

Désaccoutumance au tabac

2^e partie: Recommandations pour la pratique clinique

Tabakentwöhnung:

2. Teil: Empfehlungen für die tägliche Praxis

Jacques Cornuz^a, Jean-Paul Humair^b, Jean-Pierre Zellweger^c

^a Département de médecine interne (CHUV) et Unité de prévention (Policlinique médicale universitaire et Institut universitaire de médecine sociale et préventive), Lausanne

^b Policlinique de médecine, Département de médecine communautaire, HUG, Genève

^c Policlinique médicale universitaire, Lausanne, et Ligue pulmonaire suisse, Berne

Quintessence

● Face à tout fumeur, le praticien doit se renseigner sur le degré de dépendance à la nicotine et sur le stade de préparation à l'arrêt. Sur la base de ces informations, il pourra intervenir de manière ciblée, soit par une intervention minimale auprès des fumeurs non décidés à effectuer une tentative d'arrêt, soit par une intervention plus complète chez les fumeurs qui envisagent un arrêt ou s'y préparent activement.

● Chez ces derniers, la prescription d'une aide pharmacologique – sous forme de substituts nicotiniques ou de bupropion – augmente de manière significative les chances d'arrêt à long terme. La connaissance de la posologie, des combinaisons possibles et des contre-indications éventuelles est essentielle au succès de la prescription et à la prévention des rechutes.

Quintessenz

● *Gegenüber einem Raucher, muss sich der praktizierende Arzt klar werden über das Ausmass der Nikotinsucht und den Stand der Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören. Anhand dieser Informationen kann er sich dann gezielt einschalten. Dies kann einerseits mit einem minimalen Eingreifen geschehen bei Rauchern, die noch unentschlossen sind, einen Aufhörversuch zu unternehmen, oder andererseits mit einer umfassenderen Begleitung bei Rauchern, die entschlossen sind, mit dem Rauchen aufzuhören oder sich aktiv darauf vorbereiten.*

● *Bei letzteren vergrössert die Verschreibung einer unterstützenden Medikation – Nikotinersatzpräparate oder Bupropion – die Wahrscheinlichkeit eines Langzeiterfolges signifikant. Die Kenntnis der Zusammensetzung, möglicher Kombinationen und allfälliger Kontraindikationen ist für die Verordnung eines Präparates und vor allem für das Vermeiden von Rückfällen unumgänglich.*



Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 375 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 373 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Introduction

L'efficacité des différentes interventions médicales, pharmacologiques et spécialisées pour la désaccoutumance au tabac est démontrée par les revues systématiques (voir tableaux 1 et 2 [↔](#)). Le médecin peut individualiser l'intensité et le contenu de son intervention au degré de motiva-

tion à cesser de fumer de chaque patient. Il peut aussi recommander et prescrire une substitution en nicotine et/ou le bupropion à tous les fumeurs dépendants qui sont prêts à cesser de fumer. Le conseil du médecin et la prescription de substituts de nicotine ou de bupropion sont des interventions très efficaces ou «cost-effective», c'est-à-dire dont le rapport coût-efficacité (entre

Tableau 1. Efficacité des différents types d'intervention pour la désaccoutumance au tabac.

Intervention	Taux d'abstinence*	Odds ratio**	Efficacité marginale	NNT***
Type d'intervention				
Aucun	10,8%	1 (réf.)		
Méthodes d'arrêt par soi-même («self-help»)	12,3%	1,2 (1,02–1,3)	+1,6%	62
Conseil en groupe	13,9%	1,3 (1,1–1,6)	+6,0%	32
Conseil individualisé	16,8%	1,7 (1,4–2,0)	+3,1%	17
Durée et intensité de l'intervention				
Aucun contact (placebo ou contrôle)	10,9%	1 (réf.)		
Conseil minimal (<3 minutes)	13,4%	1,3 (1,01–1,6)	+2,5%	40
Conseil bref (3–10 minutes)	16,0%	1,6 (1,2–2,0)	+5,1%	20
Conseil intensif (>10 minutes)	22,1%	2,3 (2,0–2,7)	+11,2%	9
Nombre de sessions de l'intervention				
1 session	12,4%	1 (réf.)		
2–3 sessions	16,3%	1,4 (1,1–1,7)	+3,9%	26
4–7 sessions	20,9%	1,9 (1,6–2,2)	+8,5%	12
>7 sessions	24,7%	2,3 (2,1–3,0)	+12,3%	8

* Taux d'abstinence: proportion en % de fumeurs ayant cessé de fumer 6 ou 12 mois après le début du traitement.

** «Odds ratio»: estimation du risque relatif exprimant le taux d'arrêt du tabac dans le groupe recevant l'intervention par rapport à celui du groupe de référence (réf.).

*** NNT: nombre de patients à traiter pour obtenir l'arrêt chez un patient (*Number needed to treat*).

Tableau 2. Efficacité du traitement pharmacologique pour la désaccoutumance au tabac.

Intervention	Taux d'abstinence*	Odds ratio**	NNT***
Substitution en nicotine			
Conseils + placebo	10,0%	1 (réf.)	
Conseils + substituts de nicotine	17,0%	1,71 (1,60–1,82)	14
Patch de nicotine			
Conseil bref + placebo	7,2%	1 (réf.)	
Conseil bref + patch de nicotine	10,1%	1,47 (1,18–1,83)	34
Conseil intensif + placebo	9,1%	1 (réf.)	
Conseil intensif + patch de nicotine	15,4%	1,73 (1,51–1,99)	16
Gomme de nicotine			
Conseil bref + placebo	7,0%	1 (réf.)	
Conseil bref + gomme de nicotine	11,4%	1,71 (1,46–2,02)	23
Conseil intensif + placebo	19,9%	1 (réf.)	
Conseil intensif + gomme de nicotine	28,8%	1,56 (1,37–1,78)	11
Spray nasal de nicotine			
Conseil intensif + placebo	11,8%	1 (réf.)	
Conseil intensif + spray nasal de nicotine	23,9%	2,27 (1,61–3,9)	8
Inhalateur de nicotine			
Conseil intensif + placebo	9,0%	1 (réf.)	
Conseil intensif + inhalateur de nicotine	17,1%	2,08 (1,43–3,04)	12

300 et 8000 CHF pour une année de vie éparpillée) est parmi les plus attrayants en médecine clinique.

Méthodes

Pour réaliser ces RPC, nous avons effectué une revue systématique de la littérature médicale dans la base de données Medline à la recherche des «clinical guidelines for smoking cessation». Au terme de cette première étape, nous avons adapté les guidelines britanniques et américaines au contexte suisse. Cette recherche est à disposition à l'adresse internet www.hospvd.ch/iumpsp (download/UP/rpc-tabac.pdf). Nous avons ensuite analysé et intégré les résultats des revues systématiques récentes, y compris celles du réseau Cochrane (Cochrane Library), [1–6] et d'un essai clinique randomisé récemment réalisé en Suisse [7]. Le contenu de ces recommandations a été ensuite validé par un groupe de médecins praticiens suisses dans le cadre de la nouvelle version de «Vivre sans tabac». L'applicabilité de ces recommandations a finalement été testée dans plusieurs structures cli-

Tableau 2 (suite).

