L'entrée dans l'expérience hypnotique, perçue par le malade conscient, peut être signalée par un signal convenu ; les suggestions deviennent alors possibles. L'hypnose s'accompagne de manifestations cliniques et neurophysiologiques qui en garantissent l'authenticité et légitiment d'une certaine façon son utilisation thérapeutique ou les tentatives qui en sont faites. La profondeur de l'hypnose augmentant, des mouvements oculaires erratiques entrecoupés de saccades apparaissent, différents de ceux du sommeil paradoxal. Un monitoring électro-encéphalographique peut alors montrer l'apparition de rythme alpha plus net lorsque les yeux sont fermés par rapport au rythme Bêta yeux ouverts.

L'hypnose et la relaxation sont aujourd'hui des outils couramment utilisés par le psychothérapeute et par certains médecins et soignants. Leurs multiples indications en médecine en font de plus en plus un élément précieux de ce qu'on est convenu d'appeler les thérapies complémentaires, sachant qu'il s'agit avant tout de techniques psychothérapiques et psychocorporelles.

Données de la littérature

La revue systématique de Barnes *et al.* en 2010 (201) (cf. tableau 42) a évalué l'efficacité de l'hypnothérapie pour arrêter la consommation de tabac. Onze études (5 études américaines, 1 étude anglaise, 1 étude australienne et 4 études canadiennes) étaient analysées dans cette revue.

La taille des études était relativement faible avec des effectifs variant de 20 à 286 participants. Les méthodes d'hypnothérapie utilisées étaient aussi très différentes au regard de la technique d'induction hypnotique, du nombre de sessions (de 1 à 8 sessions), et de la durée du traitement (30 minutes à 8 heures).

Cette revue faisait apparaître deux résultats significatifs :

- dans le cadre d'une étude, l'hypnothérapie sans autre traitement associé comparée à l'absence de traitement montrait un effet important et significatif (RR=19,00, IC95 %=[1,18-305,88], 1 essai, n=40) ;
- la combinaison de l'hypnothérapie et de traitements psychologiques, comparativement aux seuls traitements psychologiques, était associée à une augmentation significative du taux d'arrêt à 6 mois (2 essais, n=65, RR commun=4,80, IC95 %=[1,71-13,49]).

Cependant, ces résultats significatifs étaient associés à des études de faibles effectifs qui comportaient des biais méthodologiques importants. L'hétérogénéité des études n'a pas permis de faire de méta-analyse incluant l'ensemble des études.

L'hypnothérapie seule ne montrait pas de différence avec les autres traitements testés isolément : hypnothérapie versus conseil bref (5 essais, $n=363$, $RR=1,37$, $IC\ 95\ \%=[0,89-2,11]$) ; hypnothérapie versus traitement psychologique (2 essais, $n=211$, $RR\ commun=0,93$, $IC95\ \%=[0,47-1,82]$) ; hypnothérapie versus méthode aversive (2 essais, $n=54$, $RR\ commun=1,00$, $IC95\ \%=[0,43-2,33]$) ; hypnothérapie versus médicament (1 essais, $n=115$, $RR\ commun=1,02$, $IC95\ \%=[0,31-3,33]$) ; hypnothérapie versus placebo (1 essais, $n=115$, $RR\ commun=0,83$, $IC95\ \%=[0,27-2,58]$). Les preuves limitées issues de cette revue Cochrane n'ont pas permis de conclure quant à l'efficacité de l'hypnothérapie.

La méta-analyse de Tahiri *et al.* en 2012 (202) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des méthodes alternatives d'aide à l'arrêt du tabac (acupuncture, hypnothérapie et méthode aversive). 14 essais ont été identifiés par les auteurs : 6 concernaient l'acupuncture (823 patients), 4 concernaient l'hypnothérapie (273 patients) et 4 concernaient les méthodes aversives (99 patients). Dans le cadre de modèles à effets aléatoires, des méta-analyses rapportaient des effets significatifs de l'acupuncture ($OR=3,53$, $IC95\ \% [1,03-12,07]$) et des méthodes aversives ($OR=4,26$, $IC95\ \% [1,26-14,38]$), mais pas de l'hypnothérapie ($OR=4,55$, $IC95\ \% [0,98-21,01]$). Il faut noter que tous les essais retenus par les auteurs dans cette méta-analyse avaient été intégrés dans les 3 revues Cochrane sur l'acupuncture (203), l'hypnothérapie (201) et les méthodes aversives (204). Les auteurs soulignaient cependant qu'une limite importante de leurs analyses résidait dans le faible nombre d'études retenues dans les méta-analyses (les faibles effectifs des méta-analyses produisant des intervalles de confiance assez larges). De plus, un biais de publication était souligné par les auteurs qui ne fournissaient pas de *funnel plot* dans leur publication. Les résultats de cette méta-analyse sont donc à interpréter prudemment et ne remettent pas en cause l'analyse des revues Cochrane qui figurent dans l'argumentaire. D'ailleurs, les auteurs de cette méta-analyse ont conclu en insistant sur la nécessité d'avoir accès à des preuves supplémentaires pour pouvoir déterminer si des interventions alternatives sont plus efficaces que les pharmacothérapies pour aider les fumeurs à arrêter de fumer.

Conclusion : il n'y avait pas de preuve de l'efficacité de l'hypnothérapie dans l'aide à l'arrêt du tabagisme, les études étant limitées en termes de quantité et de qualité.

Tableau 42. Hypnothérapie. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Barnes et al., 2010 (201) Niveau de preuve=3	Revue systématique et méta-analyse Cochrane	Évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie pour arrêter de fumer	<p>ECR avec un suivi d'au moins 6 mois.</p> <p>Groupes de comparaisons : aucun traitement ou autre traitement Recherche jusqu'en 2010.</p> <p>Bases de données : Cochrane registrar, MEDLINE, EMBASE, <i>Allied and Alternative Medicine database, ISI Science Citation and Social Science Citation Indexes.</i></p> <p>Pas de restriction de langage.</p> <p>Personnes qui désiraient arrêter de fumer, quels que soient le sexe, le nombre d'années de tabagisme, ou le niveau de dépendance à la nicotine.</p>	<p>Abstinence à 6 mois après le début du traitement : Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement</p> <p>Abstinence continue depuis 6 mois</p> <p>Toutes mesures de l'abstinence (auto-rapportée, mesures biologiques)</p>	<p>N=11 études (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie), 1 120 participants.</p> <p>Hétérogénéité des études sur : les méthodes d'hypnothérapie testées (méthode d'induction, sessions individuelles (n=6) ou de groupes (n=5) le nombre de sessions réalisées (de 1 à 8), les tailles d'échantillons (20 à 286 sujets), les groupes comparés : hypnothérapie seule vs. autre(s) traitement(s), hypnothérapie+autre traitement vs. autres traitements.</p> <p>Hypnothérapie versus absence de traitement : Il y avait une augmentation significative du taux d'arrêt à 12 mois par hypnothérapie (1 essai, n=40, RR=19,22 IC95 % [1,18-305,88]).</p> <p>Hypnothérapie seule versus conseil bref seul : Il n'y avait pas d'augmentation significative du taux d'arrêt à 6 mois par hypnothérapie (5 essais, n=363, RR=1,37 IC95 % [0,89-2,11]).</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Hypnothérapie seules versus traitements psychologiques seuls :</p> <p>Il n'y avait pas d'augmentation significative du taux d'arrêt à 12 mois par hypnothérapie (2 essais, n=211, RR commun=0,93 IC95 % [0,47-1,82].</p> <p>Hypnothérapie seule versus méthode aversive seule :</p> <p>Il n'y avait pas d'augmentation significative du taux d'arrêt à 6 mois par hypnothérapie (2 essais, n=54, RR commun=1,00 IC95 % [0,43-2,33].</p> <p>Hypnothérapie seule versus médicament seul (fenfluramine) :</p> <p>Il n'y avait pas d'augmentation significative du taux d'arrêt à 6 mois par hypnothérapie (1 essais, n=115, RR commun=1,02 IC95 % [0, 31-3,33].</p> <p>Hypnothérapie seule versus placebo de médicaments :</p> <p>Il n'y avait pas d'augmentation significative du taux d'arrêt à 12 mois par hypnothérapie (1 essais, n=115, RR commun=0,83 IC95 % [0,27-2,58].</p> <p>Hypnothérapie et conseil bref versus conseil bref :</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Il n'y avait pas d'augmentation significative du taux d'arrêt à 6 mois par hypnothérapie (1 essais, n=20, RR =9,00 IC95 % [0,55-147,95].</p> <p>Hypnothérapie et traitement psychologique versus traitement psychologique : Il y avait une augmentation significative du taux d'arrêt à 6 mois par hypnothérapie (2 essais, n=65, RR commun=4,80 IC95 % [1,71-13,49].</p> <p>Hypnothérapie + traitements psychologiques + méthode aversive versus traitement psychologique + méthode aversive : Il n'y avait pas d'augmentation significative du taux d'arrêt à 6 mois par hypnothérapie (1 essai, n=44, RR commun=0,34 IC95 % [0,10-1,12].</p> <p>Des biais de publication et une hétérogénéité des études sont relevés dans cette revue Cochrane.</p> <p>Les études étaient difficilement comparables.</p> <p>La majorité des études considérées sont des études de faible taille ; ainsi, les intervalles de confiance des risques relatifs obtenus étaient parfois très</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					larges. Les preuves issues de cette revue Cochrane n'ont pas permis de conclure à une efficacité supérieure de l'hypnothérapie sans autres traitements par rapport aux traitements suivants utilisés de façon isolée : conseil bref, traitement psychologique, méthode aversive, médicament, placebo.

Acupuncture

Description de l'Académie nationale de médecine, 2013 (200)

Le principe de l'acupuncture tient à la théorie plurimillénaire du yin et du yang, qui, par ses implications physiologiques, constitue le fil conducteur de la médecine traditionnelle chinoise. Dans cette conception, chacun des organes, ensembles anatomiques, fonctions et substances, est spécifiquement de nature yang ou yin et les changements pathologiques sont compris comme l'effet d'un déséquilibre yin/yang, par excès ou déficit de l'un ou de l'autre.

L'énergie Qi (prononcer tchi) est le principe fondamental, présent dans tout le corps, qui régit et contrôle toutes les activités vitales. Le Qi circule suivant les méridiens, vecteurs invisibles qui peuvent néanmoins être perçus par les patients lors des séances d'acupuncture. On décrit 24 méridiens (6 dorsaux et 6 ventraux de chaque côté du corps) et 8 "extra-méridiens", dont les 3 méridiens médians dorsal et ventral. Les organes (yin) et viscères (yang) possèdent chacun leur propre méridien. L'objet de l'acupuncture est de réguler le yin ou le yang de tel ou tel élément du corps par manipulation du Qi de son méridien, en un ou plusieurs sites spécifiques dits "points d'acupuncture". Au nombre total de 361, les points d'acupuncture sont distribués symétriquement en paires à droite et à gauche du corps, sauf ceux des vaisseaux médians postérieur et antérieur. Leur nombre par méridien varie de 9 pour le méridien du cœur à 67 pour celui de la vessie. On compte également des "extra-points" (en dehors des méridiens), qui ont des indications complémentaires. La localisation des points se fait par rapport à des repères anatomiques ou, quand il n'y en a pas, par rapport à la mesure du "pouce" (largeur du pouce du sujet) rapporté à différentes distances du corps (exemple : il y a douze pouces entre le pli du coude et le pli du poignet). Les points peuvent permettre une action locale, régionale ou générale. Certains points agissent sur le yin ou le yang général, certains à l'opposé sont très spécialisés, tels le 67^{ème} point de vessie (V 67), indiqué dans les malpositions fœtales. En pratique, l'acupuncteur utilise des aiguilles stériles à usage unique de différentes sections et longueurs hors manche. Elles sont insérées (en général de 5 à 15 aiguilles) au niveau des points d'acupuncture suivant différentes techniques, puis laissées en place un temps défini (de quelques secondes à 20-30 minutes). Elles peuvent être manipulées pour obtenir une sensation particulière décrite par le patient et considérée comme l'arrivée du Qi. Une stimulation électrique peut être utilisée en branchant des petites pinces sur les aiguilles. La chaleur (moxibustion) peut également stimuler les points (bâtonnets d'armoise ou moxas électriques). Enfin, les massages sur les points d'acupuncture sont connus sous le nom de massage *tui na*.

Données de la littérature

La revue systématique de White *et al.* en 2011 (203) (cf. tableau 43) a évalué l'efficacité de l'hypnothérapie, de l'acupuncture, de l'acupressure, de la thérapie par laser et de l'électrostimulation pour arrêter la consommation de tabac. Trente-trois études étaient analysées dans cette revue de la littérature. En acupuncture, la procédure du placebo se nomme « *sham acupuncture* » ou acupuncture factice : les aiguilles sont plantées superficiellement, en dehors des points d'acupuncture reconnus. Comparé avec la simulation d'une acupuncture vraie, le RR d'un effet à court terme (≤ 6 semaines) de l'acupuncture était de 1,18 IC 95 % [1,03-1,34] et non significatif pour le long terme (≥ 6 mois) RR=1,05 IC 95 % [0,82-1,35]. L'acupuncture était moins efficace que l'utilisation d'un substitut nicotinique à court terme (2 études, n=914, RR=0,76 IC 95 % [0,59-0,98]) et à long terme (2 études, n=914, RR=0,64 IC 95 % [0,42-0,98]). Il n'y avait pas de preuve que l'acupuncture était plus efficace que des interventions psychologiques de court ou de long terme. Les données concernant l'acupressure et la thérapie par laser étaient insuffisantes et ne pouvaient pas être combinées.

La méta-analyse de Tahiri *et al.* en 2012 (202) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des méthodes alternatives d'aide à l'arrêt du tabac (acupuncture, hypnothérapie et méthode aversive). Quatorze essais ont été identifiés par les auteurs : six concernaient l'acupuncture (823 patients),

quatre concernaient l'hypnothérapie (273 patients) et quatre concernaient les méthodes aversives (99 patients). Dans le cadre de modèles à effets aléatoires, des méta-analyses rapportaient des effets significatifs de l'acupuncture (OR=3,53, IC95 %=[1,03-12,07]) et des méthodes aversives (OR=4,26, IC95 %=[1,26-14,38]), mais pas de l'hypnothérapie (OR=4,55, IC95 %=[0,98-21,01]. Il faut noter que tous les essais retenus par les auteurs dans cette méta-analyse avaient été intégrés dans les 3 revues Cochrane sur l'acupuncture (203), l'hypnothérapie (201) et les méthodes aversives (204). Les auteurs soulignaient cependant qu'une limite importante de leurs analyses résidait dans le faible nombre d'études retenues dans les méta-analyses (les faibles effectifs des méta-analyses produisant des intervalles de confiance assez larges). De plus, un biais de publication était souligné par les auteurs qui ne fournissaient pas de *funnel plot* dans leur publication. Les résultats de cette méta-analyse sont donc à interpréter prudemment et ne remettent pas en cause l'analyse des revues Cochrane qui figurent dans l'argumentaire. D'ailleurs les auteurs de cette méta-analyse ont conclu en insistant sur la nécessité d'avoir accès à des preuves supplémentaires pour pouvoir déterminer si des interventions alternatives sont plus efficaces que les pharmacothérapies pour aider les fumeurs à arrêter de fumer.

Conclusion : Il n'y avait pas de preuve solide que l'acupuncture, l'acupressure, la thérapie par laser ou l'électrostimulation étaient efficaces pour l'arrêt du tabagisme, les études étant limitées en termes de quantité et de qualité.

Tableau 43. Acupuncture. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
White et al., 2011 (203) Niveau de preuve=2	Revue systématique et méta-analyse Cochrane	<p>Premier objectif : Évaluer si l'acupuncture, l'acupressure, la thérapie par laser et l'électrostimulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sont plus efficaces que l'absence d'intervention pour l'arrêt du tabac ; - ont un effet spécifique sur l'arrêt du tabac ; - sont plus efficaces que d'autres interventions pour l'arrêt du tabac. <p>Second objectif : Explorer si une approche par l'acupuncture est plus efficace qu'une autre.</p>	<p>- ECR. Les études comparaient l'acupuncture, l'acupressure, la thérapie par laser ou l'électrostimulation avec soit aucune intervention, soit une simulation de l'intervention, soit une autre intervention, pour l'arrêt du tabac.</p> <p>Recherche jusqu'en novembre 2010</p> <p>Bases de données : Cochrane tobacco addiction group specialized registrar for trials CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, BIOSIS, PsycINFO, Science Citation Index and AMED, Medical acupuncture Research Foundation Acubriefs CISCOM, CBM (Chinese Biomedical Database, CNKI (Chi-</p>	Abstinence totale	<p>N=33 études</p> <p>Acupuncture versus absence d'intervention Le risque relatif commun à long terme (≥ 6 mois) d'un effet de l'acupuncture n'était pas significativement différent de 1 (3 études, $n=393$, $RR=1,79$ [0,98-3,28]).</p> <p>Acupuncture versus simulation d'acupuncture L'acupuncture était légèrement plus efficace que la simulation d'acupuncture à court terme (12 études, $n=2206$, $RR=1,18$ IC95 % [1,03-1,34]) mais pas à long terme (6 études, $n=1662$, $RR=1,05$ IC95 % [0,82-1,35])</p> <p>Acupuncture versus autres intervention L'acupuncture était moins efficace que les traitements nicotiniques de substitution à court terme (2 études, $n=914$, $RR=0,76$ IC95 % [0,59-0,98]) et à long terme (2 études, $n=914$, $RR=0,64$ IC95 % [0,42-0,98]) L'acupuncture n'était pas associée à un effet différent de celui du <i>counselling</i> et</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>na Knowledge Infrastructure), Wanfang data and VIP (http://www.cqvip.com)</p> <p>Fumeurs de tout âge qui désiraient arrêter de fumer</p>		<p>des approches psychologiques à court terme (RR=0,95 IC95 % [0,72-1,26]) et à long terme (RR=1,34 IC95 % [0,80-2,24])</p> <p>Acupressure Il n'y avait pas d'études qui comparaient l'acupressure avec d'autres interventions Méta-analyse impossible due à l'hétérogénéité des études</p> <p>Thérapie par laser Il n'y avait pas de comparaison de la thérapie par laser avec d'autre type d'intervention ou absence d'intervention (patients sur liste d'attente). Méta-analyse impossible due à l'hétérogénéité des études</p> <p>Electrostimulation Il n'y avait pas de comparaison de l'électrostimulation avec d'autre type d'intervention ou absence d'intervention (patients sur liste d'attente). L'électrostimulation n'était pas plus efficace que l'électrostimulation factice à court terme (4 études, n=462, RR=1,17 IC95 %=[0,89-1,54]) ou à long terme (2 études, n=405, RR=0,87 IC95 %=[0,61-1,23])</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Conclusion : Il n'y avait pas de preuve solide que l'acupuncture, l'acupressure, la thérapie par laser ou l'électrostimulation étaient efficaces pour l'arrêt du tabagisme, mais le manque de preuve et les problèmes méthodologiques signifiaient que des conclusions définitives ne pouvaient être posées. Une recherche bien menée sur l'acupuncture, l'acupressure et la thérapie par laser est justifiée car ces interventions sont répandues et sans danger si elles sont bien réalisées (bien que ces interventions mises en œuvre de façon isolée sont probablement moins efficaces que les interventions dont l'efficacité est démontrée).</p>

Activités physiques

La revue systématique d'Ussher *et al.* en 2012 (205) (Cf. tableau 44) a évalué l'efficacité de l'activité physique pour arrêter la consommation de tabac. Treize essais étaient analysés dans cette revue de la littérature. Dans 12 essais, les groupes d'intervention et les groupes contrôles bénéficiaient d'un programme d'aide à l'arrêt du tabagisme. Trois essais rapportaient des taux d'abstinence à 3 mois significativement plus élevés dans les groupes d'interventions, mais les résultats quantitatifs ne sont pas donnés par les auteurs de la revue Cochrane. Seul un essai rapportait un effet proche de la significativité des exercices physiques sur le taux d'abstinence à 12 mois (RR=2,19, IC95 % = [0.97-4.96]), avec un taux d'abstinence de 11,9 % pour le groupe d'intervention et de 5,4 % pour le groupe contrôle. Un autre essai rapportait des taux d'abstinence significativement plus élevés pour le groupe ayant bénéficié d'exercices versus le groupe contrôle à 3 mois de suivi, mais pas à 12 mois. Les autres études n'ont pas montré d'effets significatifs de l'exercice sur l'abstinence. De nombreux biais méthodologiques caractérisaient les études retenues dans cette revue de la littérature. L'hétérogénéité des études n'a d'ailleurs pas permis de conduire de méta-analyses.

Conclusion : il n'y avait pas de preuve de l'efficacité de l'activité physique dans l'aide à l'arrêt du tabagisme, les études étant limitées en termes de quantité et de qualité.

Tableau 44. Activités physiques. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Ussher et al., 2012 (205) Niveau de preuve =3	Revue systématique Cochrane et méta-analyse Cochrane	Déterminer si les interventions isolées centrées sur des exercices ou combinées avec un programme d'arrêt du tabagisme sont plus efficaces qu'une intervention d'arrêt du tabagisme isolée	<ul style="list-style-type: none"> - ECR. Les études comparaient un programme isolé d'exercices physiques isolé, ou un programme d'exercices physiques additionnel d'un programme d'arrêt du tabagisme, avec un programme d'arrêt du tabac. - Recherche en juillet 2008 - Bases de données : Cochrane tobacco addiction group specialized registrar, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL Fumeurs qui désirent arrêter ou ex-fumeurs qui viennent d'arrêter de fumer 	Abstinence à 6 mois minimum	<p>13 essais retenus</p> <p>Les auteurs rapportaient que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 essais présentaient des taux d'abstinence plus élevés dans les groupes ayant bénéficié d'activités physiques (résultats non fournis dans la revue Cochrane) ; - Aucun essai ne mettait en évidence d'effet à 12 mois des exercices physiques sur le taux d'abstinence (11,9 % versus 5,4 %) proche de la significativité (RR=2,19, IC95 %=[0.97-4.96]) ; - un essai mettait en évidence un effet significatif à 3 mois des exercices physiques sur les taux d'abstinence (résultats non fournis dans la revue Cochrane). <p>Méta-analyse impossible due à l'hétérogénéité très forte des études.</p> <p>Cette revue de la littérature a aussi exploré les effets de l'activité physique sur le sevrage tabagique et le <i>craving</i> à partir</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>de 20 études expérimentales (<i>voir traduction proposée par le groupe</i> : ces études montraient que l'activité physique diminuait les symptômes du sevrage tabagique et le <i>craving</i>.</p> <p>Limites des études retenues :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ essais de faibles effectifs : 6 essais avec moins de 25 personnes dans chacun des groupes ; ▸ 7 essais ne concernaient que des femmes ; ▸ 1 essai ne concernait que des hommes ; ▸ randomisation : seuls 5 essais décrivaient les méthodes de randomisation en détail.

Méthodes aversives

La méthode aversive de fume rapide (*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'à ressentir les effets de surdosage censés dégouter le fumeur : nausée, malaise, maux de tête, mal de gorge, toux, etc.

La revue systématique de Hajek *et al.* en 2004 (204) (Cf. tableau 45) a évalué d'une part l'efficacité des méthodes aversives pour aider les fumeurs à arrêter de consommer du tabac et d'autre part a évalué l'existence d'une relation dose-réponse entre l'arrêt du tabac et l'intensité de la stimulation aversive. Onze études étaient analysées dans cette revue de la littérature.

Cette revue de la littérature concerne les méthodes aversives non pharmacologiques.

Dans la plupart des études, la méthode aversive (*rapid smoking*) consistait à demander aux fumeurs de prendre une bouffée toutes les 6 à 10 secondes, et de faire cela pendant 3 minutes ou jusqu'à ce qu'ils aient fumé 3 cigarettes ou se sentent incapables de continuer. Après une période de repos, cette procédure est répétée deux ou trois fois. Il est demandé aux fumeurs de se concentrer sur les sensations désagréables causées lorsqu'il fume. Les études rapportaient de 3 à 10 séances réparties sur 1 à 4 semaines. Les séances sont en général individuelles, mais parfois prennent place au sein d'un petit groupe. Il est demandé aux fumeurs de ne pas fumer entre les séances. Cette méthode aversive est en général accompagnée d'explications de la méthode et de *counselling*.

Les autres méthodes aversives considérées dans cette revue étaient les suivantes : *paced smoking*, *self paced smoking*, *rapid snuffing*, *symbolic aversion*, *smoke holding*, *excessive smoking*.

- *Paced smoking* : cette méthode est identique à la précédente avec un intervalle de 30 secondes entre les inhalations.
- *Self paced smoking* : les patients fument à leur rythme en se concentrant sur des sensations négatives.
- *Rapid snuffing* : cette technique consiste à fumer de manière rapide sans inhaler la fumée. Des sensations désagréables sont induites, sans malaise général.
- Aversion symbolique : cette technique plus difficile à réaliser avec succès, exige du fumeur une profonde concentration mentale. Le fumeur imagine qu'il fume et associe mentalement à cette action des pensées négatives et aversives. Par exemple, il imagine qu'il éprouve des difficultés à respirer, qu'il ressent des nausées.
- *Smoke-holding* : d'autres stratégies sont fondées sur la rétention de la fumée. Dans ce cas, la fumée est maintenue dans la bouche pendant 30 secondes. Les sujets doivent également se concentrer sur les sensations aversives induites.
- *Excessive smoking* : la consommation excessive de tabac implique le fait de fumer plus que d'habitude entre les séances. Cela consiste à augmenter le nombre de cigarettes fumées, mais non le rythme.

Cette revue faisait apparaître un résultat significatif : L'odds ratio commun (12 études, n=536) associé à l'abstinence après "*rapid smoking*" d'intervention était de 2,01, IC95 %=[1,36-2,95]. Cependant, ce résultat est à relativiser à cause d'un probable biais de publication ; de plus, le seul essai qui utilisait une validation biochimique de l'abstinence ne rapportait pas d'effet significatif ; la plupart des autres études présentaient de nombreux problèmes méthodologiques (pseudo-randomisation, absence de validation biochimique de l'abstinence, faible effectif).

La méta-analyse de Tahiri *et al.* en 2012 (202) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des méthodes alternatives d'aide à l'arrêt du tabac (acupuncture, hypnothérapie et méthode aversive). Quatorze essais ont été identifiés par les auteurs : 6 concernaient l'acupuncture (823 patients), 4 concernaient l'hypnothérapie (273 patients) et 4 concernaient les méthodes aversives (99 patients). Dans le cadre de modèles à effets aléatoires, des méta-analyses rapportaient des effets significatifs de l'acupuncture (OR=3,53, IC95 %=[1,03-12,07]) et des méthodes aversives

(OR=4,26, IC95 %=[1,26-14,38]), mais pas de l'hypnothérapie (OR=4,55, IC95 %=[0,98-21,01]. Il faut noter que tous les essais retenus par les auteurs dans cette méta-analyse avaient été intégrés dans les trois revues Cochrane sur l'acupuncture (203), l'hypnothérapie (201) et les méthodes aversives (204). Les auteurs soulignaient cependant qu'une limite importante de leurs analyses résidait dans le faible nombre d'études retenues dans les méta-analyses (les faibles effectifs des méta-analyses produisant des intervalles de confiance assez larges). De plus, un biais de publication était souligné par les auteurs qui ne fournissaient pas de *funnel plot* dans leur publication. Les résultats de cette méta-analyse sont donc à interpréter prudemment et ne remettent pas en cause l'analyse des revues Cochrane qui figurent dans l'argumentaire. D'ailleurs, les auteurs de cette méta-analyse ont conclu en insistant sur la nécessité d'avoir accès à des preuves supplémentaires pour pouvoir déterminer si des interventions alternatives sont plus efficaces que les pharmacothérapies pour aider les fumeurs à arrêter de fumer.

Conclusion : il n'y avait pas de preuve solide de l'efficacité des méthodes aversives dans l'aide à l'arrêt du tabagisme.

Tableau 45. Méthodes aversives. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Hajek et Stead, 2004 (204) Niveau de preuve=2	Revue systématique Cochrane d'essais contrôlés randomisés méta-analyse	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer l'efficacité de l'accélération du rythme des bouffées pour aider les fumeurs à arrêter de fumer - Déterminer l'efficacité d'autres méthodes aversives - Déterminer s'il existe une relation dose-réponse entre l'arrêt du tabac et l'intensité de la stimulation aversive. 	Bases de données : Registre spécialisé Cochrane Tobacco Addiction Group, PsycINFO Revues : Behaviour research and therapy (jusqu'en 1979), Behavior therapy (jusqu'en 1996), Journal of Consulting and Clinical Psychology (1968-1979) et Journal of Behavioural Medicine (1978-1996) Recherche la plus récente : octobre 2009 Groupes de comparaisons : Les groupes d'intervention et contrôles différaient en termes de présence du traitement aversif et	Abstinence au maximum du suivi après le début de l'intervention : Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement Abstinence continue Pas de validation biochimique de l'abstinence (sauf dans un essai)	25 essais répondaient aux critères d'inclusion. 12 études concernaient la méthode d'accélération du rythme des bouffées. 9 études concernaient d'autres méthodes aversives. 10 études permettaient l'estimation d'une relation dose-réponse de la méthode aversive. <u>Méthode d'accélération du rythme des bouffées versus groupe contrôle :</u> L'odds ratio commun (12 études, n=536) associé à l'abstinence après " <i>rapid smoking</i> " était de 2,01 IC95 % [1,36-2,95]. Un biais de publication est probable au regard du <i>funnel plot</i> (le <i>funnel plot</i> est cité comme argument de l'existence d'un biais de publication dans cette revue, mais non présenté). Dans la seule étude qui intégrait une validation biochimique de l'abstinence (étude qui a la taille la plus importante : n=135), l'odds ratio n'était pas significativement différent de 1 OR=1,45 [0,71-2,98]

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>d'intensité du traitement aversif, mais pas en termes de prise en charge par un professionnel de santé ou d'autres traitements.</p> <p>Fumeurs</p>		<p>Autres méthodes aversives versus groupe contrôle L'odds ratio commun (9 études, n=536) associé à l'abstinence était de (OR =1,15 IC95 % [0,73-1,82])</p> <p>Méthode plus aversive versus méthode moins aversive : Il n'y avait pas de relation dose-réponse significative OR=1,67 IC95 % [0,99-2,81] (10 études, n=326)</p> <p>Limites de cette revue de la littérature : la plupart des essais présentaient de nombreux problèmes méthodologiques (pseudo-randomisation, absence de validation biochimique de l'abstinence, faible effectif, biais de publication).</p> <p>Il n'y avait pas de preuve concluant de l'efficacité des techniques aversives</p>

Assistance téléphonique (ou guidance téléphonique - *Telephone counselling, quitlines*)

La revue systématique de Stead *et al.* en 2006 (206) (Cf. tableau 46) a évalué l'efficacité du *counselling* téléphonique pour arrêter la consommation de tabac. Cette revue de la littérature a inclut 65 études. La plupart des études étaient américaines (n=52) et concernaient des essais associés à des appels proactifs de la part d'un conseiller ou d'un système de boîte vocale (avec possibilité d'accès à un conseiller en cas de besoin). Le nombre, la durée et le contenu des appels téléphoniques étaient variables. Le nombre d'appels variaient de 1 à 12. La durée de l'appel variait de 10 à 20 minutes. Les programmes d'appels se déroulaient sur plusieurs semaines à plusieurs mois. Les auteurs de la revue ont regroupé les essais en trois grandes catégories : 1) les essais dans lesquels les fumeurs ont contacté une assistance téléphonique ; 2) les essais évaluant l'efficacité de la possibilité d'un accès à une assistance téléphonique ; 3) les essais associés à un soutien proactif.

Parmi les fumeurs qui avaient contacté des assistances téléphoniques (catégorie 1), les taux d'arrêt étaient plus élevés pour les groupes qui avaient bénéficié des séances multiples de *counselling* téléphonique comparativement aux groupes qui avaient bénéficié d'outils d'auto-soutien ou d'un conseil bref lors d'un simple appel (9 études, n= 24 904, RR commun=1,37, IC95 %=[1,26-1,50]. Catégorie 2) : sur les 3 études analysées, deux études détectaient un effet bénéfique de l'accès à une assistance téléphonique, mais pas la troisième (il n'était pas possible de mettre en œuvre une méta-analyse). Catégorie 3) : le *counselling* téléphonique proactif (non initié par l'appel du fumeur) augmentait aussi les taux d'arrêt (44 études, n=24 811, RR commun=1,29, IC95 %=[1,20-1,38]). Cette revue de la littérature mettait aussi en évidence des preuves d'une relation dose-réponse : comparativement à une intervention minimale (matériel d'auto-soutien, conseil bref, pharmacothérapie seule), un ou deux appels téléphoniques étaient moins à même de produire un effet intéressant que trois à 6 appels et 7 appels ou plus (respectivement 9 études, n=6 274, RR commun=1,07, IC95 %=[0,91 -1,26] ; 28 études, n=14597, RR commun=1,34, IC95 %=[1,23-1,47] ; 7 études, n=2940, RR commun=1,39, IC95 %=[1,18-1,63]). Cette revue de la littérature basée sur un grand nombre d'études et de sujets mettait en évidence une efficacité du *counselling* téléphonique.

L'étude de Ferguson *et al.* en 2012 (207) était un essai contrôlé randomisé qui comparait dans un plan factoriel les effets sur l'abstinence de l'utilisation d'un TNS gratuit et/ou d'un *counselling* téléphonique proactif en plus d'un traitement standard d'aide à l'arrêt du tabac via une ligne d'aide téléphonique. Cette étude concernait 2 591 fumeurs âgés de 16 ans ou plus et résidant en Angleterre qui avaient appelé l'assistance téléphonique entre février 2009 et février 2010 et qui avaient fixé une date d'arrêt. Les participants ont été randomisés dans 4 groupes d'interventions (soutien téléphonique standard (n=648), *counselling* téléphonique proactif (n=648), soutien téléphonique standard et TNS gratuit (n=647), *counselling* téléphonique proactif et TNS gratuit (n=648)). Les TNS (timbres transdermiques) étaient fournis gratuitement pendant six semaines. Un *counselling* proactif était mis en œuvre lors d'échanges téléphoniques répétés avec des conseillers d'aide à l'arrêt du tabac (une fois avant la date d'arrêt, le jour de la date d'arrêt, puis 3 jours, 7 jours, 14 jours et 21 jours après la date d'arrêt avec des techniques d'entretiens motivationnels). Les auteurs ont fait l'hypothèse d'absence d'interaction entre les interventions. Ils ont combiné les 4 groupes en 2 groupes d'interventions (*counselling* téléphonique proactif, TNS).

A six mois, le taux d'abstinence des participants ayant reçu un TNS gratuitement était de 17,7 % versus 20,1 % pour ceux qui n'avaient pas reçu de TNS. La différence n'était pas significative (OR=0,85, IC95 %=[0,70-1,06]). A six mois, le taux d'abstinence des participants ayant reçu un *counselling* proactif était de 18,2 % versus 19,6 % pour ceux qui avaient reçu un soutien standard. Là encore, cette différence n'était pas statistiquement significative (OR=0,92, IC95 %=[0,75-1,14]).

Les auteurs ont conclu que proposer en plus d'un soutien téléphonique standard, un *counselling* intensif ou des TNS gratuits via l'assistance téléphonique n'augmentait pas les taux d'abstinence des fumeurs. Cependant, l'hypothèse d'absence d'interaction entre les interventions étant

discutable et le taux de suivi à 6 mois étant assez faible (52 %=1354/2591), les résultats de cette étude sont à interpréter avec précaution.

Conclusion : l'assistance téléphonique est efficace pour l'aide à l'arrêt du tabagisme (niveau de preuve 2). La probabilité d'arrêt semble d'autant plus grande que l'assistance est intensive (en termes de nombre d'appels) (niveau de preuve 2).

Situation en France

Le ministère chargé de la Santé et l'INPES ont développé un dispositif permanent pour accompagner et soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt : Tabac Info Service.

- Par téléphone

Une ligne d'aide à l'arrêt est à disposition du public : le 3989 (Tabac Info Service, 0,15 €/minute, service ouvert de 9h à 20h du lundi au samedi). 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. Ce service accompagne aussi les professionnels de santé dans l'amélioration de leur offre de soins par la fourniture de documentation et par un partage de leurs expériences en matière de prise en charge de la dépendance tabagique.

Les contenus du site actuels ont été rédigés dans le respect des recommandations de bonne pratique éditées par l'ANAES en 1998, par l'Afssaps en 2003 et par la Haute Autorité de Santé en 2004 et 2007. Le site est amené à être actualisé en fonction des nouvelles recommandations de la HAS.

Tableau 46. *Counselling* par téléphone. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Stead et al., 2006 (206) Niveau de preuve=2	Revue systématique Cochrane d'essais contrôlés randomisés ou quasi randomisés méta-analyse	Évaluer l'efficacité d'un soutien téléphonique proactif ou réactif via des lignes téléphoniques pour aider les fumeurs à arrêter de fumer	ECR ou EC quasi-randomisés. 3 types d'essais : Groupes de comparaisons : Interventions minimales Conseils brefs Pharmacothérapie Recherche la plus récente : mars 2009. Bases de données : registre spécialisé du Cochrane tobacco addiction group, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO et Science Citation Indexelectronic databases. Pas de restriction de langage. Fumeurs ou ex-fumeurs qui ont	Abstinence à 6 mois minimum. Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement Abstinence continue Toutes mesures de l'abstinence (auto-rapportée, mesures biologiques)	65 études (52 américaines, 6 australiennes, 2 espagnoles, 2 anglaises, 1 à Hong Kong, 1 norvégienne et 1 allemande), 1 120 participants. ▶ <i>Counselling</i> par téléphone (appel à l'initiative du fumeur) sur plusieurs séances versus documents d'auto-support ou conseils brefs lors d'un simple appel : 9 études, n=24904, RR=1,37 IC95 % [1,26-1,50] ; ▶ <i>Counselling</i> par téléphone proactif (pas à l'initiative du fumeur) : 44 études, n=,24811 RR=1,29 IC95 % [1,20-1,38].décomposé de la façon suivante : - <i>Counselling</i> par téléphone versus document d'auto-support ou intervention minimale : 26 études, n=16194, RR=1,34 IC95 % [1,22-1,47], - <i>Counselling</i> par téléphone + intervention brève ou <i>counselling</i> versus intervention brève ou <i>counselling</i> : 9 études, n=2953, RR=1,38 IC95 % [1,14-1,68], - <i>Counselling</i> par téléphone + pharmacothérapie versus pharmacothérapie : 9 études, n=5664,

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			arrêté de fumer récemment		<p>RR=1,16 IC95 % [1,03-1,32].</p> <p>Intensité du <i>counselling</i> par téléphonique proactif : un ou deux appels téléphoniques étaient moins à même de produire un effet intéressant (9 études, n=6274, RR commun=1,07 [0,91 -1,26]), que trois à 6 appels (28 études, n=14597, RR commun=1,34 [1,23-1,47]) et 7 appels ou plus (7 études, n=2940, RR commun=1,39 [1,18-1,63]).</p> <p>Certains tests d'hétérogénéité associés aux méta-analyses de cette revue rejetaient l'homogénéité des études. Des analyses de sensibilité et des modèles à effets aléatoires auraient donc pu être utilisés. Mais les auteurs ont considéré comme acceptables des statistiques $I^2 < 70\%$.</p>
Ferguson et al., 2012 (207) Royaume-Uni Niveau de preuve=3	Essai contrôlé randomisé, plan factoriel (2x2), groupes parallèles	Fumeurs âgés de 16 ans ou plus résidant en Angleterre ayant fait appel à une assistance téléphonique	<p>2 groupes de comparaison</p> <p>Groupe 1 : <i>counselling</i> téléphonique proactif + soutien téléphonique standard</p> <p>Groupe 2 : timbres transdermiques (délivrés)</p>	Abstinence à au moins 6 mois après la date d'arrêt	<p>N=2591</p> <p>Groupe TNS : n=1295 taux de suivi à 1 mois=65,0 % taux de suivi à 6 mois=51,7 % A six mois, le taux d'abstinence des participants ayant reçu un TNS gratuitement était de 17,7 % et le taux d'abstinence de ceux qui n'avaient pas reçu de TNS était de 20,1 % (OR=0,85, IC95 %=[0,70-1,06])</p> <p>Groupe <i>counselling</i> proactif :</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			gratuitement) + soutien téléphonique standard		<p>n=1296 taux de suivi à 1 mois=62,4 % taux de suivi à 6 mois=51,5 % A six mois, le taux d'abstinence des participants ayant reçu un <i>counselling</i> proactif était de 18,2 % et le taux d'abstinence de ceux qui avaient reçu un soutien standard était de 19,6 % (OR=0,92, IC95 %=[0,75-1,14])</p> <p>Limites de l'étude Les auteurs ont déterminé l'effectif de leur étude sur la base d'absence d'interaction entre les deux interventions (mais ils ont testé la présence d'une interaction entre les deux interventions dans une analyse préliminaire : en conséquence, les résultats associés à l'absence d'interaction entre les deux interventions (TNS et <i>counselling</i> proactifs) ont été obtenus avec un manque de puissance statistique. Les résultats rapportés dans cette étude sont donc basés sur une hypothèse d'absence d'interaction non vérifiée. À 6 mois, le taux de suivi des participants n'était que de 52 %. Les résultats sont donc à interpréter avec précaution.</p>

Interventions de soutien via des messages textes par téléphone portable

La revue systématique de Whittaker *et al.* en 2012 (208) (Cf. tableau 47) a évalué l'efficacité des interventions basées sur la téléphonie mobile pour arrêter la consommation de tabac.

Les études concernaient les différents types d'interventions délivrées via le téléphone portable (tout type de fonctions ou applications qu'il est possible d'utiliser via un téléphone portable). Cinq essais ont été inclus dans cette méta-analyse. Trois essais (1 essai néo-zélandais, 2 essais anglais) étaient basés sur le même programme. Dans ces trois programmes, les personnes qui possédaient un téléphone portable et qui désiraient arrêter de fumer étaient recrutées à partir d'une publicité. L'intervention nécessitait de définir un jour d'arrêt du tabagisme dans les trois semaines, et impliquait la réception de messages textuels dans le cadre d'un programme personnel automatisé. Un message journalier était adressé jusqu'au jour d'arrêt, puis cinq à six messages par jour pendant un mois, et enfin un message toutes les deux semaines. Les messages incluaient des conseils d'arrêt et des messages motivationnels pour encourager l'abstinence. Un essai intégrait une intervention via le web (web-based Quit coach) et une intervention par message textuel pour arrêter. Dans cette étude, les participants étaient recrutés via une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt ou par une invitation par mail à participer à une étude sur l'efficacité d'Internet et du téléphone et étaient randomisés dans cinq groupes de ressources différentes : un programme d'arrêt automatisé personnalisé basé sur Internet seulement, un programme de message textuel seulement, les deux programmes (Internet et messages textuels), le choix des trois possibilités précédentes, un traitement minimal. L'intervention par messages textuels fournissait des conseils stratégiques et des messages motivationnels adaptés à la situation du participant. Le cinquième essai néozélandais intégrait une intervention par message vidéo. Les participants recevaient des messages textuels contenant une adresse web menant à un clip vidéo court (d'une durée de moins de 30 secondes). L'intervention incluait des messages journaliers jusqu'au jour d'arrêt, puis deux messages par jour, puis la fréquence des messages diminuait sur une période de six mois. Une méta-analyse intégrant les cinq études rapportait une augmentation significative de l'abstinence à 26 semaines (RR=1,71, IC95 %=[1,47-1,99]) en autorisant jusqu'à trois faux pas (lapses) ou jusqu'à cinq cigarettes. Les auteurs ont choisi de présenter les résultats d'une méta-analyse des cinq études malgré une forte hétérogénéité des études ($I^2=79\%$) ; en effet, les auteurs ont considéré que les protocoles, les interventions et les critères de jugement des différentes études étaient similaires.

En conclusion : les preuves apportées par cette revue de la littérature suggéraient un effet sur l'abstinence à long terme des interventions via le téléphone portable (niveau de preuve 3).

Tableau 47. Interventions de soutien via des messages textes par téléphone portable. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Whittaker et al., 2012 (208) Niveau de preuve =3	Revue systématique Cochrane d'essais contrôlés randomisés ou quasi-randomisés	Déterminer si les interventions basées sur la téléphonie mobile sont efficaces pour aider les fumeurs à arrêter de fumer.	<p>Bases de données : Specialised register of tobacco addiction review group, MEDLINE, EMBASE, Cochrane central register of controlled trials (CENTRAL), UK Clinical Research Network Portfolio, UK clinical trials register.</p> <p>Recherche la plus récente : mai 2012</p> <p>Groupes de comparaisons : Informations minimales :</p> <ul style="list-style-type: none"> – information brèves sur le web et assistance téléphonique ; – un message par quinzaine ; – un message vidéo par quinzaine. <p>Fumeurs qui désirent arrêter de fumer (pas de sélection sur l'âge).</p>	<p>Abstinence à six mois du fumeur (pas du partenaire) ou plus après le début de l'intervention : Abstinence continue Prévalence ponctuelle d'abstinence Toutes mesures de l'abstinence (auto-rapportée avec ou sans mesures biologiques) Avec possibilité de trois faux pas ou la consommation de cinq cigarettes au plus.</p>	<p>5 essais retenus Interventions via le téléphone portable versus</p> <p>5 essais (méta-analyse impossible) L'abstinence à 26 semaines était significativement plus élevée dans le groupe d'intervention comparativement au groupe contrôle RR=1.71 IC95 % [1,47-1,99], n=9100, I²=79 %).</p> <p>Limites de cette revue de la littérature : L'hétérogénéité des études (I²=79 %) Ainsi que le choix du critère de jugement (abstinence partielle) conduisent à considérer avec prudence les résultats de la méta-analyse.</p> <p>En conclusion, les preuves apportées par cette revue de la littérature suggéraient un effet sur l'abstinence à long terme des interventions via le téléphone portable avec un niveau de preuve faible</p>

Interventions de soutien par Internet

La revue systématique de Civljak *et al.* en 2013 (209) (Cf. tableau 48) a évalué l'efficacité des interventions basées sur Internet pour arrêter la consommation de tabac.

Vingt essais étaient analysés dans cette revue de la littérature. Les essais comparaient des programmes basés sur Internet avec une absence d'intervention ou d'autres formes de traitements tels que des livrets d'auto-support. Les interventions basées sur Internet considérées complétaient une pharmacothérapie telle qu'un TNS, du bupropion ou la varénicline. Les interventions pouvaient être interactives, personnalisées ou non interactives. Certains programmes Internet étaient intensifs et incluaient plusieurs contacts de sensibilisation avec les participants, tandis que d'autres étaient basés sur l'action des participants pour initier et maintenir leur utilisation. Dix essais comparaient des interventions basées sur Internet soit avec des interventions non basées sur Internet soit avec une absence d'intervention. Six essais concernaient des adultes, un concernait des étudiants universitaires et trois concernaient des adolescents.

Deux essais intégrant des interventions automatisées similaires chez les adultes fumeurs étaient associés à des taux d'abstinence à 12 mois significativement plus élevés pour les fumeurs ayant bénéficié des interventions via Internet comparativement aux fumeurs ayant bénéficié d'auto-support. Trois essais chez l'adulte n'ont pas montré d'effets significatifs à long terme. Un essai chez l'adulte a montré un effet significatif à trois mois. L'essai chez les étudiants n'a pas montré d'effets sur l'abstinence à long terme. Deux essais chez les adolescents n'ont pas montré d'effets sur l'abstinence comparativement aux groupes contrôles, tandis qu'un troisième essai a mis en évidence un bénéfice d'un complément via Internet dans le cadre d'un programme pour les adolescents. Dix essais chez les adultes comparaient différents sites Internet ou programmes. Il y avait quelques preuves que les sites personnalisés et interactifs étaient plus efficaces que des sites statiques, mais cet effet n'était pas toujours détecté dans tous les essais. Les essais analysés dans cette revue de la littérature ne présentaient pas de résultats concordants. Les auteurs ont conclu que les essais analysés ne montraient aucun effet bénéfique probant. Les auteurs de cette revue ont plaidé pour la mise en place d'études permettant d'évaluer les bénéfices à long terme d'interventions via Internet.

Conclusion : les preuves de l'efficacité des interventions via Internet en complément d'un traitement pharmacologique dans l'aide à l'arrêt du tabagisme n'étaient pas concluantes.

Situation en France

En complément de la ligne d'aide à l'arrêt Tabac Info Service, l'INPES a lancé un site Internet dédié à l'arrêt du tabac : tabac-info-service.fr, dont l'objet est de permettre aux internautes d'accéder à un accompagnement personnalisé dans leur démarche d'arrêt ou celle de leurs proches. On y trouve notamment : 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.

Ce site fournit du matériel d'auto-support (y compris du *coaching* par Internet) destiné aux usagers et des outils destinés aux professionnels de santé.

Les contenus du site actuels ont été rédigés dans le respect des recommandations de bonne pratique éditées par l'ANAES en 1998, par l'Afssaps en 2003 et par la Haute Autorité de Santé en 2004 et 2007. Le site est amené à être actualisé en fonction des nouvelles recommandations de la HAS.

Tableau 48. Interventions de soutien par Internet. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Civiljak et al., 2013 (209) (niveau de preuve =2)	Revue systématique Cochrane d'essais randomisés ou d'essais quasi-randomisés méta-analyse	Déterminer l'efficacité des interventions via Internet pour l'arrêt du tabagisme.	<p>Bases de données : Registre spécialisé Cochrane Tobacco Addiction Group, MEDLINE, EMBASE, Science citation index, CINHALL, PsycINFO, Google Scholar, National research register, US registries, WHO registries.</p> <p>Groupes de comparaisons : absence d'intervention ou autre site/programme Internet</p> <p>Recherche la plus récente : juin 2010.</p>	Abstinence à court terme (1 à 3 mois) ou à long terme (6 mois ou plus).	<p>20 essais répondaient aux critères d'inclusion.</p> <p>Interventions via Internet versus interventions sans Internet ou absence d'interventions 10 essais (6 chez l'adulte, 1 chez l'étudiant, 3 chez l'adolescent)</p> <p>Adultes : 2 essais rapportaient un effet significatif à 12 mois essai 1 : intervention via Internet versus documents d'auto-support RR=2,94 IC95 % [1,49-5,81], n=290 essai 2 : intervention Internet + TNS versus TNS + matériel d'auto-support RR=1,71 IC95 % [1,10-1,71], n=396</p> <p>Les 3 autres essais ne rapportaient pas d'effets significatifs à long terme</p> <p>Etudiants, 1 essai rapportaient un effet significatif à 12 mois intervention via Internet versus liens Internet RR=1,95 IC95 % [1,42-2,69], n=517</p> <p>3 essais chez l'adolescent</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			Fumeurs qui ont participé à des interventions sur Internet : adolescents, jeunes adultes, adultes		<p>1 essai (n=351) a rapporté un effet significatif à 6 mois : intervention Internet + intervention en groupe versus intervention en groupe RR=1,96 IC95 % [1,02-3,77]</p> <p>Comparaison de sites Internet interactifs versus sites statiques ou absence de sites Internet</p> <p>8 essais présentaient des résultats discordants. L'hétérogénéité des études n'a pas permis de mener de méta-analyse valide.</p>

► **Traitements non médicamenteux. Synthèse des recommandations internationales**

Le tableau 49 présente les interventions non médicamenteuses qui figurent dans les recommandations internationales.

► **Conclusion sur les traitements non médicamenteux**

- **L'entretien motivationnel** augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme, plus encore que le conseil bref d'arrêt. Les séances longues (plus de 20 minutes) sont plus efficaces que des séances plus courtes (niveau de preuve 2).
- **La thérapie comportementale** de groupe est plus efficace que le matériel d'auto-support et d'autres interventions moins intensives pour l'arrêt du tabagisme (niveau de preuve 1).
- **La guidance (ou *counselling*)** individuelle par un professionnel formé à l'aide à l'arrêt du tabagisme augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme (niveau de preuve 1). Les interventions de guidance délivrées par des infirmiers(ères) formées sont efficaces (niveau de preuve 1).
- **Les outils d'auto-support** sont plus efficaces que l'absence d'intervention pour l'aide à l'arrêt du tabac, mais ne semblent pas supérieurs au conseil bref d'un professionnel de santé. Ces techniques peuvent être utiles pour les patients qui souhaitent arrêter de fumer mais qui ne souhaitent pas être pris en charge par un professionnel de santé (niveau de preuve 1).
- Deux revues de la littérature montraient que **l'assistance téléphonique** est efficace pour l'aide à l'arrêt du tabagisme (niveau de preuve 2). La probabilité d'arrêt semble d'autant plus grande que l'assistance est intensive (en termes de nombre d'appels) (niveau de preuve 2).
- Une revue de la littérature suggérait un effet sur l'abstinence à long terme des **interventions via le téléphone portable** (niveau de preuve 3).
- Le bénéfice de **l'acupuncture**, de **l'hypnose** et de **l'activité physique** dans l'aide à l'arrêt du tabac est suggéré mais n'est pas établi.
- Il n'y avait pas de preuve de l'efficacité des interventions psychosociales de **soutien du partenaire** du fumeur pour l'arrêt du tabagisme.
- Il n'y avait pas de preuve de l'efficacité des **interventions via Internet** en complément d'un traitement pharmacologique.
- Il n'y avait pas de preuve de l'efficacité des **méthodes aversives** dans l'aide à l'arrêt du tabagisme. Ces méthodes présentent par ailleurs des effets indésirables avérés, propres à leur principe.

► **Avis du groupe de travail**

Il est important de reconnaître la capacité des fumeurs à arrêter seuls et de la valoriser.

Activité physique, acupuncture, hypnose

Ces approches qui bénéficient d'un certain recul, n'ont pas montré à ce jour de risque majeur. Lorsqu'un patient est désireux d'utiliser une de ces méthodes, le praticien peut le comprendre et doit avoir conscience de l'intérêt de l'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.

Consensus avec les données de la littérature sur le reste.

Tableau 49. Traitements non médicamenteux - Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année /Pays	Recommandations
ANAES, 2004 (62) France	<p>Question 3</p> <p>Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de la morbidité et de la mortalité associée à la grossesse. Beaucoup de femmes enceintes sont motivées à l'arrêt du tabac. Il est donc utile de profiter de cette motivation pour instaurer cet arrêt du tabac le plus précocement possible et pour le maintenir en <i>post-partum</i> afin de protéger l'enfant du tabagisme passif. Plus l'arrêt est obtenu précocement, plus les bénéfices semblent importants pour la femme enceinte et le fœtus. Un arrêt à tout stade de la grossesse est cependant bénéfique. À ce titre, les professionnels de santé doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite prénatale et tout au long de la grossesse.</p> <p>Les approches psychologiques et/ou comportementales suivantes peuvent être recommandées en première intention aux différentes étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse ou qui vient d'accoucher selon les modalités suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le conseil minimal (grade B) : il doit être effectué systématiquement à la première consultation et renouvelé par les différents professionnels de santé à chaque rencontre avec la femme enceinte fumeuse ; 2. L'intervention brève (grade B) : elle peut lorsque c'est possible remplacer le conseil minimal et doit être effectuée dans les mêmes conditions ; 3. L'entretien motivationnel (grade B) : il peut être instauré dès l'origine de la démarche de sevrage et renouvelé à chaque consultation ; 4. La TCC (grade B) : elle peut être mise en œuvre à toutes les étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse ; 5. La consultation psychologique : elle peut être mise en œuvre à toutes les étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse.
NICE, 2007 (90) Royaume-Uni	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Chaque personne qui fume devrait recevoir le conseil d'arrêter, à moins qu'il y ait des circonstances exceptionnelles. Les personnes qui ne sont pas prêtes à arrêter devraient être questionnées sur la possibilité d'arrêter et encouragées à chercher de l'aide dans le futur. Si un individu qui fume présente une maladie liée au tabac, le conseil d'arrêt du tabac pourrait être lié à sa condition médicale.</p> <p>Recommandation 2 :</p> <p>Les personnes qui fument devraient être questionnées sur leur intérêt pour arrêter de fumer. Le conseil d'arrêter de fumer doit être adapté aux préférences des personnes, besoins et circonstances : il n'y a pas de preuve que le mode « <i>stages of change</i> » est plus efficace que n'importe quelle autre approche.</p> <p>Recommandation 3 :</p> <p>Les médecins généralistes devraient saisir l'opportunité de conseiller à tous les patients qui fument d'arrêter de fumer quand ils se rendent à une consultation. Ceux qui veulent arrêter devraient être adressés à un service de soutien intensif. S'ils ne sont pas disposés ou incapables d'accepter cette orientation, ils doivent se voir proposer une pharmacothérapie en accord avec la recommandation du NICE n°39 « <i>Guidance on the use of NRT and bupropion for smoking cessation</i> ». Le statut tabagique de ceux qui ne sont pas prêts devrait être enregistré et réévalué avec la personne une fois par an, si possible.</p> <p>Recommandation 4 :</p> <p>Les infirmières en soins primaire et soins de proximité devraient conseiller à toute personne qui fume d'arrêter et de les adresser à un service de support intensif. S'ils ne sont pas disposés ou incapables d'accepter cette orientation, ils doivent se voir proposer une pharma-</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>cothérapie par des praticiens avec une formation adaptée, en accord avec la recommandation du NICE n°39 « <i>Guidance on the use of NRT and bupropion for smoking cessation</i> ». Les infirmières qui sont formées comme conseillers « <i>NHS Stop Smoking</i> » peuvent les adresser à elles-mêmes quand c'est approprié. Le statut tabagique de ceux qui ne sont pas prêts à arrêter devrait être enregistré et réévalué avec la personne une fois par an, si possible.</p> <p>Recommandation 5 :</p> <p>Tous les professionnels de santé, tels que les cliniciens hospitaliers, les pharmaciens et les dentistes devraient adresser les personnes qui fument à un service de soutien intensif.</p> <p>Si l'individu n'est pas disposé ou incapable d'accepter cette orientation, les praticiens avec une formation adaptée devraient proposer une pharmacothérapie en accord avec la recommandation du NICE n°39 « <i>Guidance on the use of NRT and bupropion for smoking cessation</i> » et une aide supplémentaire. Ceux qui sont formés comme conseillers « <i>NHS Stop Smoking</i> » peuvent les adresser à eux-mêmes. Si possible, le statut tabagique de ceux qui ne sont pas prêts devrait être enregistré et réévalué avec la personne une fois par an.</p> <p>Recommandation 6 :</p> <p>Les travailleurs sociaux (<i>community workers</i>) devraient adresser les personnes qui fument à un service de soutien intensif. Ceux qui sont formés comme conseillers « <i>NHS Stop Smoking</i> » peut les adresser à eux-mêmes.</p> <p>Recommandation 7 :</p> <p>Les autorités de santé stratégiques, les hôpitaux du NHS, les PCT (groupes de soins primaires), les pharmacies communautaires, les autorités locales et les groupes communautaires locaux devraient revoir les politiques d'arrêt du tabac et les pratiques pour tenir compte des recommandations de ce guide.</p> <p>Recommandation 8 :</p> <p>Le conseil d'arrêt du tabac et le soutien devraient être disponibles dans la communauté, les lieux de soins primaires et secondaires pour toute personne qui fume. Les décideurs politiques devraient atteindre les populations difficiles à toucher, en ayant une attention particulière à leurs besoins.</p> <p>Recommandation 9 :</p> <p>Des systèmes de surveillance doivent être mis en place pour garantir que les professionnels de santé ont accès à des informations sur le statut tabagique de leurs patients. Cela devrait inclure des informations sur : a) l'occasion la plus récente pendant laquelle le conseil d'arrêter a été donné ; b) la nature du conseil offert ; c) la réponse à ce conseil.</p>
<p>NICE, 2008 (91) Royaume-Uni</p>	<p>Il a été prouvé que les interventions d'arrêt du tabac suivantes sont efficaces :</p> <p>Interventions courtes :</p> <p>Des interventions courtes pour l'arrêt au tabac impliquent des conseils d'arrêt, une discussion, une négociation ou un encouragement et une orientation vers une prise en charge spécialisée si nécessaire. Ces interventions sont délivrées par un éventail de professionnels de premiers recours et de centre spécialisés, généralement en moins de 10 minutes. L'ensemble de l'intervention dépend d'un nombre de facteurs qui incluent la motivation du patient, l'acceptation de l'intervention, et les méthodes que le patient a déjà utilisées. Cette intervention peut inclure un ou plus des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conseil d'arrêt simple ; - évaluation de la motivation à l'arrêt ; - traitement pharmacologique ou comportemental ; - matériel d'auto-soutien ;

Année /Pays	Recommandations
	<p>- orientation vers une prise en charge spécialisée.</p> <p>Counselling comportemental individuel : Le <i>counselling</i> individuel comportemental implique des rencontres programmées en face à face entre un fumeur et un conseiller formé à l'arrêt du tabac. Typiquement, cela implique des sessions chaque semaine sur une période d'au moins quatre semaines après la date d'arrêt et est normalement combinée avec un traitement pharmacologique.</p> <p>Thérapie comportementale de groupe : Cette thérapie implique des rencontres programmées pendant lesquelles les fumeurs bénéficient d'informations, de conseils et d'encouragements et une intervention comportementale (par exemple, la thérapie comportementale cognitive). Cette thérapie est proposée chaque semaine pour au moins les quatre premières semaines qui suivent la date d'arrêt. Cette thérapie est normalement combinée avec une pharmacothérapie.</p> <p>Pharmacothérapie Les conseillers d'aide à l'arrêt au tabac et les professionnels de santé peuvent recommander et prescrire un TNS, de la varénicline ou du bupropion comme une aide aux personnes pour arrêter de fumer, avec la délivrance de conseils, d'encouragement et de soutien, ou une orientation vers un service d'aide à l'arrêt au tabac. Avant de prescrire un traitement, ils prennent en compte les intentions et la motivation de la personne à arrêter de fumer et la vraisemblance de la compliance au traitement. Ils doivent aussi considérer les traitements préférés par la personne, les tentatives d'arrêt précédentes (et comment), et les raisons médicales pour lesquelles certaines pharmacothérapies ne doivent pas être prescrites.</p> <p>Outils d'auto-support Ces outils comprennent tout manuel ou programme structuré, dans un format écrit ou électronique, qui peut être utilisé par des individus dans une tentative d'arrêt sans l'aide de professionnels de santé, de conseillers ou du soutien d'un groupe. Ces outils peuvent être à destination de toute personne qui fume, des populations particulières ou peuvent être adaptés à un besoin individuel.</p> <p>Counselling téléphonique et lignes téléphoniques pour arrêter de fumer Le <i>counselling</i> téléphonique et les lignes téléphoniques pour arrêter de fumer fournissent des encouragements et un soutien par téléphone à toute personne qui souhaite arrêter de fumer, ou qui a récemment arrêté de fumer. Les conseillers peuvent appeler le patient (service proactif) et le patient peut appeler le service (service réactif).</p> <p>Médias Les campagnes médiatiques combinent des formes multiples de médias, telles que la TV, la radio et la publicité dans les journaux nationaux. Ils peuvent être utilisés isolément pour encourager et supporter des tentatives d'arrêt ou en combinaison avec d'autres activités à des niveaux locaux, régionaux et nationaux.</p> <p>Services d'arrêt du tabac Recommandation 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer les caractéristiques de la population locale des personnes qui fument ou utilisent d'autres formes de tabac. Déterminer la prévalence de toutes les formes de tabac utilisées localement. ▪ Garantir que les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS touchent les minorités et les communautés désavantagées socialement dans la population locale. ▪ Garantir que les « <i>Stop Smoking Service</i> » fournissent un bon service en maintenant des niveaux adéquates de personnel, incluant un coordonnateur à temps plein (ou l'équivalent).

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir des objectifs réalistes de performance pour d'une part, le nombre de personnes utilisant le service et d'autre part, la proportion de ceux qui arrêtent de fumer avec succès. Ces objectifs doivent refléter les caractéristiques démographiques de la population locale. ▪ Auditer les données de performance en routine et indépendamment, et rendre les résultats disponibles. ▪ Établir des liens entre les services de contraception et les services ante- et postnataux. Ces liens devraient assurer aux professionnels de santé les opportunités nombreuses qui leur sont accessibles (à plusieurs étapes de la vie de la femme) pour offrir un conseil aux fumeurs ou orienter vers un service spécialisé, quand cela est approprié. <p>Recommandation 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir un conseil comportemental, une thérapie de groupe, une pharmacothérapie ou une combinaison de traitement qui a été identifié comme efficace. ▪ Garantir que les patients reçoivent un support comportemental d'une personne qui a une formation conforme aux standards de la formation des traitements d'arrêt du tabac ou ses mises à jour. ▪ Fournir un conseil adapté, un conseil et un support, particulièrement aux patients des minorités et des groupes désavantagés. Fournir des services dans le langage choisi par les patients à chaque fois que cela est possible. ▪ Garantir que le « <i>NHS Stop Smoking Service</i> » a pour objectif de traiter les minorités et les groupes désavantagés au moins en proportion de leur représentation dans la population locale d'utilisateurs de tabac. <p>Recommandation 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer que les lignes téléphoniques subventionnées par les pouvoirs publics offrent une réponse rapide, positive et fiable. Quand cela est possible, les personnes qui appellent, dont la première langue n'est pas l'anglais, devraient avoir accès à une information et un soutien dans une langue de leur choix. ▪ Tout le personnel devrait recevoir une formation à l'arrêt du tabac (au moins pour les interventions brèves pour aider les personnes à arrêter de fumer). ▪ Le personnel qui propose le <i>counselling</i> devrait être formé au moins au niveau 2 (<i>counselling</i> comportemental individuel) et de préférence, ils devraient obtenir une qualification appropriée en <i>counselling</i>. La formation devrait être conforme aux « <i>Standards for training in smoking cessation treatments</i> » ou ses mises à jour. <p>Recommandation 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les praticiens devraient fournir un TNS et un soutien approprié aux individus qui veulent suivre une stratégie de réduction assistée de nicotine pour arrêter de fumer seulement si cela fait partie d'une étude de recherche bien construite et bien menée. Les participants devraient inclure ceux qui ont essayé d'arrêter de façon répétée et ont échoué et ceux qui insistent sur le fait qu'ils ne veulent pas arrêter brusquement. <p><u>Groupe spécifiques</u></p> <p>Recommandation 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les professionnels de santé devraient être entraînés à donner un bref conseil sur l'arrêt du tabac et devraient avoir des contacts avec le service local « <i>Stop Smoking</i> » du NHS auquel ils peuvent adresser leur patient. ▪ Les professionnels de santé devraient identifier et enregistrer le statut tabagique de tous leurs patients. Ceux qui utilisent du tabac devraient : <ul style="list-style-type: none"> ○ être sensibilisés aux bénéfices sur la santé d'arrêter de fumer à chaque opportunité ; ○ se voir proposer un conseil bref, et s'ils veulent arrêter d'utiliser du tabac, être orientés au service local du NHS « <i>Stop Smoking</i> ». Si les patients ne veulent pas se rendre au service, ils doivent se voir proposer un conseil bref et un soutien pour les

Année /Pays	Recommandations
	<p>aider à arrêter, et une pharmacothérapie si approprié.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les patients retenus pour une chirurgie programmée devraient être encouragés à arrêter de fumer avant l'opération. Les patients qui veulent arrêter de fumer pour de bon devraient aussi être adressés au service local « <i>Stop Smoking</i> » du NHS. Dans les hôpitaux, les patients qui utilisent du tabac sous n'importe quelle forme devraient se voir proposer un conseil, si approprié, un TNS par un professionnel de santé formé ou par un conseiller en arrêt du tabac pendant qu'ils sont à l'hôpital pour les aider à arrêter le tabac. Ils devraient aussi se voir proposer un rendez-vous avec leur service local du NHS « <i>Stop Smoking</i> ». S'ils acceptent la proposition, le rendez-vous devrait être réservé avant leur départ de l'hôpital. Dans des conditions exceptionnelles, il peut être inapproprié de conseiller un patient à arrêter, par exemple, à cause de leur condition ou situation personnelle. PCT (<i>Primary Care Trust</i>) devraient garantir que les services <i>Stop Smoking</i> du NHS peuvent fournir des supports d'arrêt aux hôpitaux. Cela devrait inclure un système d'orientation après le départ des hôpitaux pour les patients qui ont essayé d'arrêter de fumer à l'hôpital. Les PCT devraient développer un plan clair d'orientation avec des liens entre les <i>primary and acute trusts</i>. <p>Recommandation 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Proposer un conseil bref ou de préférence un soutien comportemental du service local du NHS « <i>Stop Smoking</i> » et des prescriptions de TNS, de la varénicline ou du bupropion en fonction d'un jugement clinique. <p>Recommandation 8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Au premier contact avec la femme, discuter son statut tabagique, fournir une information sur les risques du tabagisme sur l'enfant à naître et les risques d'exposition au tabagisme passif. Aborder toutes les questions qu'elle ou son partenaire ou sa famille peut avoir sur l'arrêt du tabac. Proposer une information personnalisée, un conseil et un soutien sur la façon d'arrêter de fumer. Encourager les femmes enceintes à utiliser les services locaux « <i>Stop Smoking</i> » du NHS et la ligne d'aide téléphonique du NHS « <i>Pregnancy</i> » en fournissant des informations sur leurs accès (quand, où et comment). Envisager de visiter les femmes enceintes à la maison s'il est difficile pour elle de se rendre dans des services spécialisés. Surveiller le statut tabagique et proposer un conseil d'arrêt du tabac, un encouragement et un soutien tout au long de la grossesse et au-delà. Discuter les risques et bénéfices du TNS avec les femmes enceintes qui fument, particulièrement celles qui ne souhaitent pas accepter la proposition d'aide du service « <i>Stop Smoking</i> » du NHS. Si une femme exprime un désir clair de recevoir un TNS, utiliser un jugement professionnel pour décider de proposer une prescription. Conseiller les femmes enceintes qui utilisent des patchs nicotiniques de les retirer avant d'aller au lit. <p>Recommandation 9 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Au premier contact avec la femme, discuter son statut tabagique, fournir une information sur les risques du tabagisme passif pour les jeunes enfants et aborder toutes les questions sur l'arrêt du tabac. Proposer des informations, conseils et soutien sur la façon d'arrêter le tabagisme et encourager l'utilisation (ou le recours) aux services locaux « <i>Stop Smoking</i> » du NHS en fournissant des informations sur leurs accès (quand, où et comment). Utiliser toute opportunité pour proposer à ces mères, qui sont (ou pourraient être) éligibles pour le « <i>Healthy start scheme practical and personalised information</i> », des conseils et un soutien pour les aider à arrêter de fumer. Discuter des risques et bénéfices du TNS avec les mères qui allaitent et qui ont essayé d'arrêter de fumer mais qui n'ont pas été capables d'arrêter de fumer sans aide. Utiliser un jugement professionnel pour décider de conseiller ou non l'utilisation de TNS ou de proposer une prescription de TNS. Conseiller les femmes qui allaitent et qui utilisent des patchs nicotiniques de les retirer avant d'aller se coucher.

Année /Pays	Recommandations
	<p>Recommandation 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Proposer aux jeunes personnes âgées de 12 à 17 ans des informations, un conseil et un soutien sur la façon d'arrêter de fumer. Encourager l'utilisation des services locaux du « <i>Stop Smoking</i> » du NHS en fournissant des informations sur leurs accès (quand, où et comment). Faire appel à un jugement professionnel pour décider de proposer ou pas à des enfants de plus de 12 ans qui manifestent une dépendance à la nicotine. Si un TNS est prescrit, le proposer comme un élément d'une prise en charge avec un accompagnement. <p>Les recommandations 13 à 16 concernent les stratégies, politiques et plans de santé.</p>
NICE, 2010 (210) Royaume-Uni	<p>Recommandation 1 : Organisations larges ou approche « école dans sa globalité »</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer une politique anti-tabac en consultant les jeunes personnes et le personnel. Cela devrait inclure des activités de prévention du tabagisme (conduites par des adultes ou des jeunes personnes) et la formation et le développement du personnel. La politique devrait prendre en compte les besoins culturels, d'éducation, physiques des enfants et de personnes jeunes. Garantir que la politique forme une partie de la stratégie plus large de santé de l'école sur le bien-être, l'éducation sexuelle, l'éducation sur les drogues et le comportement. Appliquer la politique à toute personne utilisant les locaux, pour n'importe quel but à n'importe quel moment. N'autoriser aucun endroit qui puisse être dédié au tabagisme. Faire la publicité de la politique et garantir que cette publicité soit accessible de façon à ce que toute personne utilisant les locaux soit informée de son contenu. <p>Recommandation 2 : interventions menées par les adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> Intégrer les informations des effets sur la santé de l'utilisation du tabac, ainsi que les aspects légaux, économiques et sociaux du tabagisme dans le déroulement de l'intervention. Délivrer des interventions dont le but est de prévenir l'entrée dans le tabagisme dans le cadre de PSHE et des activités liées à <i>Healthy Schools</i> ou <i>Healthy Further Education Status</i>. Les lier à la politique anti-tabac et impliquer les enfants et les jeunes adultes dans leurs conceptions. Soutenir l'éducation sur le tabac dans la classe avec des activités « booster » supplémentaires jusqu'à l'âge du départ de l'école. Cela peut inclure des journées santé ou des conférenciers invités. Encourager les parents et les personnes en charge des enfants à s'investir. Travailler avec des partenaires impliqués dans la prévention du tabagisme et les activités d'aide à l'arrêt pour délivrer des interventions. Cela peut inclure des services locaux d'amélioration de la santé, des guides régionaux de politique sur le tabac, des alliances locales de contrôle du tabac et des services d'aide à l'arrêt du tabac du NHS. <p>Recommandation 3 : interventions menées par les pairs</p> <p>Les interventions menées par les pairs ont pour but de prévenir l'entrée dans le tabagisme. Elles doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> se rattacher à des activités pertinentes, être délivrées en classe et informellement, hors de la classe ; être menées par des personnes jeunes nommées par les élèves eux-mêmes (les pairs peuvent être du même âge ou plus âgés) ; garantir que les pairs sont formés en dehors de l'école par des adultes ayant l'expertise appropriée ; garantir que les pairs reçoivent un soutien de ces experts tout au long du déroulement du programme ; garantir que les personnes jeunes peuvent considérer et, si nécessaire, remettre en cause le pair et les normes familiales sur le tabagisme, discuter des risques associés avec le tabagisme et les bénéfices de ne pas fumer.

Année /Pays	Recommandations
NICE, 2010 (109) Royaume-Uni	<p>Recommandation 1 : Identifier les femmes qui fument et les adresser à des « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS – actions pour les sages-femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimer l'exposition des femmes au tabac à travers une discussion et un test du taux CO. Expliquer que le test du taux de CO va pouvoir lui donner une mesure physique de son tabagisme et son exposition au tabagisme des autres personnes. Lui demander si une autre personne de sa famille fume. ▪ Aider à interpréter la lecture du test de CO, établir si elle est un petit fumeur ou fumeur occasionnel. D'autres facteurs à considérer le jour du test sont l'instant de la dernière cigarette fumée et le nombre de cigarettes fumées (et quand) (note : les niveaux de CO chutent durant la nuit, et donc des lecteurs de test le matin peuvent donner des résultats faibles). ▪ Fournir des informations (par exemple, un dépliant) sur les risques du tabagisme durant la grossesse pour l'enfant à naître et les risques d'exposition au tabagisme passif pour la mère et l'enfant. Les informations doivent être disponibles dans des formats différents. ▪ Expliquer les bénéfices sur la santé de l'arrêt du tabac pour la femme et son bébé. Lui conseiller d'arrêter, pas juste de diminuer. ▪ Expliquer que c'est une pratique normale de s'adresser aux femmes qui fument pour les aider à arrêter et qu'une sage-femme spécialiste ou un conseiller l'appellera et lui proposera une aide (note : un conseiller spécialisé doit proposer cette aide pour minimiser le risque que la femme se désengage de cette démarche). ▪ Adresser toutes les femmes qui fument, ou qui ont arrêté de fumer lors des deux dernières semaines, aux services « <i>Stop Smoking</i> » du NHS. Si elles ont un haut niveau de CO (plus de 10 pm) mais disent qu'elles ne fument pas, informer-leur d'un empoisonnement possible au CO et demander-leur d'appeler la ligne gratuite du « <i>Health and Safety Executive gas safety</i> ». ▪ Organiser un rendez-vous et si les femmes veulent parler à quelqu'un au téléphone à ce moment, donner le numéro de la ligne du NHS « <i>Pregnancy Smoking Helpline</i> ». Fournir aussi le numéro local d'une assistance téléphonique si elle est disponible. ▪ Si son partenaire ou d'autres fument dans la famille, suggérer-leur qu'ils contactent les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NS. Si personne ne fume, formuler un commentaire positif. ▪ Au prochain rendez-vous, tester si la femme s'est engagée dans cette orientation. Si non, lui demander si elle est intéressée pour arrêter de fumer et lui proposer un autre rendez-vous au service. ▪ Si elle accepte cette orientation, organiser un rendez-vous et donner le numéro de l'assistance téléphonique « <i>Pregnancy Smoking Helpline</i> » du NHS. ▪ Si elle décline la démarche, accepter la réponse sans jugement, et laisser ouverte la proposition d'aide. Souligner aussi l'aide flexible que beaucoup de services « <i>Stop Smoking</i> » du NHS proposent aux femmes enceintes (par exemple, certains services proposent des visites à domicile). ▪ Si la démarche a été enclenchée, fournir un commentaire. ▪ Pour chacune des étapes ci-dessus, enregistrer le statut tabagique, les niveaux de CO, que l'orientation soit acceptée ou déclinée. Cela doit être enregistré dans le dossier papier de la femme. ▪ Si un dossier papier n'est pas disponible, utiliser des protocoles locaux pour enregistrer cette information. <p>Recommandation 2 : Identifier les femmes qui fument et les adresser à des « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS – actions pour les autres dans les secteurs publics, communautaires et bénévoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser n'importe quel rendez-vous ou réunion comme une opportunité pour demander aux femmes si elles fument. Si elles fument, expliquer comment les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS peuvent aider et conseiller les personnes à arrêter de fumer. ▪ Proposer à ceux qui veulent arrêter de fumer une orientation vers les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS.

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser une orientation. Enregistrer cela dans le dossier papier. Si aucun dossier papier n'est disponible localement, utiliser les protocoles locaux pour enregistrer cette information. ▪ Donner le numéro de la ligne du NHS « <i>Pregnancy Smoking Helpline</i> » si elles veulent parler à quelqu'un au téléphone à ce moment. Fournir aussi le numéro local d'une assistance téléphonique si elle est disponible. ▪ Le personnel avec une formation spécialisée devrait fournir aux femmes enceintes qui fument des informations (par exemple, un dépliant) sur les risques du tabagisme pendant la grossesse pour l'enfant à naître. Ils devraient aussi fournir des informations sur les risques de l'exposition au tabagisme passif pour la mère et le bébé et sur les bénéfices de l'arrêt du tabagisme. Les informations devraient être disponibles dans différents formats. <p>Recommandation 3 : NHS Stop Smoking Service – contacting referrals</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Téléphoner à toutes les femmes adressées pour une aide. Discuter du tabagisme et de la grossesse et des problèmes auxquels elles font face, en utilisant une approche impartiale « <i>client-centered</i> » axée sur la patiente. Si nécessaire (et si les ressources le permettent), les appeler deux fois et effectuer un suivi avec une lettre. Informer la sage-femme du résultat. ▪ Tenter de voir celles qui ne peuvent pas être contactées par téléphone. Cela peut arriver durant une visite en routine de consultations prénatales. ▪ Résoudre tout problème qui empêche les femmes d'utiliser les services d'aide à l'arrêt du tabagisme. Cela peut inclure un manque de confiance dans leur capacité à arrêter de fumer, un manque de connaissance des services possibles, une difficulté d'y accéder ou une absence de prise en charge adéquate des enfants. Cela peut aussi inclure une peur d'échouer et des inquiétudes sur le fait d'être stigmatisée. ▪ Si les femmes sont réfractaires à se rendre à la clinique, fournir des outils <i>self-help</i> ou des supports via l'assistance téléphonique. Offrir aussi de les rencontrer à la maison, s'il est difficile pour elles de se rendre dans des services spécialisés. ▪ Envoyer des informations sur le tabagisme et la grossesse à celles qui renoncent pendant l'appel téléphonique initial. Cela devrait inclure des détails sur la façon d'obtenir de l'aide à une date ultérieure. De telles informations devraient être accessibles aisément et disponibles dans des formats différents. <p>Recommandation 4 : NHS Stop Smoking Service – initial support and ongoing support</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pendant la première rencontre en face à face, discuter combien de cigarettes la femme fume et à quelle fréquence. Demander si quelqu'un d'autre fume dans la famille (cela inclut le partenaire si elle en a un). ▪ Fournir des informations sur les risques de fumer pour un enfant à naître et les bénéfices pour la mère et le bébé. ▪ Résoudre tout problème qu'elle et son partenaire ou sa famille peuvent avoir sur l'arrêt du tabagisme et fournir des informations personnalisées, conseil et support sur la façon d'arrêter. ▪ Si les partenaires ou d'autres membres de la famille sont présents à la première rencontre en face à face, encourager ceux qui fument à arrêter. S'ils fument mais ne sont pas présents à cette rencontre, demander à la femme enceinte de suggérer qu'ils contactent le <i>Stop Smoking Service</i> du NHS et lui fournir les détails des contacts. ▪ Fournir à la femme un soutien intensif et constant (les interventions courtes isolées ne sont probablement pas efficaces) tout au long de la grossesse et au-delà. Cela inclut la surveillance régulière de son statut tabagique à l'aide des tests de niveaux de CO. Ce test peut l'encourager à arrêter de fumer et peut être un moyen utile de fournir un commentaire positif une fois qu'une tentative d'arrêt a été faite.

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valider biochimiquement que la femme a arrêté de fumer à la date qu'elle a établie et 4 semaines plus tard. Quand cela est possible, utiliser des tests urinaires ou salivaires de dépistage de la cotinine, parce qu'ils sont plus précis que les tests de niveaux de CO et peuvent détecter des expositions sur les jours précédents plutôt que sur les heures précédentes. Tester si la femme utilise un TNS parce que cela peut augmenter ses taux de cotinine. ▪ Si la femme dit qu'elle a arrêté de fumer, mais que le test de taux de CO est plus élevé que 10 ppm, informer-la d'un empoisonnement possible au CO et demander-lui d'appeler la ligne gratuite du « <i>Health and Safety Executive gas safety</i> ». Cependant, il est plus probable qu'elle continue à fumer et toute question doit être posée de façon adaptée pour encourager une discussion franche. ▪ Si elle a arrêté de fumer dans les deux semaines précédent son rendez-vous à la maternité, continuer à fournir une aide, en lien avec les recommandations ci-dessus et les protocoles des « <i>NHS Stop Smoking Service</i> » ▪ Enregistrer la méthode utilisée pour arrêter de fumer, incluant si oui ou non elle a reçu aide et soutien. Faire un suivi jusqu'à 12 mois après la date qu'elle a fixée pour arrêter. ▪ Établir des liens avec des services de contraception, fertilité et services pré- et postnatals de façon à ce que toute personne qui travaille dans ces services connaisse les services locaux <i>Stop Smoking</i> du NHS. Assurer-vous qu'ils comprennent quels sont les services et la façon de leur adresser une personne.
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p>DEMANDER Questionner et documenter le statut tabagique de tous les patients. Pour les fumeurs ou les personnes qui ont arrêté de fumer récemment, le statut tabagique doit être évalué et mis à jour régulièrement. Des systèmes doivent être mis en place dans tous les centres de santé (centres médicaux, cliniques, hôpitaux, etc.) pour assurer que le statut tabagique soit régulièrement documenté (solidité des preuves = A).</p> <p>CONSEIL BREF Tous les médecins doivent fournir un conseil bref pour arrêter de fumer au moins une fois par an à tous les patients qui fument (solidité des preuves = A). Tous les autres professionnels de santé doivent aussi fournir un conseil bref pour arrêter de fumer une fois par an à tous les patients qui fument (solidité des preuves = B). Enregistrer la prestation de conseil bref dans les dossiers des patients (solidité des preuves = C). Les professionnels de santé doivent rechercher une formation adaptée pour les mettre en capacité de fournir des conseils courts. Cette formation doit inclure des informations sur les preuves disponibles associées à l'arrêt du tabagisme (solidité des preuves = B).</p> <p>AIDE À L'ARRÊT Soutien par téléphone Fournir un conseil téléphonique. Les fumeurs peuvent être dirigés vers un service téléphonique dédié à l'arrêt du tabagisme (solidité des preuves = A).</p> <p>Soutien en face à face Fournir un soutien en face à face pour arrêter de fumer, soit à l'attention d'un seul patient ou à l'attention de groupes de fumeurs, est une méthode efficace pour l'arrêt du tabagisme (solidité des preuves = A).</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Avoir pour but de rencontrer les personnes au moins lors de quatre sessions de conseils (solidité des preuves = A).</p> <p>Les professionnels de santé qui proposent des sessions de conseils basées sur les preuves médicales (qui sont plus que des conseils courts) doivent rechercher une formation adaptée (solidité des preuves = C).</p> <p>Les professionnels de santé formés pour fournir une aide à l'arrêt du tabac nécessitent un temps dédié pour le soutien à l'arrêt du tabac (solidité des preuves = C).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme pour les femmes enceintes et les femmes qui allaitent</p> <p>Proposer à toutes fumeuses enceintes et toutes les fumeuses qui allaitent des sessions d'arrêt du tabac par un spécialiste ou un service dédié à l'arrêt du tabac (solidité des preuves =A).</p> <p>Tous les professionnels de santé doivent conseiller brièvement les fumeuses enceintes et les fumeuses qui allaitent d'arrêter de fumer (solidité des preuves =A).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme pour les personnes hospitalisées et en attente de chirurgie</p> <p>Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs hospitalisés (solidité des preuves = A).</p> <p>Mettre en place des sessions intensives de soutien, une médication pour au moins un mois pour tous les patients hospitalisés fumeurs (solidité des preuves = A).</p> <p>Conseiller brièvement les fumeurs en attente d'opération et mettre en place un soutien en amont de la chirurgie (solidité des preuves = A).</p> <p>Tous les hôpitaux doivent avoir des systèmes établis pour aider les patients à arrêter de fumer. Cela inclut de fournir en routine des conseils pour arrêter de fumer et soit de disposer d'un service dédié à l'arrêt du tabac dans l'hôpital ou bien de mettre en place un traitement d'arrêt du tabac dans un service externe (solidité des preuves =B).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme pour les personnes qui utilisent des services de santé mentale</p> <p>Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs utilisateurs des services de santé mentale (solidité des preuves = A).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme pour les utilisateurs de services d'addictologie</p> <p>Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs utilisateurs de services d'addictologie (solidité des preuves = A).</p> <p>Personnes qui ont fait des tentatives répétées d'arrêter du tabagisme</p> <p>Fournir un conseil court d'arrêter de fumer à toutes les personnes qui ont rechuté (solidité des preuves = A).</p> <p>Proposer des sessions d'arrêt du tabac qui incluent des composantes efficaces connues à l'attention des personnes faisant une nouvelle tentative d'arrêt (solidité des preuves= A).</p>
<p>The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), 2007 (96) Australie</p>	<p>Pour les patients non dépendants à la nicotine ou les patients non disposés à bénéficier d'un traitement médicamenteux :</p> <p>soutenir les tentatives d'arrêt avec des stratégies non pharmacologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Counselling</i> ; - stratégies cognitives et stratégies comportementales de coping : repousser la prise de tabac, respirer profondément, boire de l'eau, faire quelque chose d'autre ; - proposer des informations écrites ; - proposer une orientation vers une assistance téléphonique ou vers une autre assistance ; - organiser une visite de suivi, si besoin.

