

5 LES THERAPEUTIQUES AYANT DEMONTRE LEUR EFFICACITE

5.1 Le traitement nicotinique de substitution (TNS)

Bénéfices attendus

C'est le traitement pharmacologique le mieux évalué. Il agit essentiellement à la période de sevrage. Les dernières méta-analyses réalisées portent sur 96 essais thérapeutiques contrôlés et plus de 35 692 fumeurs. L'efficacité du traitement nicotinique de substitution contre placebo est clairement démontrée (Niveau de preuve = I) [30-49bis]. Dans la plupart des études, les substituts nicotiques permettent de doubler le taux d'abstinence tabagique à 6 mois par rapport au placebo. A un an, 18 % des fumeurs ayant été traité par des substituts nicotiques sont abstinents contre 10 % dans le groupe placebo [30-49bis].

Recommandations : Les substituts nicotiques sont recommandés dans l'aide à l'arrêt du tabac chez les patients dépendants (Grade A).

Les formes galéniques existantes

Les substituts nicotiques sont disponibles en France sous forme de gommes à mâcher, de timbres transdermiques et de comprimés sublinguaux et à sucer, de spray nasal et d'inhalateur.

La gomme à mâcher, historiquement le premier des substituts nicotiques, commercialisée en France depuis 1986, existe aujourd'hui en deux dosages : 2 et 4 mg. La dose de nicotine libérée est en moyenne soit de 1 mg pour les gommes de 2 mg (50 %) soit de moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg (50 %) [40].

Il existe des gommes de saveurs différentes (menthol, orange, fruits...). La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'efficacité de la nicotine libérée par la gomme est optimale lors de la mastication de la gomme et non lors de la déglutition. Les taux plasmatiques de nicotine obtenus sont moindre que ceux obtenus par la prise de cigarette. La survenue d'effets indésirables au niveau buccal ou au niveau gastrique résulte fréquemment d'un mauvais usage de la gomme. Il faut préciser au patient que la gomme ne doit pas être utilisée comme un chewing-gum, mais à l'inverse, mâchée très lentement et que la salive ne doit pas être déglutie. Le risque de transfert de la dépendance aux cigarettes vers une dépendance à la gomme, sans être nul, reste marginal [41].

Le système transdermique (timbre ou patch) a été développé pour éviter ces difficultés d'usage liées aux gommes. Le timbre permet la meilleure observance ("compliance" en anglais) (Niveau de preuve : II) et il présente une grande facilité d'utilisation [42]. Par contre, certains patients ne le tolèrent pas à cause de réactions cutanées locales relativement fréquentes. Pour les éviter, il faut changer le site d'application du timbre quotidiennement. Il peut être parfois utile d'utiliser une crème de dermocorticoïde après l'application.

Il existe des systèmes pouvant être portés durant 24 heures qui délivrent au maximum une dose de 21 mg de nicotine par jour et des systèmes pouvant être portés 16 heures qui délivrent au maximum une dose de 15 mg de nicotine par jour.

Il apparaît d'après les études réalisées que l'efficacité est identique entre les différentes formes galéniques. Il apparaît également que le choix de la dose est un facteur important du succès. Les taux de succès sont améliorés si les substituts nicotiques apportent une quantité

de nicotine à peu près identique à celle que le fumeur retirait de sa consommation de cigarettes. Or, il est apparu que les gommes et les timbres ne substituent pas à 100 % [43, 44]. Il a été alors proposé afin d'optimiser la substitution d'augmenter la dose de patch [45] ou d'associer différents substituts entre eux. Les timbres hautement dosés semblent sûrs et efficaces au-delà de 21 mg. (Niveau de preuve : II) [46]. Il existe actuellement quelques études ayant évalué l'utilité d'associer différentes formes galéniques afin d'optimiser les apports de nicotine au patient [47, 48]. Cette association a permis d'augmenter les chances de succès dans quelques études, mais pas de façon systématique (Niveau de preuve = II) [49]. Cette association apparaît bien tolérée.