Intervention	Taux d'abstinence*	Odds ratio**	NNT***
Comprimé sublingual de nicotine			
Conseil intensif + placebo	12,6%	1 (réf.)	
Conseil intensif + inhalateur de nicotine	20,2%	1,73 (1,07–2,80)	13
Combinaisons de substituts nicotiniques			
Conseils + 1 substitut en nicotine	13,9%	1 (réf.)	
Conseils + 2 substituts en nicotine (patch + gomme/spray/inhalateur)	21,6%	1,69 (1,26–2,26)	13
Bupropion			
Conseil intensif + placebo	7,0%	1 (réf.)	
Conseil intensif + bupropion	17,2%	2,53 (1,71–3,72)	10
Bupropion & patch de nicotine			
Conseil intensif + placebo	5,6%	1 (réf.)	
Conseil intensif + bupropion + patch nicotine	22,5%	3,49 (1,56–7,80)	7

* Taux d'abstinence: proportion en % de fumeurs ayant cessé de fumer 6 ou 12 mois après le début du traitement.

** «Odds ratio»: estimation du risque relatif exprimant le taux d'arrêt du tabac dans le groupe recevant l'intervention par rapport à celle du groupe de référence (réf.).


*** NNT: nombre de patients à traiter pour obtenir l'arrêt chez un patient (Number needed to treat).

Tableau 3. Niveaux de preuve des études et des recommandations cliniques.

Niveaux de preuve	Type d'étude
I	Etude contrôlée et randomisée ou revue systématique d'essais cliniques randomisés et contrôlés
II	Etude contrôlée mais non randomisée
III	Etude de cohorte prospective
IV	Etude de cohorte rétrospective ou étude cas-témoin
V	Etude de série de cas, opinion d'experts, analyse décisionnelle
Niveaux de recommandation	Niveaux de preuve dans la littérature
A	Présence de preuves solides (en général, niveau de preuve I)
B	Présence de preuves acceptables (en général, niveaux de preuve II ou III)
C	Présence de preuves suffisantes (en général, niveaux de preuve IV ou V ou décision du groupe de travail de ces RPC)

niques et de formation médicale: Polyclinique de médecine et médecins-assistants (15 ateliers regroupant 17 médecins), pratique ambulatoire de médecine de premier recours et médecins praticiens (20 ateliers englobant environ 300 participants), service/département de médecine interne et médecins hospitaliers (4 ateliers regroupant 50 médecins).

Seules les études cliniques les plus importantes sont mentionnées dans ce document. Le lecteur intéressé trouvera une bibliographie complète sur le site Internet de Forum (www.medicalforum.ch). Les recommandations cliniques sont accompagnées d'un niveau A, B ou C selon le

niveau de preuves trouvé dans la littérature médicale (tableau 3 ). Seule la consommation de cigarettes est abordée dans ce document.

Recommandations pour la pratique clinique

Identifier le tabagisme

Tous les patients qui consultent un cabinet médical ou qui sont hospitalisés devraient être interrogés sur leurs habitudes tabagiques, quel que soit le motif de consultation (niveau de recommandation A).

Le statut tabagique des patients devrait être noté systématiquement dans un document médical au même titre que les signes vitaux et contrôlé à intervalle régulier (B).

Evaluer la motivation à arrêter de fumer

Evaluer le stade de motivation du patient à cesser de fumer en le questionnant sur son intention d'arrêter de fumer et, le cas échéant, sur le délai dans lequel il pense arrêter (C).

- *Indétermination*: fumeur n'envisageant pas sérieusement d'arrêter de fumer dans les 6 mois.
- *Intention*: fumeur envisageant sérieusement d'arrêter de fumer dans les 6 mois.
- *Préparation*: fumeur ayant décidé d'arrêter de fumer dans les 30 prochains jours.

Adapter les conseils au stade de motivation où se trouve le fumeur (C).

Conseiller d'arrêter de fumer

Cette section est résumée dans les organigrammes des figures 1 et 2 .

Recommander clairement et fermement à tous les patients fumeurs d'arrêter de fumer (A).

- En tant que professionnel crédible et intéressé à la santé de vos patients, vous n'avez guère le choix!

Personnaliser les conseils selon les caractéristiques du patient en s'inspirant du tableau 3 de la première partie de cet article (paru dans Forum 2004; n° 13 (C)).

- Rappeler les bénéfices de l'arrêt du tabac.
- Indiquer 1 ou 2 risques personnels du tabagisme.
- Relier le conseil au vécu, aux propos ou aux problèmes de santé du patient.
- Utiliser un ou deux arguments en rapport avec la santé (maladie, symptôme, facteurs de risque), la situation sociale ou familiale (tabagisme passif, image de parent), l'aspect extérieur, le profil psychologique, l'image sociale (parent, enseignant) ou l'aspect économique.
- Montrer votre soutien et votre empathie.
- Pratiquer au moins une intervention mini-