Année /Pays	Recommandations
US Department of Health and Human Services, 2008 (93) États-Unis	<p>10 recommandations majeures</p> <p>L'objectif principal de ces recommandations est que les cliniciens recommandent fortement à leurs patients qui utilisent du tabac les traitements par <i>counselling</i> et médicamenteux, et que les systèmes de santé, les assureurs, et les acheteurs soutiennent les cliniciens pour rendre disponibles ces traitements efficaces.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les traitements de la dépendance du tabac sont efficaces pour un large éventail de populations. Les cliniciens devraient encourager chaque patient désireux de faire une tentative d'arrêt à utiliser les traitements par <i>counselling</i> et les médicamenteux recommandés dans ces recommandations. 2. Le traitement bref de dépendance au tabac est efficace. Les cliniciens devraient proposer à chaque patient qui utilise du tabac au moins les traitements brefs dont l'efficacité est rapportée dans ces recommandations. 3. Le <i>counselling</i> individuel, le <i>counselling</i> en groupe et le <i>counselling</i> par téléphone sont efficaces et leur efficacité augmente avec l'intensité du traitement. Deux composantes de <i>counselling</i> sont particulièrement efficaces, et les cliniciens devraient les utiliser quand ils conseillent aux patients de faire une tentative d'arrêt : <ul style="list-style-type: none"> - le <i>counselling</i> pratique (résolution de problèmes / acquisitions de compétences) ; - le soutien social délivré comme une partie du traitement. 4. Le <i>counselling</i> et la médication sont efficaces quand ils sont utilisés pour traiter la dépendance au tabac. Cependant, la combinaison du <i>counselling</i> et des médicaments est plus efficace que leur utilisation isolée. Ainsi, les cliniciens devraient encourager tous les individus faisant une tentative d'arrêt à utiliser les deux : le <i>counselling</i> et les médicaments. 5. Le <i>counselling</i> par assistance téléphonique est efficace avec des populations diverses et a une vaste portée. Donc, les cliniciens et offreurs de soins devraient assurer un accès des patients à des assistances téléphoniques pour arrêter et promouvoir l'utilisation de cette assistance téléphonique. 6. Si un utilisateur de tabac n'est pas disposé à faire une tentative d'arrêt, les cliniciens devraient utiliser les traitements motivationnels proposés dans ces recommandations pour être efficaces en augmentant les tentatives d'arrêt dans le futur. 7. Les traitements de la dépendance au tabac sont cliniquement efficaces et hautement coût-efficaces relativement aux interventions pour d'autres troubles cliniques. Fournir une couverture pour ces traitements augmente les taux d'arrêt. Les assureurs et les acheteurs devraient garantir que tous les plans d'assurance incluent le <i>counselling</i> et les médicaments. <p>Dépistage de l'utilisation du tabac</p> <p>Tous les patients devraient être questionnés sur leur consommation de tabac, et devraient avoir leur statut de consommation renseigné de façon régulière (Grade A).</p> <p>Évaluation spécialisée</p> <p>Lorsqu'un consommateur de tabac est identifié et que le conseil d'arrêter de consommer du tabac a été donné, le médecin doit évaluer l'envie du patient d'arrêter à l'instant (Grade C).</p> <p>Le traitement de la dépendance au tabac est efficace et devrait être proposé même lorsque des évaluations spécialisées ne sont pas utilisées ou disponibles (Grade A).</p> <p>Conseil d'arrêter de fumer</p> <p>Tous les médecins devraient conseiller fortement à chacun des patients fumeurs d'arrêter de fumer parce que les preuves montrent que le conseil du médecin augmente les taux d'abstinence (Grade A).</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Intensité des interventions cliniques</p> <p>Les interventions brèves durant moins de 3 minutes augmentent les taux d'abstinence. Chaque consommateur de tabac devrait se voir offrir au moins une intervention brève, qu'il soit ou non orienté vers une intervention plus importante (Grade A).</p> <p>Il y a une relation dose-réponse forte entre la durée du contact en face à face et le succès du traitement. Les interventions intensives sont plus efficaces que les interventions moins intensives et devraient être utilisées à chaque fois que cela est possible (Grade A).</p> <p>Les traitements délivrés en face à face durant quatre sessions ou plus apparaissent efficaces pour augmenter les taux d'abandons. Donc, si cela est possible, les cliniciens doivent s'efforcer de rencontrer quatre fois ou plus les individus désirant ne plus consommer de tabac (Grade A).</p> <p>Formats des traitements psychosociaux</p> <p>Le <i>counselling</i> téléphonique proactif, le <i>counselling</i> en groupe et le <i>counselling</i> individuel sont efficaces et devraient être utilisés dans les interventions pour abandonner la consommation de tabac (Grade A).</p> <p>Les interventions d'arrêt du tabac qui sont délivrées sous de multiples formats augmentent les taux d'abandon et devraient être encouragées (Grade A).</p> <p>Les outils sur mesure, qu'ils soient imprimés ou accessibles via le Web, sont efficaces pour aider les personnes à arrêter de consommer du tabac. Donc, les cliniciens peuvent choisir de fournir des outils sur mesure d'auto-support à leurs patients qui désirent arrêter de fumer (Grade B).</p> <p>Types de <i>counselling</i> et thérapies comportementales</p> <p>Deux types de conseils et de thérapies comportementales produisent des taux d'arrêt plus élevés : (1) fournir aux fumeurs un <i>counselling</i> pratique (compétences de résolution de problèmes / acquisition de compétences) ;</p> <p>(2) fournir un soutien et des encouragements. Ces types de conseils doivent être intégrés dans les interventions d'arrêt du tabac (Grade B).</p> <p>Combinaison du <i>counselling</i> et des médicaments</p> <p>La combinaison du <i>counselling</i> et de la prise de médicament est plus efficace pour l'arrêt du tabac que la prise de médicaments seule ou le <i>counselling</i> seul. Donc, à chaque fois que cela est possible ou approprié, les deux, <i>counselling</i> et médicaments, devraient être proposés aux patients qui essaient d'arrêter de fumer (Grade A).</p> <p>Il y a une relation forte entre le nombre de séances de conseils, quand elles sont combinées avec la prise de médicaments, et la possibilité d'un arrêt de la consommation du tabac. Donc, dans la mesure du possible, les cliniciens devraient proposer plusieurs séances de conseils, en plus de la prise de médicaments, à leurs patients qui essaient d'arrêter de fumer (Grade A).</p> <p>Pour les fumeurs non disposés à faire une tentative d'arrêt</p> <p>Les techniques d'intervention motivationnelle apparaissent efficaces pour augmenter la possibilité d'une tentative d'arrêt future d'un patient. Donc, les cliniciens doivent utiliser des techniques motivationnelles pour encourager les fumeurs, qui ne sont pas disposés à arrêter de fumer immédiatement, à envisager un abandon du tabac dans l'avenir (Grade B).</p> <p>Les enfants et adolescents</p> <p>Les cliniciens devraient interroger les patients pédiatriques et les adolescents sur leur consommation de tabac et devraient fournir un</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>message fort concernant l'importance d'une abstinence totale de tabac (Grade C).</p> <p>Le <i>counselling</i> est efficace dans le traitement des adolescents fumeurs. Donc, les adolescents fumeurs devraient bénéficier de sessions de conseils pour les aider à arrêter de fumer (Grade B).</p> <p>Le tabagisme passif est nocif pour les enfants. Les conseils d'arrêt du tabac délivrés dans les services pédiatriques sont efficaces pour augmenter l'arrêt de la consommation des parents qui fument. Donc, pour protéger les enfants du tabagisme passif, les cliniciens devraient questionner les parents sur leur consommation de tabac et leur proposer des conseils et une assistance pour arrêter (Grade B).</p> <p>Petits fumeurs</p> <p>Les petits fumeurs devraient être identifiés, être incités fortement à arrêter de fumer, et bénéficier de sessions de conseils pour arrêter de fumer (Grade B).</p> <p>Utilisateurs de tabac hors cigarettes</p> <p>Les consommateurs de tabac sans fumée devraient être identifiés, être incités fortement à arrêter d'utiliser du tabac, et bénéficier de sessions de <i>counselling</i> d'arrêt (Grade A).</p> <p>Les cliniciens qui délivrent des soins dentaires devraient fournir des sessions brèves de conseils à tous les consommateurs de tabac sans fumée (Grade A).</p> <p>Les consommateurs de cigares, de pipes et d'autres formes d'utilisation de tabac (autres que cigarettes) devraient être identifiés, incités fortement à arrêter de fumer, et bénéficier des mêmes sessions de conseils recommandées pour les fumeurs de cigarettes (Grade C).</p> <p>Fumeuses enceintes</p> <p>À cause des risques importants du tabagisme pour la femme enceinte fumeuse et le fœtus, à chaque fois que c'est possible, les femmes enceintes fumeuses doivent bénéficier d'un entretien psychosocial en face à face qui dépasse le conseil bref d'arrêt du tabac (Grade A).</p> <p>Bien que l'abstinence la plus précoce du tabac durant la grossesse produise les bénéfices les plus importants au fœtus et à la mère, l'arrêt de la consommation de tabac à n'importe quel moment peut produire des bénéfices. Donc, les cliniciens devraient proposer des interventions efficaces aux femmes enceintes fumeuses à la première visite prénatale ainsi que tout au long de la grossesse (Grade B).</p>
<p>RNAO, 2007 (94) Canada</p>	<p>PRATIQUE PROFESSIONNELLE</p> <p>Recommandation 1</p> <p>À l'aide du protocole « demander, conseiller, aider et organiser le suivi », les infirmières mettent en place une intervention minimale de cessation du tabagisme pour l'ensemble des patients (Grade A).</p> <p>Recommandation 2</p> <p>Les infirmières lancent une intervention approfondie de cessation du tabagisme (d'une durée supérieure à 10 minutes) lorsque leurs connaissances et le temps dont elles disposent leur permettent de s'engager dans une consultation plus poussée (Grade A).</p> <p>Recommandation 3</p> <p>Les infirmières savent que les consommateurs de produits de tabac peuvent faire plusieurs rechutes avant d'en arriver à l'abstinence et elles doivent impliquer plusieurs fois le patient dans la démarche de cessation du tabagisme (Grade B).</p> <p>Recommandation 4</p> <p>Les infirmières doivent être au fait des ressources en matière de cessation du tabagisme, qui existent au sein de la communauté pour les besoins de l'orientation et du suivi (Grade C).</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Recommandation 5 Les infirmières mettent en place une intervention de cessation du tabagisme en portant une attention particulière au sexe, ainsi qu'aux questions relatives aux minorités et à l'âge ; elles conçoivent des stratégies adaptées aux divers besoins de la patientèle (Grade C).</p> <p>Recommandation 6 Les infirmières mettent en place, dans la mesure du possible, une intervention approfondie auprès des femmes enceintes et de celles qui ont accouché (Grade A).</p> <p>Recommandation 7 Les infirmières encouragent les fumeurs et les non-fumeurs à faire de leur résidence un environnement sans fumée, afin de les protéger eux-mêmes, de même que leurs enfants et leur famille, contre l'exposition à la fumée de tabac ambiante.</p>
<p>US Preventive Services Task Force, 2010 (95) États-Unis</p>	<p>Pour les adultes : Âge ≥ 18 ans. Il est recommandé que les cliniciens questionnent tous les adultes sur leur consommation de tabac et fournissent des interventions d'arrêt du tabac pour tous ceux qui consomment des produits à base de tabac. Recommandation Grade A.</p> <p>Femmes enceintes quel que soit l'âge Il est recommandé que les cliniciens questionnent toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac et fournissent une action de <i>counselling</i> importante et adaptée pour celles qui fument. Recommandation Grade A. En ce qui concerne le <i>counselling</i>, pour les adultes (âge ≥ 18 ans) et les femmes enceintes, la méthode des « 5A » fournit une stratégie intéressante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Questionner sur la consommation de tabac (Ask). 2. Conseiller d'arrêter à l'aide de messages personnalisés clairs (Advise). 3. Évaluer d'arrêter (Assess). 4. Aider à arrêter (Assist). 5. Assurer le suivi et le soutien (Arrange). <p>En ce qui concerne la pharmacothérapie chez l'adulte, la combinaison d'une thérapie intégrant du <i>counselling</i> et des médicaments est plus efficace que le <i>counselling</i> seul ou la prise de médicaments seule.</p>
<p>KCE, 2004 (146) Belgique</p>	<p>Prise en charge personnelle La prise en charge personnelle (<i>self-help</i> ou autosevrage) est définie comme un programme structuré destiné à des fumeurs qui essayent d'arrêter de fumer sans contact intensif avec un thérapeute. Il s'agit notamment de manuels, de bandes audio ou vidéo ou de programmes informatiques. Ces programmes ne sont pas efficaces. Seuls les programmes informatiques personnalisés (matériel d'autosevrage) sont efficaces en matière de sevrage tabagique ; dans une population appropriée, sur 50 fumeurs participant au programme, un seul cessera de fumer.</p> <p>Conseil bref des médecins Il est recommandé que les médecins donnent un conseil bref sur l'arrêt du tabac à leur patients fumeurs. Sur 50 personnes recevant des conseils minimums sur l'arrêt du tabac, une personne arrêtera de fumer.</p> <p>Conseil des infirmières Les données actuelles relatives aux interventions des infirmières ne permettent pas d'établir des recommandations.</p> <p>Soutien psychologique individuel</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Le soutien psychologique individuel s'avère efficace dans la lutte contre le tabagisme. Sur 25 fumeurs bénéficiant d'un soutien psychologique individuel, un seul arrêtera de fumer. L'identification de l'intensité et de la durée les plus efficaces et les plus rentables doit faire l'objet de nouvelles recherches.</p> <p>Soutien psychologique collectif</p> <p>La thérapie de groupe est plus efficace que la prise en charge personnelle (<i>self-help</i>). Il est nécessaire d'enrôler 20 fumeurs dans un groupe d'aide pour obtenir un arrêt supplémentaire. Il n'y a pas de preuve d'une efficacité plus importante du <i>counselling</i> en groupe comparativement au <i>counselling</i> individuel intensif.</p> <p>Soutien psychologique téléphonique</p> <p>Le soutien psychologique par téléphone est plus efficace que les autres interventions minimales (comme des outils d'autosevrage). En général, sur 40 fumeurs ayant eu recours au soutien psychologique par téléphone, un seul arrêtera de fumer.</p> <p>Thérapie aversive</p> <p>En raison de données insuffisantes, l'utilisation de la thérapie d'aversion ne peut être recommandée dans la lutte contre le tabagisme.</p> <p>Exercices physiques</p> <p>En raison de données insuffisantes, l'utilisation de la cure d'exercices physiques ne peut être recommandée dans la lutte contre le tabagisme.</p> <p>Hypnothérapie</p> <p>Aucune donnée ne vient appuyer l'utilisation de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique.</p> <p>Acupuncture</p> <p>Aucune donnée ne vient appuyer l'utilisation de l'acupuncture pour le sevrage tabagique.</p>

5.1.3 Combinaison de traitements médicamenteux et des interventions non médicamenteuses

La revue systématique de Stead *et al.* (211) (cf. tableau 50) a évalué l'efficacité des interventions basées sur des combinaisons de soutien comportemental (conseils brefs et *counselling*) et de médicaments (varénicline, bupropion et traitements nicotiques de substitution) destinés à aider les fumeurs en comparaison avec des soins habituels ou un moindre soutien comportemental. Cette revue incluait 41 études (n=20 908). La moitié des études étaient américaines, quatre canadiennes, trois australiennes, trois danoises, deux espagnoles, deux anglaises, une brésilienne, une italienne, une hollandaise, une suédoise, une japonaise, et une étude menée par Hong-Kong. Une grande partie des études recrutait les patients au sein des établissements ou parmi des patients qui présentaient des problèmes de santé spécifiques. Dans la plupart des études, des TNS étaient fournis. Le soutien comportemental était fourni par des personnes formées au *counselling*, qui proposaient entre quatre et huit séances. Une vaste étude (*Lung Health Study*) avait montré un effet sensiblement plus important que dans les autres études (RR=3,88, IC95 %=3,35-4,50, n=5887]. Cette étude ayant utilisé une intervention particulièrement intense comprenant une large mise à disposition des gommes de nicotine, plusieurs séances de groupes et des contacts sur le long terme, les résultats pouvaient ne pas être comparables avec les autres études. Ainsi, une méta-analyse réalisée sur les 40 autres études (n=15 021) rapportait un effet global significatif de la combinaison de médicaments avec une thérapie comportementale (RR=1,82, IC95 %= [1,66-] 2,00) (avec une hétérogénéité modérée ($I^2=40\%$)). **Cette revue de la littérature mettait donc en évidence que les interventions combinant pharmacothérapie et soutien comportemental améliorent le succès du sevrage tabagique par rapport à une intervention minimale ou aux soins habituels (niveau de preuve 1).**

► **Conclusion sur la combinaison de traitements médicamenteux et des interventions non médicamenteuses**

Les interventions combinant soutien comportemental et pharmacothérapie améliorent le succès du sevrage tabagique par rapport à une intervention minimale ou aux soins habituels (niveau de preuve 1).

► **Avis du groupe de travail**

Accord avec les conclusions de la littérature.

Le traitement de référence est le soutien et l'accompagnement psychologique. Les autres outils et traitements ayant montré une efficacité doivent être utilisés, afin d'augmenter les chances de succès.

Le traitement doit toujours être envisagé dans le cadre d'une décision partagée avec le patient.

Tableau 50. Combinaison d'interventions médicamenteuses et comportementales. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Stead et Lancaster, 2012 (211) (niveau de preuve =1)	Revue systématique Cochrane d'essais contrôlés randomisés et d'essais quasi randomisés	Évaluer les effets de la combinaison du soutien comportemental et de médicaments pour le sevrage tabagique, comparativement à une intervention minimale ou aux soins habituels. Déterminer s'il y a des effets différents selon les caractéristiques du contexte du traitement, de l'intervention, de la population traitée ou du recours au traitement.	Bases de données : Cochrane tobacco addiction specialised register MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Science citation index for trials of smoking cessation or prevention interventions Cochrane central register of controlled trials (CENTRAL) Recherche la plus récente : juillet 2012 Groupes de comparaisons : soins habituels ou soutien comportemental de faible intensité Fumeurs à l'exception des femmes enceintes et des adolescents	Abstinence à au moins 6 mois après le début de l'intervention : – abstinence continue ; - prévalence de l'abstinence.	41 essais retenus. Interventions combinées versus contrôle Le RR commun (40 essais, n=15021) d'être abstinent à 6 mois ou plus était RR=1,82, IC95 %=[1,66-2,00] I ² =40 % Résultat de la « <i>Lung Health Study</i> » : Le RR de cet essai, n=5887) d'être abstinent à 6 mois ou plus était RR=3,88, IC95 %=[3,35-4,50] Résultats de la méta-analyse intégrant les 41 études (40 essais + <i>Lung Health Study</i>) non présentés pour cause d'hétérogénéité (I ² =78 %) Cette revue de la littérature a mis en évidence que les interventions combinant pharmacothérapie et soutien comportemental améliorent le succès du sevrage tabagique par rapport à une intervention minimale ou aux soins habituels.

5.2 Recommandations relatives aux traitements médicamenteux et aux interventions non médicamenteuses

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

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 Auto-support y compris par Internet

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 ?

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-comportemental (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'explication 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.

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 ; fébrilité 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 ²⁰ .
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 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 ».

²⁰ Cas particulier : le spray buccal a une durée d'utilisation limitée à 6 mois.

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 discontinue.

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

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 Service²¹ (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	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. 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.

Outils d'auto-support

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

Les outils d'auto-support 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 papier, 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'auto-support 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'auto-support.

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.

²¹Tabac 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 études récentes²² 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.
A	Ces médicaments ne doivent être prescrits que dans le respect strict des précautions d'emploi et des contre-indications. 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.
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, propanolol, 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.
----------	--

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.

²² Voir argumentaire scientifique.

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>
-----------	---

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	<p>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.</p>
----------	---

5.3 Cigarettes électroniques

Les cigarettes électroniques 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 propulsé 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 ».

Les solutions de "e-liquides" sont composées de propylène glycol ou de glycérol, de divers arômes et éventuellement de nicotine.

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

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 (cf. arrêté du 15 février 2002 fixant la liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire commerce dans leur officine).

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. C'est pourquoi ils sont traités dans un chapitre distinct des traitements.

L'Afssaps (ANSM) recommande de ne pas consommer ce type de produit (212).

► Études observationnelles

L'étude de Dawkins *et al.* en 2013 (213) (niveau de preuve 3) avait pour objectif de caractériser l'utilisation, les utilisateurs et les effets de la cigarette électronique à partir d'un échantillon d'utilisateurs de cigarettes électroniques. Cette étude de l'université de Londres était basée sur une enquête questionnaire en ligne. Les adresses mails des participants étaient obtenues par les sites Internet des compagnies commercialisant les cigarettes électroniques (*Electronic Cigarette Company* TECC et *Totally Wicked E-liquid* TWEL) de septembre 2011 à mai 2012. Quinze à 20 minutes étaient nécessaires pour remplir le questionnaire en ligne. Ce questionnaire comprenait six parties : 1) informations démographiques et statut tabagique ; 2) informations sur le tabagisme (tests de Fagerström) ; 3) utilisation de la cigarette électronique (durée d'utilisation, type de produit et de recharge, concentration, saveurs, raisons d'utilisation, dépendance et tentative de réduction d'utilisation) ; 4) effets de la cigarette électronique (satisfaction, acceptabilité, goût, *craving*, impact sur le comportement tabagique, effets respiratoires évalués à partir d'une échelle de Lickert) ; 5) effets secondaires (évalués à partir d'une échelle de Lickert) ; 6) autres commentaires. Les questionnaires de 1 349 participants ont été analysés : 1 123 ex-fumeurs (83 %), 218 fumeurs (16 %) et 4 personnes n'ayant jamais utilisé des cigarettes électroniques (1 %). Les participants (70 % étaient des hommes) à cette enquête étaient issus de 33 pays (dont 72 % de participants européens) et avaient un âge moyen de 43 ans. Soixante-seize pour cent des participants rapportaient utiliser la cigarette électronique dans le but d'une alternative complète à leur tabagisme, 19 % dans le but d'une alternative partielle à leur tabagisme, 26 % par curiosité, 18 % via des recommandations d'amis, 22 % pour d'autres raisons (dont : arrêter de fumer (7 %), raisons de santé (6 %), moindre coût (3 %), éviter les interdictions du tabagisme (3 %)). La durée moyenne d'utilisation était de 10 mois. Presque tous (99 %) les participants utilisaient du liquide avec nicotine. Soixante-quatorze pour cent rapportaient qu'ils n'avaient pas fumé durant plusieurs semaines depuis qu'ils avaient commencé à utiliser la cigarette électronique, et 14 % rapportait une forte baisse de leur consommation de cigarettes. L'utilisation de la cigarette électronique était associée à une réduction de 91 % du *craving* pour les cigarettes conventionnelles. Chez les ex-fumeurs, le temps écoulé après le lever jusqu'au premier vapotage était significativement plus long que le temps écoulé après le lever jusqu'à la première cigarette fumée (basé sur les habitudes tabagiques antérieures, $t=11,6$, $p<0,0007$) suggérant un niveau moins élevé de dépendance des

vapoteurs. Les ex-fumeurs rapportaient aussi une réduction significative du *craving* significativement plus importante que les fumeurs actuels (95 % des ex-fumeurs versus 70 % des fumeurs, $\chi^2=133,66$, $p<0,0007$). Les participants rapportaient des effets positifs de l'utilisation de la cigarette électronique, des niveaux de satisfaction élevés et peu de *craving* induit par la cigarette électronique. Une proportion importante (94 %) de participants rapportait que l'utilisation de la cigarette électronique les avait aidés à arrêter de fumer ou à diminuer leur tabagisme. Environ 70 % rapportaient une réduction de leur désir/*craving* de fumer. La même proportion rapportait une diminution des problèmes de toux et de respiration, et 81 % pensaient que la cigarette électronique était moins nocive que le tabagisme. Les auteurs avaient listé 15 types d'effets indésirables dans leur questionnaire. Peu d'effets indésirables de la cigarette électronique étaient rapportés : moins de 16 % des participants rapportaient un effet indésirable (quel que soit cet effet dans la liste de 15 effets indésirables identifiés par les auteurs). Les deux effets indésirables les plus fréquents étaient l'irritation de la bouche (27 % des répondants) et l'irritation de la gorge (23 %). Les auteurs ont conclu que les cigarettes électroniques étaient utilisées principalement pour l'arrêt du tabagisme et que les utilisateurs les jugeaient moins nocives que le tabagisme. Cependant, cette étude par voie de questionnaires via Internet reposait sur des données déclaratives et certaines questions nécessitaient de fournir des informations rétrospectives (sur le tabagisme des ex-fumeurs).

L'étude transversale de Popova *et al.* en 2013 (214) (Tableau 51) avait pour objectif d'estimer la fréquence d'utilisation des produits à base de tabac chez les fumeurs et leurs associations avec les comportements d'arrêt du tabagisme. Cette étude concernait 1 836 fumeurs actuels ou ayant arrêté de fumer récemment. Les participants ont complété un questionnaire via Internet en novembre 2001. La consommation de cinq produits du tabac a été recueillie : tabac à chiquer, tabac à priser, poudre de tabac humide (« snus »), tabac soluble, cigarettes électroniques. Les données de cette étude étaient des données déclaratives. Une échelle de Lickert était utilisée pour mesurer les intentions des participants pour essayer ces produits alternatifs. Les réponses des fumeurs actuels, des fumeurs ayant récemment arrêté de fumer et des fumeurs qui n'avaient pas essayé d'arrêter de fumer ont été comparées. Les participants ont été questionnés sur leur intention d'arrêter de fumer dans les 6 mois à venir. Des régressions logistiques multivariées ont été utilisées pour évaluer les associations entre l'utilisation des produits alternatifs du tabac et les comportements d'arrêt du tabagisme.

Trente-huit pour cent des participants avaient essayé un produit du tabac alternatif, le plus fréquemment des cigarettes électroniques. L'utilisation d'un produit alternatif était associée à l'envie de faire une tentative d'arrêt : parmi ceux qui avaient essayé les produits alternatifs de tabac, 21 % avaient essayé d'arrêter de fumer en changeant pour du tabac sans fumée. Les fumeurs qui souhaitaient arrêter de fumer étaient significativement plus à même d'avoir déjà essayé les produits alternatifs que les fumeurs qui n'avaient pas l'intention d'arrêter de fumer. L'intérêt des participants pour une utilisation future de produits alternatifs était relativement faible à l'exception des cigarettes électroniques. La limite majeure de cette étude réside dans le schéma transversal qui ne permet pas d'établir de lien de causalité.

L'étude de Caponnetto *et al.* en 2013 (215) (Tableau 51) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de la cigarette électronique. Dans cet essai, les effets de trois niveaux de concentration de nicotine contenue dans les cartouches de la cigarette électronique « Categoria » ont été comparés (7,2 mg de nicotine, 5,4 mg de nicotine et absence de nicotine). Trois-cents fumeurs ont été inclus dans cet essai (100 participants ont utilisé des cartouches de nicotine à 7,2 mg pendant 12 semaines, 100 participants ont utilisé des cartouches de nicotine à 7,2 mg pendant 6 semaines puis à 5,4 mg pendant 6 semaines, 100 participants ont utilisé des cartouches sans nicotine pendant 12 semaines). Les participants ont bénéficié de neuf rendez-vous lors desquels les niveaux de CO expirés ont été mesurés et le nombre de cigarettes fumées par jour a été recueilli. Une diminution du nombre de cigarettes fumées par jour et des niveaux expirés de CO était rapportée à chaque rendez-vous dans les trois groupes ($p<0,001$, sans différence entre les trois groupes). Une réduction du tabagisme était rapportée dans 10,3 % des cas à 52 semaines. Une abstinence complète du tabagisme était rapportée dans 10,7 % et 8,3 % des cas à 12 et 52

semaines. Durant l'étude, une diminution des effets indésirables du tabagisme était observée (mais n'était pas testée). La satisfaction des participants concernant l'utilisation des cigarettes électroniques était très modérée. Cette étude n'intégrait pas de comparaison avec un groupe contrôle en l'absence d'utilisation de cigarette électronique ni avec l'utilisation de traitements de référence comme les TNS. Il faut noter qu'un des auteurs avait des liens d'intérêts avec le fabricant de la cigarette électronique évaluée dans l'étude.

► Études expérimentales

Effets physiologiques et psychologiques des cigarettes électroniques

L'étude d'Eissenberg en 2010 (216) a d'une part, évalué si l'utilisation de cigarettes électroniques (de deux marques différentes) influençait les taux de nicotine dans le plasma, le rythme cardiaque et le *craving* chez les fumeurs et d'autre part, a comparé les effets des cigarettes électroniques avec ceux associés à l'utilisation de cigarettes classiques. Il s'agissait d'une étude clinique en laboratoire concernant 16 fumeurs qui n'utilisaient pas de cigarettes électroniques. Chacun d'eux a été soumis à quatre utilisations associées à des produits différents : 1) propre marque usuelle de cigarettes classiques ; 2) simulation de la consommation d'une cigarette (cigarette éteinte : *sham smoking*) ; 3) cigarette électronique NPRO (cartouche de 16 mg de nicotine) ; 4) cigarette électronique Hydro (cartouche de 16 mg de nicotine). Les quatre utilisations étaient espacées de 48 heures et précédées d'une période d'abstinence de plus de 12 heures. Des données étaient collectées sur les participants à l'aide de prise de sang, d'une surveillance du rythme cardiaque et de mesures subjectives. Les participants devaient prendre des bouffées normalement 10 fois (avec un intervalle de 30 secondes entre chaque bouffée) (phase 1). À 5, 15, 30 et 45 minutes après la première bouffée, des mesures subjectives et des prises de sang étaient effectuées. À 60 minutes, le produit était à nouveau administré et des mesures effectuées (phase 2). Les moyennes des taux de nicotine dans le plasma et du rythme cardiaque étaient calculées. L'analyse statistique des données était basée sur des analyses de variance et des tests de Tukey (tests permettant d'identifier dans quelles paires de groupes les différences sont significatives). Les résultats étaient les suivants : à la phase 1, les cigarettes classiques augmentaient les taux de nicotine dans le plasma et diminuaient significativement le *craving* entre les différents temps de mesure ($p < 0,005$). L'utilisation des cigarettes électroniques Hydro et NPRO n'était pas associée à une augmentation significative des taux de nicotine dans le plasma ; à la phase 2 seulement, la cigarette électronique NPRO diminuait significativement le *craving* 5 minutes après l'administration. Les taux moyens nicotiniques dans le plasma avec la simulation de la cigarette n'étaient jamais supérieurs à 2 ng/ml. À la phase 1, les taux de nicotine dans le plasma étaient significativement plus élevés avec les cigarettes classiques ($p < 0,05$, pour toutes les analyses) qu'avec les cigarettes électroniques Hydro et NPRO à 5 minutes (cigarettes classiques = 16,8 ng/ml, Hydro = 2,5 ng/ml, NPRO = 3,5 ng/ml), à 15 minutes (cigarettes classiques = 11,2 ng/ml, Hydro = 2,3 ng/ml, NPRO = 2,8 ng/ml), à 30 minutes (cigarettes classiques = 8,7 ng/ml, Hydro = 2,2 ng/ml, NPRO = 2,6 ng/ml). De même, à la phase 2, les taux de nicotine dans le plasma étaient significativement plus élevés avec les cigarettes classiques ($p < 0,05$, pour toutes les analyses) qu'avec les cigarettes électroniques Hydro et NPRO, à 5 minutes (cigarettes classiques = 20,0 ng/ml, Hydro = 2,5 ng/ml, NPRO = 3,0 ng/ml), à 15 minutes (cigarettes classiques = 15,4 ng/ml, Hydro = 2,3 ng/ml, NPRO = 3,1 ng/ml), à 30 minutes (cigarettes classiques = 12,9 ng/ml, Hydro = 2,3 ng/ml, NPRO = 2,9 ng/ml). Le rythme cardiaque augmentait significativement après 5 minutes et 15 minutes (dans les phases 1 et 2) comparativement à la période précédant la phase 1 et cela uniquement pour les fumeurs de cigarettes ($p < 0,05$, pour toutes les analyses). Cette étude suggérait que contrairement aux cigarettes classiques, les cigarettes électroniques (avec une cartouche de 16 mg de nicotine) n'augmentaient pas le taux de nicotine dans le plasma et atténuaient le *craving* moins efficacement. Les auteurs ont conclu, sur la base d'éléments connus comme la létalité de la nicotine, la variabilité des contenus des cartouches et les résultats de cette étude, que les cigarettes électroniques et les recharges à base de nicotine devraient être évaluées et régulées. D'après les auteurs, des informations sur le contenu de la cartouche et les effets des produits

devraient être disponibles, et les consommateurs devraient être informés que les cigarettes électroniques ne délivrent pas de nicotine efficacement même après leur utilisation intensive.

L'étude de Bullen *et al.* en 2010 (217) (niveau de preuve=3) avait pour objectif de mesurer les effets à court terme des cigarettes électroniques sur le désir de fumer, les symptômes de sevrage, l'acceptabilité, ainsi que leurs propriétés pharmacocinétiques et leurs effets indésirables. Cet essai randomisé croisé comparait les quatre produits suivants : la cigarette électronique Ruyan® V8 contenant des cartouches de 16 mg de nicotine, la cigarette électronique ne contenant pas de nicotine (0 mg), l'inhalateur de nicotine Nicorette® et les cigarettes classiques. L'essai concernait 40 adultes fumeurs d'Auckland, âgés de 18 à 70 ans et consommant au moins 10 cigarettes par jour. Ils ont été randomisés en quatre groupes. Le critère de jugement principal était le désir de fumer. Les critères secondaires étaient les symptômes de sevrage, l'acceptabilité et les événements indésirables après une journée d'utilisation. Les concentrations de nicotine dans le plasma ont été mesurées chez neuf participants. Les participants renseignaient leur désir de fumer avant d'utiliser les produits attribués et après leur première inhalation (à 5, 10, 15, 20, 25, 30, 40, 50 et 60 minutes).

Après 60 minutes, les participants utilisant les cigarettes électroniques à 16 mg présentaient un désir de fumer moindre que les participants utilisant les cigarettes électroniques à 0 mg ($p=0,006$). Aucune différence significative dans le désir de fumer n'était observée entre le groupe utilisant la cigarette électronique et le groupe utilisant l'inhalateur. La cigarette électronique 16 mg était significativement plus souvent rapportée comme agréable à utiliser par rapport à l'inhalateur. Les utilisateurs de la cigarette électronique 16 mg rapportaient moins d'irritation de la bouche et de la gorge (38 %) que ceux de l'inhalateur (88 %), mais rapportaient plus de nausée (29 % versus 18 %). En moyenne, le pic d'augmentation de la concentration de nicotine était de 1,3 mg/ml en 19,6 minutes pour la cigarette électronique, de 2,1 mg/ml en 32 minutes pour l'inhalateur et de 13,4 mg/ml en 14,3 minutes pour les cigarettes classiques.

Les auteurs ont conclu que la cigarette électronique Ruyan® 16 mg atténuait le désir de fumer, était bien tolérée, présentait un profil pharmacocinétique proche de celui d'un inhalateur plutôt que d'une cigarette de tabac. Les auteurs concluaient au besoin d'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des cigarettes électroniques sur le long terme pour arrêter de fumer. Une limite importante de cette étude était la taille de l'échantillon effectif de l'étude ($n=40$) : l'échantillon désiré par les auteurs, assurant une puissance statistique, était de 48 participants et n'avait donc pas été atteint. Il faut noter que cette étude était financée par le fabricant des cigarettes électroniques étudiées dans l'étude.

L'étude de Vansickel *et al.* en 2010 (218) a évalué si l'utilisation de cigarettes électroniques (de deux marques différentes) influençait les taux de nicotine dans le plasma, le rythme cardiaque, les concentrations de CO, les symptômes de sevrage et le niveau d'acceptabilité des produits. Il s'agissait d'une étude clinique en laboratoire concernant 32 fumeurs qui n'utilisaient pas de cigarettes électroniques (dont 16 fumeurs qui étaient intégrés dans l'étude d'Eissenberg (216)). Chacun d'eux a été soumis à quatre utilisations associées à des produits différents, chacune d'elles étant séparée de 48 heures : 1) propre marque usuelle de cigarettes classiques ; 2) simulation de la consommation d'une cigarette (cigarette éteinte : *sham smoking*) ; 3) cigarette électronique NPRO (cartouche de 18 mg de nicotine) ; 4) cigarette électronique Hydro (cartouche de 16 mg de nicotine). Les quatre utilisations étaient précédées d'une période d'abstinence de plus de 12 heures. Des données étaient collectées sur les participants à l'aide d'une prise de sang, d'une surveillance du rythme cardiaque, de la mesure du CO expiré, et de mesures subjectives. Les participants devaient prendre des bouffées 10 fois normalement (avec un intervalle de 30 secondes entre chaque bouffée) (phase 1). À 5, 15, 30 et 45 minutes après la première bouffée, des mesures subjectives et des prises de sang étaient effectuées. À 60 minutes, le produit était à nouveau administré et des mesures effectuées (phase 2). Les moyennes des taux de nicotine dans le plasma et du rythme cardiaque étaient calculées. L'analyse statistique des données était basée sur des analyses de variance et des tests de Tukey (tests permettant d'identifier dans quelles paires de groupes les différences sont significatives). Les résultats étaient les suivants : après les 5 premières minutes d'administration, les cigarettes classiques augmentaient

significativement les taux de nicotine dans le plasma (2,1 ng/ml avant administration vs. 18,8 ng/ml après) et le rythme cardiaque (65,7 bpm avant administration vs. 80,3 bpm après). Après les 15 premières minutes d'administration, les cigarettes classiques augmentaient significativement les concentrations de CO (5,3 ppm avant administration vs. 16,2 ppm après). Les cigarettes électroniques NPRO, Hydro et l'utilisation simulée de la cigarette n'augmentaient pas les taux de nicotine dans le plasma, les concentrations de CO, ni le rythme cardiaque. Les cigarettes classiques, les cigarettes électroniques NPRO, et les cigarettes électroniques Hydro diminuaient significativement les symptômes de sevrage et augmentaient le niveau d'acceptabilité du produit. La diminution des symptômes de sevrage et l'acceptabilité étaient plus importantes pour les cigarettes classiques que pour les cigarettes électroniques. Cette étude expérimentale réalisée sur un tout petit échantillon où les sujets étaient leur propre témoin suggère que les cigarettes électroniques n'exposeraient pas les utilisateurs à des niveaux élevés de nicotine ou de CO, qu'elles diminueraient les symptômes de sevrage et qu'elles seraient bien acceptées par les utilisateurs.

Vansickel et Eissenberg ont à nouveau reproduit le même genre d'étude en 2013 (219) dans l'objectif de caractériser la délivrance de nicotine, les effets cardio-vasculaires et les effets subjectifs des cigarettes électroniques chez des utilisateurs habituels. Les participants devaient utiliser des cigarettes électroniques depuis au moins trois mois, utiliser des solutions de nicotine d'au moins 2 à 3 ml ou deux recharges par jour, utiliser des solutions de nicotine d'au moins 10 mg/ml de nicotine, fumer moins de cinq cigarettes par jour et être âgés de 18 à 55 ans. Huit utilisateurs de cigarettes électroniques (cinq hommes, trois femmes) ont utilisé pendant une session de 5 heures leurs matériels et cartouches habituels. Il leur avait été demandé de ne pas utiliser de produits à base de tabac durant les 12 heures précédant la session. La période était composée de quatre phases : une première phase pendant laquelle l'utilisateur prenait 10 bouffées (avec un intervalle de 30 secondes entre chaque bouffée), une période d'une heure pendant laquelle l'utilisateur pouvait prendre des bouffées à volonté, et une période de deux heures de repos sans bouffée. Durant chaque phase, la concentration de nicotine dans le plasma et le rythme cardiaque étaient mesurés, et des mesures subjectives d'effets du produit et des symptômes de l'abstinence étaient renseignés via le remplissage d'un questionnaire et d'échelles visuelles analogiques. Les concentrations de nicotine dans le plasma augmentaient significativement cinq minutes après la première bouffée (de 2 ng/ml à 10,3 ng/ml) et restaient élevées durant la période d'utilisation à volonté des cigarettes électroniques (16,3 ng/ml). Le rythme cardiaque augmentait significativement cinq minutes après la première bouffée (de 73,2 battements par minute à 78 battements par minute) et restait élevé durant la période d'utilisation à volonté des cigarettes électroniques. À partir des échelles visuelles analogiques, des augmentations significatives des effets des produits étaient rapportées ainsi que des diminutions des symptômes d'abstinence. Les auteurs ont conclu que les cigarettes électroniques délivraient de la nicotine (objectivé par les niveaux de concentration de nicotine dans le plasma) et que l'expérience des utilisateurs et/ou les caractéristiques du matériel utilisé pouvaient influencer la délivrance de nicotine.

L'étude de Vardavas *et al.* en 2012 (220) avait pour objectif d'évaluer si une utilisation de cigarettes électroniques pendant 5 minutes avait un impact sur la fonction pulmonaire et la fraction de monoxyde d'azote de l'air expiré chez des fumeurs adultes. Cette étude expérimentale concernait 30 fumeurs âgés de 19 à 56 ans. La consommation minimale de ces fumeurs était de cinq paquets/années. Les 30 sujets fumeurs du groupe expérimental (14 hommes et 16 femmes) utilisaient une cigarette électronique à volonté pendant 5 minutes (avec une recharge de nicotine). Lors d'une autre session, un groupe contrôle de 10 sujets (issu du groupe des 30 participants) utilisait une cigarette électronique sans cartouche (aucune vapeur n'était donc créée ni inhalée). Des comparaisons entre le groupe expérimental et le groupe contrôle et des comparaisons intergroupe expérimental (avant et après l'expérience) ont été menées. Les cartouches de cigarettes électroniques utilisées contenaient du propylène glycol, du linalol, de l'essence de tabac, et du méthyle vanilline.

L'utilisation d'une cigarette électronique pendant 5 minutes était associée à une diminution de la fraction de monoxyde d'azote de l'air expiré de 16 % (2,14 ppb, $p=0,005$), significativement différente du groupe contrôle ($p=0,859$), dans lequel aucune diminution de cette fraction n'était observée. L'impédance respiratoire totale à 5 Hz dans le groupe expérimental augmentait de 0,033 kPa/L/s ($p<0,01$) et la résistance du flux respiratoire à 5 Hz, 10 Hz et 20 Hz augmentait significativement aussi. Une analyse de régressions linéaires multiples montrait que l'utilisation de la cigarette électronique était associée à une diminution de la fraction de monoxyde d'azote de l'air expiré et à une augmentation de l'impédance respiratoire de 18 % (0,004 kPa/L/s $p=0,003$) ; à une résistance respiratoire à 5 HZ de 0,004 kPa/L/s ($p=0,03$), à 10 Hz de 0,034 kPa/L/s ($p=0,08$), à 20 HZ de 0,043 kPa/L/s ($p=0,08$) ; et à une augmentation de la résistance des voies aériennes périphériques (0,042 kPa/L/s, $p=0,024$). Les auteurs ont conclu que les cigarettes électroniques avaient des effets physiologiques indésirables immédiats qui étaient similaires à ceux des cigarettes classiques. Une limite de cette étude est qu'elle n'intégrait pas de comparaison directe avec un groupe contrôle de fumeurs consommant du tabac (niveau de preuve 3).

L'étude de Flouris *et al.* en 2013 (221) avait pour objectif d'évaluer l'impact de l'utilisation active et passive de la cigarette électronique sur le taux de cotinine dans le sérum et la fonction respiratoire. Quinze fumeurs fumant au moins 15 cigarettes par jour et 15 personnes n'ayant jamais fumé ont participé à cette étude contrôlée avec mesures répétées. Les fumeurs ont participé à une session de contrôle, une session de tabagisme actif de cigarettes classiques et une session de vapotage actif de cigarettes électroniques. Les non-fumeurs ont participé à une session de contrôle, une session de tabagisme passif de cigarettes classiques et une session de « vapotage passif » de cigarettes électroniques. Un seul modèle de cigarette électronique était utilisé dans cette étude (modèle : Giant®, Nobacco GP, Grèce). Les taux de cotinine dans le sérum, la fonction pulmonaire (exprimée en pourcentage du rapport du volume expiratoire maximal seconde (VEMS) sur la capacité vitale forcée (CVF) : VEMS/CVF), le monoxyde de carbone et le monoxyde d'azote expiré étaient mesurés. Le seuil de significativité était fixé à $p\leq 0,001$ pour les comparaisons multiples. Il n'y avait pas de différence entre l'utilisation des cigarettes électroniques et des cigarettes classiques sur les taux de cotinine après une utilisation active (60,6 ng/ml versus 61,3 ng/ml) ou passive (2,4 ng/ml versus 2,6 ng/ml ; $p> 0,001$). La fonction pulmonaire n'était significativement pas affectée ($p>0,001$) lors d'une session courte de vapotage actif (3 % de réduction du rapport VEMS/CVF par rapport à l'état basal sans vapotage), ou d'une session d'une heure de vapotage passif (2,3 % de réduction du rapport VEMS/CVF par rapport à l'état basal). Le tabagisme actif affectait la fonction respiratoire (7,2 % de réduction du rapport VEMS/CVF par rapport à l'état basal sans fumer, $p<0,001$), mais pas le tabagisme passif (3,4 % de réduction du rapport VEMS/CVF par rapport à l'état basal, $p=0,005$). Les auteurs ont conclu que la cigarette électronique générait des changements plus faibles que les cigarettes de tabac dans la fonction pulmonaire et qu'elles avaient un impact similaire aux cigarettes de tabac sur le taux de cotinine. Cependant, les auteurs soulignaient que les résultats de cette étude ne pouvaient pas s'appliquer aux cigarettes électroniques non étudiées (niveau de preuve 3).

Effet sur les habitudes tabagiques

L'étude prospective de Caponnetto en 2013 (222) avait pour but d'évaluer l'effet sur les habitudes tabagiques et l'innocuité des cigarettes électroniques chez les patients schizophrènes. Dans cette étude expérimentale, les modifications des habitudes tabagiques de 14 fumeurs schizophrènes (qui n'avaient pas l'intention d'arrêter de fumer) utilisant des cigarettes électroniques ont été surveillées. Les participants à l'étude étaient invités à participer à six entretiens (au démarrage de l'étude, semaine 4, semaines 8, semaine 12, semaine 24, semaine 52). L'utilisation des produits, le nombre de cigarettes fumées, le monoxyde de carbone expiré, les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie, étaient mesurés à chaque visite. La réduction du tabagisme et les taux d'abstinence ont été évalués. Une réduction de 50 % du nombre de cigarettes fumées par jour était rapportée chez sept patients, leur consommation de 30 cig/jour diminuant significativement à 15 cig/jour ($p=0,018$). Une abstinence continue à 52 semaines était observée chez deux patients. Les effets indésirables étaient les suivants : nausée (2 participants), irritation

de la bouche (2 participants), maux de têtes (2 participants), toux sèche (4 participants). Ces événements indésirables diminuaient à partir de la 24^{ème} semaine. Les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie n'augmentaient pas après une réduction du tabagisme. Cette étude concernait un très faible effectif (manque de puissance) et n'intégrait pas de groupe contrôle (placebo ou autre traitement d'arrêt du tabagisme) (niveau de preuve 3).

Concentration en nicotine des cartouches des cigarettes électroniques

L'étude de Cameron *et al.* en 2013 (223) avait pour objectif de mesurer les concentrations de nicotine contenues dans les solutions de nicotine des cigarettes électroniques en utilisant une méthode d'analyse par chromatographie en phase liquide et spectrométrie de masse en tandem. Cette étude rapportait que toutes les solutions des cigarettes électroniques analysées (sept échantillons) contenaient de la nicotine. Les concentrations détectées étaient soit équivalentes soit plus faibles que celles référencées sur les produits. L'échantillon qui contenait le moins de nicotine contenait 8,5 mg/ml de nicotine. Les auteurs ont rappelé que la dose létale de nicotine était estimée à 30-60 mg pour un adulte et 10 mg pour un enfant. Les auteurs de l'étude soulignaient ainsi que les concentrations contenues dans les solutions de cigarettes électroniques pouvaient être toxiques voire létales en cas d'usage autre que celui préconisé, notamment en cas d'ingestion ou d'absorption par la peau.

Composés toxiques et carcinogènes de la vapeur des cigarettes électroniques

Lors de l'aspiration, la solution présente dans la cartouche s'échauffe et la vapeur produite est inhalée par l'utilisateur.

L'étude de Goniewicz *et al.* en 2013 (224) avait pour objectif de vérifier si la vapeur de cigarettes électroniques (et non pas les cartouches) contenait des composés toxiques et carcinogènes (composés carbonylés, composés organiques volatils, nitrosamine, métaux lourds). Les composés toxiques de la vapeur de 12 marques de cigarettes électroniques ont été analysés à l'aide de méthodes chromatographiques et spectrométriques. Les résultats montraient que les vapeurs analysées contenaient des substances toxiques. Les auteurs ont fourni les ratios de concentration des substances contenues dans la fumée inhalée d'une cigarette conventionnelle (à partir de données de la littérature) et dans la vapeur de cigarette électronique (r = concentration dans la fumée des cigarettes conventionnelles / concentration dans la vapeur de cigarettes électroniques) : formaldéhyde (r = 9), acétaldéhyde (r = 450), acroléine (r = 15), toluène (r = 120), NNN (N'-nitrosonornicotine, r = 380), NNK (cétone nitrosamine dérivée de la nicotine, r = 40). D'après ces ratios, les niveaux de ces substances étaient de 9 à 450 fois moins élevés dans la vapeur de cigarettes électroniques que dans la fumée de cigarettes et étaient dans la plupart des cas comparables avec les niveaux affichés dans les références des produits.

Efficacité des cigarettes électroniques sur l'abstinence

L'étude de Bullen *et al.* publiée en 2013 (225) avait pour but d'évaluer si les cigarettes électroniques étaient plus efficaces que les timbres transdermiques pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. Les sujets de l'étude ont été recrutés par le biais d'annonces dans des journaux locaux. Les critères d'inclusion étaient les suivants : sujets fumeurs âgés d'au moins 18 ans, fumant au moins 10 cigarettes par jour et souhaitant arrêter de fumer. Sur les 1 293 personnes ayant répondu à l'annonce, 657 ont été incluses dans l'étude.

Trois groupes ont été constitués par une randomisation : un groupe qui devait utiliser un timbre transdermique à 21 mg (« patch », 295 sujets), un groupe recevant des cigarettes électroniques dosées à 16 mg de nicotine (« cigarette électronique », 289 sujets) et un troisième groupe recevant des cigarettes électroniques ne contenant pas de nicotine (« cigarette électronique placebo », 73 sujets). Les sujets du groupe « patch » recevaient par courrier des bons d'échange pour se procurer les patchs en pharmacie et des instructions pour les utiliser pendant 13 semaines (une semaine avant la date d'arrêt souhaitée et 12 semaines après). Ils devaient utiliser un patch de 21 mg par jour. Les sujets des deux groupes « cigarettes électroniques » recevaient

directement chez eux les cigarettes électroniques et les cartouches correspondantes, avec pour instructions de les utiliser à leur guise pendant la même période de 13 semaines. Tous les sujets de l'étude ont également été contactés par une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabagisme pour leur proposer un soutien par téléphone. Les sujets de l'étude étaient évalués à 1, 3, et 6 mois après l'arrêt.

Le critère de jugement principal était l'abstinence continue au cours des 6 mois de suivi. Était considérée comme abstinence, une consommation de moins de 5 cigarettes au total sur les 6 mois. L'abstinence au cours des 6 mois était auto-rapportée par les sujets, et le taux de monoxyde de carbone expiré était mesuré à 6 mois. Les effets indésirables étaient recueillis à 1, 3 et 6 mois et analysés, entre autres variables, comme critères de jugement secondaires.

Le calcul du nombre de sujets nécessaires pour obtenir une puissance de 80 % était basé sur l'hypothèse de 15 % de sujets abstinents dans le groupe « cigarette électronique placebo », 20 % dans le groupe « patch » et 30 % dans le groupe « cigarette électronique ».

Les analyses ont consisté à comparer d'une part, les résultats entre les groupes « cigarette électronique » et « patch » et d'autre part, entre les groupes « cigarette électronique » et « cigarette électronique placebo ». L'analyse principale était réalisée en intention de traiter, avec comme hypothèse que tous les sujets perdus de vue avaient rechuté.

Sur les 657 sujets inclus dans l'étude, 22 % étaient perdus de vue à 6 mois : 17 % dans le groupe « cigarette électronique », 27 % dans le groupe « patch » et 22 % dans le groupe « cigarette électronique placebo ». L'abstinence à 6 mois était de 7,3 % dans le groupe « cigarette électronique » vs. 5,8 % dans le groupe « patch » (RR = 1,26 ; IC95 % [0,68-2,34]), et vs. 4,1 % dans le groupe « cigarette électronique placebo » (RR = 1,77 ; IC95 % [0,54-5,77]). Aucune différence n'était significative. La fréquence des effets indésirables graves dans le groupe « cigarette électronique » (19,7 %) était supérieure à celle du groupe « patch » (11,8 %) et à celle du groupe « cigarette électronique placebo » (13,9 %) mais les résultats du test de ces différences n'étaient pas présentés. Les taux d'incidence des effets indésirables totaux (graves et non graves) n'étaient statistiquement pas différents entre les groupes « cigarette électronique » et « patch » (RR = 1,05 ; IC95 % [0,82-1,34]).

Cette étude présentait plusieurs limites :

- 272 sujets ont été exclus pour des raisons qui ne sont pas précisées, ce qui a pu conduire à un biais de sélection non discuté par les auteurs ;
- l'étude n'était pas réalisée en aveugle contre placebo, notamment pour la comparaison entre cigarette électronique et patch où un placebo de patch aurait dû être utilisé ;
- il n'y avait pas de groupe de comparaisons ne prenant aucun traitement ;
- les doses de nicotine des groupes « cigarettes électroniques » et « patch » n'étaient pas comparables. Les patients de groupe « patch » ne devaient utiliser qu'un patch de 21 mg par jour alors que ceux du groupe « cigarette électronique » pouvaient consommer la dose de nicotine qu'ils souhaitaient. On peut donc supposer que la titration en nicotine était meilleure dans le groupe « cigarette électronique », et qu'un certain nombre de patients du groupe « patch » étaient sous dosés en nicotine, ce qui peut expliquer la moins bonne observance dans ce groupe et la moins bonne rétention en traitement ;
- la quantité de cartouches délivrées aux sujets des deux groupes « cigarettes électroniques » n'était pas précisée, or les résultats montrent qu'un tiers des sujets de ces groupes continuaient à utiliser les dispositifs à 6 mois. Les auteurs eux-mêmes expliquent qu'il pouvait s'agir des cartouches délivrées au début de l'étude, puisque celles-ci n'avaient pas été utilisées totalement. Au contraire, dans le groupe « patch », les sujets ne disposaient que d'un patch par jour pour 13 semaines, ne leur permettant pas d'utiliser les dispositifs au-delà, à moins d'en acheter eux-mêmes. Cela peut expliquer la différence d'abstinence observée à 6 mois, et le fait

que la consommation de cigarettes normales ait diminué davantage dans le groupe « cigarette électronique » ;

- le pourcentage de perdus de vue était important (> 20 %) ;
- l'analyse en intention de traiter n'a pas été réalisée selon l'hypothèse du biais maximum. Au contraire, les auteurs ont considéré que tous les patients perdus de vue avaient rechuté, ce qui a pu fortement biaiser les résultats étant donné le pourcentage élevé de perdus de vue ;
- les résultats de l'analyse principale n'ont pas été ajustés sur le taux d'utilisation des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt, or les études montrent que les lignes téléphoniques sont efficaces dans l'aide à l'arrêt. Si le recours à ces lignes était différent dans les trois groupes, cela a pu entraîner un biais de confusion ;
- un des auteurs avait des liens d'intérêts avec une entreprise fabricant des cigarettes électroniques.

Cette première étude randomisée sur la cigarette électronique suggère que la cigarette électronique n'est pas différente du timbre transdermique ni des cigarettes électroniques placebo pour aider les fumeurs à arrêter sur une période de six mois, et que ces trois dispositifs ne présentent pas de différence en termes d'effets indésirables. Cependant, cette étude ne permet pas de conclure quant à l'efficacité ou l'innocuité des cigarettes électroniques dans l'aide à l'arrêt du tabac, en raison des limites méthodologiques importantes qu'elle présente.

► Priorités de recherche sur les cigarettes électroniques

La publication d'Etter *et al.* en 2011 (226) avait pour objectif d'identifier les priorités de recherche sur les cigarettes électroniques. Cette étude rapportait le peu d'études concernant les cigarettes électroniques (8 études non cliniques, absence de données sur la toxicité, la carcinogénèse et la nocivité des cigarettes électroniques, 2 rapports sur la pharmacodynamie et la pharmacocinétique, absence de données sur le risque de dépendance). Des essais d'efficacité étaient cités et étaient en cours en Italie, Nouvelle-Zélande et Canada.

Les auteurs ont donc proposé une typologie d'études à mettre en œuvre.

Types d'études	Objet des études
Études non cliniques	Composition des liquides des recharges. Composition de la vapeur. Qualité du produit, description de la diversité des produits et changement des produits sur le temps.
Études animales	Pharmacodynamie, pharmacocinétique, toxicocinétique. Toxicologie, cancérogénicité. Effets d'exposition sur le long terme.
Études cliniques	Dépôt de gouttelettes, exposition de nicotine, propylène glycol, parfums ; etc. Pharmacodynamie, pharmacocinétique, cancérogénicité, nocivité. Potentiel addictif, risques de dépendance, risques des recharges de nicotine. Lieu de consommation, dose, durée, raisons d'utilisation, changements de marques. Dose optimale, dose utilisée, effet de l'expérience de l'utilisateur. Effet sur les symptômes de sevrage du tabac, effets indésirables. Efficacité sur le comportement du fumeur (arrêt et réduction), comparaisons avec les TNS. Efficacité d'administration d'autres médicaments.
Études de santé publique	Prévalence d'utilisation dans des sous-groupes de la population. Profils d'utilisation (utilisation à long terme), marques préférées, satisfaction

Types d'études	Objet des études
	<p>des utilisateurs.</p> <p>Utilisation pour administrer des drogues illégales ou des médicaments.</p> <p>Surveillance, pharmacovigilance, données de vente.</p> <p>Effets de la vapeur exhalée, feu et brûlures dus au tabagisme.</p> <p>Effet des bonnes pratiques de fabrication sur la qualité des produits.</p> <p>Études économiques, coût/efficacité, impact sur les coûts de santé.</p> <p>Impact sur les prévalences de tentatives d'arrêt, taux d'abandon et tabagisme dans la population.</p> <p>Analyse des politiques, efficacité et impact des régulations, enquête publique d'opinion.</p>

Conclusion

Les premières études expérimentales réalisées sur des échantillons de petite taille suggèrent donc comme priorité principale la mise en place d'études cliniques pour évaluer l'innocuité de l'usage des cigarettes électroniques à moyen et long terme. En cas de démonstration de l'innocuité de ces produits, des essais cliniques seront nécessaires pour évaluer leur efficacité comme outil d'aide au sevrage tabagique.

Une première étude randomisée publiée en 2013 suggère que la cigarette électronique n'est pas différente du timbre transdermique ni des cigarettes électroniques placebo pour aider les fumeurs à arrêter sur une période de six mois, et que ces trois dispositifs ne présentent pas de différence en termes d'effets indésirables. Cependant, cette étude ne permet pas de conclure quant à l'efficacité ou l'innocuité des cigarettes électroniques dans l'aide à l'arrêt du tabac, en raison des limites méthodologiques importantes qu'elle présente.

Des études répondant aux critères de qualité de la recherche clinique sont nécessaires pour pouvoir se prononcer quant à l'innocuité et l'efficacité de ces dispositifs.

► Recommandations et avis des agences sanitaires

Afssaps-ANSM

Dans un communiqué du 30 mai 2011, l'Afssaps/ANSM recommandait de ne pas consommer de cigarettes électroniques. Le communiqué de presse est reproduit intégralement ci-dessous (212) :

Depuis l'interdiction de fumer dans les lieux publics, la cigarette électronique s'est développée en tant qu'alternative à la cigarette classique, dont elle revêt l'apparence. Selon leurs revendications ou leurs concentrations en nicotine, ces produits peuvent être considérés comme des médicaments ou des produits de consommation courante. Aucune 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.

La cigarette électronique reproduit la forme d'une cigarette classique. La partie "tabac" présente à son extrémité une diode simulant visuellement la combustion, et à l'autre extrémité une résistance qui plonge dans la partie "filtre". Des flacons de "e-liquides" (les solutions de "e-liquides" sont composées de propylène glycol ou de glycérol, de divers arômes et éventuellement de nicotine) permettent de recharger la cartouche usagée. Lors de l'aspiration, la solution présente dans la cartouche s'échauffe et la vapeur produite est inhalée par l'utilisateur.

L'Afssaps a mené une évaluation pour déterminer le statut des cigarettes électroniques notamment selon l'objectif revendiqué et la concentration en nicotine contenue dans les cartouches.

Pour qu'elles répondent à la réglementation du médicament et disposent d'un marquage CE, les cigarettes électroniques et leur recharge doivent répondre à au moins l'un des critères suivants :

- revendiquer l'aide au sevrage tabagique ;
- ou que la quantité de nicotine contenue dans la cartouche soit supérieure ou égale à 10 mg ;
- ou que la solution de recharge "e-liquide" ait une concentration de nicotine supérieure ou égale à 20 mg/ml.

Les cigarettes électroniques ou solutions de recharge qui ne rempliraient aucun de ces trois critères sont considérées comme des produits de consommation courante. À ce titre, elles doivent répondre à l'obligation générale de sécurité conformément aux dispositions du code de la consommation.

À ce jour, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une AMM, aucun fabricant n'ayant déposé de demande en ce sens. 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.

Les cigarettes électroniques ou solutions de recharge qui ne rempliraient aucun de ces trois critères sont considérées comme des produits de consommation courante. À ce titre, elles doivent répondre à l'obligation générale de sécurité conformément aux dispositions du code de la consommation.

L'Afssaps rappelle aussi 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.

L'Afssaps recommande donc de ne pas consommer ce type de produit.

L' Afssaps a publié en juin 2001 une étude (212) sur les solutions et les cartouches pour cigarettes électroniques qui a montré que les solutions de recharge et les cartouches de cigarettes ne répondaient pas à la réglementation du médicament.

La Direction des laboratoires et des contrôles (DLC) de l'Afssaps a réalisé une étude afin d'évaluer la teneur en nicotine de solutions de recharge et de cartouches de cigarettes électroniques. Vingt-neuf échantillons ont été analysés, 11 concernaient des solutions en flacon et 18 des cartouches contenant une fibre imbibée de liquide. Les produits en provenance de 5 fournisseurs mentionnaient différentes catégories de dosages (*No/None, Low, Medium et High*) sans faire référence à une teneur en nicotine (à l'exception d'un fournisseur). La teneur en nicotine base a été déterminée par chromatographie liquide selon la méthode pour la détermination des substances apparentées décrite dans la monographie correspondante de la Pharmacopée européenne en vigueur. Les analyses réalisées par la DLC sur les 29 échantillons transmis par 5 fournisseurs de cigarettes électroniques permettaient d'évaluer la teneur en nicotine des échantillons par rapport aux limites préconisées. Concernant l'analyse des 11 solutions, la teneur en nicotine dans les 3 solutions de la catégorie NO se situait entre 0 et 0,05 mg/ml, la teneur en nicotine dans les 2 solutions de la catégorie LOW se situait entre 6,1 et 17,5 mg/ml, la teneur en nicotine dans les 3 solutions de la catégorie MEDIUM se situait entre 11,2 et 11,9 mg/ml, la teneur en nicotine dans les 3 solutions de la catégorie HIGH se situait entre 0,1 et 16,0 mg/ml. Pour

l'ensemble des solutions analysées, la teneur trouvée en nicotine était inférieure à 20 mg/ml. En l'absence de revendication d'aide au sevrage tabagique, les solutions de recharge de cigarettes électroniques analysées ne répondaient pas à la réglementation du médicament. Concernant l'analyse des 18 cartouches, la teneur en nicotine dans les 4 échantillons de la catégorie NO se situait entre 0 et 0,03 mg/cartouche, la teneur en nicotine dans les 4 échantillons de la catégorie LOW se situait entre 1,4 et 4,1 mg/cartouche, la teneur en nicotine dans les 5 échantillons de la catégorie MEDIUM se situait entre 2,5 et 5,9 mg/cartouche, la teneur en nicotine dans les 5 échantillons de la catégorie HIGH se situait entre 3,9 et 7,4 mg/cartouche. Pour l'ensemble des échantillons analysés, la teneur trouvée en nicotine est inférieure à 10 mg par cartouche. En l'absence de revendication d'aide au sevrage tabagique, les cartouches de cigarette électronique analysées ne répondent pas à la réglementation du médicament. Les résultats obtenus lors de cette enquête Afssaps étaient comparables à ceux obtenus par la FDA en 2009 sur des échantillons provenant de 2 fournisseurs différents (227).

OMS

Le groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits a étudié les inhalateurs électroniques de nicotine et établi un rapport sur ce thème en 2010 (228). Ce rapport soutient des recommandations scientifiques et des recommandations pour la réglementation des inhalateurs électroniques de nicotine.

D'après ce rapport, les fabricants font valoir que ces produits diffusent de la nicotine sans goudron ni monoxyde de carbone. Le groupe a conclu : que l'innocuité et l'importance de l'apport de nicotine n'avaient pas été établies ; que ces produits étaient commercialisés comme des aides au sevrage tabagique mais qu'il n'y avait pas assez de données scientifiques pour valider cette allégation ; que l'administration dans les poumons pouvait être dangereuse et qu'indépendamment des effets de la nicotine, il était important à l'échelle mondiale de faire des études scientifiques sur l'administration dans les poumons. Le groupe a également conclu qu'il y avait un vide juridique dans la plupart des pays concernant les inhalateurs électroniques de nicotine conçus pour diffuser directement de la nicotine dans les voies respiratoires, car ils échappent à la réglementation sur les médicaments et aux contrôles applicables aux produits du tabac. De même, 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 des essais cliniques, des études comportementales et psychologiques ainsi que des études post-commercialisation au niveau individuel et au niveau de la population étaient nécessaires pour répondre à ces questions. 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. Ces produits devraient être réglementés en tant que dispositifs diffusant de la nicotine et, lorsqu'une telle réglementation est impossible dans le cadre des lois anti-tabac, ils devraient tomber sous le coup de la réglementation de la composition et de l'étiquetage, leur utilisation devrait être interdite dans les lieux publics ; la publicité, la promotion et le parrainage devraient faire l'objet de restrictions.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac a réalisé une analyse scientifique sur la composition, les émissions et les effets sur la santé des inhalateurs électroniques de nicotine, couplée à une enquête au sein des États parties. Les résultats sont présentés dans un rapport du secrétariat intitulé « inhalateurs électroniques de nicotine dont les cigarettes électroniques » (229).

Pour la partie concernant l'enquête des pratiques, le secrétariat de la Convention a envoyé un questionnaire sur ces dispositifs à toutes les parties en novembre 2011. Celui-ci comportait des questions sur la disponibilité, le cadre réglementaire, le volume des ventes et les études scientifiques sur les inhalateurs électroniques de nicotine. Au total, 33 parties ont répondu à l'enquête (Afrique du Sud, Allemagne, Australie, Belgique, Bhoutan, Brésil, Bulgarie, Canada,

Chine, Ghana, Hongrie, Irlande, Japon, Koweït, Lesotho, Lituanie, Malaisie, Mauritanie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Ouganda, Portugal, République de Corée, Roumanie, Royaume-Uni, Rwanda, Saint-Martin, Serbie, Seychelles, Singapour, Trinité et Tobago, Turquie et Uruguay). Dans le questionnaire, il a été demandé aux parties si elles-mêmes ou une entité déléguée avait fait des analyses scientifiques sur ces dispositifs, portant sur la composition, les émissions ou les effets sur la santé. Dans l'affirmative, les parties devaient donner les conclusions et une synthèse des résultats de ces analyses.

Seules quatre parties dans lesquelles on trouve des inhalateurs électroniques de nicotine ont fait des études sur le sujet. La République de Corée a fait des études de chromatographie liquide couplée à la spectrométrie de masse et de chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse pour identifier et quantifier les contaminants et les additifs dans les cigarettes électroniques. Les résultats préliminaires semblent indiquer l'identification de 10 substances toxiques et le fait qu'il pourrait y avoir des discordances entre la teneur en nicotine indiquée sur l'étiquetage et les valeurs réelles. La Bulgarie et la Malaisie ont entrepris des études pour déterminer si la teneur réelle en nicotine était égale à celle qui avait été déclarée. Au Brésil où les cigarettes électroniques sont interdites depuis 2009, une étude préliminaire en laboratoire a montré que l'empreinte chimique tend à révéler que le liquide présent dans les cartouches de cigarettes électroniques contient des extraits de tabac. Le Brésil a indiqué qu'il allait communiquer les résultats de cette étude dès qu'ils seront finalisés. Aucune des études ci-dessus ne portent sur les allégations relatives à la qualité, l'innocuité et l'efficacité des inhalateurs électroniques.

Ce rapport précise que de récentes études et publications indiquent qu'il faut faire davantage de recherches sur les inhalateurs électroniques de nicotine, en particulier pour ce qui est de leur innocuité et des allégations commerciales présentées par les fabricants (par exemple ; « remplace le tabac à fumer » ou « aide à arrêter de fumer »). Il est régulièrement constaté que ces dispositifs ont une popularité croissante et qu'un examen minutieux de ces produits est nécessaire.

British Medical Association

L'Association des médecins britanniques (*British Medical Association*) a préconisé en mars 2012 une régulation plus forte des cigarettes électroniques (230). Un cadre réglementaire solide pour la vente et l'utilisation des cigarettes électroniques a été proposé pour : 1) Garantir l'innocuité, la qualité et l'efficacité des cigarettes électroniques pour aider les fumeurs à réduire ou arrêter leur tabagisme ; 2) Restreindre la publicité sur les cigarettes électroniques de façon à ce qu'elles soient seulement orientées vers les fumeurs pour réduire ou arrêter leur tabagisme, et non orientées vers des non-fumeurs, en particulier des enfants et des jeunes personnes ; 3) Interdire leur utilisation sur des lieux de travail et les lieux publics pour limiter l'exposition passive à la vapeur expirée de l'utilisateur, et pour garantir que leur utilisation n'impacte pas négativement la prévention et l'arrêt du tabagisme en renforçant le caractère normal et l'image sociale de l'utilisation de la cigarette.

Les recommandations étaient les suivantes : les professionnels de santé devraient encourager leurs patients à utiliser une thérapie par TNS réglementée et autorisée pour les aider à arrêter de fumer. Quand un patient est incapable ou non disposé à utiliser ou continuer à utiliser une thérapie par TNS homologuée et testée, les professionnels de santé devraient informer leur patient que les cigarettes électroniques ne sont pas réglementées et que leur innocuité ne peut être assurée, mais qu'elles représentent probablement une option moins risquée que celle de continuer de fumer.

Office français de prévention du tabagisme (OFT)

L'Office français de prévention du tabagisme a publié en mai 2013 avec le soutien de la Direction générale de la santé un rapport sur l'e-cigarette (231). Ce rapport présentait des données générales sur la cigarette électronique et les recommandations de neuf experts. Les recommandations n'ont pas toutes fait l'objet d'un consensus des neuf experts mais ont été validées par au moins sept des neuf experts.

Les données générales figurant dans le rapport étaient les suivantes :

- La dangerosité de la consommation de tabac est clairement établie.
- La fumée du tabac tue en France 73 000 personnes par an, soit 200 par jour.
- En l'absence d'arrêt, un fumeur sur deux meurt d'une maladie directement liée à son tabagisme.
- Selon la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS, l'arrêt de toute consommation est l'objectif prioritaire, mais le fardeau du tabac justifie aussi une politique de réduction des risques.
- L'intensité de la dépendance au tabac est plus forte que celles liées à l'alcool, au cannabis ou aux drogues de synthèse, et voisine de celles liées à la cocaïne et à l'héroïne.
- Le tabac a un pouvoir addictif qui justifie d'utiliser les stratégies et médicaments valides pour l'arrêt du tabac mais également d'étudier de nouveaux produits de substitution dont le rapport bénéfice/risque serait favorable.
- L'e-cigarette est un nouveau produit dont l'utilisation a récemment progressé de façon exponentielle.
- Selon la dernière estimation de l'Eurobaromètre disponible (mai 2012), 6 % des Français (environ 3 millions) déclaraient l'avoir essayée et 1 % (environ 500 000) l'utilisait régulièrement.
- Si les connaissances progressent rapidement sur le produit, il reste beaucoup de points d'incertitudes ; cependant, on ne peut attendre des données scientifiques établies pour commencer à proposer des recommandations.
- Les e-liquides contiennent et libèrent d'autres produits potentiellement irritants et/ou classés comme toxiques, mais en quantité le plus souvent moindre que la fumée du tabac.
- Les e-liquides contiennent ou non de la nicotine.
- Contrairement à la cigarette, l'e-cigarette ne libère ni monoxyde de carbone (CO), ni particules solides, ni quantité significative de cancérogènes.
- Selon les données scientifiques disponibles en mai 2013, les effets irritants et/ou toxiques des composants de l'e-cigarette sont bien moindres que ceux liés à la fumée du tabac.
- Les e-cigarettes – actuellement produits de consommation courante – ne font pas l'objet de réglementations spécifiques sur les contrôles qualité, les circuits de distribution, la vente aux mineurs, la publicité et l'utilisation dans tous les espaces. Elles n'ont à respecter que les règles des normes européennes (marquage CE) et du commerce (DGCCRF) et l'interdiction de la publicité indirecte pour les produits du tabac.
- Chez le fumeur dépendant au tabac, le remplacement du tabac par l'e-cigarette devrait en théorie contribuer à une réduction des risques et des dommages.
- Dans l'état actuel des connaissances, la vitesse d'apparition de la nicotine dans le sang obtenue avec l'e-cigarette est intermédiaire entre celle obtenue avec des cigarettes de tabac et celle obtenue avec les substituts nicotiques oraux actuellement disponibles.
- Le taux plasmatique de nicotine obtenu avec une e-cigarette est variable, fonction du contenu réel en nicotine (parfois différent du contenu annoncé), du type d'e-cigarette et de la façon de l'utiliser, mais est susceptible d'apporter au fumeur dépendant la nicotine qui lui est nécessaire.
- Il est en pratique impossible de faire visuellement la différence entre les e-cigarettes utilisant du e-liquide avec nicotine ou sans nicotine car leur aspect est identique et leur utilisation simule dans les deux cas l'acte de fumer.
- Dans les lieux où il est interdit de fumer, l'e-cigarette, même sans nicotine, pourrait constituer une incitation à fumer.

Les experts ont proposé les 28 recommandations spécifiques suivantes :

1. Les experts recommandent de ne pas interdire en France l'utilisation de l'e-cigarette, avec ou sans nicotine.
2. Les experts recommandent que l'accès des fumeurs aux e-cigarettes ne soit pas freiné, car au vu des données actuelles, elles semblent réduire les dommages lorsqu'elles remplacent la cigarette.

3. Les experts recommandent de mettre en œuvre des mesures pour éviter toute promotion et toute facilitation de l'accès de l'e-cigarette aux mineurs et aux sujets n'ayant jamais fumé.
4. Les experts recommandent de réglementer l'e-cigarette : le produit, sa distribution et son utilisation.
5. Les experts recommandent que cette réglementation spécifique soit globale, prenant en compte de façon cohérente tous les aspects de l'e-cigarette.
6. Les experts prennent acte que les produits qui répondraient aux procédures standards conduisant à l'obtention d'une AMM auraient un statut de médicament ; aussi, ces e-liquides et e-cigarettes avec AMM devraient alors être vendus exclusivement en pharmacie.
7. Les experts recommandent que la vente en pharmacie des e-cigarettes qui auraient obtenu le statut de médicament n'exclut pas la vente des e-cigarettes et e-liquides n'ayant pas ce statut, dans d'autres points de vente hors les pharmacies.
8. Les experts recommandent que la France demande l'abrogation de l'article 18 du projet de directive européenne sur les produits du tabac si cet article impose obligatoirement la réglementation pharmaceutique pour les e-liquides à partir de 4 mg/l nicotine. Il est en effet contradictoire de proposer une réglementation spécifique des e-cigarettes et autres produits hors tabac et médicament contenant de la nicotine et de fixer des taux si bas qu'ils ne correspondent à aucune e-cigarette existante.
9. Les experts recommandent que, dans l'esprit de ce qui a été fait par l'ANSM en 2008, soient fixées de nouvelles limites de contenus en nicotine des e-cigarettes et de leurs recharges.
10. Les experts recommandent de porter à 18 mg/ml la concentration maximale de nicotine dans les e-liquides hors statut de médicament.
11. Les experts recommandent que le volume des flacons de recharge ne dépasse pas 30 ml.
12. Les experts recommandent de porter à 40 mg la quantité maximale de nicotine contenue dans une cartouche d'e-cigarette.
13. Les experts recommandent que soit créée une catégorie de « produits évoquant le tabagisme » (PET) comprenant les e-cigarettes, mais aussi :
 - a. les produits contenant de la nicotine qui sont ni classés comme produits du tabac, ni comme médicament ;
 - b. les produits ressemblant à des produits du tabac, même s'ils ne contiennent pas de nicotine ;
 - c. les produits dont l'usage ressemble à celui du tabac.
14. Les experts recommandent que dans le cadre de l'interdiction actuelle de la publicité indirecte en faveur des produits du tabac, l'interdiction de la publicité en faveur de l'e-cigarette soit mieux appliquée et contrôlée, y compris dans les points de vente.
15. Les experts recommandent que, comme pour les produits du tabac, la vente des e-cigarettes soit interdite aux moins de 18 ans.
16. Les experts recommandent que la vente des « produits évoquant le tabagisme » (PET) ne soit pas possible en France dans les supermarchés et boutiques généralistes, mais uniquement par des établissements agréés pour cette vente.
17. Les experts recommandent que les « produits évoquant le tabagisme » (PET) fassent l'objet d'une déclaration de mise sur le marché comportant leurs principales caractéristiques.
18. Les experts recommandent que soit clairement indiquée sur tous les emballages la composition des e-liquides :
 - d. la liste de tous les composants présents à plus de 1 % avec leur grammage/ml ;
 - e. la liste des produits posant éventuellement des problèmes de santé et de sécurité ;
 - f. la conformité aux normes de qualité requises pour les produits pharmaceutiques et alimentaires.
19. Les experts recommandent que la concentration en nicotine des cartouches et des cartomiseurs remplis et scellés soit identifiable sur le produit lui-même.
20. Les experts recommandent que les fabricants de produits évoquant le tabagisme soient dans l'obligation de déclarer la liste des arômes et ingrédients utilisés en conformité avec le

- règlement d'exécution (UE) n° 793/2012 de la commission du 5 septembre 2012 et d'apporter les références disponibles sur leur innocuité à court et long terme en inhalation.
21. Les experts recommandent que toutes les e-cigarettes et autres produits ou accessoires évoquant le tabagisme destinés à la vente comportent un avertissement sanitaire conforme et une notice comprenant une information standardisée et l'adresse d'un service consommateurs, et ceci qu'elles contiennent ou non de la nicotine.
 22. Les experts recommandent que l'utilisation d'e-cigarettes et de tout « produit évoquant le tabagisme » (PET) soit interdite dans les endroits où il est interdit de fumer en modifiant l'article R3511-1 du Code de la sante publique : « ... l'interdiction de fumer et d'utiliser la cigarette électronique et tout autre produit évoquant le tabagisme dans les lieux affectés à un usage collectif mentionnée à l'article L. 3511-7 du Code de la sante publique ».
 23. Les experts recommandent que soient interdites les allégations du type « pour fumer là où c'est interdit » car c'est une incitation indirecte au tabagisme interdite par la loi.
 24. Les experts recommandent que soient interdites toutes les promotions de l'utilisation des e-cigarettes dans des lieux non-fumeurs.
 25. Les experts recommandent que les e-cigarettes ne soient pas utilisées par les femmes enceintes ou allaitantes du fait de l'absence de toute donnée démontrant leur efficacité et leur totale innocuité dans ces conditions.
 26. En l'absence d'études scientifiques précises sur une utilisation supérieure à 6 mois de l'e-cigarette, les experts recommandent la vigilance en ce qui concerne son utilisation prolongée, ceci aussi longtemps que des données à long terme ne seront pas disponibles.
 27. Les experts estiment que toutes les études concernant l'efficacité de l'e-cigarette dans l'aide au sevrage tabagique et l'innocuité de son utilisation à long terme doivent être encouragées, et être totalement indépendantes des fabricants de ce produit.
 28. Les experts recommandent que les présentes recommandations fassent l'objet d'une réactualisation régulière.

Tableau 51. Utilisation des différents produits à base de tabac et tentatives d'arrêt – Étude transversale

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
<p>Popova et Ling, 2013 (214)</p> <p>Niveau de preuve=3</p>	Étude trans- versale américaine	Estimer la fréquence d'utilisation de produits alternatifs à base de tabac (tabac à chiquer, tabac à priser, snus, tabac soluble, cigarettes électroniques) chez les fumeurs et leurs associations avec les comportements d'arrêt du tabagisme.	<p>Fumeurs adultes ou personnes ayant arrêté de fumer récemment (depuis moins de deux ans)</p> <p>Fumeurs faisant partie d'un panel de "<i>the research company knowledge networks</i>" (avec compensation de leur participation avec de l'argent, du matériel et l'accès gratuit à Internet).</p> <p>- Sélectionnés aléatoirement avec une méthode d'échantillonnage basée sur leur adresse</p>	Utilisation de produits alternatifs du tabac	<p>Statut tabagique (fumeurs, ex-fumeurs)</p> <p>Tentatives d'arrêt</p> <p>Intention d'arrêter de fumer (le mois prochain, dans les 6 mois, dans le futur)</p> <p>Utilisation de produits alternatifs utilisés pour arrêter de fumer</p>	<p>n=1836</p> <p>59,9 % ont essayé d'arrêter de fumer dans le passé mais sont restés fumeurs</p> <p>23,3 % sont des ex-fumeurs</p> <p>16,8 % n'ont pas essayé d'arrêter de fumer</p> <p>Prévalence d'utilisation des produits alternatifs :</p> <p>38 % des participants avaient déjà utilisé des produits de tabac alternatifs. Le produit le plus essayé était la cigarette électronique (20,1 %). Les produits de tabac solubles ont été utilisés moins fréquemment (2,9 %).</p> <p>Les hommes étaient plus souvent utilisateurs de produits de tabac alternatifs (quel que soit le produit) que les femmes : OR=2,18 IC95 % [1,79-2,64] (catégorie de référence : les femmes).</p> <p>Cependant, les femmes utilisaient plus les cigarettes électroniques que les hommes : OR=0,79 IC95 % [0,63-0,99].</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
						<p>31,5 % des jeunes (18-29 ans) avaient déjà essayé la cigarette électronique (OR=2,32 IC95 %=[1,57-3,42] (catégorie de référence : âge ≥ 60 ans).</p> <p>Utilisation du tabac sans fumée et arrêt du tabagisme : Parmi ceux qui ont essayé les produits alternatifs de tabac, 21 % ont essayé d'arrêter de fumer en changeant pour du tabac sans fumée.</p> <p>Les personnes n'ayant pas réussi à arrêter de fumer étaient plus disposées à utiliser des cigarettes électroniques dans le futur que celles qui n'avaient jamais essayé d'arrêter de fumer, ces dernières étant plus disposées que les personnes ayant arrêté de fumer avec succès (respectivement une moyenne de 4,0 ; 3,1 et 2,3 sur une échelle à 9 points, $p < 0,001$).</p> <p>Les participants qui projetaient d'arrêter de fumer le mois suivant, dans les 6 mois et dans un futur plus éloigné avaient un intérêt plus important pour les cigarettes électroniques que les personnes qui ne projettent pas</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
						<p>d'arrêter de fumer (respectivement une moyenne de 4,6, 4,1 et 3,9 versus 2,7 sur une échelle à 9 points, $p<0,001$).</p> <p>Limites</p> <p>Les auteurs ont considéré que les cigarettes électroniques étaient des produits alternatifs au tabac, alors que ces dispositifs ne délivrent que de la nicotine ou des solutions sans nicotine.</p> <p>Les données étaient déclaratives.</p> <p>Le schéma d'étude transversal ne permet pas de raisonner en termes de causalité d'ailleurs les auteurs ont conclu que des études longitudinales prospectives étaient nécessaires pour déterminer si les utilisateurs de tabac sans fumée parvenaient davantage à arrêter de fumer que les fumeurs de tabac.</p>
Caponnetto et al., 2013 (215) Niveau de	Essai contrôlé randomisé	Évaluer l'efficacité et l'innocuité de la cigarette électronique « Categoria » pour réduire le	Population : fumeurs de Catane (Italie), recrutés entre juin 2010 et février 2011, consommant 10	Groupes de comparaisons : trois niveaux de concentrations de nicotine : 7,2 mg de nicotine, 5,4 mg de nicotine, pas de	Réduction du tabagisme ; abstinence, effets indésirables, satisfaction des participants	<p>n=300 participants (randomisés en 3 groupes)</p> <p>Groupe A : 100 participants ont utilisé des cartouches de nicotine à 7,2 mg pendant 12 semaines.</p> <p>Groupe B : 100 participants ont</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
preuve=3		risque de tabagisme.	cigarettes ou plus par jour depuis au moins 5 ans, âgés de 18 à 70 ans, en bonne santé, ne souhaitant pas arrêter de fumer dans les 30 jours à venir.	nicotine.		<p>utilisé des cartouches de nicotine à 7,2 mg pendant 6 semaines puis à 5,4 mg pendant 6 semaines,</p> <p>Groupe C : 100 participants ont utilisé des cartouches sans nicotine pendant 12 semaines</p> <p>Diminution significative du nombre de cigarettes fumées par jour : valeur médiane du nombre de cigarettes/jour, intervalle interquartile. Avant l'utilisation de la cigarette électronique : Groupe A : 19 (14,0-25,0), Groupe B : 21 (15,0-26,0), Groupe C : 22 (15,0-27,0) ; à 52 semaines, Groupe A : 15 (10,0-20,0), Groupe B : 15 (10,0-20,0), Groupe C : 13 (10,0-20,0).</p> <p>Diminution significative du niveau de CO expiré à 52 semaines : Valeur du CO (ppm), intervalle interquartile. Avant l'utilisation de la cigarette électronique valeur non données (graphique disponible) ; à 52 semaines, Groupe A : 15 (8,8-29,0), Groupe B : 16 (10,0-26,5),</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
						<p>Groupe C : 17 (11,3-25,0).</p> <p>Réduction du tabagisme dans 10,3 % des cas à 52 semaines. Taux d'abstinence à 12 semaines : Groupe A=11 %, Groupe B=17 %, Groupe C=4 %. Taux d'abstinence à 52 semaines : Groupe A=13 %, Groupe B=9 %, Groupe C=4 %</p> <p>Innocuité : avant l'utilisation de la cigarette électronique, les effets indésirables rapportés le plus fréquemment étaient les suivants : toux (26 %), bouche sèche (22 %), essoufflement (20 %), irritation de la gorge (17 %), maux de tête (17 %). (pas de différence entre les 3 groupes). Une diminution importante de ces effets indésirables était rapportée par les auteurs (avec un graphique, mais sans quantification ou test). Durant l'étude, l'essoufflement est passé de 20 % à 4 % à la semaine 2. Aucun effet indésirable grave rapporté durant l'étude.</p> <p>Satisfaction du produit : score</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
						<p>d'une échelle visuelle analogique (de 0 à 10) : 4 (2-5) à 12 semaines, 4 (1-5) à 24 semaines, 3 (1-5) à 52 semaines (pas de différence entre les 3 groupes)</p> <p>Limites de cette étude : cette étude n'intégrait pas de comparaison avec un groupe contrôle n'utilisant pas de cigarette électronique ou utilisant un traitement de référence comme les TNS. Certains résultats ne figuraient pas dans l'article (comme les valeurs de base du CO expiré). Un des auteurs avait des liens d'intérêts avec le fabricant de la cigarette électronique évaluée dans l'étude.</p>

► Conclusion sur les cigarettes électroniques

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'innocuité et l'importance de l'apport de nicotine des cigarettes électroniques ne sont pas établies. On ne dispose pas en 2013 de données scientifiques permettant de valider l'allégation d'aide au sevrage tabagique de ces produits. L'administration dans les poumons peut être dangereuse. Les éléments sont actuellement insuffisants pour déterminer si les cigarettes électroniques sont efficaces pour aider à arrêter de fumer, si elles engendrent une dépendance ou l'entretiennent et si elles dispensent des constituants autres que la nicotine. De ce fait, il n'est pas possible de recommander leur utilisation dans le cadre du sevrage tabagique sur la base des données disponibles.

Des études répondant aux critères de qualité de la recherche clinique sont nécessaires pour pouvoir se prononcer quant à l'innocuité et l'efficacité de ces dispositifs.

► Avis du groupe de travail

À l'heure actuelle, les cigarettes électroniques ne peuvent pas être préconisées dans le sevrage en raison de l'insuffisance de données sur leur efficacité et leur innocuité.

Le GT souhaite que des études soient mises en place afin de répondre aux questions soulevées et de pouvoir se prononcer sur l'intérêt de ces dispositifs dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Dans cette attente, le soignant a un devoir d'information et se doit d'avertir les patients qui utilisent des cigarettes électroniques de la méconnaissance des risques associés à leur utilisation.

Si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés et fait le choix d'utiliser la cigarette électronique, on l'informerait du fait qu'elles ne sont pas un traitement actuellement validé, mais que, du fait des substances contenues dans les cigarettes électroniques par rapport à celles contenues dans le tabac, elles sont supposées être moins dangereuses que le tabac. Dans ce cas, leur utilisation ne sera pas déconseillée mais on veillera à accompagner le patient dans une stratégie d'arrêt ou de réduction du tabac.

► Recommandations

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 produit²³.

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

²³Agence 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>
------------------	--

5.4 Stratégie thérapeutique

► Données de la littérature

La revue des revues de littérature de Grignon et Reddock (232) (tableau 52) a fait le point des connaissances sur l'efficacité des politiques publiques et des interventions visant à réduire le tabagisme. Cette publication constitue une synthèse des conclusions de la revue de la littérature réalisée par les auteurs pour l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) dans le cadre du rapport de la Cour des comptes de 2012 (<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/>). Soixante-quatre revues de la littérature et six évaluations économiques (coût/efficacité, coût/utilité, coûts évités) ont été identifiées. Parmi les 64 revues de littérature identifiées, une majorité portait sur l'arrêt du tabac (le reste traitant de la prévention).

Les résultats étaient les suivants :

- l'aide par un professionnel (médecin, infirmière, conseiller ou psychologue) est toujours efficace ;
- un fumeur voulant arrêter et recevant de l'aide aura 80 % de chances supplémentaires d'y parvenir par rapport à un fumeur voulant arrêter sans aide. Cependant, il est encore plus efficace de fournir des outils aux professionnels pour les aider à accompagner les fumeurs à cesser de fumer. Notamment, un médecin prescrivant une date d'arrêt (en accord avec le patient) aura beaucoup plus d'impact qu'un médecin ne le faisant pas : la probabilité de succès augmente de 300 % environ comparée à l'absence d'intervention ;
- les combinaisons les plus efficaces sont l'intervention de professionnels de santé formés et dotés d'outils d'aide à l'arrêt et des psychologues ou d'autres intervenants en santé autorisés à prescrire des substituts nicotiniques. Toutefois, les médecins prescrivant ces substituts n'ont pas plus d'impact que ceux n'en prescrivant pas ;
- les interventions de thérapies comportementales de groupe ont le même effet que l'aide individuelle fournie par un professionnel ;
- les interventions chez des patients hospitalisés ne sont pas plus efficaces que les interventions en ambulatoire ;
- l'aide par téléphone portable (messages textuels) ou Internet est potentiellement efficace, peut-être même légèrement plus que l'aide par un professionnel non formé, mais moins que l'aide par un professionnel formé ou prescrivant des substituts nicotiniques. Là encore, la forme prise par l'aide (fréquence des appels, ajustement dynamique et personnalisé de l'aide) détermine l'efficacité ;
- toutes les formes d'aide au sevrage semblent très efficaces en termes de coût. Les hausses de prix ont un effet significatif sur la consommation totale à condition d'être supérieures à l'augmentation des revenus moyens, mais ne semblent pas dissuader fortement l'initiation tabagique. En revanche, même si les hausses de coûts sont efficaces pour convaincre les fumeurs d'arrêter, aucune étude n'a montré si cette efficacité était retrouvée pour les fumeurs les plus en danger, c'est-à-dire ceux qui fument beaucoup et depuis longtemps ;
- les interventions communautaires pour dissuader les jeunes de commencer à fumer sont efficaces et diminuent en moyenne la proportion de fumeurs réguliers de 3 à 17 %.

La limite principale de cette revue des revues est qu'elle intégrait peu d'études françaises.

► Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 53.