Les pastilles sublinguales ou les pastilles à sucer ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à la nicotine. Contrairement aux gommes, les pastilles n'ont pas de matrice retenant une partie de la nicotine. Une pastille de 2 mg libère approximativement 2 mg de nicotine, celle de 4 mg libère approximativement 4 mg de nicotine. Elles ont été conçues pour répondre à la demande de fumeurs pour lesquels l'usage du timbre et de la gomme ne convenait pas pour des raisons gestuelles.

L'inhaleur est désormais disponible en France. Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres substituts nicotiques. Son 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. L'effet principal de ce substitut réside, semble-t-il, dans une aide comportementale aux personnes pour lesquelles la gestuelle est très importante.

Le spray permet de délivrer la nicotine par la narine. Son utilisation est limitée par un risque de dépendance non négligeable. D'ailleurs, les fumeurs les plus dépendants préfèrent le spray et l'inhaleur, sans doute en raison de leur pharmacocinétique plus proche de celle de la cigarette (Niveau de preuve : II)[39].

Recommandations : Plusieurs études contrôlées ont montré une bonne tolérance et parfois une efficacité majorée de l'association de deux substituts nicotiques afin d'obtenir une posologie optimale (niveau de preuve = II). Cette stratégie peut être recommandée chez les patients très fortement dépendants ou sous-dosés par un seul type de substitut (Grade B). L'association de différentes formes galéniques de substituts nicotiques doit s'effectuer sous le contrôle d'un médecin (Accord professionnel).

Il est conseillé d'ajuster les doses de substituts nicotiques selon le score de Fagerström et les symptômes de surdosage (bouche pâteuse, diarrhée, palpitations, insomnie) ou de sous-dosage (apparition d'un syndrome de sevrage marqué). Il peut être utile d'associer plusieurs timbres transdermiques fortement dosés en début de traitement chez les fumeurs les plus dépendants (Grade B).

Choix des modalités du traitement de substitution nicotinique

Toutes les formes galéniques ont une efficacité similaire à posologie égale lorsque l'on compare les taux de succès obtenus dans les différentes études. Le choix entre les différentes formes galéniques peut être fondé sur la susceptibilité aux effets indésirables, à la préférence du candidat à l'arrêt, ou la disponibilité (selon les pays) (Niveau de preuve = I). Il semble que les fumeurs les plus dépendants présentent plus de succès avec la gomme à 4 mg qu'avec la gomme à 2 mg (Niveau de preuve = II). Chez les gros fumeurs, l'efficacité des timbres utilisés sur 16 heures et 24 heures semble similaire (Niveau de preuve = II). L'utilisation du

timbre transdermique au delà de 8 semaines de traitement ne semble pas devoir augmenter les taux de succès. Dans la majorité des études, le traitement par patch est diminué progressivement par paliers sur 8 à 12 semaines. Il n'existe cependant pas de différence d'efficacité dans les études ayant comparé une diminution progressive des doses de timbre à un arrêt brutal.

L'efficacité des substituts nicotiques ne dépend pas de la quantité de support comportemental d'accompagnement (Niveau de preuve = II), mais l'association avec une prise en charge cognitivo-comportementale augmente les taux d'abstinence au-delà de ce que chaque traitement peut faire seul (Niveau de preuve = I).

Recommandations : La durée d'administration recommandée des substituts nicotiques lors de la phase initiale de sevrage tabagique est de 6 semaines au minimum jusqu'à 6 mois maximum (selon les patients) (Accord professionnel).

Effets indésirables

Certains effets indésirables peuvent être rencontrés avec les gommes et les pastilles sublinguales souvent en cas d'utilisation inadéquate : brûlures pharyngées, hoquets, brûlures d'estomac.

L'utilisation des gommes à mâcher expose certains patients aux risques de rupture d'amalgames dentaires et de décollement de prothèse dentaire.