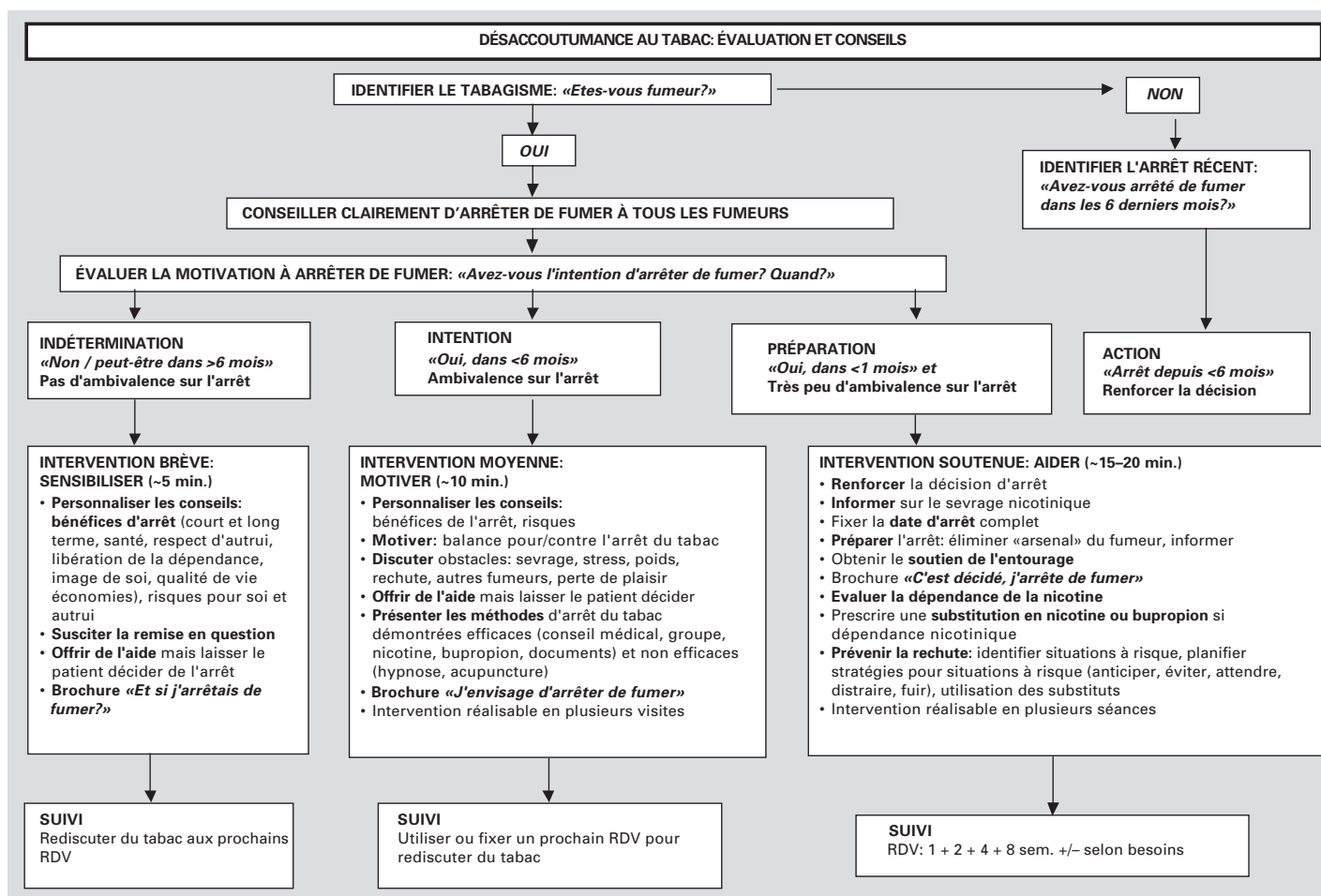


Figure 1. Algorithme décisionnel pour la désaccoutumance au tabac: évaluation et conseils.

male de moins de 3–5 minutes 1×/an pour tous les patients fumeurs.

- Pratiquer une intervention plus longue pour les patients exprimant une intention de cesser de fumer.

Sensibiliser les fumeurs

qui n'ont pas l'intention d'arrêter de fumer

Pratiquer une intervention minimale (3–5 min.) pour sensibiliser les fumeurs qui n'ont pas l'intention d'arrêter de fumer (A).

Susciter la remise en question du tabagisme (C).

- Demander au patient pourquoi il préfère continuer à fumer.
- Donner un contre-argument personnalisé aux croyances et justifications du fumeur pour continuer à fumer (tableau 4 ↩).
- Montrer l'ambivalence entre le tabagisme et un comportement ou une opinion du patient.

Offrir l'aide pour une éventuelle tentative d'arrêt en laissant au patient la décision d'arrêter de fumer (A).

- Montrer votre soutien et votre empathie.
- Adapter le discours au patient pour ne pas le heurter, l'effrayer ni le culpabiliser, afin de garder sa confiance et maintenir le contact.

Proposer la brochure «Et si j'arrêtais de fumer?», conçue spécifiquement pour les fumeurs au stade «Indétermination» (B).

Planifier le suivi en abordant à nouveau le tabagisme lors d'un prochain rendez-vous (A).

- Dire que vous aborderez ce sujet lors d'une prochaine consultation.
- A la prochaine consultation, demander au patient s'il fume toujours et sa motivation à arrêter de fumer.

Motiver les fumeurs qui ont l'intention d'arrêter de fumer mais qui sont ambivalents quant à leur tabagisme

Pratiquer une intervention plus intensive (5–10 min.) pour motiver les fumeurs qui ont l'intention d'arrêter de fumer (A).

Mener un bref entretien motivationnel personnalisé en demandant au patient d'exprimer et de peser dans la balance les «pour» et les «contre» du tabagisme et en montrant son ambivalence (C).

- Demander au patient de citer les aspects positifs du tabagisme («pour»).
- Demander au patient de citer les aspects négatifs du tabagisme («contre»).
- Mettre en évidence l'ambivalence entre les

DÉSACCOUTUMANCE AU TABAC: TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Indication au traitement pharmacologique

Stade «préparation» avec plan d'arrêt
et

Dépendance nicotinique:

≥1 critère, selon le plus élevé

- >10 cigarettes/jour
- 1^{re} cigarette <30 min. après le réveil
- syndrome de sevrage lors de tentative d'arrêt

Contre-indications relatives aux substituts nicotine:

Infarctus du myocarde <2 sem. angor instable, troubles
rythme ventriculaire, grossesse/allaitement

Contre-indications absolues au bupropion:

Epilepsie, anorexie/boulimie, sevrage d'alcool ou sédatifs,
tumeur cérébrale, IMAO

Précautions si prescription de bupropion:

Risque épilepsie: alcoolisme, antidépresseurs,
neuroleptiques, théophylline, tramadol, antipaludéens,
quinolones, stéroïdes systémiques, traumatisme crânio-
cérébral, manque de sommeil

Risque surdosage: insuffisance hépatique et rénale

OUI

Dépendance modérée:

10–15 cigarettes/jour
ou
1^{re} cig. >30 min. post-réveil

Dépendance forte:

15–30 cigarettes/jour
ou
1^{re} cig. 5–10 min. post-réveil

Dépendance très forte:

>30 cigarettes/jour
ou
1^{re} cig. <5 min. post-réveil

CHOIX SELON: préférence du patient, contre-indications, co-morbidités,
expériences antérieures, antécédents de dépression, autres dépendances

- Gomme de nicotine 2 mg
- Inhalateur de nicotine
- Comprimé de nicotine (sublingual ou à sucer)
- Patch de nicotine, dose

- Patch de nicotine haute dose
- Gomme de nicotine 4 mg
- Inhalateur de nicotine
- Comprimé de nicotine
- Spray nasal de nicotine
- Bupropion
- Bithérapie substituts nicotine: patch et gomme / comprimé / spray / inhalateur
- Bithérapie bupropion et substitut nicotine (gomme / cpr. / spray / inhalateur)

- Patch de nicotine haute dose
- Gomme de nicotine 4 mg
- Spray nasal de nicotine
- Comprimé de nicotine
- Bupropion
- Bithérapie de substituts nicotiniques: patch et gomme / comprimé / spray / inhalateur
- Bithérapie bupropion et substitut nicotine (gomme / cpr. / spray / inhalateur)

Patch nicotine haute dose (Nicotinell®, Nicorette®)**Patch de 16 h (Nicorette®):**

15 mg x 4 sem. puis 10 mg x 2 (4) sem. puis 5 mg x 2 (4) sem.

ou Patch de 24 h (Nicotinell®):

21 mg x 4 sem. puis 14 mg x 2 (4) sem. puis 7 mg x 2 (4) sem.

Durée: 2–3 mois, max. 6 mois

Peau glabre, changer localisation chaque jour

Gomme de nicotine 4 mg (Nicorette®, Nicotinell®)

8–15 x 4 mg/j x 8–12 sem. (max. 20 / j); ~1 gomme/h à adapter

Bithérapie: max. 4 gommes/j.

Réduire sur 4–8 sem. durée: 2–3 mois, max. 6 mois

Mâcher 20 sec. puis plaquer contre la gencive 1 min. en alternance pendant 30 min.

Inhalateur de nicotine (Nicorette Inhaler®)

6–12 cartouches/j x 8–12 sem. (max. 16/j)

1 cartouche/1–2 h à adapter

Bithérapie: max. 3 cartouches/j.