Tableau 52. Stratégies thérapeutiques - Synthèse des données de la littérature

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Grignon et Reddock, 2012 (232) Niveau de preuve=2	Revue des revues de la littérature	Faire le point des connaissances sur : - l'efficacité des interventions de prévention auprès des collégiens et des lycéens ; - l'efficacité des interventions fondées sur les hausses de prix du tabac ; - l'efficacité des interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme.	Base de données : Health Systems Evidence : répertoire publié par McMaster University, qui recense des synthèses de connaissances issues de la recherche sur les aspects de gouvernance, financiers et relatifs à la prestation de services, ainsi que sur la mise en œuvre de stratégies pouvant soutenir le changement dans les systèmes de santé. EconLit : base de données bibliographique multilingue publiée par l'American Economic Association, analysant et indexant la littérature internationale dans le domaine	Arrêt du tabac	64 revues, 6 évaluations économiques (n'ont été retenues que les évaluations effectuées sur des pays comparables à la France) Les revues systématiques analysées permettaient de conclure aux principaux résultats suivants : L'aide par un professionnel (médecin, infirmière, conseiller ou psychologue) est toujours efficace. Un fumeur recevant de l'aide et voulant arrêter aura 80 % de plus de chances d'y parvenir que celui voulant arrêter sans aide. Cependant, il est encore plus efficace de fournir des outils à ces professionnels pour les aider à accompagner les fumeurs à cesser de fumer. Notamment, un médecin prescrivant une date d'arrêt aura beaucoup plus d'impact qu'un médecin ne le faisant pas : la probabilité de succès augmente de 300 % environ comparée à l'absence d'intervention. Les combinaisons les plus efficaces sont des professionnels de santé formés et dotés d'outils d'aide à l'arrêt ; des psychologues ou autres intervenant en santé autorisés à prescrire des substituts nicoti-

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			des sciences économiques et financières mais aussi sociales.		<p>niques. Toutefois, les médecins prescrivant ces substituts n'ont pas plus d'impact que ceux n'en prescrivant pas. Les interventions comportementales de groupe ont le même effet que l'aide individuelle par un professionnel. Les interventions sur des patients hospitalisés ne sont pas plus efficaces que les interventions en ambulatoire.</p> <p>L'aide par téléphone (portable) ou Internet est potentiellement efficace, peut-être même légèrement plus que l'aide par un professionnel non formé, mais moins que l'aide par un professionnel formé ou prescrivant des substituts. Là encore, la forme prise par l'aide (fréquence des appels, ajustement dynamique et personnalisé de l'aide) détermine l'efficacité.</p> <p>Toutes les formes d'aide au sevrage semblent très efficaces en termes de coût : prendre en charge les substituts nicotiques coûte entre 80 et 1 793 euros par arrêt. Une intervention dans les écoles pour dissuader de commencer à fumer par la pression des pairs coûte 1 874 euros par fumeur évité. Les substituts nicotiques coûtent autour de 5 000 euros en général par année de vie sauvée et jamais plus de 16 000 euros. Enfin, la thérapie de groupe coûte 6 745 euros par année de vie sauvée.</p> <p>Les hausses de prix ont un effet significatif</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>sur la consommation totale à condition d'être supérieures à l'augmentation des revenus moyens, mais ne semblent pas dissuader fortement l'initiation tabagique. En revanche, même si elles sont efficaces pour convaincre les fumeurs d'arrêter, aucune étude ne montre si elles le sont auprès des fumeurs les plus en danger, qui fument beaucoup depuis longtemps. Les interventions communautaires pour dissuader les jeunes de commencer à fumer sont efficaces et diminuent en moyenne la proportion de fumeurs réguliers de 3 % à 17 %.</p> <p>Commentaires : très peu d'études analysées concernaient la France. Les auteurs indiquaient que cette revue des revues ne fournissait que peu de recettes clés en main de politiques de lutte contre le tabagisme applicables en France. De plus, ils suggéraient la mise en œuvre d'une revue de la littérature plus pointue portant sur des interventions menées en France ou dans des contextes proches.</p>

Tableau 53. Stratégies thérapeutiques - Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année /Pays	Recommandations
HAS, 2009 (161)	<ul style="list-style-type: none"> La prise en charge du fumeur motivé à l'arrêt du tabac repose sur une évaluation clinique permettant de déterminer son degré de dépendance à la nicotine (par le test de Fagerström), de repérer des troubles anxio-dépressifs et une autre dépendance associée (alcool, cannabis...). Un soutien psychologique est recommandé en association au traitement médicamenteux, quel qu'il soit. Place de la varénicline dans la stratégie thérapeutique : Compte tenu d'une part, de la bonne tolérance des TNS et d'autre part, des effets indésirables, en particulier psychiatriques, de la varénicline, la prescription de varénicline est à réserver aux échecs des TNS. La varénicline représente un moyen thérapeutique supplémentaire de prise en charge du sevrage tabagique. <p>Le traitement doit être arrêté en cas d'agitation, d'humeur dépressive, de modifications du comportement ou de pensées suicidaires.</p>
ANAES, 2004 (62) France	<p>Question 1 Une enquête nationale argumentée par le dosage d'un marqueur de l'intoxication tabagique devrait être réalisée pour évaluer la prévalence du tabagisme actif et passif chez la femme enceinte et son environnement. Les enquêtes locales pourront servir d'indicateur pour adapter des réponses à une problématique de proximité.</p> <p>Question 2 Il existe un lien de causalité (association statistiquement significative, relation dose-effet, réversibilité à l'arrêt, mécanisme physiopathologique pour expliquer l'effet) entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et la survenue de : - troubles de la fertilité masculine et féminine ; - grossesse extra-utérine ; - avortements spontanés ; - anomalies du déroulement de la grossesse (prématurité, retard de croissance intra-utérin, hématome rétro-placentaire, RPM, mort fœtale <i>in utero</i>).</p> <p>L'émergence de connaissances de plus en plus nombreuses sur le rôle du tabac chez la femme enceinte souligne l'importance non seulement de l'intoxication active et/ou passive de la femme, mais également de celle du compagnon. 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 du moins le plus rapidement possible au cours de la grossesse.</p> <p>Question 3 Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de la morbidité et de la mortalité associée à la grossesse. Beaucoup de femmes enceintes sont motivées à l'arrêt du tabac. Il est donc utile de profiter de cette motivation pour instaurer cet arrêt du tabac le plus précocement possible et pour le maintenir en <i>post-partum</i> afin de protéger l'enfant du tabagisme passif. Plus l'arrêt est obtenu précocement, plus les bénéfices semblent importants pour la femme enceinte et le fœtus. Un arrêt à tout stade de la grossesse est cependant bénéfique. À ce titre, les professionnels de santé doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite prénatale et tout au long de la grossesse.</p> <p>Les approches psychologiques et/ou comportementales suivantes peuvent être recommandées en première intention aux différentes étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse ou qui vient d'accoucher selon les modalités suivantes : 1. le conseil minimal (grade B) : il doit être effectué systématiquement à la première consultation et renouvelé par les différents professionnels de santé à chaque rencontre avec la femme enceinte fumeuse ;</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>2. l'intervention brève (grade B) : elle peut lorsque c'est possible remplacer le conseil minimal et doit être effectuée dans les mêmes conditions ;</p> <p>3. l'entretien motivationnel (grade B) : il peut être instauré dès l'origine de la démarche de sevrage et renouvelé à chaque consultation ;</p> <p>4. la TCC (grade B) : elle peut être mise en œuvre à toutes les étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse ;</p> <p>5. la consultation psychologique : elle peut être mise en œuvre à toutes les étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse.</p> <p>Un TNS peut être recommandé pour aider à l'arrêt du tabac une femme enceinte fumeuse ou qui vient d'accoucher selon les modalités suivantes :</p> <p>1. il est à instaurer le plus rapidement possible au cours de la grossesse, si une approche psychologique et/ou comportementale n'est pas suffisante ou est refusée,</p> <p>2. il est recommandé d'utiliser le TNS en association avec une approche psychologique et/ou comportementale,</p> <p>3. la forme de substitution nicotinique prescrite doit être personnalisée,</p> <p>4. la dose de nicotine et sa répartition sur le nyctémère doivent être suffisantes pour obtenir et maintenir un arrêt du tabac,</p> <p>5. le TNS peut être prescrit à tout moment de la prise en charge d'une femme enceinte fumeuse : de la consultation prénatale, aux suites de couches, y compris si la femme allaite, si l'arrêt du tabac n'a pas été obtenu pendant la grossesse. Cependant, par mesure de précaution, le rapport bénéfice/risque du TNS au 3^{ème} trimestre de la grossesse est à apprécier au cas par cas.</p> <p>Ces différentes techniques d'aide à l'arrêt du tabac sont à proposer lors de toute rencontre d'une femme fumeuse avec un professionnel de santé, que ce soit pour un désir de grossesse, pour le suivi de la grossesse ou pour toute autre raison (consultation de médecine générale ou spécialisée, consultation d'anesthésie, séances de préparation à la naissance, visites obligatoires, hospitalisation, dispensation par le pharmacien de médicaments).</p> <p>Question 4</p> <p>Actuellement, le tabagisme est la première cause identifiée de mort subite du nourrisson. Il comprend le tabagisme actif de la femme enceinte et de la jeune mère, l'exposition de la femme enceinte au tabagisme passif et le tabagisme paternel. En conséquence, il est conseillé d'interdire le tabagisme à domicile. Il n'est pas prouvé que fumer fenêtres ouvertes ou dans une autre pièce modifie le degré d'exposition de l'enfant pendant la période à risque. Il est indispensable de proscrire le partage du lit si la mère fume. L'allaitement maternel prolongé (supérieur à 4 mois) est toujours à conseiller, particulièrement en raison de son rôle protecteur sur le plan immunitaire pour l'enfant.</p> <p>Question 5</p> <p>Lors de la prise en charge périnatale, il importe, au-delà de la thérapeutique bien codifiée des complications maternelles et néonatales liées au tabagisme, de repérer les femmes qui continuent de fumer jusqu'à l'accouchement et au décours de celui-ci sans les culpabiliser.</p> <p>À son arrivée à la maternité, la mesure du taux de CO chez une femme qui a continué de fumer tout au long de sa grossesse peut permettre de renforcer la vigilance des professionnels de la naissance pour diagnostiquer, prévenir ou traiter précocement des complications maternelles et/ou néonatales.</p> <p>Les professionnels de la naissance doivent être convaincus de leur rôle dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la promotion de l'allaitement maternel dans tous les cas, y compris chez les mères fumeuses ou sous TNS ; - la valorisation de la capacité de ces femmes à être mères ; - l'information sur les aides à l'arrêt du tabac, pour la mère mais aussi pour le père s'il est fumeur ;

Année /Pays	Recommandations
	<p>- l'initiation encore possible de l'arrêt du tabac chez les parents au décours de l'accouchement, afin d'éviter l'exposition du nouveau-né au tabagisme passif.</p> <p>Question 6</p> <p>Un manque cruel de données et de coordination des actions, un éparpillement des moyens font souhaiter la création, au niveau national, d'un Observatoire national de la grossesse et de la naissance.</p>
NICE, 2011 (189) Royaume-Uni	<p>Recommandation 1 : la varénicline est recommandée comme une possibilité pour les fumeurs qui ont exprimé leur désir d'arrêter de fumer.</p> <p>Recommandation 2 : la varénicline devrait normalement être prescrite seulement comme une composante d'un soutien comportemental.</p>
NICE, 2007 (90) Royaume-Uni	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Chaque personne qui fume devrait recevoir le conseil d'arrêter, à moins qu'il y ait des circonstances exceptionnelles. Les personnes qui ne sont pas prêtes à arrêter devraient être questionnées sur la possibilité d'arrêter et encouragées à chercher de l'aide dans le futur. Si un individu qui fume présente une maladie liée au tabac, le conseil d'arrêt du tabac pourrait être lié à sa condition médicale.</p> <p>Recommandation 2 :</p> <p>Les personnes qui fument devraient être questionnées sur leur intérêt pour arrêter de fumer. Le conseil d'arrêter de fumer doit être adapté aux préférences des personnes, besoins et circonstances : il n'y a pas de preuve que le mode « <i>stages of change</i> » est plus efficace que n'importe quelle autre approche.</p> <p>Recommandation 3 :</p> <p>Les médecins généralistes devraient saisir l'opportunité de conseiller à tous les patients qui fument d'arrêter de fumer quand ils se rendent à une consultation. Ceux qui veulent arrêter devraient être adressés à un service de soutien intensif. S'ils ne sont pas disposés ou incapables d'accepter cette orientation, ils doivent se voir proposer une pharmacothérapie en accord avec la recommandation du NICE n°39 « <i>Guidance on the use of NRT and bupropion for smoking cessation</i> ». Le statut tabagique de ceux qui ne sont pas prêts devrait être enregistré et réévalué avec la personne une fois par an, si possible.</p> <p>Recommandation 4 :</p> <p>Les infirmières en soins primaires et soins de proximité devraient conseiller à toute personne qui fume d'arrêter et de les adresser à un service de support intensif. S'ils ne sont pas disposés ou incapables d'accepter cette orientation, ils doivent se voir proposer une pharmacothérapie par des praticiens avec une formation adaptée, en accord avec la recommandation du NICE n°39 « <i>Guidance on the use of NRT and bupropion for smoking cessation</i> ». Les infirmières qui sont formées comme conseillers « <i>NHS Stop Smoking</i> » peuvent les adresser à elles-mêmes quand c'est approprié. Le statut tabagique de ceux qui ne sont pas prêts à arrêter devrait être enregistré et réévalué avec la personne une fois par an, si possible.</p> <p>Recommandation 5 :</p> <p>Tous les professionnels de santé, tels que les cliniciens hospitaliers, les pharmaciens et les dentistes devraient adresser les personnes qui fument à un service de soutien intensif.</p> <p>Si l'individu n'est pas disposé ou incapable d'accepter cette orientation, les praticiens avec une formation adaptée devraient proposer une pharmacothérapie en accord avec la recommandation du NICE n°39 « <i>Guidance on the use of NRT and bupropion for smoking cessation</i> » et une aide supplémentaire. Ceux qui sont formés comme conseillers « <i>NHS Stop Smoking</i> » peuvent les adresser à eux-mêmes. Si possible, le</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>statut tabagique de ceux qui ne sont pas prêts devrait être enregistré et revu avec la personne une fois par an.</p> <p>Recommandation 6 : Les travailleurs sociaux devraient adresser les personnes qui fument à un service de soutien intensif. Ceux qui sont formés comme conseillers « <i>NHS Stop Smoking</i> » peuvent les adresser à eux-mêmes.</p> <p>Recommandation 7 : Les autorités de santé stratégiques, les hôpitaux du NHS, les PCT (groupes de soins primaires), les pharmacies communautaires, les autorités locales et les groupes communautaires locaux devraient revoir les politiques d'arrêt du tabac et les pratiques pour tenir compte des recommandations de ce guide.</p> <p>Recommandation 8 : Le conseil d'arrêt du tabac et le soutien devraient être disponibles dans la communauté, les lieux de soins primaires et secondaires pour toute personne qui fume. Les décideurs politiques devraient atteindre les populations difficiles à toucher, les communautés paupérisées incluant les groupes minoritaires, en ayant une attention particulière à leurs besoins.</p> <p>Recommandation 9 : Des systèmes de surveillance doivent être mis en place pour garantir que les professionnels de santé ont accès à des informations sur le statut tabagique de leurs patients. Cela devrait inclure des informations sur : a) l'occasion la plus récente pendant laquelle le conseil d'arrêter a été donné ; b) la nature du conseil offert ; c) la réponse à ce conseil.</p>
<p>NICE, 2008 (91) Royaume-Uni</p>	<p>Il a été prouvé que les interventions d'arrêt du tabac suivantes sont efficaces :</p> <p>Interventions courtes : Des interventions courtes pour l'arrêt au tabac impliquent des conseils opportuns, une discussion, une négociation ou un encouragement et une orientation vers un traitement plus intense si approprié. Ces interventions sont délivrées par un éventail de professionnels de premiers recours, généralement en moins de 10 minutes. L'ensemble de l'intervention dépend d'un nombre de facteurs qui incluent la disposition de l'individu à arrêter, de leur acceptation de cette intervention, et des méthodes précédentes que l'individu à utiliser. Cette intervention peut inclure un ou plus des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ conseil opportun simple ; ▪ évaluation de l'engagement du fumeur à arrêter ; ▪ pharmacothérapie et/ou support comportemental ; ▪ outils d'auto-support ; ▪ orientation vers des supports plus intensifs tels que ceux du <i>NHS Stop Smoking Service</i>. <p>Counselling comportemental individuel : Le <i>counselling</i> individuel comportemental implique des rencontres programmées en face à face entre un fumeur et un conseiller formé à l'arrêt du tabac. Typiquement, cela implique des sessions chaque semaine sur une période d'au moins 4 semaines après la date d'arrêt et est normalement combinée avec une pharmacothérapie.</p> <p>Thérapie comportementale de groupe : Cette thérapie implique des rencontres programmées pendant lesquelles les fumeurs bénéficient d'informations, de conseils et d'encouragements, et une intervention comportementale (par exemple, la thérapie comportementale cognitive). Cette thérapie est proposée chaque semaine pour au moins les 4 premières semaines qui suivent la date d'arrêt. Cette thérapie est normalement combinée avec une pharmacothérapie.</p> <p>Pharmacothérapie</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Les conseillers d'aide à l'arrêt au tabac et les professionnels de santé peuvent recommander et prescrire un TNS, de la varénicline ou du bupropion comme une aide aux personnes pour arrêter de fumer, avec la délivrance de conseils, d'encouragement et de soutien, ou une orientation vers un service d'aide à l'arrêt au tabac. Avant de prescrire un traitement, ils prennent en compte les intentions et la motivation de la personne à arrêter de fumer et la vraisemblance de la compliance au traitement. Ils doivent aussi considérer les traitements préférés par la personne, les tentatives d'arrêt précédentes (et comment), et les raisons médicales pour lesquelles certaines pharmacothérapies ne doivent pas être prescrites.</p> <p>Outils d'auto-support</p> <p>Ces outils comprennent tout manuel ou programme structuré, dans un format écrit ou électronique, qui peut être utilisé par des individus dans une tentative d'arrêt sans l'aide de professionnels de santé, de conseillers ou du soutien d'un groupe. Ces outils peuvent être à destination de toute personne qui fument, des populations particulières (par exemple déterminées par l'âge) ou peuvent être adaptés à un besoin individuel.</p> <p>Counselling téléphonique et lignes téléphoniques pour arrêter de fumer</p> <p>Le <i>counselling</i> téléphonique et les lignes téléphoniques pour arrêter de fumer fournissent des encouragements et un soutien par téléphone à toute personne qui souhaite arrêter de fumer, ou qui a récemment arrêté de fumer. Les conseillers peuvent appeler le patient (service proactif) et le patient peut appeler le service (service réactif).</p> <p>Médias</p> <p>Les campagnes médiatiques combinent des formes multiples de médias, telles que la TV, la radio et la publicité dans les journaux nationaux. Ils peuvent être utilisés isolément pour encourager et supporter des tentatives d'arrêt ou en combinaison avec d'autres activités à des niveaux locaux, régionaux et nationaux.</p> <p>Services d'arrêt du tabac</p> <p>Recommandation 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les caractéristiques de la population locale des personnes qui fument ou utilisent d'autres formes de tabac. Déterminer la prévalence de toutes les formes de tabac utilisées localement. - Garantir que les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS touchent les minorités et les communautés désavantagées socialement dans la population locale. - Garantir que les « <i>Stop Smoking Service</i> » fournissent un bon service en maintenant des niveaux adéquates de personnel, incluant un coordinateur à temps plein (ou l'équivalent). - Établir des objectifs réalistes de performance pour d'une part, le nombre de personnes utilisant le service et d'autre part, la proportion de ceux qui arrêtent de fumer avec succès. Ces objectifs doivent refléter les caractéristiques démographiques de la population locale. - Auditer les données de performance en routine et indépendamment, et rendre les résultats disponibles. - Établir des liens entre les services de contraception et les services ante- et postnataux. Ces liens devraient assurer aux professionnels de santé les opportunités nombreuses qui leur sont accessibles (à plusieurs étapes de la vie de la femme) pour offrir un conseil aux fumeurs ou orienter vers un service spécialisé, quand cela est approprié. <p>Recommandation 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Offrir un conseil comportemental, une thérapie de groupe, une pharmacothérapie ou une combinaison de traitements qui ont été identifiés comme efficaces. ○ Garantir que les patients reçoivent un support comportemental d'une personne qui a une formation conforme aux « <i>Standards for training in smoking cessation treatments</i> » ou ses mises à jour. ○ Fournir un conseil adapté, un conseil et un support, particulièrement aux patients de minorités et des groupes désavantagés. Fournir des services dans le langage choisi par les patients à chaque fois que cela est possible.

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Garantir que le « <i>NHS Stop Smoking Service</i> » a pour objectif de traiter les minorités et les groupes désavantagés au moins en proportion de leur représentation dans la population locale d'utilisateurs de tabac. <p>Recommandation 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Assurer que les lignes téléphoniques subventionnées par les pouvoirs publics offrent une réponse rapide, positive et fiable. Quand cela est possible, les personnes qui appellent, dont la première langue n'est pas l'anglais, devraient avoir accès à une information et un soutien dans une langue de leur choix. ○ Tout le personnel devrait recevoir une formation à l'arrêt du tabac (au moins pour les interventions brèves pour aider les personnes à arrêter de fumer). ○ Le personnel qui propose le <i>counselling</i> devrait être formé au moins au niveau 2 (<i>counselling</i> comportemental individuel) et de préférence, ils devraient obtenir une qualification appropriée en <i>counselling</i>. La formation devrait être conforme aux « <i>Standards for training in smoking cessation treatments</i> » ou ses mises à jour. <p>Pharmacothérapies et autres traitements</p> <p>Recommandation 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proposer un TNS, la varénicline ou le bupropion, de façon appropriée aux personnes qui envisagent d'arrêter de fumer. ○ Proposer des conseils, des encouragements et un soutien, incluant une orientation au « <i>NHS Stop Smoking Service</i> » pour aider les personnes dans leur tentative d'arrêter. ○ Un TNS, la varénicline ou le bupropion devraient normalement être proposés dans la cadre d'un abstinant-contingent traitement, dans lequel le fumeur s'engage à arrêter de fumer immédiatement ou avant une date particulière cible. La prescription de TNS, de varénicline devrait être suffisante pour durer seulement jusqu'à deux semaines après la date cible d'arrêt. Normalement, cela sera après deux semaines de thérapie par TNS, et trois à quatre semaines de varénicline ou bupropion, pour autoriser les différents modes d'administration et mode d'action. Des prescriptions supplémentaires devraient être données aux personnes qui ont démontré, sur une réévaluation, que leur tentative d'arrêt continue. ○ Expliquer les risques et bénéfices d'utilisation des TNS aux personnes jeunes âgées de 12 à 17 ans, des femmes enceintes ou qui allaitent, et des personnes qui présentent des désordres cardio-vasculaires. Pour maximiser les bénéfices des TNS, les personnes dans ces groupes devraient aussi être encouragées à utiliser un support comportemental dans leur tentative d'arrêter. ○ Ni la varénicline, ni le bupropion ne devraient être proposés aux personnes de moins de 18 ans ou à des femmes qui allaitent. ○ La varénicline ou le bupropion peuvent être proposés aux personnes présentant des maladies cardio-vasculaires instables, suite à un jugement clinique. ○ Si la tentative d'arrêt d'un fumeur est un échec avec un TNS, de la varénicline ou du bupropion, ne pas renouveler la prescription dans les 6 mois à moins que des circonstances particulières aient empêchées la tentative initiale de la personne d'arrêter de fumer, et réessayer quand cela est possible. ○ Ne pas proposer de combinaison quelle qu'elle soit d'un TNS, de varénicline ou de bupropion. ○ Envisager de proposer une combinaison de patchs nicotiniques et d'autres formes de TNS (telles que les gommes à mâcher, un inhalateur, une pastille ou spray nasal) aux personnes qui ont un haut niveau de dépendance de nicotine ou qui ont apprécié dans le passé une seule forme de TNS. ○ Ne pas favoriser un médicament sur un autre. Le clinicien et le patient doivent choisir celui qui semble la plus à même de réussir. ○ Quand il a été décidé quelles thérapies utiliser et dans quel ordre, discuter les options avec le patient et prendre en compte : <ul style="list-style-type: none"> ○ si une première proposition ou orientation au <i>NHS Stop Smoking Service</i> a été faite ; ○ les contre-indications et le potentiel pour des effets indésirables ;

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ○ les préférences personnelles du patient ; ○ la possibilité d'un <i>counselling</i> approprié ou d'un soutien ; ○ la vraisemblance que le patient suivra le traitement ; ○ leur expérience précédente d'aide à l'arrêt du tabac. <p>Recommandation 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les praticiens devraient fournir un TNS et un soutien approprié aux individus qui veulent suivre une stratégie de réduction assistée de nicotine pour arrêter de fumer seulement si cela fait partie d'une étude de recherche bien construite et bien menée. Les participants devraient inclure ceux qui ont essayé d'arrêter de façon répétée et ont échoué et ceux qui insistent qu'ils ne veulent pas arrêter brusquement. <p>Groupes spécifiques</p> <p>Recommandation 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les professionnels de santé devraient être entraînés à donner un bref conseil sur l'arrêt du tabac et devraient avoir des contacts avec le service local « <i>Stop Smoking</i> » du NHS auquel ils peuvent adresser leur patient. ○ Les professionnels de santé devraient identifier et enregistrer le statut tabagique de tous leurs patients. Ceux qui utilisent du tabac devraient : <ul style="list-style-type: none"> ○ être sensibilisés aux bénéfices sur la santé d'arrêter de fumer à chaque opportunité ; ○ se voir proposer un conseil bref, et s'ils veulent arrêter d'utiliser du tabac, être orientés au service local du NHS « <i>Stop Smoking</i> ». Si les patients ne veulent pas se rendre au service, ils doivent se voir proposer un conseil bref et un soutien pour les aider à arrêter, et une pharmacothérapie si approprié. ○ Les patients retenus pour une chirurgie programmée devraient être encouragés à arrêter de fumer avant l'opération. Les patients qui veulent arrêter de fumer pour de bon devraient aussi être adressés au service local « <i>Stop Smoking</i> » du NHS. ○ Dans les hôpitaux, les patients qui utilisent du tabac sous n'importe quelle forme devraient se voir proposer un conseil, si approprié, un TNS par un professionnel de santé formé ou par un conseiller en arrêt du tabac pendant qu'ils sont à l'hôpital pour les aider à arrêter le tabac. Ils devraient aussi se voir proposer un rendez-vous avec leur service local du NHS « <i>Stop Smoking</i> ». S'ils acceptent la proposition, le rendez-vous devrait être réservé avant leur départ de l'hôpital. Dans des conditions exceptionnelles, il peut être inapproprié de conseiller un patient à arrêter, par exemple, à cause de leur condition ou situation personnelle. ○ PCT (<i>Primary Care Trust</i>) devraient garantir que les services <i>Stop Smoking</i> du NHS peuvent fournir des supports d'arrêt aux hôpitaux. Cela devrait inclure un système d'orientation après le départ des hôpitaux pour les patients qui ont essayé d'arrêter de fumer à l'hôpital. Les PCT devraient développer un plan clair d'orientation avec des liens entre les <i>primary and acute trusts</i>. <p>Recommandation 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proposer un conseil bref ou de préférence un soutien comportemental du service local du NHS « <i>Stop Smoking</i> » et des prescriptions de TNS, de la varénicline ou du bupropion en fonction d'un jugement clinique. <p>Recommandation 8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Au premier contact avec la femme, discuter son statut tabagique, fournir une information sur les risques du tabagisme sur l'enfant à naître et les risques d'exposition au tabagisme passif. Aborder toutes les questions qu'elle ou son partenaire ou sa famille peut avoir sur l'arrêt du tabac. ○ Proposer une information personnalisée, un conseil et un soutien sur la façon d'arrêter de fumer. Encourager les femmes enceintes à utiliser les services locaux « <i>Stop Smoking</i> » du NHS et la ligne d'aide téléphonique du NHS « <i>Pregnancy</i> » en fournissant des informations sur leurs accès (quand, où et comment). Envisager de visiter les femmes enceintes à la maison s'il est difficile pour elles de se rendre dans des services spécialisés.

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Surveiller le statut tabagique et proposer un conseil d'arrêt du tabac, un encouragement et un soutien tout au long de la grossesse et au-delà. ○ Discuter les risques et bénéfices du TNS avec les femmes enceintes qui fument, particulièrement celles qui ne souhaitent pas accepter la proposition d'aide du service « <i>Stop Smoking</i> » du NHS. Si une femme exprime un désir clair de recevoir un TNS, utiliser un jugement professionnel pour décider de proposer une prescription. ○ Conseiller les femmes enceintes qui utilisent des patchs nicotiniques de les retirer avant d'aller au lit. <p>Recommandation 9 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Au premier contact avec la femme, discuter son statut tabagique, fournir une information sur les risques du tabagisme passif pour les jeunes enfants et aborder toutes les questions sur l'arrêt du tabac. ○ Proposer des informations, conseils et soutien sur la façon d'arrêter le tabagisme et encourager l'utilisation (ou le recours) aux services locaux « <i>Stop Smoking</i> » du NHS en fournissant des informations sur leurs accès (quand, où et comment). ○ Utiliser toute opportunité pour proposer à ces mères, qui sont (ou pourraient être) éligibles pour le « <i>Healthy start scheme practical and personalised information</i> », des conseils et un soutien pour les aider à arrêter de fumer. ○ Discuter des risques et bénéfices du TNS avec les mères qui allaitent et qui ont essayé d'arrêter de fumer mais qui n'ont pas été capables d'arrêter de fumer sans aide. Utiliser un jugement professionnel pour décider de conseiller ou non l'utilisation de TNS ou de proposer une prescription de TNS. ○ Conseiller les femmes qui allaitent et qui utilisent des patchs nicotiniques de les retirer avant d'aller se coucher. <p>Recommandation 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proposer aux jeunes personnes âgées de 12 à 17 ans des informations, un conseil et un soutien sur la façon d'arrêter de fumer. Encourager l'utilisation des services locaux du « <i>Stop Smoking</i> » du NHS en fournissant des informations sur leurs accès (quand, où et comment). ○ Faire appel à un jugement professionnel pour décider de proposer ou pas à des enfants de plus de 12 ans qui manifestent une dépendance à la nicotine. Si un TNS est prescrit, le proposer comme un élément d'une prise en charge supervisée. <p>Formation</p> <p>Recommandation 11</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Garantir que la formation et le développement professionnel continu est disponible pour tous ceux qui sont impliqués dans la délivrance de conseil pour arrêter de fumer et le soutien. ○ Garantir que la formation est conforme au « Standard de la formation des traitements d'arrêt du tabac » ou ses mises à jour. <p>Recommandation 12</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Former tout le personnel de santé de première ligne selon les recommandations du NICE. Les former aussi à orienter, quand cela est nécessaire et possible, au service du NHS « <i>Stop Smoking</i> » et autres services d'arrêt du tabac subventionnés par des fonds publics. ○ Garantir que la formation sur la façon de soutenir les personnes pour arrêter le tabac est un élément central du cursus des diplômés de premier cycle et de cycles supérieurs (<i>healthcare undergraduates ou postgraduates</i>). ○ Former tous les praticiens des NHS « <i>Stop Smoking Service</i> » utilisant un programme conforme aux standards de la formation des traitements d'arrêt du tabac ou ses mises à jour. ○ Fournir une formation supplémentaire spécialisée pour ceux qui travaillent avec des groupes spécifiques, par exemple des personnes ayant une maladie mentale, des personnes hospitalisées et les femmes enceintes qui fument. ○ Encourager et former les professionnels de santé à questionner les patients sur l'utilisation de toutes les formes de tabac et les conseiller sur les dangers de l'exposition à la fumée secondaire.

Année /Pays	Recommandations
NICE, 2010 (210) Royaume-Uni	<p>Les recommandations 13 à 16 concernaient les stratégies, politiques et plans de santé</p> <p>Recommandation 1 : Organisations larges ou approches « école dans sa globalité »</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer une politique anti-tabac en consultant les jeunes personnes et le personnel. Cela devrait inclure des activités de prévention du tabagisme (conduites par des adultes ou des jeunes personnes) et la formation et le développement du personnel. La politique devrait prendre en compte les besoins culturels, d'éducation, physiques des enfants et de personnes jeunes. ○ Garantir que la politique forme une partie de la stratégie plus large de santé de l'école sur le bien-être, l'éducation sexuelle, l'éducation sur les drogues et le comportement. ○ Appliquer la politique à toute personne utilisant les locaux, pour n'importe quel but à n'importe quel moment. N'autoriser aucun endroit qui puisse être dédié au tabagisme. ○ Faire la publicité de la politique et garantir que cette publicité soit accessible de façon à ce que toute personne utilisant les locaux soit informée de son contenu. <p>Recommandation 2 : interventions menées par les adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Intégrer les informations des effets sur la santé de l'utilisation du tabac, ainsi que les aspects légaux, économiques et sociaux du tabagisme dans le déroulement de l'intervention. ○ Délivrer des interventions dont le but est de prévenir l'entrée dans le tabagisme dans le cadre de PSHE et des activités liées à <i>Healthy Schools</i> ou <i>Healthy Further Education status</i>. Les lier à la politique anti-tabac et impliquer les enfants et les jeunes adultes dans leurs conceptions. ○ Soutenir l'éducation sur le tabac dans la classe avec des activités « booster » supplémentaires jusqu'à l'âge du départ de l'école. Cela peut inclure des journées santé ou des conférenciers invités. ○ Encourager les parents et les personnes en charge des enfants à s'investir. ○ Travailler avec des partenaires impliqués dans la prévention du tabagisme et les activités d'aide à l'arrêt pour délivrer des interventions. Cela peut inclure des services locaux d'amélioration de la santé, des guides régionaux de politique sur le tabac, des alliances locales de contrôle du tabac et des services d'aide à l'arrêt du tabac du NHS. <p>Recommandation 3 : interventions menées par les pairs</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les interventions menées par les pairs ont pour but de prévenir l'entrée dans le tabagisme. Elles doivent : ○ se rattacher à des activités pertinentes, être délivrées en classe et informellement, hors de la classe ; ○ être menées par des personnes jeunes nommées par les élèves eux-mêmes (les pairs peuvent être du même âge ou plus âgés) ; ○ garantir que les pairs sont formés en dehors de l'école par des adultes ayant l'expertise appropriée ; ○ garantir que les pairs reçoivent un soutien de ces experts tout au long du déroulement du programme ; ○ garantir que les personnes jeunes peuvent considérer et, si nécessaire, remettre en cause le pair et les normes familiales sur le tabagisme, discuter des risques associés avec le tabagisme et les bénéfices de ne pas fumer. <p>Recommandation 4 : formation et développement</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fournir une formation pour tout le personnel impliqué dans le travail de prévention du tabagisme. ○ Travailler en partenariat pour concevoir, délivrer, contrôler et évaluer la formation à la prévention du tabagisme et les interventions. Les partenaires peuvent inclure : les agences nationales et locales d'éducation, les agences de formation, les autorités locales, le service scolaire infirmier, organisations bénévoles, services locaux d'amélioration de la santé et universités. <p>Recommandation 5 : approche coordonnée</p>

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Garantir que les interventions de prévention dans les écoles et d'autres établissements éducatifs font partie d'une stratégie locale de contrôle du tabac. ○ Garantir que les écoles et les autres établissements éducatifs délivrent des interventions de prévention du tabagisme basée sur des preuves. Elles devraient être liées à des politiques anti-tabac et en cohérence avec des stratégies régionales et nationales de contrôle du tabac. ○ Garantir que les interventions sont intégrées dans le programme PSHE. <p>Elles doivent aussi suivre le modèle de renforcement des écoles saines (<i>Health schools Enhancement model</i>).</p>
<p>NICE, 2010 (109) Royaume-Uni</p>	<p>Recommandation 1 : Identifier les femmes qui fument et les adresser à des « Stop Smoking Service » du NHS – actions pour les sages-femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estimer l'exposition des femmes au tabac à travers une discussion et un test du taux CO. Expliquer que le test du taux de CO va pouvoir lui donner une mesure physique de son tabagisme et son exposition au tabagisme des autres personnes. Lui demander si une autre personne de sa famille fume. ○ Aider à interpréter la lecture du test de CO, établir si elle est un petit fumeur ou fumeur occasionnel. D'autres facteurs à considérer le jour du test sont l'instant de la dernière cigarette fumée et le nombre de cigarettes fumées (et quand) (note : les niveaux de CO chutent durant la nuit, et donc des lecteurs de test le matin peuvent donner des résultats faibles). ○ Fournir des informations (par exemple, un dépliant) sur les risques du tabagisme durant la grossesse pour l'enfant à naître et les risques d'exposition au tabagisme passif pour la mère et l'enfant. Les informations doivent être disponibles dans des formats différents. ○ Expliquer les bénéfices sur la santé de l'arrêt du tabac pour la femme et son bébé. Lui conseiller d'arrêter, pas juste de diminuer. ○ Expliquer que c'est une pratique normale de s'adresser aux femmes qui fument pour les aider à arrêter et qu'une sage-femme spécialiste ou un conseiller l'appellera et lui proposera une aide (note : un conseiller spécialisé doit proposer cette aide pour minimise le risque que la femme se désengage de cette démarche). ○ Adresser toutes les femmes qui fument, ou qui ont arrêté de fumer lors des deux dernières semaines, aux services « Stop Smoking » du NHS. Si elles ont un haut niveau de CO (plus de 10 pm) mais disent qu'elles ne fument pas,, informer-leur d'un empoisonnement possible au CO et demander-leur d'appeler la ligne gratuite du « Health and Safety Executive gas safety ». ○ Organiser un rendez-vous et, si les femmes veulent parler à quelqu'un au téléphone à ce moment, donner le numéro de la ligne du NHS « Pregnancy Smoking Helpline ». Fournir aussi le numéro local d'une assistance téléphonique si elle est disponible. ○ Si son partenaire ou d'autres fument dans la famille, suggérer-leur qu'ils contactent les « Stop Smoking Service » du NS. Si personne ne fume, formuler un commentaire positif. ○ Au prochain rendez-vous, tester si la femme s'est engagée dans cette orientation. Si non, lui demander si elle est intéressée pour arrêter de fumer et lui proposer un autre rendez-vous au service. ○ Si elle accepte cette orientation, organiser un rendez-vous et donner le numéro de l'assistance téléphonique « Pregnancy Smoking Helpline » du NHS. ○ Si elle décline la démarche, accepter la réponse sans jugement, et laisser ouverte la proposition d'aide. Souligner aussi l'aide flexible que beaucoup de services « Stop Smoking » du NHS proposent aux femmes enceintes (par exemple, certains services proposent des visites à domicile). ○ Si la démarche a été enclenchée, fournir un commentaire. ○ Pour chacune des étapes ci-dessus, enregistrer le statut tabagique, les niveaux de CO, que l'orientation soit acceptée ou déclinée. Cela doit être enregistré dans le dossier papier de la femme. ○ Si un dossier papier n'est pas disponible, utiliser des protocoles locaux pour enregistrer cette information.

Année /Pays	Recommandations
	<p>Recommandation 2 : Identifier les femmes qui fument et les adresser à des « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS – actions pour les autres dans les secteurs publics, communautaires et bénévoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Utiliser n'importe quel rendez-vous ou réunion comme une opportunité pour demander aux femmes si elles fument. Si elles fument, expliquer comment les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS peuvent aider et conseiller les personnes à arrêter de fumer. ○ Proposer à ceux qui veulent arrêter de fumer une orientation vers les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS. ○ Organiser une orientation. Enregistrer cela dans le dossier papier. Si aucun dossier papier n'est disponible localement, utiliser les protocoles locaux pour enregistrer cette information. ○ Donner le numéro de la ligne du NHS « <i>Pregnancy Smoking Helpline</i> » si elles veulent parler à quelqu'un au téléphone à ce moment. Fournir aussi le numéro local d'une assistance téléphonique si elle est disponible. ○ Le personnel avec une formation spécialisée devrait fournir aux femmes enceintes qui fument des informations (par exemple, un dépliant) sur les risques du tabagisme pendant la grossesse pour l'enfant à naître. Ils devraient aussi fournir des informations sur les risques de l'exposition au tabagisme passif pour la mère et le bébé et sur les bénéfices de l'arrêt du tabagisme. Les informations devraient être disponibles dans différents formats. <p>Recommandation 3 : NHS Stop Smoking Service – contacting referrals</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Téléphoner à toutes les femmes adressées pour une aide. Discuter du tabagisme et de la grossesse et des problèmes auxquels elles font face, en utilisant une approche impartiale axée sur la patiente. Si nécessaire (et si les ressources le permettent), les appeler deux fois et effectuer un suivi avec une lettre. Informer la sage-femme du résultat. ○ Tenter de voir celles qui ne peuvent pas être contactées par téléphone. Cela peut arriver durant une visite en routine de consultations prénatales. ○ Résoudre tout problème qui empêche les femmes d'utiliser les services d'aide à l'arrêt du tabagisme. Cela peut inclure un manque de confiance dans leur capacité à arrêter de fumer, un manque de connaissance des services possibles, une difficulté d'y accéder ou une absence de prise en charge adéquate des enfants. Cela peut aussi inclure une peur d'échouer et des inquiétudes sur le fait d'être stigmatisée. ○ Si les femmes sont réfractaires à se rendre à la clinique, fournir des outils <i>self-help</i> ou des supports via l'assistance téléphonique. Offrir aussi de les rencontrer à la maison, s'il est difficile pour elles de se rendre dans des services spécialisés. ○ Envoyer des informations sur le tabagisme et la grossesse à celles qui renoncent pendant l'appel téléphonique initial. Cela devrait inclure des détails sur la façon d'obtenir de l'aide à une date ultérieure. De telles informations devraient être accessibles aisément et disponibles dans des formats différents. <p>Recommandation 4 : NHS Stop Smoking Service – initial support and ongoing support</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pendant la première rencontre en face à face, discuter combien de cigarettes la femme fume et à quelle fréquence. Demander si quelqu'un d'autre fume dans la famille (cela inclut le partenaire si elle en a un). ○ Fournir des informations sur les risques de fumer pour un enfant à naître et les bénéfices pour la mère et le bébé. ○ Résoudre tout problème qu'elle et son partenaire ou sa famille peut avoir sur l'arrêt du tabagisme et fournir des informations personnalisées, conseil et support sur la façon d'arrêter. ○ Si les partenaires ou d'autres membres de la famille sont présents à la première rencontre en face à face, encourager ceux qui fument à arrêter. S'ils fument mais ne sont pas présents à cette rencontre, demander à la femme enceinte de suggérer qu'ils contactent le <i>Stop Smoking Service</i> du NHS et lui fournir les détails des contacts.

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fournir à la femme un soutien intensif et constant (les interventions courtes isolées sont peu efficaces) tout au long de la grossesse et au-delà. Cela inclut la surveillance régulière de son statut tabagique à l'aide des tests de niveaux de CO. Ce test peut l'encourager à arrêter de fumer et peut être un moyen utile de fournir un commentaire positif une fois qu'une tentative d'arrêt a été faite. ○ Valider biochimiquement que la femme a arrêté de fumer à la date qu'elle a établie et 4 semaines plus tard. Quand cela est possible, utiliser des tests urinaires ou salivaires de dépistage de la cotinine, parce qu'ils sont plus précis que les tests de niveaux de CO et peuvent détecter des expositions sur les jours précédents plutôt que sur les heures précédentes. Tester si la femme utilise un TNS parce que cela peut augmenter ses taux de cotinine. ○ Si la femme dit qu'elle a arrêté de fumer, mais que le test de taux de CO est plus élevé que 10 ppm, informer-la d'un empoisonnement possible au CO et demander-lui d'appeler la ligne gratuite du « <i>Health and Safety Executive gas safety</i> ». Cependant, il est plus probable qu'elle continue à fumer et toute question doit être posée de façon adaptée pour encourager une discussion franche. ○ Si elle a arrêté de fumer dans les deux semaines précédent son rendez-vous à la maternité, continuer à fournir une aide, en lien avec les recommandations ci-dessus et les protocoles des « <i>NHS Stop Smoking Service</i> ». ○ Enregistrer la méthode utilisée pour arrêter de fumer, incluant si oui ou non elle a reçu aide et soutien. Faire un suivi jusqu'à 12 mois après la date qu'elle a fixée pour arrêter. ○ Établir des liens avec des services de contraception, fertilité et services pré- et postnatals de façon à ce que toute personne qui travaille dans ces services connaisse les services locaux <i>Stop Smoking</i> du NHS. Assurer-vous qu'ils comprennent quels sont les services et la façon de leur adresser une personne. <p>Recommandation 5 : Utilisation de TNS et autres supports pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Discuter les risques et les bénéfices des TNS avec les femmes enceintes qui fument, particulièrement celles qui ne désirent pas accepter d'autre aide des services « <i>Stop Smoking</i> » du NHS. Utiliser celles-ci seulement si l'arrêt du tabac sans TNS a échoué. Si elles expriment un souhait clair de recevoir un TNS, utiliser un jugement professionnel quand il sera décidé de proposer une prescription. ○ Prescrire un TNS seulement quand elles ont arrêté de fumer. Prescrire seulement 2 semaines de TNS pour une utilisation qui débute le jour où elles sont d'accord pour arrêter. Donner des prescriptions supplémentaires seulement aux femmes qui ont démontré, après une réévaluation, qu'elles ne fument plus. ○ Conseiller les femmes enceintes qui utilisent des patchs nicotiques de les retirer avant d'aller au lit. ○ Ni la varénicline, ni le bupropion ne devraient être proposés aux femmes enceintes ou qui allaitent. <p>Recommandation 6 : NHS Stop Smoking Service – Satisfaire les besoins des femmes enceintes désavantagées qui fument.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ S'assurer que les services sont délivrés de façon impartiale, d'une façon centrée sur le patient. Ils doivent être adaptés aux circonstances difficiles que les femmes qui fument rencontrent. Ils doivent aussi prendre en compte d'autres facteurs sociodémographiques tels que l'âge et assurer que la prestation est culturellement pertinente. Cela inclut de clarifier la façon dont les femmes qui ne parlent pas l'anglais peuvent accéder et utiliser des services d'interprétariat. ○ Impliquer les femmes dans le déroulement et le développement de services. ○ S'assurer que les services sont flexibles et coordonnés. Ils doivent prendre place dans des lieux, et dans des temps, qui les rendent accessibles et doivent être construits pour rencontrer les besoins des personnes. ○ Collaborer avec l'infirmière de famille et les autres intervenants pour identifier des opportunités supplémentaires pour fournir un soutien intensif et constant.

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Travailler en partenariat avec des agences qui soutiennent les femmes qui ont des besoins sociaux complexes et émotionnels. Cela inclut des services d'addictologie, des services qui soutiennent les grossesses des jeunes et des adolescentes et des services de santé mentale. <p>Recommandation 7 : Les partenaires et autres personnes qui fument dans le ménage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fournir des conseils clairs sur le danger que la fumée de tabac des autres personnes pose à la femme enceinte et au bébé – avant et après la naissance. ○ Recommander de ne pas fumer autour de la femme enceinte, de la mère ou du bébé. Cela inclut de ne pas fumer dans la maison ou dans la voiture. ○ Proposer aux partenaires qui fument de l'aide pour arrêter en utilisant une intervention à composante multiple qui comprend trois éléments ou plus et de multiples contacts. Discuter avec eux quelles options utiliser et dans quel ordre, prendre en compte : leurs préférences, des contre-indications, la probabilité qu'ils suivent le traitement, les expériences précédentes d'aide à l'arrêt au tabac. ○ Ne pas favoriser un médicament sur un autre. Choisir celui qui semble avoir le plus de chance de réussir en prenant en compte l'option ci-dessus. <p>Recommandation 8 : Formations pour délivrer les interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Garantir que toutes les sages-femmes qui délivrent des interventions d'aide à l'arrêt du tabac (soutien en face à face ou en groupe – niveaux 2 et 3) sont formées aux mêmes standards que les conseillers <i>Stop Smoking</i> du NHS. ○ Garantir que toutes les sages-femmes qui ne sont pas des conseillères spécialisées <i>Stop Smoking</i> sont formées à évaluer et enregistrer le statut tabagique des personnes et leur volonté d'arrêter de fumer. Elles doivent aussi connaître les risques sur la santé du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt – et comprendre pourquoi il peut être difficile d'arrêter. En plus, elles doivent connaître les traitements qui peuvent aider les personnes à arrêter et comment les adresser à des services locaux pour un traitement. ○ Garantir que les sages-femmes et les conseillers spécialistes <i>Stop Smoking</i> du NHS qui travaillent avec les femmes enceintes : <ul style="list-style-type: none"> ○ savent comment leur poser les questions d'une façon qui les encourage à être ouvertes au sujet de leur tabagisme ; ○ recommandent toujours d'arrêter plutôt que de diminuer ; ○ ont reçu une formation reconnue dans l'utilisation des testeurs de CO. ○ Garantir que des interventions courtes (niveau 1) pour l'arrêt du tabac et intensives en face à face ou en groupe (niveaux 2 et 3) sont incorporées dans la formation de sage-femme et le développement professionnel continu des sages-femmes. ○ Garantir que tous les professionnels qui travaillent avec le groupe cible sont formés aux mêmes techniques que celles requises pour les sages-femmes qui ne sont pas des conseillères spécialisées dans l'aide à l'arrêt au tabac. ○ Garantir que tous les professionnels : <ul style="list-style-type: none"> ○ connaissent les supports proposés par les services locaux du NHS <i>Stop Smoking</i> et de quelle manière ils prennent en charge les femmes concernées ; ○ comprennent l'impact que le tabagisme peut avoir sur une femme et leur enfant à naître ; ○ comprennent les dangers d'exposer une femme enceinte et un enfant à naître et les autres enfants au tabagisme passif. ○ Garantir que toute formation en relation au tabagisme et à la grossesse tient compte : <ul style="list-style-type: none"> ○ des obstacles que certains professionnels peuvent ressentir quand ils essaient de traiter le tabagisme d'une femme enceinte ;

Année /Pays	Recommandations
	le rôle important que les partenaires et les autres personnes peuvent jouer en aidant les femmes enceintes fumeuses à arrêter de fumer.
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p>ASK Questionner et documenter le statut tabagique de tous les patients. Pour les fumeurs ou les personnes qui ont arrêté de fumer récemment, le statut tabagique doit être évalué et mis à jour régulièrement. Des systèmes doivent être mis en place dans tous les centres de santé (centres médicaux, cliniques, hôpitaux, etc.) pour assurer que le statut tabagique soit régulièrement documenté (solidité des preuves = A).</p> <p>CONSEIL BREF Tous les médecins doivent fournir un conseil bref pour arrêter de fumer au moins une fois par an à tous les patients qui fument (solidité des preuves = A). Tous les autres professionnels de santé doivent aussi fournir un conseil bref pour arrêter de fumer une fois par an à tous les patients qui fument (solidité des preuves = B). Enregistrer la prestation de conseil bref dans les dossiers des patients (solidité des preuves = C). Les professionnels de santé doivent rechercher une formation adaptée pour les mettre en capacité de fournir des conseils courts. Cette formation doit inclure des informations sur les preuves disponibles associées à l'arrêt du tabagisme (solidité des preuves = B).</p> <p>AIDE À L'ARRÊT Aide en téléphone Fournir un conseil téléphonique. Les fumeurs peuvent être dirigés vers un service téléphonique dédié à l'arrêt du tabagisme (solidité des preuves = A).</p> <p>Aide en face à face Fournir un soutien en face à face pour arrêter de fumer, soit à l'attention d'un seul patient ou à l'attention de groupes de fumeurs, est une méthode efficace pour l'arrêt du tabagisme (solidité des preuves = A). Avoir pour but de rencontrer les personnes au moins lors de quatre sessions de conseils (solidité des preuves = A). Les professionnels de santé qui proposent des sessions de conseils basées sur les preuves médicales (qui sont plus que des conseils courts) doivent rechercher une formation adaptée (solidité des preuves = C). Les professionnels de santé formés pour fournir une aide à l'arrêt du tabac nécessitent un temps dédié pour le soutien à l'arrêt du tabac (solidité des preuves = C).</p> <p>Traitements de substitution à la nicotine Proposer les traitements de substitution à la nicotine (TNS) comme médication efficace pour les personnes qui désirent arrêter de fumer (solidité des preuves = A). Le choix d'un produit TNS peut être guidé par la préférence individuelle (solidité des preuves = B). Utiliser un TNS au moins 8 semaines (solidité des preuves = A). La combinaison de deux TNS augmente les taux d'abandon (solidité des preuves = A).</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Les TNS peuvent être utilisés pour encourager la diminution du tabagisme avant d'arrêter de fumer (solidité des preuves = B).</p> <p>Les personnes qui ont besoin de TNS au-delà de 8 semaines peuvent continuer à utiliser des TNS (solidité des preuves = C).</p> <p>Les TNS peuvent être proposés aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Cependant, quand les personnes ont souffert d'un événement cardio-vasculaire grave (par exemple attaque ou infarctus du myocarde) dans les deux dernières semaines ou souffrent d'une maladie mal contrôlée, le traitement doit être discuté avec le médecin. Les TNS oraux sont recommandés (plutôt que les patches) pour de tels patients (solidité des preuves = B).</p> <p>Les TNS peuvent être utilisés par les femmes enceintes après qu'elles aient été informées et aient mesuré les risques et les bénéfices. Les TNS intermittents (par exemple, gomme, inhaler, microtab et losange) doivent être préférés aux patches (solidité des preuves = C).</p> <p>Les TNS peuvent être utilisés par les jeunes personnes (12-18 ans) qui sont dépendantes de la nicotine (ce qui n'est pas recommandé pour les fumeurs occasionnels tels que ceux qui fument uniquement les week-ends) si l'on pense que les TNS peuvent aider à arrêter de fumer (solidité des preuves = C).</p> <p>Bupropion</p> <p>Le bupropion peut être proposé en routine comme un médicament efficace aux personnes qui désirent arrêter de fumer (solidité des preuves = A).</p> <p>Le bupropion peut être utilisé par ceux qui ont des maladies respiratoires et cardio-vasculaires stables (solidité des preuves = A).</p> <p>Nortriptyline</p> <p>La nortriptyline peut être proposée en routine comme un médicament efficace aux personnes qui désirent arrêter de fumer (solidité des preuves = A).</p> <p>Varénicline</p> <p>La varénicline peut être proposée en routine comme un médicament efficace aux personnes qui désirent arrêter de fumer (solidité des preuves = A).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabac pour les Maori</p> <p>Proposer des services adaptés culturellement (solidité des preuves =C).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabac pour les peuples du Pacifique</p> <p>Proposer des services adaptés culturellement (solidité des preuves =C).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabac pour les peuples d'Asie</p> <p>Proposer des services adaptés culturellement (solidité des preuves =C).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabac pour les femmes enceintes et les femmes qui allaitent</p> <p>Proposer à toutes fumeuses enceintes et toutes les fumeuses qui allaitent des sessions d'arrêt du tabac par un spécialiste ou un service dédié à l'arrêt du tabac (solidité des preuves =A).</p> <p>Tous les professionnels de santé doivent conseiller brièvement les fumeuses enceintes et les fumeuses qui allaitent d'arrêter de fumer (solidité des preuves =A).</p> <p>Les TNS peuvent être utilisés par les femmes enceintes et durant l'allaitement après qu'elles aient été informées et aient mesuré les risques et les bénéfices. Les TNS intermittents (par exemple : gomme, inhaler, microtab et losange) doivent être préférés aux patches (solidité des preuves = C).</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabac pour les enfants et les personnes jeunes Les TNS peuvent être utilisés par les jeunes personnes (12-18 ans) qui sont dépendants de la nicotine (ce qui n'est pas recommandé pour les fumeurs occasionnels tels que ceux qui fument uniquement les week-ends) si l'on pense que les TNS peuvent aider à arrêter de fumer (solidité des preuves = C).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabac pour les personnes hospitalisées et en attente d'opérations Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs hospitalisés (solidité des preuves = A). Mettre en place des sessions intensives de soutien, une médication pour au moins un mois pour tous les patients hospitalisés fumeurs (solidité des preuves = A). Conseiller brièvement les fumeurs en attente d'opération et mettre en place un soutien en amont de la chirurgie (solidité des preuves = A). Les TNS peuvent être proposés aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Cependant, quand les personnes ont souffert d'un événement cardio-vasculaire grave (par exemple, attaque ou infarctus du myocarde) dans les deux dernières semaines ou souffrent d'une maladie mal contrôlée, le traitement doit être discuté avec le médecin. Les TNS oraux sont recommandés (plutôt que les patches) pour de tels patients (solidité des preuves = B). Tous les hôpitaux doivent avoir des systèmes établis pour aider les patients à arrêter de fumer. Cela inclut de fournir en routine des conseils pour arrêter de fumer et soit de disposer d'un service dédié à l'arrêt du tabac dans l'hôpital ou bien de mettre en place un traitement d'arrêt du tabac dans un service externe (solidité des preuves =B).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme pour les utilisateurs des services de santé mentale Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs utilisateurs des services de santé mentale (solidité des preuves = A). Les personnes souffrant de troubles mentaux qui arrêtent de fumer pendant qu'ils prennent des médicaments pour leurs maladies mentales doivent être suivies pour déterminer si les réductions dans les doses médicamenteuses sont nécessaires (solidité des preuves = A).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme pour les utilisateurs de services d'addictologie Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs utilisateurs de services d'addictologie (solidité des preuves = A).</p> <p>Personnes qui ont fait des tentatives efficaces pour arrêter de fumer Fournir un conseil court d'arrêter de fumer à toutes les personnes qui ont rechuté (solidité des preuves = A). Proposer des sessions d'arrêt du tabac qui incluent des composantes efficaces connues à l'attention des personnes faisant une nouvelle tentative d'arrêt (solidité des preuves= A).</p>
The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), 2007 (96) Australie	<p>Utiliser l'approche 5A pour identifier les fumeurs, et les aider à arrêter de fumer. Les 3 stratégies thérapeutiques de première intention suivantes sont conseillées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TNS ; - varénicline ; - bupropion. <p>Pour les groupes particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> o la varénicline est indiquée dans le cas de maladies rénales sévères et de maladies hépatiques ; o le bupropion est indiqué dans le cas de maladies cardio-vasculaires, de BPCO, de dépression, de schizophrénie, d'addiction, de contre-indications.

Année /Pays	Recommandations
	Le TNS est indiqué pour tous les groupes particuliers.
US Department of Health and Human Services, 2008 (93) États-Unis	<p>10 recommandations majeures</p> <p>L'objectif principal de ces recommandations est que les cliniciens recommandent fortement à leurs patients qui utilisent du tabac les traitements par <i>counselling</i> et médicamenteux, et que les systèmes de santé, les assureurs, et les acheteurs soutiennent les cliniciens pour rendre disponibles ces traitements efficaces.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La dépendance au tabac est une maladie chronique qui nécessite souvent des interventions répétées et plusieurs tentatives pour arrêter. Cependant, des traitements efficaces existent et peuvent augmenter significativement les taux d'abstinence à long terme. 2. Il est essentiel que les cliniciens et les systèmes de santé identifient constamment et documentent le statut tabagique et traitent chaque utilisateur de tabac vu dans un établissement de soins. 3. Les traitements de la dépendance du tabac sont efficaces pour un large éventail de populations. Les cliniciens devraient encourager chaque patient désireux de faire une tentative d'arrêt à utiliser les traitements par <i>counselling</i> et les médicamenteux recommandés dans ces recommandations. 4. Le traitement bref de dépendance au tabac est efficace. Les cliniciens devraient proposer à chaque patient qui utilise du tabac au moins les traitements brefs dont l'efficacité est rapportée dans ces recommandations. 5. Le <i>counselling</i> individuel, le <i>counselling</i> en groupe et le <i>counselling</i> par téléphone sont efficaces et leur efficacité augmente avec l'intensité du traitement. Deux composantes de <i>counselling</i> sont particulièrement efficaces, et les cliniciens devraient les utiliser quand ils conseillent les patients de faire une tentative d'arrêt : <ol style="list-style-type: none"> a. le <i>counselling</i> pratique (résolution de problèmes / acquisitions de compétences) ; b. le soutien social délivré comme une partie du traitement. 6. De nombreux traitements médicamenteux efficaces sont disponibles pour traiter la dépendance au tabac, et les cliniciens devraient encourager leur utilisation par tous les patients qui tentent d'arrêter de fumer, sauf en cas de contre-indication ou avec des populations spécifiques pour lesquelles il y a des preuves insuffisantes d'efficacité (c'est-à-dire : femmes enceintes, utilisateurs de tabac sans fumée, petits fumeurs et adolescents). Sept médicaments de première ligne (5 nicotiniques et 2 non nicotiniques) augmentent de façon fiable les taux d'abstinence à long terme : <ul style="list-style-type: none"> ▪ bupropion LP ; ▪ les gommes ; ▪ les inhaleurs ; ▪ les pastilles ; ▪ les sprays ; ▪ les patchs ; ▪ varénicline. <p>les cliniciens devraient aussi considérer l'utilisation de certaines combinaisons de traitements identifiées comme efficaces dans cette recommandation.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Le <i>counselling</i> et la médication sont efficaces quand ils sont utilisés pour traiter la dépendance au tabac. Cependant, la combinaison du <i>counselling</i> et des médicaments est plus efficace que leur utilisation isolée. Ainsi, les cliniciens devraient encourager tous les individus

Année /Pays	Recommandations
	<p>faisant une tentative d'arrêt à utiliser les deux : le <i>counselling</i> et les médicaments.</p> <p>8. Le <i>counselling</i> par assistance téléphonique est efficace avec des populations diverses et a une vaste portée. Donc, les cliniciens et offreurs de soins devraient assurer un accès des patients à des assistances téléphoniques pour arrêter et promouvoir l'utilisation de cette assistance téléphonique.</p> <p>9. Si un utilisateur de tabac n'est pas disposé à faire une tentative d'arrêt, les cliniciens devraient utiliser les traitements motivationnels proposés dans ces recommandations pour être efficaces en augmentant les tentatives d'arrêt dans le futur.</p> <p>10. Les traitements de la dépendance au tabac sont cliniquement efficaces et hautement coût-efficaces relativement aux interventions pour d'autres troubles cliniques. Fournir une couverture pour ces traitements augmente les taux d'arrêt. Les assureurs et les acheteurs devraient garantir que tous les plans d'assurance incluent le <i>counselling</i> et les médicaments.</p> <p>Dépistage de l'utilisation du tabac Tous les patients devraient être questionnés sur leur consommation de tabac, et devraient avoir leur statut de consommation renseigné de façon régulière (Grade A).</p> <p>Évaluation spécialisée Lorsqu'un consommateur de tabac est identifié et que le conseil d'arrêter de consommer du tabac a été donné, le médecin doit évaluer l'envie du patient d'arrêter à l'instant (Grade C). Le traitement de la dépendance au tabac est efficace et devrait être proposé même lorsque des évaluations spécialisées ne sont pas utilisées ou disponibles (Grade A).</p> <p>Conseil d'arrêter de fumer Tous les médecins devraient conseiller fortement à chacun des patients fumeurs d'arrêter de fumer parce que les preuves montrent que le conseil du médecin augmente les taux d'abstinence (Grade A).</p> <p>Intensité des interventions cliniques Les interventions brèves durant moins de 3 minutes augmentent les taux d'abstinence. Chaque consommateur de tabac devrait se voir offrir au moins une intervention brève, qu'il soit ou non orienté vers une intervention plus importante (Grade A). Il y a une relation dose-réponse forte entre la durée du contact en face à face et le succès du traitement. Les interventions intensives sont plus efficaces que les interventions moins intensives et devraient être utilisées à chaque fois que cela est possible (Grade A). Les traitements délivrés en face à face durant quatre sessions ou plus apparaissent efficaces pour augmenter les taux d'abandons. Donc, si cela est possible, les cliniciens doivent s'efforcer de rencontrer quatre fois ou plus les individus désirant ne plus consommer de tabac (Grade A).</p> <p>Types de cliniciens Un traitement délivré par une variété de types de cliniciens augmente les taux d'abandon. Ainsi, tous les cliniciens devraient proposer des interventions d'arrêt du tabac (Grade A). Les traitements délivrés par plusieurs types de cliniciens sont plus efficaces que les interventions délivrées par un seul type de cliniciens. Donc, les interventions délivrées par plus d'un type de cliniciens sont encouragées (Grade C).</p> <p>Formats des traitements psychosociaux Le <i>counselling</i> téléphonique proactif, le <i>counselling</i> en groupe et le <i>counselling</i> individuel sont efficaces et devraient être utilisés dans les inter-</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>ventions pour abandonner la consommation de tabac (Grade A).</p> <p>Les interventions d'arrêt du tabac qui sont délivrées sous de multiples formats augmentent les taux d'abandon et devraient être encouragées (Grade A).</p> <p>Les outils sur mesure, qu'ils soient imprimés ou accessibles via le Web, sont efficaces pour aider les personnes à arrêter de consommer du tabac. Donc, les cliniciens peuvent choisir de fournir des outils sur mesure d'auto-support à leurs patients qui désirent arrêter de fumer (Grade B).</p> <p>Estimation du suivi et procédures</p> <p>Tous les patients ayant bénéficié d'une intervention concernant la dépendance au tabac devrait voir leur abstinence évaluée à la fin du traitement et pendant les contacts suivants.</p> <p>Les patients abstinentes devraient voir leur succès d'arrêt reconnu, et les cliniciens devraient proposer leur assistance aux patients avec des problèmes liés à l'arrêt. Les patients qui ont rechuté devraient être évalués pour déterminer s'ils sont disposés à faire une autre tentative d'arrêt (Grade C).</p> <p>Types de <i>counselling</i> et thérapies comportementales</p> <p>Deux types de conseils et de thérapies comportementales produisent des taux d'abandon plus élevés : (1) fournir aux fumeurs un <i>counselling</i> pratique (compétences de résolution de problèmes / acquisition de compétences) ; et (2) fournir un soutien et des encouragements. Ces types de conseils doivent être intégrés dans les interventions d'arrêt du tabac (Grade B).</p> <p>Combinaison du <i>counselling</i> et des médicaments</p> <p>La combinaison du <i>counselling</i> et de la prise de médicament est plus efficace pour l'arrêt du tabac que la prise de médicaments seule ou le <i>counselling</i> seul. Donc, à chaque fois que cela est possible ou approprié, les deux, <i>counselling</i> et médicaments, devraient être proposés aux patients qui essaient d'arrêter de fumer (Grade A).</p> <p>Il y a une relation forte entre le nombre de séances de conseils, quand elles sont combinées avec la prise de médicaments, et la possibilité d'un arrêt de la consommation du tabac. Donc, dans la mesure du possible, les cliniciens devraient proposer plusieurs séances de conseils, en plus de la prise de médicaments, à leurs patients qui essaient d'arrêter de fumer (Grade A).</p> <p>Pour les fumeurs non disposés à faire une tentative d'arrêt</p> <p>Les techniques d'intervention motivationnelle apparaissent efficaces pour augmenter la possibilité d'une tentative d'arrêt future d'un patient. Donc, les cliniciens doivent utiliser des techniques motivationnelles pour encourager les fumeurs, qui ne sont pas disposés à arrêter de fumer immédiatement, à envisager un abandon du tabac dans l'avenir (Grade B).</p> <p>Preuves sur les médicaments</p> <p>Les cliniciens devraient encourager tous les patients qui tentent d'arrêter d'utiliser des médicaments efficaces dans le cadre d'un traitement de la dépendance au tabac, sauf dans le cas de contre-indication ou pour des populations spécifiques pour lesquelles il y a un manque de preuve d'efficacité (par exemple : les femmes enceintes, les consommateurs de tabac sans fumée, les petits fumeurs et les adolescents) (Grade A).</p> <p>Bupropion LP</p> <p>Le bupropion LP est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade A).</p> <p>Les traitements nicotiques de substitution (TNS)</p> <p>La gomme à la nicotine est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade A).</p> <p>Les cliniciens devraient proposer 4 mg plutôt que 2 mg de gomme de nicotine aux fumeurs très dépendants (Grade B).</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>L'inhalateur de nicotine est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade A).</p> <p>La pastille de nicotine est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade B).</p> <p>Le spray nasal de nicotine est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade A).</p> <p>Le patch de nicotine est un traitement efficace pour arrêter de fumer, les patients devant être encouragés à l'utiliser (Grade A).</p> <p>Varénicline</p> <p>La varénicline est un traitement efficace pour arrêter de fumer que les patients devraient être encouragés à utiliser (Grade A).</p> <p>Clonidine</p> <p>La clonidine est un traitement efficace pour arrêter de fumer. Ce médicament peut être utilisé sous la supervision d'un médecin comme un agent de seconde ligne pour traiter la dépendance au tabac (Grade A).</p> <p>Nortriptyline</p> <p>La nortriptyline est un traitement efficace pour arrêter de fumer. Ce médicament peut être utilisé sous la supervision d'un médecin comme un agent de seconde ligne pour traiter la dépendance au tabac (Grade A).</p> <p>Combinaison de médicaments</p> <p>Certaines combinaisons de médicaments de première intention sont efficaces pour arrêter de fumer. Donc, les cliniciens doivent considérer l'utilisation de ces combinaisons de médicaments pour leurs patients disposés à arrêter de fumer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le patch de nicotine à long terme (>14 mois) + d'autres TNS (gomme et spray) ; ○ le patch de nicotine + l'inhalateur de nicotine ; ○ le patch de nicotine + bupropion LP (Grade A). <p>Utilisation de médicaments vendus sans ordonnance</p> <p>La thérapie par patch de nicotine vendu sans ordonnance est plus efficace qu'un placebo, et son utilisation doit être encouragée (Grade B).</p> <p>Formation des cliniciens</p> <p>Tous les cliniciens et les cliniciens en formation devraient être formés aux stratégies efficaces pour aider les consommateurs de tabac disposés à arrêter de fumer et pour motiver ceux non disposés à arrêter. La formation apparaît plus efficace quand elle est couplée avec des changements de procédures (Grade B).</p> <p>Coût-efficacité des interventions sur la dépendance au tabac</p> <p>Les traitements de la dépendance au tabac (identifiés comme plus efficaces dans ces recommandations) ont un coût/efficacité plus élevé que les autres traitements remboursés, et doivent être proposés à tous les fumeurs (Grade A).</p> <p>Des ressources suffisantes devraient être allouées pour assurer la délivrance de traitements efficaces pour l'arrêt du tabac (Grade C).</p> <p>Les enfants et adolescents</p> <p>Les cliniciens devraient interroger les patients pédiatriques et les adolescents sur leur consommation de tabac et devraient fournir un message fort concernant l'importance d'une abstinence totale de tabac (Grade C).</p> <p>Le <i>counselling</i> est efficace dans le traitement des adolescents fumeurs. Donc, les adolescents fumeurs devraient bénéficier de sessions de conseils pour les aider à arrêter de fumer (Grade B).</p> <p>Le tabagisme passif est nocif pour les enfants. Les conseils d'arrêt du tabac délivrés dans les services pédiatriques sont efficaces pour augmenter l'arrêt de la consommation des parents qui fument. Donc, pour protéger les enfants du tabagisme passif, les cliniciens devraient ques-</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>tionner les parents sur leur consommation de tabac et leur proposer des conseils et une assistance pour arrêter (Grade B).</p> <p>Petits fumeurs Les petits fumeurs devraient être identifiés, être incités fortement à arrêter de fumer, et bénéficier de sessions de conseils pour arrêter de fumer (Grade B).</p> <p>Utilisateurs de tabac hors cigarettes Les consommateurs de tabac sans fumée devraient être identifiés, être incités fortement à arrêter d'utiliser du tabac, et bénéficier de sessions de <i>counselling</i> d'arrêt (Grade A). Les cliniciens qui délivrent des soins dentaires devraient fournir des sessions brèves de conseils à tous les consommateurs de tabac sans fumée (Grade A). Les consommateurs de cigares, de pipes et d'autres formes d'utilisation de tabac (autres que cigarettes) devraient être identifiés, incités fortement à arrêter de fumer, et bénéficier des mêmes sessions de conseils recommandées pour les fumeurs de cigarettes (Grade C).</p> <p>Fumeuses enceintes À cause des risques importants du tabagisme pour la femme enceinte fumeuse et le fœtus, à chaque fois que c'est possible, les femmes enceintes fumeuses doivent bénéficier d'un entretien psychosocial en face à face qui dépasse le conseil bref d'arrêt du tabac (Grade A). Bien que l'abstinence la plus précoce du tabac durant la grossesse produise les bénéfices les plus importants au fœtus et à la mère, l'arrêt de la consommation de tabac à n'importe quel moment peut produire de bénéfices. Donc, les cliniciens devraient proposer des interventions efficaces aux femmes enceintes fumeuses à la première visite prénatale ainsi que tout au long de la grossesse (Grade B).</p> <p>Gain de poids après l'arrêt du tabac Pour les fumeurs sensibles à un gain de poids, il peut être approprié de prescrire ou recommander le bupropion LP ou les TNS (en particulier, la gomme à nicotine et les pastilles nicotiques), qui retardent la prise de poids après l'arrêt de la consommation (Grade B).</p>
<p>RNAO, 2007 (94) Canada</p>	<p>PRATIQUE PROFESSIONNELLE</p> <p>Recommandation 1 À l'aide du protocole « demander, conseiller, aider et organiser le suivi », les infirmières mettent en place une intervention minimale de cessation du tabagisme pour l'ensemble des patients (Grade A)</p> <p>Recommandation 2 Les infirmières lancent une intervention approfondie de cessation du tabagisme (d'une durée supérieure à 10 minutes) lorsque leurs connaissances et le temps dont elles disposent leur permettent de s'engager dans une consultation plus poussée (Grade A)</p> <p>Recommandation 3 Les infirmières savent que les consommateurs de produits de tabac peuvent faire plusieurs rechutes avant d'en arriver à l'abstinence et elles doivent impliquer plusieurs fois le patient dans la démarche de cessation du tabagisme (Grade B).</p> <p>Recommandation 4 Les infirmières doivent être au fait des ressources en matière de cessation du tabagisme, qui existent au sein de la communauté pour les besoins de l'orientation et du suivi (Grade C).</p> <p>Recommandation 5</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Les infirmières mettent en place une intervention de cessation du tabagisme en portant une attention particulière au sexe, ainsi qu'aux questions relatives aux minorités et à l'âge ; elles conçoivent des stratégies adaptées aux divers besoins de la patientèle (force de la preuve =C).</p> <p>Recommandation 6</p> <p>Les infirmières mettent en place, dans la mesure du possible, une intervention approfondie auprès des femmes enceintes et de celles qui ont accouché (Grade A).</p> <p>Recommandation 7</p> <p>Les infirmières encouragent les fumeurs et les non-fumeurs à faire de leur résidence un environnement sans fumée, afin de les protéger eux-mêmes, de même que leurs enfants et leur famille, contre l'exposition à la fumée de tabac ambiante.</p> <p>FORMATION</p> <p>Recommandation 8</p> <p>Tous les programmes d'études en soins infirmiers devraient comporter un volet qui traite de la consommation de produits de tabac, des risques pour la santé qui en découlent et des interventions en matière de cessation du tabagisme (Grade C).</p> <p>ÉTABLISSEMENT ET RÈGLEMENTS</p> <p>Recommandation 9</p> <p>Les établissements et les administrations régionales de la santé considèrent la cessation du tabagisme comme une partie intégrante de la pratique des infirmières et, de ce fait, ils intègrent diverses possibilités de perfectionnement professionnel afin de soutenir les infirmières dans l'acquisition efficace de compétences en matière d'intervention et de consultation ayant trait à la cessation du tabagisme.</p> <p>Tous les programmes d'orientation hospitalière des établissements doivent comprendre une formation sur l'utilisation de brèves interventions de cessation du tabagisme, ainsi que des renseignements complémentaires sur la pharmacothérapie appuyant les fumeurs hospitalisés (Grade B).</p> <p>Recommandation 10</p> <p>Les infirmières cherchent des occasions de participer activement à la promotion de services efficaces en matière de cessation du tabagisme, y compris celle des médicaments pour arrêter de fumer (Grade C).</p> <p>Recommandation 11</p> <p>Les infirmières cherchent des occasions de participer activement à la promotion d'espaces sans fumée et à la protection contre la fumée expirée (Grade C).</p> <p>Recommandation 12</p> <p>On ne peut mettre en place avec succès des lignes directrices exemplaires en soins infirmiers qu'en présence d'une planification adéquate, des ressources appropriées et d'un appui au niveau institutionnel. Les établissements peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui englobe les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à la formation ; - une participation de tous les membres qui contribueront au processus de mise en place ; - l'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse le soutien nécessaire au processus de formation et de mise en place ; - la présence de possibilités continues de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires ; - des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'établissement dans le cadre de la mise en place des lignes directrices. Un

Année /Pays	Recommandations
	outil nommé « La Trousse » est recommandé comme instrument d'orientation pour la mise en place de la Ligue directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (Grade C).
US Preventive Services Task Force, 2010 (95) États-Unis	<p>Pour les adultes : Âge ≥ 18 ans. Il est recommandé que les cliniciens questionnent tous les adultes sur leur consommation de tabac et fournissent des interventions d'arrêt du tabac pour tous ceux qui consomment des produits à base de tabac. Recommandation Grade A.</p> <p>Femmes enceintes quel que soit l'âge Il est recommandé que les cliniciens questionnent toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac et fournissent une action de <i>counselling</i> importante et adaptée pour celles qui fument. Recommandation Grade A.</p> <p>En ce qui concerne le <i>counselling</i>, pour les adultes (âge ≥18 ans) et les femmes enceintes, la méthode des « 5A » fournit une stratégie intéressante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Questionner sur la consommation de tabac (Ask) ; 2. Conseiller d'arrêter à l'aide de messages personnalisés clairs (Advise) ; 3. Évaluer d'arrêter (Assess) ; 4. Aider à arrêter (Assist) ; 5. Assurer le suivi et le soutien (Arrange). <p>En ce qui concerne la pharmacothérapie chez l'adulte, la combinaison d'une thérapie intégrant du <i>counselling</i> et des médicaments est plus efficace que le <i>counselling</i> seul ou la prise de médicaments seule. La pharmacothérapie approuvée par la FDA inclut la TNS, le bupropion (forme à libération prolongée) et la varénicline.</p>
KCE, 2004 (146) Belgique	<p>Prise en charge personnelle La prise en charge personnelle (<i>self-help</i> ou autosevrage) est définie comme un programme structuré destiné à des fumeurs qui essayent d'arrêter de fumer sans contact intensif avec un thérapeute. Il s'agit notamment de manuels, de bandes audio ou vidéo ou de programmes informatiques. Ces programmes ne sont pas efficaces. Seuls les programmes informatiques personnalisés (matériel d'autosevrage) sont efficaces en matière de sevrage tabagique ; dans une population appropriée, sur 50 fumeurs participant au programme, un seul cessera de fumer.</p> <p>Conseil bref des médecins Il est recommandé que les médecins donnent un conseil bref sur l'arrêt du tabac à leur patients fumeurs. Sur 50 personnes recevant des conseils minimums sur l'arrêt du tabac, une personne arrêtera de fumer.</p> <p>Conseil des infirmières Les données actuelles relatives aux interventions des infirmières ne permettent pas d'établir de recommandations.</p> <p>Soutien psychologique individuel Le soutien psychologique individuel s'avère efficace dans la lutte contre le tabagisme. Sur 25 fumeurs bénéficiant d'un soutien psychologique individuel, un seul arrêtera de fumer. L'identification de l'intensité et de la durée les plus efficaces et les plus rentables doit faire l'objet de nouvelles recherches.</p> <p>Soutien psychologique collectif La thérapie de groupe est plus efficace que la prise en charge personnelle (<i>self-help</i>). Il est nécessaire d'enrôler 20 fumeurs dans un groupe d'aide pour obtenir un arrêt supplémentaire. Il n'y a pas de preuve d'une l'efficacité plus importante du <i>counselling</i> en groupe comparativement au <i>counselling</i> individuel intensif.</p> <p>Soutien psychologique téléphonique</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Le soutien psychologique par téléphone est plus efficace que les autres interventions minimales (comme des outils d'autosevrage). En général, sur 40 fumeurs ayant eu recours au soutien psychologique par téléphone, un seul arrêtera de fumer.</p> <p>Thérapie aversive En raison de données insuffisantes, l'utilisation de la thérapie d'aversion ne peut être recommandée dans la lutte contre le tabagisme.</p> <p>Exercices physiques En raison de données insuffisantes, l'utilisation de la cure d'exercices physiques ne peut être recommandée dans la lutte contre le tabagisme.</p> <p>Hypnothérapie Aucune donnée ne vient appuyer l'utilisation de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique.</p> <p>Acupuncture Aucune donnée ne vient appuyer l'utilisation de l'acupuncture pour le sevrage tabagique.</p> <p>TNS Les TNS sont efficaces ; ils permettent à 1 fumeur sur 14 traités de se désaccoutumer. L'effet des TNS varie en fonction de la motivation des utilisateurs et du niveau de dépendance à la nicotine. Il n'existe aucune différence significative entre les formes de TNS. Les TNS doivent faire partie d'un soutien psychologique. S'il n'y a guère de soutien ou si le soutien n'est pas très intense, les taux de sevrage sont inférieurs.</p> <p>Combinaison de traitements nicotiniques de substitution Les preuves permettant de conclure que les combinaisons de différentes applications de TNS améliorent l'efficacité du traitement sont insuffisantes.</p> <p>Comparaison avec bupropion Les TNS sont moins efficaces que le bupropion. Les TNS associés au bupropion sont plus efficaces que les TNS seuls, mais pas que le bupropion seul.</p> <p>Posologie TNS Le dosage du TNS doit être plus élevé chez les fumeurs présentant une forte dépendance. Bien qu'aucune preuve ne permette de démontrer une amélioration des résultats par une réduction progressive du traitement, la plupart des fabricants conseillent de ne pas l'interrompre brutalement. Il n'est pas conseillé de suivre un TNS pendant plus de 3 mois.</p> <p>Effets indésirables TNS Les effets secondaires sont locaux, bénins et réversibles. Les effets secondaires généraux (vertiges, insomnies) sont principalement dus aux symptômes de manque de nicotine. Les effets secondaires typiques sont l'irritation de la bouche et de la gorge (gomme, inhalateur, pastilles à sucer, pastilles sublinguales), l'irritation de la peau (patchs), l'épistaxis, la rhinite et l'éternuement (spray nasal, inhalateur). La plupart des effets secondaires dépendent de la dose appliquée.</p> <p>Contre-indications TNS Le TNS est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à la nicotine, de maladies cardio-vasculaires récentes (accident vasculaire cérébral, infarctus, angine de poitrine qui s'aggrave) et de tension artérielle (très) élevée.</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Bupropion</p> <p>Le bupropion est efficace. Douze fumeurs voulant arrêter doivent être traités pour obtenir un abstiné supplémentaire.</p> <p>La posologie de départ est de 150 mg par jour, pour une durée de 6 à 8 semaines. Le maximum par jour est 2x150 mg, bien qu'il n'y ait pas de preuve d'un effet augmenté d'une dose plus forte. Organiser l'arrêt du tabac 7 à 14 jours après le début du traitement.</p> <p>Deux doses quotidiennes de 150 mg ne sont pas plus efficaces qu'une seule dose. Le bupropion semble être plus efficace que les TNS, mais ce résultat est tiré d'une seule comparaison dans un essai restreint : la marge d'erreur est grande. Le bupropion associé à un TNS n'est pas plus efficace que le bupropion seul.</p> <p>Les effets secondaires désagréables sont l'insomnie et la bouche sèche. On rencontre de rares convulsions chez les personnes à haut risque et en cas de doses supérieures de bupropion. Le risque de convulsions est estimé à 1 pour 1 000, avec une dose de maximum 300 mg par jour dans une formule à libération lente. Compte tenu de la courte expérience du bupropion, il convient d'être attentif à ses effets secondaires.</p> <p>Le bupropion est contre-indiqué chez les patients de <18 ans, pendant la grossesse ou l'allaitement ou pour les personnes souffrant d'épilepsie ou ayant des antécédents de convulsion.</p> <p>Nortriptyline</p> <p>La nortriptyline était efficace dans une étude de 2003. Neuf fumeurs souhaitant arrêter de fumer ont été traités à la nortriptyline, et ce, pour un abstiné supplémentaire. Une étude a comparé le bupropion à la nortriptyline. Cet essai a révélé que le bupropion était plus efficace, sans que la différence soit statistiquement significative.</p> <p>La dose recommandée va de 75 à 150 mg.</p> <p>Le profil des effets secondaires non désirables de la nortriptyline est nettement plus favorable que celui du bupropion. Dans des études sur les patients dépressifs, la nortriptyline provoquait parfois des problèmes de sédation, de constipation, de rétention urinaire et des troubles cardiaques. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour définir la place de la nortriptyline dans le traitement du sevrage tabagique. La nortriptyline n'avait pas été testée chez les adolescents, les femmes enceintes ou les personnes âgées (âge>65 ans) ou chez les patients atteints de maladies cardio-vasculaires.</p> <p>Clonidine</p> <p>Les effets secondaires non désirables rendent la clonidine impropre au traitement de première intention du sevrage tabagique. Elle peut être utilisée lorsque les symptômes de manque sont très intenses ou en cas de toxicomanie multiple.</p> <p>La dose recommandée est de 0.10 mg deux fois par jour, ou bien oralement ou par timbre transdermique, jusqu'à un maximum de 0.40 mg par jour. Idéalement, la thérapie devrait débuter 48 à 72 heures avant la date d'arrêt. Cependant, comme traitement de seconde intention, il peut débuter après l'arrêt si d'autres stratégies ont échoué.</p> <p>Le traitement ne doit pas continuer au-delà de 3 à 4 semaines après l'arrêt, parce que la clonidine supprime les symptômes de manque, qui durent environ cette période. Diminuer progressivement les doses sur plusieurs jours est recommandé pour éviter un rebond d'hypertension et une hypoglycémie chez les patients diabétiques.</p> <p>Sélégiline</p> <p>Ce médicament n'est pas recommandé en raison du nombre limité de preuves et des effets secondaires.</p> <p>Mécamylamine</p> <p>Ce médicament n'est pas recommandé en raison du nombre limité de preuves.</p> <p>Naltrexone</p>

Année /Pays	Recommandations
	Ce médicament, ou d'autre antagoniste d'opiacé, n'est pas recommandé en raison de l'absence de preuve d'efficacité.

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

L'étude de Sejourne *et al.* en 2010 (233) (Cf. Tableau 54) avait pour but d'évaluer l'impact de la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré en médecine générale pour déclencher ou renforcer la motivation dans le cadre d'un sevrage tabagique. Vingt médecins généralistes ont participé à cette enquête. Chaque médecin a reçu un pack comprenant un analyseur de CO expiré, des brochures à remettre à tous les patients sélectionnés au cours de l'étude, une fiche d'information type sur la mesure du CO dans l'air expiré associée à une échelle visuelle du résultat destinée aux patients. Le questionnaire recueillait des données sociodémographiques, le statut tabagique, les raisons de l'arrêt ou de poursuite du tabagisme. Ce questionnaire était énoncé et renseigné par les médecins investigateurs au cours de la consultation. L'analyse a porté sur 578 questionnaires. Soixante pour cent des patients de l'échantillon désiraient arrêter de fumer et 72,3 % désiraient arrêter de fumer dans un délai de six mois.

Concernant le désir d'arrêt immédiat, 62 % des 282 patients dans le groupe ayant bénéficié du conseil minimal (questions « fumez-vous ? » et « voulez-vous arrêter de fumer ? » + remise de la brochure) et de la mesure de l'air expiré de CO désiraient arrêter de fumer contre 57,7 % des patients ayant bénéficié uniquement du conseil minimal, mais cette différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative ($p=0,29$). Dans le groupe ayant bénéficié du conseil minimal et de la mesure du CO expiré, 60 % des fumeurs ayant ou pas le désir d'arrêter de fumer déclaraient être influencés par le résultat du taux de CO. Pour les patients désirant arrêter de fumer, le résultat de la mesure du CO facilitait la prise de conscience de l'intoxication (44 %) ainsi que la motivation au sevrage (20 % ; informations recueillies dans le questionnaire par le médecin lors de l'interrogatoire du patient). Le protocole de cette étude ne permettait pas d'isoler l'effet de la passation du questionnaire et de l'analyseur du CO sur les résultats rapportés. Les résultats rapportés concernant l'influence de l'analyseur du CO sur la motivation au sevrage pouvaient donc être dus à la passation du questionnaire et non à l'utilisation de l'analyseur de CO.

Cette étude suggérait une absence d'effet de la mesure du CO en cabinet de médecine générale sur le désir d'arrêter de fumer.

Tableau 54. Intérêt de la mesure des marqueurs biologiques (nicotine et cotinine, monoxyde de carbone (CO) expiré)- Étude prospective

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
Sejourne et al., 2010 (233) niveau de preuve=3	Étude prospective par questionnaire	Démontrer que l'interprétation du résultat du taux de CO, associée au conseil minimal délivré aux fumeurs lors de la consultation de médecine générale pouvait déclencher ou renforcer la motivation pour la réalisation d'un sevrage tabagique.	Étude réalisée par 20 médecins généralistes auprès de leurs patients fumeurs. Les patients éligibles étaient âgés de 12 à 75 ans, devaient ne pas avoir reçu de conseil minimal sur le sevrage tabagique dans les 3 derniers mois, et venaient consulter pour un tout autre motif que le sevrage tabagique.	Délivrance du conseil minimal vs. délivrance du conseil minimal et de la mesure du CO	Mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré Désir d'arrêter de fumer	n=578 patients constitution de deux groupes Groupe 1 (n=282) : patients bénéficiant d'un conseil minimal et d'une mesure du CO expiré. Groupe 2 (n=286) : patients bénéficiant seulement du conseil minimal. Total. Désir d'arrêt immédiat : 60 % des patients de cette étude désiraient arrêter de fumer et parmi eux, 72,3 % dans un délai inférieur à 6 mois. Comparaison groupe 1 vs. 2. 62 % des 282 patients dans le groupe ayant bénéficié du conseil minimal et de la mesure de l'air expiré de CO désiraient arrêter de fumer contre 57,7 % des patients ayant bénéficié uniquement du conseil minimal (p=0,29). Désir d'arrêt à un mois : Le

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
						<p>pourcentage de désir d'arrêt dans un délai inférieur à un mois était de 35,2 % dans le groupe 1 versus 25,7 % dans le groupe 2 (seuil de significativité non fourni).</p> <p>Dans le groupe 1 ayant bénéficié du conseil minimal et de la mesure du CO expiré, 60 % des fumeurs, ayant ou pas le désir d'arrêter de fumer, déclaraient être influencés par le résultat du taux de CO.</p> <p>Pour les patients désirant arrêter de fumer, le résultat de la mesure du CO facilitait la prise de conscience de l'intoxication (44 %) ainsi que la motivation au sevrage (20 %).</p> <p>Limites de cette étude.</p> <p>Cet article précisait que l'appareil de mesure du CO est peu utilisé en médecine générale sans pour autant donner de données chiffrées.</p> <p>Les résultats rapportés concernant l'influence de l'analyseur du CO sur la motivation au sevrage pouvaient être dus simplement à la passation du questionnaire et non</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Population	Maladie/phénomène/ événement étudié	Critères de jugement	Résultats, commentaires
						<p>à l'utilisation de l'analyseur de CO (la mesure du CO avait lieu dans le cadre de la passation du questionnaire). Les auteurs n'ont pas fourni dans leur publication le détail du questionnaire.</p> <p>Les données étaient déclaratives et obtenues via le médecin, ce qui en limitait fortement la validité.</p> <p>Le protocole idéal « enquête avant/après » n'a pas été utilisé par les auteurs.</p> <p>Résultats : cette étude suggérait une absence d'effet de la mesure du CO en cabinet de médecine générale sur le désir immédiat et sur le désir un mois d'arrêter de fumer.</p>

► Avis du groupe de travail

Accord avec les conclusions des données de la littérature.

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.

Les traitements doivent toujours être discutés et mis en place dans le cadre d'une décision partagée avec le patient.

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

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.

À partir des données de la littérature, du modèle des changements de Prochaska et Di Clemente, du modèle de la rechute de Marlatt et Gordon, des méthodes de l'entretien motivationnel développées par Rollnick et Miler, et de ses avis, le GT propose l'algorithme de prise en charge du patient désireux d'arrêter de fumer : algorithme « IDÉAL ».

Mesure du CO

Cette mesure n'a pas montré son intérêt dans le dépistage et la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme.

Son utilité dans la prise en charge de la femme enceinte, notamment pour objectiver l'impact du tabagisme passif et améliorer l'observance, est rapportée par des études et des membres du groupe de travail. Le GT s'accorde sur ce point, à condition que son utilisation se fasse en accord avec la patiente.

► Recommandations

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.

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	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Conseiller d'arrêter. ▸ Proposer une évaluation du niveau de dépendance.
B	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Proposer une approche de réduction de la consommation (cf. chapitre Quels sont l'intérêt et la place de la réduction de la consommation dans la stratégie d'aide à l'arrêt du tabagisme ?). ▸ 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	<p>Aider le patient à :</p> <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 (Chapitre Interventions non médicamenteuses).	

