



CSAPA de GRASSE

La « Caravelle »

(Centre Soins Accompagnement Prévention en Addictologie)

Centre Hospitalier Clavary

06130 Grasse

Tel : 04-93-09-56-83

Chef de Service Dr E. Herszkowicz Psychiatre

2 PH, 3 IDE, 1 AS, 1 Psychologue, 1 éducateur, 2 secrétaires



Médecin et acteur de santé publique

Dépistage prévention information

REALISABLE à chaque consultation

VOUS FUMEZ ?

Voulez-vous arrêter ?

Je peux vous aider.

Réfléchissez, on a le temps

Médecin et acteur de santé publique

Dépistage prévention information

Objectifs du sevrage tabagique

- **réduire les risques sur la santé**
- si la maladie est présente : améliorer le pronostic, l'effet des médicaments, la qualité de vie

Dans tous les cas :

- inscrire le tabagisme dans les signes vitaux : c'est le **rôle critique du soignant** que d'**initier la discussion**
- **sensibiliser le fumeur** :
 - **conseil minimal** avec 2 questions : fumez vous ? si oui, souhaitez vous arrêter de fumer ?
 - **intervention brève** : conseil minimal + information sur le **sevrage tabagique**
 - Le simple fait de sensibiliser les fumeurs aux problèmes du tabac provoque environ 2 % de baisse du tabagisme dans la population sensibilisée.

A FAIRE A LA 1° CONSULTATION

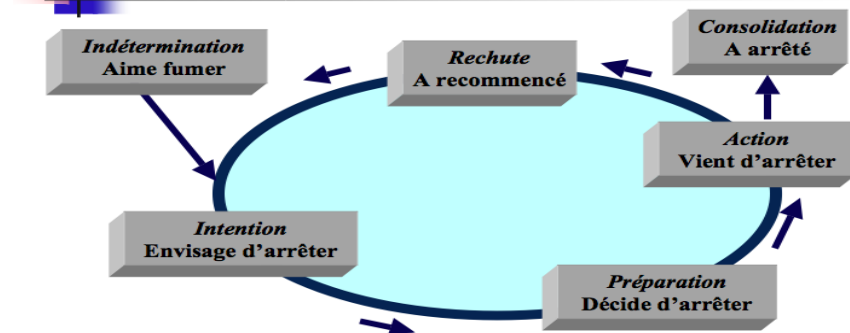
Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

AVANT DE PARLER DE SEVRAGE

Avant d'entamer un sevrage tabagique, il faut :

- recueillir l'histoire du tabagisme
- évaluer la motivation
- classer le fumeur dans un des stades de préparation à l'arrêt

Stades de changement: Modèle trans-théorique



Prochaska Am Psychologist 1999



A FAIRE A LA 1° CONSULTATION

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

AVANT DE PARLER DE SEVRAGE IL FAUT MOTIVER C'EST L'ENTRETIEN DE MOTIVATION

Motiver le fumeur hésitant au changement

Les avantages et les inconvénients du tabagisme

- L'ambivalence et l'incertitude sont des éléments importants de la prise de décision.
- La décision doit être basée sur un processus de pondération des arguments positifs et négatifs.
- La technique de l'entretien de motivation implique de peser les éléments pour et contre la poursuite du tabagisme

Faire préciser les attentes, les craintes, 5 questions essentielles

- Qu'aimez-vous dans le fait de fumer ?
- Que n'aimez-vous pas dans le fait de fumer ?
- Qu'attendez-vous de l'arrêt ?
- Quelles sont vos craintes à l'arrêt ?
- Quand arrêteriez-vous ?

Une Foix la décision prise

Le score sert à :

- définir la dépendance
- ajuster les doses de substituts nicotiques

1/ Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- moins de 5 minutes 6 à 30 minutes 31 à 60 minutes après 60 minutes

2/ Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- oui non

3/ Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- la première une autre

4/ Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins 11 à 20 21 à 30 31 ou plus

5/ Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- oui non

6/ Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- oui non

Score total : /10

Interprétation	0-2 pas de dépendance
	3-4 dépendance faible
	5-6 dépendance moyenne
	7-8 dépendance forte
	9-10 dépendance très forte

Le questionnaire de référence est l'auto-questionnaire en 6 questions.