Réduire sur 4–12 sem. durée: 2–3 mois, max. 6 mois

Inhalation comme une cigarette pendant 30 min.

Comprimé (sublingual/à sucer) de nicotine (Nicorette®, Nicotinell®)

Dépendance forte / très forte. 1–2 cpr. 8–12x/j x 8 sem. (max. 30/j)

Dépendance moyenne: 1 cpr. 8–12x/j pendant 8 sem.

~1 cpr. 1–2h à adapter; bithérapie: max. 6 cpr./j.

Réduire sur 4 sem. durée 2–3 mois, max. 3 mois.

Laisser fondre sous la langue

Patch nicotine dose moyenne (Nicotinell®, Nicorette®)**Patch de 16 h (Nicorette®):**

10 mg x 4 sem. puis 5 mg x 2 (4) sem.

ou Patch de 24 h (Nicotinell®):

14 mg x 4 sem. puis 7 mg x 2 (4) sem.

Durée: 6–8 sem. max. 6 mois

Peau glabre, changer localisation chaque/jour

Gomme de nicotine 2 mg (Nicorette®, Nicotinell®)

8–15 x 2 mg/j x 4–8 sem. (max. 30 / j); ~1 gomme/h à adapter

Bithérapie max. 6 gommes/j.

Réduire sur 4–8 sem. durée: 2–3 mois, max. 6 mois

Mâcher 20 sec. puis plaquer contre la gencive 1 min. en alternance pendant 30 min.

Bupropion (Zyban®)

1 x 150 mg/j de J1 à J6

2 x 150 mg/j x 7–9 sem. dès J7

Arrêt du tabac programmé entre J8 et J14

150 mg/j x 7–9 sem. dès J7 si situation à risque («précautions»)

Si effets secondaires, réduire à 1 x 150 mg/j

Spray nasal de nicotine (Nicorette®)

15–40 x 1 mg/j x 8–12 sem. (max. 40/j)

1 mg = 1 applic. = 1 nébulisation dans chaque narine

~1–2 applications/h (max. 3/h) à adapter

Réduire sur 4–12 sem. durée: 2–3 mois, max. 6 mois

Figure 2.

Algorithme décisionnel pour la désaccoutumance au tabac: traitement pharmacologique.

Tableau 4. Contre-arguments aux croyances des fumeurs et solutions aux obstacles à l'arrêt.

Croyances des fumeurs et obstacles à l'arrêt	Contre-arguments et solutions
«J'ai du plaisir à fumer» (perte d'un plaisir)	<i>Cesser de fumer vous procurera d'autres plaisirs moins nocifs: le sport, le bien-être, les bons petits plats, des économies pour un voyage, etc.</i>
«Fumer me détend» (stress)	<i>Ceci n'est qu'une illusion due à la dépendance. Il existe d'autres façons de se relaxer.</i>
«Je suis trop dépendant» (dépendance à la nicotine)	<i>Arrêter de fumer vous permettra de sortir de la dépendance.</i>
«Je crains les effets du manque de cigarettes» (symptômes de sevrage)	<i>Un patch ou un chewing-gum de nicotine atténuent considérablement les effets du manque.</i>
«J'ai peur de grossir si j'arrête de fumer» (prise de poids)	<i>Il est plus risqué de continuer à fumer plutôt que prendre quelques kilos que vous pourrez reperdre. Abordez un problème après l'autre. Quelques mesures diététiques simples limitent la prise de poids.</i>
«Je manque de volonté» (manque de confiance en soi)	<i>Plus d'un million de Suisses ont arrêté de fumer, pourquoi pas vous?</i>
«Si j'essaie d'arrêter, j'ai peur d'échouer» (crainte de la rechute et de l'échec)	<i>Il faut en moyenne entre 3 et 5 essais pour devenir un ex-fumeur. Chaque tentative est une expérience qui augmente vos chances de succès.</i>
«C'est pas le bon moment pour arrêter» (manque de motivation)	<i>Vous repoussez le problème, ce ne sera pas plus facile d'arrêter plus tard que maintenant.</i>
«Fumer me permet de mieux me concentrer» (perte de l'effet stimulant)	<i>C'est vrai sur le moment mais à la longue le tabac peut diminuer vos performances intellectuelles.</i>
«Cela m'est égal de nuire à ma santé» (indifférence)	<i>Je n'en suis pas si sûr car vous êtes venu me voir parce que vous avez un problème de santé.</i>
«Le mal est fait, c'est trop tard pour arrêter» (ignorance des bénéfices de l'arrêt du tabac)	<i>Il n'est jamais trop tard. Cesser de fumer est bénéfique à tout âge.</i>
«Les poumons sont atteints, c'est trop tard» (ignorance des bénéfices de l'arrêt du tabac)	<i>Arrêter de fumer évitera une aggravation et des complications de votre maladie.</i>
«Le tabac n'est pas si dangereux que ça» (ignorance des risques du tabac)	<i>Vous jouez à «pile ou face»; un fumeur sur deux meurt d'une maladie due au tabac.</i>
«Mon oncle Fred a fumé toute sa vie jusqu'à l'âge de 85 ans» (ignorance des risques du tabac)	<i>C'est l'exception qui confirme la règle car un fumeur sur deux meurt des conséquences du tabac et un sur 4 avant 70 ans; pensez aux autres fumeurs de votre famille!</i>
«Il faut bien mourir un jour» (ignorance des risques du tabac)	<i>Pourquoi mourir avant les autres? Généralement le décès survient après plusieurs années de maladie longue et pénible.</i>
«Je fume très peu, ce n'est pas dangereux» (ignorance des risques du tabac)	<i>Même ceux qui ne fument que 2-3 cigarettes par jour courent un risque.</i>
«Pas de risque, je fume des cigarettes légères» (ignorance des risques du tabac)	<i>Les risques sont assez semblables car vous inhalez la fumée plus souvent et plus profondément.</i>
«La plupart de mes proches fument» (acceptabilité sociale)	<i>Peut-être, mais en Suisse 2/3 des gens sont des non-fumeurs.</i>
«Beaucoup de médecins fument»	<i>Mais la plupart sont non fumeurs ou ont arrêté.</i>
«Arrêter de fumer d'un coup, c'est trop brutal» (ignorance des méthodes d'arrêt du tabac)	<i>L'arrêt complet d'un seul coup est la méthode la plus efficace; prenez le temps de vous y préparer.</i>
«Et si je commençais par diminuer au lieu d'arrêter de fumer?» (ignorance des méthodes d'arrêt du tabac)	<i>La diminution est très difficile à maintenir à long terme et les bénéfices pour votre santé sont moindres qu'en cas d'arrêt.</i>
«J'ai peur de déprimer si j'arrête de fumer» (dépression)	<i>Fumer ne fait que masquer le problème sans le résoudre. Un soutien médical et la prise de Zyban pourraient vous aider si vous cessez de fumer.</i>
«C'est trop dur avec mon conjoint qui fume sous mon nez»	<i>Vous pouvez trouver du soutien parmi vos amis ou auprès de votre médecin.</i>

aspects négatifs que le patient voit dans le tabagisme et son comportement actuel de fumeur.