Les timbres exposent au risque de dermatite d'irritation avec prurit et à l'eczéma de contact.

La prise de nicotine ne possède pas de risque significatif d'induction d'accidents cardiovasculaires, y compris chez les patients atteints de maladie cardio-vasculaire notamment coronarienne. (Niveau de preuve = I). Le rapport bénéfice-risque du traitement nicotinique de substitution (TNS) est très favorable, y compris chez les patients atteints de maladie cardiovasculaire (Niveau de preuve = I).

La nicotine n'est pas une cause substantielle de cancer par elle-même. Des nitrosamines carcinogènes dérivées de la nicotine pourraient être formées dans l'organisme dans certaines conditions après administration de nicotine de substitution. Les quantités de ces carcinogènes sont supposées être faibles, mais des études sont nécessaires afin de déterminer si ces quantités peuvent représenter un quelconque danger pour la santé en cas d'utilisation de TNS à long terme. Les risques en cas d'utilisation de TNS à court terme au cours d'un sevrage sont insignifiants en comparaison avec les risques associés au tabagisme (Niveau de preuve = I).

Il est probable que la substitution nicotinique est moins dangereuse que la poursuite du tabagisme qui expose à la fois la mère et le fœtus, non seulement à la nicotine, mais aussi multiples autres toxines de la fumée de tabac (Niveau de preuve = II).

Certaines formes de TNS peuvent présenter un potentiel addictif. Ce potentiel est probablement plus grand avec les produits qui délivrent la nicotine le plus rapidement. L'incidence d'usage abusif est nulle (timbre) ou très faible (<10% des utilisateurs de gomme, de spray nasal ou d'inhalateur). Même si une dépendance aux TNS se développe, il est probable qu'on obtiendra un bénéfice global pour la santé si l'individu ne fume plus (Niveau de preuve = I).

5.2 Le bupropion LP (Zyban®)

Bénéfices attendus

Il s'agit d'un médicament utilisé dans certains pays comme antidépresseur. Il agit en inhibant la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau synaptique dans le système nerveux central. Son efficacité dans le sevrage tabagique a été démontrée dans plusieurs essais thérapeutiques contrôlés ayant inclus un total de 2292 patients non déprimés (Niveau de preuve = I). Les métaanalyses font apparaître une supériorité légère mais régulière du bupropion LP par rapport au traitement de substitution nicotinique. Il n'existe pas de preuve que l'association du bupropion LP et de substituts nicotiniques soit plus efficace que chacun des produits utilisés seuls (Niveau de preuve = III). A ce jour, la seule étude ayant évalué cette association ne montre pas de différence d'efficacité entre le bupropion LP seul ou en association avec les substituts nicotiniques.

Recommandations : La durée habituelle de traitement par le bupropion LP est de 8 semaines (7 à 9 semaines) (Grade A).

L'association de bupropion LP et de substituts nicotiniques n'a pas démontré d'efficacité supérieure à chacun des traitements utilisés seuls.

L'efficacité du bupropion LP a été démontrée dans des essais thérapeutiques comportant des critères d'inclusion restrictifs. Son efficacité dans d'autres populations de patients reste à démontrer. Le bupropion LP a été démontré efficace chez :

1)- Des fumeurs chroniques âgés de plus de 18 ans, en bon état de santé général, indemnes de pathologies cardiaque, rénale, endocrine, cutanée, neurologique, psychiatrique et d'hypertension artérielle

- fumant plus de 15 cigarettes/jour
- motivés à l'arrêt du tabac

2)- Des fumeurs atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) débutante ou modérée : stade I (VEMS = 50 %) et stade II (VEMS = 35 %) de la classification internationale, motivés à l'arrêt du tabac et consommant au moins 15 cigarettes/jour l'année précédente et ne s'étant pas arrêté de fumer plus de trois mois l'année précédente.