Au stade de la décision

B	Conseiller au patient de fixer une date d'arrêt. Cela augmente l'efficacité du projet thérapeutique.
AE	<p>Élaborer un plan de changement : définir les objectifs d'éducation thérapeutique du patient.</p> <p>Informé le patient sur les différents traitements disponibles, le sevrage, etc.</p>
→ Voir outils INPES destinés aux patients ²⁴ et site de Tabac Info Service ²⁵ .	
→ 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 Recommandations relatives aux traitements médicamenteux et aux interventions non médicamenteuses	

²⁴<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/index.asp>

²⁵<http://www.tabac-info-service.fr>

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 « IDÉAL » : parcours du patient désireux d'arrêter de fumer

Place de l'éducation thérapeutique

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

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.
-----------	---

5.5 Modalités du suivi

5.5.1 Maintien de l'abstinence et prévention de la rechute

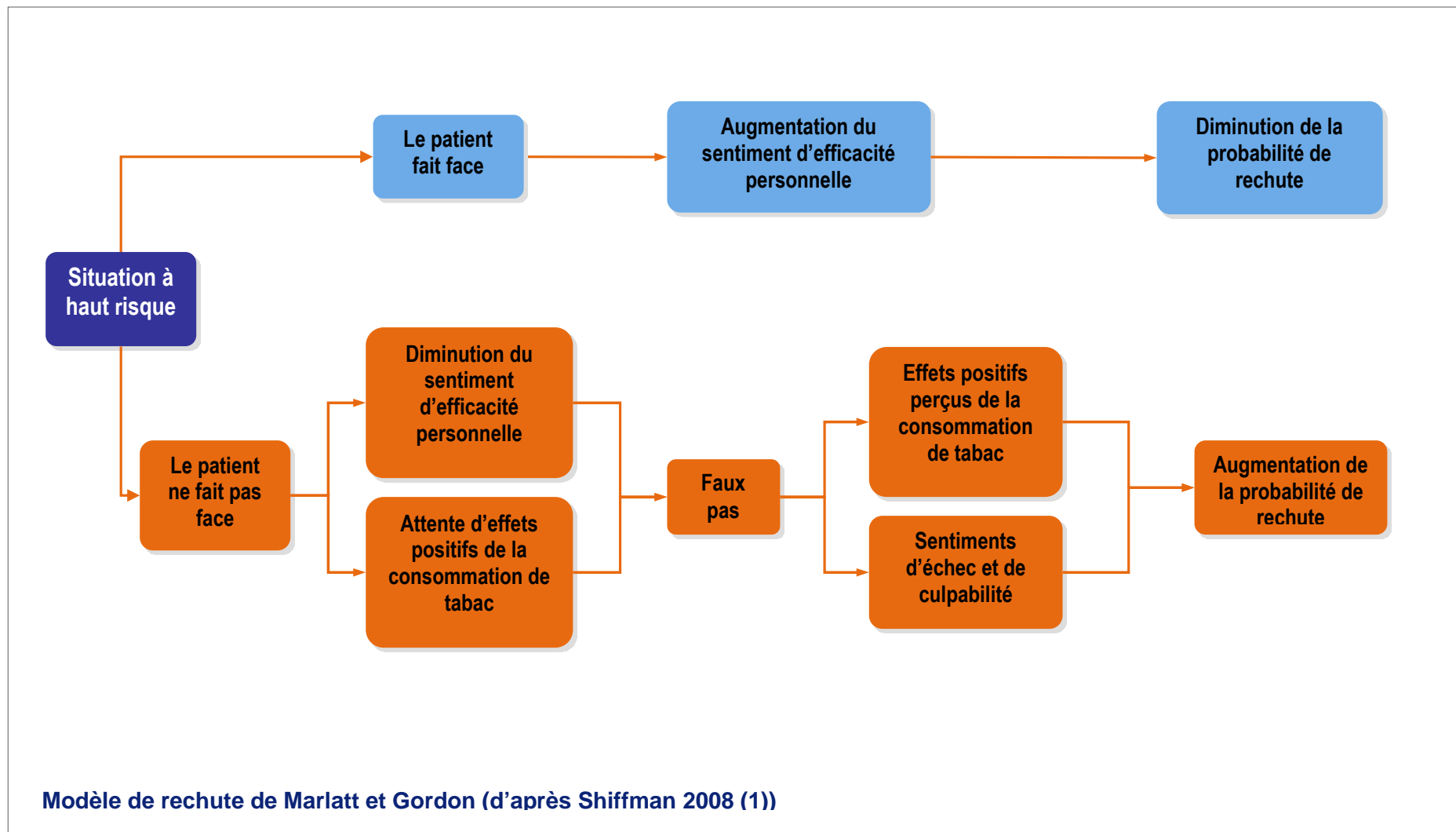
La rechute se définit comme la reprise non souhaitée de l'usage quotidien du tabac après une période d'abstinence volontaire dans le cadre d'une tentative d'arrêt. On distingue le faux pas, qui est une prise isolée de tabac chez un sujet abstinente dans une démarche d'arrêt. Contrairement à la rechute (*relapse* en anglais), le faux pas (*lapse* en anglais) est ponctuel.

► Le modèle de prévention de la rechute de Marlatt et Gordon

Le modèle de référence concernant la prévention de la rechute est le modèle de Marlatt et Gordon (1,16,17). Ce modèle est basé sur la psychologie socio-cognitive et incorpore un modèle conceptuel de rechute et un ensemble de stratégies cognitives et comportementales pour prévenir ou limiter les épisodes de rechute. Ce modèle est caractérisé par une classification détaillée des facteurs et situations qui peuvent précipiter ou contribuer à des épisodes de rechute. Ce modèle répertorie ces facteurs en deux catégories : les déterminants immédiats (situations à haut risque, capacité à faire face, attente d'effets positifs de la consommation, effet de la violation de l'abstinence) et des antécédents tels que le style de vie, le niveau de stress, de déni, de *craving*.

Ce modèle suggère que l'écart de consommation a plus de probabilité de se produire dans des situations particulières dites situations à haut risque mal gérées. Les fumeurs peuvent parfois prévenir un écart de consommation en faisant face à une situation à risque de manière appropriée. Ceci implique d'éviter de s'exposer à de telles situations à haut risque de rechute et/ou d'y faire face de manière adéquate. Ces stratégies sont des éléments clés de la prévention de la rechute. Selon ce modèle, une situation à haut 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 haut 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 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 important.

Voir le schéma du modèle de rechute de Marlatt et Gordon (d'après Shiffman 2008 (1)) page suivante.



Ce concept a profondément influencé le développement des interventions sur la dépendance : les traitements non pharmacologiques pour arrêter de fumer incluent l'identification par le fumeur des situations à haut risque de rechute et le développement ou l'amélioration des compétences pour faire face à ces situations (cette composante est nommée « l'entraînement aux stratégies de *coping*²⁶ » ou « entraînement aux stratégies pour faire face »). Les stratégies thérapeutiques commencent par une évaluation des caractéristiques environnementales et émotionnelles des situations qui sont potentiellement associées à une rechute. Après identification de ces caractéristiques, le professionnel de santé va analyser les réponses du fumeur face à ces situations et examiner les éléments du style de vie du fumeur qui augmentent l'exposition à ces situations à haut risque. Sur la base de cet examen minutieux, le professionnel de santé va définir des stratégies adaptées aux faiblesses cognitives et comportementales de son patient, et réduire ainsi le risque de rechute. Le modèle de prévention des rechutes inclut une variété d'approches cognitives et comportementales regroupées dans 3 catégories :

- l'acquisition de compétences : entraînement aux stratégies pour faire face, entraînement aux techniques d'affirmation de soi, gestion des émotions négatives ;
- la restructuration cognitive : travail sur la croyance en l'inévitabilité de la rechute, dédramatisation, focalisation sur les aspects positifs de l'expérience ;
- l'amélioration du style de vie : développement des activités qui ont des effets positifs à long terme sur l'humeur, la santé et la capacité à faire face.

Dans son article sur les modèles cognitivo-comportementaux des addictions (195), Aubin a résumé la série de stratégies thérapeutiques de prévention de la rechute proposées par Marlatt et Gordon : le thérapeute est invité à analyser avec son patient les différentes situations à haut risque spécifiques, auxquelles le patient doit se préparer à faire face. Si au moment du travail thérapeutique le patient est encore consommateur, le thérapeute lui propose de faire une liste des circonstances de consommation. Si le patient est déjà abstinent, le thérapeute tâchera d'explorer par anamnèse les circonstances habituelles des consommations. Dans les deux cas, il explore les circonstances des éventuelles rechutes précédentes et s'efforce de travailler avec son patient les stratégies efficaces pour faire face aux situations à haut risque (*coping skills*). Il pourra notamment l'aider à se préparer à la gestion des émotions négatives avec des techniques de relaxation et de gestion du stress. Le déclenchement des schémas cognitifs renvoyant à des attentes positives de la consommation peut se désactiver par un travail minutieux sur la balance décisionnelle, en engageant son patient à lister puis à peser les bénéfices et les conséquences négatives de la consommation, ainsi que les bénéfices et les inconvénients de l'abstinence. Pour faire face aux conséquences d'une première consommation, le thérapeute lui propose de préparer un plan pour la gestion d'un faux pas. Enfin, un travail de restructuration cognitive peut permettre d'atténuer un éventuel effet de violation de l'abstinence. Aubin a proposé ci-dessous un schéma adapté de Marlatt et Gordon.

Données de la littérature sur les interventions de prévention de la rechute

Les messages clés issus de la revue de littérature non systématique de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (CADTH) (234) étaient les suivants : les recommandations identifiées préconisaient un suivi après les quatre premières semaines d'abstinence et, si les ressources le permettent, par la suite, un suivi toutes les 4 semaines. Les infirmières devraient connaître les ressources communautaires d'aide à l'arrêt du tabac, et devraient organiser les suivis en conséquence.

La revue systématique de Hajek *et al.* en 2009 (235) a évalué si des interventions spécifiques de la prévention des rechutes réduisent la proportion de rechutes parmi les ex-fumeurs récents. Cette revue de la littérature inclut 54 études. Les interventions considérées incluaient des rencontres de groupes, des entretiens en face à face, des documents écrits, un soutien téléphonique proactif et

²⁶ Du verbe *To cope* en anglais qui signifie « faire face ».

réactif, et des interventions pharmacologiques. Trois types de participants étaient considérés : des ex-fumeurs ayant arrêté de fumer par eux-mêmes, des ex-fumeurs avec une abstinence imposée au cours d'une hospitalisation ou d'une formation militaire, et des fumeurs participant à des programmes d'aide à l'arrêt au tabac. Cette revue de la littérature n'a pas mis en évidence de bénéfice des méthodes de prévention des rechutes axées sur les compétences chez les femmes enceintes ayant arrêté de fumer durant leur grossesse ou pour les fumeurs contraints à l'abstinence au cours d'une hospitalisation ou d'une formation militaire. Il n'y avait pas non plus d'effet bénéfique significatif des interventions comportementales pour la prévention de la rechute dans les autres études. Pour les interventions pharmacologiques, un traitement prolongé avec la varénicline réduisait significativement la rechute dans un essai (RR =1,18 IC95 % [1,03-1,36]). La combinaison de cinq études de traitement avec bupropion n'a pas détecté d'effet significatif (RR=1,17 IC95 % [0,99-1,39]. Deux essais de faible taille, avec un TNS oral délivré chez des fumeurs ayant bénéficié d'une thérapie, n'ont pas mis en évidence d'effet significatif (RR=1,04, IC95 % [0,77-1,40], n=553). Dans deux autres essais avec TNS oral chez des personnes ayant récemment arrêté de fumer, il y avait un effet significatif de l'intervention [RR=1,24, IC95 % [1,04-1,47]. D'une façon générale, les études analysées dans cette revue de la littérature étaient hétérogènes en termes de population et d'interventions.

Cette revue, qui présentait des limites méthodologies, n'a pas mis en évidence d'efficacité des méthodes comportementales de prévention de la rechute.

► Avis du groupe de travail

Il est nécessaire d'aborder le faux pas et la rechute avant le début du sevrage.

Les données de la littérature, n'ayant pas montré de résultats probants, le GT fait des propositions de recommandations basées sur le modèle de la rechute de Marlatt et Gordon et des méthodes de l'entretien motivationnel développées par Rollnick et Miler.

Le GT propose comme outil une adaptation des colonnes de Beck (issues des techniques de thérapies cognitives et comportementales) à la prévention de la rechute.

► Recommandations

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	Des consultations par téléphone peuvent être nécessaires entre les consultations des premières semaines. 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.

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 important²⁷.

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 IDÉAL) : 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 (annexes)

²⁷ Modèle de Marlatt et Gordon (Marlatt, 1985 et Marlatt, 1979)

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.
-----------	---

Tableau 55. Suivi des interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (CADTH), 2011 (234) Canada Niveau de preuve 3	Revue CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) Revue de la littérature non systématique	Identifier les preuves cliniques associées au suivi des patients adultes après des interventions initiales d'arrêt du tabac délivrées par des professionnels de santé Identifier les recommandations basées sur des preuves concernant le suivi des patients adultes ayant bénéficié d'interventions d'arrêt du tabac délivrées par des professionnels de santé	Base de données : PubMed, Cochrane Library (n° 10, 2011), University of York Centre for Reviews and Dissemination (CRD) databases, Agences canadiennes et internationales de technologie en santé. Articles publiés entre le 1 ^{er} janvier 2006 et le 19 octobre 2011.	?	Deux recommandations basées sur les preuves ; Recommandation 1 : « <i>Local Stop Smoking Service : service delivery and monitoring guidance (United-Kingdom)</i> » Un suivi devrait intervenir après les quatre premières semaines d'abstinence. Quand les ressources le permettent, des suivis de 12 à 52 semaines devraient être mis en place pour vérifier l'arrêt du tabac. Le traitement par varénicline (Champix®) pouvant provoquer des changements de comportement et psychologiques durant et pendant le traitement ; un suivi devrait être fourni jusqu'à la disparition des symptômes. Recommandation 2 : « <i>Registered nurses association of Ontario (RNAO). Integration smoking cessation into daily nursing place</i> » Les infirmières devraient connaître les ressources communautaires d'arrêt du tabac, pour l'orientation et le suivi. Quand les infirmières mettent en place des interventions minimales d'arrêt du

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>tabac, elles devraient organiser le suivi ou l'orientation.</p> <p>Quand les infirmières participent à des interventions intensives d'arrêt du tabac, elles devraient organiser le suivi ou l'orientation vers une clinique ou un service d'arrêt du tabac.</p> <p>Les fournisseurs d'aide à l'arrêt du tabac doivent s'assurer que des ressources suffisantes sont en place pour des suivis de 4 semaines pouvant fournir des données de suivi pour mesurer les succès.</p> <p>La cotinine et la nicotine sont utilisées pour évaluer l'abstinence des fumeurs et peuvent être mesurées dans le cas de suivis.</p> <p>Il n'y avait pas de rapport d'évaluation technologique en santé, de revue systématique, de méta-analyse, d'essai contrôlé randomisé, d'étude non randomisée sur ce thème.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Hajek et al., 2009 (235) Niveau de preuve 2	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés ou quasi-randomisés	Déterminer si des interventions spécifiques de prévention de la rechute réduisent la proportion de rechute	<p>Base de données : registre d'essais « Cochrane tobacco addiction group ».</p> <p>Recherche la plus récente : août 2008</p> <p>3 types de participants : Ex-fumeurs ayant arrêté de fumer par eux-mêmes / Ex-fumeurs avec une abstinence imposée / Fumeurs participant à des programmes d'aide à l'arrêt au tabac</p> <p>Groupes de comparaisons : Groupe sans intervention, groupes ayant bénéficié d'une intervention courte ou une intervention non orientée vers la prévention de la rechute.</p>	<p>Abstinence à 6 mois après le début de l'intervention : Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement Abstinence prolongée</p>	<p>54 études ont été retenues.</p> <p>I. Études impliquant des ex-fumeurs</p> <p>Interventions comportementales Il n'y avait pas d'effet significatif avantageux des interventions comportementales pour la prévention de la rechute :</p> <p>Ex-fumeuses enceintes (RR=1,17 IC95 % [0,99-1,39], 5 essais, n=1587)</p> <p>Femmes ex-fumeuses <i>post-partum</i> (RR=1,07 IC95 % [0,99-1,18], 12 essais, n=3273)</p> <p>Patients hospitalisés (RR=0,94 IC95 % [0,78-1,13], 3 essais, n=1587)</p> <p>Recrues militaires 3 essais, pas de méta-analyse. 1 essai rapportait un effet bénéfique : OR=1,23 [1,07-1,41].</p> <p>Abstinentes non soutenus (RR=1,08 IC95 % [0,98-1,19], 5 essais, n=3561)</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Abstinentes soutenus (RR=1,00 IC95 % [0,87-1,15], 5 essais, n=1462)</p> <p>Pharmacothérapie Varénicline Les traitements prolongés avec la varénicline réduisaient significativement la rechute dans un essai (RR =1,18 IC95 % [1,03-1,36], n=1210).</p> <p>Bupropion versus placebo La combinaison de cinq études de traitement avec bupropion n'a pas détecté un effet significatif (RR=1,17 IC95 % [0,99-1,39], 5 essais, n=1587)</p> <p>Traitement nicotinique de substitution versus placebo Deux essais de faible taille, avec un traitement oral nicotinique de substitution délivré chez des fumeurs ayant bénéficié d'une thérapie, n'ont pas détecté d'effet (RR=1,04, IC95 % [0,77-1,40], n=553). Dans deux autres essais, avec TNS oral chez des personnes ayant récemment arrêté de fumer, il y avait un effet significatif de l'intervention [RR=1,24, IC95 % [1,04-1,47].</p> <p>II. Études impliquant des fumeurs</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Interventions comportementales versus pas d'intervention de prévention de la rechute :</p> <p>Il n'y avait pas d'effet significatif des interventions comportementales pour la prévention de la rechute : (RR commun=0,91 IC95 % [0,73-1,13], 10 essais, n=872).</p> <p>Cette revue de la littérature n'a pas mis en évidence un effet significatif des interventions comportementales pour prévenir une rechute quel que soit le groupe étudié de participants.</p> <p>Limites : les populations et interventions de cette revue de la littérature étaient hétérogènes.</p>

5.5.2 Prise en charge des symptômes de sevrage et leurs conséquences (troubles de l'humeur, augmentation de l'appétit, prise de poids, consommations d'autres substances psychoactives...)

Augmentation de l'appétit, prise de poids

Il a été démontré que l'arrêt du tabac permet de réduire le risque cardio-vasculaire. Mais une prise de poids est souvent observée après l'arrêt du tabagisme. Or le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque cardio-vasculaire, ce qui suggère que cette prise de poids pourrait atténuer le bénéfice cardio-vasculaire.

Pour déterminer l'impact de la prise de poids après l'arrêt du tabac, Clair *et al.* en 2013 ont utilisé les données de l'étude de cohorte prospective des descendants de Framingham, recueillies entre 1984 et 2011. L'étude de cohorte de Clair *et al.* (236) avait pour but de tester si la prise de poids suivant l'arrêt du tabagisme atténuait les bénéfices cardio-vasculaires de l'arrêt du tabagisme chez les adultes avec ou sans diabète. Les auteurs ont analysé les données de la cohorte des enfants de la « *Framingham Heart Study* » (habitants de la ville de Framingham au Massachusetts inclus dans l'étude *Framingham Heart Study* de l'Université de Boston). La cohorte initiée en 1971 a inclus 5 124 enfants et leurs futurs conjoints, qui ont été suivis de 1984 à 2011. Les sujets de cette cohorte ont bénéficié de visites médicales répétées tous les 4 à 6 ans. L'échantillon de cette étude comprenait 3 251 sujets adultes exempts de maladies cardio-vasculaires à la troisième visite. Lors de chaque visite médicale, le statut tabagique déclaré était recueilli et classé selon les quatre modalités suivantes : fumeur, abstinent récent (arrêt antérieur à 4 ans), abstinent à long terme (arrêt il y a moins de 4 ans), et non-fumeurs. Des modèles de Cox ont été utilisés pour estimer l'association entre arrêt du tabagisme et survenue de maladies cardio-vasculaires sur 6 ans. Le modèle testait également l'influence du changement de poids suivant l'arrêt du tabagisme sur l'association entre arrêt du tabagisme et survenue de maladies cardio-vasculaires.

Après un suivi moyen de 25 ans, 631 événements cardio-vasculaires ont été rapportés chez les 3 251 personnes suivies. La prise de poids médiane sur 4 ans était significativement plus importante chez les sujets sans diabète ayant arrêté de fumer depuis peu (2,7 kg, Q1-Q3=[-0,5 - 6,4]) et chez ceux avec diabète (3,6 kg, Q1-Q3=[-1,4 - 8,2]) ; comparativement aux abstinents de plus longue durée sans diabète (2,7 kg, Q1-Q3=[-0,5 - 6,4]) et avec diabète (0kg, Q1,Q3=[-3,2 - 3,2]).

Chez les sujets sans diabète, les taux d'incidence des maladies cardio-vasculaires étaient de 5,9 % pour les fumeurs (IC95 %[4,9-7,1]), de 3,2 % chez les sujets ayant récemment arrêté de fumer (IC95 %[4,9-7,1]), de 3,1 % chez les sujets abstinents de plus longue durée (IC95 %[2,6-3,7]) et de 2,4 % chez les non-fumeurs (IC95 %[2,0-3,0]). Après ajustement pour les facteurs de risque cardio-vasculaires et la variation de poids, le risque d'événements cardio-vasculaires était significativement réduit chez les anciens fumeurs non diabétiques par rapport aux fumeurs non diabétiques, et ce de manière équivalente entre ceux qui avaient arrêté depuis moins de 4 ans et ceux qui avaient arrêté depuis plus de 4 ans (baisse de respectivement 51 % et 54 %). Chez les diabétiques, des tendances similaires étaient rapportées mais n'étaient pas significatives.

Cette étude montrait que l'arrêt du tabagisme était associé à une réduction du risque de maladies cardio-vasculaires chez les sujets sans diabète, et que le gain de poids qui survenait après l'arrêt du tabagisme ne modifiait pas cette association. Cette étude suggérait un bénéfice significatif de l'arrêt du tabagisme sur le risque cardio-vasculaire malgré le gain de poids (niveau de preuve 2).

La revue systématique de Farley *et al.* en 2012 (237) (Cf. Tableau 56) a examiné l'effet des interventions sur la prise de poids consécutive à un arrêt du tabagisme. Cette revue de la littérature avait 2 objectifs : 1) Évaluer l'efficacité des interventions visant à limiter la prise de poids après l'arrêt du tabagisme ; 2) Évaluer l'efficacité des interventions pour aider à l'arrêt du tabagisme qui n'ont pas été élaborées initialement pour limiter le gain de poids, mais qui pouvaient

y contribuer. Cette revue de la littérature présentait la particularité d'opérer une sélection des études issues à partir de Revue Cochrane connexes. Bien que basée sur une sélection de 66 essais, les différentes analyses étaient basées sur peu de preuves.

Les preuves de cette revue n'ont pas permis d'établir des recommandations fortes pour la pratique clinique.

► Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 57

► Avis du groupe de travail

Le GT recommande de surveiller l'évolution du poids au cours du sevrage. Pour les fumeurs sensibles à une prise de poids, il peut être approprié d'orienter vers des thérapies non médicamenteuses : diététique, activité physique, aide psychologique spécifique.

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

Le GT propose d'orienter vers des outils patients existants sur ce sujet.

En l'absence de données de la littérature spécifiques aux autres symptômes de sevrage, le GT recommande de les surveiller, insiste à nouveau sur l'importance du soutien psychologique pour les gérer, et conseille d'orienter vers un spécialiste si le soignant ne se sent pas en capacité de les prendre en charge.

Le GT rappelle l'importance de la surveillance de la consommation des autres substances, notamment l'alcool, mais aussi le cannabis, les deux substances les plus fréquemment associées à l'usage du tabac. Il existe un risque de majoration des autres consommations au moment de l'arrêt du tabac, notamment en cas de symptomatologie anxieuse ou dépressive associée au sevrage.

► Recommandations

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 ; ▸ fièvre. <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	Il est recommandé de surveiller l'évolution du poids au cours du sevrage. 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.
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.

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

AE	Il est recommandé d'être attentif à une éventuelle majoration des consommations d'alcool, de cannabis, ou d'autres substances psychotropes. 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.
-----------	---

Tableau 56. Arrêt du tabac et prise de poids - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse et étude de cohorte

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Farley et al., 2012 (237) Niveau de preuve=2	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse (modèles à effet fixe)	Deux objectifs : <u>- Partie 1 :</u> Évaluer l'efficacité des interventions visant à limiter le gain de poids après l'arrêt du tabac ; <u>- Partie 2 :</u> Évaluer l'efficacité des interventions pour aider à l'arrêt du tabac qui n'ont pas été élaborées initialement pour limiter le gain de poids après l'arrêt du tabac, mais qui peuvent y contribuer.	Base de données : Partie 1 : Registre spécialisé du groupe Cochrane sur les addictions au tabac Partie 2 : Études retenues dans les revues Cochrane connexes (les traitements nicotiniques de substitution, les antidépresseurs, les agonistes partiels des récepteurs nicotiniques, les antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1) si ces études intégraient des données sur le poids ; études publiées dans le <i>The Cochrane Library</i> 2011, numéro 9) CENTRAL Recherche en sep-	Pour la partie 1 : les deux critères de jugement étudiés sont : - statut tabagique à 6 mois ou plus après l'arrêt du tabac ; - variation moyenne du poids (kg) entre les valeurs initiales et les valeurs à la fin du suivi, pour les abstinents seulement. Pour la partie 2 : seuls les effets des interventions sur le changement de poids sont rapportés, les effets sur le statut tabagique étant présentés dans les revues Cochrane concernées.	Partie 1 : 16 essais répondaient aux critères d'inclusion Interventions pharmacologiques Dexfenfluramine versus placebo Le dexfenfluramine limitait la prise de poids à la fin du traitement (DM=-2,50kg, IC95 % [-2,98 / -2,02], 1 étude, n=33). Il n'y avait pas de preuve que l'effet persistait à 6 mois ou 12 mois. Phénylpropanolamine versus placebo Le phénylpropanolamine limitait la prise de poids à la fin du traitement (DM=-0,50kg, IC95 % [-0,80 / -0,20], 3 études, n=82). Il n'y a avait pas de preuve que l'effet persistait à 6 mois ou 12 mois. Naltrexone versus placebo Le naltrexone limitait la prise de poids à la fin du traitement (DM=-0,78 kg, IC95 % [-1,52 / -0,05], 2 études, n=179). Il n'y a avait pas de preuve que l'effet persistait à 6 mois ou 12 mois. Apprentissage de la gestion du poids versus pas d'intervention

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			tembre 2011 Adultes fumeurs qui tentent d'arrêter de fumer.		<p>L'apprentissage de la gestion du poids seul n'est pas efficace pour réduire la prise de poids à la fin du traitement, à 6 ou 12 mois ; et pourrait réduire significativement l'abstinence à 12 mois (RR=0,66 IC95 % [0,48-0,90], 2 études, n=522).</p> <p>Aide personnalisée à la gestion du poids versus pas d'intervention Une aide personnalisée à la gestion du poids pourrait être efficace à 12 mois (DM=-2,58, IC95 % [-5,11 / -0,05], 2 études, n=40) et n'était pas significativement associée à une réduction de l'abstinence à 12 mois (RR=0,79 IC95 % [0,47-1,33], 2 études, n=254).</p> <p>Régime et conseils versus conseils Une étude a montré qu'un régime à très faible apport calorique augmentait l'abstinence à 12 mois (RR=1,73 IC95 % [1,10-2,73], 1 études, n=287), et réduisait la prise de poids à la fin du traitement (DM=-3,70 kg, IC95 % [-4,82 / -2,58], 1 étude, n=121) mais ne prévenait pas la prise de poids à 12 mois (DM=-1,30 kg, IC95 % [-3,49 / 0,89], 1 étude, n=62).</p> <p>Thérapie comportementale versus aucun conseil comportemental La thérapie comportementale cognitive ayant pour but d'apaiser les inquiétudes</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>sur la prise de poids était significativement associée à une prise de poids à 6 mois (DM 0,74 kg, IC95 % [0,24 / 1,24], 1 étude, n=131) et à une abstinence à 6 mois (RR=1,70, IC95 %=[1,13-2,56], 2 études, n=496). La TCC ne favorisait pas l'abstinence à 12 mois (RR=1,25, IC95 %=[0,83-1,86], 2 études, n=496). Cependant, ses calculs sont associés à une forte hétérogénéité.</p> <p>Partie 2 : 53 essais répondaient aux critères d'inclusion</p> <p>Exercice physique versus pas d'exercice physique</p> <p>Il n'y avait pas de preuve que les exercices physiques réduisaient significativement le gain de poids à la fin du traitement (DM -0,25 kg, IC95 % [-0,78 / -0,29], 4 études, n=404). Cependant, une réduction significative était rapportée à 12 mois (DM -2,07 kg, IC95 % [-3,78 / -0,36], 3 études, n=182).</p> <p>Bupropion versus placebo</p> <p>Le bupropion limitait la prise de poids à la fin du traitement (DM -1,12 kg, IC95 % [-1,47 / -0,77], 7 études, n=869). Il n'y avait pas de preuve que l'effet persistait à 6 mois ou 12 mois.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Fluoxétine versus placebo La fluoxétine limitait la prise de poids à la fin du traitement (DM -0,99 kg, IC95 % [-1,36 / -0,61], 2 études, n=144). Il n'y avait pas de preuve que l'effet persistait à 6 mois. Il n'y avait pas de données disponibles à 12 mois.</p> <p>TNS versus placebo Un traitement par TNS limitait la prise de poids à la fin du traitement (DM -0,69 kg, IC95 % [-0,88 / -0,51], 19 études, n=1600) avec présence d'hétérogénéité entre les études $I^2=82\%$. Après retrait de l'étude causant l'hétérogénéité statistique, la différence de poids à la fin du traitement était de DM=-0,45 kg, IC95 % [-0,66 / -0,27]. Il n'y avait pas de preuve d'un effet à 12 mois sur le gain de poids.</p> <p>Varénicline versus placebo La varénicline limitait la prise de poids à la fin du traitement (DM=-0,41 kg, IC95 % [-0,63 / -0,19], 11 études, n=2008). Il n'y avait pas de preuve que l'effet persistait à 6 mois ou 12 mois.</p> <p>Varénicline versus bupropion Les participants sous varénicline présentaient un gain de poids statistiquement plus important que les participants sous bupropion (DM=0,51 kg IC95 % [0,09 / -</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>0,93] 3 études, n=598).</p> <p>Varénicline versus TNS</p> <p>Il n'y avait pas de preuve de différence entre la varénicline et les TNS (DM=-0,05 kg IC95 % [-0,58 0,48] 1 études, n=319).</p> <p>Ces données ne permettent pas d'établir des recommandations pour la pratique clinique dans un but de prévention de la prise de poids après l'arrêt du tabac.</p> <p>En effet, les études sont en fait assez peu nombreuses et les méta-analyses produites par les auteurs font apparaître une hétérogénéité des études.</p>
<p>Clair et al., 2013 (236)</p> <p>Niveau de preuve=2</p>	Étude de cohorte prospective	Examiner si le gain de poids suivant l'arrêt du tabagisme n'atténuaient pas les bénéfices cardio-vasculaires de l'arrêt du tabagisme chez les adultes avec ou sans diabète	Échantillon des enfants des sujets de la cohorte initiale de l'étude « <i>Framingham Heart Study</i> » ainsi que leur conjoint suivi sur la période 1984-2011	Incidence des maladies cardio-vasculaires (maladies coronariennes, accidents vasculaires cérébraux, maladies artérielles périphériques, insuffisance cardiaque congestive)	<p>n= 3 251 patients</p> <p>Utilisation d'un modèle de Cox estimant des rapports de risque instantanés (HR) avec comme groupe de référence le groupe des fumeurs.</p> <p>Sujets non diabétiques :</p> <p>Les taux d'incidence des maladies cardio-vasculaires étaient de 5,9 cas pour 100 personnes suivies IC95 %[4,9-7,1] pour les fumeurs, de 3,2 cas pour 100 personnes suivies IC95 %[4,9-7,1] chez les sujets ayant arrêté récemment de fumer, de 3,1 cas pour 100 personnes suivies IC95 %[2,6-3,7] chez les sujets abstinentes</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>de plus longue durée et de 2,4 cas pour 100 personnes suivies IC95 %[2,0-3,0] chez les non-fumeurs.</p> <p>Après ajustement pour les facteurs de risque cardio-vasculaires et la variation de poids, le risque d'événements cardio-vasculaires est significativement réduit chez les anciens fumeurs et les non-fumeurs non diabétiques.</p> <p>Groupe fumeurs : événements=143, PE=1924, taux pour 100 PE=5,89 / HR=1 Groupe abstinent récent : événement=29, PE=591, taux pour 100 PE=3,22 / HR=0,49 [0,24-0,99] Groupe abstinent à long terme : événements=218, PE=3761, taux pour 100 PE=3,06 / HR=0,46 [0,34-0,63] Groupe non-fumeurs : événements=116, PE=3392, taux pour 100 PE=3,06 / HR=0,31 [0,21-0,44].</p> <p>Sujets diabétiques : Les taux d'incidence de maladies cardio-vasculaires étaient de 7,03 cas pour 100 personnes suivies IC95 %[4,54-10,63] pour les fumeurs, de 6,11 cas pour 100 personnes suivies IC95 %[2,9-12,4] chez les sujets ayant arrêté récemment de fumer, de 6,53 cas pour 100 personnes suivies IC95 %[4,7-9,0] chez les sujets</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>abstinents de plus longue durée et de 4,7 cas pour 100 personnes suivies IC95 %[3,17-6,9] chez les non-fumeurs.</p> <p>Après ajustement pour les facteurs de risque cardio-vasculaires et la variation de poids, le risque d'événements cardio-vasculaires n'est pas significativement réduit chez les anciens fumeurs et les non-fumeurs diabétiques.</p> <p>Groupe fumeurs : événements=23, PE=279, taux pour 100 PE= 7,03 / HR=1</p> <p>Groupe abstinent récent : événements=8, PE=92, taux pour 100 PE=6,11 / HR=0,49 [0,11-2,19]</p> <p>Groupe abstinent à long terme : événements=59, PE=603, taux pour 100 PE=6,53 / HR=0,57 [0,28-1,15]</p> <p>Groupe non-fumeurs : événements=35, PE=506, taux pour 100 PE=4,70 / HR=0,49 [0,22-1,09].</p> <p>Limites de cette étude</p> <p>Le tabagisme était déclaré et il n'y avait donc pas de validation biochimique du tabagisme. Les rechutes possibles entre deux visites (qui étaient espacées d'au moins 4 ans) n'étaient pas repérées et prises en compte. Les auteurs ont souligné le manque de puissance des analyses associées aux patients diabétiques.</p>

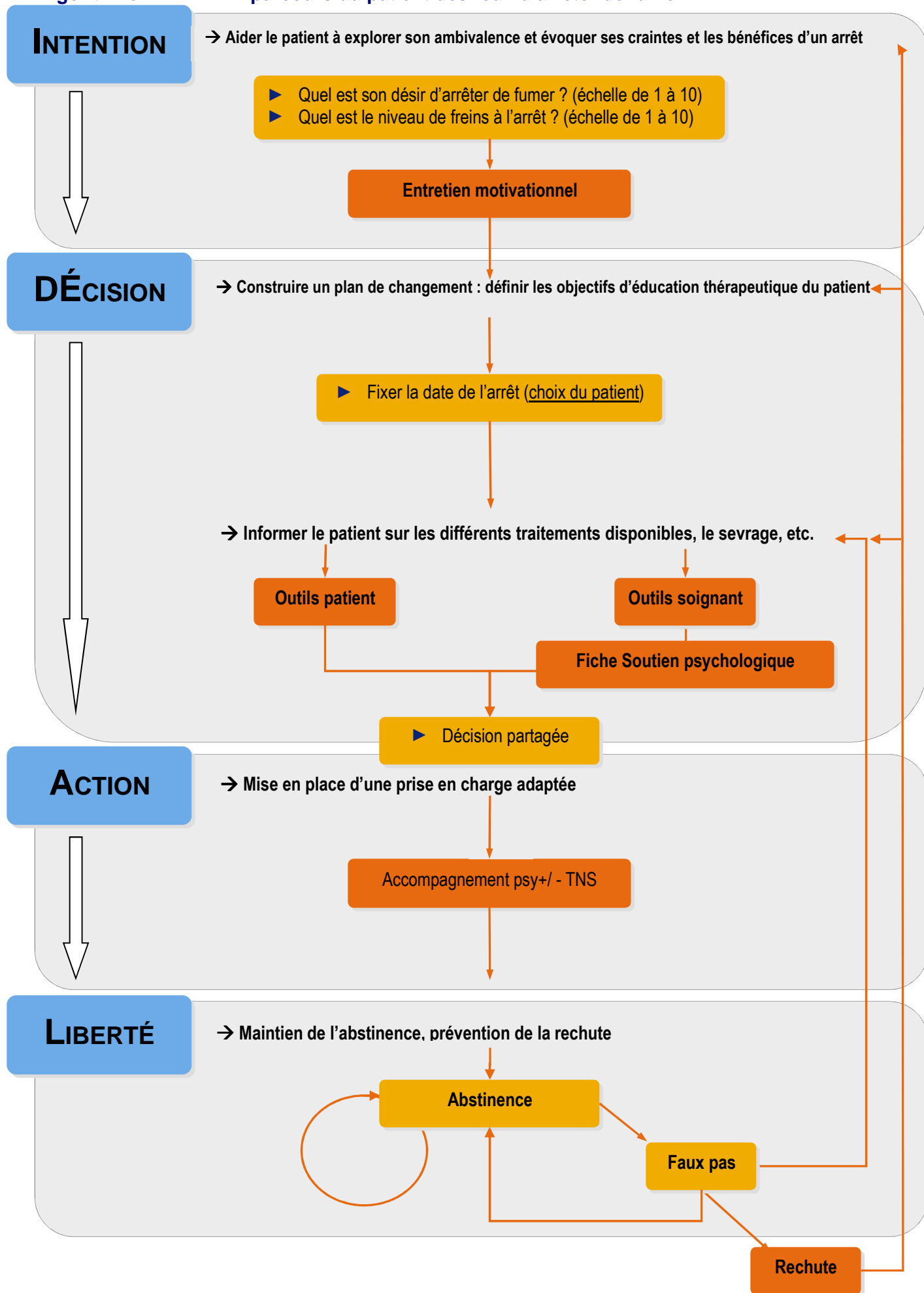
Tableau 57. Prise de poids à l'arrêt du tabagisme. Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année /Pays	Recommandations
New Zealand Guidelines Group, 2012 (238) Nouvelle- Zélande	<p>L'arrêt du tabagisme et la prise de poids</p> <ul style="list-style-type: none"> - En moyenne, les personnes peuvent prendre 4 à 5 kg durant la première année d'abstinence. - Bien que ce soit un gain significatif, les bénéfices de l'arrêt du tabagisme compensent les risques dus à l'excès de poids additionnel. - Faire un régime au moment de l'arrêt du tabagisme peut augmenter l'envie de fumer et peut augmenter le risque de rechute. - Les personnes devraient se concentrer en priorité sur le maintien de l'abstinence et par la suite traiter le problème de la prise de poids. <p>Pour les fumeurs concernés par la prise de poids, considérer le bupropion ou les TNS, en particulier les gommes nicotiques, dont il a été montré qu'elles retardaient la prise de poids après l'arrêt du tabagisme.</p>

5.5.3 Synthèse : algorithme de prise en charge

Voir algorithme IDÉAL

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



6 Quels sont l'intérêt et la 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 tout d'un coup, la question d'une baisse du nombre de cigarettes fumées par jour se pose.

Une réduction de cigarettes peut s'accompagner de phénomènes compensatoires (absorption plus grande de la fumée) pour maintenir un taux de nicotine constant. Le résultat global est alors peu concluant.

La réduction peut s'accompagner d'un recours à des substituts nicotiniques. 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. S'il semble plausible qu'une diminution du nombre de cigarettes entraîne également une baisse de dommages, les données scientifiques montrent que cela se vérifie si une substitution partielle est mise en place à l'aide de TNS, permettant d'éviter les phénomènes de compensation.

► Données de la littérature

Phénomènes de compensation

Données extraites de la synthèse de la littérature des recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni sur les approches de réduction des risques du tabagisme de 2013 (239).

Les données montrent que lorsqu'un fumeur réduit le nombre de cigarettes fumées, il va modifier sa façon de fumer, par exemple en tirant des bouffées plus fortes ou plus fréquentes, de façon à obtenir une titration de nicotine stable. C'est ce que l'on appelle le phénomène de compensation.

Deux études de niveau de preuve modérée montrent que bien que le phénomène de compensation ait lieu, la réduction du nombre de cigarettes fumées par jour est corrélée à une réduction significative du taux de CO expiré.

Une revue narrative de faible niveau de preuve suggère qu'avec les formes de TNS à demi-vie courte (formes orales, inhalateur et spray nasal), la réduction du CO est associée à peu de changement du taux plasmatique de nicotine, suggérant une titration précise par les sujets qui compensent les cigarettes manquantes par les TNS.

En revanche, avec les patchs nicotiniques, les niveaux plasmatiques de nicotine seraient augmentés, ce qui suggère que la voie transdermale ne permettrait pas une titration précise du taux de nicotine absorbé.

Dans leur article en 2007, Cornuz et Zellweger (240) rappellent que les effets bénéfiques sur la santé d'une réduction du tabagisme sont très modestes et que les fumeurs semblent compenser en partie la diminution de cigarettes fumées par une absorption plus élevée de fumée. Cependant, une réduction du tabagisme, soutenue par un traitement pharmacologique et proposée comme étape transitoire vers l'arrêt complet, peut avoir une place dans les programmes de désaccoutumance. D'après les auteurs, une stratégie de réduction temporaire du tabagisme soutenue par des substituts nicotiniques et un suivi médical régulier, présente un intérêt chez les fumeurs atteints d'affection cardio-vasculaire ou respiratoire et chez lesquels la poursuite du tabagisme représente une menace grave pour la santé, mais qui sont totalement incapables d'arrêter de fumer dans un proche avenir, notamment en raison d'une dépendance forte ou de comorbidités psychiatriques. Cette stratégie permet d'encourager le fumeur à faire un effort, de lui

donner confiance dans ses propres capacités et surtout de maintenir le dialogue entre le soignant et le malade, sans interférence avec les autres traitements médicamenteux. Ainsi, la réduction du tabagisme peut permettre au fumeur une prise sur son comportement addictif, qui peut dans certains cas être moteur de changement.

La réduction du tabagisme peut donc être considérée comme une étape intermédiaire ou une transition vers l'abstinence de nicotine.

Cette approche présente également un intérêt dans le contexte de la restriction des lieux de fumées (professionnels, espaces publics, etc.), autant d'impératifs que la personne doit prendre en considération dans le développement du contrôle.

Efficacité des traitements pharmacologiques pour aider à la réduction de la consommation avant l'arrêt total

Revue systématique

La revue systématique de Moore *et al.* en 2009 (241) (Cf. tableau 58) a examiné l'effet des traitements nicotiniques de substitution pour promouvoir l'arrêt du tabac chez des fumeurs qui n'avaient pas l'intention d'arrêter de fumer brusquement. Sept essais étaient inclus dans cette revue de la littérature (quatre concernaient des gommes nicotiniques, deux des inhaleurs, et un essai l'utilisation de TNS au choix [gommes, inhaleurs ou timbres]). Le TNS était disponible pendant 6 mois dans un essai ; dans les autres essais, les TNS étaient délivrés pendant 9 mois (un essai), 12 mois (trois essais) et 18 mois (un essai). La période de suivi variait de 12 à 26 mois. Le critère de jugement était une abstinence maintenue au moins 6 mois et ayant débuté à tout moment avant la fin du traitement. Les essais concernaient 2 767 fumeurs et intégraient une thérapie à l'aide de TNS durant 6 à 18 mois.

Les résultats montraient que 6,75 % des fumeurs qui avaient reçu une thérapie par TNS étaient abstinents à 6 mois, deux fois plus que les fumeurs ayant bénéficié d'un placebo (méta-analyse, 5 essais, $RR=2,06$, $IC95\% = [1,34-3,15]$). Il n'y avait pas de différence significative concernant les effets indésirables, sauf pour la nausée qui était plus fréquente lors du traitement par TNS (8,75 % versus 5,3 % ; $OR=1,69$ $IC95\% = [1,21-2,36]$). Les essais disponibles indiquaient que l'utilisation de TNS était une intervention efficace pour obtenir une abstinence chez les fumeurs qui n'avaient pas l'intention d'arrêter de fumer ou qui étaient incapables de tenter un arrêt brutal. **La plupart des preuves cependant, provenaient d'essais intégrant un soutien comportemental régulier et un suivi et il n'était pas clairement démontré qu'une utilisation de TNS sans contact régulier était aussi efficace.**

La revue systématique de Stead *et al.* en 2010 (141) (Cf. tableau 58) a examiné l'effet des interventions conçues pour réduire les dégâts du tabagisme sur les indicateurs suivants : biomarqueurs des effets délétères du tabac, biomarqueurs de l'exposition au tabac, nombre de cigarettes fumées, abandon du tabac et statut de santé à long terme. Seize essais ont évalué des interventions pour aider les fumeurs, à diminuer le niveau de cigarettes fumées et trois essais comparaient différents types de cigarettes ou produits potentiellement moins exposants. La diminution rapportée de cigarettes par jour était validée par la réduction des niveaux de CO. La plupart des essais testaient l'utilisation d'un TNS pour consolider la diminution.

Une analyse poolée de neuf essais montrait d'une part, que l'utilisation d'un TNS (gommes à mâcher ou un inhalateur) augmentait significativement la probabilité de diminuer de 50 % ou plus le nombre de cigarettes par jour versus un placebo ($RR=1,72$ $IC95\% [1,41-2,10]$, $n=3429$) et d'autre part, que l'utilisation d'un TNS augmentait significativement la probabilité d'arrêter de fumer ($RR=1,73$ $IC95\% [1,36-2,19]$, $n=3429$). Cependant, les niveaux de monoxyde de carbone et de cotinine ne diminuaient pas dans cette proportion, suggérant ainsi une absence de relation directe entre la réduction du nombre de cigarettes et la réduction des effets néfastes sur la santé. De plus, peu de fumeurs étaient capables de maintenir dans le temps cette diminution de cigarettes.

Concernant l'utilisation du bupropion, cette revue rapportait un seul essai qui ne démontrait pas d'effet du bupropion.

Quatre autres essais concernant différents type de conseils et/ou d'instructions n'ont pas fourni de preuve de l'effet de ces interventions pour réduire le nombre de cigarettes fumées par jour. Trois essais concernant l'impact de l'utilisation de cigarettes légères (avec moins de goudron), de filtres à carbone et de cigarettes électroniques sur des biomarqueurs étaient présentés par les auteurs qui soulignaient la difficulté d'interprétation de ces trois essais (les résultats quantitatifs de ces trois essais n'étaient d'ailleurs pas présentés dans la revue). Dans cette revue de la littérature, Il n'y avait aucun essai qui rapportait des effets à long terme sur la santé de la diminution de la consommation.

Cette revue systématique n'apportait pas de preuve du bénéfice à long terme d'interventions dont le but est d'aider les fumeurs à réduire leur consommation sans pour autant atteindre l'abstinence.

La revue systématique de Lindson *et al.* en 2012 (242) avait pour objectif de comparer l'efficacité des interventions de réduction du tabagisme pour l'arrêt du tabac avec les interventions d'arrêt complet du tabac et de comparer les effets indésirables entre les pharmacothérapies d'aide à la réduction du tabagisme. Dix études répondaient aux critères d'inclusion (n=3 760 participants). Trois études incluaient une pharmacothérapie dans les interventions, cinq études incluaient un soutien comportemental, quatre études incluaient une thérapie par auto-support, une étude incluait un soutien comportemental et une thérapie par auto-support. Dans le cadre de méta-analyses, les taux d'abstinence des deux types d'interventions (arrêt progressif versus arrêt complet) n'étaient pas significativement différents (RR=0,94, IC95 %=[0,79-1,13]), qu'une pharmacothérapie ait été utilisée (RR=0,89, IC95 %=[0,65-1,22]) ou non (RR=0,97, IC95 %=[0,78-1,21]), qu'un soutien comportemental ait été utilisé (RR=0,87, IC95 %=[0,64-1,17]) ou une thérapie par auto-support (RR=0,98, IC95 %=[0,78-1,23]). Les auteurs n'ont pas été en mesure d'apporter des éléments sur les effets indésirables des différentes interventions. Les auteurs ont conclu qu'une stratégie de réduction de la consommation produisait des résultats similaires à une stratégie d'arrêt complet du tabagisme. Les auteurs plaident pour la mise en œuvre de recherche sur la stratégie de réduction du tabagisme la plus efficace.

Cette revue systématique montrait qu'une stratégie de réduction de la consommation était aussi efficace qu'une stratégie d'arrêt total sur l'abstinence à 6 mois (niveau de preuve 2).

Données extraites de la synthèse de la littérature des recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni sur les approches de réduction des risques du tabagisme de 2013 (239).

Il y avait des preuves modérées, à partir de deux essais contrôlés randomisés, de différences non significatives entre les taux d'abstinence à long terme associés, un arrêt graduel (réduction de la consommation) et un arrêt complet du tabagisme en utilisant des TNS (gommes ou pastilles) bien qu'une tendance soit en faveur d'un arrêt complet. Les taux d'abstinence à 12 mois validés par mesure du CO ou de la cotinine étaient de 16,5 % pour l'arrêt graduel et de 24,0 % pour l'arrêt complet (p=0,14). L'OR d'abstinence à 6 mois validé par la mesure du CO (graduellement versus complet) était de 0,6 (IC95 %=[0,3-1,2]).

Il y avait des preuves modérées, à partir d'un essai contrôlé randomisé de grande taille, d'un bénéfice à 6 mois des TNS comparativement au placebo pour aider à la réduction de la consommation avant l'arrêt total. Cela était plus marqué pour la gomme à 4 mg versus la gomme à 2 mg avec respectivement un OR=6,0 à (IC95 %=[2,9-12,3]) et un OR=1,8 (IC95 %=[1,1-2,9]). Globalement, l'OR était de 2,86 (IC95 %=[1,93-4,24]).

Les preuves issues de deux études plus petites, un essai contrôlé quasi-randomisé et une étude avant/après non contrôlée, étaient contradictoires. Les taux d'abstinence moyens dans l'essai quasi-randomisé pour le traitement standard versus un *counselling* comportemental accompagné de TNS étaient respectivement à 6 mois de 21 % versus 27, % (différence non significative) et à

12 mois de 26 % versus 27 % (différence non significative). Dans l'étude avant/après non contrôlée, 39 % des patients présentaient une abstinence à 6 mois et 68 % présentaient une réduction de la consommation de cigarettes de 50 % et plus à la fin des 8 semaines de traitement (combinaison de gommes nicotiques et de thérapie comportementale). Il n'y avait pas de différence significative d'abstinence entre les participants qui voulaient réduire leur consommation pour arrêter et les fumeurs réfractaires à l'arrêt (48 % versus 32 %, $p=0,8$).

Les données montraient que les TNS aident à réduire la consommation de tabac (niveau de preuve 2). Une stratégie de réduction de la consommation avec des TNS semblait aussi efficace qu'un arrêt brutal avec des TNS sur l'abstinence à 1 an (niveau de preuve 2).

Innocuité des TNS à long terme sur le risque de cancer

L'étude de Murray *et al.* en 2009 (158) (Cf. Tableau 21, chapitre TNS) avait pour objectif d'évaluer les relations entre l'utilisation de TNS, le tabagisme et la morbi-mortalité par cancers. Cette étude concernait un suivi de 7,5 ans de 3 320 participants enrôlés dans la « *Lung Health Study* ». L'utilisation de TNS et l'exposition au tabagisme ont été enregistrées pendant 5 années ainsi que la morbidité (hospitalisations) et la mortalité par cancer. Des modèles de Cox ont été utilisés pour estimer les risques de cancers associés à l'utilisation de TNS et au tabagisme.

L'utilisation de TNS n'était pas associée à un risque de cancer du poumon ($p=0,57$), contrairement au tabagisme qui était significativement associé au risque de cancer du poumon ($p=0,03$). Dans un modèle intégrant simultanément l'utilisation de TNS et le tabagisme (comme par exemple dans le cadre d'une réduction de la consommation), l'utilisation de TNS n'était pas non plus associée au risque de cancer du poumon ($p=0,25$), alors que le tabagisme l'était toujours ($p=0,02$). L'utilisation de TNS et le tabagisme n'étaient pas significativement associés aux autres cancers. Les auteurs ont conclu que l'utilisation de TNS ne causait pas de cancer, mais une limite importante de cette étude résidait dans le temps de suivi (7,5 ans).

Efficacité des « produits contenant de la nicotine » pour aider à la réduction de la consommation avant l'arrêt total

Données extraites de la synthèse de la littérature des recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni sur les approches de réduction des risques du tabagisme de 2013 (239).

Pour les objectifs de cette revue, les « produits contenant de la nicotine » étaient définis comme les systèmes électroniques de délivrance de nicotine (cigarettes électroniques ou e-cigarettes) et les gels topiques à base de nicotine.

Aucune étude n'a été identifiée sur l'efficacité des cigarettes électroniques pour aider les personnes à diminuer leur consommation avant d'arrêter de fumer.

► Recommandations internationales

Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) du Royaume-Uni a publié en juin 2013 des approches de réduction des risques du tabagisme (239). Ces recommandations ont pour but d'aider les personnes qui sont très dépendantes à la nicotine, et qui : 1) ne sont pas capables (ou ne veulent pas) d'arrêter de fumer brutalement ; 2) veulent arrêter de fumer sans nécessairement abandonner la nicotine ; 3) ne sont pas prêtes à arrêter de fumer mais veulent réduire leur niveau de tabagisme. Le NICE recommande des approches de réduction des risques qui peuvent ou non inclure l'utilisation temporaire ou à long terme des traitements de substitution nicotiques (TNS). Les approches proposées sont considérées comme coût-efficaces. Quatorze recommandations figurent dans cette publication.

Recommandation1 : Sensibiliser aux TNS

Actions à mettre en œuvre par les organisations nationales, infranationales et locales en charge de santé publique et des problèmes liés à l'usage du tabac.

- sensibiliser aux risques liés à l'usage du tabac et au tabagisme passif. Fournir des informations sur la façon dont les gens qui fument peuvent réduire leur risque de maladie et de décès en utilisant un ou plusieurs TNS. Expliquer que les TNS peuvent être utilisés comme un substitut partiel ou total du tabac, soit temporairement ou à long terme ;
- fournir ces informations dans un éventail de formats pour différents groupes cibles ;
- assurer qu'elles incluent les informations suivantes :
 - le tabagisme cause un éventail de maladies incluant le cancer, la broncho-pneumopathie chronique obstructive et des maladies cardio-vasculaires,
 - la plupart des problèmes de santé sont causés par des composants de la fumée de tabac autres que la nicotine,
 - le tabagisme est grandement addictif parce qu'il délivre de la nicotine très rapidement au cerveau et cela rend son arrêt difficile,
 - les niveaux de nicotine dans les TNS sont beaucoup plus faibles que dans le tabac, et la façon dont ils délivrent de la nicotine les rend moins addictifs que le tabac fumé,
 - les TNS sont un moyen efficace de réduire les risques liés à l'usage du tabac pour la personne qui fume et les personnes de son entourage,
 - il est plus sain d'utiliser des TNS que de fumer,
 - l'innocuité des TNS a été démontrée dans des essais pendant une utilisation de 5 années,
 - il y a des raisons de croire que l'utilisation sur la vie entière de TNS est beaucoup moins dangereuse que le tabagisme,
 - il existe peu de preuves de l'efficacité, la qualité et l'innocuité des produits à base de nicotine qui ne sont pas régulés par le *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* (MHRA)²⁸. Cependant, ils sont supposés être moins dangereux que le tabac ;
- fournir des informations sur la façon de se procurer et d'utiliser des TNS incluant :
 - les différentes formes,
 - la façon de les utiliser efficacement quand on essaie d'arrêter ou de réduire son tabagisme,
 - leur utilisation à long terme pour réduire le risque de rechute,
 - les lieux où les obtenir,
 - leurs coûts comparés au tabagisme.

Recommandation 2 : Outils d'auto-supports

Actions à mettre en œuvre par les organisations nationales, infranationales et locales, en charge de santé publique et des problèmes liés à l'usage du tabac ; par les organismes de formation des professionnels de santé sur les risques associés à l'usage du tabac tel que le *National Center for Smoking Cessation and Support Training* (NCSCT) ; par les professionnels des lignes téléphoniques de soutien et des sites Internet qui aident les personnes à arrêter de fumer ; par les fabricants de TNS et les détaillants :

- fournir des outils d'auto-support dans un éventail de formats et langages sur mesure pour répondre aux besoins de groupes dont la prévalence du tabagisme et la dépendance au tabac sont élevées ;
- les outils d'auto-support doivent inclure :
 - des détails sur les approches de réduction des risques,
 - la mention du fait que l'arrêt du tabagisme améliorera la santé de manière plus importante que de continuer à fumer, même à un niveau moins élevé,
 - des conseils sur la façon de mettre en place un plan d'actions,
 - des conseils sur les stratégies pour réduire et arrêter graduellement ou réduire le niveau de tabagisme,
 - les bénéfices à utiliser les TNS pour réduire les risques liés au tabagisme,
 - les types de TNS disponibles,

²⁸ Par exemple la cigarette électronique

- la façon d'utiliser les TNS pour gérer de façon efficace le désir urgent de fumer (*craving*), les mouvements d'humeur et les autres effets de la dépendance et pour prévenir la rechute,
- les lieux où peuvent être achetés les TNS et qui sont en droit de les fournir ou de les prescrire,
- les lieux où obtenir de l'aide et un soutien supplémentaires ;
- utiliser les sites Internet des médias sociaux comme moyens de promouvoir les outils d'auto-support.

Recommandation 3 : Choisir une approche de réduction des risques

Actions à mettre en œuvre par les professionnels de santé, les conseillers d'aide à l'arrêt du tabagisme, les travailleurs sociaux et les intervenants de santé publique, les organisations communautaires et bénévoles, les professionnels des lignes téléphoniques de soutien et des sites Internet qui aident les personnes à arrêter de fumer :

- identifier les personnes qui fument et leur conseiller d'arrêter de fumer d'un seul coup comme la meilleure approche ;
- si une personne ne veut pas, n'est pas prête ou ne se sent pas capable, lui demander de considérer une approche de réduction des risques. Si elle est d'accord, l'aider à identifier les raisons qui la poussent à fumer. Utiliser ces informations dans le cadre des approches de réduction des risques ;
- utiliser le jugement professionnel pour suggérer quelle approche pourrait être la plus adaptée au comportement tabagique de la personne, à ses expériences de tentatives d'arrêt précédentes et à ses conditions de santé et sociales. Discuter brièvement les avantages de chacune des approches pour l'aider à choisir ;
- s'assurer que les personnes savent que les TNS aident à la diminution du tabagisme avant l'arrêt du tabagisme, ou à la diminution de la quantité fumée. Expliquer que l'utilisation des TNS aide aussi à éviter le phénomène de compensation et augmente les chances d'arrêt dans le long terme ;
- recommander un ou plusieurs TNS. Si possible, fournir ou prescrire ces produits. Autrement, encourager les patients à demander ces produits à leur médecin généraliste ou leur pharmacien, ou leur indiquer les lieux où ils peuvent les acheter ;
- conseiller aux personnes de continuer à utiliser des TNS plutôt que de risquer une rechute après avoir arrêté de fumer ou réduit leur tabagisme ;
- si un soutien plus intensif est nécessaire, proposer une orientation vers un service d'arrêt du tabagisme. Ces services fournissent des pharmacothérapies et un soutien et des conseils plus adaptés sur la réduction des risques et l'arrêt du tabagisme à long terme.

Recommandation 4 : Soutien comportemental

Actions à mettre en œuvre par les professionnels de santé, les conseillers d'aide à l'arrêt du tabagisme, les travailleurs sociaux et les professionnels de santé publique formés pour fournir un soutien comportemental pour aider les personnes à arrêter de fumer, les professionnels des lignes téléphoniques de soutien et des sites Internet qui aident les personnes à arrêter de fumer :

- déterminer le comportement tabagique de la personne et son niveau de dépendance en lui demandant combien elle fume de cigarettes et combien de temps après le réveil elle fume sa première cigarette ;
- utiliser les informations recueillies pour aider les personnes à fixer des objectifs et discuter des stratégies de réduction. Cela peut consister à augmenter l'intervalle de temps entre des cigarettes, retarder le moment de la première cigarette de la journée, ou choisir des périodes dans la journée pour fumer, ou des occasions spécifiques pendant lesquelles ne pas fumer ;
- aider les personnes qui diminuent leur consommation avant d'arrêter de fumer à fixer une date d'arrêt. La date d'arrêt doit normalement se situer dans les 6 semaines après le début du soutien comportemental, bien que le plus tôt soit le mieux. Les aider à développer un programme détaillant le rythme de la diminution ;
- aider les personnes qui ont pour objectif de réduire leur consommation à fixer une date d'atteinte de leur objectif. Les aider à développer un programme pour cela et à identifier des périodes spécifiques pendant lesquelles elles ne vont pas fumer ;

- informer les personnes qui ne sont pas préparées à arrêter de fumer que les bénéfices de la réduction du tabagisme en termes de santé ne sont pas clairement établis. Cependant, les informer que si elles réduisent leur consommation maintenant, elles augmentent leurs chances d'arrêter de fumer dans l'avenir. Expliquer que c'est d'autant plus vrai si elles utilisent des TNS pour réduire leur niveau de tabagisme ;
- quand cela est nécessaire, indiquer aux personnes comment utiliser efficacement les TNS ;
- proposer des rendez-vous de suivi pour évaluer les progrès et soutenir les personnes qui ont adopté une approche de réduction des risques.

Recommandation 5 : Publicité sur les TNS

Actions à mettre en œuvre par les conseillers d'aide à l'arrêt du tabagisme, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les professionnels de santé publique, les organisations communautaires et bénévoles, les professionnels des lignes téléphoniques de soutien et des sites Internet qui aident les personnes à arrêter de fumer :

- assurer les personnes qui fument que les TNS sont sûrs et efficaces pour réduire le niveau de tabac qu'elles fument. Leur conseiller qu'ils peuvent être utilisés comme un substitut partiel ou total du tabac, soit à court terme, soit à long terme. Les assurer qu'il est préférable d'utiliser ces produits et de réduire le niveau qu'ils fument plutôt que de continuer à fumer à leur niveau actuel ;
- expliquer comment utiliser correctement les TNS. Cela inclut de s'assurer que les personnes sachent comment atteindre une dose suffisante pour contrôler le *craving*, prévenir la compensation et atteindre leurs buts d'arrêt ou de diminution ;
- expliquer que les personnes peuvent utiliser un seul produit ou une combinaison de produits. Les conseiller sur le fait qu'utiliser plusieurs produits plutôt qu'un seul est vraisemblablement plus efficace, particulièrement pour les fumeurs les plus dépendants ;
- conseiller aux personnes de remplacer chaque cigarette avec un produit autorisé à base de nicotine. Idéalement les personnes doivent faire cela avant le moment habituel d'utilisation de la cigarette, pour permettre une libération de la nicotine plus lente de ces produits ;
- informer les personnes que les TNS peuvent être utilisés aussi longtemps qu'ils aident à réduire le désir de fumer, et à long terme si nécessaire à prévenir la rechute ;
- informer les personnes que certains produits à base de nicotine (ex : la cigarette électronique) ne sont pas régulés par le MHRA et donc, que leur efficacité, leur innocuité et leur qualité ne peuvent être assurées. Les informer aussi que ces produits sont vraisemblablement moins nocifs que les cigarettes.

Recommandation 6 : Fournir des TNS

Actions à mettre en œuvre par les conseillers d'aide à l'arrêt du tabac, les médecins généralistes et autres professionnels de santé qui peuvent prescrire, le personnel des services de santé des prisons :

- proposer tous les types de TNS aux personnes qui fument, comme éléments d'une stratégie de réduction des risques (soit seul, soit en combinaison). Prendre en compte leur préférence et leur niveau de dépendance ;
- proposer des TNS, tant que nécessaire, pour prévenir une rechute parmi les personnes qui ont arrêté de fumer abruptement ou en réduisant leur consommation avant d'arrêter.

Recommandation 7 : Rendez-vous de suivi

Actions à mettre en œuvre par les conseillers d'aide à l'arrêt du tabac, les professionnels de santé et les travailleurs sociaux formés à l'aide à l'arrêt du tabagisme::

- suivre les personnes pour vérifier si elles ont atteint leurs objectifs. Si celles qui avaient prévu de réduire le niveau fumé (ou de s'abstenir temporairement) ont réussi, évaluer leur motivation pour maintenir ce niveau, pour réduire plus le niveau fumé ou arrêter de fumer ;
- recourir à un jugement professionnel sur le nombre, les moments et la fréquence des rendez-vous proposés ;

- à intervalles adaptés, mesurer le niveau de monoxyde de carbone expiré pour évaluer les progrès des personnes et les motiver. Demander quelles activités journalières, par exemple monter les escaliers ou marcher en montée, sont devenues plus faciles depuis la réduction du tabagisme. Utiliser ce retour pour relancer la discussion sur les bénéfices de la réduction du tabagisme et, si cela est approprié, les encourager à une réduction supplémentaire ou à arrêter complètement ;
- encourager les personnes qui n'ont pas atteint leur but à essayer de nouveau. Discuter de l'éventualité de continuer en utilisant le même TNS ou essayer un produit différent (ou une combinaison différente de produits).

Recommandation 8 : Soutenir l'abstinence temporaire

Actions à mettre en œuvre par les professionnels de santé, les conseillers d'aide à l'arrêt du tabac, les travailleurs sociaux, les organisations communautaires et bénévoles, les professionnels des lignes téléphoniques de soutien et des sites Internet qui aident les personnes à arrêter de fumer :

- proposer aux personnes qui veulent (ou ont besoin de) s'abstenir temporairement à court, moyen ou plus long terme, des conseils pour s'abstenir. Donner des informations sur les différents types de TNS et sur la façon de les utiliser. Quand cela est possible, les prescrire ;
- proposer un soutien comportemental aux personnes qui veulent (ou ont besoin) de s'abstenir temporairement. Le soutien peut être fourni en face à face ou en groupes par des services spécialisés. Il peut inclure une discussion sur l'importance de la réduction des risques liés au tabac. Il peut aussi inclure un encouragement aux personnes à considérer d'autres moments ou situations pendant lesquels elles peuvent s'abstenir ;
- proposer des rendez-vous de suivi.

Recommandation 9 : Personnes en institutions fermées

Actions à mettre en œuvre par les chefs de service dans lesquels il est interdit de fumer (hôpitaux, prisons, etc.) :

- incorporer la prise en charge du tabagisme dans le plan de prise en charge des personnes dans les institutions fermées ;
- s'assurer que les personnes donnant des conseils de réduction des risques dans des situations où il n'est pas permis de fumer sont formées à l'équivalent du niveau 2 par le *National Centre for Smoking and Training*. Cela comprend les personnes travaillant dans des services de santé mentale et dans les services de santé des prisons ;
- s'assurer que le personnel comprend la part importante que peut prendre le tabagisme dans la vie de certaines personnes. S'assurer aussi que le personnel comprend les problèmes dus à une abstinence imposée, comparativement à une abstinence volontaire ;
- s'assurer que le personnel comprend comment l'environnement cloisonné peut restreindre les mécanismes d'adaptation pour arrêter de fumer ou réduire la consommation de tabac. Fournir le soutien nécessaire à ces circonstances. Cela inclut de prescrire ou fournir des TNS ;
- s'assurer que le personnel comprend que, si une personne réduit son niveau de tabagisme (ou arrête complètement), cela peut modifier sa posologie de traitements psychotropes ou d'autres médicaments. S'assurer que des ajustements des posologies sont applicables.

Recommandation 10 : Personnel travaillant en institutions fermées

Actions à mettre en œuvre par les chefs des services dans lesquels il est interdit de fumer (hôpitaux, prisons, etc.) :

- s'assurer que des systèmes sont en place pour que le personnel fumeur reçoive des conseils et recommandations sur la façon d'arrêter de fumer totalement. Si, après discussion, la personne ne veut pas (ou ne se sent pas capable) d'arrêter totalement, lui proposer une approche de réduction des risques ;
- encourager le personnel à utiliser des services d'aide à l'arrêt du tabagisme pour arrêter ou réduire leur niveau de consommation ;
- encourager le personnel qui ne veut pas arrêter de fumer à utiliser des TNS pour les aider à s'abstenir avant et pendant leur travail.

Recommandation 11 : Mise en place de services d'aide à l'arrêt du tabagisme

Actions à mettre en œuvre par les services d'aide à l'arrêt du tabagisme :

- s'assurer que l'investissement dans les approches de réduction des risques ne nuisent pas, mais soutiennent et étendent la portée et l'impact des services existants d'aide à l'arrêt du tabagisme ;
- développer une orientation d'arrêt du tabagisme et des parcours de soins pour assurer qu'un éventail d'approches et d'interventions soit disponible pour soutenir les personnes qui optent pour une approche de réduction des risques ;
- s'assurer que les professionnels des services d'aide à l'arrêt du tabagisme ou de changement comportemental proposent aux personnes qui fument des approches de réduction des risques. S'assurer que les services soient disponibles et intégrés aux soins primaires et secondaires et proposés par les autorités locales ;
- développer des mesures d'impact pour évaluer la performance des professionnels des services impliqués dans le soutien aux personnes qui bénéficient d'approches de réduction des risques ;
- s'assurer que les professionnels des services d'aide à l'arrêt du tabagisme proposent des TNS sur le long terme pour aider à prévenir la rechute chez les personnes qui ont arrêté de fumer. L'utilisation à long terme devrait être possible pour aider les personnes à maintenir un niveau plus faible de consommation ;
- s'assurer que les services d'aide à l'arrêt du tabagisme prévoient une obligation de formation pour le personnel (niveau 2 par le *National Centre for Smoking and Training*).

Recommandation 12 : Enseignement et formation des professionnels de santé

Actions à mettre en œuvre par les structures d'enseignement de la santé, organismes de formation sur les dangers du tabagisme, prestataires, employés et chefs des services d'aide à l'arrêt du tabagisme :

- inclure les principes et les pratiques de réduction des risques liés à l'usage du tabac dans la prise en charge ;
- s'assurer des agréments des services qui attestent que le personnel est formé au niveau 2 du *National Center for Smoking Cessation and Training*. Le personnel devrait aussi entreprendre un développement professionnel continu régulièrement.

Recommandation 13 : Points de vente des TNS

Actions à mettre en œuvre par les fabricants et les détaillants de TNS :

- encourager les personnes qui fument à considérer les approches de réduction des risques ;
- exposer les TNS dans les magasins et les supermarchés, et sur les sites Internet vendant des cigarettes et des produits à base de tabac.

Recommandation 14 : Information du fabricant sur les TNS

Actions à mettre en œuvre par les fabricants de TNS :

- fournir aux consommateurs des informations claires, non ambiguës, précises concernant les risques pour la santé associés aux TNS comparativement au fait de continuer à fumer ou à ne pas fumer. Ces informations devraient inclure des précisions sur l'utilisation à long terme ;
- fournir des instructions simples et claires sur la façon d'utiliser les TNS pour soutenir les approches de réduction des risques ;
- envisager la fourniture d'informations sur l'emballage extérieur ainsi que sur les notices intérieures ;
- emballer les produits de façon à ce que les personnes prennent le plus facilement possible les doses recommandées pendant les durées d'usage recommandées.

Cigarettes légères

D'après le rapport *Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine* (142), les risques sur la santé ne semblent pas diminuer avec les cigarettes dites

« légères ». Les conclusions de l'analyse des preuves épidémiologiques de ce rapport sont résumées en six points :

1. « Les changements dans la fabrication de la cigarette sur les 50 dernières années ont abaissé substantiellement les cigarettes dites « fortes » aux États-Unis.
2. Les cigarettes dites « légères » selon les mesures de la *Federal Trade Commission* (FTC) sont fabriquées pour autoriser les comportements de compensation du tabac qui permettent à un fumeur d'absorber une dose (variable et étendue) de goudron et de nicotine à partir de la même marque de cigarette, compensant la plupart du bénéfice théorique d'une cigarette plus légère.
3. Les données existantes sur le risque de maladie n'autorisent pas à recommander aux fumeurs de changer de marque de cigarettes. La recommandation « *les individus qui ne peuvent arrêter de fumer devraient changer pour des cigarettes légères* » peut causer des dommages si elle conduit les fumeurs à repousser leurs efforts pour arrêter de fumer.
4. L'adoption générale des cigarettes dites « légères » par les fumeurs aux États-Unis n'a pas empêché l'augmentation soutenue du cancer du poumon parmi les fumeurs les plus âgés.
5. Les études épidémiologiques n'ont pas rapporté de réduction de risques de maladies parmi les fumeurs de cigarettes dites « légères ». Quelques études ont montré des réductions du risque de cancer du poumon parmi les fumeurs de cigarettes dites « légères ». Cette réduction du risque de cancer du poumon peut refléter des caractéristiques différentes des fumeurs de cigarettes légères et des fumeurs de cigarettes fortes.
6. Il n'y a pas de preuve convaincante que les changements dans la conception des cigarettes entre 1950 et les années 1980 étaient associés à une diminution importante des maladies causées par l'utilisation de la cigarette chez les fumeurs ou dans l'ensemble de la population.

Conclusion :

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. Ce phénomène peut être évité en recourant à des TNS.

Une stratégie de réduction de la consommation est efficace pour atteindre l'abstinence si elle est accompagnée d'un soutien thérapeutique.

Enfin, l'utilisation à long terme des TNS n'est pas associée à un risque de cancer, contrairement au tabagisme.

► Avis du groupe de travail

La réduction de la consommation permet au fumeur, qui souhaite ou non arrêter de fumer, un contrôle sur son comportement addictif, qui peut dans certains cas être moteur de changement.

Accord avec les données de la littérature et notamment les recommandations récentes du NICE.

Accord sur le fait que la réduction du tabagisme peut être considérée comme une étape intermédiaire ou une transition vers l'abstinence de nicotine, notamment chez les patients qui ne souhaitent pas arrêter de fumer tout de suite ou qui sont ambivalents (phase de pré-intention).

► Recommandations

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 TNS²⁹.

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 terme³⁰.</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>
AE	<p>Il est important de s'assurer que les patients savent adapter le dosage des TNS afin de contrôler le <i>craving</i>, diminuer les phénomènes de compensation, pour atteindre leur objectif de diminution et d'arrêt du tabac.</p>

²⁹ 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.

³⁰ 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.

Tableau 58. Effets des interventions pour réduire la consommation de tabac - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Stead et Lancaster, 2010 (141) Niveau de preuve=2	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	Évaluer l'efficacité des interventions conçues pour réduire les dégâts du tabagisme sur les indicateurs suivants : biomarqueurs des effets délétères du tabac, biomarqueurs de l'exposition au tabac, nombre de cigarettes fumées, abandon du tabac, et statut de santé à long terme.	Base des données : Cochrane Collaboration Tobacco Addiction Group Specialized Register, MEDLINE EMBASE PsycINFO. Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) Recherche la plus récente : juin 2010 Fumeurs qui ne souhaitent pas arrêter de fumer	Changements dans la consommation de cigarettes, les marqueurs de l'exposition à la cigarette, tous marqueurs de dégâts ou bénéfices sur la santé mesurés à au moins 6 mois après le début de l'intervention.	16 essais retenus. TNS versus placebo Critère de jugement : diminution de 50 % de la consommation de tabac RR=1,72 IC95 % [1,41-2,10], n=3429, 9 essais Critère de jugement : arrêt à long terme RR=1,73 IC95 % [1,36-2,19], n=3429, 9 essais Bupropion versus placebo Un essai sur le bupropion n'a pas mis en évidence d'effets du bupropion sur les critères de jugement suivant : Arrêt du tabagisme RR=1,27 IC95 %=[0,67-2,40], n=594 Réduction de 50 % de la consommation de cigarettes par jour ou arrêt RR=1,01 IC95 %=[0,62-1,67], n=594 Réduction de la cotinine à un an parmi les participants qui n'ont jamais tenté d'arrêt RR=0,43 IC95 %=[0,12-1,58], n=327

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Conseils, entretiens motivationnels, counselling téléphonique, courriers Les quatre essais concernant différents types de conseils n'ont pas fourni de preuve de l'effet de ces interventions pour réduire le nombre de cigarettes fumées par jour.</p> <p>Cigarettes légères (moins de goudrons), filtres carbones, cigarettes électroniques Les résultats quantitatifs de ces trois essais ne sont pas détaillés dans cette revue, les auteurs précisant des difficultés d'interprétation.</p> <p>Aucun essai ne présentait d'effets à long terme sur la santé</p>
<p>Moore et al., 2009 (241) Royaume-Uni</p> <p>Niveau de preuve=2</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Méta-analyse</p>	Déterminer l'efficacité et l'innocuité des TNS pour arrêter de fumer.	<p>Bases de données : Cochrane library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Science citation Index, register of ongoing trials, reference lists, entreprise pharmaceutique, experts cliniciens.</p> <p>Recherche : de 1992 à novembre 2007.</p> <p>Groupe de</p>	<p>Abstinence maintenue au moins 6 mois ayant débuté à tout moment avant la fin du traitement. Abstinence ou diminution du tabagisme à la fin du suivi ; Effets indésirables.</p>	<p>7 essais</p> <p>Méta-analyses</p> <p>Critères de jugement</p> <p>Au moins 6 mois d'abstinence débutant pendant le traitement</p> <p>5 essais, n=2767, OR=2,06 IC95 %=[1,34-3,15])</p> <p>Abstinence de la 6^{ème} semaine à la fin du suivi : 7 essais, n=2767, OR=3,44 IC95 %=[1,48-7,96])</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			comparaisons : Placebo, absence de traitement, Autre thérapie pharmacologique non nicotinique, Support motivationnel, Fumeurs qui n'étaient pas capables ou qui ne souhaitaient pas s'arrêter brusquement.		<p>Prévalence de l'abstinence à la fin du suivi 7 essais, n=2767, OR=1,72 IC95 %=[1,31-2,26])</p> <p>Réduction de 6 semaines à la fin du suivi 6 essais, n=2233, OR=3,84 IC95 %=[2,32-6,35])</p> <p>Prévalence de la réduction à la fin du suivi. 7 essais, n=2767, OR=1,32 IC95 %=[1,14-1,54])</p> <p>Innocuité des TNS : Il n'y avait pas de différence significative concernant les effets indésirables, excepté concernant la nausée</p> <p>Décès : 7 essais, n=2767, OR=1,00 IC95 %=[0,25-4,02])</p> <p>Effets indésirables sérieux : 6 essai, n=2233 OR=1,09 IC95 %=[0,79-1,50])</p> <p>Arrêt du traitement à cause d'effets indésirables : 6 essai, n=2233, OR=1,27 IC95 %=[0,64-2,51])</p> <p>Nausées : 6 essai, n=2233, OR=1,69 IC95 %=[1,21-2,36])</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					Limite de cette revue de la littérature : la plupart des preuves provenaient d'essais intégrant un soutien comportemental régulier et un suivi : ainsi, l'efficacité propre des TNS (sans contact régulier) n'était pas clairement démontrée.
Lindson-Hawley et al. ,2012 (242) niveau de preuve = 2	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse (modèles à effets fixes)	Comparer l'efficacité des interventions de réduction du tabagisme pour l'arrêt du tabac et les interventions d'arrêt complet du tabac Comparer les effets indésirables entre les pharmacothérapies d'aide à la réduction du tabagisme	Base de données : Cochrane Tobacco Addiction Review Group Specialised Register, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO. Les essais évaluaient les interventions dans lesquelles il était demandé aux participants pour certains d'entre eux de réduire leur tabagisme puis d'arrêter complètement de fumer et pour d'autres participants d'arrêter complètement de fumer. Recherche la plus récente : juillet 2012	Abstinence à 6 mois après le début de l'intervention	10 essais retenus (n=3760) Trois des études intégraient une pharmacothérapie dans les interventions, cinq études intégraient un soutien comportemental, quatre études incluaient une thérapie par auto-soutien, une étude incluait un soutien comportemental et une thérapie par auto-soutien. Résultats des méta-analyses : les taux d'abstinence des deux types d'interventions (arrêt progressif versus arrêt complet) n'étaient pas significativement différents (10 essais, n=3760, RR=0,94, IC95 %=[0,79-1,13]), qu'une pharmacothérapie ait été utilisée (3 essais, n=1333, RR=0,89, IC95 %=[0,65-1,22]) ou non (7 essais, n=2427, RR=0,97, IC95 %=[0,78-1,21]), qu'un soutien comportemental ait été utilisé (6 essais, n=944, RR=0,87, IC95 %=[0,64-1,17]) ou une thérapie par auto-soutien (5 essais, n=2816, RR=0,98, IC95 %=[0,78-1,23]).

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			Fumeurs adultes souhaitant arrêter de fumer		Limites : les auteurs n'ont pu apporter des éléments sur les effets indésirables des différentes interventions. Des différences sont constatées entre les résultats du résumé (main results) et les résultats détaillés dans la publication.

7 Comment accompagner un arrêt temporaire de la consommation (réduction des risques et contrainte d'abstinence) ?

L'abstinence temporaire peut être proposée à l'occasion d'une intervention chirurgicale programmée, en cas d'hospitalisation (Cf. Chapitres Quelles spécificités en cas de situations particulières / péri-opératoires et patients hospitalisés), au cours d'une grossesse (Cf. Chapitre Quelles spécificités en cas de situations particulières / femmes enceintes), etc. dans l'objectif de réduire les risques péri-opératoires ou en lien avec la grossesse, ou encore à la demande du patient en cas d'abstinence contrainte dans les lieux où il est interdit de fumer (transport, bureau, etc.).

► Données de la littérature

Extrait des recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) sur les approches de réduction des risques du tabagisme (239) citées dans le paragraphe précédent.

Recommandation 8 : Soutenir l'abstinence temporaire

Actions à mettre en œuvre par les professionnels de santé, les conseillers d'aide à l'arrêt du tabac, les travailleurs sociaux, les organisations communautaires et bénévoles, les professionnels des lignes téléphoniques de soutien et des sites Internet qui aident les personnes à arrêter de fumer :

- proposer aux personnes qui veulent (ou ont besoin de) s'abstenir temporairement à court, moyen ou plus long terme, des conseils pour s'abstenir. Donner des informations sur les différents types de TNS et sur la façon de les utiliser. Quand cela est possible, les prescrire ;
- proposer un soutien comportemental aux personnes qui veulent (ou ont besoin) de s'abstenir temporairement. Le soutien peut être fourni en face à face ou en groupes par des services spécialisés. Il peut inclure une discussion sur l'importance de la réduction des risques liés au tabac. Il peut aussi inclure un encouragement aux personnes à considérer d'autres moments ou situations pendant lesquels elles peuvent s'abstenir ;
- proposer des rendez-vous de suivi.

Recommandation 9 : Personnes en institutions fermées

Actions à mettre en œuvre par les chefs de service dans lesquels il est interdit de fumer (hôpitaux, prisons, etc.) :

- incorporer la prise en charge du tabagisme dans le plan de prise en charge des personnes dans les institutions fermées ;
- s'assurer que les personnes donnant des conseils de réduction des risques dans des situations où il n'est pas permis de fumer sont formées à l'équivalent du niveau 2 par le *National Centre for Smoking and Training*. Cela comprend les personnes travaillant dans des services de santé mentale et dans les services de santé des prisons ;
- s'assurer que le personnel comprend la part importante que peut prendre le tabagisme dans la vie de certaines personnes. S'assurer aussi que le personnel comprend les problèmes dus à une abstinence imposée, comparativement à une abstinence volontaire ;
- s'assurer que le personnel comprend comment l'environnement cloisonné peut restreindre les mécanismes d'adaptation pour arrêter de fumer ou réduire la consommation de tabac. Fournir le soutien nécessaire à ces circonstances. Cela inclut de prescrire ou fournir des TNS ;
- s'assurer que le personnel comprend que, si une personne réduit son niveau de tabagisme (ou arrête complètement), cela peut modifier sa posologie de traitement psychotropes ou d'autres médicaments. S'assurer que des ajustements des posologies sont applicables.

► **Avis du groupe de travail**

L'abstinence temporaire volontaire ou contrainte permet d'expérimenter et d'identifier sa capacité 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.

► **Recommandations**

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

À 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 péri-opératoires.

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

Il est recommandé de proposer un accompagnement personnalisé aux personnes qui veulent (ou ont besoin de) s'abstenir de fumer temporairement :

- 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.

Il est recommandé de proposer des rendez-vous de suivi.

8 Quelles spécificités en cas de situations particulières ?

Ce chapitre concerne uniquement les études portant sur l'efficacité des interventions spécifiques aux situations particulières évoquées. Pour les données de prévalence et les associations entre ces situations particulières et le tabagisme, se reporter au chapitre 1.3 « Conséquences du tabagisme ».

8.1 Femmes enceintes / désir d'enfant

► Données de la littérature

Voir tableau 59

Toutes interventions

La revue systématique Cochrane de Lumley *et al.* en 2009 (243) a évalué l'efficacité des interventions pour promouvoir l'arrêt du tabagisme chez la femme enceinte. Soixante-douze essais étaient inclus dans cette revue de la littérature. Les études étaient menées dans les pays suivants : États-Unis (39), Royaume-Uni (14), Pays-Bas (7), Australie (6), Nouvelle-Zélande (2) et Canada (2). Les différentes interventions considérées dans cette revue de la littérature étaient les suivantes : conseils et *counselling* utilisant des outils variés (documents écrits et électroniques), soutien téléphonique, conseils et *counselling* basés sur la théorie du changement des états, informations sur les indicateurs de santé périnataux, utilisation de médicaments tels que les TNS et le bupropion, soutien social et encouragements avec des récompenses en cas de réussite, autres interventions telles que l'hypnose. Il y avait une diminution significative du tabagisme chez les femmes en fin de grossesse dans les groupes d'intervention (65 essais, $n=21258$, $RR=0,94$ $IC95\%=[0,93-0,96]$) mais il y avait un niveau d'hétérogénéité élevé entre les études ($I^2=65\%$). Huit essais sur la prévention de la rechute n'ont pas montré de diminution significative de la rechute dans les groupes d'intervention ($n=1064$, $RR=0,91$ $IC95\%=[0,75-1,10]$). Les interventions d'arrêt du tabagisme ont réduit les naissances avant terme (14 essais, $n=11930$, $RR=0,86$ $IC95\%=[0,74-0,98]$). Il y avait une augmentation du poids moyen de naissance dans les groupes d'interventions de 39,26 grammes (21 essais, $n=15119$, $IC95\%=[15,77-62,74]$). Les interventions d'arrêt du tabagisme ont réduit les petits poids de naissance (<2500 g) (16 essais, $n=9916$, $RR=0,83$ $IC95\%=[0,73-0,95]$). Cette méta-analyse a montré que 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. Une méta-analyse sur 21 études montre l'efficacité de la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse avec des interventions d'intensité très différente, comme le simple conseil, la délivrance de brochures, les prises en charge plus actives en face à face avec le clinicien, les visites à la maison, les récompenses en cas de réussite ou le traitement substitutif nicotinique. Vingt-et-une études randomisées étudiaient les critères périnataux et montraient qu'avec la prise en charge, le poids de naissance augmentait de 39,26 g ($IC95\%=[15,77-62,74]$) et la fréquence des poids de naissance inférieurs à 2 500 g était moins élevée (risque relatif $[RR] = 0,83$; $IC95\%=[0,73-0,95]$). Cet effet de la prise en charge sur le poids de naissance confirmait l'effet causal du tabac et montrait l'intérêt d'une prise en charge pour le fœtus. **Cette étude montrait que les interventions d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse réduisaient la proportion de femmes qui continuaient à fumer en fin de grossesse et réduisaient les petits poids de naissance et les naissances avant terme.**

La revue de littérature de Baxter *et al.* en 2010 (244) avait pour objectif d'identifier les facteurs favorisant ou décourageant l'utilisation des services d'aide à l'arrêt du tabac par les femmes. Parmi les 23 articles retenus dans cette revue de la littérature, on retrouvait 10 études qualitatives, 10 études transversales et 3 synthèses narratives. Onze articles concernaient le personnel soignant féminin, 11 autres concernaient les femmes enceintes, et un article concernait le personnel et les

femmes enceintes. Les études avaient lieu en Europe (Royaume-Uni (n=4), Suède (n=2), France (n=1)), aux États-Unis (n=7), en Australie (n=5), en Nouvelle-Zélande (n=2), en Afrique du Sud, (n=1) et une étude était internationale.

Une méta-synthèse qualitative (analyse et synthèse des articles) suggérait 10 points qui pouvaient impacter l'utilisation de services d'aide à l'arrêt :

- aborder ou non le sujet du tabagisme avec les patientes ;
- fournir ou non de l'information aux patientes ;
- la manière de communiquer des professionnels de santé ;
- l'existence ou l'absence de protocoles bien définis dans les services de prise en charge ;
- le suivi ou non des patientes concernant leur tabagisme ;
- le niveau de confiance du personnel dans ses compétences à aborder le tabagisme avec les patientes et à les soutenir ;
- l'impact des contraintes de temps et de ressources (humaines et matérielles) ;
- les croyances du personnel quant à l'efficacité ou l'inefficacité des interventions ;
- les différences de pratique des différents professionnels (médecins versus sages-femmes) ;
- les obstacles pour avoir accès aux interventions (interventions trop longues, manque de temps, manque de transport).

Cette publication suggérait des variations de pratiques entre les services et les groupes professionnels (diminution du tabagisme ou arrêt du tabagisme, enregistrement ou non du statut tabagique, conseils d'arrêt répétés ou non), ces différences pouvant générer des messages contradictoires à l'attention des femmes enceintes. Les auteurs soulignaient la nécessité de formations pour les professionnels, une plus grande utilisation de protocoles de prise en charge, une clarification du rôle des professionnels.

La revue systématique de l'AHRQ en 2013 (245) avait pour but d'évaluer les interventions d'arrêt du tabagisme chez les femmes enceintes ou en *post-partum*. Cinquante-huit études ont été identifiées (55 essais contrôlés randomisés et 3 études de cohorte prospectives). Les données étaient peu nombreuses pour évaluer les interventions chez les femmes enceintes ou en *post-partum*. Cette revue suggérait que les approches qui combinaient plusieurs composantes avaient plus de chances de succès. Les incitations financières ont démontré l'effet le plus important parmi les composantes étudiées. Dans une méta-analyse, l'utilisation des incitations financières était associée à l'arrêt du tabagisme (OR=3,10 ; IC95 %=[1,98-4,42]). Les données d'état de santé de l'enfant étaient limitées à la naissance. Aucune étude ne concernait les indicateurs de santé de l'enfant à long terme. Les données sur les risques étaient rarement rapportées. La moitié des études retenues était de faible qualité. De façon générale, les interventions étaient insuffisamment décrites et caractérisées.

Interventions non médicamenteuses

La revue de littérature de Naughton *et al.* en 2008 (194) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des techniques d'auto-support dans le cadre du sevrage tabagique chez des femmes enceintes. Les techniques d'auto-support sont basées sur l'utilisation d'outils structurés qui peuvent aider le fumeur à faire une tentative d'arrêt ou maintenir son abstinence sans l'aide de professionnels de santé, de conseillers ou du soutien d'un groupe. Ces outils comprennent tout manuel ou programme structuré, dans un format écrit ou vidéo, via des documents papier, le téléphone ou Internet. Les contacts entre les fumeuses et un professionnel pour présenter l'intervention et les outils utilisés étaient acceptés dans les études retenues. Les interventions étaient considérées comme intensives si elles étaient sur-mesure et interactives. Les taux d'arrêt médian des femmes ayant bénéficié d'un traitement standard (« *usual care* » non défini) et des femmes ayant bénéficié de techniques d'auto-support étaient respectivement de 4,9 % et 13,2 %. Une méta-analyse à partir de 12 essais comparant le traitement standard avec une technique d'auto-support rapportait une augmentation significative de la probabilité d'abstinence chez les femmes fumeuses ayant utilisé des techniques d'auto-support (OR=1,83 ; IC95 %=[1,23-2,73] : cela équivalait à une différence absolue entre les groupes d'environ 5 %). Une méta-analyse comparant le traitement

standard à l'utilisation de livrets d'auto-support rapportait une augmentation significative de la probabilité d'abstinence chez les femmes fumeuses ayant utilisé des livrets d'auto-support (OR=1,67 [1,14-2,44]). Une méta-analyse comparant les interventions d'auto-support associées à un conseil bref et des conseils plus longs n'a pas rapporté de différence significative entre les deux groupes (OR=1,47 ; IC95 %=[0,71-3,06]). Une méta-analyse à partir de sept essais n'a pas mis en évidence d'augmentation de l'abstinence par des techniques plus intensives d'auto-support comparativement à des techniques de faible intensité (OR=1,25 ; IC95 %=[0,81-1,64]). **Cette étude suggérait que les interventions d'auto-support étaient plus efficaces que les traitements standards pour l'arrêt du tabagisme de la femme enceinte.**

La méta-analyse de Filion *et al.* en 2011 (246) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité du *counselling* pour l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes. Huit essais ont été inclus dans cette méta-analyse (six essais ont été menés aux États-Unis, deux au Royaume-Uni). Les interventions considérées étaient les suivantes : intervention minimale (conseil bref d'arrêt avec un professionnel non formé à l'arrêt du tabac), *counselling* individuel (un ou plusieurs entretiens en face à face avec un professionnel formé à l'arrêt du tabac), *counselling* en groupe (au moins deux rencontres de groupe), *counselling* téléphonique (appels téléphoniques proactifs ou réactifs pour aider à arrêter de fumer). La proportion de femmes qui restaient abstinentes à la fin du suivi (à 6 mois) était faible, cette proportion variait de 4 à 24 % parmi celles qui avaient bénéficié du *counselling* versus 2 à 21 % parmi les femmes des groupes contrôles. La différence absolue d'abstinence entre les groupes traités et les groupes contrôles était au maximum de 4 %. Aucun des huit essais retenus ne rapportait d'effet significatif du *counselling* sur les taux d'abstinence des femmes enceintes. La méta-analyse réalisée à partir des huit essais n'a pas non plus mis en évidence d'effet significatif du *counselling* pour augmenter les taux d'abstinence (OR=1,08 IC95 %=[0,84-1,40]). Les résultats étaient similaires pour la méta-analyse qui concernait uniquement le *counselling* individuel (6 essais, OR=1,12 ; IC95 %=[0,81-1,56]) et pour la méta-analyse qui concernait uniquement le *counselling* téléphonique (2 essais OR=1,03 ; IC95 %=[0,68-1,55]). Une des limites de cette méta-analyse est la faible taille des études (de 100 à 762 femmes). **Cette étude ne montrait pas d'effet du *counselling* quelle que soit sa forme sur l'abstinence au tabac chez les femmes enceintes.**

La revue de littérature de Hemsing *et al.* en 2012 (247) avait pour but d'une part, d'identifier l'efficacité des interventions qui intègrent un soutien du partenaire sur l'arrêt du tabagisme des femmes enceintes pendant la grossesse et la période du *post-partum* et d'autre part, d'identifier les interventions efficaces pour encourager les partenaires fumeurs à arrêter de fumer. Cette étude narrative a inclus neuf études qui évaluaient les interventions sur l'arrêt du tabagisme du partenaire. Quatre de ces études évaluaient le soutien du partenaire pour l'arrêt du tabagisme de la femme enceinte. Les interventions intégraient des campagnes médiatiques, l'échographie, des vidéos, du matériel d'auto-support, des TNS à l'attention des femmes enceintes et/ou de leurs partenaires. Les médecins de premiers recours et les sages-femmes dispensaient les interventions dans des hôpitaux (sept études) ou par téléphone (deux études). **Cette revue de littérature n'apportait pas de preuve d'un effet des interventions sur l'arrêt du tabagisme du partenaire, ni de preuve d'un effet du soutien du partenaire sur l'arrêt du tabagisme de la femme enceinte.**

TNS

La revue de la littérature de Coleman *et al.* en 2011 (248) a évalué l'efficacité et l'innocuité des TNS chez les femmes enceintes. Cinq essais ont été inclus dans cette revue de la littérature (deux américaines, une australienne, une canadienne et une danoise).