- Inciter le patient à décider s'il veut continuer ou arrêter de fumer.
- Identifier les obstacles: symptômes de sevrage, stress, prise de poids, perte du plaisir de fumer, crainte de la rechute et de l'échec, dépression, manque de soutien.
- Proposer des solutions pratiques à ces obstacles en vous inspirant du tableau 4.

Offrir votre aide pour une éventuelle tentative d'arrêt en laissant au patient la décision d'arrêter de fumer (A).

- Montrer votre soutien et votre empathie.
- Adapter votre discours à votre patient pour ne pas le culpabiliser afin de garder sa confiance et maintenir le contact.

Présenter les différentes options thérapeutiques efficaces (B):

- Traitement pharmacologique: substitution en nicotine ou bupropion.
- Programme de groupe pour la désaccoutumance au tabac.
- Consultation individuelle spécialisée dans la désaccoutumance au tabac.
- Programme «Stop-Tab@c» par courrier ou sur Internet: lettre de conseils personnalisés en fonction des réponses à un questionnaire.

Proposer la brochure «J'envisage d'arrêter de fumer» conçue spécifiquement pour le fumeur au stade «Intention» (B).

Planifier le suivi en utilisant ou fixant un prochain rendez-vous pour aborder le tabagisme (A):

- Dire que vous aborderez ce sujet lors de la prochaine consultation.
- S'il n'y a pas de prochaine consultation prévue pour une autre raison, fixer un rendez-vous dans les semaines ou mois suivants pour parler du tabagisme.
- A la prochaine consultation, demander au patient s'il fume toujours et réévaluer sa motivation à cesser de fumer.

Aider les fumeurs qui sont fermement décidés à arrêter de fumer

Pratiquer une intervention plus intensive (15-20 min.) pour aider les fumeurs qui sont fermement décidés à arrêter de fumer (A).

Offrir au patient de l'aide dans sa tentative d'arrêt (A):

- Encourager le patient et renforcer sa décision d'arrêter de fumer et montrer votre confiance dans ses capacités à cesser de fumer.
- Montrer votre soutien, votre disponibilité et votre capacité à écouter ses problèmes.

Informé le patient sur le processus de sevrage et sur la prise en charge (C), notamment sur la

difficulté et la durée du processus de désaccoutumance, la dépendance à la nicotine et le syndrome de sevrage de nicotine avec ses principaux symptômes et leur évolution dans le temps, puis sur la prise en charge médicale, notamment votre soutien et le suivi.

Fixer avec le patient une date d'arrêt complet du tabac (C):


- Préciser que la date d'arrêt du tabac concrétise sa décision en l'engageant vis-à-vis de lui-même et de vous.
- Suggérer de choisir à sa convenance la date précise où il veut arrêter de fumer, si possible dans les 2 à 4 semaines qui suivent.
- Recommander un arrêt complet du tabac, sans fumer une seule bouffée.
- Recommander d'éviter à tout prix de reprendre une cigarette qui risque de conduire à la rechute.

Proposer au patient de préparer sa tentative d'arrêt en lui suggérant de (B):

- Jeter toutes les cigarettes et éliminer allumettes, briquets et cendriers la veille de l'arrêt.
- Informer les personnes de l'entourage (famille, amis, collègues) et demander leur soutien.

Recommander au patient de trouver du soutien dans son environnement social (B):

- Identifier un conjoint, un membre de la famille, un ami ou un collègue de travail qui pourrait le soutenir, de préférence un non fumeur ou un ex-fumeur.
- Inciter à demander un soutien à la (aux) personne(s) identifiée(s).
- Aider à établir un environnement limitant la fumée à domicile.
- Encourager à partager son expérience avec d'autres fumeurs en phase d'arrêt, par exemple le «chat» du site www.stop-tabac.ch

Recommander et prescrire un traitement pharmacologique aux fumeurs avec une dépendance à la nicotine (A) (tableau 5 

- Informer le patient sur sa propre dépendance à la nicotine.
- Les 5 formes de substitution en nicotine (patch transdermique, gomme à mâcher, spray nasal, inhalateur, comprimé sublingual ou à sucer) et le bupropion.
- Mentionner que l'effet recherché est la réduction voire la suppression des symptômes de sevrage.
- Rappeler l'efficacité de l'arrêt du tabac car elle renforce la décision du patient et votre intervention.
- Informer sur l'absence d'effet nocif de la nicotine qui ne cause pas de maladie, notamment cardiovasculaire.
- Rappeler l'importance de prendre le traitement selon les doses et la durée prescrites.

Tableau 5. Comparaisons des traitements pharmacologiques pour la désaccoutumance au tabac: substituts nicotiques et bupropion.

Critères médicaux	Patch transdermique de nicotine	Gomme à mâcher de nicotine	Comprimé de nicotine	Inhalateur de nicotine	Spray nasal de nicotine	Bupropion
Indication	Arrêt du tabac chez les fumeurs dépendants à la nicotine et motivés avec un plan d'arrêt					
Efficacité en milieu spécialisé: % arrêt à 1 an nicotine vs placebo	15,4 vs. 9,1%	28,8% vs. 19,9%	20,2% vs. 12,6%	17,1% vs. 9,0%	23,9% vs. 11,8%	17,2% vs. 7,0%
Efficacité c/o médecin 1 ^{er} recours: % arrêt à 1 an nicotine vs placebo	10,1% vs. 7,2%	11,4% vs. 7,0%	?	?	?	?
Réduction symptômes de sevrage	++	+	+	+	+	++
Réponse aux cravings	0	+	+	+	++	0
Facilité d'usage et observance	+++	+	+	+	+	++
Contre-indications absolues	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune	Epilepsie
Précautions et contre-indications relatives	Infarctus du myocarde récent (<2 sem.)	Infarctus du myocarde récent (<2 sem.)	Infarctus du myocarde récent (<2 sem.)	Infarctus du myocarde récent (<2 sem.)	Infarctus du myocarde récent (<2 sem.)	Dépendance à l'alcool
	Angor instable	Angor instable	Angor instable	Angor instable	Angor instable	Traumatisme crânien
	Arythmie ventriculaire	Arythmie ventriculaire	Arythmie ventriculaire	Arythmie ventriculaire	Arythmie ventriculaire	Tumeur cérébrale
	Grossesse (C)	Grossesse (C)	Grossesse (C)	Grossesse (C)	Grossesse (C)	Antidépresseurs
	Allaitement	Allaitement	Allaitement	Allaitement	Allaitement	Neuroleptiques
	Réaction cutanée sévère	Maladies œsophagées	Maladies buccales	Maladies buccales	Maladies de nez/sinus	Théophylline
	Dermatoses générales	Maladies gastriques	Maladies buccales	Maladies pharyngées	Maladies pharyngées	Insuffisance hépatique
		Maladies buccales				Insuffisance rénale
		Maladies dentaires				Grossesse (cat. C)
						Allaitement
Effets secondaires	+	++	+	+	+++	++
	Réaction cutanée	Irritation buccale	Irritation buccale et pharyngée	Irritation buccale et pharyngée	Irritation nasale	Insomnie
	Insomnie (24 h)	Douleur mâchoire		Toux	Rhinorrhée	Bouche sèche
	Rêves (24 h)	Hoquet		Toux	Eternuement	Dizziness
		Dyspepsie			Larmolement	
		Nausées			Toux	
Risque d'abus à long terme	+	++	?	?	+++	?
Biodisponibilité	1 mg/heure	0,9 mg/gomme 2 mg	1 mg/microtab. 2 mg	2 mg/cartouche	0,6 mg/application 1 mg	
		1,2 mg/gomme 4 mg	1 mg / comprimé 1 mg			
Pic d'action	4-9 heures	30 minutes	30 minutes	30 minutes	5-10 minutes	7-14 jours
% substitution en nicotine par rapport au tabagisme	50-60%	30-60%	30-50%	<50%	50%	0%

Tableau 5 (suite).