Modalités du traitement par le bupropion LP

Les modalités suivantes de prescription du bupropion LP sont recommandées (grade A) :

- *Respect strict des contre-indications :*
 - antécédents d'hypersensibilité au bupropion LP à l'un de ses excipients
 - troubles convulsifs évolutifs
 - antécédents de convulsion
 - tumeur du système nerveux central
 - troubles bipolaires (ex : psychose maniaco-dépressive)
 - sevrage alcoolique
 - sevrage en benzodiazépines et produits apparentés
 - traitement par IMAO
 - anorexie, boulimie, actuelles ou anciennes
 - insuffisance hépatique sévère
- *Recherche systématique chez tous les patients de facteurs de risque de convulsions qui abaissent le seuil épileptogène :*
 - administration concomitante d'autres médicaments connus pour abaisser le seuil épileptogène. (ex : antipsychotiques, antidépresseurs, antipaludéens, tramadol, théophylline, stéroïdes administrés par voie systémique, quinolones et antihistaminiques sédatifs). En cas de prescription de médicaments de ce type chez un patient en cours de traitement par le bupropion LP, la dose maximale de 150 mg par jour est préconisée pour la durée de traitement restante.
 - abus d'alcool
 - antécédent de traumatisme crânien
 - diabète traité par antidiabétiques oraux ou par insuline
 - utilisation de produits psychostimulants ou anorexigènes.
- *Il est recommandé de se référer au résumé des caractéristiques du produit (RCP) lors de sa prescription en raison des précautions d'emploi et des modalités posologiques particulières.*
- *Le bupropion LP n'est pas inscrit sur la liste des médicaments remboursables.*

Effets indésirables

Le bupropion LP présente un risque de convulsions (estimé à 1/1000, soit 0,1 %) Ces crises sont principalement généralisées de type tonico-cloniques. Il s'agit de l'effet indésirable le plus grave et le plus redouté du produit d'où ses contre-indications d'emploi. D'un point de vue pratique, l'effet indésirable le plus fréquemment rencontré est l'insomnie qui impose de décaler la prise du 2^{ème} comprimé en respectant toujours un intervalle de 8 heures. Les médecins doivent connaître la possibilité d'usage détourné du bupropion LP dans un but psychostimulant et/ou récréatif.

Principaux effets indésirables du bupropion LP

Fréquence	Système-organe	Effets indésirables
Fréquents : >1/100	Signes généraux Système gastro-intestinal Système nerveux central Peau/hypersensibilité Organes des sens	Fièvre Sécheresse de la bouche, troubles digestifs incluant nausées et vomissements, douleur abdominale, constipation Insomnie, tremblements, troubles de la concentration, céphalées, sensations vertigineuses, dépression, agitation, anxiété Eruptions cutanées, prurit, sueurs Réactions d'hypersensibilité telle que urticaire Troubles du goût
Occasionnels : <1/100 >1/1 000	Signes généraux Appareil cardio-vasculaire Système nerveux central Système endocrinien et métabolisme Organes des sens	Douleur thoracique, asthénie Tachycardie, élévation de la pression artérielle (parfois sévère), bouffées vasomotrices Confusion Crises convulsives Anorexie Acouphènes, troubles visuels
Rares : <1/1 000 >1/10 000	Appareil cardio-vasculaire Système nerveux central	Vasodilatation, hypotension orthostatique, syncope Irritabilité, agressivité Réactions d'hypersensibilité plus sévères incluant œdèmes de Quincke, dyspnée/bronchospasme et choc anaphylactique Arthralgies, myalgies, et fièvre ont été également rapportées en association avec des éruptions cutanées et d'autres symptômes évocateurs d'une hypersensibilité retardée. Ces symptômes peuvent ressembler à ceux d'une maladie sérique. Des cas d'érythème polymorphe et de syndrome de Stevens–Johnson ont été également rapportés.