Les critères de jugement concernaient d'une part, l'abstinence à la fin de la grossesse ou à l'accouchement et l'absence d'effets indésirables (poids de naissance, naissance prématurée, mortalité périnatale, décès fœtal, admission dans une unité intensive néonatale). Dans le cadre d'une méta-analyse comparant TNS et placebo ou rien (5 essais, n=695), l'utilisation d'un TNS était associée à une augmentation non significative de l'arrêt du tabagisme (OR=1,63 ; IC95 %=[0,83-3,14]).

Dans le cadre d'une méta-analyse comparant TNS et autres interventions (2 essais, n=211), l'utilisation d'un TNS était associée à une augmentation significative de l'arrêt du tabagisme (OR=7,81 ; IC95 %=[1,51-40,35], I²=0 %).

Concernant l'innocuité, l'utilisation d'un TNS était associée à une diminution non significative de la prévalence des événements de morbidité et de mortalité :

- poids avant terme élevé : 2 essais, n=610, TNS vs. contrôle (41/340 vs. 37/270), OR=0,78, IC95 %=[0,39-1,56] ;
- mortalité périnatale : 2 essais, n= 366, TNS vs. contrôle (4/278 vs. 4/148), OR=0,70, IC95 %=[0,14-3,60] ;
- décès fœtaux : 2 essais, n=371, TNS vs contrôle (7/221 vs. 6/150), OR=0,88 ; IC95 %=[0,30-2,56] ;
- admission dans une unité de soins intensifs néonatale : 2 essais, n=362, TNS vs. contrôle (20/215 vs. 15/147), OR=0,90, IC95 %=[0,35-2,43] ;
- fausses couches et avortements spontanés : 2 essais, n=371, TNS vs contrôle (3/221 vs. 2/150), OR=1,04, IC95 %=[0,20-5,43].

Cette étude suggérait une efficacité possible des TNS chez la femme enceinte et une réduction des événements de morbi-mortalité associée à l'utilisation des TNS, mais les preuves étaient insuffisantes pour conclure.

L'étude de Coleman *et al.* en 2012 (249) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'utilisation des timbres transdermiques durant la grossesse. Il s'agissait d'un essai contrôlé randomisé multicentrique. Les participantes étaient des femmes fumeuses âgées de 16 à 50 ans, enceintes de 12 à 24 semaines, recrutées dans sept hôpitaux en Angleterre. Les femmes recrutées fumaient au moins 10 cigarettes par jour avant leur grossesse et au moins 5 cigarettes par jour au moment de l'inclusion. Les participantes recevaient toutes un soutien comportemental par une sage-femme lors d'un entretien d'une heure et à l'occasion de trois entretiens téléphoniques. Le groupe d'intervention recevait un traitement par timbre transdermique de 15 mg pour 16 heures durant deux semaines. Le groupe contrôle recevait un timbre placebo durant la même période. Le critère de jugement principal était l'abstinence de la date d'arrêt du tabagisme jusqu'à l'accouchement. Il n'y avait pas de différence significative pour le critère de jugement principal entre le groupe d'intervention et le groupe placebo (respectivement 9,4 % vs. 7,69 %, OR=1,26, IC95 %=[0,82-1,96]). Le taux d'abstinence à un mois était significativement plus élevé dans le groupe d'intervention que dans le groupe placebo (21,3 % versus 11,7 %, OR=2,05, IC95 %=[1,46-2,88]. L'observance dans les deux groupes était faible : seulement 7,2 % des femmes du groupe d'intervention et 2,8 % du groupe placebo ont utilisé les timbres pendant plus d'un mois. Les taux d'événements indésirables durant la grossesse ou à la naissance n'étaient pas différents dans les deux groupes. Les auteurs ont conclu qu'ajouter un timbre transdermique (15 mg pour 16 heures) à un soutien comportemental pour les femmes qui fumaient durant leur grossesse n'augmentait pas significativement le taux d'abstinence et n'avait pas d'effet sur le risque de complication durant la grossesse ni à la naissance. **Le très faible taux d'observance des participantes limitait fortement les résultats de cette étude. Le manque de puissance statistique pouvait expliquer qu'on n'observe pas de résultat significatif.**

Les messages clés issus de la revue de littérature non systématique du CADTH de 2012 (250) étaient les suivants : les interventions d'arrêt du tabagisme, comparativement à l'absence d'intervention, augmentaient les taux d'arrêt des femmes enceintes et diminuaient les complications périnatales. La thérapie par TNS était aussi efficace que la thérapie comportementale et cognitive (TCC) et ne semblait pas augmenter les complications périnatales. **Le « Canadian smoking cessation guideline group » recommandait les interventions d'arrêt du tabac pour toutes les femmes enceintes, les femmes qui allaitent et les femmes en *post-partum*, et suggérait l'accompagnement psychologique comme thérapie de première intention, et l'utilisation de TNS quand l'accompagnement psychologique ne fonctionnait pas.**

Prévention de la rechute chez les femmes enceintes et en post-partum

Le rapport d'évaluation de technologies de santé de Coleman *et al.* en 2010 (251) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité et le rapport coût/efficacité des interventions de prévention de la rechute dans les services d'arrêt du tabagisme du *National Health Service* anglais. Dans ce rapport, une revue systématique de la littérature avait inclus 36 essais contrôlés randomisés concernant des anciens fumeurs abstinents. Quatorze études concernaient des femmes enceintes ou en *post-partum*. Treize études étaient menées dans des hôpitaux, cliniques et centres de santé, et une chez les pédiatres. Les interventions pouvaient être délivrées soit au domicile, soit par courrier, soit par téléphone, soit au cabinet des pédiatres ou dans des cliniques néonatales. **La majorité des études (13 sur 14) ne rapportait pas d'effet à long terme des interventions de prévention de la rechute chez les femmes enceintes ou en *post-partum*.**

Facteurs impliqués dans l'arrêt du tabagisme chez la femme enceinte (voir tableau 60)

L'étude prospective avant/après de Flenady *et al.* en 2008 (252) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité de l'implémentation d'une recommandation d'arrêt du tabagisme destinée aux cliniciens des soins anténataux dans une maternité, combinée avec un programme d'implémentation des pratiques basées sur les preuves. Les femmes accueillies dans le *Mater Mother's Hospital* de Brisbane (Australie) étaient enquêtées à la fin de leur grossesse, avant (mai à juin 2004) et après l'implémentation de la recommandation (janvier à février 2005). Après l'implémentation de la recommandation, davantage de femmes avaient rapporté avoir reçu des documents écrits sur l'arrêt du tabagisme (76 % versus 35 % avant, $RR=3,4$ IC95 % [2,7-4,2]) et avoir été orientées vers des lignes d'assistance téléphoniques (67 % versus 14 % avant, $RR=4,9$ IC95 % [3,0-8,0]) ; moins de femmes déclaraient un tabagisme en fin de grossesse (16,7 % versus 19,5 % avant, $RR=0,86$ IC95 % [0,67-1,11]) et moins de femmes rapportaient une consommation supérieure à 10 cigarettes par jour (25 % versus 38 % avant, $RR=0,65$ IC95 % [0,4-2,10]). Aucune de ces différences n'était significative. **Cette étude suggérait qu'une recommandation élaborée spécifiquement pour une maternité publique combinée avec un programme d'implémentation des pratiques basées sur les preuves était associée à une augmentation de l'abstinence et produisait un meilleur comportement des femmes vis-à-vis du tabagisme, bien que les tendances observées ne fussent pas statistiquement significatives.**

La revue de littérature d'Ingall et Cropley en 2010 (253) avait pour objectif d'analyser les études qualitatives ayant exploré les facteurs psychologiques et sociaux impliqués dans les tentatives des femmes pour changer leur comportement tabagique durant leur grossesse. Sept études ont été identifiées par les auteurs. Les méthodes de recueil des données étaient des entretiens (six études) et un focus groupe (une étude). Les résultats des études ont montré que les femmes étaient conscientes des risques associés au tabagisme pour la santé du fœtus, mais que la connaissance des risques potentiels sur la santé n'était pas suffisante pour les motiver à arrêter de fumer. Plusieurs obstacles à l'arrêt ont été identifiés : la motivation, le rôle et la signification du tabagisme pour la femme, les changements dans les relations avec les autres, l'interprétation et la compréhension des faits, les changements dans l'odorat et le goût, l'influence de la famille et des amis. De plus, la délivrance d'un service d'aide à l'arrêt du tabagisme par les professionnels de santé était perçue négativement par les femmes. Les auteurs ont conclu qu'il y avait un manque d'études qualitatives sur les difficultés des femmes enceintes fumeuses lors des tentatives d'arrêt.

La revue de littérature de Schneider *et al.* en 2010 (254) avait pour objectif d'identifier les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des femmes enceintes fumeuses qui ont arrêté de fumer spontanément durant leur grossesse. Les auteurs ont retenu 19 études en population générale et en population hospitalière. Les taux d'arrêt spontané variaient de 4,0 % à 69,7 % en population générale (12 études) et de 26,5 % à 47 % dans les études hospitalières (7 études). À partir des analyses statistiques des études individuelles (analyses bi-variées, Anova, régressions logistiques), les auteurs ont construit un tableau de contingence entre l'arrêt du tabagisme et des variables sociodémographiques, socioéconomiques, environnementales, comportementales et médicales. À partir des résultats empiriques des études, les auteurs ont

conclu que les femmes enceintes de statut social bas, ayant un partenaire fumeur, une forte dépendance au tabac, un nombre élevé d'enfants, et ayant connu une carence de prise en charge prénatale, avaient des difficultés importantes pour arrêter de fumer. Les auteurs de cette revue ont proposé des recommandations (détaillées dans le tableau 59) pour les couples de fumeurs, les femmes qui fument beaucoup et les femmes multipares. Les limites de cette étude sont également présentées dans le tableau 59.

Conclusion

Une étude (niveau de preuve 2) montrait que les interventions d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse réduisaient la proportion de femmes qui continuaient à fumer en fin de grossesse et réduisaient les petits poids de naissance et les naissances avant terme.

Il n'y a pas à ce jour de preuve de l'efficacité des TNS chez les femmes enceintes car les études sont rares et limitées par des taux d'observance très faibles. Une étude (niveau de preuve 2) montrait une tendance à la diminution des critères de morbi-mortalité chez les patientes utilisant des TNS.

► Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 61.

L'article de Coleman *et al.* en 2007 (255) présentait des recommandations concernant l'utilisation de stratégies médicamenteuses d'arrêt du tabagisme chez les femmes enceintes. Ces recommandations de l'auteur sont basées sur une synthèse des données contenue dans cet article. Ces recommandations peuvent être appliquées lorsque des femmes demandent l'aide de leur médecin pour s'arrêter de fumer, avant ou en cours de grossesse.

► Avis du groupe de travail

Les risques de complications maternelles et fœtales peuvent être réduits en optimisant la prise en charge de la patiente fumeuse avant le début et tout au long de la grossesse. Idéalement, la femme enceinte fumeuse doit être prise en charge avant la conception.

► Recommandations

Dépistage

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

A	<p>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.</p> <p>Il est recommandé de profiter de ce projet pour repérer spécifiquement le tabagisme et conseiller l'arrêt.</p>
AE	<p>Il est recommandé d'interroger la femme sur le tabagisme de son entourage (familial, professionnel, etc.).</p> <p>Il est recommandé de fournir, sans culpabiliser les patients :</p> <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. <p>Les informations devraient être disponibles sous différentes formes (affichage en salle d'attente, brochures, etc.).</p> <p>→ Voir documents Tabac Grand public INPES³¹</p>

³¹<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/resultatsEspaces.asp?order=support>

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 ³² .

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.

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 moindre³³.

³² 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.

³³ Cas particulier : le spray buccal nécessite un arrêt total du tabagisme.

Tableau 59. Prise en charge de l'arrêt du tabac chez la femme enceinte. Revues systématiques de la littérature / Méta-analyses et essais randomisés contrôlés

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Naughton et al., 2008 (194) Niveau de preuve=2	Revue de la littérature. Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés et quasi-randomisés.	Évaluer l'efficacité de techniques d'auto-support chez les femmes enceintes fumeuses comparativement au traitement standard. Évaluer l'efficacité des techniques intensives d'auto-support comparativement aux techniques d'auto-support de faible intensité.	Base de données : EMBASE, MEDLINE PsycINFO, CENTRAL. Essais qui isolaient l'effet des techniques d'auto-support (essais sans <i>counselling</i> d'arrêt du tabac). Groupes de comparaison : traitement standard (« <i>usual care</i> », non défini) Technique d'auto-support de faible intensité. Date de la recherche : février 2006. Fumeuses enceintes âgées de 16 ans ou plus.	Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement après le commencement de l'intervention (entre 6 semaines et 28 semaines).	15 essais inclus. Technique d'auto-support versus traitement standard. 12 essais, (n=4721), OR=1,83 [1,23-2,73]). taux d'arrêt médian (groupe avec de techniques d'auto-support 13,2 % versus groupes traitement standard : 4,9 %). Livrets d'auto-support versus traitement standard. 11 essais, (n=4665), OR=1,67 [1,14-2,44]). Absence de contact ou contact bref (≤5 minutes) versus traitement standard 5 essais, n=2483, OR=1,49, IC95 %=[0,85-2,62] Contact plus long (>5 minutes) versus traitement standard OR=2,19, n=2148, IC95 %=[1,37-3,48] Absence de contact ou contact bref (≤5 minutes) versus contact plus long (>5 minutes)

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>OR=1,47, IC95 %= [0,71-3,06]</p> <p>Techniques intensives d'auto-support versus techniques d'auto-support d'intensité faible 7 essais (n=1487), OR=1,25 [0,81-1,94])</p> <p>Interventions d'auto-support standard versus interventions d'auto-support adaptées aux caractéristiques des participants 3 essais, (n=916), OR=0,95 IC95 % [0,60-1,48])</p> <p>Limites de cette méta-analyse : les auteurs de cette méta-analyse ont rapporté que seuls 5 essais sur les 15 étaient de bonne qualité. Un <i>funnel plot</i> est mentionné dans le texte de l'article mais ne figurait pas dans l'article : les auteurs rapportaient que ce <i>funnel plot</i> suggérait un biais de publication. Le nombre d'essais et les effectifs associés aux différentes méta-analyses n'étaient pas toujours fournis dans l'article.</p>
Hemsing et al., 2012 (247) Niveau de preuve=4	Revue de la littérature d'ECR, ECR en cluster, études avant/après	Identifier l'efficacité des interventions qui intègrent un soutien du partenaire sur l'arrêt du tabagisme des femmes enceintes pendant la grossesse et la période du <i>post-partum</i>	Base de données : EMBASE, CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, NHS EED Date de la recherche la plus récente : mai 2009	Facteurs qui renforcent les interventions d'aide au sevrage tabagique	<p>9 études retenues (1 étude américaine, 2 anglaises, 1 suédoise, 1 hollandaise, 2 australiennes 1 suédoise, 1 norvégienne).</p> <p>Efficacité des interventions intégrant un soutien du partenaire sur l'arrêt du tabagisme des femmes enceintes (4 études) :</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		Identifier les interventions efficaces pour encourager les partenaires des femmes fumeurs à arrêter de fumer	Population : femmes enceintes fumeuses et partenaires fumeurs		<ul style="list-style-type: none"> 3 études n'ont pas montré d'effet de l'intervention ; 1 étude hollandaise rapportait une différence significative du taux d'abstinence à 7 jours entre le groupe d'intervention (délivrance au partenaire d'un livret expliquant l'intérêt d'arrêter le tabagisme) et le groupe contrôle (21 % versus 12 %) ; mais dans cette étude, la majorité des hommes n'avait pas lu le livret distribué, ainsi le résultat observé n'était peut être pas dû au soutien du partenaire. <p>Efficacité des interventions pour l'arrêt du tabagisme des partenaires fumeurs (9 études) :</p> <ul style="list-style-type: none"> 7 des 9 études n'ont pas rapporté d'efficacité des interventions ; 1 ECR a rapporté une différence significative du taux d'abstinence à 4 mois de grossesse entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle (15 % versus 5 %), mais cette différence disparaissait à la période du <i>post-partum</i> ; 1 ECR a rapporté une différence significative du taux d'abstinence à la fin de la grossesse entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle (16,5 % versus 9,3 %, p=0,011)

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Limites de cette publication : cette revue de littérature était une synthèse narrative et intégrait des études hétérogènes (ECR et études avant/après).</p> <p>Cette revue de littérature n'apportait aucune preuve d'un effet des interventions sur l'arrêt du tabagisme du partenaire, ni aucune preuve de l'effet du soutien du partenaire sur l'arrêt du tabagisme de la femme enceinte.</p>
Lumley et al., 2009 (243) Niveau de preuve=2	Revue systématique Cochrane d'essais contrôlés randomisés ou quasi randomisés	Estimer les effets des interventions d'arrêt du tabagisme durant la grossesse sur le comportement tabagique et les indicateurs de santé périnataux.	<p>Base de données : Cochrane pregnancy and childbirth group trial register, Cochrane Tobacco addiction groups trials register, EMBASE, PsycLIT et CINHAL</p> <p>Recherche la plus récente : juin 2008</p> <p>ECR dans lesquels l'arrêt du tabac durant la grossesse était l'objectif principal de l'intervention.</p> <p>Femmes enceintes</p>	<p>Arrêt du tabac, réduction du tabac, poids de naissance, mortalité périnatale, mode de naissance, proportion de femmes commençant l'allaitement maternel, mesures d'anxiété, dépression et statut de santé de la mère à la fin de la grossesse et après la naissance, point de vue des participants, mesures du fonctionnement de la famille, mesures de la connaissance, des attitudes et du comportement des professionnels de santé</p>	<p>72 essais retenus dont 56 ECR (plus de 20 000 femmes enceintes) et 9 essais randomisés par groupe (plus de 5 000 femmes enceintes).</p> <p>Intervention versus contrôle</p> <p>Il y avait une diminution significative du tabagisme chez les femmes en fin de grossesse dans les groupes d'intervention (65 essais, n=21258, RR=0,94 IC95 % [0,93-0,96]. Il y avait un niveau d'hétérogénéité élevé entre les études ($I^2=65\%$).</p> <p>8 essais sur la prévention de la rechute n'ont pas montré de diminution significative de la rechute (8 essais, n=1064, RR=0,91 IC95 % [0,75-1,10].</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			qui fument		<p>Critère de jugement : naissance avant terme. Les interventions d'arrêt du tabagisme ont réduit les naissances avant terme : (14 essais, n=11930, RR=0,86 IC95= [0,74-0,98], I²=0%)</p> <p>Critère de jugement : poids moyen de naissance. Il y avait une augmentation du poids moyen de naissance de 39,26 g (21 essais, n=15119, IC95 %= [15,77-62,74], I²=32 %).</p> <p>Critère de jugement : petits poids de naissance. Les interventions d'arrêt du tabagisme ont réduit les petits poids de naissance (<2,500 kg) (16 essais, n=9916, RR=0,83 IC95 %= [0,73-0,95], I²=0 %)</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Baxter <i>et al.</i>, 2010 (244) Niveau de preuve = 3	Revue de la littérature Méta-synthèse qualitative	Identifier les facteurs favorisant ou décourageant l'utilisation des services d'aide à l'arrêt du tabac par les femmes enceintes	Base de données : Science citation index and social science citation index viaWeb of knowledge, Maternity and infants care, PsycInfo, Embase, SP, Medline, CINHAL, ASSIA, Bristish nursing Index Année de la recherche la plus récente : 2009 Fumeuses : - qui prévoient une grossesse ; - sont enceintes ; - ont un enfant de moins de 12 ans.	Facteurs qui renforcent les interventions d'aide au sevrage tabagique	23 articles retenus 10 articles rapportaient des données qualitatives 10 articles rapportaient des enquêtes transversales 3 synthèses narratives traitaient de problématiques associées à la délivrance d'interventions Une méta-synthèse qualitative (analyse et synthèse des articles) suggérait 10 points qui pouvaient impacter l'utilisation ou non de services d'aide à l'arrêt : aborder ou non le sujet du tabagisme avec les patients, fournir ou non de l'information aux patientes, la manière de communiquer des professionnels de santé, l'existence ou non de protocoles bien définis dans les services de prise en charge, le suivi des patientes concernant leur tabagisme, la confiance du personnel dans ses compétences à aborder le tabagisme avec les patientes et à les soutenir, l'impact des contraintes de temps et de ressources (humaines et matérielles), les perceptions du personnel de l'inefficacité des interventions,

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>les différences de pratique des différents professionnels (médecins versus sages-femmes),</p> <p>les obstacles pour avoir accès aux interventions (interventions trop longues, manque de temps, manque de transport).</p> <p>Limites de cette publication : seule 1 étude qualitative (sur 10) était considérée comme de haute qualité ; 6 études qualitatives étaient considérées comme de bonne qualité ; 3 études étaient considérées comme de mauvaise qualité. Les études transversales comportaient des biais potentiels dus à l'auto-déclaration des participants.</p>
<p>Coleman et al., 2010 (251)</p> <p>Niveau de preuve=2</p>	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés sur l'efficacité de la prévention de la rechute	<p>Évaluer l'efficacité et le rapport coût/efficacité de la prévention de la rechute dans les services d'arrêt du tabagisme du National Health Service anglais :</p> <p>1) mettre à jour les estimations d'efficacité des interventions pour prévenir la rechute du tabagisme</p> <p>2) Examiner les études qui fournissent des</p>	<p>Base de données : Cochrane tobacco addiction group register of trials MEDLINE, Cochrane central register of controlled trials, EMBASE, PsycInfo, Science Citation Index and Social Science Citation Index</p> <p>Recherche la plus récente : Juillet 2008</p>	<p>Abstinence mesurée à l'accouchement</p> <p>Abstinence mesurée à 6 mois ou 12 mois de suivi</p> <p>prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement</p> <p>abstinence continue</p>	<p>La revue systématique incluait 36 études randomisées avec une délivrance d'interventions pour les abstinentes dont 14 études concernant les femmes enceintes ou en <i>post-partum</i></p> <p>Les définitions suivantes étaient utilisées dans cette publication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - court terme : 1 à 3 mois ; - moyen terme : 6 à 9 mois ; - long terme : 12 à 18 mois. <p>Interventions durant la grossesse</p> <p><i>Counselling</i> individuel délivré durant la grossesse avec un suivi jusqu'à</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		<p>résultats généralisables aux services de santé du NHS</p> <p>3) Déterminer le rapport coût/efficacité des interventions de prévention de la rechute qui peuvent être délivrées par les services d'arrêt du tabagisme du NHS.</p>	<p>Groupes de comparaisons :</p> <p>Intervention d'intensité différente</p> <p>Soins standards</p>		<p>l'accouchement</p> <p>5 essais, n=772, OR=1,18 [0,85-1,62] I²=0 %</p> <p>Interventions durant la période du <i>post-partum</i></p> <p><i>Counselling</i> individuel avec un suivi de moyen terme : 1 essai, OR=,83 [0,51-1,34].</p> <p><i>Counselling</i> individuel avec un suivi de long terme : 1 essai, OR=1,38 [1,05-1,82].</p> <p>Il n'y avait pas de données à court terme</p> <p>Combinaisons de <i>counselling</i> individuel et téléphonique délivré avec un suivi de moyen terme.</p> <p>2 essais, OR=1,33 [0,94-1,90] I²=4 %</p> <p>Combinaisons de <i>counselling</i> individuel et téléphonique délivré avec un suivi de long terme.</p> <p>2 essais, n=542, OR=0,91 [0,63-1,32] I²=0 %.</p> <p>Il n'y avait pas de données à court terme</p> <p>Interventions durant la grossesse et la période du <i>post-partum</i></p> <p>Interventions d'auto-support et <i>counselling</i> téléphonique avec un suivi de court</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>terme : OR=1,60 [1,15-2,23] avec un suivi de moyen terme OR=1,60 [1,16-2,21] avec un suivi de long terme OR=1,04 [0,76-1,44]</p> <p><i>Counselling</i> individuel avec un suivi de long terme avant l'accouchement OR=0,91 [0,46-1,79] <i>Counselling</i> individuel avec un suivi de long terme OR=1,02 [0,53-1,93] Il n'y avait pas de données à court ou moyen terme</p> <p>Combinaison de <i>counselling</i> individuel et téléphonique avec le plus long suivi jusqu'à l'accouchement. 2 essais, n=349, OR=1,07 [0,53-2,14] I²=12 %</p> <p><i>Counselling</i> individuel et téléphonique avec un suivi de moyen terme. 2 essais, n=382, OR=1,23 [0,80-1,88] I²=12 %</p> <p>Limites de cette revue de littérature : les effectifs associés aux résultats présentés n'étaient pas toujours donnés.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Coleman <i>et al.</i>, 2011 (248) Niveau de preuve=2	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	Évaluer l'efficacité et l'innocuité des TNS chez les femmes enceintes.	Bases de données : <i>Cochrane pregnancy and childbirth group trial register</i> , CINHAL, EMBASE, MEDLINE, PsychLit Recherche la plus récente : août 2009 Groupe de comparaisons : - groupe placebo : placebo et soutien comportemental / TCC / conseils brefs - groupe autre Intervention : soutien comportemental / TCC / conseils brefs Femmes enceintes fumeuses	Efficacité : abstinence à la fin de la grossesse ou à l'accouchement Innocuité : Poids de naissance, naissance prématurée, mortalité périnatale, décès fœtal, admissions dans une unité intensive néonatale.	5 essais (n=695) TNS versus groupes placebo ou non : Dans le cadre d'une méta-analyse (modèle à effets aléatoires) (5 essais, n=695), l'utilisation d'un TNS n'était pas associée à une augmentation significative de l'arrêt du tabagisme OR=1,63 IC95 %=[0,83-3,14], I2=45 % TNS versus groupe placebo : Dans le cadre d'une méta-analyse (3 essais, n=474), l'utilisation d'un TNS n'était pas associée à une augmentation significative de l'arrêt du tabagisme OR=1,17 IC95 %=[0,83-1,65], I2=0 % TNS versus groupe autre intervention : Dans le cadre d'une méta-analyse (2 essais, n=211), l'utilisation d'un TNS était associée à une augmentation significative de l'arrêt du tabagisme OR=7,81 IC95 %=[1,51-40,35], I2=0 % L'utilisation d'un TNS n'était pas associée à une augmentation significative de la prévalence des événements de morbidité et de mortalité : - poids avant terme élevé : 2 essais, n=610, TNS vs. contrôle (41/340 vs.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>37/270), OR=0,78, IC95 % = [0,39-1,56],</p> <ul style="list-style-type: none"> - mortalité périnatale : 2 essais, n= 366, TNS vs. contrôle (4/278 vs. 4/148), OR=0,70, IC95 % = [0,14-3,60], - décès fœtaux : 2 essais, n=371, TNS vs contrôle (7/221 vs. 6/150), OR=0,88, IC95 % = [0,30-2,56], - admission dans une unité de soins intensifs néonatale : 2 essais, n=362, TNS vs. contrôle (20/215 vs. 15/147), OR=0,90, IC95 % [0,35-2,43], - fausses couches et avortements spontanés : 2 essais, n=371, TNS vs contrôle (3/221 vs. 2/150), OR=1,04, IC95 % = [0,20-5,43]. <p>Limites de cette revue de littérature : les comparaisons avec les groupes non placebo présentaient des biais dus à l'absence de procédure en double aveugle.</p>
<p>Filion et al., 2011 (246)</p> <p>Niveau de preuve=3</p>	Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés	Évaluer l'efficacité du <i>counselling</i> chez les femmes enceintes fumeuses	<p>Base de données : CDC Tobacco Information and Prevention, Cochrane Library, EMBASE, Medline PsycINFO</p> <p>Essais qui isolaient l'effet du <i>counselling</i></p> <p>Groupe de compa-</p>	<p>Abstinence à 6 ou 12 mois après la date cible d'arrêt :</p> <p>Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement</p> <p>Abstinence continue depuis 6 mois</p>	<p>8 essais contrôlés randomisés (n= 3290)</p> <p>Les tailles des essais variaient de 100 à 762 femmes.</p> <p>La proportion de femmes qui restaient abstinentes à la fin du suivi (à 6 mois) était faible, cette proportion variait de 4 à 24 % parmi celle qui bénéficiait du <i>counselling</i> versus 2 à 21 % parmi les femmes des groupes contrôles.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>raisons : placebo ou traitement standard</p> <p>Recherche la plus récente : juin 2010</p> <p>Fumeuses enceintes</p>		<p>Essai 1 : 5 % versus 5 % Essai 2 : 11 % versus 10 % Essai 3 : 10 % versus 8 % Essai 4 : 6 % versus 2 % Essai 5 : 12 % versus 14 % Essai 6 : 7 % versus 8 % Essai 7 : 24 % versus 21 % Essai 8 : 4 % versus 8 % La différence absolue d'abstinence était au maximum de 4 % :</p> <p>Aucun des 8 essais retenus ne rapportait d'effet significatif du <i>counselling</i> sur les taux d'abstinence des femmes enceintes</p> <p>Une méta-analyse n'a pas mis en évidence d'effet significatif du <i>counselling</i> pour augmenter les taux d'abstinence : OR=1,08 IC95 % [0,84-1,40]</p> <p>Les résultats étaient similaires pour les essais qui concernaient uniquement le <i>counselling</i> individuel (6 essais, OR=1,12 IC95 % [0,81-1,56]) et le <i>counselling</i> téléphonique (2 essais OR=1,03 IC95 % [0,68-1,55]).</p> <p>Limites de cette méta-analyse : les essais étaient de faible taille. Les auteurs n'ont pas exclu la possibilité d'un biais de publication</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Coleman <i>et al.</i>, 2012 (249) Angleterre Niveau de preuve=2	Essai contrôlé randomisé multicentrique	Femmes enceintes de 12 à 24 semaines fumeuses âgées de 16 à 50 ans	Groupe d'intervention : soutien comportemental + timbres transdermiques de nicotine Groupe contrôle : soutien comportemental + timbre placebo	Abstinence de la date d'arrêt du tabagisme jusqu'à l'accouchement (validation par la mesure du monoxyde de carbone expiré ou par la cotinine salivaire) Surveillance des complications durant la grossesse et à la naissance (fausses couches, enfants mort-nés ; décès néonataux, poids de naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales)	n=1 050 participantes groupe d'intervention : n= 521 groupe placebo : n=529 Il n'y avait pas de différence significative dans les taux d'abstinence (entre la date d'arrêt et l'accouchement) entre le groupe d'intervention et les groupe placebo (9,4 % versus 7,6 %, OR=1,26 IC95 %= [0,82-1,96]. Le taux d'abstinence à un mois était significativement plus élevé dans le groupe d'intervention que dans le groupe placebo (21,3 % versus 11,7 %, OR=2,05 IC95 %= [1,46-2,88]. L'observance dans les deux groupes était faible : seulement 7,2 % des femmes du groupe d'intervention et 2,8 % du groupe placebo ont utilisé les timbres pendant plus d'un mois. Les taux d'événements indésirables durant la grossesse ou à la naissance étaient similaires dans les deux groupes. Il y avait cependant significativement plus d'accouchements par césarienne dans le groupe d'intervention que dans le groupe placebo (20,7 % versus 15,3 %, OR=1,45 IC95 %= [1,05-2,01]). ► Limites Le faible taux d'observance pouvait être

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					dû selon les auteurs à la clairance de la nicotine durant la grossesse et donc au sous dosage des timbres transdermiques utilisés dans cet essai. Ainsi, le faible taux d'observance limitait l'évaluation de l'efficacité et de l'innocuité des timbres transdermiques.
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (CADTH), 2012 (250) Canada Niveau de preuve = 3	Revue CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) Revue de la littérature non systématique	1. Évaluer l'efficacité des interventions d'arrêt du tabac pour les femmes enceintes et les mères de nourrissons. 2. Identifier les preuves cliniques associées à l'innocuité ou au risque des interventions d'arrêt du tabac pour les femmes enceintes et les mères de nourrissons, et leurs bébés (à voir) ? 3. Identifier les recommandations basées sur des preuves concernant l'arrêt du tabagisme pour les femmes enceintes et les mères de nourrissons	Évaluation technologique en santé, revues systématiques, Méta-analyse, essais contrôlés randomisés, études non randomisées, et recommandations basées sur des preuves Groupes de comparaisons : Gommes (placebo), <i>Counselling</i> (versus <i>counselling</i> + auto-support), traitement classique Base de données : PubMed, Cochrane	Taux d'arrêt du tabac, taux de mortalité infantile, naissance prématurée, petit poids de naissance, admissions en unité néonatale de soins intensif, taux d'abstinence, taux de rechute, durée d'allaitement, taux d'événements indésirables	14 études sélectionnées : 2 revues systématiques 4 ECR, 5 études contrôlées non randomisées (3 études de cohorte prospective, 2 études rétrospectives) 3 recommandations ► Objectif 1 : Une revue systématique avec méta-analyse a examiné les effets des interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme pour promouvoir l'arrêt du tabac durant la grossesse comparativement à l'absence d'interventions. La revue incluait 72 études (ECR, quasi ECR, EC) intégrant environ 25 000 femmes. Les données ont montré que les interventions réduisaient significativement les taux de tabagisme. Il n'y avait pas de différence dans les taux de succès entre les interventions d'« intensité élevée » (stratégies et soutien continu pour l'arrêt du tabagisme) et les interventions d'« intensité faible » (conseils d'arrêt écrits et/ou oraux du tabagisme). Des analyses par sous-groupes en fonc-

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>Library (n° 1, 2012), University of York Centre for Reviews and Dissemination (CRD) databases, Agences canadiennes et internationales de technologie en santé.</p> <p>Articles publiés entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 janvier 2012.</p> <p>Femmes qui fument et qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sont enceintes ; - sont nouvelles mères / mères d'enfants ; - allaitent. 		<p>tion des stratégies d'interventions ont montré que seule la stratégie qui incluait une composante incitative présentait un effet significatif plus important que les autres stratégies. Les TNS étaient aussi efficaces que la TCC. Des stratégies de retour d'informations (sur la santé du fœtus ou la mesure du tabagisme de la mère) n'étaient pas plus efficaces que l'absence d'intervention. Les interventions n'avaient pas d'effets significatifs sur la rechute des femmes qui avaient arrêté de fumer.</p> <p>Une revue systématique avec méta-analyse a examiné les effets des interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme sur l'arrêt du tabagisme parental et ses bénéfices sur les enfants comparativement à l'absence d'interventions.</p> <p>Cette revue incluait 18 ECR, quasi ECR et essais contrôlés intégrant environ 7 053 participants. Les données ont montré que l'intervention augmentait significativement le taux d'arrêt comparativement à l'absence d'intervention. Les interventions étaient les plus bénéfiques chez les parents dont les enfants étaient âgés de plus de 4 ans, quand les interventions incluaient l'utilisation de médicaments, quand l'objectif premier des interventions était l'arrêt du tabagisme, ou quand le taux de suivi des participants était élevé.</p> <p>L'efficacité des programmes</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>d'interventions chez les femmes enceintes a aussi été examinée dans 4 ECR.</p> <p>Les incitations financières en plus d'information étaient plus efficaces en termes de taux d'arrêt que les informations seules. Les participants dans le groupe incité financièrement avaient des taux d'adhésion plus important dans les programmes d'arrêt du tabac, et des taux plus élevés d'achèvement du programme.</p> <p>Les gommes nicotiques n'étaient pas associées à des taux d'arrêt plus élevés comparativement au placebo.</p> <p>Une fréquence et une qualité augmentées du soutien par une femme dans le réseau social du fumeur permettaient d'augmenter le taux d'arrêt.</p> <p>Le <i>counselling</i> en face à face accompagné de <i>counselling</i> téléphonique pour les femmes en <i>post-partum</i> n'était pas associé à des différences significatives dans les taux d'abstinence ou de rechute jusqu'à 24 mois de suivi (comparativement au groupe contrôle qui a reçu des soins standards accompagnés de matériel d'auto-soutien).</p> <p>Trois études non randomisées évaluaient l'efficacité des interventions d'arrêt du tabac chez les femmes enceintes :</p> <p>Les femmes enceintes qui ont bénéficié du <i>counselling</i> et qui étaient d'accord pour utiliser un guide d'auto-soutien présentaient des taux d'arrêt plus élevés que</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>celles qui avait bénéficié seulement du <i>counselling</i>.</p> <p>Le <i>counselling</i> accompagné d'un outil d'auto-support était associé à un taux significativement plus élevé d'arrêt du tabac comparativement à une intervention comprenant uniquement une information limitée sur le risque du tabagisme.</p> <p>► Objectif 2 :</p> <p>Deux études non randomisées exploraient les effets indésirables chez les femmes enceintes de l'utilisation de TNS.</p> <p>Il n'y avait pas de différence significative dans l'incidence d'effets indésirables graves entre le groupe des femmes enceintes bénéficiant de TNS et de thérapie comportementale de groupe et le groupe des femmes enceintes bénéficiant seulement de thérapie comportementale.</p> <p>Les complications les plus courantes étaient les naissances prématurées, suivie des pré-éclampsies, un faible poids de naissance et des anomalies placentaires.</p> <p>Dans un modèle de régression logistique, l'historique de grossesse, la race, l'utilisation de médicaments analgésiques étaient statistiquement et significativement associés aux complications périnatales. Après ajustement de ces covariables, l'utilisation de TNS n'était pas associée aux complications. Le risque d'avoir un enfant mort-né ne semblait pas associé à</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>l'utilisation de TNS.</p> <ul style="list-style-type: none"> Objectif 3 : Trois recommandations basées sur les preuves. <p>1. Recommandation 1 : « <i>Practice informed and evidence-based smoking cessation guideline. CAN-ADAPTT 2011 Canada</i> »</p> <p>Un suivi devrait intervenir après les quatre premières semaines d'abstinence.</p> <p>Quand les ressources le permettent, des suivis de 12 à 52 semaines devraient être mis en place pour vérifier l'arrêt du tabac.</p> <p>Le traitement par varénicline (Champix) pouvant provoquer des changements de comportement et psychologiques durant et pendant le traitement ; un suivi devrait être fourni jusqu'à la disparition des symptômes.</p> <p>2. Recommandation 2 : « <i>Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. RACGP 2011 Australie</i> ».</p> <p>Les femmes enceintes devraient être encouragées à arrêter de fumer complètement.</p> <p>Elles devraient pouvoir accéder à un soutien intense et un <i>counselling</i> téléphonique proactif.</p> <p>Du matériel d'auto-soutien pourrait compléter les conseils et le soutien.</p> <p>Si ces interventions ne sont pas efficaces, les professionnels de santé doivent consi-</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>dérer l'utilisation de TNS, après des explications claires sur les risques encourus.</p> <p>Les femmes qui arrêtent de fumer devraient être soutenues pour rester non-fumeuses à long terme.</p> <p>3. Recommandation 3: « <i>Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. NICE 2010 Angleterre</i> »</p> <p>Identifier les femmes enceintes qui fument et les orienter au service d'aide à l'arrêt du tabac du NHS.</p> <p>Contacteur les femmes enceintes qui ont été orientées pour une aide par les conseillers des services d'aide à l'arrêt du tabac du NHS.</p> <p>Fournir une TCC, un entretien motivationnel, du matériel d'auto-support et du soutien.</p> <p>Utiliser les TNS et d'autres soutiens pharmacologiques si les autres interventions échouent.</p> <p>Répondre aux besoins des femmes désavantagées qui fument.</p> <p>Recommander de ne pas fumer dans les maisons.</p> <p>► Limites</p> <p>Les essais n'étaient pas toujours réalisés en aveugle à cause de la nature des interventions. Dans certains cas, la population étudiée ne représentait pas la population cible.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					Le système déclaratif de consommation a pu aussi impacter la précision des taux de succès des interventions. La revue n'était pas systématique mais les critères de sélection n'étaient pas précisés, un biais de sélection des publications est donc possible.
AHRQ, 2013 (245) niveau de preuve = 3	Revue d'efficacité comparative (essais contrôlés randomisés et études de cohorte prospectives).	Répondre aux 5 questions suivantes : Question 1 : Quelle est l'efficacité des interventions dont le but est d'atteindre ou maintenir un arrêt du tabagisme chez les femmes enceintes ou en <i>post-partum</i> pour promouvoir l'arrêt du tabagisme, la prévention de la rechute et une abstinence continue ? Question 2 : Quelle est l'efficacité des interventions dont le but est d'atteindre ou de maintenir l'arrêt du tabagisme chez les femmes enceintes ou en <i>post-partum</i> pour	Base de données : MELINE, CINHAL, PsycInfo Les essais évaluaient les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques d'arrêt du tabagisme. Recherche entre octobre 2012 et janvier 2013. Population : Femmes fumeuses ou qui ont arrêté de fumer récemment ; enceintes ou en <i>post-partum</i> . Nouveau-nés ou	Question 1 : Arrêt du tabagisme, abstinence continue, rechute Question 2 : Naissance prématurée, âge gestationnel, poids de naissance, décès néonatal, admission en unité néonatale de soins intensifs, exacerbation de l'asthme, hospitalisation pour asthme, otite moyenne, infections de voies respiratoires supérieures Question 3 : Risques (gain de poids, stress, effets indésirables associés à la	Cinquante-huit études retenues (14 études de bonne qualité, 15 études de qualité moyenne, 26 études de faible qualité) : 55 essais contrôlés randomisés, trois études de cohorte prospectives. ▶ Question 1 (n=55) : Cinquante-cinq études ont évalué une ou plusieurs interventions de réduction du tabagisme ou de prévention de la rechute chez les femmes enceintes ou en <i>post-partum</i> . Quatorze études concernaient le <i>counselling</i> , 10 des outils éducatifs, 14 des interventions à composantes multiples, cinq études les TNS, quatre études le soutien par les pairs, et huit études d'autres interventions. Neuf études ont démontré une efficacité pour l'arrêt avec des différences de taux d'arrêt entre les groupes d'intervention et les groupes contrôles allant de 5,8 % à 31 %. Quatre études étaient des interventions à composantes multiples.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		<p>améliorer la santé des nouveau-nés et des enfants ?</p> <p>Question 3 : Quels sont les risques des interventions dont le but est d'atteindre ou de maintenir l'arrêt du tabagisme des femmes enceintes ou en <i>post-partum</i> ?</p> <p>Question 4 : Quel est l'effet des composantes de l'intervention d'arrêt du tabagisme, incluant la personne qui délivre l'intervention (médecin, infirmière, sage-femme, etc.), l'intervention elle-même, le lieu d'intervention (clinique, hôpital, etc.), sur l'arrêt du tabagisme ou la durée d'arrêt chez les femmes enceintes ou en <i>post-partum</i> ?</p> <p>Question 5 : Quels</p>	<p>enfants de femmes enceintes ou en <i>post-partum</i> bénéficiant d'interventions d'arrêt du tabagisme.</p>	<p>médication de la mère ou du fœtus)</p> <p>Questions 4 et 5 : Arrêt du tabagisme, abstinence continue, rechute.</p>	<p>Cette synthèse qualitative suggérait que les approches à composantes multiples étaient plus efficaces, mais ne permettait pas d'identifier les composantes spécifiques efficaces de ces interventions.</p> <p>▸ Question 2 (n=12) :</p> <p>Douze études rapportaient des données de santé des nouveau-nés associés à des interventions d'arrêt du tabagisme et/ou des interventions de prévention de la rechute chez les femmes enceintes (trois études concernant le <i>counselling</i>, deux études concernant des outils éducatifs, quatre études concernant les TNS, une étude concernant des composantes multiples, une intervention concernant des incitations, une intervention concernant des mesures de la nicotine). Aucune différence n'était rapportée dans les études concernant le poids moyen de naissance entre les groupes d'interventions et les groupes contrôles. Une seule étude rapportait une différence significative concernant l'âge gestationnel entre les femmes bénéficiant de TNS et de thérapie cognitive comportementale et les femmes ayant seulement bénéficié de thérapie cognitive comportementale (les femmes bénéficiant de TNS + TCC donnant naissance en moyenne une semaine plus tard). Aucune étude ne rapportait de</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		sont les effets des caractéristiques de la patiente sur les résultats des interventions d'arrêt du tabagisme (succès, échec, rechute) chez les femmes enceintes ou en <i>post-partum</i> ?			<p>différence significative de l'incidence des naissances prématurées, des décès néonataux, des admissions en unités néonatales de soins intensifs entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle.</p> <p>▸ Question 3 (n=4) : Quatre études ont rapporté des risques et des effets indésirables associés à des interventions d'arrêt du tabagisme (trois études concernant les TNS et une étude concernant des outils éducatifs). Aucune des études ne rapportait une incidence plus élevée d'effets indésirables chez les femmes bénéficiant de l'intervention, comparativement au groupe contrôle.</p> <p>▸ Question 4 (n=29) : Une méta-analyse de 24 études permettant de quantifier l'impact des composantes des interventions sur l'arrêt du tabagisme : neuf composantes ont été évaluées individuellement</p> <p>Renforcement clinique : OR=1,02, IC95 %=[0,65-1,42] Retour d'informations : OR=1,42, IC95 %=[0,92-2,00] Incitations financières : OR=3,10, IC95 %=[1,98-4,42] Informations : OR=1,26, IC95 %=[0,88-1,67] Soutien des pairs : OR=1,08,</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>IC95 %=[0,71-1,48]</p> <p>Suivi personnalisé : OR=1,23, IC95 %=[0,95-1,55]</p> <p>Guide d'arrêt : OR=1,23, IC95 %=[0,86-1,61]</p> <p>TNS : OR=1,35, IC95 %=[0,89-1,83]</p> <p>Prescription pour arrêter : OR=1,15, IC95 %=[0,46-1,99]</p> <p>▸ Question 5 (n=18)</p> <p>L'âge maternel plus jeune, qui était corrélé avec moins d'années de tabagisme, était associé à une augmentation des chances d'arrêt. Six études rapportaient que l'utilisation moins intense des cigarettes améliorait les chances d'arrêt.</p> <p>Limites de cette revue de la littérature : la moitié des études retenues était de faible qualité. De façon générale, les interventions étaient insuffisamment décrites.</p>

Tableau 60. Facteurs impliqués dans l'arrêt du tabagisme chez la femme enceinte.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Flenady <i>et al.</i>, 2008 (252) Australie Niveau de preuve=3	Étude prospective avant/après	Évaluer l'efficacité d'une recommandation d'arrêt du tabagisme développée pour les cliniciens des soins anténataux dans les maternités, combinée avec un programme d'implémentation des pratiques basées sur les preuves	Deux groupes de femmes accueillies à la maternité : Groupe 1 : femmes avant l'implémentation de la recommandation (mai à juin 2004) Groupe 2 : femmes après l'implémentation de la recommandation (janvier à février 2005)	Nombre de femmes ayant reçu des supports d'arrêt du tabagisme (brochures d'information, orientation vers une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabagisme). Statut tabagique déclaré en fin de grossesse	n=1 129 femmes (559 femmes en pré-implémentation de la recommandation 570 femmes en post-implémentation de la recommandation) Après l'implémentation de la recommandation, davantage de femmes ont rapporté avoir reçu des documents écrits sur l'arrêt du tabagisme (76 % versus 35 % avant, RR=3,4 IC95 % [2,7-4,2]) et avoir été orientées vers des lignes d'assistance téléphoniques (67 % versus 14 % avant, RR=4,9 IC95 % [3,0-8,0]) ; moins de femmes déclaraient un tabagisme en fin de grossesse (16,7 % versus 19,5 % avant, RR=0,86 IC95 % [0,67-1,11]) et moins de femmes rapportaient une consommation supérieure à 10 cigarettes par jour (25 % versus 38 % avant, RR=0,65 IC95 % [0,4-2,10])). Toutes ces différences n'étaient pas significatives. Limites de cette étude : les données étaient auto-déclarées via des questionnaires.
Ingall et Cropley, 2010	Revue de la littérature d'études qualitatives	Analyser les études qualitatives qui ont exploré les facteurs	Base de données : ASSIA, MEDLINE, Maternity and Infant	Facteurs psychologiques et sociaux influençant	Sept études retenues (deux études au Royaume-Uni, deux études aux États-Unis, une en Suède, une au Canada, une

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
(253) Niveau de preuve=3		psychologiques et sociaux impliqués dans les tentatives des femmes pour changer leur comportement tabagique durant leur grossesse	Care, CINAHL, psychARTICLES, PsycINFO, ScienceDirect, Embase, Cochrane Library Année de la recherche la plus récente : 2009 Fumeuses de plus de 15 ans enceintes ou en <i>post-partum</i>	l'arrêt du tabagisme	en Australie) n=183 femmes (nombre total de femmes enquêtées dans les sept études). Les résultats des études ont montré que les femmes étaient conscientes des risques associés au tabagisme pour la santé du fœtus ; cependant, la connaissance des risques potentiels sur la santé n'était pas suffisante pour les motiver à arrêter de fumer. Plusieurs obstacles à l'arrêt ont été identifiés : la motivation, le rôle et la signification du tabagisme, les changements dans les relations avec les autres, la compréhension des faits, les changements dans l'odorat et le goût, l'influence de la famille et des amis. La délivrance d'un service d'aide à l'arrêt du tabagisme par les professionnels de santé était perçue négativement par les femmes. Limites : par nature, cette revue de littérature ne rapportait pas de données quantitatives.
Schneider et al., 2010 (254) Niveau de preuve= 3	Revue de la littérature d'études descriptives	Identifier les caractéristiques des femmes enceintes fumeuses qui arrêtent spontanément de fumer durant leur grossesse comparativement à celles qui n'arrêtent pas de fu-	Base de données : PubMed, CSA Sociological Abstracts Date de la recherche la plus récente : avril 2008	Facteurs qui renforcent les interventions d'aide au sevrage tabagique	Dix-neuf articles retenues (sept études américaines, une anglaise, une française, trois espagnoles, une suédoise, deux japonaises, 1 canadienne, une australienne, une israélienne, une néo-zélandaise). Les taux d'arrêt spontané variaient de

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		mer.	<p>Période de publication des études : janvier 1997-mars 2008</p> <p>Population : population générale ou population hospitalière, fumeuses enceintes qui ont arrêté de fumer spontanément après avoir appris qu'elles étaient enceintes sans avoir reçu de conseils ou bénéficié d'une intervention d'un professionnel de soins prénataux</p>		<p>4,0 % à 69,7 % dans les études en population générale (12 études) et de 26,5 % à 47 % dans les études hospitalières (sept études).</p> <p>À partir des résultats empiriques des études, les auteurs ont conclu que les femmes enceintes de statut social bas, ayant un partenaire fumeur, une forte dépendance au tabac, un nombre élevé d'enfants, et ayant connu une carence de prise en charge prénatale avaient des difficultés importantes à arrêter de fumer.</p> <p>Recommandations proposées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ couples fumeurs : des interventions devraient inclure le partenaire fumeur dans les programmes d'arrêt du tabagisme ; ▸ femmes qui fument beaucoup : ces femmes devraient bénéficier de thérapie comportementale adaptée ou de pharmacothérapie (TNS) de la part de leur médecin généraliste ou de leurs gynécologues avant leur grossesse ; ▸ femmes multipares : les médecins et les sages-femmes devraient utiliser leur consultation pour informer les femmes multipares des risques du tabagisme durant la grossesse, même si le tabagisme durant les grossesses précédentes n'avait pas eu de consé-

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>quence sur la santé des nouveau-nés. L'exposition des frères et sœurs au tabagisme passif au domicile devrait aussi être abordée.</p> <p>Limites de cette publication : très forte hétérogénéité des études (d'où l'absence de méta-analyse). Le statut tabagique était auto-déclaré dans toutes les études de cette revue de la littérature.</p>

Tableau 61. Interventions chez les femmes enceintes. Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année /Pays	Recommandations
ANAES, 2004 (62) France	<p>Question 2</p> <p>Il existe un lien de causalité (association statistiquement significative, relation dose-effet, réversibilité à l'arrêt, mécanisme physiopathologique pour expliquer l'effet) entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et la survenue de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles de la fertilité masculine et féminine ; - grossesse extra-utérine ; - avortements spontanés ; - anomalies du déroulement de la grossesse (prématurité, retard de croissance intra-utérin, hématome rétro-placentaire, RPM, mort fœtale <i>in utero</i>) <p>L'émergence de connaissances de plus en plus nombreuses sur le rôle du tabac chez la femme enceinte souligne l'importance non seulement de l'intoxication active et/ou passive de la femme, mais également de celle du compagnon. 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 du moins le plus rapidement possible au cours de la grossesse.</p> <p>Question 3</p> <p>Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de la morbidité et de la mortalité associée à la grossesse. Beaucoup de femmes enceintes sont motivées à l'arrêt du tabac. Il est donc utile de profiter de cette motivation pour instaurer cet arrêt du tabac le plus précocement possible et pour le maintenir en <i>post-partum</i> afin de protéger l'enfant du tabagisme passif. Plus l'arrêt est obtenu précocement, plus les bénéfices semblent importants pour la femme enceinte et le fœtus. Un arrêt à tout stade de la grossesse est cependant bénéfique. À ce titre, les professionnels de santé doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite prénatale et tout au long de la grossesse.</p> <p>Les approches psychologiques et/ou comportementales suivantes peuvent être recommandées en première intention aux différentes étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse ou qui vient d'accoucher selon les modalités suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le conseil minimal (grade B) : il doit être effectué systématiquement à la première consultation et renouvelé par les différents professionnels de santé à chaque rencontre avec la femme enceinte fumeuse ; 2. L'intervention brève (grade B) : elle peut lorsque c'est possible remplacer le conseil minimal et doit être effectuée dans les mêmes conditions ; 3. L'entretien motivationnel (grade B) : il peut être instauré dès l'origine de la démarche de sevrage et renouvelé à chaque consultation ; 4. La TCC (grade B) : elle peut être mise en œuvre à toutes les étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse ; 5. La consultation psychologique : elle peut être mise en œuvre à toutes les étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse. <p>Un TNS peut être recommandé pour aider à l'arrêt du tabac une femme enceinte fumeuse ou qui vient d'accoucher selon les modalités suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il est à instaurer le plus rapidement possible au cours de la grossesse, si une approche psychologique et/ou comportementale

Année /Pays	Recommandations
	<p>n'est pas suffisante ou est refusée ;</p> <p>2. Il est recommandé d'utiliser le TNS en association avec une approche psychologique et/ou comportementale ;</p> <p>3. La forme de substitution nicotinique prescrite doit être personnalisée ;</p> <p>4. La dose de nicotine et sa répartition sur le nyctémère doivent être suffisantes pour obtenir et maintenir un arrêt du tabac ;</p> <p>5. Le TNS peut être prescrit à tout moment de la prise en charge d'une femme enceinte fumeuse : de la consultation prénatale, aux suites de couches, y compris si la femme allaite, si l'arrêt du tabac n'a pas été obtenu pendant la grossesse. Cependant, par mesure de précaution, le rapport bénéfice/risque du TNS au 3^{ème} trimestre de la grossesse est à apprécier au cas par cas.</p> <p>Ces différentes techniques d'aide à l'arrêt du tabac sont à proposer lors de toute rencontre d'une femme fumeuse avec un professionnel de santé, que ce soit pour un désir de grossesse, pour le suivi de la grossesse ou pour toute autre raison (consultation de médecine générale ou spécialisée, consultation d'anesthésie, séances de préparation à la naissance, visites obligatoires, hospitalisation, dispensation par le pharmacien de médicaments).</p> <p>Question 4</p> <p>Actuellement, le tabagisme est la première cause identifiée de mort subite du nourrisson. Il comprend le tabagisme actif de la femme enceinte et de la jeune mère, l'exposition de la femme enceinte au tabagisme passif et le tabagisme paternel. En conséquence, il est conseillé d'interdire le tabagisme à domicile. Il n'est pas prouvé que fumer fenêtres ouvertes ou dans une autre pièce modifie le degré d'exposition de l'enfant pendant la période à risque. Il est indispensable de proscrire le partage du lit si la mère fume. L'allaitement maternel prolongé (supérieur à 4 mois) est toujours à conseiller, particulièrement en raison de son rôle protecteur sur le plan immunitaire pour l'enfant.</p> <p>Question 5</p> <p>Lors de la prise en charge périnatale, il importe, au-delà de la thérapeutique bien codifiée des complications maternelles et néonatales liées au tabagisme, de repérer les femmes qui continuent de fumer jusqu'à l'accouchement et au décours de celui-ci sans les culpabiliser.</p> <p>À son arrivée à la maternité, la mesure du taux de CO chez une femme qui a continué de fumer tout au long de sa grossesse peut permettre de renforcer la vigilance des professionnels de la naissance pour diagnostiquer, prévenir ou traiter précocement des complications maternelles et/ou néonatales.</p> <p>Les professionnels de la naissance doivent être convaincus de leur rôle dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la promotion de l'allaitement maternel dans tous les cas, y compris chez les mères fumeuses ou sous TNS ; - la valorisation de la capacité de ces femmes à être mères ; - l'information sur les aides à l'arrêt du tabac, pour la mère mais aussi pour le père s'il est fumeur ; - l'initiation encore possible de l'arrêt du tabac chez les parents au décours de l'accouchement, afin d'éviter l'exposition du nouveau-né au tabagisme passif. <p>Question 6</p> <p>Un manque cruel de données et de coordination des actions, un éparpillement des moyens font souhaiter la création, au niveau national, d'un Observatoire national de la grossesse et de la naissance.</p>
KCE, 2004	Le bupropion est contre-indiqué chez les patients de moins de 18 ans, pendant la grossesse ou l'allaitement ou pour les personnes souffrant d'épilepsie ou ayant des antécédents de convulsion.

Année /Pays	Recommandations
(146) Belgique	
HAS, 2005 (75) France	<p>Il existe des risques spécifiques liés au tabac pendant la grossesse, comme le risque d'avoir un bébé de faible poids ou prématuré. Il y a un intérêt à cesser de fumer quel que soit le stade de la grossesse (grade A).</p> <p>Les femmes qui fument ou qui ont récemment arrêté de fumer peuvent être orientées vers des consultations d'aide au sevrage tabagique. Les approches psychologiques et comportementales comme le conseil minimal, l'intervention brève constituée du conseil minimal suivi d'une information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac, l'entretien motivationnel permettent d'arrêter la consommation de tabac (grade B). Le recours au traitement substitutif nicotinique (TNS) peut être proposé à la femme enceinte pour arrêter le tabac plus facilement.</p> <p>L'éducation de la femme et de l'entourage en prévention du tabagisme passif auquel peut être exposé l'enfant après la naissance est recommandée.</p>
Coleman, 2007 (255)	<p>Femmes enceintes fumeuses</p> <p>Quand cela est possible, les femmes devraient tenter d'arrêter de fumer avant d'être enceinte et, si un médecin fournit un <i>counselling</i> avant la conception, alors l'arrêt du tabagisme devrait être une priorité. Le support comportemental, si possible délivré comme une composante d'un programme d'arrêt du tabac, en conjonction avec une pharmacothérapie (TNS, bupropion, varénicline) devrait être approprié avant la conception.</p> <p>Si une grossesse survient avant que l'abstinence ne soit obtenue, les femmes devraient être encouragées à stopper leur tabagisme le plus rapidement possible sans utiliser de pharmacothérapie, et les médecins devraient fournir un support comportemental aux patientes ou les adresser pour obtenir ce support de façon à maximiser leur taux de succès d'arrêt.</p> <p>Si le tabagisme continue en dépit de l'emploi des mesures ci-dessus, le médecin devrait considérer l'utilisation de TNS après une discussion avec la patiente des risques et bénéfices potentiels. La patiente devrait être informée que l'utilisation de TNS est moins nocive que de continuer à fumer ; mais qu'il n'y a pas de preuve que l'utilisation de TNS est efficace pour l'arrêt du tabac chez la femme enceinte.</p> <p>Le bupropion et la varénicline ne peuvent pas être recommandés pour l'arrêt du tabac chez la femme enceinte.</p> <p>Femmes enceintes qui utilisent déjà des pharmacothérapies pour arrêter de fumer</p> <p>Les médecins peuvent rencontrer des femmes qui sont déjà sous pharmacothérapie pour arrêter de fumer au moment où elles débutent une grossesse.</p> <p>Les femmes devraient être informées que l'efficacité des traitements nicotiniques de substitution pour arrêter de fumer durant la grossesse n'est pas connue mais que l'utilisation de TNS est moins nocive que de continuer à fumer.</p> <p>Elles devraient être incitées à faire leur propre choix de continuer ou stopper le traitement.</p> <p>Les femmes devraient être informées que l'efficacité du bupropion pour arrêter de fumer durant la grossesse n'est pas connue. Il devrait être conseillé aux femmes d'arrêter d'utiliser ce médicament parce qu'il y a une possibilité non démontrée qu'il puisse causer un avortement spontané.</p> <p>Les femmes devraient être informées que l'efficacité de la varénicline pour arrêter de fumer durant la grossesse n'est pas connue. Il devrait être conseillé aux femmes d'arrêter d'utiliser ce médicament parce qu'il n'y a pas de preuve permettant de juger qu'il est sans danger durant la grossesse.</p>

Année /Pays	Recommandations
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p>Interventions d'arrêt du tabagisme pour les femmes enceintes et qui allaitent</p> <p>Proposer à toutes fumeuses enceintes et toutes les fumeuses qui allaitent des sessions d'arrêt du tabac par un spécialiste ou un service dédié à l'arrêt du tabac (solidité des preuves =A).</p> <p>Tous les professionnels de santé doivent conseiller brièvement les fumeuses enceintes et les fumeuses qui allaitent d'arrêter de fumer (solidité des preuves =A).</p> <p>Les TNS peuvent être utilisés par les femmes enceintes et durant l'allaitement après qu'elles aient été informées et aient mesuré les risques et les bénéfices. Les TNS intermittents (par exemple, gomme, inhalateur, comprimés et pastilles) doivent être préférés aux patchs (solidité des preuves = C).</p>
RNAO, 2007 (94) Canada	<p>Recommandation 6</p> <p>Les infirmières mettent en place, dans la mesure du possible, une intervention approfondie auprès des femmes enceintes et de celles qui ont accouché (Grade A).</p>
US Department of Health and Human Services, 2008 (93) États-Unis	<p>Fumeuses enceintes</p> <p>À cause des risques importants du tabagisme pour la femme enceinte fumeuse et le fœtus, à chaque fois que c'est possible, les femmes enceintes fumeuses doivent bénéficier d'un entretien psychosocial en face à face qui dépasse le conseil bref d'arrêt du tabac (Grade A).</p> <p>Bien que l'abstinence la plus précoce du tabac durant la grossesse produise les bénéfices les plus importants au fœtus et à la mère, l'arrêt de la consommation de tabac à n'importe quel moment peut produire de bénéfices. Donc, les cliniciens devraient proposer des interventions efficaces aux femmes enceintes fumeuses à la première visite prénatale ainsi que tout au long de la grossesse (Grade B).</p>
US Preventive Services Task Force, 2010 (95) États-Unis	<p>Femmes enceintes quel que soit l'âge</p> <p>Il est recommandé que les cliniciens questionnent toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac et fournissent une action de <i>counselling</i> importante et adaptée pour celles qui fument. Recommandation Grade A.</p> <p>En ce qui concerne le <i>counselling</i>, pour les adultes (âge >=18 ans) et les femmes enceintes, la méthode des « 5A » fournit une stratégie intéressante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Questionner sur la consommation de tabac (Ask) ; 2. Conseiller d'arrêter à l'aide de messages personnalisés clairs (Advise) ; 3. Évaluer d'arrêter (Assess) ; 4. Aider à arrêter (Assist) ; 5. Assurer le suivi et le soutien (Arrange).
NICE, 2010 (109) Royaume-Uni	<p>Recommandation 1 : Identifier les femmes qui fument et les adresser à des « Stop Smoking Service » du NHS – actions pour les sages-femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Estimer l'exposition des femmes au tabac à travers une discussion et un test du taux de CO. Expliquer que le test du taux de CO va lui donner une mesure physique de son tabagisme et de son exposition au tabagisme des autres personnes et lui demander si une autre personne de sa famille fume. ▶ Aider à interpréter la lecture du test de CO, établir si elle est un petit fumeur ou un fumeur occasionnel. D'autres facteurs à considérer le jour du test sont l'instant de la dernière cigarette fumée et le nombre de cigarettes fumées (et quand) (note : les niveaux de CO chutent durant la nuit, et donc des lectures de test le matin peuvent donner des résultats faibles).

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Fournir des informations (par exemple, un dépliant) sur les risques du tabagisme durant la grossesse pour l'enfant à naître et les risques d'exposition au tabagisme passif pour la mère et l'enfant. Les informations doivent être disponibles dans des formats différents. ▸ Expliquer les bénéfices sur la santé de l'arrêt du tabac pour la femme et son bébé. Lui conseiller d'arrêter, pas juste de diminuer. ▸ Expliquer que c'est une pratique normale de s'adresser aux femmes qui fument pour les aider à arrêter et qu'une sage-femme spécialiste ou un conseiller l'appellera et lui proposera une aide (note : un conseiller spécialisé doit proposer cette aide pour minimiser le risque que la femme se désengage de cette démarche). ▸ Adresser toutes les femmes qui fument, ou qui ont arrêté de fumer lors des deux dernières semaines, aux services « <i>Stop Smoking</i> » du NHS. Si elles ont un haut niveau de CO (plus de 10 pm) mais disent qu'elles ne fument pas, suggérer un empoisonnement possible au CO leur recommander d'appeler la ligne gratuite du « <i>Health and Safety Executive gas safety</i> ». ▸ Organiser un rendez-vous et, si les femmes veulent parler à quelqu'un au téléphone à ce moment, donner le numéro de la ligne du NHS « <i>Pregnancy Smoking Helpline</i> ». Fournir aussi le numéro local d'une assistance téléphonique si elle est disponible. ▸ Si le partenaire ou d'autres personnes fument dans la famille, suggérer-leur qu'ils contactent les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS. Si personne ne fume, formuler un commentaire positif. ▸ Au prochain rendez-vous, évaluer si la femme s'est engagée dans cette orientation. Si non, lui demander si elle est intéressée pour arrêter de fumer et lui proposer un autre rendez-vous avec le service. ▸ Si elle accepte cette orientation, organiser un rendez-vous et donner le numéro de l'assistance téléphonique « <i>Pregnancy Smoking Helpline</i> » du NHS. ▸ Si elle décline la démarche, accepter la réponse sans jugement, et laisser ouverte la proposition d'aide. Souligner aussi l'aide flexible que beaucoup de services « <i>Stop Smoking</i> » du NHS propose aux femmes enceintes (par exemple, certains services proposent des visites à domicile). ▸ Si la démarche a été enclenchée, fournir un commentaire. ▸ Pour chacune des étapes ci-dessus, enregistrer le statut tabagique, les niveaux de CO, que l'orientation soit acceptée ou déclinée. Cela doit être enregistré dans le dossier papier de la femme. ▸ Si un dossier papier n'est pas disponible, utiliser des protocoles locaux pour enregistrer cette information. <p>Recommandation 2 : Identifier les femmes qui fument et les adresser à des « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS – actions pour les autres dans les secteurs publics, communautaires et bénévoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Utiliser n'importe quel rendez-vous ou réunion comme une opportunité pour demander aux femmes si elles fument. Si elles fument, expliquer comment les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS peuvent aider et conseiller les personnes à arrêter de fumer. ▸ Proposer à ceux qui veulent arrêter de fumer une orientation vers les « <i>Stop Smoking Service</i> » du NHS. ▸ Organiser une orientation. Enregistrer cela dans le dossier papier. Si aucun dossier papier n'est disponible localement, utiliser les protocoles locaux pour enregistrer cette information. ▸ Donner le numéro de la ligne du NHS « <i>Pregnancy Smoking Helpline</i> » si elles veulent parler à quelqu'un au téléphone à ce moment. Fournir aussi le numéro local d'une assistance téléphonique si elle est disponible. ▸ Le personnel avec une formation spécialisée devrait fournir aux femmes enceintes qui fument des informations (par exemple, un dépliant) sur les risques du tabagisme pendant la grossesse pour l'enfant à naître. Ils devraient aussi fournir des informations sur

Année /Pays	Recommandations
	<p>les risques de l'exposition au tabagisme passif pour la mère et le bébé et sur les bénéfices de l'arrêt du tabagisme. Les informations devraient être disponibles dans différents formats.</p> <p>Recommandation 3 : NHS <i>Stop Smoking Service</i> –contact téléphonique initial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Téléphoner à toutes les femmes adressées pour une aide. Discuter du tabagisme et de la grossesse et des problèmes auxquels elles font face, en utilisant une approche impartiale axée sur la patiente. Si nécessaire (et si les ressources le permettent), les appeler deux fois et effectuer un suivi avec une lettre. Informer la sage-femme du résultat. ▸ Tenter de voir celles qui ne peuvent pas être contactées par téléphone. Cela peut arriver durant une visite en routine de consultations prénatales. ▸ Résoudre tout problème qui empêche les femmes d'utiliser les services d'aide à l'arrêt du tabagisme. Cela peut inclure un manque de confiance dans leur capacité à arrêter de fumer, un manque de connaissance des services possibles, une difficulté pour y accéder ou une absence de prise en charge adéquate des enfants. Cela peut aussi inclure la peur d'échouer et des inquiétudes sur le fait d'être stigmatisée. ▸ Si les femmes sont réfractaires à se rendre à la clinique, fournir des outils d'auto-support ou de l'aide via l'assistance téléphonique. Offrir aussi de les rencontrer à la maison, s'il est difficile pour elles de se rendre dans des services spécialisés. ▸ Envoyer des informations sur le tabagisme et la grossesse à celles qui renoncent pendant l'appel téléphonique initial. Cela devrait inclure des détails sur la façon d'obtenir de l'aide à une date ultérieure. De telles informations devraient être accessibles aisément et disponibles dans des formats différents. <p>Recommandation 4 : NHS <i>Stop Smoking Service</i> – accompagnement initial et suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Pendant la première rencontre en face à face, discuter de la quantité de cigarettes fumées et de la fréquence. Demander si quelqu'un d'autre fume dans la famille (cela inclut le partenaire si elle en a un). ▸ Fournir des informations sur les risques du tabagisme pour un enfant à naître et les bénéfices de l'arrêt pour la mère et le bébé. ▸ Résoudre tout problème que la femme et son partenaire ou sa famille peuvent avoir par rapport à l'arrêt du tabagisme et fournir des informations personnalisées, des conseils et supports sur la façon d'arrêter. ▸ Si les partenaires ou d'autres membres de la famille sont présents à la première rencontre en face à face, encourager ceux qui fument à arrêter. S'ils fument mais ne sont pas présents à cette rencontre, demander à la femme enceinte de suggérer qu'ils contactent le <i>Stop Smoking Service</i> du NHS et lui fournir les détails des contacts. ▸ Fournir à la femme un soutien intensif et constant (les interventions courtes isolées sont peu efficaces) tout au long de la grossesse et au-delà. Cela inclut la surveillance régulière de son statut tabagique à l'aide des tests de niveaux de CO. Ce test peut l'encourager à arrêter de fumer et peut être un moyen utile de fournir un commentaire positif une fois qu'une tentative d'arrêt a été faite. ▸ Valider biochimiquement que la femme a arrêté de fumer à la date qu'elle a établie et 4 semaines plus tard. Quand cela est possible, utiliser des tests urinaires ou salivaires de dépistage de la cotinine, parce qu'ils sont plus précis que les tests de niveaux de CO et peuvent détecter des expositions sur les jours précédents plutôt que sur les heures précédentes. Demander si la femme utilise un TNS parce que cela peut augmenter ses taux de cotinine. ▸ Si la femme dit qu'elle a arrêté de fumer, mais que le test de taux de CO est supérieur à 10 ppm, informer-la d'un empoisonnement possible au CO et demandez lui d'appeler la ligne gratuite du « <i>Health and Safety Executive gas safety</i> ».

Année /Pays	Recommandations
	<p>Cependant, il est plus probable qu'elle continue à fumer et toute question doit être posée de façon adaptée pour encourager une discussion franche.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Si elle a arrêté de fumer dans les deux semaines précédant son rendez-vous à la maternité, continuer à fournir une aide, en lien avec les recommandations ci-dessus et les protocoles des « <i>NHS Stop Smoking Service</i> ». ▸ Enregistrer la méthode utilisée pour arrêter de fumer, incluant aide et soutien. Faire un suivi jusqu'à 12 mois après la date qu'elle a fixée pour arrêter. ▸ Établir des liens avec des services de contraception, fertilité et les services pré- et postnatals de façon à ce que toute personne qui travaille dans ces services connaisse les services locaux <i>Stop Smoking</i> du NHS. S'assurer qu'ils comprennent quels sont les services et la façon de leur adresser une personne. <p>Recommandation 5 : Utilisation de TNS et autres traitements pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Discuter les risques et les bénéfices des TNS avec les femmes enceintes qui fument, particulièrement celles qui ne désirent pas accepter d'autre aide des services « <i>Stop Smoking</i> » du NHS. Utiliser les TNS seulement si l'arrêt du tabac sans TNS a échoué. Si elles expriment un souhait clair de recevoir un TNS, utiliser un jugement professionnel quand il sera décidé de proposer une prescription. ▸ Prescrire un TNS seulement quand elles ont arrêté de fumer. Prescrire seulement deux semaines de TNS pour une utilisation qui débute le jour où elles sont d'accord pour arrêter. Donner des prescriptions supplémentaires seulement aux femmes qui ont démontré, après une réévaluation, qu'elles ne fument plus. ▸ Conseiller les femmes enceintes qui utilisent des patchs nicotiniques de les retirer avant d'aller se coucher. ▸ Ni la varénicline ni le bupropion ne devraient être proposés aux femmes enceintes ou qui allaitent. <p>Recommandation 6 : NHS <i>Stop Smoking Service</i> – Répondre aux besoins des femmes ayant des problèmes psychosociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ S'assurer que les services sont délivrés de façon impartiale, d'une façon centrée sur le patient. Ils doivent être adaptés aux circonstances difficiles que les femmes rencontrent. Ils doivent aussi prendre en compte d'autres facteurs sociodémographiques tels que l'âge et assurer que la prestation est culturellement pertinente. Cela inclut de clarifier la façon dont les femmes qui ne parlent pas l'anglais peuvent accéder et utiliser des services d'interprétariat. ▸ Impliquer les femmes dans le déroulement et le développement de services. ▸ S'assurer que les services sont flexibles et coordonnés. Ils doivent prendre place dans des lieux, et dans des temps, qui les rendent accessibles et doivent être construits pour rencontrer les besoins des personnes. ▸ Collaborer avec l'infirmière de famille et les autres intervenants sociaux pour identifier des opportunités supplémentaires pour fournir un soutien intensif et constant. ▸ Travailler en partenariat avec des agences qui soutiennent les femmes qui ont des besoins psychosociaux complexes. Cela inclut des services d'addictologie, des services qui soutiennent les grossesses des jeunes et des adolescentes et des services de santé mentale. <p>Recommandation 7 : Les partenaires et autres personnes qui fument dans l'entourage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Fournir des conseils clairs sur le danger du tabagisme passif pour la femme enceinte et le bébé – avant et après la naissance. ▸ Recommander de ne pas fumer autour de la femme enceinte, de la mère ou du bébé. Cela inclut de ne pas fumer dans la maison ou dans la voiture.

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> Proposer aux partenaires fumeurs de l'aide pour arrêter en utilisant une intervention à composante multiple qui comprend trois éléments ou plus et de multiples contacts. Discuter avec eux quelles options utiliser et dans quel ordre. Prendre en compte leurs préférences, les contre-indications, la probabilité qu'ils suivent le traitement, les expériences précédentes d'aide à l'arrêt au tabac. Ne pas favoriser un médicament sur un autre. Choisir celui qui semble avoir le plus de chance de réussir en prenant en compte l'option ci-dessus. <p>Recommandation 8 : Formations des intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantir que toutes les sages-femmes qui délivrent des interventions d'aide à l'arrêt du tabac (soutien en face à face ou en groupe – niveaux 2 et 3) sont formées aux mêmes standards que les conseillers <i>Stop Smoking</i> du NHS. Garantir que toutes les sages-femmes qui ne sont pas des conseillères spécialisées <i>Stop Smoking</i> soient formées à évaluer et enregistrer le statut tabagique des personnes et leur volonté d'arrêter de fumer. Elles doivent aussi connaître les risques sur la santé du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt, et comprendre pourquoi il peut être difficile d'arrêter. Elles doivent connaître les traitements qui peuvent aider les fumeurs à arrêter et comment adresser les fumeurs à des services locaux pour un traitement. Garantir que les sages-femmes et les conseillers spécialistes <i>Stop Smoking</i> du NHS qui travaillent avec les femmes enceintes : <ul style="list-style-type: none"> savent comment poser les questions d'une façon qui les encourage à être ouvertes au sujet de leur tabagisme ; recommandent toujours d'arrêter plutôt que de diminuer ; ont reçu une formation reconnue dans l'utilisation des testeurs de CO. Garantir que des interventions courtes (niveau 1) pour l'arrêt du tabac et intensives en face à face ou en groupe (niveaux 2 et 3) soient incorporées dans la formation de sage-femme et le développement professionnel continu des sages-femmes. Garantir que tous les professionnels qui travaillent avec les femmes enceintes soient formés aux mêmes techniques que celles requises pour les sages-femmes qui ne sont pas des conseillères spécialisées dans l'aide à l'arrêt au tabac. Garantir que tous les professionnels : <ul style="list-style-type: none"> connaissent les supports proposés par les services locaux du NHS <i>Stop Smoking</i> ; comprennent l'impact que le tabagisme peut avoir sur une femme et leur enfant à naître ; comprennent les dangers d'exposer une femme enceinte et l'enfant à naître et les autres enfants au tabagisme passif. Garantir que toute formation en relation avec le tabagisme et à la grossesse tienne compte : <ul style="list-style-type: none"> des obstacles que certains professionnels peuvent ressentir quand ils essaient de résoudre le tabagisme d'une femme enceinte ; du rôle important que les partenaires et les autres personnes peuvent jouer en aidant les femmes enceintes qui fument à arrêter de fumer.
American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011 (256) États-Unis	<p>Ces recommandations sont issues et adaptées des recommandations américaines de 2008 (93). La méthode des 5A est recommandée dans la pratique clinique pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer. La méthode des 5A inclut les étapes suivantes : Ask (questionner l'usage du tabac), Advise (conseiller d'arrêter de fumer), Assess (évaluer la motivation à l'arrêt du tabac), Assist (soutenir la tentative d'arrêt), Arrange (organiser le suivi).</p> <p>En raison des risques graves dus au tabagisme pour la femme enceinte fumeuse et le fœtus, à chaque fois que cela est possible, les femmes enceintes fumeuses devraient bénéficier d'interventions psychosociales en face à face qui vont plus loin que le simple conseil d'arrêter de fumer. Force des preuves=A.</p> <p>Bien qu'une abstinence précoce dans la grossesse produise les bénéfices les plus importants pour le fœtus et la mère,</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>arrêter le tabagisme à n'importe quel moment de la grossesse conduira à des bénéfices. Ainsi, les cliniciens devraient proposer des interventions efficaces aux femmes enceintes à la première consultation prénatale ainsi que tout au long de la grossesse. Force des preuves=B.</p> <p>Des outils supplémentaires pour l'utilisation de la méthode des 5A sont proposés dans cette recommandation.</p> <p><i>Ask :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • programmer un rappel dans le dossier médical informatisé pour dépister l'utilisation de tabac ; • utiliser une question adaptée pour demander au patient son statut tabagique ; • enregistrer le statut tabagique comme signe vital dans le dossier de la patiente. <p><i>Advise :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • fournir des outils d'éducation spécifiques à la grossesse sur les risques pour la santé et les bénéfices de l'arrêt pour la mère et l'enfant. <p><i>Assess :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un calendrier pour aider la patiente à choisir une date d'arrêt ; • si la patiente n'est clairement pas disposée à arrêter de fumer, fournir une intervention motivationnelle (5R). <p><i>Assist :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • rédiger une « prescription pour arrêter » incluant une date d'arrêt et des ressources pour arrêter le tabagisme ; • faxer une orientation vers une ligne d'arrêt quand la patiente est dans le cabinet ; • signer un contrat d'arrêt avec la patiente ; • fournir un carnet ou une application téléphonique pour enregistrer les éléments déclencheurs du tabagisme avant l'arrêt ou des problèmes ou succès après l'arrêt ; • pratiquer un dialogue que la patiente peut utiliser en famille et avec des amis. <p><i>Arrange :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • programmer un rappel dans votre logiciel métier pour suivre le statut tabagique à chaque consultation prénatale ; • envoyer une lettre de félicitations si la patiente a arrêté de fumer. <p>Il a été établi dans les recommandations de 2008 (93) que les interventions motivationnelles étaient efficaces : force des preuves=B. Les auteurs recommandent donc la méthode des 5R : <i>Relevance</i> (pertinence de l'arrêt du tabac), <i>Risks</i> (risques), <i>Rewards</i> (bénéfices), <i>Roadblocks</i> (obstacles), <i>Repetition</i> (répétition).</p> <p><i>Relevance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • encourager la patiente à discuter les raisons pour lesquelles il pourrait être intéressant qu'elle arrête de fumer ; • l'aider à identifier ses facteurs de motivation. <p><i>Risks :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s'assurer que la patiente comprend les risques pour sa santé et la santé de son nouveau-né si elle continue de fumer ; ▪ lui demander d'identifier des conséquences négatives possibles. <p><i>Rewards :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ demander à la patiente de décrire comment le fait d'arrêter le tabagisme peut lui bénéficier ainsi qu'à sa famille. <p><i>Roadblocks :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assurer la patiente qu'un soutien est disponible pour l'aider à surmonter les obstacles tels que les syndromes de sevrage, le gain de poids, la présence d'un autre fumeur à la maison et les conséquences émotionnelles ; ▪ des stratégies de résolution de problèmes et des outils, incluant des informations, peuvent être appliquées lorsque les

Année /Pays	Recommandations
	<p>obstacles ont été identifiés.</p> <p><i>Repetition :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ évaluer à chaque consultation si la patiente a changé d'avis sur la mise en œuvre d'une tentative d'arrêt ; ▪ dire à la patiente qui a essayé d'arrêter de fumer et qui a rechuté que la plupart des personnes font plusieurs tentatives d'arrêt avant d'arrêter avec succès, qu'elle peut apprendre de tentatives répétées et que chaque nouvelle tentative augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme ; ▪ lorsque qu'une patiente ne répond pas favorablement à l'intervention 5R, il peut être utile de fournir des informations sur la façon d'être aidée si elle change d'avis. <p>Interventions pharmacologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les patientes enceintes devraient essayer d'arrêter de fumer sans utiliser de pharmacothérapie. Il a été démontré que l'approche des 5A est une stratégie comportementale efficace pour l'arrêt du tabagisme ; – l'efficacité et l'innocuité des aides pharmacologiques pour les femmes enceintes, telles que les TNS, le bupropion et la varénicline, n'ont pas été suffisamment explorées et ces médicaments ne devraient pas être utilisés en première intention dans une stratégie d'arrêt du tabagisme chez les femmes enceintes. Les preuves ne permettent pas de conclure que les médicaments d'aide à l'arrêt au tabac augmentent le taux d'abstinence chez les femmes enceintes. De plus, des essais cliniques américains avec une puissance statistique suffisante ont été arrêtés à cause de problèmes d'innocuité ; – si une pharmacothérapie est envisagée pour les femmes enceintes qui ne parviennent pas à arrêter de fumer par d'autres moyens, il est important que la femme enceinte fasse preuve d'une résolution à arrêter de fumer et comprenne les bénéfices et les risques de l'utilisation du médicament pour elle-même et le fœtus. Les cliniciens devraient examiner attentivement les renseignements à l'intention du patient, le profil d'effets indésirables des médicaments, et les informations à jour de la littérature médicale quand ils recommandent des aides pharmacologiques. Puisque les antidépresseurs, tels que le bupropion, comportent des risques d'effets indésirables incluant un risque augmenté de suicide, d'insomnie et de rhinite, les femmes enceintes qui choisissent d'utiliser des médicaments d'aide à l'arrêt du tabagisme devraient être étroitement suivies.
<p>New Zealand Guidelines Group, 2012 (238) Nouvelle-Zélande</p>	<p>L'arrêt du tabagisme pendant la grossesse et l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> - arrêter de fumer durant la grossesse peut être bénéfique pour le fœtus et la mère ; - les fabricants ne recommandent pas les TNS ; cependant, l'utilisation de TNS est moins dangereuse que le tabagisme ; - les femmes enceintes peuvent utiliser des TNS après qu'elles aient été informées et aient mesuré les risques et les bénéfices. Des TNS à action rapide (par exemple, gommes, inhalateurs, comprimés, pastilles) devraient être préférés aux timbres transdermiques ; - les TNS peuvent être utilisés par les femmes qui allaitent ; - la varénicline, le bupropion, et la nortriptyline ne sont pas recommandés pour l'arrêt du tabagisme chez la femme enceinte.

8.2 Post-partum

► Données de la littérature

Études observationnelles

L'étude de Solomon *et al.* en 2007 (257) (niveau de preuve 3) avait pour objectif d'identifier les facteurs prédictifs de la rechute du tabagisme en période de *post-partum*. Les participantes de cette étude pilote ont été recrutées dans quatre services obstétriques de Burlington (États-Unis). Le statut tabagique des femmes était confirmé par des tests urinaires. Les circonstances de la rechute étaient explorées à l'aide de questionnaires. Des régressions logistiques pas à pas ont permis d'identifier les facteurs prédictifs de la rechute durant la période de *post-partum*. Un total de 87 femmes qui avaient arrêté de fumer pendant leur grossesse a participé à cette étude pilote. Quarante-huit pour cent d'entre elles ont rechuté pendant la période de *post-partum* (à 6 mois). Comparativement aux femmes qui n'avaient pas rechuté, les femmes qui avaient rechuté à 6 mois étaient plus jeunes (24 ans vs. 26 ans, $p=0,04$), étaient moins souvent couvertes par une assurance privée (33 % versus 60 %, $p=0,02$), fumaient plus de cigarettes quotidiennement avant la grossesse (15,2 versus 10,1, $p=0,001$), étaient moins abstinentes lors de la première visite prénatale (43 % versus 63 %, $p=0,02$), avaient plus souvent un entourage fumeur au domicile (69 % versus 38 %, $p=0,04$). Les femmes qui avaient rechuté présentaient à la fin de la grossesse des scores plus élevés sur l'échelle de dépression de Beck (8,9 versus 6, $p=0,02$) et sur une échelle de stress (5,2 versus 3,8, $p=0,02$). Des analyses multivariées ont révélé que les facteurs suivants étaient significativement associés aux rechutes au cours du *post-partum* : avoir plus souvent un entourage fumeur au domicile (plusieurs versus aucun ou peu : $OR=3,24$, $IC95\%=[1,13-9,27]$), fumer plus avant la grossesse ($OR=1,66$ $IC95\%=[1,14-2,43]$ pour une augmentation de 5 cigarettes/jour), avoir des scores de dépression plus élevés à la fin de la grossesse ($OR=1,21$, $IC95\%=[1,06-1,38]$), avoir des soucis plus importants au sujet de son poids ($OR=0,76$, $IC95\%=[0,62-0,93]$, pour une augmentation de 1 sur une échelle de 0 à 10). Parmi toutes les femmes qui avaient rechuté, 31 % avaient rechuté durant les 30 premiers jours du *post-partum*, 39 % entre le premier et le troisième mois du *post-partum* et 31 % entre le troisième et le sixième mois du *post-partum*. Quarante-six pour cent des femmes rapportaient qu'elles n'avaient pas programmé de recommencer à fumer, et 45 % allaitaient encore au moment de la rechute. Au moment de la rechute, 64 % des femmes se trouvaient à côté de quelqu'un qui fumait, 67 % ressentait des émotions négatives fortes (stress, anxiété, colère, frustration), 23 % des femmes consommaient de l'alcool et 13 % du café.

Interventions de prévention de la rechute

Voir tableau 62.

La revue de littérature de Levitt *et al.* en 2007 (258) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions qui préviennent la rechute, augmentent les taux d'abstinence et réduisent le tabagisme chez les femmes en *post-partum*. Cinq publications basées sur trois essais contrôlés randomisés ont été identifiées par les auteurs. Une étude à Vancouver se déroulait au sein d'un hôpital, une étude à Portland se déroulait au cabinet des pédiatres, une étude à Stockholm se déroulait dans des centres de santé pour enfant. **Aucun bénéfice des interventions incluant des outils de conseils et du *counselling* sur la prévention de la rechute, le taux d'abstinence et la réduction du tabagisme n'a été mis en évidence. Les trois études retenues étaient hétérogènes et ne répondaient pas aux mêmes objectifs.**

La revue de la littérature de Hoedjes *et al.* en 2010 (259) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions sur le style de vie pendant la période du *post-partum* pour perdre du poids, arrêter de fumer, et prévenir la rechute à l'attention des femmes ayant eu des grossesses compliquées avec une pré-éclampsie, un retard de croissance intra-utérin et/ou un diabète gestationnel. Les interventions considérées pouvaient durer de 1 jour à 1 an après

l'accouchement. Aucune étude ne répondait aux critères d'inclusion (pas d'étude spécifique sur des interventions à l'attention des femmes ayant eu des grossesses compliquées par une pré-éclampsie, un retard de croissance intra-utérin et/ou un diabète gestationnel). Cependant, 21 études sur les interventions concernant le style de vie durant la période du *post-partum* ont été identifiées par les auteurs (14 études étaient menées aux États-Unis, 2 en Allemagne, 1 en Finlande, 1 en Suède, 2 au Canada, 1 au Brésil). Parmi ces études, 6 interventions (sur 8) sur la perte de poids, 4 interventions (sur 5) sur l'arrêt du tabagisme et 4 interventions (sur 8) sur la prévention de la rechute étaient considérées comme pertinentes par les auteurs. **Les auteurs ont identifié les éléments suivants comme étant efficaces pour l'arrêt du tabagisme et la prévention de la rechute : visites à domicile, *counselling* individuel en face à face, *counselling* téléphonique. Les participants et les interventions étaient différents selon les études et empêchaient la mise en œuvre de méta-analyses.**

► Avis du groupe de travail

Il existe un risque élevé de rechute en *post-partum* des femmes sevrées pendant la grossesse qu'il faut anticiper.