Critères médicaux	Patch transdermique de nicotine	Gomme à mâcher de nicotine	Comprimé de nicotine	Inhalateur de nicotine	Spray nasal de nicotine	Bupropion
Dosage	Patch 24h : 21 mg/j x 4 sem. 14 mg/j x 2 (4) sem. 7 mg/j x 2 (4) sem.	Gomme 2 mg: 8-15/j (max. 30/j). x 4-8 sem. réduire sur 4-8 sem.	Microtab sublingual 2 mg: 8-12 x 1-2 cp/j (max. 30/j) x 8 sem. réduire sur 4 sem.	6-12 cartouches/j. (max. 16/j). x 8-12 sem. réduire sur 4-12 sem.	15-40 applications/j. (= 1 nébulisation/narine) x 8-12 sem. réduire sur 4-12 sem.	1 x 150 mg/j J1-J6 2 x 150 mg/j dès J7 arrêt du tabac entre J8 et J14
Durée	Patch 16h: 15 mg/j x 4 sem. 10 mg/j x 2 (4) sem. 5 mg/j x 2 (4) sem.	Gomme 4 mg: 8-15/j (max. 20/j) x 8-12 sem. réduire sur 4-8 sem.	Comprimé à sucer 1 mg: 8-12 x 1 cp/j (max. 15/j) x 8 sem. réduire sur 4 sem.	2-3 mois, max. 6 mois	2-3 mois, max. 6 mois	Réduire à 1 x 150 mg/j si effets secondaires ++
Instructions	2-3 mois max. 6 mois Appliquer sur peau sèche et glabre entre le cou et la taille	Mâcher 10-15 sec. ad goût irritant Plaquer contre gencive ad disparition goût Remâcher 10-15 sec. ad goût irritant Répéter ad 20-30 min.	Microtab sublingual 2 mg: Laisser fondre le comprimé sous la langue	Séparer embout en 2 Insérer une cartouche dans embout Inhaler par la bouche comme en fumant une cigarette ad 20 min inhaler	Introduire nébuliseur obliquement dans narine Respirer par bouche Appuyer sur gicleur dans 1 narine puis l'autre sans inhaler	Si insomnie, avancer la 2 ^e prise 8 h après 1 ^{re}
Présentations. Emballages (prix en CHF)	Changer le lieu d'application chaque jour avec rotation sur 4-8 sites	Eviter café, jus de fruits et limonades 15 min. avant et pendant mâchage de gomme	Comprimé à sucer 1 mg: Sucrer lentement pendant 30 min	Persévérer car les effets secondaires s'atténuent en 2-3 jours		
	Nicotinell Force 1 21/24h 7 (50.25) / 21 (129.70) Nicotinell Force 2 14/24h 7 (46.35) / 21 (119.70) Nicotinell Force 3 7/24h 7 (42.55) / 21 (109.75) Nicorette 15 mg/16h 14 (85.10) Nicorette 10 mg/16h 14 (78.45) Nicorette 5 mg/16h 14 (71.90)	Nicorette 2 mg 30 (15.20) 105 (49.65) Nicorette 4 mg 30 (19.90) 105 (59.85) Nicotinell 2 mg 12 (6.50) 48 (24.00) Nicotinell 4 mg 12 (7.95) 24 (15.50)	Nicorette Microtab. 30 microtab. (17.50)	Nicorette Inhaler 42 cartouches et 1 embout buccal (49.75)	Nicorette spray 10 ml = 200 Nébulisations (49.65)	Zyban 40 cpr. (129.95) 60 cpr. (174.20) 100 cpr. (284.95) Prise d'IMAO
Coût journalier CHF/jour* (Paquet de cigarettes: 4.50 CHF)	Nicotinell: 5.93-6.39 Nicorette: 5.61-5.72	Nicorette: 2.96-5.70 Nicotinell: 3.14-6.46	Nicorette: 3.75-5.62 Nicotinell : 3.48-5.34	5.92-11.85	5.91-17.14	5.81-6.59
Prescription	Vente libre	Vente libre	Vente libre	Sur ordonnance	Sur ordonnance	Sur ordonnance
Remboursement par assurance	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Effet faible (+), modéré (++) , important (+++), inconnu (?). *Variations selon dosage et nombre de doses prescrites.						

- Signaler l'absence de remboursement par l'assurance maladie, mais en rappelant que le coût journalier du traitement pharmacologique est relativement similaire à celui d'un paquet de cigarettes.

Donner la brochure «C'est décidé, j'arrête de fumer!» conçue spécifiquement pour les fumeurs au stade «Préparation» (B).

- Mentionner que cette brochure complète votre intervention, dont la durée peut rester limitée.

Identifier les situations à risque de rechute du patient, notamment celles apparues lors d'une tentative d'arrêt précédente telles que (B):

- Symptômes de sevrage.
- Stress, ennui, dépression, conflits.
- Présence d'autres fumeurs, consommation d'alcool, fin des repas, café.

Préparer avec le patient des stratégies pour prévenir la rechute dans les situations à risque (B):

- Essayer d'éviter temporairement les situations à risque: compagnie d'autres fumeurs, abus d'alcool, lieux enfumés, moments d'ennui et de solitude en planifiant des activités.
- Attendre que l'envie de fumer passe, soit environ 5 minutes.
- Divertir l'attention par des activités ou des pensées: boire de l'eau, mâcher un chewing-gum, manger un fruit, se laver les dents, faire une ballade, pratiquer des exercices de respiration.
- Résister à la tentation: se persuader de ne pas reprendre une cigarette, préparer une phrase-type pour refuser une cigarette, se rappeler son engagement de ne plus fumer.
- Fuir la situation: quitter un lieu enfumé, quitter la table dès la fin du repas.

Proposer d'autres stratégies pour prévenir la rechute (C):

- Faire une activité physique régulière qui procure du plaisir: marche, course, natation, vélo, etc.
- S'offrir des récompenses: cadeau avec l'argent économisé sur les cigarettes.
- Techniques de relaxation et de gestion du stress.

Préparer un plan si le patient reprend quelques cigarettes (B):

- Utiliser la rechute comme une occasion d'apprendre au lieu de se culpabiliser en la considérant comme un échec.
- Identifier les circonstances ayant favorisé la rechute.
- Eviter de recommencer à fumer régulièrement et poursuivre la tentative d'arrêt du tabac.
- Trouver une stratégie contre la/les situa-


tion(s) ayant entraîné la rechute (cf. ci-dessus).