Il n'existe pas de données actuelles sur le risque d'hypertension artérielle pulmonaire et de valvulopathie avec le bupropion LP. Les données de tolérance du bupropion LP chez des patients atteints de maladies cardiovasculaires et chez la femme enceinte ne sont pas disponibles. Ses propriétés pharmacologiques et des expérimentations chez l'animal font craindre un risque de toxicomanie et de mésusage du produit. Ces risques potentiels devront être recherchés et évalués avant sa prescription. Il est par ailleurs recommandé que chaque praticien signale à l'Afssaps tout usage détourné ou toute dépendance au produit.

L'Afssaps a mis en place un programme de surveillance du bupropion LP qui s'appuie sur : d'une part, le réseau des Centres d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP) chargés du recueil et de l'évaluation des cas d'abus des substances psycho-actives et de dépendance et, d'autre part, des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) chargés du recueil et de l'évaluation des déclarations d'effets indésirables des médicaments. Tout médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme a l'obligation de signaler immédiatement d'une part aux CEIP tout cas de pharmacodépendance ou d'abus grave, d'autre part aux CRPV tout effet indésirable grave.

5.3 Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les T.C.C. représentent l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. Elles font référence aux modèles issus des théories de l'apprentissage (conditionnement classique, opérant et apprentissage social), ainsi qu'aux modèles cognitifs fondés sur l'étude du traitement de l'information (processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement du sujet et qui interviennent dans les processus émotionnels). Ces techniques semblent particulièrement intéressantes dans le cadre du sevrage tabagique, car il apparaît que le tabagisme est un comportement qui se caractérise par un trouble de l'apprentissage qui aboutit à une perte de contrôle de la consommation. De plus, comme dans d'autres toxicomanies, des facteurs cognitifs et des émotions peuvent contribuer à la rechute ou au maintien de la consommation. En intervenant à un niveau comportemental, cognitif et émotionnel, les T.C.C. ont pour but de diminuer les rechutes et de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel apprentissage [100].

L'utilisation de la thérapie comportementale et cognitive permet de multiplier par deux le taux d'abstinence à 6 mois [3]. Cette approche thérapeutique peut être conseillée en première intention pour tout sujet décidé à s'arrêter. Elle est complémentaire à la prise en charge pharmacologique de la prévention de symptômes de sevrage (par les substituts nicotiques ou le bupropion LP) et les taux d'abstinence sont supérieurs quand les deux approches sont combinées. La majorité des études qui évaluent les thérapies médicamenteuses est d'ailleurs réalisée avec l'apport systématique des T.C.C. Elles peuvent être utilisées seules ou, mieux, en association avec une prise en charge pharmacologique. Elles peuvent être employées lors des trois phases de l'arrêt : la préparation, le sevrage puis la prévention de la rechute.

Dans les 30 dernières années, de nombreuses stratégies ont été testées. La plupart des stratégies qui ont été testées se révèlent inefficaces selon les critères d'évaluation actuels. Seules quelques techniques ont démontré leur efficacité. Les techniques issues des entretiens motivationnels sont particulièrement utiles dans la phase de préparation, mais également dans le suivi afin de soutenir la motivation du patient. Il est utile de conseiller au patient une

activité physique qui pourrait faciliter l'abstinence. Bien que la période de sevrage puisse être gérée par les substituts nicotiques, certaines techniques comportementales permettent de diminuer les apports nicotiques avant le sevrage afin d'en limiter l'intensité. Ces techniques peuvent présenter une certaine utilité chez les gros fumeurs. Cette technique non aversive a pour but de faciliter le sevrage en diminuant l'intensité du sevrage pharmacologique par une diminution progressive des apports de nicotine avant la tentative d'arrêt. Certains ont proposé dans ce but de ne fumer que la moitié de la cigarette [30] ou de passer à des cigarettes qui contiennent des taux réduits de nicotine [31]. Malgré des résultats encourageants [31-33], cette procédure est limitée par le phénomène d'auto-titration, qui consiste, pour un fumeur à maintenir un certain niveau de nicotémie en modifiant inconsciemment sa façon de fumer. Les fumeurs atteignent finalement la consommation minimale nécessaire pour maintenir un certain taux de nicotine plasmatique. Cette stratégie peut néanmoins être utile au titre de la préparation à l'arrêt chez un fumeur fumant un grand nombre de cigarettes [3]. Toutefois, il faut préciser au patient que ces techniques ne réduisent pas le risque pour la santé.