► Recommandations

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 Recommandations 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>
----	---

Tableau 62. Efficacité des interventions de prévention de la rechute, d'arrêt du tabagisme, de réduction du tabagisme, durant la période du *post-partum* – Revue de la littérature

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Levitt <i>et al.</i>, 2007 (258) niveau de preuve=3	Revue de la littérature d'essais contrôlés randomisés	Évaluer l'efficacité des interventions de prévention du tabagisme, d'arrêt du tabagisme, de réduction du tabagisme durant la période du <i>post-partum</i>	Base de données : MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library Recherche la plus récente : 2005 Femmes en <i>post-partum</i>	Rechute Abstinence auto-déclarée et mesurée (monoxyde de carbone et cotinine)	3 essais inclus (5 publications) Essai 1 : Portland, cabinet des pédiatres n=2 091 femmes qui fumaient le mois précédent leur grossesse ; âge moyen=43 ans. Groupe d'intervention : 1 602 femmes ont reçu conseil bref + documents écrits à l'occasion de 4 entretiens (2-3 semaines, 2 mois, 3 mois et 6 mois). Groupe contrôle : 1 219 femmes ont reçu une intervention minimale sur le tabagisme passif. L'intervention intensive pour aider les femmes à arrêter de fumer durant la période du <i>post-partum</i> n'était pas efficace. Essai 2 : Vancouver, hôpitaux n=251 femmes qui étaient fumeuses avant leur grossesse et qui ont arrêté durant leur grossesse ; âge moyen =27,6 ans. Groupe d'intervention : 125 femmes ont bénéficié d'un entretien de <i>counselling</i> (par des infirmières) en face à face à la naissance, suivi de 8 entretiens de <i>counselling</i> par téléphone durant les 3 premiers mois de <i>post-partum</i> . Groupe contrôle : 126 femmes ont reçu un traitement standard.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>L'intervention intensive de soutien n'était pas efficace pour empêcher la rechute de certaines femmes et retardait simplement les rechute pour les autres femmes, mais l'intervention avait fourni aux femmes des compétences et une confiance en soi (efficacité personnelle).</p> <p>Essai 3 : Stockholm, centres de santé n=41 femmes fumeuses Groupe d'intervention : 26 femmes ont bénéficié d'une intervention « <i>Smoke Free Children</i> » de la part d'infirmières formées pour augmenter l'efficacité personnelle. Groupe contrôle : 15 femmes ont reçu une prise en charge par des infirmières non formées, cette étude ne permettait pas de conclure (résultats peu concluants).</p> <p>Limites : les trois études retenues étaient hétérogènes et ne répondaient pas aux mêmes objectifs.</p>
Hoedjes et al., 2010 (259) niveau de preuve=3	Revue de la littérature	Évaluer l'efficacité des interventions sur le style de vie pendant la période du <i>post-partum</i> pour perdre du poids, arrêter de fumer, et prévenir la rechute	Bases de données : PubMed, EMBASE, Web of Science, PsycINFO, CINHALL Recherche la plus récente : mai 2010 Femmes ayant eu des grossesses compliquées par une	Perte de poids Rechute	<p>Aucune étude sur des interventions à l'attention des femmes ayant eu des grossesses compliquées par une pré-éclampsie, un retard de croissance intra-utérin et/ou un diabète gestationnel</p> <p>21 études sur les interventions concernant le style de vie durant la période du <i>post-partum</i> (19 ECR, 1 étude de cohorte prospective ; 1 étude prospective avec 2</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			pré-éclampsie, un retard de croissance intra-utérin et/ou un diabète gestationnel		<p>groupes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 8 interventions sur la perte de poids ; – 5 interventions sur l'arrêt du tabagisme ; – 8 interventions sur la prévention de la rechute. <p>14 études étaient menées aux États-Unis, 2 en Allemagne, 1 en Finlande, 1 en Suède, 2 au Canada, 1 au Brésil.</p> <p>6 interventions (sur 8) sur la perte de poids, 4 interventions (sur 5) sur l'arrêt du tabagisme et 4 interventions (sur 8) sur la prévention de la rechute étaient considérées comme efficaces par les auteurs.</p> <p>Les auteurs ont identifié les éléments suivants comme étant efficaces pour l'arrêt du tabagisme et la prévention de la rechute : visites à domicile, <i>counselling</i> individuel en face à face, <i>counselling</i> téléphonique.</p> <p>Limites : les participants et les interventions étaient différents selon les études et empêchaient la mise en œuvre de méta-analyses.</p>

8.3 Allaitement

► Données de la littérature

Effet protecteur de l'allaitement par rapport aux risques dus au tabagisme passif (67,69,70)

Plus la durée de l'allaitement est courte, plus le risque d'apparition de maladies infantiles est élevé. Les études sur l'impact du tabagisme maternel sur l'allaitement indiquent que le tabagisme maternel réduit considérablement la durée d'allaitement au sein, sans doute pour éviter d'exposer le nourrisson aux toxiques pouvant passer par le lait maternel.

Or, les études montrent que l'allaitement aurait un effet protecteur même si la mère fume.

Les études montrent que, alors que le tabagisme passif aggrave les symptômes et le pronostic de la bronchiolite, l'allaitement maternel peut avoir un effet protecteur même pour un enfant exposé au tabagisme passif.

Il en est de même pour l'asthme : le risque d'asthme diminue significativement chez les enfants allaités au sein et exposés au tabagisme passif (RR : 0,59 ; IC 95 % : 0,37-0,94, si l'allaitement est inférieur à 4 mois) par rapport aux enfants exposés au tabagisme passif mais non allaités. L'effet est un peu plus important si la durée d'allaitement est plus longue (RR : 0,53 ; IC 95 % : 0,33-0,86, si l'allaitement est supérieur à 4 mois).

Concernant les coliques du nourrisson, le risque est augmenté en cas de tabagisme maternel mais l'allaitement maternel semble réduire ce risque.

Enfin, il semble que l'allaitement maternel puisse modifier les effets néfastes du tabagisme pendant la grossesse sur le développement cognitif.

L'effet néfaste du tabagisme sur le nourrisson par exposition active (par le lait) et par exposition passive (inhalation de la fumée du tabac par le nourrisson) peut être contrebalancé par l'effet protecteur de l'allaitement maternel, d'autant plus que l'allaitement sera de longue durée.

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) (niveau de preuve 2).

► Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 63

► Avis du groupe de travail

Accord avec les données de la littérature et les recommandations.

► Recommandations

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

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.

Tableau 63. Allaitement - Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année /Pays	Recommandations
ANAES, 2004 (260) France	<p>Question 5</p> <p>Lors de la prise en charge périnatale, il importe, au-delà de la thérapeutique bien codifiée des complications maternelles et néonatales liées au tabagisme, de repérer les femmes qui continuent de fumer jusqu'à l'accouchement et au décours de celui-ci sans les culpabiliser.</p> <p>À son arrivée à la maternité, la mesure du taux de CO chez une femme qui a continué de fumer tout au long de sa grossesse peut permettre de renforcer la vigilance des professionnels de la naissance pour diagnostiquer, prévenir ou traiter précocement des complications maternelles et/ou néonatales.</p> <p>Les professionnels de la naissance doivent être convaincus de leur rôle dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la promotion de l'allaitement maternel dans tous les cas, y compris chez les mères fumeuses ou sous TNS ; - la valorisation de la capacité de ces femmes à être mères ; - l'information sur les aides à l'arrêt du tabac, pour la mère mais aussi pour le père s'il est fumeur ; - l'initiation encore possible de l'arrêt du tabac chez les parents au décours de l'accouchement, afin d'éviter l'exposition du nouveau-né au tabagisme passif.
NICE, 2008 (91) Royaume-Uni	<p>Recommandation 9 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au premier contact avec la femme, discuter son statut tabagique, fournir une information sur les risques du tabagisme passif pour les jeunes enfants et aborder toutes les questions sur l'arrêt du tabac. - Proposer des informations, conseils et soutien sur la façon d'arrêter le tabagisme et encourager l'utilisation (ou le recours) aux services locaux « <i>Stop Smoking</i> » du NHS en fournissant des informations sur leurs accès (quand, où et comment). - Utiliser toute opportunité pour proposer à ces mères, qui sont (ou pourraient être) éligibles pour le « <i>Healthy start scheme practical and personalised information</i> », des conseils et un soutien pour les aider à arrêter de fumer. - Discuter des risques et bénéfices du TNS avec les mères qui allaitent et qui ont essayé d'arrêter de fumer mais qui n'ont pas été capables d'arrêter de fumer sans aide. Utiliser un jugement professionnel pour décider de conseiller ou non l'utilisation de TNS ou de proposer une prescription de TNS. - Conseiller les femmes qui allaitent et qui utilisent des patches nicotiniques de les retirer avant d'aller au lit.
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p>Interventions d'arrêt du tabagisme</p> <p>Pour les femmes enceintes et qui allaitent</p> <p>Proposer à toutes fumeuses enceintes et toutes les fumeuses qui allaitent des sessions d'arrêt du tabac par un spécialiste ou un service dédié à l'arrêt du tabac (solidité des preuves =A).</p> <p>Tous les professionnels de santé doivent conseiller brièvement aux fumeuses enceintes et aux fumeuses qui allaitent d'arrêter de fumer (solidité des preuves =A).</p> <p>Les TNS peuvent être utilisés par les femmes enceintes et durant l'allaitement après qu'elles aient été informées et aient mesuré les risques et les bénéfices. Les TNS intermittents (par exemple, gomme, inhaler, microtab et losange) doivent être préférés aux patchs (solidité des preuves = C).</p>

Année /Pays	Recommandations
The Royal Australian College of General Prac- titionners (RACGP), 2007 (96) Australie	Le TNS est indiqué pour tous les groupes particuliers.
KCE, 2004 (146) Belgique	Le bupropion est contre-indiqué chez les patients de moins de 18 ans, pendant la grossesse ou l'allaitement ou pour les personnes souffrant d'épilepsie ou ayant des antécédents de convulsion.

8.4 Maladie cardio-vasculaire

► Données de la littérature

Voir tableau 64.

La revue de littérature de Barth *et al.* en 2008 (261) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des stratégies d'interventions psychosociales visant à l'arrêt du tabac chez des patients présentant une maladie coronarienne. Les interventions considérées étaient les suivantes : intervention comportementale, soutien téléphonique et matériel d'auto-soutien. L'abstinence était auto-déclarée (pour neuf essais) ou mesurée (pour sept essais : mesure du CO, test salivaire, validation biochimique) à au moins 6 mois. Le critère de jugement était dichotomique (abstinence versus tabagisme). Toutes les études évaluaient l'abstinence à 12 mois après le début de l'intervention, à l'exception de deux qui évaluaient l'abstinence jusqu'à 6 mois. Deux essais évaluaient l'abstinence jusqu'à 5 ans. Sept des 16 essais validaient l'abstinence par une mesure. Dans le cadre d'une méta-analyse, un effet positif des interventions sur l'abstinence (entre 6 et 12 mois) était rapporté : OR=1,66, IC95 %=[1,25-2,22]. Les odds ratios pour les différentes stratégies étaient équivalents et autour de 1,5 (interventions comportementales : OR=1,69, IC95 %=[1,33-2,14] / soutien téléphonique : OR=1,58, IC95 %=[1,28-1,97] / matériel d'auto-soutien : OR=1,48 IC95 %=[1,11-1,96]). Les interventions plus intenses (avec un des contacts de suivi) présentaient des chances d'arrêt supérieures (OR=1,98, IC95 %=[1,49-2,65]), tandis que les interventions brèves (sans suivi) ne présentaient pas d'effet significatif (OR=0,92, IC95 %=[0,7-1,22]). Les études étant hétérogènes, les résultats des RR communs sont à interpréter avec précaution.

La revue de littérature de Critchley et Capewell en 2012 (79) avait pour objectif d'évaluer l'importance de la réduction du risque quand un patient affecté par une maladie coronarienne arrête de fumer. Les auteurs ont retenu 20 études de cohorte dans leur revue de la littérature. Les cohortes retenues étaient caractérisées par un suivi d'au moins 2 ans. Les risques relatifs de mortalité toutes causes confondues pour les fumeurs qui arrêtaient de fumer comparativement à ceux qui avaient continué à fumer variaient selon les études de 0,34 à 0,93. Dans le cadre d'une méta-analyse, l'arrêt du tabagisme était associé à une réduction du risque de mortalité toutes causes confondues parmi les patients atteints de maladies coronariennes : le risque relatif commun était de 0,64 (IC95 %=[0,58-0,71]). Les auteurs ont conclu que l'arrêt du tabagisme après une maladie cardiaque grave pouvait diminuer le risque de décès d'un tiers.

► Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 65.

Les recommandations du CCS (*Canadian Cardiovascular Society*), du NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence* – Royaume-Uni), du MoH (*Ministry of Health* – Nouvelle-Zélande), et du NPS RADARD (*National Prescribing Service Rational Assessment of Drugs and Research* - Australie) ont suggéré que le bupropion, la varénicline et les TNS ont tous les trois une place dans le traitement des patients présentant des maladies cardio-vasculaires stabilisées. Le NPS RADARD s'est intéressé uniquement à la varénicline et recommandait d'envisager d'autres options par les professionnels de santé pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires.

► Avis du groupe de travail

La sensibilisation des professionnels de soins aux effets du tabagisme chez les patients atteints de maladie cardio-vasculaire est un élément déterminant.

► **Recommandations**

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.

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 nicotiniques 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

Tableau 64. Arrêt du tabac chez les sujets avec des antécédents de maladies cardio-vasculaires. Revues systématiques et méta-analyses.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Critchley et Capewell, 2012 (79) Niveau de preuve=2	Revue de la littérature d'études de cohorte prospectives Méta-analyse	Estimer l'importance de la réduction du risque quand un patient affecté par une maladie coronarienne arrête de fumer.	Base de données : MEDLINE, EMBASE, Science Citation Index, Cochrane Controlled Trial Register, CINHALL, Psychlist, Dissertation Abstract Recherche la plus récente : avril 2003 Patients atteints d'une maladie coronarienne (antécédents d'infarctus du myocarde ou angor instable) Groupe de comparaisons : personnes qui ont continué de fumer ; ce groupe est comparé à ceux qui ont arrêté de fumer pendant le suivi.	Taux de mortalité Événement cardio-vasculaire mortel ou non	20 études retenues. n=12 603 (5 659 personnes ayant arrêté de fumer et 6 944 personnes ayant continué de fumer pendant le suivi). Les risques relatifs de mortalité toutes causes confondues pour les fumeurs qui arrêtaient de fumer comparativement à ceux qui avaient continué de fumer varient entre les études de 0,34 à 0,93. Méta-analyse Il y avait une diminution de 36 % du risque relatif brut de mortalité pour les fumeurs qui arrêtaient de fumer comparativement à ceux qui continuaient (20 études, n=12 603, RR=0,64 IC95 % 0,58-0,71). Limites de cette revue de la littérature : un <i>funnel plot</i> suggérait un biais probable de publication. Seules 6 études étaient de bonne qualité. Un certain nombre d'études n'intégraient pas de possibles facteurs de confusion, et comportaient une mauvaise classification du statut tabagique.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					Cette revue ne permettait pas d'estimer la vitesse de diminution du risque de mortalité.
Barth et al., 2008 (261) Niveau de preuve=2	Revue systématique Cochrane d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	Évaluer l'efficacité des stratégies d'interventions psychosociales visant à l'arrêt du tabac des patients présentant une maladie coronarienne. Quatre objectifs spécifiques : 1) Examiner l'efficacité des interventions psychosociales à court terme (6 à 12 mois de suivi) et à long terme (plus de 12 mois) ; 2) Comparer les différents types d'interventions psychosociales chez ces patients ; 3) Étudier la relation dose-réponse : des interventions de courte durée sont-elles aussi efficaces que des interventions plus intenses ? 4) Examiner les facteurs prédictifs de l'efficacité du traitement d'arrêt au tabac inhérent à la méthode d'intervention choisie.	Bases de données : CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, PSYINDEX Recherche la plus récente : août 2003 ECR. Les études concernaient : a) des interventions psychosociales versus aucune intervention ; b) des interventions psychosociales versus d'autres interventions psychosociales ; c) des interventions psychosociales versus des interventions psychosociales similaires mais de moindre intensité. Patients fumeurs	Abstinence mesurée au moins 6 mois après le début du traitement. L'abstinence était auto-déclarée (pour 9 essais) ou mesurée (pour 7 essais : mesure du CO, test salivaire, validation biochimique) à au moins 6 mois. Le critère de jugement était dichotomique (abstinence versus tabagisme). Toutes les études évaluaient l'abstinence à 12 mois après le début de l'intervention, à l'exception de deux qui évaluaient l'abstinence jusqu'à 6 mois. Deux essais évaluaient l'abstinence jusqu'à 5 ans. Sept des 16 essais validaient l'abstinence par une mesure.	16 ECR Inclus (n=2677) Méta-analyse Effet positif des interventions sur l'abstinence (entre 6 et 12 mois) : 16 essais, n=2677 OR=1,66 IC95 % [1,25-2,22] (forte hétérogénéité des études : I ² =65 %). Effet positif des interventions comportementales sur l'abstinence (entre 6 et 12 mois) : 10 essais, n=1610 OR=1,69 IC95 % [1,33-2,14] (I ² =24 %). Effet positif du soutien téléphonique sur l'abstinence (entre 6 et 12 mois) : 11 essais, n=1635 OR=1,58 IC95 % [1,28-1,97] (I ² =10 %). Effet positif du matériel d'auto-support sur l'abstinence (entre 6 et 12 mois) : 11 essais, n=2166 OR=1,48 IC95 % [1,11-1,96] (forte hétérogénéité des études : I ² =56 %). Les interventions plus intenses pré-

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			présentant une maladie corona-rienne		<p>sentaient des taux d'arrêt supérieurs (12 essais, n=1844, OR=1,98 IC95 % [1,49-2,65]) tandis que les interventions brèves ne présentaient pas d'effet significatif (4 essais, n=833, OR=0,92 IC95 % [0,7-1,22]).</p> <p>Les interventions plus intenses présentaient des taux d'arrêt supérieurs : OR=1,98 IC95 % [1,49-2,65] ($I^2=56\%$). tandis que les interventions brèves ne présentaient pas d'effet significatif OR=0,92 IC95 % [0,7-1,22] ($I^2=0\%$).</p> <p>Les auteurs ont conclu par les implications suivantes pour la pratique : Après un accident cardiaque, 30 à 50 % des fumeurs (affectés par une maladie coronarienne) abandonnaient le tabac sans l'aide d'un professionnel. Des interventions psychosociales supplémentaires généraient un taux d'abandon du tabac supérieur à ceux observés dans le cas d'une prise en charge classique. Les interventions visant à l'arrêt du tabac des personnes affectées par une maladie coronarienne devraient durer plus d'un mois. Les interventions de courte durée n'étaient pas efficaces. L'effet global des interventions psychosociales visant à l'arrêt du tabagisme</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>des patients atteints de maladie coronarienne peut s'exprimer par le nombre nécessaire de sujets à traiter pour éviter un événement (NNT). Cette étude donnait un NNT=9,7 ; ce qui signifie qu'environ 10 patients doivent bénéficier de l'intervention pour qu'une personne devienne abstinente après un an.</p> <p>Limites de cette revue de la littérature : un <i>funnel plot</i> suggérait un biais probable de publication, les études étaient hétérogènes et donc les RR communs sont à interpréter avec précaution.</p>
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (CADTH), 2012 (262) Canada Niveau de preuve = 3	<p>Revue CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health)</p> <p>Revue de la littérature non systématique</p>	<p>1. Évaluer l'efficacité des interventions pharmacologiques d'arrêt du tabac pour les patients atteints de maladies cardiovasculaires.</p> <p>2. Identifier les recommandations basées sur les preuves concernant les interventions pharmacologiques d'arrêt du tabac pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires.</p>	<p>Base de données : PubMed, Cochrane Library (n° 4, 2012), University of York Centre for Reviews and Dissemination (CRD) databases, Agences canadiennes et internationales de technologie en santé.</p> <p>Articles publiés entre le 1^{er} janvier 2007 et le 16 avril 2012.</p>	<p>Complications</p> <p>Recommandations sur les indications et utilisations</p>	<p>1 revue systématique avec méta-analyse, 7 ECR (1 sur la varénicline, 3 sur le bupropion, 3 sur les TNS), 1 étude non randomisée rétrospective, 5 recommandations (1 canadienne, 1 australienne, 2 néo-zélandaises et 1 anglaise).</p> <p>Revue systématique</p> <p>Les données analysées étaient insuffisantes pour pouvoir conclure sur l'innocuité des thérapies pharmacologiques pour l'aide à l'arrêt au tabac chez les patients cardiaques.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>Fumeurs présentant des maladies cardio-vasculaires :</p> <p>Maladie ischémique</p> <p>Syndrome coronarien aigu</p> <p>Angine stable</p> <p>Angine instable</p> <p>Hypertension</p> <p>Antécédent d'AVC</p>		<p>Études</p> <p>L'efficacité du bupropion, de la varénicline et des TNS chez les patients atteints de maladies cardio-vasculaires a été évaluée par des ECR bien menés et des revues systématiques. Cependant, la majorité de ces études n'étaient pas spécifiquement conçues pour évaluer l'innocuité des pharmacothérapies d'aide à l'arrêt du tabagisme ; cela aurait nécessité des effectifs plus importants et des durées de suivi plus longues. Il n'y avait pas d'essai comparatif ou de comparaison indirecte des différents traitements pour l'aide à l'arrêt du tabagisme. Globalement, il y avait une incertitude sur l'innocuité relative de la varénicline, du bupropion et d'un TNS chez les patients atteints de diverses formes de maladies cardio-vasculaires.</p> <p>Textes des recommandations</p> <p>CANADIAN CARDIOVASCULAR SOCIETY</p> <p>TNS : l'innocuité de l'utilisation de TNS chez les patients cardiaques a été établie dans des cadres divers. Les preuves que les TNS sont sans danger pour les fumeurs avec des syndromes coronariens aigus s'accumulent ; ils peuvent être re-</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>commandés durant un séjour hospitalier si le fumeur connaît de sérieux symptômes de sevrage et est incapable de s'abstenir de fumer.</p> <p>Bupropion : le bupropion double le taux d'arrêt du tabagisme comparativement au placebo ; son innocuité et son efficacité ont été démontrées dans le traitement des fumeurs avec des maladies cardio-vasculaires.</p> <p>Varénicline : la varénicline est efficace chez les fumeurs présentant des maladies cardio-vasculaires.</p> <p>MOH (texte de 2 recommandations)</p> <p>TNS : les TNS peuvent être fournis aux personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires ; un ajustement du dosage étant requis. Quand les personnes ont subi un événement cardio-vasculaire grave (par exemple un infarctus du myocarde ou un AVC) dans les deux dernières semaines ou bien ont une maladie peu contrôlée, les traitements doivent être discutés avec un médecin. Les produits oraux de TNS sont recommandés (plutôt que des timbres transdermiques) pour de tels patients.</p> <p>Bupropion : Traitement adapté, si approprié. Le bupropion peut être utilisé par les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires et respira-</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>toires stabilisées.</p> <p>Varénicline : traitement adapté, si approprié. Il n'y a pas de données au sujet de la varénicline chez les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires aiguës. Il n'y a pas assez de preuve pour recommander la varénicline chez les patients avec des maladies cardio-vasculaires non stabilisées.</p> <p>NICE</p> <p>TNS : les patients atteints de maladies cardio-vasculaires qui fument, devraient se voir proposer des conseils brefs, ou un soutien comportemental et des prescriptions de TNS, varénicline ou bupropion, selon l'appréciation clinique. Les risques et bénéfices associés à l'utilisation d'un TNS devraient être expliqués aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires non stabilisées, et pour maximiser les bénéfices d'un TNS, les personnes devraient être encouragées à utiliser un soutien comportemental dans leur tentative d'arrêt.</p> <p>Bupropion : les patients atteints de maladies cardio-vasculaires qui fument, devraient se voir proposer des conseils brefs, ou un soutien comportemental et des prescriptions de TNS, varénicline ou bupropion, selon l'ap-</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>préciation clinique. Le bupropion peut être proposé aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires non stabilisées, selon l'appréciation clinique.</p> <p>Varénicline : les patients atteints de maladies cardio-vasculaires qui fument, devraient se voir proposer des conseils brefs, ou un soutien comportemental et des prescriptions de TNS, varénicline ou bupropion, selon l'appréciation clinique. La varénicline peut être proposée aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires non stabilisées, selon l'appréciation clinique.</p> <p>NPS RADARD :</p> <p>Varénicline : les professionnels de santé devraient considérer d'autres options de traitement (c'est-à-dire du <i>counselling</i>, des TNS) pour les patients présentant des maladies cardio-vasculaires et qui désirent arrêter de fumer.</p>

Tableau 65. Arrêt du tabac chez les sujets avec des antécédents de maladies cardio-vasculaires - Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Auteur, année, référence	Recommandations
KCE, 2004 (146) Belgique	Contre-indications TNS Le TNS est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à la nicotine, de maladies cardio-vasculaires récentes (accident vasculaire cérébral, infarctus, angine de poitrine qui s'aggrave) et de tension artérielle (très) élevée.
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	Traitements de substitution à la nicotine Les TNS peuvent être proposés aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Cependant, quand les personnes ont souffert d'un événement cardio-vasculaire grave (par exemple, attaque ou infarctus du myocarde) dans les deux dernières semaines ou souffrent d'une maladie mal contrôlée, le traitement doit être discuté avec le médecin. Les TNS oraux sont recommandés (plutôt que les patches) pour de tels patients (solidité des preuves = B). Bupropion Le bupropion peut être proposé en routine comme un médicament efficace aux personnes qui désirent arrêter de fumer (solidité des preuves = A). Le bupropion peut être utilisé par ceux qui ont des maladies respiratoires et cardio-vasculaires stables (solidité des preuves = A).
The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), 2007 (96) Australie	Le bupropion est indiqué dans le cas de maladies cardio-vasculaires, de BPCO, de dépression, de schizophrénie, d'addiction, de contre-indications. Le TNS est indiqué pour tous les groupes particuliers.
New Zealand Guidelines Group, 2012 (238) Nouvelle-Zélande	Maladies cardio-vasculaires et thérapie d'aide à l'arrêt du tabagisme <ul style="list-style-type: none"> - Les preuves actuelles montrent que les TNS sont sans danger chez les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires. - Les TNS peuvent être indiqués pour des personnes ayant une maladie cardio-vasculaire ; une posologie adaptée est requise. - Quand les personnes ont été touchées par un événement grave cardio-vasculaire (par exemple, un infarctus du myocarde ou un AVC) dans les deux semaines précédentes ou ont été mal suivies, le traitement doit être discuté avec un médecin. Les TNS oraux sont recommandés (plutôt que les timbres transdermiques) pour ces patients

Auteur, année, référence	Recommandations
	<p>Varénicline :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement convenable, si approprié <p>Bupropion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement convenable, si approprié <p>Nortriptyline</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contre-indiqué durant la phase de réadaptation après un infarctus du myocarde

8.5 Bronchites chroniques pulmonaires obstructives (BPCO)

La persistance du tabagisme provoque un remaniement de l'architecture bronchique distale avec trouble ventilatoire obstructif identifiable par spirométrie. Une dyspnée permanente peut s'installer. L'évolution ultérieure est marquée par l'apparition d'un emphysème, d'une invalidité respiratoire progressive et d'une hypertension artérielle pulmonaire qui retentit sur le cœur droit.

On estime que 15 % des fumeurs développeront une BPCO et, une fois celle-ci diagnostiquée, le risque de présenter un cancer broncho-pulmonaire est multiplié par deux (56).

La revue systématique de Van der Meer *et al.* en 2003 (263) (tableau 66) a évalué l'efficacité des interventions psychosociales ou pharmacologiques isolées ou combinées d'arrêt du tabagisme chez les personnes atteintes de BPCO. Cinq essais étaient analysés dans cette revue de la littérature. Deux études comparaient différentes interventions psychosociales. Une étude comparait une intervention psychosociale et pharmacologique avec une absence d'intervention. Deux études comparaient des combinaisons différentes d'interventions psychosociales et pharmacologiques. Les interventions psychosociales faisaient référence à des stratégies d'intervention qui avaient pour but d'augmenter les taux d'abstinence à l'aide de mécanismes de soutiens psychologiques ou sociaux. Ces interventions comprenaient des stratégies de traitements tels que du *counselling*, des outils d'auto-soutiens, un traitement comportemental. Les interventions pharmacologiques comprenaient des TNS (gommes, inhalateur, tablettes, timbres transdermiques, spray nasal) ou des pharmacothérapies non nicotiques (bupropion, nortriptyline).

Une étude a montré une efficacité des interventions psychosociales combinées avec une intervention pharmacologique sur l'abstinence après 5 ans de suivi : pour les interventions psychosociales combinées avec l'utilisation de substitut nicotinique et un bronchodilatateur versus aucun traitement : RR=4,0, IC95 %=[3,25-4,93] ; pour les interventions psychosociales combinées avec l'utilisation de substitut nicotinique et un placebo versus aucun traitement : RR=4,19, IC95 %=[3,41-5,15]. **Il n'y avait pas de preuve solide de l'efficacité d'une intervention psychosociale isolée pour des patients atteints de BPCO en l'absence d'études de bonne qualité.**

► Avis du groupe de travail

La sensibilisation des professionnels de soins aux effets du tabagisme chez les patients atteints de BPCO est un élément déterminant.

► Recommandations

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

Tableau 66. Interventions pour les patients fumeurs atteints de BPCO - Revues systématiques et méta-analyses.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Van der Meer et al., 2003 (263) (niveau de preuve =3)	Revue systématique Cochrane	Déterminer l'efficacité des interventions psychosociales ou pharmacologiques isolées ou combinées d'arrêt du tabagisme chez les personnes atteintes de BPCO. Déterminer quelle intervention psychosociale est la plus efficace. Déterminer quelle intervention pharmacologique est la plus efficace.	ECR - Recherche la plus récente : octobre 2003. Bases de données : MEDLINE, EMBASE, PsycLit, CENTRAL Fumeurs atteints de BPCO	Abstinence continue mesurée 6 mois après le début de l'intervention. Prévalence d'arrêt du tabagisme mesurée à au moins 6 mois après le début de l'intervention. Fonction respiratoire (FEV1) .	5 études analysées Interventions psychosociales versus pas d'intervention Aucune étude ne concernait cette comparaison. <i>Counselling</i> individuel + outils d'auto-support + « poumon du fumeurs » versus <i>counselling</i> individuel + outils d'auto-support + « bronchite ou emphysème » Il n'y avait pas de différence significative sur la prévalence de l'abstinence à 12 mois : RR=2.0, IC95 % [0,77-5,17]. <i>Counselling</i> individuel + manuel d'auto-support versus <i>counselling</i> individuel Il n'y avait pas de différence significative sur l'abstinence à 6 mois : RR=1.56, IC95 % [0,65-3,72]. Interventions psychosociales et pharmacologiques versus pas d'intervention Groupe 1 : <i>counselling</i> individuel +

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p><i>counselling</i> de groupe + TNS + bronchodilatateur. Groupe 2 : <i>counselling</i> individuel + <i>counselling</i> de groupe + TNS + placebo. Groupe 3 : pas d'intervention.</p> <p>Groupe 1 versus groupe 3 : Il y avait une différence significative sur l'abstinence à 1 an : 34,7 % (n=680) pour le groupe 1 versus 9 % (n=177) pour le groupe 2 avec RR=3,85, IC95 % [3,30-4,48]. Il y avait une différence significative sur l'abstinence à 5 ans : 21 % (n=408) pour le groupe 1 versus 5 % (n=102) pour le groupe 3 avec RR=4,0 IC95 % [3,25-4,93].</p> <p>Groupe 2 versus groupe 3 : Il y avait une différence significative sur l'abstinence à 1 an : 34,4 % (n=674) pour le groupe 2 versus 9 % (n=177) pour le groupe 3 avec RR=3,81, IC95 % [3,27-4,44]. Il y avait une différence significative sur l'abstinence à 5 ans : 21,8 % (n=427) pour le groupe 2 versus 5,2 % (n=102) pour le groupe 3 avec RR=4,19, IC95 % [3,41-5,15].</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p><i>Counselling</i> téléphonique proactif + <i>counselling</i> individuel + pharmacothérapie (bupropion) versus <i>counselling</i> téléphonique proactif + <i>counselling</i> individuel + placebo.</p> <p>Il y avait une différence significative sur l'abstinence durant les semaines 4 à 26 : 15,7 % (n=32) pour le groupe d'intervention versus 9 % (n=18) pour le groupe contrôle avec RR=1,74, IC95 % [1,01-3,0].</p> <p>Limites de cette revue de la littérature. Les études étaient hétérogènes et n'ont pas permis de mettre en œuvre de méta-analyse.</p>

8.6 Autres troubles respiratoires

Dans leur article de synthèse en 2007, Peiffer et Mathern (264) ont proposé l'utilisation de gommes nicotiques en première intention pour les patients fumeurs ronfleurs et apnéiques. Les auteurs ont rappelé d'une part que le tabagisme, surtout quand il est important, est l'un des facteurs de risque de ronflements et d'apnées obstructives du sommeil et d'autre part, que le sevrage tabagique est l'une des mesures thérapeutiques du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Le traitement proposé des SAOS comprend plusieurs volets dont le sevrage tabagique : des mesures hygiéno-diététiques (perte de poids, arrêt de la consommation d'alcool ou de sédatifs) et l'application nocturne d'une pression positive continue (PCC) par voie nasale, constituant le traitement de référence. Les syndromes dépressifs seront recherchés chez les patients atteints de SAOS. Le sevrage tabagique fait partie des mesures proposées, car le tabagisme chez ces patients majore la diminution de calibre des voies aériennes supérieures du fait d'une inflammation et d'un œdème chronique. Les TNS sont proposés comme traitement du SAOS. La prise de gommes nicotiques avant le coucher diminue le nombre d'apnées dans les deux premières heures de sommeil. Mais les timbres transdermiques nicotiques n'améliorent pas l'index d'apnées (niveau de preuve = 4).

► Avis du groupe de travail

La sensibilisation des professionnels de soins aux effets du tabagisme chez les patients atteints de troubles respiratoires est un élément déterminant.

► Recommandations

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

► Données de la littérature

La survenue d'un second cancer primitif représente une complication singulière dans l'évolution des patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire à petites cellules. L'intoxication tabagique augmente le risque de l'apparition de ces seconds cancers.

Plusieurs études princeps ont montré que le fait de continuer à fumer après le diagnostic de cancer augmente le risque de second cancer primitif tandis que l'arrêt du tabac le diminue (265-267). La survenue d'un second cancer primitif pulmonaire souligne le caractère hautement péjoratif de la poursuite de l'intoxication tabagique parmi les survivants à long terme des cancers broncho-pulmonaire à petites cellules. Les maladies liées au tabac sont la première cause de décès des patients guéris de leur cancer broncho-pulmonaire à petites cellules. L'intoxication tabagique est responsable de nombreux seconds cancers mais aussi de la pathologie cardio-vasculaire, cérébrale et pulmonaire non cancéreuse retrouvée chez les survivants à long terme des cancers broncho-pulmonaire à petites cellules. Une augmentation du risque de cancer du poumon radio-induit est également retrouvée chez les patientes fumeuses traitées pour un cancer du sein ainsi que chez les patients traités pour un lymphome hodgkinien (268-272).

L'annonce d'un diagnostic de cancer apparaît comme un élément motivationnel pour l'arrêt du tabac chez un grand nombre de patients (273,274). Selon les études, près de 30 à 60 % des patients arrêtent spontanément de fumer après le diagnostic de cancer ou pendant les traitements (275,276). D'autre part, parmi ceux qui continuent de fumer, la plupart semble fréquemment en quête de la réduction ou de l'arrêt de leur consommation et ressent le besoin d'être aidée pour y parvenir (277).

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 est difficile à obtenir sur le long terme et nécessite des interventions régulières de prévention de la reprise tabagique.

Les données disponibles montrent les effets du tabac sur l'augmentation du risque de second cancer primitif, sur la mortalité (278-280), l'augmentation des complications péri- et postopératoires (280-282), la réduction de l'efficacité de traitements anticancéreux (283,284) et l'augmentation des 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 mais plus globalement l'amélioration de la survie des patients (285,286).

La revue systématique de Parsons *et al.* en 2010 (285) (Tableau 67) avait pour but d'évaluer l'intérêt de l'arrêt du tabagisme après un diagnostic précoce du cancer du poumon. Dans neuf études, sur les 10 incluses dans cette revue systématique, la plupart des patients présentaient un cancer du poumon diagnostiqué à un stade précoce. Chez les patients ayant eu un cancer du poumon non à petites cellules, diagnostiqué précocement, le tabagisme était associé à un risque augmenté de mortalité toutes causes confondues (HR=2,94 ; IC95 % = [1,15-7,54]) et de récives (HR=1,86 ; IC95 % = [1,01-3,41]). Chez les patients ayant eu un cancer du poumon à petites cellules à un stade localisé, le tabagisme était associé à un risque augmenté de mortalité toutes causes confondues (HR=1,86 ; IC95 % = [1,33-2,59]) et de développement d'un second cancer (HR=4,31 ; IC95 % = [1,09-16,98]), et de récives (HR=1,26 ; IC95 % = [1,06-1,50]). La survie estimée à 5 ans des patients âgés de 65 ans présentant un cancer du poumon non à petites cellules qui avaient continué à fumer était de 33 %, alors qu'elle était de 70 % chez ceux qui avaient arrêté de fumer. Pour les cancers du poumon à petites cellules localisés, la survie estimée à 5 ans des patients qui avaient continué à fumer était de 29 %, alors qu'elle était de 63 % chez ceux qui avaient arrêté de fumer. Les auteurs ont conclu que pour les cancers du poumon diagnostiqués à un stade précoce, l'arrêt du tabagisme était associé à une réduction importante du

risque de décès ; cependant, l'absence de données d'essais contrôlés randomisés ne permettait pas de raisonner en termes de causalité.

► Synthèse des recommandations internationales

Tableau 67. Antécédents de cancer - Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Auteur, année, référence	Recommandations
Mazza et al., 2010 (287) Italie	<p>Les auteurs proposent une adaptation des recommandations américaines de 2008 (93). Pour chaque patient fumeur atteint de cancer, les étapes suivantes devraient être mises en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demander à chaque patient lors de son admission si il ou elle utilise du tabac et documenter le statut tabagique à l'aide d'un item dédié dans le dossier du patient ; - pour chaque fumeur, indiquer le statut tabagique sur la liste des troubles à l'admission et comme diagnostic dans le courrier de sortie ; - chaque hôpital devrait intégrer un personnel de santé formé pour fournir un <i>counselling</i> adapté et une thérapie pharmacologique appropriée pour aider les utilisateurs de tabac à maintenir leur abstinence et à traiter les symptômes de sevrage ; - un service dédié devrait être mis en place pour fournir des conseils et une aide sur la façon d'arrêter de fumer durant l'hospitalisation et pour rester abstinent après la sortie de l'hôpital ; - organiser le suivi au regard du statut tabagique. Des contacts devraient être fournis pendant au moins un mois après la sortie d'hôpital, en s'assurant de l'implication du médecin généraliste dans l'aide à l'arrêt du tabac et/ou dans la prise en charge du patient fumeur atteint de cancer.

► Conclusion

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 de 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.

► Avis du groupe de travail

La sensibilisation des professionnels de soins aux effets du tabagisme chez les patients atteints de cancer est un élément déterminant.

► Recommandations

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

Tableau 68. Antécédents de cancer – revues systématiques

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Parsons et al., 2010 (285) Niveau de preuve=3	Revue systématique d'études de cohorte Méta-analyse (modèle à effets aléatoires)	Évaluer l'intérêt de l'arrêt du tabagisme après un diagnostic précoce du cancer du poumon.	Base de données : CINAHL (1981-décembre 2008), Embase (1980-décembre 2008), Medline (1966-décembre 2008), Web of Science (1966-décembre 2008), CENTRAL (1977-décembre 2008)	Mortalité Survie des patients atteints de cancers du poumon	10 études retenues (n=1929) 5 études concernant le cancer du poumon non à petites cellules (n=860) Le tabagisme était associé à un risque augmenté de mortalité toutes causes confondues (HR=2,94 ; IC95 %=[1,15-7,54]) et de récurrences (HR=1,86 ; IC95 %=[1,01-3,41]) chez les patients ayant eu un cancer du poumon non à petites cellules diagnostiqué précocement. La survie estimée à 5 ans des patients âgés de 65 ans présentant un cancer du poumon non à petites cellules qui ont continué à fumer était de 33 %, tandis que la survie estimée à 5 ans des patients âgés de 65 ans présentant un cancer du poumon non à petites cellules qui ont arrêté de fumer était de 70 %. 5 études concernant le cancer du poumon à petites cellules (n=1069) : le tabagisme était associé à un risque augmenté de mortalité toutes causes confondues (HR=1,86 ; IC95 %=[1,33-2,59]) et de développement d'un second cancer (HR=4,31 ;

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>IC95 %=[1,09-16,98]), et de récurrences (HR=1,26 ; IC95 %=[1,06-1,50]), chez les patients ayant eu un cancer du poumon à petites cellules à un stade localisé.</p> <p>Pour les cancers du poumon à petites cellules localisés, la survie estimée à 5 ans des patients qui ont continué à fumer était de 29 %, tandis que la survie estimée à 5 ans des patients qui ont arrêté de fumer était de 63 %.</p> <p>Limites : l'absence de données d'essais contrôlés randomisés ne permet pas de raisonner en termes de causalité.</p>

8.8 Diabète

► Avis du groupe de travail

Bien que cette question ne faisait pas partie des objectifs de la recommandation, le groupe de travail a tenu à écrire une recommandation visant à sensibiliser les professionnels de soins aux effets du tabagisme chez les patients atteints de diabète, en raison notamment de l'augmentation de l'intolérance au glucose.

► Recommandations

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

8.9 Contraception hormonale

► Avis du groupe de travail

Bien que cette question ne faisait pas partie des objectifs de la recommandation, le groupe de travail a tenu à écrire une recommandation visant à sensibiliser les professionnels de soins aux effets du tabagisme chez les personnes sous contraception hormonale, en raison de l'augmentation du risque cardio-vasculaire.

► Recommandations³⁴

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

³⁴ 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 cardio-vasculaire : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardio-vasculaire-fiche-memo?xtmc=&xtcr=1

8.10 Comorbidité psychiatrique et co-addiction

► Données de la littérature

Voir tableau 69.

Prévalences

Dans l'étude de cohorte nationale américaine NESARC (7), 81 % des personnes dépendantes à la nicotine (selon les critères du DSM-IV) présentaient une comorbidité psychiatrique sur la période « vie entière ». La prévalence « vie entière » des troubles de l'humeur chez les personnes dépendantes à la nicotine était à peu près la même que celle des troubles anxieux et des troubles de la personnalité, soit autour de 35 %. De même, 35 % des personnes dépendantes à la nicotine étaient également dépendantes à l'alcool, 5 % au cannabis et 4 % à la cocaïne. Plus de 43 % avaient commencé à fumer avant l'âge de 14 ans.

La dépendance à la nicotine était fortement représentée chez les personnes dépendantes aux autres substances ; ainsi, elle était présente chez 49 % des personnes dépendantes à l'alcool, 70 % des personnes dépendantes au cannabis et 72 % de celles dépendantes à la cocaïne. Une co-dépendance à l'alcool était associée à une probabilité plus faible de rémission de la dépendance au tabac, alors que la co-dépendance à la nicotine augmentait les chances d'obtenir une rémission de la dépendance à la cocaïne.

Données issues de la synthèse de la littérature réalisée à l'occasion de la conférence d'experts de l'Office français de prévention du tabagisme en 2008 (288).

Tabagisme et troubles anxieux

- La grande variabilité des résultats en fonction des populations étudiées, de l'âge des sujets inclus, d'études ponctuelles ou portant sur la vie entière ne permet pas de donner un chiffre précis de comorbidité du tabagisme et des troubles anxieux.
- La prévalence du tabagisme est globalement augmentée chez les sujets souffrant d'un trouble anxieux, à l'exception des sujets souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif.
- Deux enquêtes prospectives et quatre études transversales ont montré que le tabagisme ou la dépendance tabagique étaient associés à un risque de développer certains troubles anxieux comme l'agoraphobie, le trouble panique ou le trouble anxieux généralisé.
- Inversement, ces études ont montré que les troubles anxieux ne sont pas associés à une augmentation du risque de développer une dépendance tabagique.
- Une étude longitudinale a montré que, contrairement aux troubles anxieux, la phobie sociale était associée à une augmentation du risque de développer une dépendance tabagique.
- Le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique et diminue après un mois de sevrage à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac.
- Le niveau d'anxiété augmente en cas de rechute du tabagisme.
- Le métabolisme des anxiolytiques étant peu perturbé par les composés de la fumée du tabac, l'arrêt du tabagisme n'aura pas de répercussion sur l'efficacité des anxiolytiques.
- Les professionnels de la psychiatrie seront d'autant plus efficaces qu'ils auront été formés.
- Comme en population générale, une prise en charge psychothérapeutique cognitivo-comportementale est recommandée pour conduire l'arrêt du tabac chez un sujet ayant des troubles anxieux.
- Les fumeurs souffrant de troubles anxieux ont un syndrome de sevrage tabagique en moyenne plus intense que les fumeurs sans trouble psychiatrique.
- Les symptômes de sevrage peuvent être amendés par certains antidépresseurs inhibiteurs de la sérotonine qui constituent le traitement de fond des patients anxieux.
- Les troubles anxieux ne sont pas une contre-indication des traitements pharmacologiques de la dépendance tabagique.

Tabagisme et troubles de l'humeur

- De nombreuses études épidémiologiques montrent une forte association entre tabagisme et pathologies psychiatriques, notamment en ce qui concerne les troubles de l'humeur.
- Une étude « vie entière » montre que les fumeurs ont par rapport aux non-fumeurs un OR de 2,4-2,6 d'avoir eu dans leur vie un état dépressif.
- Une étude sur des sujets souffrant de trouble bipolaire montre qu'ils sont, ou ont été, plus souvent fumeurs (OR de 3,5-3,9).
- Une étude de cohorte d'adolescents montre que le tabagisme est associé à un doublement du risque d'état dépressif.
- La symptomatologie dépressive est plus sévère chez les sujets les plus dépendants du tabac.
- Il n'existe pas d'élément montrant qu'un état dépressif augmenterait le taux de tabagisme.
- Selon une étude prospective, le tabagisme peut précéder des états dépressifs et des troubles unipolaires.
- Il y existe un lien entre états dépressifs, troubles unipolaires et l'intensité du tabagisme.
- L'humeur dépressive est un des symptômes du sevrage tabagique.
- Plusieurs études, bien que de qualité variable, suggèrent que l'arrêt du tabac augmente le risque de faire un épisode dépressif.
- Les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont les plus exposés à la décompensation du trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac.
- Aucune étude ne met en évidence d'aggravation des troubles bipolaires à l'arrêt du tabac.
- De nombreuses données montrent que la reprise du tabagisme a des effets négatifs sur l'évolution du trouble bipolaire et surtout sur l'efficacité de son traitement.
- L'intensité du tabagisme et la sévérité de la dépression sont des facteurs prédictifs importants et indépendants de passage à l'acte suicidaire. Ils apparaissent dans l'ordre d'importance juste après la présence d'antécédents de tentatives de suicide.
- L'arrêt du tabac n'a que peu ou pas d'impact sur le métabolisme des antidépresseurs tricycliques étant donné les marges thérapeutiques larges de ces médicaments.
- La prise en charge médicamenteuse est principalement basée sur les substituts nicotiniques chez les patients atteints de troubles de l'humeur.

Tabagisme et schizophrénie (et autres psychoses)

- Il existe une très forte proportion de tabagiques chez les patients schizophrènes. La proportion de tabagisme est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- Une méta-analyse de 42 études a retrouvé 62 % de fumeurs avec un OR de 5,3 de tabagiques actuels (IC : 4,9-5,6) par rapport à la population générale.
- Une méta-analyse sur neuf études de consommation de tabac « vie entière » a retrouvé 69 % de fumeurs avec un OR de 3,1 (IC : 2,4-3,8) par rapport à la population générale.
- Les patients schizophrènes s'arrêtent peu de fumer et restent fumeurs à l'âge mûr, expliquant les faibles taux d'ex-fumeurs par rapport à la population générale et l'absence de baisse du taux de tabagisme dans cette population depuis 20 ans.
- Le nombre de cigarettes fumées par jour par les patients schizophrènes est environ le double de celui de la population générale.
- Les consommations tabagiques élevées expliquent probablement que la mortalité cardiovasculaire des patients schizophrènes soit 6 fois plus importante qu'en population générale et la mortalité respiratoire 5 fois plus importante.
- Bien que les études restent de petites tailles, plus de 15 études concordantes ne montrent pas d'évolution de la symptomatologie psychotique lors de l'arrêt du tabac.
- Comme en population générale, les symptômes du sevrage sont présents à l'arrêt du tabac chez les patients schizophrènes.
- Il semble exister une altération des fonctions cognitives chez les patients schizophrènes plus importantes qu'en population générale durant la phase d'arrêt du tabac.

- Une étude montre que l'administration de nicotine transdermique, en dose unique et dans des conditions expérimentales, améliorerait certaines fonctions cognitives chez le sujet schizophrène non-fumeur.
- La substitution nicotinique ou le bupropion sont efficaces lors du sevrage tabagique chez le schizophrène.

Autres données de la littérature

Efficacité des interventions d'arrêt du tabagisme chez les patients dépressifs.

La revue systématique de Van der Meer *et al.* en 2013 (289) a examiné l'efficacité des interventions d'arrêt du tabagisme, avec ou sans composantes de gestion de l'humeur, chez les patients dépressifs ou ayant été dépressifs. La dépression était définie par une dépression majeure ou des symptômes dépressifs (actuels ou « vie entière »).

Au total, 49 essais cliniques randomisés ont été retenus.

Trente-trois essais comportaient des interventions avec des composantes de gestion de l'humeur. Parmi eux, 11 concernaient des interventions de gestion de l'humeur associées à une intervention d'arrêt du tabagisme standard comparativement à une intervention d'arrêt du tabagisme standard chez des sujets dépressifs au moment de l'étude. Une méta-analyse de ces 11 essais mettait en évidence une efficacité des interventions de gestion de l'humeur chez des sujets dépressifs ($n=1844$, $RR=1,47$, $IC95\%=[1,13-1,92]$).

Treize essais concernaient des interventions chez les fumeurs ayant présenté une dépression sur la vie entière. Une méta-analyse mettait également en évidence une efficacité des interventions de gestion de l'humeur chez ces sujets ($n=1496$, $RR=1,41$, $IC95\%=[1,13-1,77]$).

Quatre essais concernaient l'utilisation du bupropion chez les fumeurs dépressifs comparativement au placebo. La méta-analyse ne mettait pas en évidence d'efficacité du bupropion ($n=355$, $RR=1,32$, $IC95\%=[0,78-2,24]$).

Dans le cadre d'analyses post hoc, une méta-analyse a étudié quatre essais concernant l'utilisation du bupropion chez les fumeurs ayant présenté une dépression sur la vie entière comparativement au placebo. Les résultats ne mettaient pas en évidence d'efficacité du bupropion ($n=317$, $RR=1,57$, $IC95\%=[0,96-2,58]$).

Il n'y avait pas assez d'essais pour évaluer les effets des médicaments suivants : fluoxétine, paroxétine, nortriptyline, sélégiline et sertraline.

Vingt-trois essais concernaient des interventions sans composantes de gestion de l'humeur. Un essai concernait l'utilisation de TNS chez des fumeurs dépressifs et ne mettait pas en évidence d'efficacité des TNS comparativement à un placebo ($RR=2,64$, $IC95\%=[0,93-7,45]$). Trois essais concernaient l'utilisation de TNS chez des fumeurs ayant été dépressifs et ne mettaient pas en évidence d'efficacité des TNS comparativement à un placebo (méta-analyse, 3 essais, $RR=1,17$, $IC95\%=[0,85-1,60]$).

Les auteurs ont conclu à l'efficacité du bupropion chez les fumeurs ayant été dépressifs, ce que ne montrait pas leurs résultats (une significativité apparaissait avec l'ajout de données concernant des fumeurs ayant bénéficié de bupropion et de TNS : 4 essais, $n=404$, $RR=2,04$, $IC95\%=[1,31-3,18]$). Une limite importante de cette revue de la littérature réside dans le fait qu'elle intégrait des analyses effectuées postérieurement aux études individuelles (donc non prévues dans les protocoles), limitant ainsi la portée des résultats.

Interventions pour les patients hospitalisés. Étude observationnelle

L'étude de Prochaska *et al.* en 2004 (290) avait pour objectif d'évaluer les services d'arrêt du tabagisme à l'attention des patients hospitalisés dans un établissement psychiatrique de San Francisco. Les dossiers médicaux de 250 patients admis de 1998 à 2001 ont été sélectionnés

aléatoirement et analysés (sur un total de 2 053 dossiers médicaux). 105 patients (42 %) étaient des fumeurs, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour était de 21 (\pm 15). Aucun des fumeurs n'avait été diagnostiqué comme dépendant de la nicotine ou en manque de nicotine, et le statut tabagique n'était pas rapporté dans les plans de traitement des patients. Les patients bipolaires ou ayant des troubles liés à l'usage de substances étaient plus à même de fumer des cigarettes que les patients présentant d'autres diagnostics (respectivement OR=2,2, $p=,023$) / OR=5.3, $p<,001$). Un TNS était prescrit pour 59 fumeurs (56 %), et 54 patients (92 %) l'utilisaient. Seul un fumeur avait été encouragé à arrêter de fumer, orienté vers un traitement d'arrêt du tabagisme et avait reçu un TNS à sa sortie d'hospitalisation. Deux fumeurs avaient reçu une prescription de bupropion à leur sortie d'hospitalisation. Les auteurs ont conclu que peu de patients étaient traités pour l'addiction au tabac. Cette étude observationnelle ne concernait qu'un seul établissement psychiatrique (niveau de preuve 3).

Interventions chez les patients atteints de schizophrénie

La revue systématique de Tsoi *et al.* en 2010 (291) a examiné les effets (bénéfices et effets négatifs) des interventions pour le sevrage et la réduction de la consommation de tabac chez les patients atteints de schizophrénie. Au total, 21 essais ont été inclus (11 essais sur l'arrêt du tabac ; quatre essais sur la réduction du tabac, un essai sur la prévention de la rechute ; cinq essais intégrant des données sur le tabagisme, mais dont les interventions avaient d'autres objectifs). Sept essais comparaient le bupropion avec un placebo. Une méta-analyse a montré que les taux d'abstinence après prise du bupropion étaient significativement plus élevés que ceux associés à un placebo à la fin du traitement (7 essais, $n=340$, RR=2,84 IC95 % = [1,61-4,99]) et après 6 mois de traitement (5 essais, $n=214$, RR=2,78 IC95 % [1,02-7,58]. Cependant, la méta-analyse associée au résultat du bupropion, bien qu'incluant sept études, ne concernait au total que 340 patients. Le niveau de monoxyde de carbone (CO) était significativement plus faible avec le bupropion à la fin de la thérapie (-7,03 IC95 % = [-11,38 -2,67], 3 essais, $n=123$), mais pas après 6 mois de traitement (-5,55 IC95 % = [-17,89 -6,78], 3 essais, $n=123$). Le nombre de cigarettes fumées par jour était significativement plus faible avec le bupropion à la fin de la thérapie (-10,67 IC95 % = [-16,52 -5,01], 3 essais, $n=84$), mais pas après 6 mois de traitement 0,40 IC95 % = [-5,72 6,53], 2 essais, $n=104$). Il n'a été observé aucune différence significative entre les groupes bupropion et placebo concernant les symptômes positifs, négatifs et dépressifs. Il n'y avait aucune preuve de bénéfices d'autres thérapies pharmacologiques (incluant TNS) et d'interventions psychosociales pour aider les fumeurs schizophrènes à arrêter ou réduire leur tabagisme.

Cannabis-tabac

L'article de Bouchez *et al.* (292) (niveau de preuve 4) propose une stratégie d'aide au sevrage du patient présentant une double dépendance cannabis-tabac. Les auteurs ont rappelé que l'usage de la cigarette débute dans plus de 80 % des cas avant 18 ans et que la dépendance au tabac s'installe dès l'adolescence et s'accroît progressivement. Le profil évolutif de la dépendance au tabac intervenant aux mêmes âges que les premiers usages de cannabis, ces deux phénomènes interagissent et peuvent se renforcer. Les auteurs ont synthétisé leurs articles sous forme de points à retenir :

- fumer du cannabis, c'est aussi fumer du tabac, le joint restant l'usage majoritaire actuellement ;
- l'inhalation plus profonde du joint, l'absence de filtre et la combustion simultanée du tabac sont des facteurs de risque de dépendance double et de toxicité majorée ;
- à l'arrêt du cannabis, on constate souvent une augmentation du nombre de cigarettes fumées, par des phénomènes de compensations comportementales mais aussi liées aux phénomènes de dépendance au tabac minorés ;
- la stratégie thérapeutique doit être évaluée avec le patient et, le cas échéant, un sevrage en deux temps peut être bénéfique ;
- l'adjonction de substituts nicotiniques dans les sevrages au cannabis peut être discutée ;
- la prise en compte des aspects psychologiques (anxiété, dépression notamment) peut comme pour le tabac, limiter les risques de reprise de cannabis.

Les stratégies d'aide au sevrage suivantes sont proposées par les auteurs :

- poser systématiquement la question des consommations de tabac et de cannabis ;
- considérer la patient dans sa globalité avec son parcours de vie, son histoire et entourage ;
- la motivation du patient et son attente sont à privilégier ;
- l'aide médicale est un soutien au changement, un appui important, et permet de définir des priorités.

L'ambivalence du patient peut amener à des difficultés d'appréciation et de suivi. Mais c'est souvent dans la durée d'accompagnement que les stratégies sont affinées pour aboutir à un changement dans lequel s'inscrit totalement le patient. Ce mode de relation thérapeutique conduit à voir le patient dans sa globalité, avec pour le cannabis des réflexions évidentes à tirer sur des consommations plus ou moins masquées de tabac.

► Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 70.

► Avis du groupe de travail

Le GT est en accord avec la synthèse de la littérature réalisée à l'occasion de la conférence d'experts de l'Office français de prévention du tabagisme (considérée comme « Avis d'experts » : AE).

L'anxiété et la dépression éventuelles, actuelles et « vie entière », doivent être repérées avant même le début de la prise en charge, et tout au long du suivi.

Il est important de rappeler au patient que les troubles anxieux s'améliorent à l'arrêt du tabagisme, car cela peut être un frein au sevrage.

Bien que cela n'ait pas fait l'objet d'études, le GT souligne que les doses de TNS nécessaires sont fréquemment plus élevées qu'en population générale.

Pour ce qui concerne les co-addictions, le GT reprend les conclusions de l'audition publique de la Haute Autorité de Santé « Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins » de 2007, présentées dans les recommandations (considérée comme « Avis d'experts » : AE).

► Recommandations

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.
-----------	---

Troubles anxieux

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

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.
-----------	---

Troubles psychiatriques sévères

En ambulatoire

AE	<p>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.</p> <p>Il est recommandé d'être attentif aux co-addictions, aux variations de l'humeur et à l'adaptation du traitement psychotrope.</p> <p>En cas de trouble psychiatrique sévère, les doses de TNS nécessaires sont fréquemment plus élevées qu'en population générale.</p>
-----------	---

Hospitalisation

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

Co-addictions

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

AE	<p>Le médecin généraliste est en première ligne de la prise en charge des différentes addictions.</p> <p>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).</p> <p>Il est recommandé de privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes substances psychoactives consommées.</p> <p>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.</p> <p>En cas de besoin, le patient pourra être dirigé vers un spécialiste des addictions, un professionnel d'un réseau ou d'une équipe spécialisée.</p>
-----------	--

Tableau 69. Traitements de dépendance au tabac chez les patients présentant une comorbidité psychiatrique. Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Van der Meer et al., 2013 (289) Niveau de preuve = 3	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	Évaluer l'efficacité des interventions d'arrêt du tabagisme, avec ou sans composantes de gestion de l'humeur, chez les patients dépressifs ou ayant été dépressifs.	Base de données : CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO Recherche la plus récente : avril 2013 Interventions avec des composantes de gestion de l'humeur : <ul style="list-style-type: none"> – gestion psychosociale de l'humeur versus contrôle ; – gestion psychosociale de l'humeur = <i>counselling</i> individuel ou en groupe, auto-support ou exercice, hypnose ; – antidépresseurs pour l'arrêt du tabagisme. Interventions sans composantes de gestion de l'humeur :	Abstinence à au moins 6 mois après le début de l'intervention	49 ECR. Interventions avec des composantes de gestion de l'humeur : 33 ECR. Gestion psychosociale de l'humeur + intervention d'arrêt du tabagisme standard versus intervention d'arrêt du tabagisme standard : <ul style="list-style-type: none"> – fumeurs dépressifs : méta-analyse, 11 essais, n=1844, RR=1,47, IC95 %=[1,13-1,92] ; – fumeurs ayant été dépressifs ; méta-analyse, 13 essais, n=1496, RR=1,41, IC95 %=[1,13-1,77]. Bupropion versus placebo : <ul style="list-style-type: none"> – fumeurs dépressifs : méta-analyse, 4 essais, n=355, RR=1,32, IC95 %=[0,78-2,24] ; – fumeurs ayant été dépressifs ; méta-analyse (post hoc), 4 essais, n=317, RR=1,57, IC95 %=[0,96-2,58]. Il n'y avait pas assez d'essais pour évaluer les effets des médicaments

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<ul style="list-style-type: none"> – interventions psychosociales versus <i>counselling</i> ; – TNS versus placebo ; – pharmacothérapies (ni antidépresseurs ou TNS) versus placebo ; – autres interventions. <p>Fumeurs adultes dépressifs ou ayant été dépressifs.</p>		<p>suivants : fluoxétine, paroxétine, nortriptyline, sélégiline et sertraline.</p> <p>Interventions sans composantes de gestion de l'humeur : 23 ECR.</p> <p>TNS versus placebo</p> <ul style="list-style-type: none"> – fumeurs dépressifs : 1 essai, n=196, RR=2,64, IC95 %=[0,93-7,45] ; – fumeurs ayant été dépressifs : méta-analyse, 3 essais, n=432, RR=1,17, IC95 %=[0,85-1,60]. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> – seuls 7 essais concernaient des fumeurs dépressifs. Des sous-groupes de fumeurs ont été extraits de 42 autres essais qui ne comportaient pas exclusivement sur des fumeurs adultes dépressifs, de façon à effectuer des analyses post hoc ; – la définition de la dépression passée ne permettait pas de différencier les fumeurs ayant connu un seul épisode dépressif des fumeurs ayant connu plusieurs épisodes dépressifs (les interventions psychosociales de gestion de l'humeur étant plus efficaces lors d'épisodes dépressifs mul-

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>tiples) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'état dépressif était selon les études auto-déclaré ou diagnostiqué générant ainsi une hétérogénéité des patients considérés comme dépressifs.
<p>Tsoi et al., 2010 (291)</p> <p>Niveau de preuve=2</p>	Revue systématique d'ECR	Évaluer les bénéfices et les inconvénients des différents traitements de dépendance à la nicotine chez les schizophrènes	<p>Base de données : Registre spécialisé du groupe Cochrane sur le tabagisme, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO.</p> <p>Recherche la plus récente : mars 2010</p> <p>EC qui comparaient des interventions pharmacologiques ou non pharmacologiques ayant pour but l'arrêt ou la réduction du tabac versus un placebo ou d'autres thérapeutiques.</p> <p>Fumeurs adultes schizophrènes ou affecté par un désordre schizo-affectif</p>	<p>Abstinence à 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> – prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement ; – abstinence continue. <p>Réduction du tabagisme</p> <p>Effets indésirables</p>	<p>21 essais (11 essais sur l'arrêt du tabac ; 4 essais sur la réduction du tabac, 1 essai sur la prévention de la rechute ; 5 essais intégrant des données sur le tabagisme, mais dont les interventions avaient d'autres objectifs).</p> <p>Bupropion versus placebo</p> <p>Critère de jugement : abstinence à la fin du traitement</p> <p>7 essais comparaient le bupropion avec un placebo ; une méta-analyse a montré que les taux d'abstinence après prise du bupropion étaient significativement plus élevés que ceux associés à un placebo à la fin du traitement (7 essais, n=340, RR=2,84 IC95 % = [1,61-4,99]) et après 6 mois de traitement (5 essais, n=214, RR=2,78 IC95 % [1,02-7,58].</p> <p>Bupropion versus placebo</p> <p>Critère de jugement : niveau de CO expiré</p> <p>Le niveau de monoxyde de carbone</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>(CO) était significativement plus faible avec le bupropion à la fin de la thérapie (-7,03 IC95 %=[-11,38 -2,67], 3 essais, n=123), mais pas après 6 mois de traitement (-5,55 IC95 %=[-17,89 -6,78], 3 essais, n=123).</p> <p>Bupropion versus placebo Critère de jugement : nombre de cigarettes fumées par jour Le nombre de cigarettes fumées par jour était significativement plus faible avec le bupropion à la fin de la thérapie (-10,67 IC95 %=[-16,52 -5,01], 3 essais, n=84, mais pas après 6 mois de traitement 0,40 IC95 %=[-5,72 6,53], 2 essais, n=104).</p> <p>Conclusion : le bupropion augmentait les taux d'abstinence des fumeurs schizophrènes, sans aggraver leur état mental. Le bupropion pouvait aussi réduire la quantité fumée des patients fumeurs schizophrènes. Les récompenses monétaires pouvaient aider les patients schizophrènes à arrêter ou réduire leur tabagisme.</p> <p>Commentaires : les auteurs n'ont pu démontrer que d'autres interventions généraient un bénéfice sur le comportement tabagique des schizophrènes.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					Limites de cette revue de la littérature : la méta-analyse associée au résultat du bupropion, bien qu'incluant 7 études, ne concernait au total que 340 patients (effectif relativement faible).
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (CADTH), 2010 (293) Canada	Revue CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health)	Estimer les risques de l'utilisation de la varénicline pour l'arrêt du tabac chez les patients atteints de maladies psychiatriques	<p>Base de données : PubMed, Cochrane Library (n° 4, 2010), University of York Centre for Reviews and Dissemination (CRD) databases, ECRI, EuroScan, International health technology agencies.</p> <p>Articles publiés entre le 1^{er} janvier 2005 et le 22 avril 2010</p> <p>Adultes fumeurs présentant une maladie psychiatrique</p>	Non précisé	<p>4 études observationnelles identifiées</p> <p>Aucune évaluation technologique en santé, revue systématique, essais contrôlés randomisés, ou essais contrôlés n'ont été identifiés concernant les preuves d'innocuité de la varénicline chez les patients présentant des maladies psychiatriques.</p> <p>Quatre études observationnelles fournissaient des preuves concernant les effets de la varénicline chez les patients atteints de maladies psychiatriques.</p> <p>Le nombre de patients présentant des maladies psychiatriques variaient dans chaque étude de 14 à 661. Les patients prenaient de la varénicline de 8 à 12 semaines et bénéficiaient d'autres thérapies telles que des programmes de traitement comportemental ; des antidépresseurs et d'autres médicaments pour des ma-</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>ladies psychiatriques concomitantes. Chez les patients dépressifs, les symptômes de dépression sont améliorés après un traitement par varénicline et il n'y a pas de preuve d'une apparition ou d'une aggravation des troubles de l'humeur ou de tentatives de suicide liés à la varénicline. Chez les patients schizophrènes, quelques bénéfices de l'apprentissage verbal et de mémorisation étaient observés après utilisation de la varénicline. Aucune idée suicidaire n'était rapportée en lien avec la varénicline. Dans une population présentant des dépressions, des troubles bipolaires et des psychoses, aucune preuve n'existait sur le fait que les patients étaient affectés par plus de symptômes ou que la varénicline accentuait les maladies psychiatriques existantes.</p> <p>Les auteurs ont mentionné 6 limites concernant les études analysées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – il n'y avait pas d'évaluation technologique, de revue systématique, d'essais contrôlés randomisés, ou d'essais contrôlés évaluant l'innocuité de la varénicline chez les adultes malades psychiatriques ; – il y avait un nombre limité

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>d'études observationnelles ;</p> <ul style="list-style-type: none"> – certaines études n'indiquaient pas si les patients souhaitaient arrêter de fumer ; – le traitement le plus long était de 12 semaines ; donc l'effet à long terme de la varénicline sur les symptômes psychiatriques reste inconnu ; – la qualité des études observationnelles était faible à cause de divers biais (biais de sélection) associés au schéma des études et à la faible taille des échantillons. Les résultats sont à interpréter avec précaution ; – les auteurs de toutes les études ont reçu un soutien financier de la part de l'industrie pharmaceutique.

Tableau 70. Traitements de dépendance au tabac chez les patients présentant une comorbidité psychiatrique, y compris une co-addiction.
Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Auteur, année, référence	Recommandations
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p><i>Smoking cessation interventions for people who use mental health services</i> Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs utilisateurs des services de santé mentale (solidité des preuves = A). Les personnes souffrant de troubles mentaux qui arrêtent de fumer pendant qu'ils prennent des médicaments pour leurs maladies mentales doivent être suivies pour déterminer si les réductions dans les doses médicamenteuses sont nécessaires (solidité des preuves = A).</p> <p><i>Smoking cessation interventions for users of addiction treatment services</i> Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs utilisateurs de services d'addictologie (solidité des preuves = A).</p>
The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), 2007 (96) Australie	<p>Le bupropion est indiqué dans le cas de dépression, de schizophrénie, d'addiction.</p>
HAS, 2007 (134) France	<p>Prise en charge thérapeutique La prise en charge thérapeutique des sujets ayant des polyconsommations problématiques doit chaque fois que cela est possible privilégier un abord de toutes les différentes consommations. Les sevrages conjoints (simultanés ou successifs), dont l'intérêt est validé par les données de la littérature internationale, doivent être promus. Dès lors qu'il apparaît que la durée d'abstinence à la substance psychoactive de dépendance d'appel est réduite en cas de maintien de l'usage d'une, ou plusieurs autres, substance psychoactive, une invitation à l'arrêt de celles-ci doit être faite systématiquement par une information éclairée du patient sur les conséquences du maintien de la polyconsommation. Son but est de concilier les objectifs de soins, les priorités en termes de réduction des risques et ce que le patient souhaite et peut accepter pour le moment. Si, malgré les efforts d'information, la personne préfère la prise en charge de l'usage problématique d'une seule substance psychoactive, cette prise en charge ne peut lui être refusée a priori.</p>

Auteur, année, référence	Recommandations
	<p>La commission d'audition recommande :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes substances psychoactives consommées en association ; - de ne jamais refuser a priori la prise en charge de l'usage problématique d'une seule substance psychoactive si, malgré les efforts d'information, la personne le demande. <p>Modalités de prise en charge</p> <p>[...] La combinaison et l'intégration des différentes prises en charge sont une garantie de l'efficacité des soins. Elles associent dans un cadre pluridisciplinaire interventions psychologiques et psychothérapiques ainsi qu'accompagnement socio-éducatif.</p> <p>L'exigence d'articulation entre les différents acteurs et les différentes structures de soins et d'accompagnement est essentielle.</p> <p>Les associations d'entraide et d'auto-support tiennent une place importante dans l'ensemble de cette démarche, en complémentarité des professionnels du soin.</p> <p>Un référent unique devrait assurer la continuité de la prise en charge au long cours pour les personnes en situation de polyconsommation.</p> <p>Ce référent pourrait être un professionnel d'un réseau ou d'une équipe spécialisée.</p> <p>La commission d'audition recommande :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [...] ; - de réaliser des actions de formation sur les polyconsommations pour les différents professionnels, aussi bien dans le cadre de la formation initiale que continue, et tout particulièrement vis-à-vis des associations les plus fréquentes (alcool-tabac, alcool-tabac-cannabis, alcool-médicaments), pour favoriser la prise en charge conjointe des différentes consommations ; ces formations doivent être étendues à tous les acteurs du repérage et de l'accompagnement ; - d'adapter la réglementation pour permettre et faciliter la délivrance quotidienne de l'ensemble des médicaments utilisés dans le cadre de la prise en charge globale aussi bien en pharmacie d'officine que dans les structures spécialisées (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA] et consultations hospitalières pluridisciplinaires d'addictologie) ; - de remédier aux inégalités actuelles en matière d'admission en affections de longue durée (ALD), par exemple en cas de traitement de substitution des opiacés (TSO), dans le cadre de l'évolution du dispositif existant ; - de promouvoir l'identification d'un référent unique garant de la continuité et de la cohérence des soins ; - de favoriser la place des associations d'entraide et d'auto-support dans les parcours de soins. <p>Situations particulières</p> <p>Chez une personne dépendante qui se retrouve en situation de sevrage contraint à l'occasion d'une hospitalisation pour des raisons autres qu'addictologiques, un traitement médical symptomatique doit être instauré, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - substituts nicotiniques à posologie suffisante pour le fumeur de tabac ;

Auteur, année, référence	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> - [...] ; - l'expérience de traitement symptomatique peut constituer un premier pas vers un sevrage ou une prise en charge spécifique. <p>Pour une personne en rémission stable avec un traitement [...], ce traitement ne doit pas être discriminatoire quant à l'accès à d'autres prises en charge, résidentielles, psychosociales ou psychiatriques.</p>
Office français de prévention du tabagisme, 2008. (294) France	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les maladies liées au tabac sont une des principales causes de décès chez les adultes souffrant d'affections psychiatriques (niveau de preuve : A). 2. Les fumeurs avec des troubles psychiatriques consomment plus de tabac que les fumeurs sans troubles psychiatriques (A). Une prévalence de tabagisme plus élevée que dans la population générale a été démontrée pour les troubles anxieux (à l'exception des TOC), les troubles de l'humeur (deux à trois fois plus d'antécédents de dépression chez les fumeurs ; états dépressifs et troubles bipolaires sont associés à une consommation quotidienne de tabac élevée), la dépression et la schizophrénie avec un OR 5,5 (IC 4,9-5,6) pour l'association schizophrénie tabagisme actuel (A). 3. Il est démontré une co-relation bidirectionnelle entre le tabagisme et la dépression : tabagisme et dépendance à la nicotine augmentent la probabilité de dépression, et la dépression augmente la probabilité de tabagisme et la dépendance à la nicotine (A). 4. En population générale, fumer augmente le risque suicidaire (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides) (A). Le tabagisme augmente le risque suicidaire qu'il y ait ou non trouble dépressif (B). 5. Le tabagisme augmente la probabilité de survenue de troubles bipolaires et réduit l'efficacité de leurs traitements (B). 6. Il existe des facteurs génétiques communs prédisposant au tabagisme et aux troubles de l'humeur (A). 7. La prévalence élevée et la forte intensité du tabagisme chez les patients atteints de troubles psychotiques expliquent que ces patients aient six fois plus de mortalité par maladies cardio-vasculaires et cinq fois plus de mortalité respiratoire (B). 8. Les cigarettes sont utilisées par certains patients atteints de troubles psychiatriques comme un moyen de contrôler les émotions, l'humeur et les troubles cognitifs. L'administration aiguë de nicotine améliore à court terme les performances cognitives, en particulier chez les patients atteints de schizophrénie (A). 9. Les symptômes de sevrage du tabac sont généralement plus graves chez les patients atteints de troubles psychiatriques (B). Par exemple, chez les patients atteints de troubles de l'anxiété, l'anxiété augmente au cours des deux premières semaines du sevrage (A), puis diminue progressivement dans les quatre semaines suivantes (C). 10. L'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie a changé la représentation sociale de tabac dans cet environnement. Le concept d'unités psychiatriques non-fumeur est accepté par les patients et les professionnels de santé. Son application produit plus d'effets positifs que d'effets négatifs (E). 11. Selon la norme sociale du groupe, l'acte de fumer peut augmenter ou diminuer les capacités relationnelles. Les rapports sociaux sont modifiés chez les patients souffrant de troubles psychotiques. La relation entre les patients est plus souvent dégradée qu'améliorée par l'acte de fumer (E).

Auteur, année, référence	Recommandations
	<p>12. Les spécificités du tabagisme des patients atteints d'affections psychiatriques justifient un accompagnement médicalisé et coordonné du sevrage tabagique par le psychiatre, le tabacologue et/ou les autres soignants (médecin traitant, psychologue, infirmière...) (E). Des protocoles de délivrance des substituts nicotiniques doivent être mis à la disposition des équipes soignantes (E).</p> <p>13. Chez les patients atteints de troubles de l'humeur, l'arrêt du tabac est de préférence envisagé à distance des épisodes aigus (E). En phase aiguë, une réduction du tabagisme sous substitution nicotinique est cependant souhaitable (E).</p> <p>14. Chez ces patients, comme dans la population générale, la prescription de nicotine conduisant à une réduction de plus de 50 % du tabagisme est bien tolérée, réduit l'envie de fumer, réduit les symptômes liés au sevrage et augmente la probabilité d'une décision d'arrêt (B).</p>

8.11 Séropositivité pour le VIH

► Données de la littérature

Le tabagisme aggrave le risque cardio-vasculaire des patients séropositifs traités par antiprotéases. Dans un article de synthèse en 2008, Garelik (295) citait les données du groupe APROCO qui avaient permis de souligner l'importance du risque cardio-vasculaire lié au tabagisme chez les patient séropositifs (la part de risque attribuée au tabagisme était de 65 % chez les hommes et de 29 % chez les femmes), indépendamment des autres facteurs de risque plus ou moins liés aux antiprotéases. Étant donné la prévalence importante du tabagisme chez les sujets séropositifs et la fréquence élevée du traitement par antiprotéases, une augmentation du risque cardio-vasculaire chez ces patients est prévisible. Des mesures préventives sont nécessaires dès la mise en route du traitement antirétroviral. L'auteur rappelait que, chez les patients séropositifs, il est fondamental de gérer le mieux possible les facteurs de risque connus (et qui sont identiques à ceux rencontrés dans la population générale). Il est donc nécessaire 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 (importance du test de dépendance à la nicotine, évaluation du CO dans l'air alvéolaire à l'aide d'un CO-testeur, dosage de la cotinine urinaire ou salivaire).

Garelik proposait la conduite à tenir suivante face à un patient séropositif fumeur :

- ▀ rechercher un tabagisme ou un usage de substance ;
- ▀ évoquer les risques de la poursuite de la consommation de tabac ;
- ▀ proposer une démarche de sevrage systématiquement ;
- ▀ évaluer ses dépendances et sa/ses motivations à l'arrêt ;
- ▀ faire passer des messages positifs et non culpabilisants ;
- ▀ fixer une date d'arrêt avec le patient ;
- ▀ entreprendre, si nécessaire, un traitement ;
- ▀ entreprendre un suivi régulier et prolongé (accompagnement).

Dans sa mise au point, l'auteur a aussi souligné l'importance de la prise en charge psychologique indispensable tout au long du suivi, surtout chez les patients anxieux et/ou dépressifs, avec dans certains cas la nécessité de prescriptions d'anxiolytiques et/ou d'antidépresseurs. Les thérapies cognitives et comportementales sont utiles pour apprendre à mieux gérer les situations difficiles. Le volet nutritionnel et diététique ne doit jamais être négligé, la prise en charge du sevrage tabagique pouvant devenir l'occasion de rétablir une bonne hygiène alimentaire, adaptée aux situations particulières des sujets séropositifs, souvent anorexiques et amaigris, en limitant cependant les apports trop importants en graisses mono-insaturées, en raison du risque d'hypercholestérolémie favorisé par les antiprotéases.

Selon une étude de cohorte nationale danoise de 2013 (296), les patients séropositifs pour le VIH sous traitement et qui fument ont plus de risques de décéder de leur tabagisme qu'en raison de leur infection par le VIH, le fait de fumer réduisant de 16 ans leur espérance de vie. Dans cette étude, la mortalité des patients VIH+ était de 4,4 fois plus élevée que celle des non-fumeurs. La mortalité non liée au sida était la plus augmentée : elle était multipliée par 5,3 chez les fumeurs avec en particulier une augmentation de la mortalité cardio-vasculaire et par cancer. La mortalité liée au sida était également multipliée par 3,5 chez les patients VIH+ fumeurs.

► Avis du GT

La sensibilisation des professionnels de soins aux effets du tabagisme chez les patients séropositifs pour le VIH est un élément déterminant.

Le GT rappelle que le tabagisme aggrave le risque cardio-vasculaire des patients séropositifs traités par antiprotéases. De ce fait, des mesures préventives sont nécessaires dès la mise en route du traitement antirétroviral.

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'hyper-cholestérolémie favorisé par les antiprotéases.

► **Recommandations**

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>
-----------	--

8.12 Péri-opératoire

► Données de la littérature

La revue systématique de Thomsen *et al.* en 2010 (297) (tableau 71) a examiné l'effet des interventions pour promouvoir le sevrage tabagique préopératoire sur l'abstinence à court et moyen terme et sur les complications postopératoires. Les interventions considérées étaient brèves ou intensives, incluant des stratégies comportementales et pharmacologiques, avec ou sans contact en face à face et étaient fournies au moins 48 heures avant l'opération. Pour les analyses, deux groupes d'intervention ont été considérés : des interventions préopératoires intensives consistant à des séances de *counselling* sur une période de 4 à 8 semaines ; des interventions préopératoires brèves fournies dans le cadre d'évaluation de routine et consistant en un face à face et/ou d'une séance de *counselling* téléphonique et/ou de *counselling* via l'ordinateur ou d'une lettre sur les risques du tabagisme avant une opération. Huit essais incluant un total de 1 156 personnes ont été retenus. Deux essais étudiaient plusieurs séances de "*counselling*" en face à face au moins 6 semaines avant la chirurgie tandis que six essais étudiaient une intervention courte. Les analyses par sous-groupes ont montré que les interventions intensives et courtes augmentaient significativement l'arrêt du tabac au moment de l'opération chirurgicale : respectivement RR combiné=10,76 IC95 % [4,55-25,46], (2 essais, n=210), et RR combiné=1,41, IC95 % = [1,22-1,63], 5 essais, n=805.

Quatre essais évaluant l'effet à long terme de l'arrêt de la consommation de tabac ont rapporté un effet significatif : RR combiné=1,61 IC95 % = [1,12-2,33], n=556). Cependant, quand les interventions intensives et courtes étaient combinées séparément, seules les interventions intensives (deux essais) étaient associées à un effet à long terme de l'arrêt de la consommation de tabac : RR 2,96 IC95 % [1,57-5,55], n=209.

Cinq essais (n=535) examinaient l'effet de l'arrêt de la consommation de tabac sur la morbidité postopératoire (toutes complications / complications des plaies) et mettaient en évidence un effet de protecteur l'arrêt du tabagisme : toutes complications : RR combiné =0,70 IC95 % = [0,56-0,88] ; complications des plaies : RR combiné=0,70 IC95 %=[0,51-0,95]. Des analyses par sous-groupes ont montré un effet significatif des interventions intensives sur tout type de complications (2 essais, n=210) : RR=0,42 IC95 % = [0,27-0,65] et sur des complications postopératoires de plaies : RR=0,31 IC95 % [0,16-0,62]. Pour les interventions courtes, les effets n'étaient pas statistiquement significatifs.

En conclusion, les interventions courtes semblaient avoir un effet significatif limité sur l'arrêt du tabagisme au moment de l'intervention, et ne pas avoir d'effet sur l'arrêt du tabagisme à long terme ni sur la morbidité postopératoire. En ce qui concerne les interventions intensives, les résultats rapportés étaient significatifs mais étaient basés seulement sur deux essais de faible taille. Les auteurs de cette revue de la littérature ont d'ailleurs souligné le fait que l'intensité d'une intervention optimale préopératoire n'était pas encore identifiée.

► Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Voir tableau 72

► Avis du groupe de travail

Accord avec les données de la littérature et les recommandations internationales.

La sensibilisation des professionnels de soins aux effets du tabagisme en péri-opératoire est un élément déterminant.

Le GT souhaite que le courrier d'information remis au patient à destination de son médecin généraliste mentionne le statut tabagique.

► **Recommandations**

Dépistage

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

Prise en charge des fumeurs en péri-opératoire

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 péri-opératoire) lors de la prise de rendez-vous pour une opération.</p>

Tableau 71. Effets des interventions préopératoires - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Thomsen et al., 2010 (297) Niveau de preuve= 2	Revue systématique d'ECR	<p>Estimer l'effet des interventions préopératoires sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'arrêt du tabac au moment de l'opération chirurgicale et 12 mois après l'opération ; - sur l'incidence de complications postopératoires. 	<p>Base de données : Registre spécialisé du groupe Cochrane sur le tabagisme. MEDLINE, EMBASE, CINHAL</p> <p>Recherche la plus récente : avril 2010</p> <p>ECR qui recrutaient des patients fumeurs avant une opération chirurgicale programmée ayant bénéficié d'une intervention d'aide à l'arrêt au tabac, et qui mesuraient l'abstinence avant l'opération et à long terme et/ou l'incidence de complications postopératoires.</p> <p>Groupe de comparaisons : soins standards avec pas ou peu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prévalence de l'abstinence au moment de l'opération - Prévalence de l'abstinence à 12 mois après l'opération - Incidence de complications postopératoires 	<p>Huit essais incluant un total de 1 156 personnes ont été retenus.</p> <p>Deux essais étaient associés à plusieurs séances de "<i>counselling</i>" en face à face au moins 6 semaines avant la chirurgie tandis que 6 essais étaient associés à une intervention courte.</p> <p>Un TNS était proposé ou recommandé à certains ou à tous les participants dans sept essais.</p> <p>Effets des interventions sur l'arrêt du tabagisme au moment de l'opération : les analyses par sous-groupes ont montré que les interventions intensives et courtes augmentaient significativement l'arrêt du tabagisme au moment de l'opération chirurgicale : respectivement RR combiné=10,76 IC95 % [4,55-25,46], (2 essais, n=210), et RR combiné=1,41, IC95 %=[1,22-1,63], (5 essais, n=805).</p> <p>Effets des interventions sur l'arrêt du tabagisme à 12 mois : 4 essais évaluant l'effet à long terme de l'arrêt de la consommation de tabac ont trouvé un effet significatif : RR combiné=1,61 IC95 %=[1,12-2,33], n=556). Cependant, quand les interventions</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			d'informations sur l'arrêt du tabagisme ou les effets néfastes du tabagisme sur la santé.		<p>intensives et courtes étaient combinées séparément, seules les interventions intensives (2 essais) étaient associées à un effet à long terme de l'arrêt de la consommation de tabac : RR 2,96 IC95 % [1,57-5,55], n=209.</p> <p>Effets des interventions sur la morbidité postopératoire : cinq essais (n=535) examinaient l'effet de l'arrêt de la consommation de tabac sur la morbidité postopératoire (toutes complications / complications des plaies) et mettaient en évidence un effet de l'arrêt du tabagisme : toutes complications : RR combiné =0,70 IC95 %=[0,56-0,88], complications des plaies : RR combiné=0,70 IC95 %=[0,51-0,95], Des analyses par sous-groupes ont montré un effet significatif des interventions intensives (2 essais, n=210) sur tout type de complications : RR=0,42 IC95 %=[0,27-0,65], et sur des complications postopératoires de plaies RR=0,31 IC95 % [0,16-0,62]. Pour les interventions courtes, les effets n'étaient pas statistiquement significatifs.</p> <p>Limites de cette revue : une hétérogénéité importante pour les deux méta-analyses associées aux effets des interventions sur la morbidité postopératoire (toutes complications : $I^2=69\%$, complication :</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					$I^2=63\%$). Conclusion : les interventions courtes semblaient avoir un effet significatif limité sur l'arrêt du tabagisme au moment de l'intervention, ne pas avoir d'effet sur l'arrêt du tabagisme à long terme et la morbidité postopératoire. En ce qui concerne les interventions intensives, les résultats rapportés étaient significatifs mais étaient basés seulement sur deux essais de faible taille (n=210).

Tableau 72. Péri-opératoire - Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Auteur, année, référence	Recommandations
NICE, 2008 (91) Royaume-Uni	<p>Recommandation 6 :</p> <p>Les professionnels de santé devraient être entraînés à donner un bref conseil sur l'arrêt du tabac et devraient avoir des contacts avec le service local « <i>Stop Smoking</i> » du NHS auquel ils peuvent adresser leur patient.</p> <p>Les professionnels de santé devraient identifier et enregistrer le statut tabagique de tous leurs patients. Ceux qui utilisent du tabac devraient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - être sensibilisés aux bénéfices sur la santé d'arrêter de fumer à chaque opportunité ; - se voir proposer un conseil bref, et s'ils veulent arrêter d'utiliser du tabac, être orientés au service local du NHS « <i>Stop Smoking</i> ». Si les patients ne veulent pas se rendre au service, ils doivent se voir proposer un conseil bref et un soutien pour les aider à arrêter, et une pharmacothérapie si appropriée. <p>Les patients retenus pour une chirurgie programmée devraient être encouragés à arrêter de fumer avant l'opération. Les patients qui veulent arrêter de fumer pour de bon devraient aussi être adressés au service local « <i>Stop Smoking</i> » du NHS.</p> <p>Dans les hôpitaux, les patients qui utilisent du tabac sous n'importe quelle forme devraient se voir proposer un conseil, si approprié, un TNS par un professionnel de santé formé ou par un conseiller en arrêt du tabac pendant qu'ils sont à l'hôpital pour les aider à arrêter le tabac. Ils devraient aussi se voir proposer un rendez-vous avec leur service local du NHS « <i>Stop Smoking</i> ». S'ils acceptent la proposition, le rendez-vous devrait être réservé avant leur départ de l'hôpital. Dans des conditions exceptionnelles, il peut être inapproprié de conseiller un patient à arrêter, par exemple, à cause de leur condition ou situation personnelle.</p> <p>Les PCT (<i>Primary Care Trust</i>) devraient garantir que les services <i>Stop Smoking</i> du NHS peuvent fournir des supports d'arrêt aux hôpitaux. Cela devrait inclure un système d'orientation après la sortie de l'hôpital pour les patients qui ont essayé d'arrêter de fumer à l'hôpital. Les PCT devraient développer un plan clair d'orientation avec des liens entre les <i>primary and acute trusts</i>.</p>
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabac pour les personnes hospitalisées et en attente d'opérations</p> <p>Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs hospitalisés (solidité des preuves = A).</p> <p>Mettre en place des sessions intensives de soutien, une médication pour au moins un mois pour tous les patients hospitalisés fumeurs (solidité des preuves = A).</p> <p>Conseiller brièvement les fumeurs en attente d'opération et mettre en place un soutien en amont de la chirurgie (solidité des preuves = A).</p> <p>Les TNS peuvent être proposés aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Cependant, quand les personnes ont souffert d'un événement cardio-vasculaire grave (par exemple, attaque ou infarctus du myocarde) dans les deux dernières semaines ou souffrent d'une maladie mal contrôlée, le traitement doit être discuté avec le médecin. Les TNS oraux sont recommandés (plutôt que les patchs) pour de tels patients (solidité des preuves = B).</p> <p>Tous les hôpitaux doivent avoir des systèmes établis pour aider les patients à arrêter de fumer. Cela inclut de fournir en routine des conseils pour arrêter de fumer et soit de disposer d'un service dédié à l'arrêt du tabac dans l'hôpital ou bien de mettre en place un traitement d'arrêt du tabac dans un service externe (solidité des preuves =B).</p>

8.13 Patients hospitalisés

► Données de la littérature

Travaux de thèses

Trois travaux de thèse concernant l'aide au sevrage tabagique chez les patients hospitalisés ont été identifiés.

La thèse de Thery (298) avait pour objectif de déterminer les facteurs prédictifs de sevrage tabagique et de mesurer le rôle de la fréquence des contacts avec les équipes de tabacologie dans le cas de l'aide au sevrage tabagique initiée en hospitalisation. L'auteur a mené une étude observationnelle au CHRU et au centre Oscar Lambret à Lille. Les fumeurs hospitalisés ont été randomisés entre deux groupes d'intervention ; suivi standard et suivi rapproché, et ont été suivis à la sortie de leur hospitalisation. L'effectif attendu était de 66 patients. Grâce au rappel téléphonique, les analyses étaient basées sur 51 patients suivis jusqu'à 6 mois. À 6 mois, 47 % des patients rappelés ne fumaient plus et 5 % fumaient encore. Les résultats n'ont pas mis en évidence de supériorité du suivi rapproché par rapport au suivi standard pour aider les patients à arrêter de fumer. L'auteur a proposé les recommandations suivantes : « le sevrage tabagique doit toujours être encouragé, une aide spécifique peut être proposée afin d'augmenter les chances d'y parvenir. Les modalités sont à adopter à chaque situation. Il semble y avoir plusieurs profils à cerner pour les candidats à l'aide du sevrage tabagique. Les attentes ne sont pas toujours les mêmes. La santé, l'anxiété, le travail, la législation anti-tabac jouent un rôle important dans le fait de fumer ou pas. Chaque patient fumeur vit sa propre histoire avec sa santé et le tabac, le sevrage doit être compatible avec tout son cadre de vie et être proposé au moment opportun pour être efficace ». Les limites de cette étude étaient la faiblesse de l'effectif et l'absence de tests statistiques, ainsi qu'un nombre de perdus de vue important (15 patients).