On peut utiliser un test simplifié en 2 questions pour plus de facilité lors de l'interrogatoire (questions 1 et 4) (accord professionnel)

Une Foix la décision prise

2° CONSULTATION

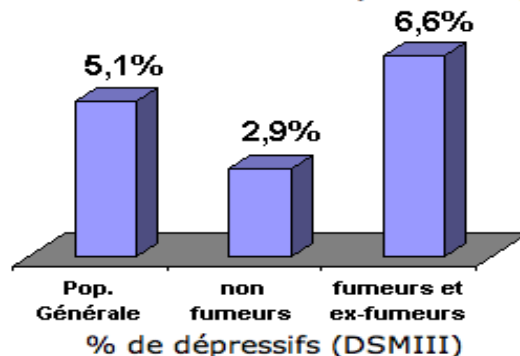
Vous avez convenu d'un RDV pour l'arrêt

Le lien est bien établi entre le tabagisme et l'anxiété-dépression → nécessité d'interrogatoire systématique.

- Fréquence élevée de ce syndrome :
 - soit dans les antécédents
 - soit actuelle
- Nécessité d'un **interrogatoire systématique** :

Utilité des auto-questionnaires ([HAD](#), [Beck](#), ...)

- Les fumeurs avec un passé de dépression qui s'arrêtent de fumer (avec ou sans traitement substitutif) ont un risque significativement plus important de nouvel épisode dépressif. Ce risque reste élevé à 6 mois.
- Les états dépressifs majeurs sont fréquents chez les fumeurs (vie entière).



- Chez les sujets en dépression majeure : 74% fumeurs
L'association tabac-dépression est forte (RR = 2,9), elle est indépendante de l'âge, du sexe, de l'ethnie, du niveau socio-culturel.

Le bupropion n'a pas l'AMM en France dans l'indication épisode de dépression

En cas d'épisode de dépression caractérisé, le sevrage tabagique ne devra être envisagé que lorsque l'état neuro-psychique du patient est stabilisé (accord professionnel).

À la FIN de la 2° CONSULTATION

Vous avez fait

CCAM ALQP003

TARIF 69,12 €

1 fois par an, test HAMILTON

Doit être archivé

Votre conseil minimal qui vous a conduit à la

1° consultation (de quelques jours à plusieurs mois après)

- Histoire du tabagisme
- Entretien motivationnel (EM ORVR)

2° consultation

- Evaluation de la dépendance et des habitudes
- Evaluer l'anxiété et la dépression
- La situation nutritionnelle

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

TRAITER MAIS QUOI ?

- **pharmacologique**, que l'on rapporte à la nicotine ; elle représente 20 % de la dépendance tabagique ; elle se traduit par le **besoin de tabac**
- **non pharmacologique** ; elle représente 80 % de la dépendance tabagique ; elle se traduit par le **désir de fumer** (Rose, 2000)

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

Traitement Pharmacologique ou dépendance à la NICOTINE

Pour aider au sevrage tabagique, on peut proposer :

→ **des traitements** (Potential reduced-exposure products : PREPS)

dont le principe d'utilisation est que la réduction de la consommation de nicotine réduira la morbidité et la mortalité associée à la consommation du tabac

de 1ere ligne

substituts de la nicotine

bupropion

varénicline

C'est 20% du traitement

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

SUBSTITUTS de la NICOTINE

- Une **substitution nicotinique** (recommandée chez les patients dépendants ; [niveau A](#))

Niveau de preuves et classement des recommandations

Le niveau de preuve d'une étude caractérise la capacité de l'étude à répondre à la question posée.

Ia	méta-analyse d'essais contrôlés randomisés
Ib	au moins un essai contrôlé randomisé
IIa	au moins un essai contrôlé bien conçu sans randomisation
IIb	au moins un autre type d'étude bien conçu et quasiment expérimental
III	étude descriptive non expérimentale bien conçue
IV	opinion de comité expert et/ou expérience clinique d'autorité reconnue
A	(niveau Ia,Ib) nécessite au moins un essai randomisé contrôlé
B	(niveau IIa, IIb, III) étude clinique bien conduite mais pas d'essai contrôlé randomisé
C	(niveau IV) rapport ou opinion de comité d'experts. Indique l'absence d'étude directement applicable de bonne qualité

Réf :

• British Thoracic Society Standards of Care Subcommittee on Pulmonary Rehabilitation: Pulmonary rehabilitation. *Thorax* 2001;56:827-34

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

SUBSTITUTS de la NICOTINE

- Une **substitution nicotinique** (recommandée chez les patients dépendants ; niveau A)
 - ⇒ traitement continu "de fond"
 - timbre transdermique (patch) ⇒ taux de **sevrage** moyen à un an = 5 - 8 %
 - ⇒ traitements de secours : ils permettent au malade d'auto-titrer sa nicotémie et de faire face aux épisodes aigus de besoin
 - gomme à mâcher (2mg ; 4 mg) ⇒ taux de **sevrage** moyen à un an = 5 - 8 %
 - comprimé sub-lingual (2mg)
 - comprimé à sucer (2mg ; 4mg)
 - inhalateur (cigarette électronique) qui délivre la nicotine dans la bouche sans les produits de combustion

SUBSTITUTS de la NICOTINE

	<u>Timbre</u>	<u>Gomme</u>	<u>Comprimé sub-lingual</u>	<u>Comprimé à sucer</u>	<u>Inhaleur Spray nasal</u>
Avantages et indications	Dépendance moyenne et forte Discrétion Supprime tout pic de nicotémie pas de risque de dépendance	Dépendance faible = 2 mg Dépendance forte = 4 mg	2 mg	2 mg ; 4 mg	
		Composante orale et comportementale Le fumeur est actif il choisit ses moments Bonne réponse dans les situations d'urgence	id Le fumeur est actif il choisit ses moments	id Le fumeur est actif il choisit ses moments	id Le fumeur est actif il choisit ses moments
Inconvénients	Risque de sous-dosage ou surdosage sans adaptation rapide Plus aucune gestuelle	Risque de sous-dosage (2mg) Utilisation parfois difficile : pb mastication Quelques cas de dépendance (surtout 4 mg) Mastication visible par les autres	Irritation de la bouche		
Posologie	La posologie initiale peut être modulée selon la réponse à 24 ou 48 heures Doses dégressives sur 6 à 12 semaines	Adaptation permanente par le fumeur, en moyenne 8-10 gommes/j.	Adaptation Jusqu'à 24cp/j	Adaptation Jusqu'à 15cp/j	Adaptation
	Traitement continu	Traitement à la demande			

Pas de contre-indication chez la femme enceinte et chez le cardiaque (substitution moins dangereuse que le tabagisme)

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

SUBSTITUTS de la NICOTINE DETERMINER LA POSOLOGIE

- définition de la dose

- objectif : éviter le syndrome de **sevrage** en apportant au fumeur une quantité de nicotine proche de celle qu'il tirait de sa cigarette, tout en bénéficiant du renforcement positif (éveil, soulagement du stress)

- fonction de

 - résultat du test de Fagerström

 - [symptômes de surdosage en nicotine](#)

 - [symptômes de sous-dosage en nicotine](#)

- timbre + forme orale à la demande (selon la préférence du fumeur)

- durée d'administration

- 6 semaines à 6 mois (accord professionnel)

- ⚠ les ventes de substituts nicotiques sont 2 fois plus importantes de septembre à avril (période de passage à l'acte ?) que de mai à août (période de motivation ?)

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

Majoration dose
Après 48h

SUBSTITUTS de la NICOTINE DETERMINER LA POSOLOGIE

SURDOSAGE

- aucun symptôme de sevrage
 - dès le premier jour :
 - nausées, lipothymies
 - palpitations, céphalées
 - bouche pâteuse
 - insomnie sévère
 - diarrhée
- ⇒ diminution des doses ⇒ disparition des troubles

SOUS DOSAGE

- **Syndrome de manque selon le DSM IV**
 - humeur dépressive
 - insomnie
 - irritabilité, frustration, colère
 - anxiété
 - difficulté de concentration
 - agitation
 - ralentissement du pouls
 - augmentation de l'appétit et/ou prise de poids rapide
- 4 critères sur 8 suffisent à porter le diagnostic.

En l'absence d'aide pharmacologique, le syndrome de sevrage dure en moyenne 3 à 4 semaines.

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

Traitement Pharmacologique ou dépendance à la NICOTINE : LE BUPROPION (1^o ligne)

- bupropion efficacité démontrée, niveau 1 (Zyban[®])

Grade des recommandations	
Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">● essais comparatifs randomisés de forte puissance● méta-analyse d'essais comparatifs randomisés● analyse de décision basée sur des études bien menées	A preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">● essais comparatifs randomisés de faible puissance● études comparatives non randomisées bien menées● études de cohortes	B présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none">● études cas-témoins	C faible niveau de preuve scientifique
Niveau 4 <ul style="list-style-type: none">● études comparatives comportant des biais importants● études rétrospectives● séries de cas● études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	

réf :
● ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. 2000
[http://www.anaes.fr/ANAES/publications.nsf/\(1D\)/70171430934CBF6CC125693E004C0903/\\$file/analiterat.pdf](http://www.anaes.fr/ANAES/publications.nsf/(1D)/70171430934CBF6CC125693E004C0903/$file/analiterat.pdf)

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

Traitement Pharmacologique ou dépendance à la NICOTINE : LE BUPROPION

Amino-cétone

chimiquement proche des amines sympathomimétiques

structurellement proche des amphétamines

inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline ; dopamine)

Le bupropion

• **augmente le taux de succès du sevrage tabagique à 12 mois**

- seul

placebo : 12,4 % ; bup 300mg/j : 23,1% ; ($p = 0,01$)

Moins de prise de poids avec les doses les plus élevées.

- associé à un patch à la nicotine

placebo : 15,6 % ; patch : 16,4 % ; bup 300mg/j : 30,3 % ; combinaison : 35,5 % ($p < 0,001$ pour le bupropion et la combinaison vs placebo)

- peut être utilisé comme traitement de première ligne

• **réduit la prise de poids**

- seul

- associé à un patch à la nicotine

placebo : +2,1kg ; bup 300mg/j : +1,7kg ; combinaison : +1,1kg

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

Traitement Pharmacologique ou dépendance à la NICOTINE LE BUPROPION QUELLES CONTRE INDICATIONS

Contre-indications

- antécédents de **convulsions**
- **médicaments pouvant abaisser le seuil épileptogène** : certains neuroleptiques, certains antidépresseurs, les antipaludéens, la corticothérapie par voie générale, le tramadol, la théophylline, les antihistaminiques H1 sédatifs, les quinolones
- autres situations à risque : diabète traité par insuline ou sulfamide hypoglycémiant ; sujets prenant des stimulants ou des anorexigènes ; consommation excessive d'alcool ; antécédents de traumatisme crânien ; sevrage brutal d'alcool ou de benzodiazépine.
- généralement bien toléré par les malades cardio-vasculaires

Le bupropion est un inhibiteur du cytochrome P450 2D6 →

- ⚠ médicaments métabolisés par le CYP2D6, dont les concentrations plasmatiques peuvent être augmentées par le bupropion : bêta-bloquants (par ex. métoprolol), les antiarythmiques de classe Ic (par ex : flécaïnide, propafénone), captopril, loratadine, codéine, hydrocodéine, dextrométorphan
- médicaments qui peuvent modifier le métabolisme du bupropion, augmenter les concentrations plasmatiques de bupropion et le risque d'apparition d'effets indésirables dose-dépendants : cimétidine, acide valproïque, cyclophosphamide, ifosfamide
- autres interactions potentielles : lévodopa, augmentation du risque d'effet indésirable ; IMAO : attendre 14 jours après l'arrêt d'un IMAO avant de commencer le bupropion.
- risque d'accumulation du bupropion et de ses dérivés chez le sujet âgé.

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

Traitement Pharmacologique ou dépendance à la NICOTINE LE BUPROPION POSOLOGIE

Prescription

La posologie doit être progressive (150 mg soit un comprimé la première semaine, puis 300 mg, posologie à ne pas dépasser et répartie en deux prises espacées d'au moins 8 heures).

Durée du traitement : 7 à 9 semaines ([grade A](#)).

Interruption du traitement si absence d'efficacité à la 7ème semaine.

L'administration du Bupropion est **déconseillée pendant la grossesse**.

En raison du passage du Bupropion et des ses métabolites dans le lait maternel, **l'allaitement est déconseillé au cours du traitement par Bupropion**.

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

Le bupropion n'est pas recommandé en cas de troubles psychiatriques (accord professionnel).

⚠ L'**AFSSAPS** a mis en place un **programme de surveillance du Bupropion** du fait d'un risque de crises épileptiques et d'un risque potentiel d'abus et de dépendance vis à vis du médicament. **Tout effet secondaire doit être notifié** aux centres de pharmacovigilance et aux centres d'évaluation et d'information sur les pharmaco-dépendances.

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

Traitement Pharmacologique ou dépendance à la NICOTINE : LA VARENICLINE (1^o ligne)


Agoniste nicotinique partiel se fixant sur les récepteurs de la nicotine au niveau du cerveau ($\alpha 4\beta 2$) et réduisant l'activation dopaminergique et la sensation de besoin.

Effets secondaires les plus fréquents : les nausées (prendre le comprimé l'estomac plein), les céphalées, les perturbations du sommeil (prendre le comprimé au dîner plutôt qu'au moment de se mettre au lit), la constipation, les flatulences et les vomissements.

Quelquefois gêne à la conduite.

Pas de contre-indication cardio-vasculaire.

Episodes d'hypoglycémie chez un diabétique de type I (Kristensen, 2008).

 Effets secondaires rapportés à la FDA : pensées suicidaires, comportements erratiques et agressifs chez des patients sans antécédents, somnolence pouvant gêner la conduite de véhicules ou de machines. L'analyse de ces manifestations doit prendre en compte le fait que le sevrage tabagique lui-même peut aggraver des manifestations psychiatriques sous-jacentes.

➔ le médecin doit rester attentif lors de sa prescription et dans le suivi du malade.

CHAMPIX Attention

En 2007, l'évaluation des données de pharmacovigilance a conduit les autorités européennes à ajouter dans la notice le risque d'infarctus du myocarde, de troubles dépressifs et de comportements suicidaires sans qu'un lien ait été établi avec la prise de Champix®, ces symptômes pouvant apparaître lors de tout sevrage tabagique.

Plus récemment, l'analyse de données internationales de pharmacovigilance montre que des patients sans antécédents psychiatriques connus ont développé des troubles dépressifs, des idées et des comportements suicidaires. Et, certains patients présentant des troubles similaires n'avaient pas arrêté de fumer au moment de l'apparition des symptômes. En conséquence, les autorités européennes ont décidé de renforcer les mises en garde. Ainsi, le traitement doit être immédiatement interrompu en cas d'agitation, d'humeur dépressive, d'idées suicidaires ou de modifications du comportement. Cette nouvelle information sera mentionnée dans la notice destinée aux patients et le résumé des caractéristiques du produit (RCP) destiné aux professionnels.

La prudence est aussi recommandée chez les patients présentant des antécédents de maladie psychiatrique sévère (schizophrénie, troubles bipolaires, dépression caractérisée sévère), l'efficacité et la sécurité de Champix® n'ayant pas été établies chez ces patients. Une étude européenne est cependant en cours chez des patients atteints de psychose.

Fin mars 2008, le bilan de pharmacovigilance, établi après 14 mois de commercialisation en France, ne remet pas en cause le rapport bénéfice / risque de Champix®. Durant cette période, environ 468 000 patients ont été traités et environ 1 700 notifications d'effets indésirables ont été recueillies et analysées :

- la majorité d'entre elles ne présentait pas de caractère de gravité : réactions gastro-intestinales (nausées, vomissements, douleurs abdominales), troubles du sommeil, cauchemars ou troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, anxiété, agressivité).
- 174 cas graves concernent essentiellement des troubles psychiatriques (92 cas), cardiovasculaires (24 cas) et neurologiques (16 cas), tels que crises d'épilepsie ou pertes de connaissance.
- les cas de troubles psychiatriques graves (92) concernent pour l'essentiel des idées et des comportements suicidaires. Les délais de survenue des troubles psychiatriques sont variables et se répartissent tout au long du traitement. Seuls quelques cas sont survenus après l'arrêt. Lorsque l'information est précisée dans le formulaire de notification, l'évolution est favorable à l'arrêt du traitement.
- la plupart des patients ayant développé des troubles psychiatriques graves ne présentaient pas d'antécédents psychiatriques connus avant la prise de Champix®. Plus de 50% des patients avait totalement arrêté ou fortement diminué leur consommation de tabac au moment de la survenue d'effets indésirables. Ces données confirment les observations internationales et ne permettent pas de mettre en évidence de facteur de risque de comportement suicidaire.
- 12 décès ont été rapportés (dont 7 cas de suicide). Néanmoins, aucun lien n'a pu être établi dans ces cas avec la prise de Champix®.

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

Traitement Pharmacologique ou dépendance à la NICOTINE : TTT de 2^o ligne

- ➔ **des traitements de 2ème ligne**, les psychotropes (non recommandés pour le **sevrage**)
 - ➔ 3 raisons de penser qu'ils peuvent aider au **sevrage tabagique**
 - l'anxiété et la dépression sont des symptômes du sevrage tabagique
 - le **sevrage** aggrave quelquefois la dépression
 - le tabagisme semble dû, en partie, à un déficit en dopamine, sérotonine et noradrénaline, tous médiateurs augmentés par les anxiolytiques et les anti-dépresseurs.
 - anti-dépresseurs : ils peuvent être utilisés en traitement complémentaire dans les états anxieux ou dépressifs (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ; inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de l'adrénaline) mais la prise en charge spécialisée peut être nécessaire.
 - anxiolytiques : peu actifs
- Il n'y a pas de bénéfice à associer substituts nicotiques au bupropion LP : cette association n'est pas recommandée (Grade C)

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

Traitement Pharmacologique ou dépendance à la NICOTINE : TTT de 2^o ligne

- cigarette électronique

Il faut être très attentif au contenu des cartouches (nicotine, glycol, nitrosamines, impuretés diverses) dont la dangerosité a été signalée par la FDA dont l'attrance pour les enfants susceptibles de devenir addicts à la nicotine puis de devenir fumeurs.

Pas de bénéfice prouvé sur le sevrage.

La cigarette électronique (E-Cigarette) peut aussi se présenter sous forme de cigare.

Fonctionnement : inhalation à travers une pièce buccale ; le débit d'air active un capteur qui déclenche un petit réchauffeur sur batterie ; le réchauffeur vaporise la nicotine liquide dans une petite cartouche (et active une petite lumière au bout de la cigarette) ; le réchauffeur vaporise aussi du propylène glycol (PEG) dans la cartouche, c'est à partir du PEG que se forme la « fumée ».

L'utilisateur inhale du gaz chaud qu'il perçoit comme de la fumée de cigarette ; quand il expire, un nuage de vapeur de PEG produit la fumée.

La cartouche peut ne pas contenir de nicotine.

Les e-cigarettes ne contiennent pas de produits du tabac ; même la nicotine est synthétique.

Le TRAITEMENT

Vous avez donné un RDV spécifique Tabac

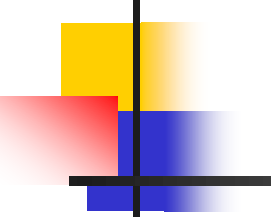
Traitement de la dépendance NON Pharmacologique

- **une aide psychologique et relationnelle** (Grade A)
- thérapie comportementale : aide le sujet à se débarrasser de son comportement ("[trucs comportementaux](#)")
 - thérapie cognitive : cherche à modifier l'idée que le sujet se fait de son comportement et de son environnement

Les traitements pharmacologiques et les thérapies cognitivo-comportementales sont complémentaires. (niveau 1)

C'est 80% du traitement

TRUCS Comportementaux



5 "trucs" de base quand l'envie de fumer arrive

- retarder, même pour une courte période
- boire de l'eau
- faire une inspiration profonde
- faire quelque chose d'autre
- discuter le besoin avec quelqu'un d'autre

Autres "trucs"

- écrire une liste de bonnes raisons pour ne plus fumer et l'afficher de façon visible
- se séparer de tous les produits rappelant le tabac (cendrier, briquet, allumettes...)
- nettoyer tous les vêtements pour enlever l'odeur de la cigarette
- s'assurer le soutien de non-fumeurs (amis, parents, collègues de travail)
- changer les habitudes liées au tabagisme
- changer les habitudes dans la vie quotidienne pour réduire les associations avec le tabac
- garder les mains occupées
- s'asseoir dans les zones non fumeurs
- éviter les situations à rechute
- parler et penser positivement sur le sevrage et le futur
- essayer d'éviter les stress immédiatement après le sevrage
- remplacer fumer par une autre activité
- faire de l'exercice
- mettre de côté l'argent dépensé antérieurement pour le tabac pour s'acheter quelque chose
- ne pas boire d'alcool qui est souvent associé à la rechute
- éviter, même temporairement, les situations sociales associées au tabagisme
- s'habituer à dire "non merci, je ne fume pas"
- demander aux autres fumeurs de ne pas vous offrir de cigarettes, l'éviter de fumer en votre présence

AUTRES TTT

- vaccins anti-nicotine (CYT002-NicQb[®] ; NicVAX[®] ; TA-NIC[®]) : induit des anticorps anti-nicotine se fixant sur la nicotine circulante et empêchant la molécule de se fixer sur ses récepteurs neuronaux. Injections intra-musculaires à un mois d'intervalle avec développement d'IgG en 2 semaines ; effet important chez les sujets ayant le plus fort taux de nicotine. Réduit le taux de nicotine atteignant le cerveau sans l'éliminer complètement ; donc risque d'augmentation de la consommation de tabac chez certains fumeurs. Pourrait être utile dans la prévention de la rechute et dans la prévention de l'initiation chez l'adolescent. Les premiers résultats sont encourageants montrant un lien entre le taux d'anticorps induit et le taux de sevrage ($p = 0.0001$) avec un taux d'abstinence à 6 mois double du placebo (24,6% vs 13%) (Rennard, 2007).

CAS PARTICULIERS

● **intervention chirurgicale programmée** : le **sevrage tabagique** diminue les complications post-opératoires (niveau 2).

Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac ou une diminution de la consommation de tabac par des substituts nicotiques au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale (Grade B).

● **femme enceinte** : plus l'arrêt est obtenu tôt, plus les bénéfices sont importants ; le **sevrage tabagique** doit être proposé dès la première visite et tout au long de la grossesse.

Thérapie cognitivo-comportementale en première intention (accord professionnel).

En cas d'échec, substituts nicotiques au cas par cas après le 6ème mois de grossesse.

Le **Bupropion** est **déconseillé**.

● **allaitement** : Thérapie cognitivo-comportementale en première intention (accord professionnel).

En cas d'échec, substituts nicotiques en préférant les gommes après la tétée et en évitant les systèmes transdermiques (Grade C).

Le **Bupropion** est **déconseillé** car il passe dans le lait maternel.

● **pathologies cardio-vasculaires** : les substituts nicotiques sont bien tolérés chez les patients coronariens et ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme (niveau 2).

Les substituts nicotiques sont recommandés chez les patients coronariens fumeurs (Grade B).

● **troubles psychiatriques** : chez les patients psychiatriques lourds, il ne faut envisager le **sevrage tabagique** que lorsque l'état neuropsychique est stabilisé (accord professionnel).

Le bupropion n'est pas recommandé (accord professionnel).

● **personnes âgées** (> 65 ans) : l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales et des substituts nicotiques est recommandée (Grade B).

Le bupropion n'a pas été testé dans cette classe d'âge.

● **adolescents** : les substituts ne peuvent s'utiliser qu'à partir de 15 ans (AMM). Le bupropion n'a pas été testé dans cette classe d'âge.

Le TABAC et VOUS

Sevrage tabagique : attitudes et pratiques des médecins généralistes

97,8 % des médecins généralistes déclarent prendre en charge eux-mêmes leurs patients désirant arrêter de fumer, soit seuls (86,5 %) soit en liaison avec une structure (11,3 %).

Le patch est le plus prescrit (53 %) devant le bupropion (19,2 %), l'arrêt volontaire (7,7 %) et toutes les autres techniques.

50,4 % se sentent assez (42,5 %) voire très (7,9 %) efficaces pour faire changer le comportement tabagique de leurs patients.

Dans une enquête récente, 50 % des femmes enceintes fumeuses ont dit que leur médecin ne les avait pas incitées à arrêter de fumer.

Réf :

● Blanchon B, Parmentier M, Colau JC, Dautzenberg B, Blum-Boisgard C. Tabac et grossesse. Etude de l'assurance maladie des professions indépendantes en Ile-de-France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33;21-9

Au-delà de l'action individuelle, il ne faut pas oublier l'approche

- groupale : thérapies de groupe
- sociale : basée sur une dynamique collective au sein de réseaux familiaux, amicaux ou professionnels (Christakis, 2008)
- sociétale : par l'action législative et réglementaire

Réf :

● [Christakis](#) NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Eng J Med* 2008;358:2249-58