Une fois l'arrêt instauré, la prise en charge s'oriente sur la prévention de la rechute. Le but consiste à aider les patients à identifier les situations dans lesquelles ils sont le plus susceptibles de fumer, à les éviter si nécessaire, et surtout à faire face plus efficacement. Pour cela, plusieurs techniques de prévention de la rechute peuvent être utilisées : les stratégies d'ajustement du comportement, la méthode de résolution de problème, l'apprentissage d'habiletés nouvelles et les techniques de gestion du stress. Les études portant sur la rechute sont centrées sur trois domaines : les modèles de rechute, les facteurs prédictifs ou déclenchant de la rechute et les stratégies pour prévenir la rechute. Shiffman a montré que ces techniques d'ajustement ou de « *coping* » permettent, par une combinaison de stratégies comportementales et cognitives, de gérer des situations de crise et ainsi d'éviter la rechute [34, 35]. Certains programmes associent le développement des compétences sociales par l'affirmation de soi aux techniques cognitives de résolution de problèmes. Ces programmes visent également à développer les capacités de gestion du stress, l'estime de soi, la communication sociale et la prise de décision. La méthode de résolution de problème a été utilisée avec efficacité pour augmenter les taux d'abstinence [1]. Plusieurs études ont montré l'utilité de l'entraînement comportemental [36, 37]. Toutefois, l'augmentation des niveaux d'abstinence, quoique assez faible, demeure significative. Ces techniques ont pour but d'anticiper les diverses situations à risque d'entraîner une pulsion à fumer ou un faux pas. Ces situations « environnementales » à risque de rechute sont nombreuses. On peut citer, parmi les plus fréquentes : les soirées, les conflits ou même certaines pensées. Au tout début du sevrage tabagique, il peut être conseillé d'éviter les situations à risque (contrôle du stimulus). Plus tard, les patients préparent des stratégies de gestion de ces situations. Une gestion comportementale d'une situation à haut risque peut consister à quitter momentanément la situation, à la substituer par un autre comportement (marche, relaxation...) ou à utiliser les compétences acquises afin de gérer le stimulus déclenchant (techniques de refus, d'affirmation de soi, de gestion du temps). Une gestion cognitive a pour objectif d'identifier les pensées dysfonctionnelles, de lutter contre ces pensées et de les remplacer par des pensées plus positives, comme se rappeler pourquoi il est important de s'arrêter de fumer et que la pulsion à fumer est de courte durée et va bientôt cesser. Il ne faut pas culpabiliser les faux-pas et au contraire rassurer les patients. En effet, selon le modèle de Marlatt et Gordon, l'effet de violation de l'abstinence peut pousser certains sujets à la rechute en leur faisant perdre confiance dans leur capacité personnelle à s'arrêter [38].

Les techniques cognitives présentent également un intérêt pour gérer les pulsions à fumer. Ces stratégies seront d'autant plus efficaces que les sujets s'y seront entraînés et qu'ils auront confiance en leurs capacités à gérer efficacement les situations à haut risque. Il est toujours

important, dans un style relationnel empreint d'esprit de collaboration et de respect, de stimuler la motivation et le sentiment d'efficacité personnelle du patient. Il est utile également de fournir au patient un soutien, à la fois dans le cadre de la thérapie et également à l'extérieur de celle-ci [1, 39].

Le patient peut bénéficier d'une aide thérapeutique par l'intermédiaire de matériel d'auto-support, par l'intervention brève d'un thérapeute ou par une intervention plus intensive qui s'effectue alors dans le cadre d'un groupe ou d'une consultation individuelle. Les brochures généralistes sur le conseil à l'arrêt délivrées sans support individualisé ont une efficacité faible sur le nombre d'arrêts. Leur impact individuel est plus faible et plus incertain qu'une intervention face à face. (Niveau de preuve = II). Des appels téléphoniques de la part d'un conseiller à l'arrêt pourraient être plus efficaces qu'une simple brochure. (Niveau de preuve = II) Il semblerait que des brochures individualisées soient plus efficaces que des brochures standards. (Niveau de preuve = III). L'aide comportementale fondée sur des séances multiples individuelles ou en groupes facilite l'arrêt. (Niveau de preuve = I) Plusieurs études ont comparé l'approche individuelle et l'approche de groupe [1, 2]. Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'efficacité d'une seule approche, les deux stratégies sont efficaces et permettent d'augmenter significativement les taux d'abstinence. Il n'y a toutefois pas de différence statistique entre ces deux approches. Il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de préconiser l'une ou l'autre de ces approches, bien qu'elles ne présentent probablement pas le même rapport coût-efficacité. Le choix dépend donc de la préférence du patient et de la disponibilité des thérapies. Comme dans toute forme de psychothérapie, se pose le problème de l'intensité de l'intervention clinique. Les publications existantes ont été analysées afin de d'optimiser le mode de prise en charge des patients (cf. annexe). Il existe une relation dose-dépendante entre la durée de l'entretien individuel et le succès final [1]. Les interventions intensives sont plus efficaces que les interventions moins intensives et devraient donc être utilisées dès que possible. Toute intervention, même courte, augmente le taux d'abstinence. Bien évidemment, le suivi pour sevrage tabagique nécessite du temps, surtout si le sujet est également atteint de pathologie psychiatrique, d'une comorbidité addictive, d'une polypathologie ou d'un déficit des habiletés sociales. L'intervention doit être de durée longue pour être efficace, mais il semble utile de répéter les entretiens. Il faut voir le patient au minimum à quatre reprises. Les traitements avec des séances multiples sont plus efficaces que les traitements ne comportant qu'une session. Il existe également une relation entre le temps total passé et les taux d'abstinence [1]. Un temps total de 31 à 91 minutes permet d'obtenir des taux d'abstinence qui sont significativement plus élevés qu'avec des temps de contact plus courts. Dans ce cas, la durée correspond au temps total accumulé au fur et à mesure des sessions. Toutefois, il n'existe pas d'arguments montrant qu'un temps total dépassant 90 minutes permet d'augmenter le taux d'abstinence à un niveau supérieur. Tout se passe comme si chaque stratégie était limitée à un certain niveau d'efficacité qu'il est difficile de dépasser si la technique est employée isolément. Les taux d'abstinence sont améliorés par des stratégies qui combinent plusieurs approches [1]. De fait, les programmes de T.C.C. utilisent de façon conjointe plusieurs techniques comportementales et une prise en charge cognitive. Des stratégies de prise en charge associant une approche pharmacologique et une approche cognitivo-comportementale optimisée (« *multicomponent programs* ») semblent s'imposer de nos jours[1-3].

Recommandations : Les thérapies comportementales et cognitives sont des techniques validées et recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabac (grade A). Il s'agit de moyens efficaces d'aide à l'arrêt du tabac et de prévention des rechutes

mais peu de praticiens sont formés à ces techniques et la nomenclature ne prend pas en compte ce type de traitement.
Une approche psychologique qui privilégie le conseil individuel des différents professionnels de santé est donc recommandée (grade C). Ce processus est long et nécessite plusieurs consultations approfondies.