La thèse de Daage (299) chez les patients avait pour objectif de déterminer si une réduction de la consommation de tabac pouvait être obtenue chez les patients alcoolo-dépendants également dépendants au tabac. L'auteur a réalisé une étude chez 39 patients alcoolo-tabagiques hospitalisés pour sevrage d'alcool, non désireux d'un sevrage tabagique. L'intervention était la substitution nicotinique. Le recueil des données a eu lieu entre août 2005 et février 2006. Des timbres transdermiques étaient utilisés pour la substitution. Les données étaient recueillies au premier jour et au septième jour d'hospitalisation. L'analyse consistait à étudier l'évolution des paramètres du tabagisme entre le premier jour (J1) et le dernier jour (J7). La consommation moyenne de l'échantillon à J7 était de 15,5 cigarettes/jour versus 19,97 cigarettes/jour à J1. Pour les fumeurs dont la durée de tabagisme était inférieure à 30 ans, la diminution moyenne était de 6,17 cigarettes/jour entre J1 et J7. Pour les fumeurs dont la durée de tabagisme était comprise entre 30 et 40 ans, la diminution moyenne était de 7,5 cigarettes/jour entre J1 et J7. Pour les fumeurs dont la durée de tabagisme était supérieure à 40 ans, la diminution observée était de 10,2 cigarettes/jour entre J1 et J7. Concernant la comparaison de l'évolution de la consommation de cigarettes par jour selon la consommation de cigarettes initiales, les fumeurs de moins de 10 cigarettes/jour ont vu leur consommation augmenter de 1,5 cigarette/jour en moyenne entre J1 et J7, les fumeurs de 11 à 20 cigarettes/jour ont diminué leur consommation de 4,47 cigarettes/jour en moyenne, et les fumeurs de plus de 20 cigarettes ont diminué leur consommation de 12 cigarettes/jour en moyenne. Ces résultats suggéraient que les plus gros fumeurs et les plus dépendants au tabac étaient ceux qui avaient le plus diminué leur consommation de cigarettes entre J1 et J7 et ce de manière significative ($p=0,024$). Les principales limites de ce travail sont l'absence d'un groupe de comparaison n'ayant pas bénéficié de l'intervention et la faible taille de l'échantillon. De plus, la mesure de l'abstinence à très court terme (7 jours) présente peu d'intérêt.

La thèse de Bartoskas (300) avait pour objectif d'étudier l'impact du remboursement des TNS sur la motivation à l'arrêt du tabac et sur l'abstinence à long terme. Pour cela, l'auteur a cherché à

étudier l'impact d'une expérience réalisée 4 ans auparavant auprès du personnel hospitalier fumeur de l'hôpital Louis Mourier à Colombes. L'expérience « ce mois-ci, j'arrête » avait consisté en une réunion d'information, une évaluation de la motivation et de l'intoxication, la distribution de timbres transdermiques, des interventions de soutien et un renforcement de la motivation pendant 2 mois. L'expérience avait eu lieu en 2003, et l'auteur a interrogé les sujets participants en 2007. Un questionnaire a été envoyé à chaque participant (n=86). Les questions visaient à déterminer si la perspective de la prise en charge financière du sevrage tabagique incitait à l'arrêt et aussi à évaluer le taux d'abstinence après 3 ans. Au total, 64 sujets ont répondu au questionnaire (74,4 %) : 95 % d'entre eux avaient réussi à entreprendre un sevrage. Parmi ceux qui avaient entrepris un sevrage, 54 % (33/61) ont rechuté dans l'année suivante et 46 % (28/61) étaient toujours abstinents 4 ans après. Les taux d'abstinence à 1 mois, 3 mois et 6 mois étaient respectivement de 82 % (50/61), 62 % (38/61) et 46 % (28/61). La majorité des rechutes a eu lieu dans les 6 mois et essentiellement avant 3 mois (70 %). Le pourcentage de sujets qui se déclaraient motivés par la gratuité des timbres transdermiques était de 85 % (53/62). Parmi les sujets sevrés définitivement, ce taux était de 96 % (27/28) et de 77 % (24/31) parmi les sujets qui avaient rechuté. Les limites de cette étude étaient les suivantes : faible effectif, recueil des données par questionnaire, biais de recrutement (personnel hospitalier sensibilisé aux méfaits du tabagisme) et surtout absence de groupe de comparaisons. La campagne « ce mois-ci j'arrête » était conçue comme un projet pilote de lutte contre le tabagisme hospitalier et n'était pas destinée à fournir des données pour une étude : il n'était pas prévu un groupe comparatif dans lequel les sujets financeraient eux-mêmes leur sevrage.

Données de prévalence

L'étude de Katz *et al.* aux États-Unis en 2011 (301) avait pour objectif d'une part, d'évaluer la prévalence de patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde aigu (IMA), bénéficiant de médicaments pour l'arrêt du tabagisme à leur sortie d'hospitalisation et d'autre part, d'identifier les facteurs associés à la prescription d'une pharmacothérapie (TNS) d'arrêt du tabagisme. Les auteurs ont conduit une analyse transversale à partir de l'étude TRIUMPH (*Translational Research Investigating Underlying disparities in acute Myocardial infarction Patients*). Entre avril 2005 et décembre 2008, 4 340 patients hospitalisés dans 24 hôpitaux pour un IMA ont été inclus. Parmi eux, 1 631 (37,6 %) ont déclaré fumer durant les 30 jours suivant leur admission. La prescription de TNS à la sortie d'hospitalisation était évaluée par une étude des dossiers médicaux. Tous les facteurs associés aux traitements d'aide à l'arrêt du tabagisme ont été recueillis et des modèles multivariés de Poisson ont été utilisés pour estimer les associations de ces facteurs avec la prescription de TNS. Seuls 14 % (222/1 631) des patients qui fumaient ont bénéficié d'une prescription de médicaments d'arrêt du tabagisme à la sortie d'hospitalisation, dont 68 % de TNS (151/222) et 32 % de varénicline ou bupropion (71/222). Il y avait une variation significative de la prévalence des prescriptions entre les différents hôpitaux, allant de 0 à 28 %, et de 0 à 17 % spécifiquement pour les TNS. Les facteurs associés significativement à la prescription de médicaments d'arrêt du tabagisme étaient un âge plus jeune (âge ≥ 65 ans, ratio de taux d'incidence (rate ratio) $RR=0,81, IC95 \%=[0,71-0,93]$), un niveau scolaire plus élevé ($RR=1,37, IC95 \%=[1,10-1,66]$), un niveau élevé de consommation de cigarettes (>10 cigarettes/jour ; $RR=3,08, C95 \%=[2,20-4,12]$), une revascularisation à l'hôpital ($RR=1,41, C95 \%=[1,10-1,94]$) et des informations délivrées sur l'arrêt du tabagisme ($RR=2,37, IC95 \%=[1,40-4,01]$). Les facteurs associés significativement à la prescription de TNS étaient identiques (à l'exception du niveau scolaire) : un âge plus jeune (âge ≥ 65 ans, $RR=0,75, IC95 \%=[0,61-0,92]$), un niveau élevé de consommation de cigarettes (>10 cigarettes/jour ; $RR=3,32, IC95 \%=[2,00-5,51]$), une revascularisation à l'hôpital ($RR=1,53, IC95 \%=[1,04-2,24]$) et des informations délivrées sur l'arrêt du tabagisme ($RR=2,36, IC95 \%=[1,26-4,43]$). L'étude ne donnait pas d'information sur la prise ou non du traitement prescrit.

Cette étude montrait que les patient fumeurs hospitalisés pour un IMA recevaient peu fréquemment une prescription de traitements médicamenteux d'aide à l'arrêt du tabac, et qu'il y avait une forte disparité entre les établissements hospitaliers sur ce point. Les

patients les plus âgés, ayant un niveau scolaire plus faible et fumant peu, avaient moins de chance de recevoir un traitement d'arrêt du tabagisme (niveau de preuve 2).

Interventions pour les patients hospitalisés. Étude observationnelle

L'étude de Prochaska *et al.* en 2004 (290) avait pour objectif d'évaluer les services d'arrêt du tabagisme à l'attention des patients hospitalisés dans un établissement psychiatrique de San Francisco. Les dossiers médicaux de 250 patients admis de 1998 à 2001 ont été sélectionnés aléatoirement et analysés (sur un total de 2 053 dossiers médicaux). Cent-cinq patients (42 %) étaient des fumeurs, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour était de 21 (\pm 15). Aucun des fumeurs n'avait été diagnostiqué comme dépendant de la nicotine ou en manque de nicotine, et le statut tabagique n'était pas rapporté dans les plans de traitement des patients. Les patients bipolaires ou ayant des troubles liés à l'usage de substances étaient plus à même de fumer des cigarettes que les patients présentant d'autres diagnostics (respectivement OR=2,2, $p=,023$) / OR=5,3, $p<,001$). Un TNS était prescrit pour 59 fumeurs (56 %), et 54 patients (92 %) l'utilisaient. Seul un fumeur avait été encouragé à arrêter de fumer, orienté vers un traitement d'arrêt du tabagisme et avait reçu un TNS à sa sortie d'hospitalisation. Deux fumeurs avaient reçu une prescription de bupropion à leur sortie d'hospitalisation. Les auteurs ont conclu que peu de patients étaient traités pour l'addiction au tabac. Cette étude observationnelle ne concernait qu'un seul établissement psychiatrique (niveau de preuve 3).

Interventions pour les patients hospitalisés. Revues systématiques et méta-analyses (voir tableau 73)

En 2008, la revue de revues systématiques et des recommandations des interventions d'arrêt du tabagisme à l'hôpital de Wolfenden *et al.* (302) avait pour but d'évaluer les interventions d'arrêt du tabagisme d'intensités différentes à l'hôpital, les composantes de ces interventions, la délivrance d'interventions par différents types de professionnels, la délivrance d'interventions par plusieurs professionnels et les interventions à composante unique versus les interventions à composantes multiples. Cette étude concernait les stratégies d'arrêt du tabagisme délivrées par le personnel hospitalier. Cette étude présentait des données de revues systématiques conduites par la collaboration Cochrane et des recommandations pour la pratique clinique développées par des agences. La recherche des études a été effectuée en décembre 2004. Trente revues Cochrane et 13 recommandations pour la pratique clinique ont été identifiées. Les auteurs ont conclu d'une part, que les preuves des méta-analyses intégrant des études centrées sur l'hôpital étaient insuffisantes pour évaluer des stratégies spécifiques d'intervention et d'autre part, que la majorité des recommandations intégraient la délivrance d'un conseil bref, le *counselling* et les TNS, en dépit de l'absence de preuves.

La revue de Freund *et al.* (303) avait pour but de synthétiser et résumer les études publiées entre 1994 et 2005 rapportant des données de prévalence de la prise en charge du tabagisme des patients hospitalisés. Les bases de données utilisées étaient MEDLINE, EMBASE, Cinhal et PsycINFO. Trente-trois études ont été incluses dans cette revue. Vingt-deux études rapportaient la proportion de patients recevant une prise en charge de leur tabagisme et 12 études rapportaient la proportion de professionnels de santé qui fournissaient cette prise en charge (une étude rapportait les deux proportions). La taille des études variait de 18 à 60 083 sujets. Des méta-prévalences ont été calculées à partir des résultats des études individuelles. Le statut tabagique était évalué chez 60 % (IC95 %=[40,2-78,5]) des patients. Seuls 42 % (IC95 %=[39,2-44,1]) des patients fumeurs recevaient un conseil d'arrêt, 14 % (IC95 %=[1,5-59,0]) bénéficiaient d'une délivrance de TNS ou d'un conseil d'utilisation d'un TNS et 12 % (IC95 %=[6,9-19,0]) bénéficiaient d'un suivi ou d'une orientation. Pour ce qui concernait les professionnels de santé, 81 % (IC95 %=[51,3-98,0]) rapportaient qu'ils évaluaient le statut tabagique, 70 % (IC95 %=[52,0-86,0]) rapportaient qu'ils délivraient un conseil d'arrêt, 13 % (IC95 %=[3,8-25,6]) rapportaient qu'ils prescrivaient un TNS ou conseillaient d'utiliser un TNS, et 39 % (IC95 %=[18,6-62,1]) rapportaient fournir un suivi ou des orientations.

La revue de littérature de Rigotti *et al.* en 2008 (304) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions d'arrêt du tabagisme durant une hospitalisation. Les interventions considérées débutaient durant l'hospitalisation et avaient pour but d'augmenter la motivation à arrêter, soutenir une tentative d'arrêt, ou éviter une rechute. Elles pouvaient inclure la délivrance d'un conseil d'arrêt ou du *counselling* comportemental, avec ou sans contact après la sortie d'hospitalisation. Les auteurs ont défini quatre catégories d'interventions d'intensités différentes, basées sur la durée des contacts à l'hôpital et la durée de suivi après la sortie d'hospitalisation : 1) un contact à l'hôpital durant 15 minutes ou moins et pas de soutien après la sortie d'hospitalisation ; 2) au moins un contact à l'hôpital de plus de 15 minutes et pas de soutien après la sortie d'hospitalisation ; 3) tout type de contacts à l'hôpital et contacts de soutien durant un mois au plus après la sortie d'hospitalisation ; 4) tout type de contacts à l'hôpital et contacts de soutien durant plus d'un mois après la sortie d'hospitalisation. Trente-trois études, conduites dans neuf pays (Australie, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis, Japon, Norvège, Pays-Bas et Royaume-Uni) entre 1990 et 2007, répondaient aux critères d'inclusion et ont permis aux auteurs d'effectuer des méta-analyses. Les résultats montraient qu'un *counselling* qui débutait durant l'hospitalisation et qui comportait des contacts de soutien pendant une durée supérieure à 1 mois après la sortie d'hospitalisation (catégorie 4) augmentait les taux d'abstinence à 6-12 mois (OR=1,65, IC95 %=[1,44-1,90]). L'ajout de TNS au *counselling* n'était pas plus efficace que le *counselling* seul (OR=1,47, IC95 %=[0,92-2,35]), de même pour l'ajout de bupropion au *counselling* (OR=1,56, IC95 %=[0,79-3,06]). **Cette étude suggérait que les interventions de *counselling* pour les patients hospitalisés fumeurs étaient efficaces si les contacts de soutien continuaient pendant une durée supérieure à 1 mois après la sortie d'hospitalisation.**

La revue de littérature d'Aziz *et al.* en 2009 (305) avait pour objectif de comparer l'efficacité des interventions comportementales d'arrêt du tabagisme avec le traitement standard chez les patients hospitalisés pour un événement cardio-vasculaire. Les interventions pouvaient intégrer les composantes suivantes : entretien avec une infirmière/psychologue/conseiller, lecture de documents, vidéo/message audio, suivi téléphonique, consultation de suivi, TNS, suivi par une cardiologue, suivi par une infirmière, et validation biochimique de l'abstinence. Les maladies cardio-vasculaires considérées étaient l'infarctus du myocarde, l'angioplastie coronarienne percutanée, le pontage aorto-coronarien, le syndrome coronarien aigu, l'insuffisance cardiaque, la maladie cardio-vasculaire, la maladie vasculaire périphérique. Onze essais (n=2571) ont été inclus dans cette revue de la littérature. Une méta-analyse rapportait une incidence significativement plus élevée d'arrêt du tabagisme chez les patients ayant bénéficié d'interventions comportementales (42 %) comparativement aux patients ayant bénéficié du traitement standard (34 %) (OR=1,62, IC95 %=[1,77-2,24]). Une durée plus importante d'intervention (plus de 6 interactions avec le patient) était associée à plus forte probabilité d'abstinence (OR=1,67, IC95 %=[1,25-2,33]), indépendamment de l'intensité. Les interventions les plus longues et les plus intensives étaient associées à la forte probabilité d'abstinence (OR=3,17, IC95 %=[1,46-6,89]). **Cette étude suggérait que les interventions comportementales pour les patients hospitalisés pour une maladie cardio-vasculaire étaient efficaces pour l'arrêt du tabagisme. Les éléments associés à un meilleur taux d'abstinence d'après l'étude étaient une durée d'intervention d'au moins 3 mois, une intensité élevée des interactions patient/soignant durant les 6 premiers mois et l'utilisation de TNS ou de bupropion.** Cependant, les nombreuses imprécisions associées à cette publication listées dans le tableau ci-dessous ne permettaient pas de conclure de façon formelle.

La revue systématique de Rigotti *et al.* en 2012 (306) a examiné l'effet des interventions comportementales, pharmacologiques ou à composantes multiples pour aider les patients hospitalisés à arrêter de fumer. Les interventions considérées débutaient à l'hôpital mais pouvaient se poursuivre après la sortie de l'hôpital. Les interventions pouvaient être délivrées par les médecins, le personnel infirmier, les psychologues, les conseillers d'aide à l'arrêt ou d'autres personnels hospitaliers. Les interventions pouvaient inclure des conseils, une thérapie comportementale intensive, ou une pharmacothérapie, avec ou sans contact poursuivi après la sortie d'hôpital. Les interventions étaient classées selon leur intensité : 1) : contact unique durant

l'hospitalisation de moins de 15 minutes sans de soutien de suivi à la sortie ; 2) un ou plusieurs contacts durant l'hospitalisation de plus de 15 minutes sans soutien de suivi à la sortie ; 3) tout contact à l'hôpital avec un suivi de moins d'un mois ; 4) tout contact avec un suivi de plus d'un mois. **Les interventions intensives de *counselling* qui débutaient durant le séjour hospitalier et incluaient des contacts de suivi pendant au moins un mois après la sortie d'hôpital augmentaient les taux d'arrêt du tabac parmi les patients qui avaient été hospitalisés (RR=1,37 ; IC95 %=[1,27-1,48], 25 essais, n=7403). Les interventions de *counselling* moins intensif n'étaient pas associées à un bénéfice statiquement significatif. Il n'y avait pas de preuve d'effet des interventions de faible intensité ou de durée courte. Les TNS associés à un *counselling* intensif augmentaient significativement les taux d'abstinence comparativement au *counselling* intensif seul (RR=1,54 ; IC95 % [1,34-1,79] : 6 essais, n=2487). Le bénéfice de cette association ne se vérifiait pas avec le bupropion et la varénicline.**

Conclusion : les données montrent que les interventions intensives de *counselling* initiées durant le séjour hospitalier avec des contacts de suivi pendant au moins un mois après la sortie d'hôpital augmentent les taux d'arrêt du tabac. L'association des TNS au *counselling* intensif augmente encore les taux d'abstinence (niveau de preuve 1).

Implémentation des recommandations en système hospitalier

L'étude de Moody-Thomas *et al.* en 2011 (307) avait pour objectif d'évaluer la sensibilisation et l'implémentation de la recommandation américaine « *Treating Tobacco Use and Dependence* » de 2000 de l'*United State Public Health Service (USPHS)* (308). La *Tobacco Control Initiative (TCI)* a été créée pour fournir des services d'arrêt du tabagisme au système hospitalier public de Louisiane. La mission de la TCI était d'intégrer des traitements fondés sur la médecine factuelle dans les services de prise en charge des patients en utilisant les recommandations de 2000 (308). Ces interventions incluaient un système d'identification des utilisateurs de tabac, des formations, des ressources et des évaluations pour les professionnels, dédiaient du personnel pour fournir les traitements, promouvaient des politiques hospitalières de traitement du tabagisme, réduisaient les coûts des traitements efficaces à la charge des patients (le *counselling* et les médicaments). Ces stratégies organisationnelles étaient couplées à un protocole clinique incluant la méthode des 5A³⁵. En combinant les ressources fournies par la mission de la TCI et le système public hospitalier « *Medication Assistance Program* », tous les patients avaient accès aux services d'arrêt du tabagisme incluant une médication à bas coût ou gratuite (timbres transdermiques, bupropion et varénicline), un *counselling* comportemental de groupe sur place gratuit, un accès à des lignes de *counselling* téléphoniques, à des consultations individuelles au lit du patient pour les patients hospitalisés, et à des documents d'auto-support à toutes les consultations. La TCI fournissait aussi des formations aux cliniciens sur les compétences de la prise en charge des patients fumeurs. Enfin, la TCI facilitait l'adoption de politiques globales pour soutenir et encourager la prise en charge des utilisateurs de tabac. Deux enquêtes de la TCI auprès du personnel hospitalier de Louisiane sur 35 items en 2003 (n=24) et 2007 (n=44) ont montré que la sensibilisation des cliniciens et l'implémentation des recommandations s'étaient améliorées (échelle de Rasch, p<0,001). Cependant, les enquêtes ont été réalisées auprès d'échantillons de faible taille (niveau de preuve 3).

► Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 74

► Avis du groupe de travail

Accord avec les données de la littérature et les recommandations internationales.

³⁵ Cf. Annexe

La sensibilisation des professionnels de soins au tabagisme des patients hospitalisés est un élément déterminant.

Le GT souhaite que pour chaque fumeur, le statut tabagique apparaisse sur la liste des troubles à l'admission et comme diagnostic associé dans la conclusion du courrier de sortie.

Le GT insiste sur le fait que les TNS doivent être disponibles en milieu hospitalier et dispensés au même titre que les autres médicaments (ex. : traitement de substitution aux opiacés, traitements de la dépendance à l'alcool, etc.).

► Recommandations

Dépistage

A	Le dépistage du tabagisme doit être systématique en milieu hospitalier. 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.
----------	---

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	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. Les TNS doivent être disponibles en milieu hospitalier et dispensés au même titre que les autres médicaments.
A	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. 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. 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.

Tableau 73. Effets des interventions destinées aux patients hospitalisés. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Rigotti <i>et al.</i>, 2008 (304) niveau de preuve=2	Revue de la littérature Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés et quasi-randomisés	Évaluer l'efficacité des interventions d'arrêt du tabagisme durant une hospitalisation	Base de données : Cochrane Tobacco Addiction Review Group's Register EMBASE, MEDLINE PsycINFO, CENTRAL Recherche la plus récente : janvier 2007 Groupes de comparaisons : traitement standard, intervention moins intensive Fumeurs adultes hospitalisés (ayant fumé durant le mois précédent l'admission) Personnes adultes ayant arrêté de fumer récemment (ayant arrêté de fumer de 1 mois à 1 an avant l'admission)	Abstinence à 6 mois après randomisation : abstinence continue prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement	33 essais inclus Catégorie 1 : un contact à l'hôpital durant 15 minutes ou moins et pas de soutien après la sortie d'hospitalisation 1 essai, n =1351, OR=1,16 IC95 %=[0,80-1,67] Catégorie 2 : au moins un contact à l'hôpital de plus de 15 minutes et pas de soutien après la sortie d'hospitalisation 8 essais, n =3617, OR=1,08 IC95 %=[0,89-1,29] Catégorie 3 : tout type de contacts à l'hôpital et contacts de soutien durant un mois au plus après la sortie d'hospitalisation : 6 essais, n =4476, OR=1,09 IC95 %=[0,91-1,30] catégorie 4 : tout type de contacts à l'hôpital et contacts de soutien durant plus d'un mois après la sortie d'hospitalisation : 17 essais, n =5608, OR=1,65=IC95 % [1,44-1,90] Admission quel que soit le diagnostic : 6 essais, n =3393, OR=1,43 IC95 %=[1,17-1,75] Admission pour maladies cardio-vasculaire : 11 essais, n =2408, OR=1,81 IC95 %=[1,53-

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>2,15]</p> <p><i>Counselling</i> + TNS versus <i>counselling</i> + placebo : 5 essais, n=644, OR=1,47 IC95 %=[0,92-2,35</p> <p><i>Counselling</i> + bupropion versus <i>counselling</i> + placebo : 1 essai, n=246, OR=1,56 IC95 %=[0,79-3,06</p> <p>Limites : les auteurs concluaient abusivement que l'association de TNS à du <i>counselling</i> pouvait augmenter les taux d'abstinence du tabagisme à partir d'un résultat non significatif (<i>counselling</i> +TNS versus <i>counselling</i> + placebo : OR=1,47 IC95 %=[0,92-2,35]). Les résultats ne sont pas toujours bien rapportés dans les tableaux de résultats de la publication. Commentaires : le premier auteur de cette publication avait reçu des financements (<i>research grant funding</i>) de la part de Pfizer, GlaxoSmithKline, Sanofi Aventis, et NabiBiopharmaceuticals et a été consultant pour Pfizer et SanofiAventis.</p>
<p>Aziz et al., 2009 (305)</p> <p>Niveau preuve=3</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>de Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés</p>	Évaluer l'efficacité des interventions comportementales chez les patients hospitalisés pour un événement cardiovasculaire majeur	<p>Base de données : EMBASE, MEDLINE, Cochrane Library, Google scholar.</p> <p>Études publiées entre 1974 et 2007</p> <p>Groupes de compa-</p>	<p>Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement (abstinence pour une période d'au moins 7 jours)</p>	<p>11 essais inclus (6 études américaines, 2 canadiennes, 1 espagnole, 1 norvégienne, 1 anglaise)</p> <p>n=2 571 patients hospitalisés entre 1990 et 2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe interventions comportementales = 1419 - Groupe intervention standard = 1332

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>raisons : traitement standard, durée d'intervention courte, intervention d'intensité faible</p> <p>Fumeurs hospitalisés pour un événement cardio-vasculaire majeur</p>		<p>Méta-analyses</p> <p>Les résultats associés à ces méta-analyses n'étaient pas détaillés dans cet article.</p> <p>Interventions comportementales versus traitement standard : OR=1,62 IC95 % [1,77-2,24]</p> <p>Interventions longues versus interventions courtes ou traitement standard : OR=1,67 IC95 % = [1,25-2,33]</p> <p>Interventions intensives et longues versus interventions moins intensives et courtes ou traitement standard : OR=3,17, IC95 % = 1,46-6,89]</p> <p>Limites de cette méta-analyse</p> <p>Le traitement standard n'était pas défini (une phrase de l'article semblait indiquer qu'il s'agissait d'un simple conseil d'arrêt du tabagisme).</p> <p>Le nombre d'essais et les effectifs associés aux différentes méta-analyses n'étaient pas fournis dans l'article.</p> <p>Les groupes de comparaisons n'étaient pas détaillés.</p> <p>Les auteurs rapportaient un biais de publication.</p> <p>Le critère de jugement retenu était un critère à court terme.</p> <p>Conclusion : les résultats rapportés dans cet article sont à interpréter avec précaution.</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Rigotti et al., 2012 (306) Niveau de preuve=1	Revue Cochrane d'essais contrôlés randomisés ou quasi-randomisés Méta-analyse	Déterminer l'efficacité des interventions pour l'arrêt du tabagisme à destination des patients hospitalisés. Explorer l'efficacité des interventions selon les diagnostics des patients	Base de données : MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CENTRAL Les essais concernaient des interventions comportementales, pharmacologiques ou à composantes multiples. Recherche : décembre 2011 Patients hospitalisés fumeurs ou qui ont récemment arrêté (plus d'un mois avant l'admission hospitalière)	Abstinence à 12 mois après le début de l'intervention : abstinence continue	55 essais inclus. Counselling versus pas d'intervention : Les interventions intensives de <i>counselling</i> qui ont commencé pendant le séjour hospitalier et ont continué à travers des contacts pendant au moins un mois après la sortie d'hôpital augmentaient les taux d'arrêt du tabac (RR=1,37 ; IC95 % =1,27-1,48 : 25 essais, n=7403). Les interventions caractérisées par un <i>counselling</i> moins intensif n'étaient pas associées à un bénéfice statistiquement significatif. TNS + counselling intensif versus counselling intensif Ajouter un TNS à une intervention de <i>counselling</i> intensif augmentait les taux d'abstinence comparativement à un <i>counselling</i> intensif (RR=1,54; IC95 % [1,34-1,79]: 6 essais, n=2487). Varénicline + counselling intensif versus counselling intensif Ajouter de la varénicline à une intervention de <i>counselling</i> intensif n'augmentait pas les taux d'abstinence comparativement à un <i>counselling</i> intensif (RR=1,28; IC95 % [0,95-1,76] : 2 essais, n=458). Bupropion + counselling intensif versus counselling intensif Ajouter du bupropion à une intervention de <i>counselling</i> intensif n'augmentait pas les taux d'abstinence comparativement à un

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p><i>counselling</i> intensif (RR=1,04; IC95 % [0,75-1,45] : 3 essais, n=480).</p> <p>Maladies cardio-vasculaires</p> <p>Les interventions intensives de <i>counselling</i> qui ont commencé pendant le séjour hospitalier et ont continué à travers des contacts pendant au mois un mois après la sortie d'hôpital ont augmenté les taux d'arrêt du tabac (RR=1,42 ; IC95 % [1,29-1,56] : 14 essais, n=2819). Cette estimation était proche de l'analyse globale RR=1,37 ; IC95 % [1,27-1,48] : 25 essais, n=7403).</p> <p>Maladies respiratoires</p> <p>Les deux méta-analyses présentaient une forte hétérogénéité.</p> <p>NRT : RR=1,29; IC95 % [0,62-2,69] : 25 essais, n=7403, I²=65 %).</p> <p><i>Counselling</i> : RR=1,22; IC95 % [0,93-1,60] : 25 essais, n=7403, I²=76 %).</p> <p>Cancer</p> <p>Pas d'effet mis en évidence ; petit échantillon (n=30)</p>

Tableau 74. Interventions destinées aux patients hospitalisés. Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année/Pays	Recommandations
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabac pour les personnes hospitalisées et en attente d'opérations</p> <p>Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs hospitalisés (solidité des preuves = A).</p> <p>Mettre en place des sessions intensives de soutien, une médication pour au moins un mois pour tous les patients hospitalisés fumeurs (solidité des preuves = A).</p> <p>Conseiller brièvement les fumeurs en attente d'opération et mettre en place un soutien en amont de la chirurgie (solidité des preuves = A).</p> <p>Les TNS peuvent être proposés aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Cependant, quand les personnes ont souffert d'un événement cardio-vasculaire grave (par exemple, attaque ou infarctus du myocarde) dans les deux dernières semaines ou souffrent d'une maladie mal contrôlée, le traitement doit être discuté avec le médecin. Les TNS oraux sont recommandés (plutôt que les patches) pour de tels patients (solidité des preuves = B).</p> <p>Tous les hôpitaux doivent avoir des systèmes établis pour aider les patients à arrêter de fumer. Cela inclut de fournir en routine des conseils pour arrêter de fumer et soit de disposer d'un service dédié à l'arrêt du tabac dans l'hôpital ou bien de mettre en place un traitement d'arrêt du tabac dans un service externe (solidité des preuves = B).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme pour les utilisateurs des services de santé mentale</p> <p>Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs utilisateurs des services de santé mentale (solidité des preuves = A).</p> <p>Les personnes souffrant de troubles mentaux qui arrêtent de fumer pendant qu'ils prennent des médicaments pour leurs maladies mentales doivent être suivis pour déterminer si les réductions dans les doses médicamenteuses sont nécessaires (solidité des preuves = A).</p> <p>Interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme pour les utilisateurs de services d'addictologie</p> <p>Fournir un bref conseil d'arrêter de fumer à tous les fumeurs utilisateurs de services d'addictologie (solidité des preuves = A).</p>
Office français de prévention du tabagisme, 2008. (288) France	<p>Quelles sont les spécificités de l'arrêt et/ou de l'abstinence tabagique dans les unités psychiatriques fermées ou ouvertes ?</p> <p>5.1 Quelles sont les difficultés de l'arrêt du tabac dans les unités psychiatriques fermées ou ouvertes ?</p> <p>5.1.1 Quel est le bilan des expériences des hôpitaux psychiatriques ayant dû faire face à l'interdiction totale de fumer dans les locaux ?</p> <p>Le passage des hôpitaux psychiatriques au statut « non-fumeur » selon la législation, s'est révélé faisable, et a amélioré plus qu'aggravé les relations dans les établissements (D).</p> <p>Le statut tabagique et le comportement du personnel fumeur vis-à-vis de l'interdiction ont été un élément déterminant du passage des unités au statut non-fumeur (E).</p> <p>La consommation de substituts nicotiniques a beaucoup augmenté avec l'interdiction de fumer et reste de façon durable à un taux élevé (D).</p> <p>La réduction du tabagisme sous substitution nicotinique est une aide importante à la gestion des fumeurs hospitalisés en service de psychiatrie fermé (E).</p> <p>5.1.2 Quel est le bilan de l'interdiction totale de fumer pour les services de psychiatrie ?</p> <p>L'interdiction de fumer dans les locaux clos et couverts est globalement bien appliquée dans les hôpitaux psychiatriques (D).</p> <p>Cette application a posé moins de problèmes qu'anticipés, même si elle nécessite encore une vigilance (E).</p> <p>5.1.3 Comment éviter les incidents liés à l'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie ?</p> <p>L'interdiction de fumer est d'autant plus simple à appliquer que l'interdiction est claire, que le personnel est informé, et observant lui-même de</p>

Année/Pays	Recommandations
	<p>l'interdiction, et qu'il en connaît les objectifs sanitaires (E).</p> <p>Un approvisionnement et une disponibilité suffisants en substituts nicotiques sous formes transdermique et orale permettent une substitution sans délai de tous les fumeurs entrant en service de psychiatrie fermé (E).</p> <p>La mise en place de protocoles de délivrance des substituts nicotiques pour les personnels soignants est recommandée car elle permet une prise en charge précoce et systématique en attendant la prescription médicale (E).</p> <p>Un affichage clair de l'interdiction sur les documents du service est utile (E).</p> <p>5.1.4 Comment gérer en pratique la suppression des « bénéfices » de l'acte de fumer tels que facilitation de la relation patients/personnels soignants, récompense, exutoire de l'enfermement, possibilité éventuelle de sortir du périmètre habituel ?</p> <p>Une bonne substitution nicotinique réduit le « bénéfice de fumer » qui n'est, pour une part, qu'une compensation d'un manque de nicotine (E).</p> <p>L'annonce de règles claires et précises d'interdiction de fumer dans les locaux, respectées de tous (soignants et soignés) et la mise en application de ces règles sont l'occasion pour le personnel soignant d'expliquer ces règles et leurs objectifs (E).</p> <p>5.2 L'arrêt du tabac forcé avec substitution lors d'une hospitalisation en milieu fermé, modifie-t-il la consommation de tabac à long terme ?</p> <p>Si l'arrêt forcé en milieu hospitalier est bien accepté, les conséquences sur l'arrêt à long terme du tabac sont faibles en absence de prise en charge adaptée à la sortie des unités de psychiatrie (D).</p> <p>En l'absence de prise en charge, la plupart des patients reprennent leur tabagisme à la sortie des unités de psychiatrie (D).</p> <p>L'intérêt d'un arrêt définitif du tabac doit cependant être systématiquement souligné, et la recherche sur l'arrêt du tabac des patients atteints de maladies psychiatriques doit être développée (E).</p> <p>En population générale, la prescription de nicotine associée à une réduction du tabagisme est bien tolérée (A), réduit l'envie de fumer (A), réduit le syndrome de sevrage (A) et augmente la probabilité d'une décision d'arrêt (B). Ces données sont probablement identiques chez les patients atteints d'affections psychiatriques (E).</p> <p>L'existence de co-addictions, de mauvaises conditions sociales, tout comme l'absence de prise en charge financière des traitements compliquent l'arrêt du tabac et la réduction du tabagisme (E). Une prise en compte spécifique de ces facteurs est justifiée (E).</p>

8.14 Adolescence

► Données de la littérature

Données extraites de l'expertise collective INSERM « Tabac : comprendre la dépendance pour agir », 2004 (8)

L'expertise INSERM sur le tabac rapporte les résultats de diverses études réalisées chez les adolescents :

- deux tiers des adolescents fumeurs déclarent regretter d'avoir commencé à fumer malgré leur perception presque exclusive des effets subjectifs positifs des cigarettes. Trois quarts des adolescents fumeurs ont tenté d'arrêter de fumer mais ont échoué. Les auteurs de l'expertise INSERM en concluent que **des programmes d'aide à l'arrêt du tabac spécifiquement destinés aux adolescents devraient être mis en place** ;
- l'arrêt du tabac peut survenir spontanément parmi les adolescents. Une étude prospective a suivi pendant 3 ans 1 384 jeunes âgés de 9 à 14 ans dont 276 étaient fumeurs à l'inclusion. Parmi eux, 28,6 % ont déclaré ne plus fumer à la fin de l'étude, 46,3 % des fumeurs occasionnels avaient réussi à arrêter et seulement 12,3 % de ceux qui fumaient 1 à 9 cig/j, et 6,8 % de ceux qui fumaient 10 cig/j ou plus ont cessé de fumer. Parmi ceux qui manifestaient une intention ferme d'arrêter le tabac, 92 % étaient des fumeurs occasionnels ;
- les facteurs prédictifs de succès semblent différents chez les filles et les garçons. Les filles qui réussissent à cesser de fumer sont caractérisées par le fait d'avoir des parents qui n'approuvent pas leur tabagisme, une situation familiale intacte, des amis qui fument moins ; elles ne sont pas motivées pour continuer à fumer, fument plus rarement que les autres de la marijuana, changent plus rarement d'école, et se considèrent en bonne santé. Ces associations sont largement plus faibles chez les garçons.

Très peu d'études ont tenté d'impliquer des adolescents fumeurs dans les essais thérapeutiques de sevrage tabagique. La difficulté de recrutement, de maintenir les jeunes dans les essais, l'absence de mesure biologique d'abstinence adaptée aux adolescents et une certaine réticence éthique d'inclure des adolescents dans les essais thérapeutiques sont les obstacles majeurs pour la réalisation de tels essais thérapeutiques chez les adolescents fumeurs.

Smith *et al.*, 1996 (309) ont administré, en ouvert, un timbre à la nicotine (22 mg/j pendant 8 semaines puis 11 mg/j pendant 2 semaines) à 22 adolescents âgés de 13 à 17 ans fumant 20 à 35 cig/j. Dix-neuf sujets ont terminé l'étude ; seulement trois individus étaient abstinents à 8 semaines et un seul est resté abstinent pendant 6 mois. Les effets indésirables étaient relativement fréquents (maux de tête : 41 %, nausées/vomissements : 41 %, fatigue : 41 %, érythème cutané sous le timbre : 55 %), probablement des conséquences de la dose initiale de nicotine qui était relativement élevée pour cette population.

Une autre étude de la même équipe a inclus 101 adolescents fumeurs à raison de 10 à 40 cig/j. Les adolescents ont reçu pendant 6 semaines un timbre à la nicotine dosé à 15 mg pendant 16 heures, assorti de conseils individualisés. Au terme des 6 semaines de traitement, 11 % des sujets étaient abstinents et seulement 5 % le sont restés à 6 mois. Les adolescents ont réduit leur consommation en moyenne de 18,2 à 2,5 cig/j à la fin du traitement, mais la consommation a augmenté à nouveau après suppression de la nicotine, atteignant 9,1 et 9,4 cig/j respectivement à 3 et à 6 mois. Dans cette étude, le taux d'apposition moyen du timbre était de 85 %, variant de 4 à 100 %. Quant aux effets indésirables, 43 % des adolescents se plaignaient de maux de tête, seulement 12 % avait des réactions cutanées au niveau du timbre, 13 % signalaient des nausées/vomissements et 10 % rapportaient des troubles du sommeil (310).

Hanson *et al.*, 2003 (311) ont réalisé la première étude randomisée et en double aveugle comparant le timbre à la nicotine à un timbre placebo chez les adolescents fumeurs. Cent jeunes, âgés de 13 à 19 ans et fumant au moins 10 cig/j depuis au moins 6 mois, ont été inclus dans l'essai. Dans le groupe correspondant au traitement actif, les adolescents fumant au moins 15 cig/j

ont reçu un timbre de 21 mg de nicotine/24 h pendant 6 semaines, suivi d'un timbre de 14 mg/24 h puis de 7 mg/24 h, chacun pendant 2 semaines ; ceux qui fumaient entre 10 et 14 cig/j recevaient 14 mg de nicotine/24 h pendant 6 semaines puis 7 mg/24 h pendant 4 semaines. La pharmacothérapie a été associée à une intervention cognitivo-comportementale. Pour augmenter leur motivation d'arrêter de fumer, les adolescents se voyaient attribuer des points à chaque fois que leur taux de CO dans l'air expiré était ≤ 8 ppm, le nombre de points acquis à chaque visite augmentant avec la durée d'abstinence. Chaque point valait 0,20 dollar US, et le cumul des points pouvait être transformé en chèques cadeaux.

Ni l'abstinence continue, ni l'abstinence ponctuelle évaluée semaine par semaine (point prévalence abstinence) n'étaient différentes entre le patch à la nicotine et le patch placebo. À la fin de la période de traitement, 22 % des adolescents étaient abstinents dans le groupe nicotine et 26 % dans le groupe placebo. Parmi les 100 adolescents, 47 sont sortis de l'étude, dont 23 au cours des deux premières semaines ; le nombre de sorties de l'essai était comparable dans les deux groupes. Pendant les deux premières semaines de l'étude, le score total des symptômes de sevrage et l'envie de fumer étaient significativement plus faibles dans le groupe traité à la nicotine. La fréquence des effets indésirables était similaire dans les deux groupes, à l'exception des maux de tête qui se sont avérés significativement plus fréquents chez ceux qui recevaient le placebo (311).

Malgré un bénéfice transitoire au niveau de l'envie de fumer et des symptômes de sevrage, la nicotine ne facilitait pas l'abstinence par comparaison au placebo, mais la puissance de cette étude est largement insuffisante pour montrer une différence dans une population où l'adhésion au protocole est notoirement faible.

La réalisation d'essais thérapeutiques de sevrage tabagique est nécessaire pour évaluer les traitements médicamenteux chez les jeunes fumeurs. Ces essais doivent tester des doses de nicotine probablement réduites par rapport aux doses préconisées chez les adultes et utiliser plus fréquemment une adaptation posologique individuelle pour diminuer les effets indésirables et, de ce fait, augmenter l'efficacité. Il est probable que le nombre d'adolescents par groupe doit être plus élevé que dans les essais chez les adultes parce que le nombre de sorties d'essai dans une population d'adolescents est certainement plus élevé. Cela rendra le recrutement encore plus difficile.

En l'absence de données, on ne peut que faire l'hypothèse qu'une intervention précoce est susceptible d'abolir l'installation ou le maintien de la dépendance au tabac chez les adolescents.

Une évaluation rétrospective des soins cliniques pour adolescents ($n = 96$) a fourni des résultats qui semblent un peu plus satisfaisants que les essais avec la nicotine. L'intervention consistait en un entretien individualisé de 45 minutes avec une personne formée à travailler avec des fumeurs pour les aider à arrêter. Si nécessaire, et si l'adolescent était d'accord, un traitement par nicotine était prescrit. Les jeunes ont été régulièrement contactés par téléphone. L'abstinence à 6 mois était de 18 % et de 7 % à 1 an. Après 5,3 ans de suivi, 11,5 % de cette population étaient toujours abstinents. Il est à noter que seulement 19 des 96 adolescents ne souffraient pas d'une pathologie médicale. Environ 20 % de cet échantillon avaient un problème broncho-pulmonaire (asthme : 21 %, bronchite : 20 %) et une grande majorité présentait un problème psychiatrique (29 % de trouble d'adaptation, 23 % d'abus ou de dépendance à une drogue, 22 % d'abus ou de dépendance à l'alcool ...) (312).

Les TNS sont en vente libre. Il serait important de savoir si cette facilité d'accès aboutit à une plus forte utilisation par les adolescents et si elle augmente les scores d'abstinence chez les adolescents fumeurs. Une enquête récente (Klesges *et al.*, 2003 (313)), réalisée chez 4 078 jeunes de moins de 18 ans aux États-Unis, apporte des réponses à la première question. La moitié de ces jeunes n'ont jamais fumé, 26 % sont des expérimentateurs, 13 % fument avec une certaine régularité (1 à 6 cigarettes/semaine), 6 % sont ex-fumeurs. Au sein de l'échantillon, 5,3 % des individus (soit 216) utilisent, ont utilisé ou ont essayé d'utiliser les TNS (gomme ou dispositif transdermique) ; 16,2 % des 216 jeunes utilisent des TNS tous les jours, 19,9 % plusieurs fois par semaine et 63,9 % ont essayé de les utiliser au moins une fois. Enfin, davantage de garçons que de filles utilisent des TNS.

Dans cette étude, moins de 1 % de ceux qui n'ont jamais fumé ($n = 2\,239$) déclarent avoir utilisé au moins une fois un TNS. Environ 15 % des ex-fumeurs utilisent des TNS essentiellement pour arrêter de fumer. Chez ces adolescents fumeurs, parmi ceux qui sont les plus forts

consommateurs, 16,3 % déclarent avoir essayé au moins une fois un TNS ; en revanche, ils représentent le groupe qui utilise un TNS le moins souvent d'une façon répétée. Il apparaît que l'utilisation répétée caractérise plutôt ceux qui fument peu, suggérant que le TNS peut contribuer à la réduction de la consommation (tableau 11.IV).

La consommation alternée (cigarette et TNS) est presque de 50 % chez les « petits fumeurs » (< 1 cig/semaine), indiquant que ce groupe manifeste déjà une dépendance au tabac et tente de maintenir sa consommation de cigarettes à un niveau bas à l'aide des TNS. Il en va de même pour les ex-fumeurs qui sont devenus ex-fumeurs peut-être grâce à l'utilisation des TNS.

Parmi les fumeurs de moins de 18 ans, 17 à 20 % ont déjà utilisé ou utilisent les TNS dont la raison principale est une tentative d'arrêt ou la diminution de la consommation en cas d'incapacité, ou en l'absence d'intention, d'arrêter de fumer. Cette réduction de consommation (réduction des risques) à l'aide des TNS a été relativement bien étudiée chez les fumeurs adultes qui ne parvenaient pas à arrêter. Dans le cas des adolescents, se pose avec encore plus de pertinence la question de savoir si la réduction de la consommation par les TNS tend plutôt à favoriser le maintien de la dépendance au tabac ou, au contraire, aide à se libérer de cette dépendance.

L'INSERM rappelle que les résultats de cette enquête ainsi que ceux d'un grand nombre d'études citées précédemment ne sont pas nécessairement extrapolables aux adolescents en France. Il est par conséquent indispensable d'initier des études bien conduites et adaptées à la population des adolescents fumeurs en France.

Les auteurs de l'expertise INSERM concluaient en 2004 qu'en l'absence de données chez les adolescents, on ne pouvait que faire l'hypothèse **qu'une intervention précoce est susceptible d'abolir l'installation ou le maintien de la dépendance au tabac chez les adolescents**. Ils ajoutaient que, puisqu'un grand nombre d'adolescents fumeurs regrettent d'avoir commencé à fumer et expriment le souhait d'arrêter, il est d'une importance majeure **d'élaborer et de proposer des interventions à la fois médicamenteuses et non médicamenteuses spécifiques à l'adolescent fumeur**.

Revue systématique (voir tableau 75)

La revue systématique de Grimshaw *et al.* en 2006 (314) a évalué l'efficacité des interventions pour arrêter la consommation de tabac des jeunes fumeurs (âge < 20 ans). Les interventions concernaient des pharmacothérapies à l'attention d'individus, des programmes stratégiques à l'attention des familles ou des écoles, des programmes complexes à l'attention de communautés dans lesquelles vivent les jeunes fumeurs. Les programmes ou stratégies considérées concernaient aussi les rechutes, avaient pour objectif les déterminants psychosociaux (par exemple la capacité à refuser du tabac), ou qui développaient les compétences pour rester abstinent. Les interventions pouvaient être dispensées dans les écoles, hôpitaux, cliniques, cabinets dentaires. Les programmes de prévention du tabagisme étaient exclus. Vingt-quatre essais étaient analysés dans cette revue de la littérature. Une méta-analyse basée sur deux essais d'interventions utilisant des méthodes de changement de comportements (modèle transthéorique) a rapporté un succès modéré à long terme avec un odds ratio combiné à un an suivant : OR=1,70 [IC95 % 1,25-2,33]. Une méta-analyse basée sur les 11 essais dont les interventions d'accroissements de la motivation a rapporté l'odds ratio combiné suivant : OR=1,70 IC95 % [1,31-2,20]. Les huit essais qui incluaient des thérapies comportementales cognitives n'ont pas produit de résultats significatifs. Aucun des essais sur l'efficacité des TNS n'a détecté d'effet statistiquement significatif des TNS. Un essai concernant l'effet du bupropion n'a pas montré d'effet significatif du bupropion. Cette revue de la littérature a montré que les approches qui incorporent des méthodes de changement de comportement (modèle transthéorique), des renforcements de la motivation semblent efficaces ; par contre, il n'y a pas de preuve d'un effet bénéfique des techniques comportementales cognitives et de la pharmacothérapie (bupropion ou TNS).

La revue de littérature de Robinson *et al.* en 2012 (315) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions basées sur le modèle transthéorique du changement pour l'arrêt du tabagisme chez les adolescents. Six essais contrôlés randomisés ont été inclus dans cette revue de littérature. Chaque étude a été analysée qualitativement et quantitativement. À partir des informations des

différentes études, des taux d'abstinence et des odds ratios ont été calculés pour chaque étude. Les taux d'abstinence étaient systématiquement plus élevés dans les groupes d'interventions que dans les groupes contrôles, mais l'article ne présentait pas les tests statistiques associés à ces différences. Dans quatre études, les odds ratios étaient significativement supérieurs à 1 (au bénéfice de l'intervention comparativement au groupe contrôle). Cette revue comportait des faiblesses méthodologiques (mode de calcul des odds ratios non détaillé, études très hétérogènes dont les interventions étaient difficilement comparables, résultats non rapportés) ; d'ailleurs, les auteurs reconnaissaient l'impossibilité d'identifier les interventions les plus efficaces à cause de l'hétérogénéité des interventions.

Les études individuelles incluses dans cette revue de la littérature montraient une efficacité des interventions basées sur le modèle transthéorique du changement pour l'arrêt du tabagisme chez les adolescents. L'hétérogénéité des interventions étudiées ne permettait pas d'identifier les interventions les plus efficaces.

La revue de littérature de Patnode *et al.* en 2013 (316) a évalué l'efficacité et les effets indésirables des interventions visant à réduire l'utilisation du tabac chez les enfants et les adolescents. Dix-neuf essais dont l'objectif était de prévenir l'entrée dans le tabagisme ou de promouvoir l'arrêt du tabagisme étaient inclus dans cette revue de la littérature. Les essais étudiant l'effet des interventions comportementales et ceux étudiant l'effet des traitements médicamenteux étaient évalués séparément. Une méta-analyse des sept essais étudiant une intervention combinant la prévention du tabagisme et le maintien de l'abstinence n'a pas mis en évidence de diminution de la prévalence du tabagisme de 7 à 12 mois après le début des interventions chez les jeunes ($RR=0,91$ IC95 % = [0,81-1,01]). Une méta-analyse des neuf essais étudiant une intervention de prévention du tabagisme a mis en évidence une diminution de l'entrée dans le tabagisme de 7 à 36 mois après le début des interventions chez les jeunes non-fumeurs ($RR=0,81$, IC95 % = [0,70-0,93]) ; ce qui correspond à une diminution relative de 19 % de l'entrée dans le tabagisme chez les participants ayant bénéficié des interventions de prévention comparativement à ceux qui n'avaient pas bénéficié de ces interventions. Une méta-analyse des sept essais étudiant une intervention comportementale d'arrêt du tabagisme n'a pas mis en évidence de diminution de la prévalence du tabagisme de 6 à 12 mois après le début des interventions chez les jeunes ($RR=0,96$ IC95 % = [0,90-1,02]). Aucun des essais sur les interventions comportementales n'avait rapporté d'effets indésirables (tels que la démoralisation due à l'échec des tentatives d'arrêt ou des symptômes dépressifs). Un seul essai rapportait des effets indésirables dus au bupropion. Les auteurs ont conclu que les interventions chez les jeunes pouvaient prévenir l'entrée dans le tabagisme mais ne favorisaient pas l'arrêt du tabagisme chez ceux qui étaient déjà fumeurs.

Autres données de la littérature

La synthèse narrative de Dino *et al.* en 2011 (317) proposait des recommandations concernant l'arrêt du tabagisme chez les adolescents. Les auteurs rapportaient des preuves scientifiques qui avaient permis d'identifier des stratégies efficaces. Cette synthèse soulignait l'importance des stratégies adaptées au développement de l'adolescent, basées sur la théorie, suffisamment délivrées pour obtenir des résultats, et accessibles à ceux qui en ont besoin. Les interventions comportementales incluaient des stratégies allant de l'auto-support à des interventions cliniques brèves et des interventions plus intensives. Les programmes comportementaux efficaces identifiés par les auteurs étaient les programmes de groupe d'au moins cinq sessions. Dans le cadre des consultations individuelles, la méthode des 5A (*Ask Advise Assess Assist Arrange*) et celle des 5R (*Relevance Risks Rewards Roadblocks Repetition* ; pour les adolescents non prêts à s'arrêter) étaient préconisées. **De nouvelles approches permettant d'atteindre les objectifs d'arrêt du tabagisme chez l'adolescent étaient identifiées par les auteurs : les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt au tabac, des stratégies basées sur Internet, et des interventions en face à face. La pharmacothérapie n'était pas recommandée. Les auteurs préconisaient aussi que les interventions d'arrêt du tabagisme fassent partie d'un modèle de prise en charge de maladie chronique, incluant une formation pour les professionnels en charge des**

adolescents. Une limite de ces recommandations réside dans le fait que la méthode de sélection des articles analysés n'était pas présentée (niveau de preuve =3).

► Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 76

► Avis du groupe de travail

Accord avec les données de la littérature et les recommandations.

Les médecins devraient fournir un accompagnement psychologique aux adolescents fumeurs ou les orienter pour cela.

Des programmes d'aide à l'arrêt du tabac spécifiquement destinés aux adolescents devraient être mis en place.

► Recommandations

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 scolaire³⁶. 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.

³⁶<http://eduscol.education.fr/cid46869/lutte-contre-le-tabagisme.html>

Prise en charge des adolescents fumeurs

AE	<p>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.</p> <p>Des programmes d'aide à l'arrêt du tabac spécifiquement destinés aux adolescents devraient être mis en place.</p>
A	<p>Les TNS peuvent être utilisés dès l'âge de 15 ans.</p> <p>La varénicline et le bupropion ne sont pas recommandés chez les personnes de moins de 18 ans.</p>

Tableau 75. Interventions chez les adolescents. Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Grimshaw et Stanton, 2006 (314) (niveau de preuve =2)	Revue systématique Cochrane et méta-analyse	Évaluer l'efficacité des stratégies pour aider les jeunes personnes à arrêter de fumer du tabac.	ECR / C-ECR (cluster-randomized controlled trials) / Essais contrôlés Groupes de comparaisons : Pas d'interventions Interventions mises œuvre après la fin du suivi Interventions brèves Informations générales sur le tabac Autres interventions ou combinaisons d'interventions - Recherche la plus récente : août 2009. Bases de données : Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized register, Cochrane central	Abstinence mesurée après au moins 6 mois de suivi .	24 essais analysés (11 essais contrôlés randomisés, 11 C-ECR, 2 essais contrôlés) Interventions de changements de comportement versus prise en charge habituelle ou conseils diététiques Abstinence à un an 2 essais, n=1537, OR=1,70 [1,25-2,33], abstinence à deux ans 2 essais, n=1537, OR=1,38 [0,99-1,92], Renforcement de la motivation versus interventions brèves Abstinence à 6 mois ou plus 11 essais, n=1503, OR=1,70 [1,31-2,20]. Thérapies comportementales cognitives 8 essais, aucun effet significatif. Interventions pharmacologiques (abstinence à 6 mois) timbre nicotinique + bupropion versus timbre nicotinique + placebo : 1 essai, n=1503, OR=1,05 [0,38-2,92]. timbre nicotinique versus placebo : 1 essais, n=74, OR=4,93 [0,95-25,57]. gomme nicotinique versus placebo : 1

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>register of controlled trials (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO. CINHAL, ERIC, littérature grise</p> <p>Jeunes fumeurs réguliers (âge <20 ans).</p>		<p>essai, n=96, OR=1,81 [0,31-10,45]. bupropion versus placebo : 1 essai, n=207, OR=1,53 [0,52-4,47].</p> <p>Limites de cette revue de la littérature Seules 12 études procédaient à une validation biochimique de l'abstinence. Les effectifs des essais sur le renforcement de la motivation étaient très faibles (n<=85 pour 6 essais). Les effectifs des quatre essais pharmacologiques étaient très faibles (n<=211)</p>
<p>Robinson et Vail, 2012 (315)</p> <p>Niveau de preuve=3</p>	Revue de la littérature	Évaluer l'efficacité des interventions basées sur le modèle trans-théorique du changement pour atteindre l'arrêt du tabagisme chez les adolescents	<p>Base de données : CINHAL, Cochrane Library, Cochrane Clinical Trials Register, Psychological Abstract, Sociological Abstracts</p> <p>Études publiées entre 1999 et juin 2009 intégrant un modèle de changement de comportement</p> <p>Adolescents fumeurs âgés de 13 à 19 ans.</p>	Abstinence	<p>6 essais contrôlés</p> <p>Essai 1 : n=85 Intervention : entretien motivationnel (35 minutes), livret et feuille d'objectifs Contrôle : conseil bref, livret et orientation Taux d'arrêt (auto-déclaré) Groupe d'intervention : 1 mois : 5 % ; 3 mois : 5 % ; 6 mois : 23 %. Groupe contrôle : 1 mois : 0 % ; 3 mois : 0 % ; 6 mois : 3 %. OR à 6 mois =9,37 IC95 % [1,11-78,64] Essai 2 : n=74 Intervention : 8 sessions (50 minutes) en</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>classe</p> <p>Contrôle : livret</p> <p>Taux d'arrêt</p> <p>Groupe d'intervention</p> <p>immédiat : 59 %</p> <p>4 semaines : 52 %</p> <p>10 semaines : 44 %</p> <p>20 semaines : 34 %</p> <p>Groupe contrôle</p> <p>immédiat : 17 %</p> <p>4 semaines : 20 %</p> <p>10 semaines : 31 %</p> <p>20 semaines : 27 %</p> <p>OR</p> <p>immédiat =7,33 IC95 % [2,45-21,98]</p> <p>4 semaines = 4,84 IC95 % [1,69-13,87]</p> <p>10 semaines =1,69 IC95 % [0,65-4,38]</p> <p>20 semaines =0,82 IC95 % [0,31-2,15]</p> <p>Essai 3 : n=130</p> <p>Intervention : programme informatisé d'arrêt du tabagisme</p> <p>Contrôle : séries de questionnaires</p> <p>Taux d'arrêt</p> <p>Groupe d'intervention :</p> <p>5-6 semaines : 14 % ;</p> <p>9-10 semaines : 23 %.</p> <p>Groupe contrôle :</p> <p>5-6 semaines : 5 % ;</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>9-10 semaines : non rapporté. OR 5-6 semaines = 2,87 IC95 % [0,77-11,38] 9-10 semaines = 4,65 IC95 % [1,24-17,44]</p> <p>Essai 4 : n=402 Intervention : trois sessions de <i>counselling</i> téléphonique Contrôle : pas de <i>counselling</i> téléphonique Taux d'arrêt Groupe d'intervention : 4 mois : 16 % ; 8 mois : 21 %. Groupe contrôle : 4 mois : 11 % ; 8 mois : 19 %. OR à 4 mois = 1,59 IC95 % [1,14-2,07] à 8 mois = 1,54 IC95 % [1,15-2,07]</p> <p>Essai 5 : n=252 Intervention : conseil du clinicien, programme informatisé interactif (10 minutes), entretien motivationnel Contrôle : <i>counselling</i> (5 minutes) pour promouvoir plus de fruits et de légumes Taux d'arrêt Groupe d'intervention 2 ans : 24 %</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Groupe contrôle 2 ans : 11 % OR à 2 ans =2,42 IC95 % [1,40-4,16]</p> <p>Essai 6 : données non fournies dans la publication</p> <p>Limites de cette revue de la littérature : Dans le tableau de résultats de cette publication, il manquait les résultats d'une des six études retenues. Les méthodes de calculs des odds ratios et des taux d'arrêt n'étaient pas fournies. Les études étaient très différentes dans leur conception, et il n'est pas possible d'identifier les interventions les plus efficaces.</p>
<p>Patnode et al., 2013 (316)</p> <p>Niveau de preuve=2</p>	<p>Revue d'essais contrôlés randomisés</p> <p>Méta-analyse</p>	<p>Évaluer l'efficacité et les effets indésirables des interventions pour prévenir l'utilisation du tabac ou promouvoir l'arrêt du tabac chez les jeunes et les adolescents</p>	<p>Base de données : MEDLINE, PsycINFO, Cochrane Central Register of controlled trials, Database of abstracts of reviews of effects</p> <p>Recherche la plus récente : septembre 2012</p> <p>Enfants et adolescents (âgés de 10 à</p>	<p>Statut tabagique, entrée dans le tabagisme, abstinence</p>	<p>19 essais.</p> <p>Interventions combinant la prévention du tabagisme et l'arrêt du tabagisme (conseil bref d'arrêt ou de maintien de l'abstinence, sessions de <i>counselling</i> basées sur la méthode des 5A) versus absence d'intervention ou intervention minimale</p> <p>7 essais (n=6 838), RR=0,91 IC95 %=[0,81-1,01]</p> <p>Interventions de prévention (de l'entrée dans le tabagisme) versus absence d'intervention ou interventions minimales</p> <p>9 essais (n=17 721), RR=0,81 IC95 %=[0,70-0,93]</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>19 ans).</p> <p>Groupe de comparaisons : absence d'intervention ou intervention minimale</p>		<p>Interventions comportementales (contact en face à face avec un professionnel de santé) visant l'arrêt du tabagisme versus absence d'intervention ou interventions minimales</p> <p>7 essais (n=2 338), RR=0,96 IC95 %=[0,90-1,02]</p> <p>Intervention médicamenteuse (bupropion) visant l'arrêt du tabagisme</p> <p>2 essais identifiés par les auteurs ne rapportaient pas d'effet du bupropion sur l'arrêt du tabagisme chez les jeunes</p> <p>Aucun des essais sur les interventions comportementales n'avaient rapporté d'effets indésirables (tels que la démoralisation due à l'échec des tentatives d'arrêt ou des symptômes dépressifs). Un seul essai rapportait des effets indésirables dus au bupropion (ces effets ne sont pas détaillés dans l'article).</p> <p>Limites : les interventions étudiées et les critères de jugement des études étaient hétérogènes.</p>

Tableau 76. Adolescence - Synthèse des conclusions des recommandations internationales

Année /Pays	Recommandations
NICE, 2008 (91) Royaume-Uni	<p>Recommandation 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Proposer aux jeunes personnes âgées de 12 à 17 ans des informations, un conseil et un soutien sur la façon d'arrêter de fumer. Encourager l'utilisation des services locaux du « <i>Stop Smoking</i> » du NHS en fournissant des informations sur leurs accès (quand, où et comment). Faire appel à un jugement professionnel pour décider de proposer ou pas à des enfants de plus de 12 ans qui manifeste une dépendance à la nicotine. Si un TNS est prescrit, le proposer comme un élément d'une prise en charge supervisée (problème de traduction). <p>- Ni la varénicline, ni le bupropion ne devraient être proposés aux personnes de moins de 18 ans.</p>
NICE, 2010 (210) Royaume-Uni	<p>Recommandation 1 : Organisations larges ou approches « école dans sa globalité »</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer une politique anti-tabac en consultant les jeunes personnes et le personnel. Cela devrait inclure des activités de prévention du tabagisme (conduites par des adultes ou des jeunes personnes) et la formation et le développement du personnel. La politique devrait prendre en compte les besoins culturels, d'éducation, physiques des enfants et de personnes jeunes. Garantir que la politique forme une partie de la stratégie plus large de santé de l'école sur le bien-être, l'éducation sexuelle, l'éducation sur les drogues et le comportement. Appliquer la procédure à toute personne utilisant les locaux, pour n'importe quel but à n'importe quel moment. N'autoriser aucun endroit qui puisse être dédié au tabagisme. Faire la publicité de la politique et garantir que cette publicité soit accessible de façon à ce que toute personne utilisant les locaux soit informée de son contenu. <p>Recommandation 2 : interventions menées par les adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> Intégrer les informations des effets sur la santé de l'utilisation du tabac, ainsi que les aspects légaux, économiques et sociaux du tabagisme dans le déroulement de l'intervention. Délivrer des interventions dont le but est de prévenir l'entrée dans le tabagisme dans le cadre de PSHE et des activités liées à <i>Healthy Schools ou Healthy Further Education status</i>. Les lier à la politique anti-tabac et impliquer les enfants et les jeunes personnes dans leurs conceptions. Soutenir l'éducation sur le tabac dans la classe avec des activités « booster » supplémentaire jusqu'à l'âge du départ de l'école. Cela peut inclure des journées santé ou des conférenciers invités. Encourager les parents et les personnes en charge des enfants à s'investir. Travailler avec des partenaires impliqués dans la prévention du tabagisme et les activités d'aide à l'arrêt pour délivrer des interventions. Cela peut inclure des services locaux d'amélioration de la santé, des guides régionaux de politique sur le tabac, des alliances locales de contrôle du tabac et des services d'aide à l'arrêt du tabac du NHS. <p>Recommandation 3 : interventions menées par les pairs</p> <ul style="list-style-type: none"> Les interventions menées par les pairs ont pour but de prévenir l'entrée dans le tabagisme. Elles doivent : <ul style="list-style-type: none"> - se rattacher à des activités pertinentes PSHE – être délivrées en classe et informellement, hors de la classe ;

Année /Pays	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> - être menées par des personnes jeunes nommées par les élèves eux-mêmes (les pairs peuvent être du même âge ou plus âgés) ; - garantir que les pairs sont formés en dehors de l'école par des adultes ayant l'expertise appropriée ; - garantir que les pairs reçoivent un soutien de ces experts tout au long du déroulement du programme ; - garantir que les personnes jeunes peuvent considérer et, si nécessaire, remettre en cause le pair et les normes familiales sur le tabagisme, discuter des risques associés avec le tabagisme et les bénéfices de ne pas fumer. <p>Recommandation 4 : formation et développement</p> <ul style="list-style-type: none"> o Fournir une formation pour tout le personnel impliqué dans le travail de prévention du tabagisme. o Travailler en partenariat pour concevoir, délivrer, contrôler et évaluer la formation à la prévention du tabagisme et les interventions. Les partenaires peuvent inclure : les agences nationales et locales d'éducation, les agences de formation, les autorités locales, le service scolaire infirmier, organisations bénévoles, services locaux d'amélioration de la santé et universités. <p>Recommandation 5 : approche coordonnée</p> <ul style="list-style-type: none"> o Garantir que les interventions de prévention dans les écoles et d'autres établissements éducatifs font partie d'une stratégie locale de contrôle du tabac. o Garantir que les écoles et les autres établissements éducatifs délivrent des interventions de prévention du tabagisme basées sur des preuves. Elles devraient être liées à des politiques anti-tabac et en cohérence avec des stratégies régionales et nationales de contrôle du tabac. o Garantir que les interventions sont intégrées dans le programme PSHE. Elles doivent aussi suivre le modèle de renforcement des écoles saines (<i>Health schools Enhancement model</i>)
Ministry of Health, 2007 (92) Nouvelle-Zélande	<p>Traitements de substitution à la nicotine</p> <p>Les TNS peuvent être utilisés par les jeunes personnes (12-18 ans) qui sont dépendantes de la nicotine (ce qui n'est pas recommandé pour les fumeurs occasionnels tels que ceux qui fument uniquement les week-ends) si l'on pense que les TNS peuvent aider à arrêter de fumer (solidité des preuves = C).</p>
US Department of Health and Human Services, 2008 (93) États-Unis	<p>Les enfants et adolescents</p> <p>Les cliniciens devraient interroger les patients pédiatriques et les adolescents sur leur consommation de tabac et devraient fournir un message fort concernant l'importance d'une abstinence totale de tabac (Grade C).</p> <p>Le <i>counselling</i> est efficace dans le traitement des adolescents fumeurs. Donc, les adolescents fumeurs devraient bénéficier de sessions de conseils pour les aider à arrêter de fumer (Grade B).</p> <p>Le tabagisme passif est nocif pour les enfants. Les conseils d'arrêt du tabac délivrés dans les services pédiatriques sont efficaces pour augmenter l'arrêt de la consommation des parents qui fument. Donc, pour protéger les enfants du tabagisme passif, les cliniciens devraient questionner les parents sur leur consommation de tabac et leur proposer des conseils et une assistance pour arrêter (Grade B).</p>
KCE, 2004 (146) Belgique	<p>Prise en charge personnelle</p> <p>La prise en charge personnelle (<i>self-help</i> ou autosevrage) est définie comme un programme structuré destiné à des fumeurs qui essaient d'arrêter de fumer sans contact intensif avec un thérapeute. Il s'agit notamment de manuels, de bandes audio ou vidéo ou de programmes informatiques. Ces programmes ne sont pas efficaces. Seuls les programmes informatiques personnalisés (matériel</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>d'autosevrage) sont efficaces en matière de sevrage tabagique ; dans une population appropriée, sur 50 fumeurs participant au programme, un seul cessera de fumer.</p> <p>Conseil bref des médecins</p> <p>Il est recommandé que les médecins donnent un conseil bref sur l'arrêt du tabac à leurs patients fumeurs. Sur 50 personnes recevant des conseils minimums sur l'arrêt du tabac, une personne arrêtera de fumer.</p> <p>Conseil des infirmières</p> <p>Les données actuelles relatives aux interventions des infirmières ne permettent pas d'établir de recommandations.</p> <p>Soutien psychologique individuel</p> <p>Le soutien psychologique individuel s'avère efficace dans la lutte contre le tabagisme. Sur 25 fumeurs bénéficiant d'un soutien psychologique individuel, un seul arrêtera de fumer. L'identification de l'intensité et de la durée les plus efficaces et les plus rentables doit faire l'objet de nouvelles recherches.</p> <p>Soutien psychologique collectif</p> <p>La thérapie de groupe est plus efficace que la prise en charge personnelle (<i>self-help</i>). Il est nécessaire d'enrôler 20 fumeurs dans un groupe d'aide pour obtenir un arrêt supplémentaire. Il n'y a pas de preuve d'une l'efficacité plus importante du <i>counselling</i> en groupe comparativement au <i>counselling</i> individuel intensif.</p> <p>Soutien psychologique téléphonique</p> <p>Le soutien psychologique par téléphone est plus efficace que les autres interventions minimales (comme des outils d'autosevrage). En général, sur 40 fumeurs ayant eu recours au soutien psychologique par téléphone, un seul arrêtera de fumer.</p> <p>Thérapie aversive</p> <p>En raison de données insuffisantes, l'utilisation de la thérapie d'aversion ne peut être recommandée dans la lutte contre le tabagisme.</p> <p>Exercices physiques</p> <p>En raison de données insuffisantes, l'utilisation de la cure d'exercices physiques ne peut être recommandée dans la lutte contre le tabagisme.</p> <p>Hypnothérapie</p> <p>Aucune donnée ne vient appuyer l'utilisation de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique.</p> <p>Acupuncture</p> <p>Aucune donnée ne vient appuyer l'utilisation de l'acupuncture pour le sevrage tabagique.</p> <p>TNS</p> <p>Les TNS sont efficaces ; ils permettent à 1 fumeur sur 14 traités de se désaccoutumer. L'effet des TNS varie en fonction de la motivation des utilisateurs et du niveau de dépendance à la nicotine.</p> <p>Il n'existe aucune différence significative entre les formes de TNS.</p> <p>Les TNS doivent faire partie d'un soutien psychologique. S'il n'y a guère de soutien ou si le soutien n'est pas très intense, les taux de sevrage sont inférieurs.</p> <p>Combinaison de traitements nicotiniques de substitution</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Les preuves permettant de conclure que les combinaisons de différentes applications de TNS améliorent l'efficacité du traitement sont insuffisantes.</p> <p>Comparaison avec bupropion</p> <p>Les TNS sont moins efficaces que le bupropion. Les TNS associés au bupropion sont plus efficaces que les TNS seuls, mais pas que le bupropion seul.</p> <p>Posologie TNS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le dosage du TNS doit être plus élevé chez les fumeurs présentant une forte dépendance. Bien qu'aucune preuve ne permette de démontrer une amélioration des résultats par une réduction progressive du traitement, la plupart des fabricants conseillent de ne pas l'interrompre brutalement. - Il n'est pas conseillé de suivre un TNS pendant plus de 3 mois. <p>Effets indésirables TNS</p> <p>Les effets secondaires sont locaux, bénins et réversibles. Les effets secondaires généraux (vertiges, insomnies) sont principalement dus aux symptômes de manque de nicotine. Les effets secondaires typiques sont l'irritation de la bouche et de la gorge (gomme, inhalateur, pastilles à sucer, pastilles sublinguales), l'irritation de la peau (patchs), l'épistaxis, la rhinite et l'éternuement (spray nasal, inhalateur). La plupart des effets secondaires dépendent de la dose appliquée.</p> <p>Contre-indications TNS</p> <p>Le TNS est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à la nicotine, de maladies cardio-vasculaires récentes (accident vasculaire cérébral, infarctus, angine de poitrine qui s'aggrave) et de tension artérielle (très) élevée.</p> <p>Bupropion</p> <p>Le bupropion est efficace. Douze fumeurs voulant arrêter doivent être traités pour obtenir un abstinent supplémentaire.</p> <p>La posologie de départ est de 150 mg par jour, pour une durée de 6 à 8 semaines. Le maximum par jour est 2x150 mg, bien qu'il n'y ait pas de preuve d'un effet augmenté d'une dose plus forte. Organiser l'arrêt du tabac 7 à 14 jours après le début du traitement.</p> <p>Deux doses quotidiennes de 150 mg ne sont pas plus efficaces qu'une seule dose. Le bupropion semble être plus efficace que les TNS, mais ce résultat est tiré d'une seule comparaison dans un essai restreint : la marge d'erreur est grande. Le bupropion associé à un TNS n'est pas plus efficace que le bupropion seul.</p> <p>Les effets secondaires désagréables sont l'insomnie et la bouche sèche. On rencontre de rares convulsions chez les personnes à haut risque et en cas de doses supérieures de bupropion. Le risque de convulsions est estimé à 1 pour 1 000, avec une dose de maximum 300 mg par jour dans une formule à libération lente. Compte tenu de la courte expérience du bupropion, il convient d'être attentif à ses effets secondaires.</p> <p>Le bupropion est contre-indiqué chez les patients de <18 ans, pendant la grossesse ou l'allaitement ou pour les personnes souffrant d'épilepsie ou ayant des antécédents de convulsion.</p> <p>Nortriptyline</p> <p>La nortriptyline était efficace dans une étude de 2003, neuf fumeurs souhaitant arrêter de fumer ont été traités à la nortriptyline, et ce, pour un abstinent supplémentaire. Une étude a comparé le bupropion à la nortriptyline. Cet essai a révélé que le bupropion était plus efficace, sans que la différence soit statistiquement significative.</p> <p>La dose recommandée va de 75 à 150 mg.</p>

Année /Pays	Recommandations
	<p>Le profil des effets secondaires non désirables de la nortriptyline est nettement plus favorable que celui du bupropion. Dans des études sur les patients dépressifs, la nortriptyline provoquait parfois des problèmes de sédation, de constipation, de rétention urinaire et des troubles cardiaques. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour définir la place de la nortriptyline dans le traitement du sevrage tabagique. La nortriptyline n'avait pas été testée chez les adolescents, les femmes enceintes ou les personnes âgées (âge>65 ans) ou chez les patients atteints de maladies cardio-vasculaires.</p> <p>Clonidine Les effets secondaires non désirables rendent la clonidine impropre au traitement de première intention du sevrage tabagique. Elle peut être utilisée lorsque les symptômes de manque sont très intenses ou en cas de toxicomanie multiple. La dose recommandée est de 0.10 mg deux fois par jour, ou bien oralement ou par timbre transdermique, jusqu'à un maximum de 0.40 mg par jour. Idéalement, la thérapie devrait débuter 48 à 72 heures avant la date d'arrêt. Cependant, comme traitement de seconde intention, il peut débuter après l'arrêt si d'autres stratégies ont échoué. Le traitement ne doit pas continuer au-delà de 3 à 4 semaines après l'arrêt, parce que la clonidine supprime les symptômes de manque, qui durent environ cette période. Diminuer progressivement les doses sur plusieurs jours est recommandé pour éviter un rebond d'hypertension et une hypoglycémie chez les patients diabétiques.</p> <p>Sélégiline Ce médicament n'est pas recommandé en raison du nombre limité de preuves et des effets secondaires.</p> <p>Mécamylamine Ce médicament n'est pas recommandé en raison du nombre limité de preuves.</p> <p>Naltrexone Ce médicament, ou d'autre antagoniste d'opiacé, n'est pas recommandé en raison de l'absence de preuve d'efficacité.</p>
<p>NICE, 2008 (91) Royaume-Uni</p>	<p>Recommandation 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proposer aux jeunes personnes âgées de 12 à 17 ans des informations, un conseil et un soutien sur la façon d'arrêter de fumer. Encourager l'utilisation des services locaux du « <i>Stop Smoking</i> » du NHS en fournissant des informations sur leurs accès (quand, où et comment). ○ Faire appel à un jugement professionnel pour décider de proposer ou pas à des enfants de plus de 12 ans qui manifeste une dépendance à la nicotine. Si un TNS est prescrit, le proposer comme un élément d'une prise en charge supervisée (problème de traduction). <p>- Ni la varénicline, ni le bupropion ne devraient être proposés aux personnes de moins de 18 ans.</p>

8.15 Sportifs

► Avis du groupe de travail

Bien que cette question ne faisait pas partie des objectifs de la recommandation, le groupe de travail a tenu à écrire une recommandation visant à sensibiliser les professionnels de soins aux effets du tabagisme chez les sportifs, en raison notamment du risque d'accident cardio-vasculaire augmenté chez les fumeurs lors de l'activité sportive. Ce risque est généralement méconnu et il existe au contraire une idée reçue selon laquelle les risques liés au tabac seraient atténués par la pratique sportive. En effet, d'après les données du baromètre santé 2010 (318), 70,4 % des personnes interrogées pensent que « faire du sport permet de se nettoyer les poumons ».

Les hommes sont plus nombreux à penser que « faire du sport permet de se nettoyer les poumons » (72,7 % vs 68,3 %, $p < 0,05$).

► Recommandations

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.
-----------	--

8.16 Travailleurs exposés à d'autres cancérogènes et poussières toxiques

► Avis du groupe de travail

Bien que cette question ne faisait pas partie des objectifs de la recommandation, le groupe de travail a tenu à écrire une recommandation visant à sensibiliser les professionnels de soins aux effets du tabagisme chez les travailleurs exposés à d'autres cancérogènes et poussières, en raison d'une majoration des risques liés au tabagisme dans ces populations.

► Recommandations

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 cancérogènes ou poussières toxiques.
AE	<p>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.</p> <p>Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés.</p> <p>Il est recommandé d'explorer les connaissances du patient sur cette majoration du risque.</p>

9 Rôle du pharmacien d'officine

Le pharmacien peut être amené à recevoir des fumeurs qui viennent spontanément acheter des TNS pour une tentative d'arrêt. Or, il a été montré que les TNS sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel de santé ou un psychologue (Cf. Chapitre TNS).

Selon le décret du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants (319), les pharmaciens d'officine, titulaires, adjoints ou gérants, peuvent désormais être désignés pharmaciens correspondants par leurs patients. À ce titre, ils exerceront des missions dans le cadre d'un protocole de coopération préalablement établi avec les professionnels de santé et autorisé par l'Agence régionale de santé (ARS). En particulier, s'il s'agit d'un traitement chronique, le pharmacien correspondant « peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné », selon le nouvel article R. 5125-33-5 du code de la santé publique (CSP). La place du pharmacien dans le suivi du traitement est également renforcée puisque ce dernier est susceptible d'effectuer des « bilans de médication » dans lesquels il évalue notamment l'observance et la tolérance du traitement. Selon ces nouvelles dispositions, le pharmacien voit son rôle renforcé en dehors de la dispensation du médicament au patient. Il est ainsi appelé à travailler en étroite collaboration avec le médecin prescripteur dans le cadre du protocole : il lui communique les bilans de médication mais également les éventuels ajustements de posologie.

Ces missions s'inscrivent dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé définis à l'article L 4011-1 du code de la santé publique, issu de la loi Hôpital, Santé, Patients, Territoires (HPST) de 2009 : « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3... ».

Cette coopération vise à faire face :

- aux problématiques de disponibilité et de pérennité des professionnels de santé suite aux évolutions de la démographie médicale ;
- aux nouveaux besoins des patients.

► Quelles sont les missions du pharmacien correspondant ?

Comme tout pharmacien, et en application de l'article L5125-1-1 A du CSP, le pharmacien correspondant a les missions obligatoires suivantes :

- il contribue aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 : prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients, dispensation et administration des médicaments, produits et des dispositifs médicaux, associant le conseil pharmaceutique ; orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, éducation pour la santé ;
- il participe à la mission de service public de la permanence des soins ;
- il concourt aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé.

À ces missions obligatoires, s'ajoutent les missions spécifiques prévues par le décret du 5 avril. Celles-ci s'inscrivent dans le cadre d'un protocole portant sur un traitement chronique.

Le pharmacien correspondant peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin la posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis dans le protocole.

Le protocole détermine le nombre de renouvellements autorisés et leur durée, sachant que la durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder 12 mois.

La prescription médicale rédigée dans le cadre du protocole précise les posologies minimales et maximales, la durée totale du traitement comprenant les renouvellements ainsi que la nature éventuelle des prestations à associer selon le produit prescrit.

Le protocole peut prévoir des bilans de médication à effectuer par le pharmacien correspondant.

Un bilan de médication comprend l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole.

- Dans ce bilan, le pharmacien correspondant recense les effets indésirables et identifie les interactions avec d'autres traitements en cours dont il a connaissance.
- Il s'assure du bon déroulement des prestations associées.
- Il communique le bilan effectué au médecin prescripteur, sachant que s'il a eu connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R. 5121-150 qu'il a délivré, il doit le déclarer aussitôt au centre régional de pharmacovigilance (article R 5121-170 du code de la santé publique).
- Il mentionne le renouvellement de la prescription sur l'ordonnance.
- En cas d'ajustement de la posologie, le pharmacien correspondant précise sur une feuille annexée à l'ordonnance datée et signée, et comportant le timbre de la pharmacie, le nom du médicament qui donne lieu à un ajustement de la posologie ainsi que la nouvelle posologie ou le nom du produit concerné associé éventuellement à une prestation. Il indique sur l'ordonnance la présence de la feuille annexée.
- Le pharmacien correspondant informe le médecin prescripteur de l'ajustement de la posologie.

Le dossier pharmaceutique du patient, lorsqu'il existe, prend en compte tous ces éléments.

► Comment ce statut est-il mis en place ?

Qui désigne les pharmaciens d'officine correspondants ?

C'est le patient qui fait ce choix, en application de l'article L 5125-1-1-A 7 du code de la santé publique : « les pharmaciens d'officine ...peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient... »

Qui peut être pharmacien correspondant ?

Ce peut être le titulaire, l'adjoint ou le gérant de l'officine.

Le pharmacien est-il obligé d'accepter cette mission si le patient le lui demande ?

Non. L'accord du pharmacien est requis.

Comment cette mission est-elle officialisée et décrite ?

Par le biais d'un protocole de coopération avec d'autres professionnels de santé.

► **Avis du groupe de travail**

Le pharmacien voit les gens qui vont tenter d'arrêter de fumer sans l'aide d'un professionnel. Il peut orienter ces personnes vers une prise en charge médicale afin de maximiser leurs chances de succès, notamment par le biais d'un protocole de coopération entre professionnels de santé (via décret du 5 avril 2011), même si l'efficacité de cette mesure n'est pas démontrée à ce jour.

► **Recommandations**

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 2011³⁷).

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.

³⁷Décret 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

- **Conclusions et propositions du rapport de la HAS : « Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière. Évaluation des programmes et politiques de santé publique. » HAS, 2007 (75).**

L'aide au sevrage tabagique s'inscrit dans un programme global de santé publique, associant diverses mesures (réduction du tabagisme passif, prévention de l'initiation tabagique, augmentation des prix du tabac, etc.). Les bénéfices de l'arrêt du tabac ont été clairement démontrés. Le sevrage tabagique permet de réduire la mortalité, et ce d'autant plus qu'il intervient précocement. Il diminue les risques de survenue des maladies liées au tabagisme (cancer broncho-pulmonaire, maladies cardio- et cérébro-vasculaires et broncho-pneumopathies chroniques obstructives principalement). Il s'accompagne également d'une diminution des risques d'aggravation ou de récurrence de ces pathologies. L'arrêt de la consommation tabagique apparaît également souhaitable chez des personnes atteintes de pathologies aggravées par le tabac (hypertension artérielle, diabète de type 1 et 2, insuffisance rénale, asthme) afin de stabiliser ou de ralentir l'évolution de ces maladies. Enfin, des bénéfices ont été démontrés chez la femme enceinte en cas d'arrêt du tabac avant la grossesse ou au cours des 3 à 4 premiers mois, concernant aussi bien le poids de naissance que le risque de rupture prématurée des membranes ou d'hématome rétro-placentaire.

Cependant, si deux tiers des fumeurs déclarent souhaiter arrêter de fumer, seuls 3 à 5 % d'entre eux ne fumeront plus au bout de 6-12 mois en l'absence de toute aide pharmacologique ou non pharmacologique à l'arrêt. Parce que le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance, dont la nicotine est principalement responsable, seule une minorité de fumeurs parvient à une abstinence permanente dès la première tentative d'arrêt, alors que la majorité persiste dans une consommation de tabac sur plusieurs années selon une alternance de périodes de rechutes et de rémissions. Une aide au sevrage tabagique s'avère dès lors indispensable afin d'accompagner le fumeur dans sa tentative d'arrêt.

Différentes thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses ont fait la preuve de leur efficacité et de leur efficience dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Au total, l'analyse des méta-analyses et revues systématiques publiées depuis 2000 met en évidence la variabilité des balances bénéfice/risque des thérapeutiques médicamenteuses d'aide au sevrage tabagique. Elle confirme l'efficacité des TNS et du bupropion LP dans l'aide à l'arrêt du tabac, en particulier en cas de dépendance à la nicotine et chez des fumeurs motivés à l'arrêt. Cette efficacité apparaît largement indépendante du niveau de soutien additionnel proposé, même si ce dernier ne doit pas être négligé. Ces résultats reposent sur des études principalement réalisées dans des populations générales de fumeurs motivés à l'arrêt. Les données d'efficacité sont beaucoup plus fragmentaires dans des sous-populations spécifiques. Deux autres aides pharmacologiques, la clonidine et la nortriptyline, ont fait la preuve de leur efficacité. Cependant, leur profil de tolérance est moins favorable. L'efficacité de la varénicline dans l'aide au sevrage tabagique a également été démontrée dans trois essais cliniques chez des fumeurs de 10 cigarettes ou plus par jour sélectionnés (exclusion notamment des femmes enceintes, des personnes de moins de 18 ans et de plus de 75 ans et des personnes ayant des maladies chroniques sévères). Cette molécule n'ayant obtenu que récemment une autorisation de mise sur le marché, la connaissance de ses effets indésirables reste limitée.

Parmi les thérapeutiques non médicamenteuses, les thérapies cognitives et comportementales ont également fait la preuve de leur efficacité dans l'aide au sevrage tabagique. Plusieurs formats de conseils peuvent être utilisés : les matériels d'auto-soutien (de façon marginale), le soutien comportemental individuel, le soutien de groupe et les conseils téléphoniques proactifs. C'est le

cas également des techniques aversives. Mais ces dernières posent des problèmes de tolérance, ce qui explique leur abandon. L'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses semble influencée par l'intensité du soutien offert (durée des contacts) ainsi que par la mise en œuvre d'un suivi.

En termes économiques, les études indiquent de façon systématique que les thérapeutiques médicamenteuses d'aide au sevrage tabagique (TNS et/ou du bupropion LP) sont coût-efficaces en termes de coût par année de vie gagnée et de coût par QALY quelle que soit la situation de référence. Les stratégies optimales consistent à associer TNS et/ou bupropion et accompagnement par un professionnel de santé plus ou moins intensif (de l'intervention brève au soutien psychologique). Les interventions les moins intensives ont tendance à être les plus coût-efficaces mais les interventions intensives continuent de se comparer favorablement à la plupart des interventions de santé généralement acceptées (prévention : hypertension artérielle, hypercholestérolémie) ou au dépistage de certains cancers (mammographies et frottis de Papanicolaou en particulier). D'un point de vue économique, l'ensemble de ces stratégies devrait pouvoir être proposé compte tenu de l'hétérogénéité de la population de fumeurs en termes de dépendance et de motivation à l'arrêt et de l'impossibilité de déterminer *a priori* qui va répondre à une intervention donnée. Enfin, les thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique sont coût-efficaces dans les sous-populations de patients hospitalisés, et l'aide au sevrage tabagique est particulièrement favorable sur le plan économique dans la population des femmes enceintes.

Selon les recommandations de l'Afssaps, la prise en charge du fumeur motivé à l'arrêt du tabac repose sur une évaluation clinique initiale permettant de déterminer le degré de dépendance au tabac (par le test de dépendance à la cigarette de Fagerström), de repérer des troubles anxio-dépressifs et de dépister une co-dépendance (alcool, cannabis...). Un suivi prolongé des patients tabagiques sevrés s'impose toujours. En cas de rechute, un soutien psychologique prolongé associé à une thérapie comportementale et cognitive est recommandé. L'aide au sevrage tabagique peut néanmoins prendre des formes variées et plus ou moins intensives selon l'importance des dépendances et des difficultés à l'arrêt. Si les actions de politique générale, complétées par le conseil minimal donné par tout professionnel de santé, peuvent suffire à obtenir l'arrêt chez les fumeurs les moins dépendants, une aide médicalisée est indispensable pour les fumeurs ayant une dépendance forte (médecins généralistes le plus souvent, ayant acquis une formation et une expérience dans l'aide à l'arrêt du tabac). Le recours aux consultations de tabacologie peut être envisagé dans les formes les plus sévères, avec dépendance très importante, comorbidité anxio-dépressive et conduites addictives associées.

Dès lors que les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses d'aide au sevrage tabagique ont fait la preuve de leur efficacité et d'un rapport coût/efficacité extrêmement favorable par rapport à l'absence de sevrage tabagique, la question de leur prise en charge financière par la collectivité se pose.

Parce que la littérature théorique indique que cette couverture est de nature à violer les « premiers principes » de l'assurance (événement avec forte probabilité de survenue ; coût des traitements relativement faible sauf pour les populations à bas revenus, et recours probablement influencé par l'existence de la couverture assurantielle), le remboursement des traitements d'aide au sevrage tabagique doit être considéré comme relevant d'une logique de subventionnement.

Une recherche bibliographique exhaustive portant sur la question de l'efficacité et de l'efficience de la couverture partielle ou totale des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses d'aide au sevrage tabagique a permis de fournir des éléments d'information sur la justification d'un tel dispositif au travers de trois types d'informations : ses effets sur le niveau d'utilisation des traitements, ses effets sur le taux de sevrage tabagique et son efficience. Il semble ainsi que :

- la couverture financière totale des traitements d'aide au sevrage tabagique est associée à une augmentation de la proportion de fumeurs effectuant une tentative d'arrêt de leur consommation tabagique ;

- la couverture financière des thérapeutiques (TNS, bupropion, soutien comportemental) augmente la proportion de fumeurs utilisant ces traitements par rapport à l'absence de prise en charge financière. Par ailleurs, une couverture totale apparaissait plus efficace qu'une couverture partielle ;
- la couverture totale des traitements d'aide au sevrage tabagique augmente de façon significative le taux d'abstinence, qu'elle soit comparée à l'absence de couverture ou à une couverture partielle ;
- la couverture financière des différentes thérapeutiques fournit des ratios coût/efficacité favorables par rapport à l'absence de couverture financière (notamment le traitement des pathologies liées au tabac), en termes de coût par fumeur abstinant, de coût par année de vie gagnée et de coût par Qaly.