Stratégie à option: Mesurer le CO expiré chez le patient (C):

- Après avoir inspiré profondément et gardé l'air pendant 15 secondes, faire expirer le patient lentement et complètement dans l'embout de l'appareil de mesure du CO.
- Lire le résultat et expliquer le au patient: le comparer à celui d'un non-fumeur (le vôtre par exemple!).
- «Monitorer» la désaccoutumance et positiver le bénéfice de l'arrêt en montrant le bénéfice sur la diminution du taux de CO.

Préparer un plan pour limiter la prise de poids [8]

Les conseils suivants sont recommandés (C):

- Ne pas nier ni minimiser le risque de prise de poids.
- Indiquer que la prise de poids fait partie du sevrage tabagique.
- Préciser que la prise de poids est généralement inférieure à 4,5 kg.
- Indiquer que les risques pour la santé d'une éventuelle prise de poids sont négligeables par rapport aux risques du tabagisme.
- Aborder un problème après l'autre en accordant d'abord la priorité au sevrage tabagique puis s'occuper de l'éventuelle prise de poids après la période aiguë du sevrage (environ 4 semaines), lorsque le patient sera plus confiant concernant l'arrêt du tabac.
- Ne pas proposer de régime alimentaire strict.
- Appliquer des mesures diététiques simples: 3 repas, beaucoup de fruits et légumes, peu d'aliments riches en graisses, peu d'alcool, pas de grignotages entre les repas, collations entre les 3 repas à base de fruits ou de yoghourt allégé, pas d'obligation de finir les plats.
- Encourager à pratiquer une activité physique régulière: marche, course, natation, vélo, etc. (tableau 6 .
- Recommander d'utiliser le bupropion ou une substitution nicotinique, notamment la gomme à mâcher, qui limitent ou retardent la prise de poids.
- Proposer une consultation diététique et un traitement médical après la phase aiguë du sevrage (environ 4 semaines) en cas d'excès de poids important.

Suivi des fumeurs décidés à arrêter de fumer

Planifier le suivi sur 2 à 6 consultations et fixer le prochain rendez-vous pour aider et soutenir le patient dans sa tentative d'arrêt du tabac (A):

- Fixer des rendez-vous en général à 1, 2, 4 et 8 semaines mais au minimum à 4 et 8 semaines.
- Adapter la fréquence aux besoins du patient et à l'évolution du sevrage.

Tableau 6. Quelques remarques de patients et exemples de réponses possibles.

Faire de l'exercice est pénible	Prenez une activité qui vous plaît et qui est facile pour vous, comme la marche à vive allure
Je n'ai pas le temps	Ce ne sont que 30 minutes pendant une journée ou 3 × 10 minutes, ceci plusieurs fois par semaine. Pensez à «donner rendez-vous» à votre santé
Je suis trop fatigué pour faire de l'exercice	Dites vous que faire cette activité vous donnera plus d'énergie, et vous sentirez «bien» après l'exercice
Je déteste l'échec	Faire une activité physique n'est pas une compétition. Il ne s'agit pas de sport.
Je ne sais pas où pratiquer	Marcher autour de votre quartier, faites du vélo d'appartement en écoutant de la musique, participer au programme «Allez Hop!» (www.allezhop.ch)
J'ai peur de me blesser	Marcher est peu dangereux et est un excellent exercice
Le temps est toujours mauvais	Plusieurs activités peuvent être faites à l'intérieur, par exemple dans le cadre des cours Fitgym du programme national «Allez Hop!»
L'exercice est ennuyeux	Ecouter de la musique pendant l'activité, marcher, faire du vélo ou courir dans la nature peut vous montrer de nombreuses choses intéressantes
Je suis trop gros	Cela peut vous aider à perdre du poids, essayez la marche à vive allure
Je suis trop vieux	Il n'est jamais trop tard, et les personnes de tout âge ont un bénéfice à bouger

- Demander au patient de venir au rendez-vous même s'il a recommencé à fumer.
- Si nécessaire, remplacer certains rendez-vous par un contact téléphonique ou par un message électronique.

Durant les consultations de suivi, aborder systématiquement des points suivants (B):

- Abstinance complète ou partielle de tabac et les éventuelles rechutes.
- Félicitations pour l'arrêt.
- Encouragements en cas d'abstinance incomplète.
- Symptômes de sevrage.
- Bénéfices de l'arrêt.
- Situations à risque de rechute.
- Répétition ou suggestion des stratégies contre les tentations afin de prévenir la rechute.
- Observance de la pharmacothérapie.
- Adaptation du dosage ou de la forme du traitement pharmacologique.
- Offre de la brochure «Je viens d'arrêter de fumer» conçue pour les fumeurs au stade «Action».
- A option: mesure du CO expiré si il a été mesuré au départ.

En cas de rechute, aborder systématiquement les points suivants (C):

- Valoriser les aspects positifs de la tentative qui est une occasion d'apprendre, pas un échec.

- Eviter tout reproche, critique ou culpabilisation concernant la rechute.
- Identifier les circonstances ayant entraîné la rechute.
- Proposer de refaire immédiatement une tentative d'arrêter de fumer.
- Répéter ou suggérer des stratégies contre la/les situation(s) ayant entraîné la rechute.
- Recommander une substitution en nicotine si elle n'a pas été prescrite ou changer de produit de substitution.

Indication à la pharmacothérapie

Envisager une pharmacothérapie avec substitution en nicotine ou bupropion pour tous les fumeurs au stade «Préparation», c'est-à-dire ceux qui sont décidés à arrêter de fumer dans les 30 jours et ont fixé une date d'arrêt du tabac (A). Evaluer la dépendance à la nicotine avec 3 questions (C):

- Nombre de cigarettes par jour: «Combien de cigarettes par jour fumez-vous?»
- Délai entre le réveil et la 1^{re} cigarette: «Le matin, combien de temps y a-t-il entre le réveil et le moment où vous fumez votre 1^{re} cigarette?»
- Symptômes de sevrage lors d'un essai d'arrêt du tabac: «Avez-vous ressenti des effets désagréables lorsque vous avez arrêté de fumer?»

Classer à l'aide de l'organigramme (figure 1) le patient dans un des degrés de dépendance à la nicotine qui est déterminée par la présence d'au moins un critère dans la catégorie de dépendance la plus élevée.

Recommander une pharmacothérapie à tous les fumeurs avec une dépendance à la nicotine modérée, forte, ou très forte, en choisissant un des 6 médicaments de 1^{ère} ligne suivants (A):

- Patch transdermique de nicotine.
- Gomme à mâcher de nicotine.
- Inhalateur de nicotine.
- Comprimé (sublingual ou à sucer) de nicotine.
- Spray nasal de nicotine.
- Bupropion.

Vérifier s'il existe des contre-indications relatives à la substitution en nicotine (A):

- Infarctus du myocarde récent (< 2 semaines).
- Angor instable non traité.
- Troubles du rythme ventriculaire majeurs.
- Grossesse (C).
- Allaitement.

Dans toutes ces situations, il est certainement moins néfaste de prendre un substitut nicotinique que de continuer à fumer [8,9].

Vérifier s'il existe des contre-indications absolues au bupropion ou des situations nécessitant des précautions (A):

- Contre-indications absolues: épilepsie, ano-

rexie/boulimie, prise d'IMAO dans les 2 dernières semaines, tumeur cérébrale, sevrage d'alcool ou de sédatifs.

- Précautions: alcoolisme, prise d'anti-dépresseurs, de neuroleptiques ou théophylline, tramadol, antipaludéens, quinolones, corticostéroïdes systémiques, traumatisme crânio-cérébral, manque de sommeil à cause du risque d'épilepsie; insuffisances hépatique et rénale vu le risque de surdosage, grossesse et allaitement (B).

Choix de la forme de pharmacothérapie la plus appropriée selon la dépendance à la nicotine et les autres critères ci-dessous à l'aide de l'algorithme (figure 2) (B).

Il n'y a pas de preuves scientifiques justifiant la prescription d'une forme de substitut nicotinique ou le bupropion par rapport aux autres; le choix est donc laissé au clinicien (B).

En première intention, proposer de préférence le patch transdermique de nicotine car (C):

- La facilité d'utilisation et l'adhérence thérapeutique sont meilleures.
- Les instructions à donner sont plus simples et plus brèves.
- L'efficacité en médecine de premier recours est bien démontrée.
- Les effets secondaires majeurs sont peu fréquents.
- Le risque d'abus à long terme est extrêmement faible.

Situation où une combinaison de 2 substituts nicotiniques peut être proposée (C):

- Forte ou très forte dépendance à la nicotine.
- Symptômes de sevrage importants malgré l'utilisation d'un substitut nicotinique.
- Rechute lors d'une tentative d'arrêt du tabac avec un seul substitut nicotinique.
- Patch de nicotine + gomme de nicotine ou comprimé (sublingual ou à sucer).
- Patch de nicotine + spray nasal de nicotine.
- Patch de nicotine + inhalateur de nicotine

Situation où le bupropion peut être proposé (C):

- Forte ou très forte dépendance à la nicotine.
- Préférence du patient.
- Contre-indications aux substituts nicotiniques.
- Rechute lors d'une tentative d'arrêt du tabac avec un (des) substitut(s) nicotinique(s).
- Antécédents de dépression.
- Risque ou crainte importante de prise de poids.

Préciser que:

- Toutes les formes de substitution en nicotine et le bupropion ne sont pas remboursées par l'assurance maladie de base.
- Une ordonnance est nécessaire pour le spray nasal, l'inhalateur et le bupropion.

Prescription de bupropion

L'efficacité du bupropion repose sur 5 études randomisées évaluant une intervention comprenant *non seulement* la prescription de ce médicament, mais également de nombreuses séances de conseils individualisés de désaccoutumance au tabac.

Si vous prescrivez du bupropion à un fumeur avec une forte ou très forte dépendance à la nicotine, la posologie est:

- 1 × 150 mg/j du 1^{er} au 6^e jour.
- 2 × 150 mg/j dès le 7^e jour jusqu'à la fin du traitement.
- Arrêt du tabac entre le 8^e et le 14^e jour de traitement de bupropion.
- Durée du traitement: 7-9 semaines.
- Réduction à 150 mg/j en cas d'effets secondaires (troubles du sommeil).

Si vous prescrivez du bupropion donnez les instructions suivantes:

- Prendre le médicament selon la posologie prescrite, le matin et le soir.
- Préparer l'arrêt du tabac pour la date fixée en sachant que l'arrêt de fumer et la consommation de tabac peuvent démarrer avant cette date.
- En cas de troubles du sommeil, avancer la 2^e prise en maintenant au moins 8 heures entre les 2 prises (par exemple 7 h et 15 h), ou selon les circonstances, omettre la dose du soir.
- En cas d'effets secondaires, essayer de ne pas interrompre le traitement mais de réduire la dose à 1 × 150 mg/j.
- Recommander de ne consommer de l'alcool qu'avec modération.
- Informer sur ses effets secondaires fréquents: troubles du sommeil, bouche sèche, «dizziness».
- Donner au patient la feuille remplie «Instructions au patient sur l'utilisation du bupropion».
- Comme indiqué sur la figure 2, il est habituellement indiqué d'associer au traitement de bupropion, un traitement d'appoint à utiliser en cas de craving (gomme, inhalateur, comprimé). En présence d'une dépendance gestuelle et comportementale, la bithérapie associant le bupropion et l'inhalateur (prescrit en réserve avec 1 à 3 cartouches/jour), est, à nos yeux, une attitude clinique souvent efficace. Les données de la littérature sont toutefois peu nombreuses à soutenir cette démarche.

Recommander une pharmacothérapie combinée aux fumeurs qui ne sont pas parvenus à cesser de fumer avec un traitement pharmacologique de première ligne en choisissant une des combinaisons suivantes (B):

- Bupropion + substitut nicotinique, quel qu'il soit.

Interventions dont l'efficacité n'est pas prouvée

D'une manière générale, ne pas recommander les interventions qui n'ont pas fait l'objet d'évaluation de qualité (hypnose) ou qui, suite à des essais contrôlés, n'ont pas montré une efficacité supérieure à l'intervention contrôle (B): acupuncture, y compris l'auriculo-acupuncture, hypnose, homéopathie.

Remerciements

Nous remercions le Pr Albert Hirsch du Service de pneumologie de Hôpital Saint-Louis à Paris et le Dr Stéphane Groulx de la Régie régionale de la

santé et des services sociaux de la Montérégie à Montréal pour leur précieuse et experte collaboration. Nous remercions également les collègues suivants pour leur aide à l'implémentation de ces recommandations pour la pratique clinique: Dr Patrick Bodenmann, Dr Marie-Claude Hofner, Dr Beat Kuenzi, Dr Maxime Mancini. Enfin, nous remercions l'Office Fédéral de la Santé Publique pour le soutien financier à la réalisation et à la diffusion de ces recommandations, en particulier M. Philippe Vallat, responsable, et Mme Ginette Hayoz, adjointe scientifique.

Références

- 1 Raw M, et al. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998;53 (suppl5):1-19.
- 2 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: Clinical Practice Guideline, Rockville, MD: Public Health Service, US Dept of Health and Human Services; 2000.
- 3 Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4; 2003.
- 4 Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4; 2003.
- 5 Richmond R, Zwar N. Review of bupropion for smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* 2003;22(2):203-20.
- 6 Rigotti N. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002;346:506-12.
- 7 Cornuz J, Humair JP, Seemater L, Van Melle G, Stalder H, Pécoud A. Efficacy of resident training in smoking cessation training: a randomized controlled trial of a program based on application of behavioral therapy and practice with standardized patients. *Ann Intern Med* 2002;136(6):429-37.
- 8 Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335:1978.
- 9 Working Group for the Study of Transdermal Nicotine in Patients with Coronary Artery Disease. Nicotine replacement therapy for patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 1994;154:989-95.

Correspondance:

Dr Jacques Cornuz, PD
Département de médecine
interne/Unité de prévention
Centre Hospitalier Vaudois
CH-1011 Lausanne
[Jacques.Cornuz@
chuv.hospvd.ch](mailto:Jacques.Cornuz@chuv.hospvd.ch)