Parmi les techniques comportementales et cognitives, les techniques aversives ont été beaucoup utilisées aux Etats-Unis dans les années 70-80. Leur efficacité était alors reconnue, notamment en association à d'autres techniques comportementales. Le but de la thérapie est de réduire le pouvoir renforçant du tabagisme en associant la prise de cigarette avec un stimulus aversif, afin d'établir une réponse conditionnée négative à la consommation de cigarettes. Plusieurs méthodes ont été utilisées : physique (fumée chaude ou choc électrique), pharmacologique et comportementale (modification du mode de consommation des cigarettes). Les procédures d'aversion physiques se sont montrées inefficaces et sont actuellement abandonnées. La méthode pharmacologique utilisant l'acétate d'argent est également inefficace (cf. *infra*).

Une autre stratégie a consisté à induire une aversion en modifiant le mode de consommation du tabac. L'aversion peut être induite par une augmentation du rythme des inspirations des cigarettes. Une inspiration doit être effectuée toutes les 6 à 10 secondes tant que le rythme est toléré. Les sujets fument ainsi durant 3 minutes ou tant qu'ils peuvent continuer. Après une période de repos, la procédure est répétée deux ou trois fois. Les sujets doivent se concentrer sur les aspects déplaisants ressentis lors de l'inhalation rapide de la fumée. Plusieurs sessions sont répétées sur une à quatre semaines. Cette technique est souvent utilisée en individuel, mais parfois en petit groupe. Les sujets ne doivent pas fumer entre les sessions. Les résultats obtenus sont variables en fonction des équipes. Il semble que cette stratégie a un impact immédiat sur le taux d'abstinence. Toutefois, pour qu'un effet significatif à long terme soit obtenu, cette technique doit être employée avec des techniques comportementales et cognitives non aversives.

Cette technique peut être mal tolérée ce qui cause une faible observance. De surcroît, de nombreux thérapeutes se sont inquiétés des risques pour la santé. En fait, ces techniques semblent présenter peu de risque. Pour les patients à risque, sujets âgés ou présentant des troubles cardiovasculaires ou une pathologie broncho-pulmonaire chronique obstructive, il est préférable de ne pas utiliser ces techniques ou de ne les employer que sous contrôle médical [3]. Face à ces limites, des techniques mieux tolérées et sans contre-indications ont été développées. Une technique consiste à fumer de manière rapide sans inhaler la fumée. Des sensations désagréables sont induites, sans malaise général. 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 respirer par le nez et fumer à un rythme lent et régulier. Ils doivent également se concentrer sur les sensations aversives induites. Les résultats semblent comparables à ceux obtenus avec la technique d'inhalation rapide de la fumée, bien que cela soit discuté [101]. Lors de l'initiation de l'arrêt, la technique d'inhalation rapide de la fumée semble permettre d'augmenter la motivation du patient et ainsi permettre d'augmenter les taux d'abstinence. Cette technique est surtout employée outre-Atlantique dans certains cas. C'est la seule technique aversive qui semble être utile. Elle n'est toutefois pas recommandée par le groupe de travail (cf. *infra*).

Recommandations : La méthode de la fumée aversive n'est pas recommandée en raison du risque d'effets indésirables potentiels chez les patients présentant des pathologies organiques (Accord professionnel).

5.4 En appoint : Dextrose (Habitrol Stop-Envie®)

La prise de sucre peut diminuer les pulsions à fumer [60]. Des tablettes de dextrose ont été évaluées dans le cadre du sevrage tabagique [61]. Les résultats actuellement disponibles montrent une augmentation faible mais significative des taux d'abstinence tabagique (Niveau de preuve = III). Ces résultats sont à ce stade à confirmer. Ces tablettes présentent une excellente tolérance et ne favorisent pas la prise de poids. Ainsi, le rapport bénéfice-risque semble particulièrement intéressant.

<p><i>Recommandations</i> : L'utilisation de tablettes de dextrose est recommandée comme un appoint (grade C). Elles peuvent être utilisées notamment en association avec d'autres traitements pharmacologiques (Accord professionnel).</p>