L'analyse des systèmes de remboursement mis en place dans quelques pays étrangers et des expériences françaises de prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique fournit des éléments d'orientation sur le contenu de cette couverture, la population à couvrir, les modalités de mise en œuvre.

- Ainsi, seules les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses recommandées dans l'aide au sevrage tabagique doivent être concernées par cette prise en charge financière.
- Seules les thérapeutiques qui ont fait l'objet d'une prescription doivent être couvertes, cette condition permettant d'assurer la mise en œuvre d'un conseil d'aide au sevrage d'intensité plus ou moins forte par un professionnel de santé (les TNS restant en vente libre pour les fumeurs souhaitant arrêter de fumer sans prescription médicale). L'intérêt d'un encadrement initial de la tentative de sevrage doit en effet être souligné, dès lors qu'il existe une relation dose-réponse entre l'intensité du soutien offert et le taux d'abstinence.
- Le protocole *Abstinent-Contingent Treatment* recommandé par le NICE apparaît comme une réponse possible, dont l'intérêt économique a été démontré, au problème des taux élevés de rechute au cours de la première semaine de la tentative d'arrêt : le renouvellement de l'ordonnance après éventuelle adaptation à la suite d'une prescription initiale courte d'une durée de deux semaines permet de conditionner la poursuite de la prise en charge financière au maintien de la tentative d'arrêt. La vérification du statut tabagique par mesure du CO dans l'air expiré pourrait être réalisée à cette occasion.
- La réponse à la question du ciblage du dispositif sur certaines populations est moins univoque. Différents arguments sont avancés qui permettent, selon les pays, de distinguer certaines populations prioritaires. Si la recherche de l'efficacité incite à concentrer les efforts sur les fumeurs les plus jeunes, tout fumeur doit pouvoir bénéficier du dispositif, dans une perspective large de santé publique. Certains arguments permettent de distinguer les fumeurs atteints de pathologies liées au tabagisme, pour qui la démarche de sevrage tabagique s'inscrit dans une perspective de prévention secondaire voire tertiaire et les femmes enceintes dans une logique de prévention des complications obstétricales et de protection de l'enfant à naître. Enfin, les populations en situation de précarité ont parfois été particulièrement ciblées dans un souci d'équité.
- Enfin, la mise en œuvre d'un dispositif de prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique implique un renforcement des actions de formation en direction des professionnels de santé.

Conclusions principales du rapport

Ce rapport est fondé principalement sur une revue de la littérature et une analyse des expériences de prise en charge financière développées en France et à l'étranger. Ses principales conclusions sont les suivantes :

- L'aide au sevrage tabagique est indispensable pour accompagner le fumeur dans une tentative d'arrêt.

Si le conseil minimal de tout professionnel de santé peut suffire à obtenir l'arrêt chez les fumeurs les moins dépendants, un soutien plus intensif est indispensable pour les fumeurs ayant une dépendance forte. Le recours aux consultations de tabacologie peut être envisagé dans les formes les plus sévères.

- Le subventionnement des traitements d'aide au sevrage tabagique est encouragé. Il doit concerner :

- les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses recommandées par l'Afssaps ;
- celles qui ont fait l'objet d'une prescription, afin d'assurer un suivi par un professionnel de santé.

L'encadrement initial de la tentative de sevrage est encouragé (évaluation de la dépendance, ordonnance initiale pour deux semaines et renouvellement du traitement selon le statut tabagique à deux semaines).

La prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique implique un renforcement des actions de formation en direction des professionnels de santé.

- *A priori*, la prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique doit concerner l'ensemble des fumeurs.

Au plan médical, il apparaît que les femmes enceintes, les patients hospitalisés, ainsi que les patients pris en charge en ALD dans le cadre d'une maladie liée au tabac constituent une cible prioritaire pour laquelle le subventionnement de la démarche de sevrage devrait être intégral.

Concernant les autres sous-populations de fumeurs, il n'existe pas d'arguments dans la littérature sur l'efficacité et l'efficience de la couverture financière. L'arbitrage entre diverses modalités de ciblage (ou de non ciblage) revient au décideur public en fonction de la hiérarchisation de ses critères de décision (efficience, prévention primaire, secondaire, équité, etc.). Il est toutefois possible de mettre un accent particulier sur certaines populations :

- dans une perspective préventive, les adolescents constituent une cible spécifique prioritaire d'une politique d'aide au sevrage nécessitant des stratégies spécifiques d'accompagnement ;
- dans une perspective d'équité, une prise en charge particulière des populations défavorisées ou en situation de vulnérabilité sociale s'imposerait. Elle viserait notamment à les sensibiliser de façon soutenue aux bénéfices du sevrage tabagique de façon à renforcer leur motivation à l'arrêt du tabac ;
- les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères nécessitent également des stratégies spécifiques de prise en charge.

Ces stratégies d'aide au sevrage tabagique en fonction des cibles identifiées devront faire l'objet d'évaluations par des groupes d'experts *ad hoc*.

Enfin, les conclusions de ce rapport pourraient utilement être précisées par une modélisation de différents scénarii, permettant de déterminer les stratégies les plus efficaces de prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique selon les populations. Une étude économétrique sur les déterminants de la dépendance et de l'arrêt du tabac pourrait également fournir des éclairages sur les mécanismes qui sous-tendent la réussite d'un sevrage tabagique.

Synthèse du Chapitre « L'aide au sevrage tabagique : éléments de problématique »

Les bénéfices de l'arrêt du tabac ont été clairement prouvés, en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac, notamment les maladies cardio-vasculaires et le cancer broncho-pulmonaire.

Près de deux tiers des fumeurs souhaitent actuellement arrêter de fumer. Mais 70 % d'entre eux projettent de le faire sans l'aide d'un médecin. Et seuls 25 % envisagent l'utilisation d'une aide pharmacologique.

Or, en l'absence de toute aide pharmacologique ou non pharmacologique à l'arrêt, les taux de sevrage tabagique apparaissent faibles, de l'ordre de 3 à 5% à 6-12 mois. La plupart des rechutes surviennent au cours des 8 premiers jours de l'arrêt. En effet, parce que le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance, dont la nicotine est principalement responsable, seule une minorité de fumeurs parvient à une abstinence permanente dès la première tentative d'arrêt, alors que la majorité persiste dans une consommation de tabac sur plusieurs années selon une alternance de périodes de rechutes et de rémissions. Certains facteurs prédictifs d'arrêt du tabac ont été mis en évidence dans la littérature : ils comprennent notamment un haut niveau d'éducation ou socio-économique, un niveau de dépendance faible, un âge de début du tabagisme tardif, une durée de tabagisme brève et une forte motivation à l'arrêt. Ces éléments permettent d'identifier des sous-groupes de fumeurs chez lesquels l'arrêt du tabac pourra être plus ou moins difficile.

Il a été avancé par ailleurs, que le coût des thérapeutiques pouvait être un frein à l'initiation d'un sevrage tabagique, notamment chez les fumeurs en situation précaire. Dans ce contexte, la prise en charge financière de ces thérapeutiques par la collectivité a fait l'objet de plusieurs réflexions en France et est toujours à l'étude.

Si le tabagisme concerne l'ensemble de la population, certaines populations particulières méritent d'être distinguées :

- les patients souffrant d'une maladie liée au tabac (pathologies cardio-vasculaires, cancer broncho-pulmonaire et BPCO notamment) : l'arrêt du tabac entraîne de façon constante une diminution des risques de récurrence ou d'aggravation de ces pathologies. En particulier, les bénéfices du sevrage tabagique sur le plan cardio-vasculaire apparaissent très rapidement. Ainsi, le risque de survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral diminue de 50 % dans les deux ans après l'arrêt du tabac ;
- les femmes enceintes : si les femmes essaient de limiter ou d'arrêter leur consommation de tabac pendant la grossesse, la prévalence du tabagisme demeure aux alentours de 20 % dans cette population. Des bénéfices ont été démontrés chez la femme enceinte en cas d'arrêt de tabac avant la grossesse ou au cours des 3 à 4 premiers mois, concernant aussi bien le poids de naissance que le risque de rupture prématurée des membranes ou d'hématome rétroplacentaire ;
- les fumeurs en situation de précarité : il existe une forte liaison entre le tabagisme et les indicateurs de précarité socio-économique, qu'il s'agisse de l'initiation tabagique, de la progression vers l'usage régulier et de son maintien au cours de la vie. Si des considérations d'équité peuvent justifier de distinguer les populations socialement défavorisées, la prévalence de la consommation tabagique y étant plus élevée que dans la population générale, il ne faut pas négliger les difficultés plus importantes à l'arrêt du tabac auxquelles sont souvent confrontés les fumeurs en situation de précarité ;
- les adolescents : s'il existe un certain nombre de similitudes entre le tabagisme des adolescents et celui des adultes, certaines spécificités méritent d'être prises en compte, concernant l'influence du comportement des proches à l'égard du tabac, le rôle des critères économiques et le faible recours au dispositif de soins. Bien que cette population constitue dans une perspective préventive une cible prioritaire, la durée d'exposition au tabac étant le principal facteur de risque de survenue de complications, les éléments précédents impliquent la mise en œuvre de stratégies spécifiques d'accompagnement, qui n'ont pas fait l'objet d'une analyse dans le cadre de ce rapport. L'association à la consommation de tabac de l'usage de cannabis doit également être prise en compte.

Synthèse du chapitre Le remboursement des traitements d'aide au sevrage tabagique

Dès lors que les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses d'aide au sevrage tabagique ont fait la preuve de leur efficacité et d'un rapport coût/efficacité extrêmement favorable

par rapport à l'absence de sevrage tabagique, la question de leur prise en charge financière par la collectivité se pose.

Les principaux arguments en faveur de cette couverture financière sont : l'existence d'un bénéfice collectif de l'arrêt du tabac ; l'augmentation probable de l'utilisation des traitements d'aide au sevrage tabagique et le fardeau économique que représente le coût de ces traitements pour les populations à bas revenus.

Une recherche bibliographique exhaustive portant sur la question de l'efficacité et de l'efficience de la couverture partielle ou totale des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses d'aide au sevrage tabagique a permis de fournir des éléments d'information sur la justification et le contenu d'un tel dispositif au travers de trois types d'informations : ses effets sur le niveau d'utilisation des traitements, ses effets sur le taux de sevrage tabagique et son efficience.

Les études cliniques et économiques recensées étaient peu nombreuses, hétérogènes en termes d'environnement, de type et de contenu de l'intervention évaluée ou de niveau de motivation des fumeurs inclus et souvent d'une qualité méthodologique moyenne qui impose de la prudence dans l'interprétation des résultats. Elles portaient sur des populations non sélectionnées. Aucune étude n'a évalué l'efficacité ou l'efficience de la prise en charge financière des traitements d'aide au sevrage tabagique dans des sous-populations spécifiques.

Les données issues de ces études étaient en général convergentes et laissaient supposer que :

- la couverture assurantielle totale des traitements d'aide au sevrage tabagique était associée à une augmentation de la proportion de fumeurs effectuant une tentative d'arrêt de leur consommation tabagique ;
- la couverture assurantielle des thérapeutiques (TNS, bupropion, soutien comportemental) augmentait la proportion de fumeurs utilisant ces traitements par rapport à l'absence de prise en charge financière. Par ailleurs, une couverture totale apparaissait plus efficace qu'une couverture partielle ;
- la couverture totale des traitements d'aide au sevrage tabagique augmentait de façon significative le taux d'abstinence, qu'elle soit comparée à l'absence de couverture ou à une couverture partielle ;
- la couverture assurantielle des différentes thérapeutiques fournissait des ratios coût/efficacité favorables par rapport à l'absence de couverture financière (et notamment le traitement des pathologies liées aux tabac), en termes de coût par fumeur abstinente, de coût par année de vie gagnée et de coût par Qaly. Une étude hollandaise a indiqué que si la société était prête à payer 10 000 € par fumeur abstinente supplémentaire et 18 000 €/Qaly supplémentaire, alors la stratégie de remboursement total des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique était coût/efficace à court terme comme à long terme. Dans les études ayant évalué la place du remboursement partiel, celui-ci n'a jamais été encouragé, ni par rapport à un remboursement total, ni par rapport à l'absence de remboursement.

Plusieurs recommandations étrangères sur la question du remboursement des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique se sont fondées sur ces données cliniques et économiques. Elles sont principalement issues des pays anglo-saxons (États-Unis, Grande-Bretagne, Australie, Nouvelle-Zélande) et d'organisations internationales (OMS, Banque Mondiale). La couverture financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique a été unanimement recommandée avec deux axes forts :

- le subventionnement ou le remboursement des thérapeutiques pharmacologiques ou non pharmacologiques efficaces avec une réduction au minimum du reste à charge pour les patients ;
- *a minima*, un subventionnement ou un remboursement des thérapeutiques pour les populations en situation de précarité, les femmes enceintes ou les fumeurs atteints de maladie liée à leur tabagisme.

Au final, la prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique ayant fait la preuve de leur efficacité apparaît justifiée, sur des critères cliniques et économiques.

Parce que la littérature théorique indique que cette couverture est de nature à violer les « premiers principes » de l'assurance (événement avec forte probabilité de survenue ; coût des traitements relativement faible sauf pour les populations à bas revenus, et recours probablement influencé par l'existence de la couverture assurantielle), il apparaît opportun, à l'image de plusieurs pays, que cette couverture financière relève plutôt d'une logique de subventionnement.

► Données de la littérature postérieures au rapport de la HAS (75).

L'analyse médico-économique américaine de Ladapo *et al.* en 2011 (320) (niveau de preuve 2) a comparé le traitement standard d'arrêt du tabagisme (conseil d'arrêt) des patients hospitalisés pour infarctus du myocarde avec un *counselling* dans le cadre d'un suivi de soutien et un suivi téléphonique proactif délivré par une infirmière après la sortie d'hospitalisation. Les critères de jugement étaient le taux d'abstinence, d'infarctus du myocarde, de décès évités, les coûts de santé et de productivité, les coûts par personne s'arrêtant de fumer, et les coûts par QALY (années de vie ajustées sur la qualité). Les auteurs ont utilisé les résultats d'une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés d'interventions d'arrêt du tabagisme dans le cadre d'un modèle de Monte Carlo. L'objectif était de prédire des indicateurs de santé et économiques. La population était constituée par une cohorte américaine de 327 600 fumeurs hospitalisés pour un infarctus du myocarde.

Les modélisations montraient que l'implémentation d'un *counselling* d'arrêt du tabagisme avec un suivi chez les patients hospitalisés devrait générer 50 230 nouvelles personnes s'arrêtant de fumer, des coûts de salaires des infirmières et de documents éducatifs de 27,3 millions de dollars, et éviter 1 380 infarctus du myocarde non fatals et 7 860 décès. Sur une période de 10 années, 22,1 millions de dollars seraient économisés en diminution d'hospitalisations mais les coûts de santé augmenteraient de 166,4 millions de dollars, principalement à cause de l'augmentation de la longévité et des coûts plus élevés des soins en cours. Les coûts de productivité associés aux décès prématurés seraient réduits de 1,99 milliards de dollars ; cependant, les dépenses non médicales augmenteraient de 928 millions de dollars. L'intervention devrait produire une valeur nette pour la société de 894 millions de dollars. Ce programme devrait coûter 540 dollars par personne s'arrêtant de fumer en considérant seulement les coûts d'interventions. Le rapport coût/efficacité devrait être de 5 050 dollars par QALY. D'après les auteurs, le rapport coût/efficacité de cette intervention est favorable à l'intervention comparativement à d'autres types d'interventions (utilisation de bêta bloquant après un infarctus du myocarde (<10 000 \$ par QALY), médicament pour hypertension (10 000-60 000\$ par QALY), utilisation de statines (10 000\$-50 000\$ par QALY) et dispositif d'assistance ventriculaire (50 0000\$-1 400 000\$ par QALY).

Cette étude montrait que le *counselling* d'arrêt du tabagisme avec un suivi de soutien après le retour d'hospitalisation est potentiellement coût-efficace comparativement au traitement standard et pourrait réduire l'incidence du tabagisme et de ses événements de santé délétères ainsi que les coûts sociaux.

En France, en 2012, une analyse coût/efficacité d'une couverture totale de la prise en charge de l'arrêt du tabagisme a été mise en œuvre par Chevreul *et al.* (321) dans l'objectif d'éclairer le décideur public sur le bénéfice du remboursement total du sevrage tabagique. Une analyse coût/efficacité a été utilisée pour comparer les deux stratégies suivantes : une couverture totale de la prise en charge médicale de l'arrêt du tabagisme par l'Assurance maladie et la couverture actuelle basée sur un forfait de 50 euros par personne assurée chez les fumeurs âgés de 15 à 75 ans. L'intervention proposée de couverture totale correspondait à une couverture d'un programme médical d'arrêt du tabagisme basée sur la pratique courante dans les établissements hospitaliers. L'intervention couvrait les traitements médicamenteux combinés avec des consultations médicales, incluant du *counselling*, délivrées par des professionnels de santé libéraux ou des établissements hospitaliers. Six consultations étaient programmées au cours d'un suivi (de 12 à 24 semaines), en fonction du traitement prescrit. Les médicaments retenus étaient les suivants : TNS

oraux, timbres transdermiques, varénicline et bupropion. Les taux d'utilisation de ces produits ont été calculés à partir des données des ventes de ces traitements en 2009 en France : 48,65 % pour les TNS oraux, 35,85 % pour les timbres transdermiques, 14,39 % pour la varénicline et 1,12 % pour le bupropion. Le taux de remboursement de l'Assurance maladie étant de 100 %. La stratégie actuelle est un forfait de 50 euros qui couvre une ou deux thérapies (TNS ou timbres) en plus de la consultation nécessaire pour obtenir une prescription. Aucune consultation de suivi ou d'ajustement du traitement n'est proposée. Cette analyse a mis en rapport les coûts des deux stratégies avec leur efficacité en rapportant des ratios coût/efficacité exprimés en euros par année de vie gagnée (ICER : *incremental cost-effectiveness ratio*). Un modèle de Markov a été utilisé pour évaluer l'efficacité de cette intervention. Les coûts et les bénéfices en santé ont été modélisés sur la vie entière de la cohorte considérée pour cette analyse. Les probabilités de transition d'un état à un autre état dépendaient du temps. Le cycle de ce modèle était l'année. La structure du modèle retenait trois états exclusifs pour les individus (fumeurs, ancien fumeur, décédé). Au premier cycle tous les individus étaient fumeurs. À la fin de chaque cycle, un fumeur était associé à un des trois états suivants : fumeur, ancien fumeur, décédé. Du deuxième cycle à la fin du modèle, les anciens fumeurs avaient trois possibilités (rester ancien fumeur, rechuter et redevenir fumeur, ou mourir). Les auteurs ont utilisé dans leur modélisation un taux d'abstinence de 7,04 % pour les fumeurs adhérant à la stratégie d'intervention et un taux spontané d'abstinence de 2,6 % pour la stratégie forfaitaire. L'approche retenue testait plusieurs hypothèses de comportements des fumeurs concernant le taux d'adhésion des fumeurs à la stratégie d'intervention (7,3 %, 24 %, 48 %, 73 %) et le nombre de tentatives d'arrêt couvertes par l'Assurance maladie (2, 4 et 6). Douze scénarii ont donc été considérés.

Les résultats montraient que le ratio coût/efficacité par année de vie gagnée (ICER) pour les fumeurs variait de 1 786 euros à 2012 euros, avec un ICER moyen de 1 911 euros. La valeur minimum était très proche de la valeur maximum avec une différence de seulement 226 euros.

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 était la stratégie la plus coût-efficace.

Préférence des patients

L'étude de Marti *et al.* en 2012 (322) (niveau de preuve 3) avait pour objectif d'évaluer les facteurs qui influencent la décision des fumeurs (suisses parlant français) d'utiliser des médicaments d'arrêt du tabagisme et leur disposition à payer pour de meilleurs médicaments d'arrêt du tabagisme. L'auteur a utilisé la méthode des choix discrets pour révéler les préférences des fumeurs en ce qui concerne les médicaments d'arrêt du tabagisme (médicament sans nicotine : bupropion, varénicline). La méthode retenue par l'auteur permettait d'observer les arbitrages réalisés par les individus entre les différents attributs de traitements. Les différents choix étaient des possibilités de traitement décrites via les modalités des cinq attributs : prix (CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500), efficacité (15 %, 25 %, 40 %, 50 %), possibilité d'effets secondaires mineurs (10 %, 30 %, 50 %), atténuation de la prise de poids (oui, non), disponibilité (sans prescription, avec prescription) et possibilité d'absence de traitement : au total, 192 possibilités de traitement étaient donc possibles. Onze modèles économétriques (modélisant l'utilité en fonction des attributs), intégrant les données issues de questionnaire de 131 fumeurs, ont été utilisés pour analyser d'une part, les facteurs qui influençaient le choix des traitements et d'autre part, les facteurs qui influençaient la propension à utiliser un médicament d'aide à l'arrêt du tabac. Cette étude rapportait que les fumeurs étaient disposés à payer pour une efficacité plus importante, des effets secondaires moins fréquents et une prévention de la prise de poids. Que le médicament soit disponible sans prescription ou sur prescription médicale était d'une importance secondaire. Cette étude rapportait aussi qu'il y avait des facteurs spécifiques aux individus qui influençaient la décision d'utiliser de tels médicaments, incluant le niveau scolaire, avec une hétérogénéité des préférences. Une limite importante de cette étude rapportée par l'auteur était la faible taille de l'effectif qui limitait la représentativité par rapport à la population générale. D'autres variables telles que les incitations de l'industrie pharmaceutique, l'influence des médecins à travers les

prescriptions, l'action des autorités de santé publique, et les autres traitements d'aide à l'arrêt du tabagisme (traitement médicamenteux nicotinique) n'étaient pas prises en compte dans cette étude.

► **Avis du groupe de travail**

Accord avec les conclusions du rapport de la HAS 2007.

► **Recommandations**

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 coût-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 ;- celles 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 au tabac

► Données de la littérature

La revue systématique de Carson *et al.* en 2012 (323) (Cf. tableau 77) a d'une part, examiné l'effet de la formation des professionnels de santé dans la délivrance d'interventions d'aide à l'arrêt au tabac et a d'autre part, évalué les effets additionnels des caractéristiques des formations tels que le contenu, la méthode de délivrance et l'intensité. Dans les 17 interventions considérées, les professionnels de santé étaient formés à des méthodes pour promouvoir l'arrêt du tabagisme de leurs patients. Onze étaient menées aux USA, une dans chacun des pays suivants : Canada, Taiwan, Ecosse, Royaume-Uni, Suisse, et Allemagne. Au niveau des professionnels, deux études concernaient les dentistes, six des médecins de soins primaires, deux études des internes, trois études des médecins de soins primaires et d'internistes, une étude des pharmaciens, trois études des médecins, des pharmaciens, des psychologues, des infirmières, des visiteurs de santé (*health visitors*).

L'intensité de la formation pour les professionnels de santé variait selon les études de 40 minutes à 4 ou 5 jours : neuf études étaient associées à une formation d'un jour ou moins, quatre études étaient associées à deux sessions de formations séparées, quatre études étaient associées à trois sessions ou plus. Dans huit études, les approches comportementales étaient utilisées pour soutenir les techniques d'intervention : utilisation du modèle transthéorique du changement et l'approche des 5A ; trois études incorporaient des rappels pour questionner les patients sur leur consommation de tabac ; quatre études fournissaient des retours aux professionnels de santé (par exemple, nombre de patients conseillés).

Sur les 17 études analysées, 13 études n'ont pas rapporté d'effet sur l'abstinence suite à l'intervention. Une méta-analyse sur 14 études concernant la prévalence ponctuelle de l'abstinence mesurée à 6 mois rapportait un effet significatif en faveur des interventions ($n=13459$, $OR=1,36$, $IC95\% = [1,20-1,55]$). Une méta-analyse sur huit études concernant l'abstinence continue à 6 mois rapportait un effet significatif en faveur des interventions ($n=9443$, $OR=1,60$, $IC95\% = [1,26-2,03]$). Les professionnels de santé qui avaient reçu une formation étaient plus à même de réaliser des actions d'aide à l'arrêt au tabagisme que les professionnels non formés : demander aux patients de fixer une date d'arrêt, fixer des rendez-vous de suivi, conseiller les fumeurs, fournir du matériel d'auto-support, et fixer une date d'arrêt. Concernant la prescription de gomme de nicotine, aucun effet probant n'a été observé concernant la prescription gomme nicotinique ou d'un traitement nicotinique de substitution.

Cette revue de la littérature suggérait un effet significatif de la formation des professionnels sur l'abstinence des fumeurs (niveau de preuve 2).

L'article de Shershneva *et al.* en 2011 (324) avait pour but d'évaluer le programme *Cease Smoking Today* (CS2day). Ce programme était le fruit d'une collaboration de neuf partenaires : *California Academy of Family Physicians*, *CME Enterprise (Continual medical education : formation médicale continue)*, *Healthcare Performance Consulting*, *Interstate Postgraduate Medical Association*, *Iowa Foundation for Medical Care*, *Physicians' Institute for Excellence in Medicine*, *Purdue University School of Medicine and Pharmaceutical Sciences*, *University of Virginia School of Medicine*, *University of Wisconsin School of Medicine and Public Health*. Cette collaboration a été créée en 2007 afin d'initier une démarche nationale de prise en charge du tabagisme aux États-Unis qui représente un problème de santé publique majeur. Le programme CS2day était basé sur la méthode des 5A et des programmes de formation continue efficaces auprès des professionnels de santé (médecins de premiers recours, cardiologues, pneumologues, psychiatres, pharmaciens, infirmières). La collaboration CS2day avait pour objectif que chaque fumeur voulant arrêter de fumer puisse le faire avec un soutien, des outils et des ressources appropriés. La collaboration a cherché à atteindre cet objectif à travers un programme de formation à plusieurs niveaux (individuel, équipe clinique, organisation de santé). L'objectif était d'améliorer l'identification et le suivi des fumeurs, d'augmenter l'utilisation des stratégies de

counselling et de soutenir la sélection et l'utilisation appropriées d'options thérapeutiques pharmacologiques et non pharmacologiques pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. Le projet C2Sday proposait un vaste éventail de formations qui contribuaient à changer les pratiques professionnelles et à améliorer la prise en charge des patients. L'objectif de l'étude de Shershneva était d'évaluer d'une part, les changements des compétences et performance des cliniciens au regard de l'utilisation de la méthode des 5A et d'évaluer d'autre part, les changements dans les taux d'arrêt du tabagisme des patients fumeurs. L'évaluation portait sur 6 champs : la participation, la satisfaction, l'apprentissage, la performance, la santé du patient, la santé de la population. Le programme CS2day avait concerné 43 000 cliniciens de 50 états à travers des activités de formation certifiées, des congrès de formation et la diffusion d'outils jusqu'en mars 2011. Parmi les 13 971 participants, 64 % étaient des médecins, 14 % étaient des infirmières, 10 % des pharmaciens, 8 % des assistants, et 4 % d'autres professionnels de santé. Les participants indiquaient que les activités de formation les rendaient plus efficaces dans leur pratique clinique (score moyen de 4,1 sur une échelle de 1 (satisfaction faible) à 5 (satisfaction élevée), 5 472 réponses). L'évaluation de l'apprentissage (questions sur 15 études de cas) était favorable aux participants au programme versus des professionnels non participants au programme. La majorité des participants rapportaient soit leur intention, soit leur utilisation de nouvelles pratiques. Un changement du statut tabagique était rapporté chez 231 des 494 patients vus deux fois ou plus durant le déroulement du projet, objectivé par un taux d'abstinence de 46,8 %.

Cette évaluation du projet CS2day suggérerait que des interventions de formation bien programmées pouvaient aider les cliniciens à incorporer les recommandations dans leur pratique et pouvait améliorer le statut tabagique de leurs patients (niveau de preuve 3).

La revue des revues de littérature de Grignon et Reddock en 2012 (232) a fait le point des connaissances sur l'efficacité des politiques publiques et des interventions visant à réduire le tabagisme. Cette publication constitue une synthèse des conclusions de la revue de la littérature réalisée par les auteurs pour l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) dans le cadre du rapport de la Cour des comptes de 2012 (<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/>). Soixante-quatre revues de la littérature et six évaluations économiques (coût/efficacité, coût/utilité, coûts évités) ont été identifiées. Parmi les 64 revues de littérature identifiées, une majorité portait sur l'arrêt du tabac (le reste traitant de la prévention).

Les résultats étaient les suivants :

- l'aide par un professionnel (médecin, infirmière, conseiller ou psychologue) est toujours efficace ;
- un fumeur voulant arrêter et recevant de l'aide aura 80 % de chances supplémentaires d'y parvenir par rapport à un fumeur voulant arrêter sans aide. Cependant, il est encore plus efficace de fournir des outils aux professionnels pour les aider à accompagner les fumeurs à cesser de fumer. Notamment, un médecin prescrivant une date d'arrêt (en accord avec le patient) aura beaucoup plus d'impact qu'un médecin ne le faisant pas : la probabilité de succès augmente de 300 % environ comparée à l'absence d'intervention ;
- les combinaisons les plus efficaces sont l'intervention de professionnels de santé formés et dotés d'outils d'aide à l'arrêt et des psychologues ou d'autres intervenants en santé autorisés à prescrire des substituts nicotiniques. Toutefois, les médecins prescrivant ces substituts n'ont pas plus d'impact que ceux n'en prescrivant pas ;
- les interventions de thérapies comportementales de groupe ont le même effet que l'aide individuelle fournie par un professionnel ;
- les interventions chez des patients hospitalisés ne sont pas plus efficaces que les interventions en ambulatoire ;
- l'aide par téléphone portable (messages textuels) ou Internet est potentiellement efficace, peut-être même légèrement plus que l'aide par un professionnel non formé, mais moins que l'aide par un professionnel formé ou prescrivant des substituts nicotiniques. Là encore, la forme prise par l'aide (fréquence des appels, ajustement dynamique et personnalisé de l'aide) détermine l'efficacité.

- Toutes les formes d'aide au sevrage semblent très efficaces en termes de coût. Les hausses de prix ont un effet significatif sur la consommation totale à condition d'être supérieures à l'augmentation des revenus moyens, mais ne semblent pas dissuader fortement l'initiation tabagique. En revanche, même si les hausses de coûts sont efficaces pour convaincre les fumeurs d'arrêter, aucune étude n'a montré si cette efficacité était retrouvée pour les fumeurs les plus en danger, c'est-à-dire ceux qui fument beaucoup et depuis longtemps.
- Les interventions communautaires pour dissuader les jeunes de commencer à fumer sont efficaces et diminuent en moyenne la proportion de fumeurs réguliers de 3 % à 17 %.

La limite principale de cette revue des revues est qu'elle intégrait peu d'études françaises.

Cette synthèse des revues de la littérature, déjà présentée dans cet argumentaire, montrait l'augmentation de la probabilité de succès associée à la formation des professionnels à l'aide à l'arrêt du tabagisme.

► Avis du groupe de travail

La formation des professionnels de soins à l'aide à l'arrêt du tabagisme est un élément déterminant et devrait faire partie de la formation initiale.

Comme cela est bien montré dans la littérature, un patient a plus de chances de succès lorsque le thérapeute est formé à l'aide à l'arrêt du tabagisme, quels que soient les outils qu'il utilise.

En France, on peut recommander le logiciel Nicomède (www.nicomede.fr). Il s'agit d'un logiciel d'autoformation national développé par la Ligue à l'initiative du ministère de la Santé, Direction générale de la santé par un groupe d'experts.

Nicomède est destiné à approfondir les connaissances sur le tabac des différents acteurs de la lutte contre le tabagisme. Cet outil a été mis à jour en 2013 (Cf. Annexe).

► Recommandations

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

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.

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.

Le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt du tabagisme doivent être intégrés dans la formation initiale de tous les professionnels de santé.

Il est recommandé d'intégrer le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt du tabagisme dans les programmes de développement professionnel continu.

Il serait souhaitable que les professionnels soient sensibilisés à l'utilisation de l'entretien motivationnel.

La formation pour l'aide à l'arrêt du tabagisme doit avoir pour objectif de développer l'accompagnement psychologique du patient.

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).

Les intervenants hospitaliers doivent en plus être formés au dépistage systématique.

Tableau 77. Effets des formations des professionnels de la santé au sevrage tabagique - Revues systématiques de la littérature / méta-analyse

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Carson <i>et al.</i>, 2012 (323) Niveau de preuve=2	Revue systématique Cochrane d'essais contrôlés randomisés Méta-analyse	<ul style="list-style-type: none"> Examiner l'effet de la formation des professionnels de santé dans la délivrance d'interventions d'aide à l'arrêt au tabac Évaluer les effets additionnels des caractéristiques des formations tels que le contenu, la méthode de délivrance et l'intensité. 	ECR / randomisation par groupe Base de données : Cochrane Tobacco Addiction Group Specialised Register, MEDLINE EMBASE PsycINFO. CENTRAL Groupe de comparaisons : professionnels non formés. Recherche la plus récente : mars 2012	Abstinence à 6 mois après le début de l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> Prévalence de l'abstinence mesurée ponctuellement Abstinence continue 	17 essais retenus. Une méta-analyse sur 14 études concernant la prévalence ponctuelle de l'abstinence mesurée à 6 mois rapportait un effet significatif en faveur des interventions (n=13459, OR=1,36, IC95 %=[1,20-1,55], I ² =57 %). Une méta-analyse sur huit études concernant l'abstinence continue à 6 mois rapportait un effet significatif en faveur des interventions (n=9443, OR=1,60, IC95 %=[1,26-2,03], I ² =59 %). Les professionnels de santé qui avaient reçu une formation étaient plus à même de réaliser des actions d'aide à l'arrêt au tabagisme que les professionnels non formés. Une méta-analyse sur huit études rapportait un effet significatif de la formation des professionnels sur le fait de demander aux patients de fixer une date d'arrêt en faveur des interventions (n=4332, OR=4,98, IC95 %=[2,29-10,86], I ² =90 %). Une méta-analyse sur sept études rapportait un effet significatif de la formation des professionnels sur le fait de fixer des rendez-vous de suivi (n=2141,

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>OR=3,34, IC95 %=[1,51-7,37], $I^2=92\%$).</p> <p>Une méta-analyse sur 14 études rapportait un effet significatif de la formation des professionnels sur le fait de fixer des rendez-vous de suivi (n=8531, OR=2,28, IC95 %=[1,58-3,27], $I^2=93\%$).</p> <p>Une méta-analyse sur neuf études rapportait un effet significatif de la formation des professionnels sur le fait de fournir du matériel d'auto-support (n=4925, OR=3,52, IC95 %=[1,90-6,52], $I^2=91\%$).</p> <p>Une méta-analyse sur trois études rapportait un effet significatif de la formation des professionnels sur le fait de fixer une date d'arrêt (n=1172, OR=14,18, IC95 %=[6,57-30,61], $I^2=20\%$).</p> <p>Une méta-analyse sur neuf études ne rapportait pas d'effet significatif de la formation des professionnels sur le fait de prescrire une gomme nicotinique ou un traitement nicotinique de substitution (n=5073, OR=1,57, IC95 %=[0,87-2,84], $I^2=91\%$).</p> <p>Limites de cette revue de la littérature : le contenu des formations délivrées aux professionnels de santé n'est pas clairement exposé dans cette revue de la littérature. Cela provenait du fait que les études de</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					cette revue de la littérature étaient caractérisées par une description incomplète du contenu des formations délivrées aux professionnels de santé. Certaines méta-analyses sont associées à une hétérogénéité forte ($I^2 > 90\%$).
Grignon et Red-dock, 2012 (232) Niveau de preuve=2	Revue des revues de la littérature	Faire le point des connaissances sur : - l'efficacité des interventions de prévention auprès des collégiens et des lycéens ; - l'efficacité des interventions fondées sur les hausses de prix du tabac ; - l'efficacité des interventions d'aide à l'arrêt du tabagisme.	Base de données : Health Systems Evidence : répertoire publié par McMaster University, qui recense des synthèses de connaissances issues de la recherche sur les aspects de gouvernance, financiers et relatifs à la prestation de services, ainsi que sur la mise en œuvre de stratégies pouvant soutenir le changement dans les systèmes de santé. EconLit : base de données bibliographique multilingue publiée par l'American Economic Association, analysant	Arrêt du tabac	64 revues, 6 évaluations économiques (n'ont été retenues que les évaluations effectuées sur des pays comparables à la France) Les revues systématiques analysées permettaient de conclure aux principaux résultats suivants : l'aide par un professionnel (médecin, infirmière, conseiller ou psychologue) est toujours efficace. Un fumeur recevant de l'aide et voulant arrêter aura 80 % de plus de chances d'y parvenir que celui voulant arrêter sans aide. Cependant, il est encore plus efficace de fournir des outils à ces professionnels pour les aider à accompagner les fumeurs à cesser de fumer. Notamment, un médecin prescrivant une date d'arrêt aura beaucoup plus d'impact qu'un médecin ne le faisant pas : la probabilité de succès augmente de 300 % environ comparée à l'absence d'intervention. Les combinaisons les plus efficaces sont

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
			<p>et indexant la littérature internationale dans le domaine des sciences économiques et financières mais aussi sociales.</p>		<p>des professionnels de santé formés et dotés d'outils d'aide à l'arrêt ; des psychologues ou autres intervenants en santé autorisés à prescrire des substituts nicotiniques. Toutefois, les médecins prescrivant ces substituts n'ont pas plus d'impact que ceux n'en prescrivant pas. Les interventions comportementales de groupe ont le même effet que l'aide individuelle par un professionnel. Les interventions sur des patients hospitalisés ne sont pas plus efficaces que les interventions en ambulatoire.</p> <p>L'aide par téléphone (portable) ou Internet est potentiellement efficace, peut-être même légèrement plus que l'aide par un professionnel non formé, mais moins que l'aide par un professionnel formé ou prescrivant des substituts. Là encore, la forme prise par l'aide (fréquence des appels, ajustement dynamique et personnalisé de l'aide) détermine l'efficacité.</p> <p>Toutes les formes d'aide au sevrage semblent très efficaces en termes de coût : prendre en charge les substituts nicotiniques coûte entre 80 et 1 793 euros par arrêt. Une intervention dans les écoles pour dissuader de commencer à fumer par la pression des pairs coûte 1 874 euros par fumeur évité. Les substituts nicotiniques coûtent autour de 5 000 euros en général par année de vie sauvée et jamais plus de 16 000 euros. Enfin, la thérapie de groupe coûte 6 745 euros par année de vie sauvée.</p> <p>Les hausses de prix ont un effet significatif</p>

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectifs	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>sur la consommation totale à condition d'être supérieures à l'augmentation des revenus moyens, mais ne semblent pas dissuader fortement l'initiation tabagique. En revanche, même si elles sont efficaces pour convaincre les fumeurs d'arrêter, aucune étude ne montre si elles le sont auprès des fumeurs les plus en danger, qui fument beaucoup depuis longtemps. Les interventions communautaires pour dissuader les jeunes de commencer à fumer sont efficaces et diminuent en moyenne la proportion de fumeurs réguliers de 3 % à 17 %.</p> <p>Commentaires : très peu d'études analysées concernaient la France. Les auteurs indiquaient que cette revue des revues ne fournissait que peu de recettes clés en main de politiques de lutte contre le tabagisme applicables en France. De plus, ils suggéraient la mise en œuvre d'une revue de la littérature plus pointue portant sur des interventions menées en France ou dans des contextes proches.</p>

12 Perspectives

L'analyse des données de la littérature a montré que les informations et les études disponibles étaient limitées sur certaines questions traitées par ces recommandations, ce qui a conduit le groupe de travail à faire les recommandations suivantes :

AE

- 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.
- 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.
- Une réévaluation du rapport bénéfice/risque de la varénicline et du bupropion prenant en compte les alternatives thérapeutiques, notamment les TNS, est souhaitable.
- 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 :
 - ▶ 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.
- 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.

Annexe 1. Méthode de travail

► Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique 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 ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de par : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la RBP (auto-saisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP (RPC) et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire (six réunions avant la phase de lecture ont été nécessaires dans le cadre de ce projet), pour élaborer à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.. Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique Graal disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une ou plusieurs réunions de travail (deux réunions dans le cadre de ce projet).

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise à la Commission des recommandations de bonne pratique pour avis et au Collège de la HAS pour validation. Ce dernier autorise par sa validation leur diffusion. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) les recommandations, l'argumentaire scientifique, et les différents outils associés.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide diffusé en janvier 2011 : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode Recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

► Gestion des conflits d'intérêts

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 gestions des conflits d'intérêts (325) 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 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).

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site de la HAS : www.has-sante.fr.

► Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Les chapitres sur les médicaments et le chapitre sur la cigarette électronique peuvent être amenés à être mis à jour en fonction de la réglementation et de nouvelles études disponibles.

Annexe 2. Recherche documentaire

► Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

La recherche initiale a porté sur la période de janvier 2007 à mars 2013. Une veille a été réalisée jusqu'en octobre 2013.

Source d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées

Medline (National Library of Medicine, États-Unis)

PsycInfo;

The Cochrane Library (Wiley Interscience, États-Unis) ;

Pascal (Institut national de l'information scientifique et technique, France)

BDSP Banque de Données en Santé Publique ;

Science direct

National Guideline Clearinghouse (Agency for Healthcare Research and Quality, États-Unis) ;

HTA Database (International Network of Agencies for Health Technology Assessment).

Autres sources

Sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Bibliographie des articles et documents sélectionnés.

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 1 présente la stratégie de recherche dans la base de données *Medline*. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types d'études.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Une présentation synthétique sous forme de tableau reprend les étapes successives.

Tableau 1. Stratégie de recherche documentaire

<i>Type d'étude / sujet</i>		Période de recherche	Nombre de références
Termes utilisés			
<i>Recommandations</i>		Période	Nombres de références
Etape 1	"Smoking Cessation"[Majr] OR "Tobacco Use Cessation Products"[Majr] OR "Bupropion"[Majr] OR "Smoking"[Majr] Or nicotine patch* OR Smoking OR Tobacco OR Bupropion OR varenicline Or champix Field: Title	01/2007-03/2012	
ET			

Etape 2	Guidelines OU Recommendation OU Guidelines as Topic OU Practice Guidelines as Topic OU Guideline OU standards OU Consensus Development Conferences as Topic OU Consensus Development Conferences, NIH as Topic OU Consensus Development Conference, NIH OU Consensus Development Conference OU Consensus conference OU Consensus statement	84
<i>Méta-analyses, revues de littérature</i>		01/2007-03/2012
Etape 1 ET		
Etape 3	"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" Field: Title/Abstract]	542
Essais contrôlés randomisés		01/2007-03/2012
Etape 1		
Etape 5	"Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random* Field: Title/Abstract	1691
Cigarette électronique		
Etape 6	e-cigarette* Or electronic cigarette* [title/abstract]	65
Mise à jour des méta-analyses, revues de littérature		04/2012-03/2013 122
<i>Étapes 1 et 3</i>		
Littérature française		01/2007-03/2012 191
Etape 7		
Nombre total de références obtenues		2695

En complément, les sommaires des revues suivantes ont été dépouillés tout au long du projet : Annals of Internal Medicine, Archives of Internal Medicine, British Medical Journal, Canadian Medical Association Journal, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine, Presse Médicale.

Sites consultés

- Adelaide Health Technology Assessment, Australie
- Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé, Canada
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, France
- Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (Anes) France
- Agency for Healthcare Research and Quality, États-Unis
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Canada
- Alberta Medical Association, Canada
- American College of Physicians, États-Unis
- Bibliothèque Médicale AF Lemanissier, France
- Blue Cross Blue Shield Association, États-Unis
- BMJ Clinical Evidence, Royaume-Uni
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Canada
- Canadian Task Force on Preventive Health Care, Canada

- Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones, France
- Centers for Disease Control and Prevention Infection Control Guidelines, États-Unis
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique
- Centre for Clinical Effectiveness Monash Health, Australie
- Centre for Reviews and Dissemination, Royaume-Uni
- CMA Infobase, Canada
- College of Physicians and Surgeons of Alberta, Canada
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, France
- Expertise collective de l'INSERM, France
- Guidelines and Protocols Advisory Committee, Canada
- Guidelines International Network
- Haute Autorité de Santé, France
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) France
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé, France
- Institut de la statistique et des études économiques, France
- Institute for Clinical Systems Improvement, États-Unis
- Institut de veille sanitaire (**InVS**), France
- Institut national du cancer
- La Documentation française, France
- Minnesota Department of Health – Health Technology Advisory Committee, États-Unis
- National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, Royaume-Uni
- National Guidelines Clearinghouse, États-Unis
- National Health Services Scotland, Royaume-Uni
- National Institute for Health and Clinical Excellence, Royaume-Uni
- National Institutes of Health, États-Unis
- National Library of Guidelines Specialist Library, Royaume-Uni
- New Zealand Guidelines Group, Nouvelle-Zélande
- New Zealand Health technology Assessment, Nouvelle-Zélande
- Observatoire français des drogues et toxicomanies
- Office français de prévention du tabagisme
- Ontario Medical Advisory Secretariat, Canada
- Portail de la statistique publique française, France
- Regional Evaluation Panel, Royaume-Uni
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Royaume-Uni
- Singapore Ministry of Health, Singapour
- Société Française de Médecine Générale, France
- Société française de tabacologie
- Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, France
- U.S. Preventive Services Task Force, États-Unis
- Veterans Affairs Technology Assessment Program, États-Unis
- World Health Organization

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'en octobre 2013 sur les sites Internet énumérés ci-dessus.

► Critères de sélection des articles

La revue systématique de la littérature a été limitée aux études relatives à l'efficacité ou la sécurité des interventions proposées pouvant apporter une plus-value scientifique par rapport à l'avis d'experts.

Ont été incluses dans la revue systématique de la littérature, les publications suivantes, en français ou anglais :

- les études *princeps* : théories, concepts, etc. ;
- les publications complètes (les résumés et les actes de colloques n'ont pas été retenus) ;
- les recommandations de bonne pratique (revues systématiques, avis d'experts pluridisciplinaires, avis de représentants d'usagers) ;
- les revues systématiques d'essais contrôlés, avec ou sans méta-analyse ;
- les essais contrôlés randomisés (ECR) ou non, dont la publication était postérieure aux revues systématiques répondant à la même question ;

- les études de cohorte et études comparatives dont la publication était postérieure aux revues systématiques répondant à la même question ;
- les thèses de pratique pour l'étude de l'état des pratiques.

Les méta-analyses et les revues systématiques (y compris celles des recommandations) ont été privilégiées par rapport aux autres articles lorsqu'il en existait sur les questions traitées. Dans les autres cas, seuls les essais randomisés et les études quasi-expérimentales ont été analysés.

Pour les données de prévalence et l'étude des facteurs de risques et des complications, des études épidémiologiques et observationnelles ont été analysées (études de cohorte, cas-témoin, transversales).

Pour certaines questions prévues dans la recommandation, si les études issues de la recherche systématique ne permettaient pas de conclure, une recherche supplémentaire a été effectuée, soit centrée spécifiquement sur le thème, soit en étendant la recherche aux études de plus faible niveau de preuve (ce fut le cas par exemple pour la cigarette électronique).

Critères inclusion

- Objectif 1) : étudier l'efficacité d'un traitement ou d'une stratégie dans l'aide à l'arrêt du tabac.
- Objectif 2) : décrire la population de fumeurs (prévalences, facteurs de risques, risques associés, bénéfices à l'arrêt, etc.).
- Schéma d'étude : 1) revues systématiques, méta-analyses d'ECR, ou au moins un groupe contrôle ; 2) études épidémiologiques et observationnelles.
- Toute population de fumeurs.
- Mesure de référence du tabagisme à l'inclusion.
- Groupe de comparaisons : 1) placebo et/ou autre traitement ; 2) fumeurs vs. non-fumeurs ou anciens fumeurs.
- Critère de jugement : abstinence.
- Temps de mesure du critère de jugement : 6 mois minimum.

Critères exclusion

- Eudes de cas, cas cliniques.
- Revues d'auteurs, revues générales, etc. (*journal article, overview*).
- Absence de groupe de comparaison.
- Critère de jugement mesuré à moins de 6 mois.
- Population très spécifique et non généralisable à la population française.

Méthode de tri des articles

La sélection des articles a été faite par deux lecteurs de façon indépendante (le chargé de projet et le chef de projet), et a été vérifiée par un troisième lecteur spécialiste du sujet (le président du groupe de travail).

Une première sélection des articles a été réalisée par lecture du titre et du résumé. Certains articles ont été écartés seulement à la lecture du titre s'ils ne remplissaient pas les critères d'inclusion. Dans le doute, si le titre n'était pas suffisamment explicite, le résumé a été lu.

Les articles sélectionnés ont ensuite été lus en intégralité, et seuls ceux qui remplissaient les critères d'inclusion ont été gardés pour analyse et sont présentés ici.

Un niveau de preuve a été attribué aux études en fonction de leur qualité méthodologique³⁸.

Résultats

- Nombre de références identifiées : 2 695.
- Nombre de références analysées : 834.
- Nombre de références retenues : 326.

³⁸Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Guide méthodologique. Paris: ANAES; 2000.

Annexe 3. 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 abstiné 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 consommée 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.

Références

1. Shiffman S, Kassel J, Gwaltney C, McChargue D. Prévention de la rechute pour la dépendance au tabac. In: Marlatt GA, Donovan DM, dir. Prévention de la rechute. Stratégie de maintien en thérapie des conduites addictives. Paris: Médecine et Hygiène; 2008.
2. Direction générale de la santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir. Paris: La Documentation Française; 2002.
3. World Health Organization. International classification of disease (ICD-10). Geneva: WHO; 1991.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington: APA; 1994.
5. Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie. Bulletin Officiel 2012;4 bis.
6. Lopez-Quintero C, Perez de los CJ, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend* 2011;115(1-2):120-30.
7. Lopez-Quintero C, Hasin DS, de Los Cobos JP, Pines A, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction* 2011;106(3):657-69.
8. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Paris: INSERM; 2004.
9. Organisation mondiale de la santé. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance. Genève: OMS; 2004.
10. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J* 1976;1(6017):1058-61.
11. Aubin HJ, Luquiens A, Bonnet N, Borgne A. De la tabacologie à l'addictologie. *Rev Prat* 2012;62:356.
12. O'Brien CP, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. *Lancet* 1996;347(8996):237-40.
13. O'Brien CP. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. *Am J Psychiatry* 2005;162(8):1423-31.
14. Hughes JR, Wadland WC, Fenwick JW, Lewis J, Bickel WK. Effect of cost on the self-administration and efficacy of nicotine gum: a preliminary study. *Prev Med* 1991;20(4):486-96.
15. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *J Clin Psychol* 1971;27(4):455-6.
16. Marlatt GA. A cognitive-behavioral model of the relapse process. *NIDA Res Monogr* 1979;191-200.
17. Marlatt G, Gordon J. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
18. Killen JD, Fortmann SP. Craving is associated with smoking relapse: findings from three prospective studies. *Exp Clin Psychopharmacol* 1997;5(2):137-42.
19. Bagot KS, Heishman SJ, Moolchan ET. Tobacco *craving* predicts lapse to smoking among adolescent smokers in cessation treatment. *Nicotine Tob Res* 2007;9(6):647-52.
20. Epstein DH, Marrone GF, Heishman SJ, Schmittner J, Preston KL. Tobacco, cocaine, and heroin: *craving* and use during daily life. *Addict Behav* 2010;35(4):318-24.
21. O'Brien CP, Childress AR, Ehrman R, Robbins SJ. Conditioning factors in drug abuse: can they explain compulsion? *J Psychopharmacol* 1998;12(1):15-22.

22. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Regard sur la fin de l'adolescence. Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000. Paris: OFDT; 2000.
23. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans. ESCAPAD 2001. Paris: OFDT; 2002.
24. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Drogues et adolescence. Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002. Paris: OFDT; 2003.
25. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003-. Paris: OFDT; 2004.
26. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. Paris: OFDT; 2007.
27. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. Paris: OFDT; 2012.
28. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes ESCAPAD 2003. Tendances 2004;39:1-4.
29. Observatoire français des drogues et toxicomanies, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Choquet,M, Ledoux,S, Hassler,C. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée. ESPAD 99 France. European School Survey Project. Tome 1. Paris: OFDT; 2002.
30. Observatoire français des drogues et toxicomanies, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Beck,F, Legleye,S, Peretti-Watel,P. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée. ESPAD 99 France. European School Survey Project. Tome 2. Paris: OFDT; 2002.
31. Observatoire français des drogues et toxicomanies, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Evolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007. Tendances 2009;64.
32. Observatoire français des drogues et toxicomanies, Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances 2011;79.
33. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac (septembre 2011) 2011. <<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html>> [consulté en 11/2011].
34. Institut de veille sanitaire, Hill C, Jouglu E, Beck F, Karsenty S, Hirsch A, *et al.* Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2010. BEH 2011;19-20.
35. Institut de veille sanitaire, Lauzeille,D, Marchand,JL, Ferrand,M. Consommation de tabac par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité. Outil méthodologique pour l'épidémiologie. Saint Maurice: INVS; 2010.
36. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes; 2011.
37. Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France 2010. BEH 2010;20-21:230-3.
38. International Tobacco Control Policy Evaluation Project, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Institut national du cancer, Observatoire français des drogues et toxicomanies. Projet ITC (octobre 2011). Rapport national ITC France. Université de Waterloo, Ontario, Canada. Résultats de la deuxième vague ITC France. Paris: INPES; 2011.
39. Ministère des solidarités de la santé et de la famille, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Blondel,B, Kermarrec,M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Ministère de la santé; 2011.
40. Conséquences du tabagisme en bref. Prescrire 2011;332.
41. Institut national du cancer. Cancers et tabac. Paris: INCA; 2011.<http://www.e->

cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/

42. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. Rev Prat 2012;62:325.

43. Perriot J, Underner M, Doly-Kuchcik L. Tabac : quels risques pour la santé ? Rev Prat 2012;62:333.

44. Grangé G, Guibert J. Tabagisme et grossesse "Fumer donne beaucoup moins de chances d'avoir un enfant en bonne santé". Rev Prat 2012;62:344.

45. Thomas D. Tabagisme et maladies cardiovasculaires. Rev Prat 2012;62:339.

46. Hill C. Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme. BEH 2010;19-20.

47. World Health Organization. Mortality attributable to tobacco. WHO global report. Geneva: WHO; 2012.http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/

48. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V, for the Million Women Study Collaborators. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet 2013;381(9861):133-41.

49. Licaj I, Romieu I, Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault MC, Ferrari P. Impact du tabac sur la mortalité totale et sur la mortalité par cause dans l'étude européenne EPIC (European prospective investigation into cancer and nutrition). BEH 2013;(20-21):234-8.

50. Institut national du cancer. Tabac et cancers dans le monde. Paris: INCA; 2008.<http://www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/>

51. Institut national du cancer. La chicha et risques pour la santé. Paris: INCA; 2009.<http://www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/>

52. Institut national du cancer. Cancers et tabac chez les femmes. Paris: INCA; 2009.<http://www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/>

53. Institut national du cancer. Cancers et tabagisme passif. Paris: INCA; 2010.<http://www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/>

cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/

54. Institut national du cancer. Risques de cancers et produits du tabac "sans fumée". Paris: INCA; 2010.<http://www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/>

55. Haute Autorité de Santé. Suivi post-professionnel après exposition à l'amiante. Saint Denis La Plaine: HAS; 2010.

56. Schwartz AG, Cote ML, Wenzlaff AS, Van Dyke A, Chen W, Ruckdeschel JC, *et al.* Chronic obstructive lung diseases and risk of non-small cell lung cancer in women. J Thorac Oncol 2009;4(3):291-9.

57. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364(9438):937-52.

58. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, *et al.* Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet 2006;368(9536):647-58.

59. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, *et al.* Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet 2010;376(9735):112-23.

60. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2007;298(22):2654-64.

61. Boutigny H, Boschin F, Delcourt-Debruyne E. Maladies parodontales, tabac et grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2005;34(Spec No 1):3S74-83.

62. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Grossesse et tabac. Conférence de consensus, 7 et 8 octobre 2004. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.

63. Brion MJ, Victora C, Matijasevich A, Horta B, Anselmi L, Steer C, *et al.* Maternal smoking and child psychological problems: disentangling

causal and noncausal effects. *Pediatrics* 2010;126(1):e57-e65.

64. Roza SJ, Verhulst FC, Jaddoe VW, Steegers EA, Mackenbach JP, Hofman A, *et al.* Maternal smoking during pregnancy and child behaviour problems: the Generation R Study. *Int J Epidemiol* 2009;38(3):680-9.

65. Ekblad M, Gissler M, Lehtonen L, Korkeila J. Prenatal smoking exposure and the risk of psychiatric morbidity into young adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(8):841-9.

66. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants. Paris: INSERM; 2003.

67. Société française de tabacologie, Nguyen D, Berlin I. Allaitement maternel chez les femmes fumeuses : connaissances actuelles 2012. <http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/SFT_allaitement_tabac.pdf> .

68. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2011;377(9760):139-46.

69. Nafstad P, Jaakkola JJ, Hagen JA, Botten G, Kongerud J. Breastfeeding, maternal smoking and lower respiratory tract infections. *Eur Respir J* 1996;9(12):2623-9.

70. Karmaus W, Dobai AL, Ogbuanu I, Arshard SH, Matthews S, Ewart S. Long-term effects of breastfeeding, maternal smoking during pregnancy, and recurrent lower respiratory tract infections on asthma in children. *J Asthma* 2008;45(8):688-95.

71. Sorensen LT, Karlsmark T, Gottrup F. Abstinence from smoking reduces incisional wound infection: a randomized controlled trial. *Ann Surg* 2003;238(1):1-5.

72. Kuri M, Nakagawa M, Tanaka H, Hasuo S, Kishi Y. Determination of the duration of preoperative smoking cessation to improve wound healing after head and neck surgery. *Anesthesiology* 2005;102(5):892-6.

73. Colombel JF, Vernier-Massouille G, Cortot A, Gower-Rousseau C, Salomez JL. Épidémiologie et facteurs de risque des maladies inflammatoires

chroniques de l'intestin. *Bull Acad Natl Med* 2007;191(6):1105-18.

74. Cosnes J. Tobacco and IBD: relevance in the understanding of disease mechanisms and clinical practice. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004;18(3):481-96.

75. Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière. Evaluation des programmes et politiques de santé publique. Saint-Denis La plaine: HAS; 2007.

76. Institut national du cancer. Sevrage tabagique et prévention des cancers. Fiche repère. Etat des connaissances du 24 mai 2011. Paris: INCA; 2011. <http://www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/>

77. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328(7455):1519.

78. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000;160(7):939-44.

79. Critchley J, Capewell S. Withdrawn: Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2012; Issue 2(CD003041).

80. Gellert C, Schottker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012;172(11):837-44.

81. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000;321(7257):323-9.

82. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. *The Lung Health Study*. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161(2 Pt 1):381-90.

83. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166(5):675-9.

84. U.S.Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health;CDC; 2000.
85. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis: Afssaps; 2003.
86. Association française de chirurgie, Société française d'anesthésie et de réanimation, Office français de prévention du tabagisme. Tabagisme péri-opératoire. Conférence d'experts. Paris: AFC;SFAR;OFPT; 2005.
87. U.S.Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Atlanta: U.S.Department of Health and Human Services;CDC; 1990.
88. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2006;Issue 1(CD005084).
89. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2004;Issue 1(CD003698).
90. National Institute for Health and Clinical Excellence. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. London: NHS; 2006.
91. National Institute for Health and Clinical Excellence. smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: NHS; 2008.
92. Ministry of Health. Smoking cessation guidelines. New Zealand. Wellington: MH; 2007.
93. US Department of Health and Human Services. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Washington: Public Health Services; 2008.
94. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers. Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Toronto: RNAO; 2007.
95. US Preventive Services Task Force, Lin KW, Tarantino DA. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: reaffirmation recommendation statement. Am Fam Physician 2010;82(10):1266.
96. Royal Australian College of General Practitioners, Zwar,N, Richmond,R, Borland,R, Peters,M. Smoking cessation pharmacotherapy: an update for health professionals. Melbourne: RACGP; 2007.
97. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Tabac. Guide pratique pour le professionnel. Ouvrons le dialogue 2010. <<http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/tabac2006/LivretMedecin.pdf>> [consulté en 11/2011].
98. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Tabac. Pour faire le point. Ouvrons le dialogue 2011. <<http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/tabac2006/PourFaireLePoint.pdf>> [consulté en 11/2011].
99. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Pourquoi arrêter de fumer avant une intervention chirurgicale ? 2011. <<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/891.pdf>> .
100. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne 2011. <<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>> .
101. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Aide au sevrage tabagique : renforcer la motivation. Les essentiels de l'INPES. 2012. <<http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/essentiels/1205-tabac.pdf>> [consulté en 07/2012].
102. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt 2011. <<http://www.tabac-info-service.fr/data/pdf/Risques.pdf>> .
103. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, Ockene JK, Savageau JA, St CD, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. Tob Control 2000;9(3):313-9.

104. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, *et al.* Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(4):397-403.
105. O'Loughlin J, Tarasuk J, DiFranza J, Paradis G. Reliability of selected measures of nicotine dependence among adolescents. *Ann Epidemiol* 2002;12(5):353-62.
106. Waylen AL, Metwally M, Jones GL, Wilkinson AJ, Ledger WL. Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2009;15(1):31-44.
107. Jauniaux E, Gulbis B, Acharya G, Thiry P, Rodeck C. Maternal tobacco exposure and cotinine levels in fetal fluids in the first half of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999;93(1):25-9.
108. George L, Granath F, Johansson AL, Cnattingius S. Self-reported nicotine exposure and plasma levels of cotinine in early and late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(11):1331-7.
109. National Institute for Health and Clinical Excellence. *How to Stop Smoking* in pregnancy and following childbirth. London: NHS; 2010.
110. Perrin L. Repérage diagnostique de la dépendance au tabac dans une perspective thérapeutique. Sommes-nous performants ? A propos d'une étude [thèse]. Bordeaux: Université Bordeaux 2 - Victor Segalen; 2010.
111. Faseru B, Yeh HW, Ellerbeck EE, Befort C, Richter KP. Prevalence and predictors of tobacco treatment in an academic medical center. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2009;35(11):551-7.
112. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(4):381-9.
113. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33.
114. Le Houezec J. Échelles internationales d'évaluations utilisables en tabacologie. Synthèse de recensement, de traduction et de validation 2010. <http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/RapSFT2010_Echelles_DGS.pdf> [consulté en 10/2012].
115. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res* 2012;14(1):75-8.
116. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86(9):1119-27.
117. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12(2):159-82.
118. Shiffman S, Waters A, Hickcox M. The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* 2004;6(2):327-48.
119. Etter JF, Le HJ, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology* 2003;28(2):359-70.
120. Tiffany ST, Drobes DJ. The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. *Br J Addict* 1991;86(11):1467-76.
121. Cox LS, Tiffany ST, Christen AG. Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. *Nicotine Tob Res* 2001;3(1):7-16.
122. Hughes J, Hatsukami DK. Errors in using tobacco withdrawal scale. *Tob Control* 1998;7(1):92-3.
123. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Tools for assessing tobacco dependence: clinical effectiveness and guidelines 2010. <http://www.cadth.ca/media/pdf/k_0199_assess_tobacco_dependence_htis-1-5.pdf> [consulté en 06/2012].
124. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety:

psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):893-7.

125. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F, Rheaume J. L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *Encephale* 1994;20(1):47-55.

126. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometrics properties of the Beck depression inventory: twenty five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77-100.

127. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.

128. Delay J, Pichot P, Lemperiere T, Mirouze R. La nosologie des états dépressifs. Rapports entre l'étiologie et la sémiologie. 2 Résultats du questionnaire de Beck. *Encephale* 1963;52:497-504.

129. Hesse M. The Beck Depression inventory in patients undergoing opiate agonist maintenance treatment. *Br J Clin Psychol* 2006;45(Pt 3):417-25.

130. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.

131. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3.

132. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis abuse screening test. *J Substance Use* 2007;12(4):233-42.

133. Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: A Systematic Review. *Addiction* 2012.

134. Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Audition publique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

135. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane Databases of Systematics Reviews* 2008;Issue 2(CD000165).

136. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Repérage des fumeurs et

initiation du sevrage tabagique. Référentiels d'évaluation. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.

137. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus Paris 8-9 octobre. Paris: ANAES; 1998.

138. De Col P. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Angers: Université d'Angers; 2009.

139. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control* 1995;4:162-9.

140. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;Issue 5:CD000165.

141. Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *The Cochrane Databases of Systematics Reviews* 2010;Issue 3(CD005231).

142. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. Washington: NIH; 2001.
http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/13/m13_complete.pdf

143. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rege WM, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *The Cochrane Databases of Systematics Reviews* 2009;Issue 2(CD004705).

144. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Annoncer aux patients l'âge de leurs poumons : efficacité sur le taux de sevrage tabagique. Étude randomisée contrôlée Step2quit. *Exercer* 2008;19(83):120-1.

145. Ojedokun J, Keane S, O'Connor K. Efficacité sur l'arrêt du tabac de l'annonce de l'âge pulmonaire pendant la consultation. *Exercer* 2013;24(106 Suppl 2):42S-3S.

146. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Van den Bruel,A, Cleemput,I, Schoefs,D,

Ramaekers,D, Bonneux,L. Efficacité et rentabilité des thérapies du sevrage tabagique. Bruxelles: KCE; 2004.

147. Dansou A, Maino B, Lemarié E. Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites. Rev Prat 2012;62:837.

148. Légeron P, Azoulaï G, Lagrue G, Pelissolo S, Humbert R, Renon D, *et al.* La motivation du fumeur à l'arrêt du tabac : bases conceptuelles et principes permettant l'élaboration d'un questionnaire d'évaluation. J Théor Comportement Cogn 2001;11(2):53-61.

149. Girardot L, Boumedien D, Magar Y, Abdennbi K. Aide au sevrage tabagique en médecine générale. Concours Méd 2012;107-10.

150. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992;47(9):1102-14.

151. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif 1992;28:183-218.

152. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997;12(1):38-48.

153. Aubin HJ, Lagrue G, Legeron P, Azoulaï G, Pelissolo S, Humbert R. Smoking cessation motivation questionnaire (Q-MAT) : construction and validation. Alcool Addictol 2005;27(2):19s-25s.

154. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2008;Issue 1(CD000146).

155. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;Issue 5:CD009329.

156. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2002;6(16).

157. Ebbert JO, Edmonds A, Luo X, Jensen J, Hatsukami DK. Smokeless tobacco reduction with the nicotine lozenge and behavioral intervention. Nicotine Tob Res 2010;12(8):823-7.

158. Murray RP, Connett JE, Zapawa LM. Does nicotine replacement therapy cause cancer? Evidence from the *Lung Health Study*. Nicotine Tob Res 2009;11(9):1076-82.

159. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and meta-analysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. Tob Induc Dis 2010;8:8.

160. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction 2004;99(1):29-38.

161. Haute Autorité de Santé. Champix (varénicline) Intérêt clinique en seconde intention dans le sevrage tabagique après échec des traitements nicotiniques de substitution. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_844438/champix-varenicline

162. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB, Jr., Gong J, *et al.* Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. Thorax 2008;63(8):717-24.

163. Hind D, Tappenden P, Peters J, Kenjegalieva K. Varenicline in the management of smoking cessation: a single technology appraisal. Health Technol Assess 2009;13(Suppl 2):9-13.

164. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2012;Issue 2(CD006103).

165. Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM. Systematic review of the cost-effectiveness of varenicline vs. bupropion for smoking cessation. Int J Clin Pract 2012;66(2):171-82.

166. Fagerström K, Nakamura M, Cho HJ, Tsai ST, Wang C, Davies S, *et al.* Varenicline treatment for smoking cessation in Asian populations: a pooled analysis of placebo-controlled trials conducted in six Asian countries. Curr Med Res Opin 2010;26(9):2165-73.

167. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, *et al.* Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):56-63.
168. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, *et al.* Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):47-55.
169. Lee JH, Jones PG, Bybee K, O'Keefe JH. A longer course of varenicline therapy improves smoking cessation rates. *Prev Cardiol* 2008;11(4):210-4.
170. Tonstad S, Davies S, Flammer M, Russ C, Hughes J. Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline: a pooled analysis. *Drug Saf* 2010;33(4):289-301.
171. Leung LK, Patafio FM, Rosser WW. Gastrointestinal adverse effects of varenicline at maintenance dose: a meta-analysis. *BMC Clin Pharmacol* 2011;11:15.
172. Svanström H, Pasternak B, Hviid A. Use of varenicline for smoking cessation and risk of serious cardiovascular events: nationwide cohort study. *BMJ* 2012;345:e7176.
173. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2011;183(12):1359-66.
174. Prochaska JJ, Hilton JF. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;344:e2856.
175. Moore TJ, Furberg CD, Glenmullen J, Maltzberger JT, Singh S. Suicidal behavior and depression in smoking cessation treatments. *Plos One* 2011;6(11):e27016.
176. European Medicines Agency. Pharmacovigilance risk assessment committee (PRAC). Minutes of meeting 3-5 september 2012. London: EMEA; 2012.http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Minutes/2012/10/WC500133303.pdf
177. European Medicines Agency. Champix varénicline. Résumé EPAR à l'intention du public. London: EMEA; 2011.http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000699/WC500025252.pdf
178. Food and Drug Administration. The smoking cessation aids varenicline (marketed as chantix) and bupropion (marketed as zyban and generics). Suicidal Ideation and Behavior. *Drug Safety Newsletter* 2009;2(1).
179. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2007;Issue 1(CD000031).
180. Kumar S, Kodala S, Detweiler JG, Kim KY, Detweiler MB. Bupropion-induced psychosis: folklore or a fact? A systematic review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33(6):612-7.
181. Wightman DS, Foster VJ, Krishen A, Richard NE, Modell JG. Meta-analysis of suicidality in placebo-controlled clinical trials of adults taking bupropion. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010;12(5).
182. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2012;Issue 2(CD000124).
183. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2000;Issue 4(CD002849).
184. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;Issue 3.
185. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2011;(3):CD005353.
186. David S, Lancaster T, Stead LF, Evins AE. Opioid antagonists for smoking cessation. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2006;Issue 4(CD003086).
187. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *The*

Cochrane Databases of Systematic Reviews 2000;Issue 2(CD001009).

188. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2006;Issue 2(CD005990).

189. National Institute for health and Clinical Excellence. Varenicline for smoking cessation. London: NHS; 2011.

190. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation. Paris: Inter Editions; 2009.

191. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. Behav Cogn Psychother 2009;37(2):129-40.

192. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2010;Issue 1(CD006936).

193. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2005;Issue 3(CD001118).

194. Naughton F, Prevost AT, Sutton S. Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Addiction 2008;103(4):566-79.

195. Aubin HJ. Modèles cognitivo-comportementaux des addictions. In: Traité d'addictologie. Paris: Flammarion; 2006. p. 74-80.

196. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;Issue 2.

197. Park EW, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2012;Issue 7(CD002928).

198. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural *counselling* for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2005;Issue 2(CD001292).

199. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2009;Issue 1(CD001188).

200. Académie nationale de Médecine, Bontoux,D, Couturier,D, Menkès,CJ. Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. Paris: ANM; 2013.

201. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2010;Issue 10(CD001008).

202. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med 2012;125(6):576-84.

203. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2011;Issue 1(CD000009).

204. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2004;Issue 3(CD000546).

205. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2012;Issue 1(CD002295).

206. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone *counselling* for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2006;Issue 3(CD002850).

207. Ferguson J, Docherty G, Bauld L, Lewis S, Lorgelly P, Boyd KA, *et al.* Effect of offering different levels of support and free nicotine replacement therapy via an English national telephone quitline: randomised controlled trial. BMJ 2012;344:e1696.

208. Whittaker R, Borland R, Bullen C, Lin RB, McRobbie H, Rodgers A. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2012;Issue 4(CD006611).

209. Civiljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2013;Issue 7(CD007078).

210. National Institute for health and Clinical Excellence. School-based interventions to prevent the uptake of smoking among children and young people. London: NHS; 2010.

211. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;10(CD008286).
212. 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 11/2012].
213. Dawkins L, Turner J, Roberts A, Soar K. 'Vaping' profiles and preferences: an online survey of electronic cigarette users. *Addiction* 2013;108(6): 115-25.
214. Popova L, Ling PM. Alternative tobacco product use and smoking cessation: a national study. *Am J Public Health* 2013.
215. Caponnetto P, Campagna D, Cibella F, Morjaria JB, Caruso M, Russo C, et al. Efficiency and safety of an electronic cigarette (ECLAT) as Tobacco Cigarettes Substitute: a prospective 12-Month randomized control design study. *Plos One* 2013;8(6):e66317.
216. Eissenberg T. Electronic nicotine delivery devices: ineffective nicotine delivery and *craving* suppression after acute administration. *Tob Control* 2010;19(1):87-8.
217. Bullen C, McRobbie H, Thornley S, Glover M, Lin R, Laugesen M. Effect of an electronic nicotine delivery device (e cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: randomised cross-over trial. *Tob Control* 2010;19(2):98-103.
218. Vansickel AR, Cobb CO, Weaver MF, Eissenberg TE. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic "cigarettes": nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19(8):1945-53.
219. Vansickel AR, Eissenberg T. Electronic cigarettes: effective nicotine delivery after acute administration. *Nicotine Tob Res* 2013;15(1):267-70.
220. Vardavas CI, Anagnostopoulos N, Kougias M, Evangelopoulou V, Connolly GN, Behrakis PK. Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: impact on respiratory flow resistance, impedance, and exhaled nitric oxide. *Chest* 2012;141(6):1400-6.
221. Flouris AD, Chorti MS, Poulianiti KP, Jamurtas AZ, Kostikas K, Tzatzarakis MN, et al. Acute impact of active and passive electronic cigarette smoking on serum cotinine and lung function. *Inhal Toxicol* 2013;25(2):91-101.
222. Caponnetto P, Auditore R, Russo C, Cappello GC, Polosa R. Impact of an electronic cigarette on smoking reduction and cessation in schizophrenic smokers: a prospective 12-month pilot study. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10(2):446-61.
223. Cameron JM, Howell DN, White JR, Andrenyak DM, Layton ME, Roll JM. Variable and potentially fatal amounts of nicotine in e-cigarette nicotine solutions [prépublication en ligne]. *Tob Control* 2013.
224. Goniewicz ML, Knysak J, Gawron M, Kosmider L, Sobczak A, Kurek J, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control* 2013.
225. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382(9905): 1629-37.
226. Etter JF, Bullen C, Flouris AD, Laugesen M, Eissenberg T. Electronic nicotine delivery systems: a research agenda. *Tob Control* 2011;20(3):243-8.
227. Food and Drug Administration. Evaluation of e-cigarettes. Saint Louis: FDA; 2009. <http://www.fda.gov/downloads/drugs/ScienceandResearch/UCM173250.pdf>
228. World Health Organization. WHO study group on tobacco product regulation. WHO Technical Report Series, no. 955. Geneva: WHO; 2010.
229. Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Inhalateurs électroniques de nicotine, dont les cigarettes électroniques. Rapport du secrétariat de la Convention. Cinquième session Séoul (République de Corée), 12-17 novembre 2012. 2012. <http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop5/FCTC_COP5_13-fr.pdf> .
230. British Medical Association. BMA calls for stronger regulation of e-cigarettes. London: BMA; 2013. <http://bma.org.uk/working-for-change/improving-and-protecting-health/tobacco/e-cigarettes>

231. Office français de prévention du tabagisme. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette. Paris: OFT; 2013. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette
232. Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac: une revue des revues de littérature. Questions d'économie de la santé 2012;182.
233. Sejourne C, Parot-Schinckel E, Rouquette A, Pare F, Delcroix M, Fanello S. Évaluation de l'impact de la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré. Étude randomisée effectuée auprès de 578 fumeurs consultant en médecine générale. Rev Mal Respir 2010;27(3):213-8.
234. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Follow up for smoking cessation interventions: clinical evidence and guidelines 2011. <<http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/oct-2011/RB0433-000%20Smoking%20Cessation%20Follow%20Up.pdf>> [consulté en 06/2012].
235. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2009;Issue 1(CD003999).
236. Clair C, Rigotti NA, Porneala B, Fox CS, D'Agostino RB, Pencina MJ, *et al.* Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. JAMA 2013;309(10):1014-21.
237. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2012;Issue 1(CD006219).
238. New Zealand Guidelines Group. New Zealand primary care handbook 2012. Cardiovascular assessment and diabetes screening, cardio vascular risk factor management, management of type 2 diabetes. 3rd ed. Wellington: New Zealand Guidelines Group; 2012.
239. National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: harm-reduction approaches to smoking. NICE public health guidance 45. London: NICE; 2013. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14178/63996/63996.pdf>
240. Cornuz J, Zellweger JP. Consommation contrôlée de tabac : peut-on la recommander ? Dépendances 2007;31(10):3.
241. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to *Stop Smoking*: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009;338:b1024.
242. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;Issue 11(CD008033).
243. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2009;Issue 3(CD001055).
244. Baxter S, Everson-Hock E, Messina J, Guillaume L, Burrows J, Goyder E. Factors relating to the uptake of interventions for smoking cessation among pregnant women: a systematic review and qualitative synthesis. Nicotine Tob Res 2010;12(7):685-94.
245. Agency for Healthcare Research and Quality. Smoking cessation interventions in pregnancy and postpartum care. Draft Comparative Effectiveness Review. Rockville: AHRQ; 2013. <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/search-for-guides-reviews-and-reports/?pageaction=displayProduct&productID=1555&ECem=130620>
246. Filion KB, Abenhaim HA, Mottillo S, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, *et al.* The effect of smoking cessation *counselling* in pregnant women: a meta-analysis of randomised controlled trials. BJOG 2011;118(12):1422-8.
247. Hemsing N, Greaves L, O'Leary R, Chan K, Okoli C. Partner support for smoking cessation during pregnancy: a systematic review. Nicotine Tob Res 2012;14(7):767-76.
248. Coleman T, Chamberlain C, Cooper S, Leonardi-Bee J. Efficacy and safety of nicotine replacement therapy for smoking cessation in pregnancy: systematic review and meta-analysis. Addiction 2011;106(1):52-61.
249. Coleman T, Cooper S, Thornton JG, Grainge MJ, Watts K, Britton J, *et al.* A randomized trial of nicotine-replacement therapy patches in pregnancy. N Engl J Med 2012;366(9):808-18.

250. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Smoking cessation interventions for pregnant women and mothers of infants: a review of the clinical effectiveness, safety and guidelines 2012. <<http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/mar-2012/RC0329%20Smoking%20Cessation%20Final.pdf>> [consulté en 06/2012].
251. Coleman T, Agboola S, Leonardi-Bee J, Taylor M, McEwen A, McNeill A. Relapse prevention in UK *Stop Smoking Service*: current practice, systematic reviews of effectiveness and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess* 2010;14(49):1-iv.
252. Flenady V, Macphail J, New K, Devenish-Meares P, Smith J. Implementation of a clinical practice guideline for smoking cessation in a public antenatal care setting. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48(6):552-8.
253. Ingall G, Cropley M. Exploring the barriers of quitting smoking during pregnancy: a systematic review of qualitative studies. *Women Birth* 2010;23(2):45-52.
254. Schneider S, Huy C, Schutz J, Diehl K. Smoking cessation during pregnancy: a systematic literature review. *Drug Alcohol Rev* 2010;29(1):81-90.
255. Coleman T. Recommendations for the use of pharmacological smoking cessation strategies in pregnant women. *CNS Drugs* 2007;21(12):983-93.
256. American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy. A clinician's guide to helping pregnant women quit smoking. Washington (DC): ACOG; 2011. <http://www.acog.org/~media/Departments/Tobacco%20Alcohol%20and%20Substance%20Abuse/SCDP.pdf?dmc=1&ts=20120504T0847026543>
257. Solomon LJ, Higgins ST, Heil SH, Badger GJ, Thomas CS, Bernstein IM. Predictors of postpartum relapse to smoking. *Drug Alcohol Depend* 2007;90(2-3):224-7.
258. Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J, McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of interventions for smoking relapse prevention, cessation, and reduction in postpartum women. *Birth* 2007;34(4):341-7.
259. Hoedjes M, Berks D, Vogel I, Franx A, Visser W, Duvekot JJ, *et al.* Effect of postpartum lifestyle interventions on weight loss, smoking cessation, and prevention of smoking relapse: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2010;65(10):631-52.
260. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Aide au sevrage tabagique. Référentiels d'évaluation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004.
261. Barth J, Critchley J, Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *The Cochrane Databases of Systematics Reviews* 2008;Issue 1(CD006886).
262. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Pharmacologic smoking cessation interventions for patients with cardiovascular conditions: a review of the safety and guidelines 2012. <<http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/may-2012/RC0352%20Smoking%20Cessation%20Cardio%20Final.pdf>> [consulté en 06/2012].
263. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RW, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Databases of Systematics Reviews* 2003;Issue 2(CD002999).
264. Peiffer G, Mathern G. Fumeurs particuliers : patients ronfleurs et apnéiques : les gommes en première intention - Tabagisme : les sevrages difficiles. *Concours Méd* 2007;129(7-8):207-8.
265. Richardson GE, Tucker MA, Venzon DJ, Linnoila RI, Phelps R, Phares JC, *et al.* Smoking cessation after successful treatment of small-cell lung cancer is associated with fewer smoking-related second primary cancers. *Ann Intern Med* 1993;119(5):383-90.
266. Tucker MA, Murray N, Shaw EG, Ettinger DS, Mabry M, Huber MH, *et al.* Second primary cancers related to smoking and treatment of small-cell lung cancer. *Lung Cancer Working Cadre. J Natl Cancer Inst* 1997;89(23):1782-8.
267. Johnson BE. Second lung cancers in patients after treatment for an initial lung cancer. *J Natl Cancer Inst* 1998;90(18):1335-45.
268. Neugut, AI, Meadows, AT. Second cancers among long-term survivors cancer. *American Society of Clinical Oncology Educational Book Spring conference*. 2004.

269. Leahy Y. Second cancers in survivors of hodgkin lymphoma: risks and recommendations. *Clin J Oncol Nurs* 2008;12(3):437-42.
270. Travis LB, Gospodarowicz M, Curtis RE, Clarke EA, Andersson M, Glimelius B, *et al.* Lung cancer following chemotherapy and radiotherapy for Hodgkin's disease. *J Natl Cancer Inst* 2002;94(3):182-92.
271. Prochazka M, Hall P, Gagliardi G, Granath F, Nilsson BN, Shields PG, *et al.* Ionizing radiation and tobacco use increases the risk of a subsequent lung carcinoma in women with breast cancer: case-only design. *J Clin Oncol* 2005;23(30):7467-74.
272. Ford MB, Sigurdson AJ, Petrusis ES, Ng CS, Kemp B, Cooksley C, *et al.* Effects of smoking and radiotherapy on lung carcinoma in breast carcinoma survivors. *Cancer* 2003;98(7):1457-64.
273. Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 2005;23(24):5814-30.
274. McBride CM, Ostroff JS. Teachable moments for promoting smoking cessation: the context of cancer care and survivorship. *Cancer Control* 2003;10(4):325-33.
275. Demark-Wahnefried W, Pinto BM, Gritz ER. Promoting health and physical function among cancer survivors: potential for prevention and questions that remain. *J Clin Oncol* 2006;24(32):5125-31.
276. Meert A, Mayer C, Milani MM, Beckers J, Razavi D. Quelle est la place du sevrage tabagique chez les patients atteints d'une affection cancéreuse? *Bull Cancer* 2006;93(4):363-9.
277. Berg CJ, Carpenter MJ, Jardin B, Ostroff JS. Harm reduction and cessation efforts and interest in cessation resources among survivors of smoking-related cancers. *J Cancer Surviv* 2013;7(1):44-54.
278. Fox JL, Rosenzweig KE, Ostroff JS. The effect of smoking status on survival following radiation therapy for non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 2004;44(3):287-93.
279. Tammemagi CM, Neslund-Dudas C, Simoff M, Kvale P. Smoking and lung cancer survival: the role of comorbidity and treatment. *Chest* 2004;125(1):27-37.
280. Warner DO. Preoperative smoking cessation: how long is long enough? *Anesthesiology* 2005;102(5):883-4.
281. Thomsen T, Tonnesen H, Moller AM. Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation. *Br J Surg* 2009;96(5):451-61.
282. Wong J, Lam DP, Abrishami A, Chan MT, Chung F. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth* 2012;59(3):268-79.
283. Pickles T, Liu M, Berthelet E, Kim-Sing C, Kwan W, Tyldesley S, *et al.* The effect of smoking on outcome following external radiation for localized prostate cancer. *J Urol* 2004;171(4):1543-6.
284. Merrick GS, Butler WM, Wallner KE, Galbreath RW, Lief JH, Adamovich E. Effect of cigarette smoking on biochemical outcome after permanent prostate brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;58(4):1056-62.
285. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ* 2010;340:b5569.
286. Mason DP, Subramanian S, Nowicki ER, Grab JD, Murthy SC, Rice TW, *et al.* Impact of smoking cessation before resection of lung cancer: a Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database study. *Ann Thorac Surg* 2009;88(2):362-70.
287. Mazza R, Lina M, Boffi R, Invernizzi G, De Marco C, Pierotti M. Taking care of smoker cancer patients: a review and some recommendations. *Ann Oncol* 2010;21(7):1404-9.
288. Office français de prévention du tabagisme, Fédération française de psychiatrie, Société française de tabacologie, Fédération française d'addictologie, Réseau hôpital sans tabac - Prévenir les addictions. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Conférence d'experts 2008. Texte Long. Paris: OFT; 2009. <http://www.ofta-asso.fr/index.php/professionnels-de-sante/recommandations-de-bonnes-pratiques>

289. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;Issue 8(CD006102).
290. Prochaska JJ, Gill P, Hall SM. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2004;55(11):1265-70.
291. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2010;Issue 6(CD007253).
292. Bouchez J, Becchio M, Hariti D. Double dépendance cannabis-tabac : intérêt et limites du sevrage. *JNMG 2007 : Journées nationales de médecine générale. Rev Prat Med Gen* 2007;(788-789):1091-2.
293. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Varenicline for smoking cessation in patients with psychiatric illness: a review of the risks 2010. <http://www.cadth.ca/media/pdf/I0183_varenicline_safety_htis-2.pdf> [consulté en 06/2012].
294. Office français de prévention du tabagisme, Fédération française de psychiatrie, Société française de tabacologie, Fédération française d'addictologie, Réseau hôpital sans tabac - Prévenir les addictions. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Conférence d'experts 2008. Les 20 messages clés. Paris: OFT; 2009.<http://www.ofta-asso.fr/index.php/professionnels-de-sante/recommandations-de-bonnes-pratiques>
295. Garelik D. Patients with HIV infection and medicated with protease inhibitors : smoking increases cardiovascular risk. *La Lettre du cardiologue* 2008;(419):16-20.
296. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, *et al.* Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clin Infect Dis* 2013;56(5):727-34.
297. Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2010;Issue 7(CD002294).
298. Thery J. Aide au sevrage tabagique initiée en hospitalisation au CHRU et au Centre Oscar Lambret. Lille: Université du Droit et de la Santé; 2008.
299. Daage D. Dépendance tabagique chez l'alcoololo-dépendant, revue de la littérature et évolution de la consommation tabagique de patients alcoololo-dépendants hospitalisés pour sevrage en alcool non désireux d'un sevrage tabagique, sous substitution nicotinique, à propos de 39 cas. Paris: Université Paris 7; 2007.
300. Bartsokas A. Distribution gratuite des substituts nicotiniques et sevrage tabagique : une observation sur 3 ans au centre hospitalier Louis Mourier [thèse]. Paris: Université Paris Descartes; 2008.
301. Katz DA, Tang F, Faseru B, Horwitz PA, Jones P, Spertus J. Prevalence and correlates of smoking cessation pharmacotherapy in hospitalized smokers with acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2011;162(1):74-80.
302. Wolfenden L, Campbell E, Wiggers J, Walsh RA, Bailey LJ. Helping hospital patients quit: what the evidence supports and what guidelines recommend. *Prev Med* 2008;46(4):346-57.
303. Freund M, Campbell E, Paul C, McElduff P, Walsh RA, Sakrouge R, *et al.* Smoking care provision in hospitals: a review of prevalence. *Nicotine Tob Res* 2008;10(5):757-74.
304. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med* 2008;168(18):1950-60.
305. Aziz O, Skapinakis P, Rahman S, Rao C, Ashrafian H, Panesar SS, *et al.* Behavioural interventions for smoking cessation in patients hospitalised for a major cardiovascular event. *Int J Cardiol* 2009;137(2):171-4.
306. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2012;Issue 5(CD001837).
307. Moody-Thomas S, Horswell R, Celestin MD, Dellinger AB, Kaiser M, Butler M. Awareness and implementation of the 2000 United States public health service tobacco dependence treatment guideline in a public hospital system. *Popul Health Manag* 2011;14(2):79-85.
308. Public Health Service. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline.

Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2000.

309. Smith TA, House RF, Jr., Croghan IT, Gauvin TR, Colligan RC, Offord KP, *et al.* Nicotine patch therapy in adolescent smokers. *Pediatrics* 1996;98(4 Pt 1):659-67.

310. Hurt RD, Croghan GA, Beede SD, Wolter TD, Croghan IT, Patten CA. Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptom relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154(1):31-7.

311. Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D. Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine Tob Res* 2003;5(4):515-26.

312. Patten CA, Ames SC, Ebbert JO, Wolter TD, Hurt RD, Gauvin TR. Tobacco use outcomes of adolescents treated clinically for nicotine dependence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155(7):831-7.

313. Klesges LM, Johnson KC, Somes G, Zbikowski S, Robinson L. Use of nicotine replacement therapy in adolescent smokers and nonsmokers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157(6):517-22.

314. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2006;Issue 4(CD003289).

315. Robinson LM, Vail SR. An integrative review of adolescent smoking cessation using the Transtheoretical Model of Change. *J Pediatr Health Care* 2012;26(5):336-45.

316. Patnode CD, O'Connor E, Whitlock EP, Perdue LA, Soh C, Hollis J. Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med* 2013;158(4).

317. Dino GA, Pignataro R, Breland A, Murray PJ, Horn K. Adolescent smoking cessation: promising

strategies and evidence-based recommendations. *Adolesc Med State Art Rev* 2011;22(3):614-xiv.

318. Guignard R, Beck F, Deutsch A. Tabac et cancer : pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques. In: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Beck F, Gautier A, dir. *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis: INPES; 2012. p. 101-128.

319. Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Décret n°2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. *Journal Officiel* 2011;7 avril(0082).

320. Ladapo JA, Jaffer FA, Weinstein MC, Froelicher ES. Projected cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients hospitalized with myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2011;171(1):39-45.

321. Chevreul K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France. *Tob Control* 2012.

322. Marti J. Assessing preferences for improved smoking cessation medications: a discrete choice experiment. *Eur J Health Econ* 2012;13(5):533-48.

323. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJ, *et al.* Training health professionals in smoking cessation. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2012;Issue 5(CD000214).

324. Shershneva MB, Larrison C, Robertson S, Speight M. Evaluation of a collaborative program on smoking cessation: translating outcomes framework into practice. *J Contin Educ Health Prof* 2011;31(Suppl 1):S28-S36.

325. Haute Autorité de Santé. Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf

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 (FFAIR)
- 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 (ORGEKO)
- 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 (325) 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 pour 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	Titre de la recommandation à compléter
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) actuel ou ancien usager.
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 de 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 L'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).
Validation	Avis de la Commission des recommandations de bonne pratique : 17

Titre	Titre de la recommandation à compléter
	septembre 2013. Adoption par le Collège de la HAS en octobre 2013.
Actualisation	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.
Autres formats	Argumentaire scientifique et outils de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
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) • Échelle 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 « IDÉAL » : 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 • Échelles 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



les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr