

10 ANNEXES

10.1 Annexe 1 : Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
	Total	

Score de 0 à 2 : le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Si toutefois le sujet redoute cet arrêt, les professionnels de santé peuvent lui apporter des conseils utiles.

Score de 3 à 4 : le sujet est faiblement dépendant à la nicotine.

Score de 5 à 6 : le sujet est moyennement dépendant.

L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotiniques va augmenter ses chances de réussite. Le conseil du médecin ou du pharmacien sera utile pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

Score de 7 à 10 : le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine.

L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (Traitement nicotinique de substitution ou bupropion L.P). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée

10.2 Annexe 2 : Questionnaire CAGE-DETA

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

Deux réponses positives sur les 4 items indique soit un abus soit une dépendance à l'alcool

10.3 Annexe 3 : Efficacité de la thérapie cognitive et comportementale

(selon Fiore, 2000).

Type d'intervention	Odds ratio estimé (I.C. 95 %)	Taux d'abstinence estimé après 6 mois de suivi (I.C. 95 %)
Aucun	1.0	11.2
Relaxation et exercices respiratoires	1.0 (0.7 – 1.3)	10.8 (7.9 – 13.8)
Contrats	1.0 (0.7 – 1.4)	11.2 (7.8 – 14.6)
Régime alimentaire	1.0 (0.8 – 1.3)	11.2 (7.8 – 14.6)
Réduction des doses de nicotine	1.1 (0.8 – 1.5)	11.8 (8.4 – 15.3)
Gestion des affects	1.2 (0.8 – 1.9)	13.6 (8.7 – 18.5)
Soutien lors de la thérapie	1.3 (1.1 – 1.6)	14.4 (12.3 – 16.5)
Soutien à l'extérieur de la thérapie	1.5 (1.1 – 2.1)	16.2 (11.8 – 20.6)
Résolution de problèmes	1.5 (1.3 – 1.8)	16.2 (14.0 – 18.5)
Inhalation rapide de la fumée	2.0 (1.1 – 3.5)	19.9 (11.2 – 29.0)
Autre technique aversive de fume	1.7 (1.04 – 2.8)	17.7 (11.2 – 24.9)
Thérapie individuelle	1.7 (1.4 – 2.0)	16.8 (14.7 – 19.1)

10.4 Annexe 4 : Efficacité et taux d'abstinence estimé obtenus selon des prises en charge différentes

(selon Fiore, 2000)

En fonction des durées d'entretiens individuels (n = 43 études).

Durée de l'entretien	Odds ratio estimé (I.C. 95 %)	Taux d'abstinence estimé après 6 mois de suivi (I.C. 95 %)
Pas de contact	1.0	10.9
Conseil minimal (< 3 min)	1.3 (1.01 – 1.6)	13.4 (10.9 – 16.1)
Durée faible (3 – 10 min)	1.6 (1.2 – 2.0)	16.0 (12.8 – 19.2)
Conseil d'arrêt (> 10 min)	2.3 (2.0 – 2.7)	22.1 (19.4 – 24.7)

En fonction de la durée totale des entretiens (n = 35 études).

Durée total des entretiens	Odds ratio estimé (I.C. 95 %)	Taux d'abstinence estimé (I.C. 95 %)
0 minutes	1.0	11.0
1 – 3 minutes	1.4 (1.1 – 1.8)	14.4 (11.3 – 17.5)
4 – 30 minutes	1.9 (1.5 – 2.3)	18.8 (15.6 – 22.0)
31 – 90 minutes	3.0 (2.3 – 3.8)	26.5 (21.5 – 31.4)
91 – 300 minutes	3.2 (2.3 – 4.6)	28.4 (21.3 – 35.5)
> 300 minutes	2.8 (2.0 – 3.9)	25.5 (19.2 – 31.7)

En fonction du nombre d'entretiens (n = 45 études).

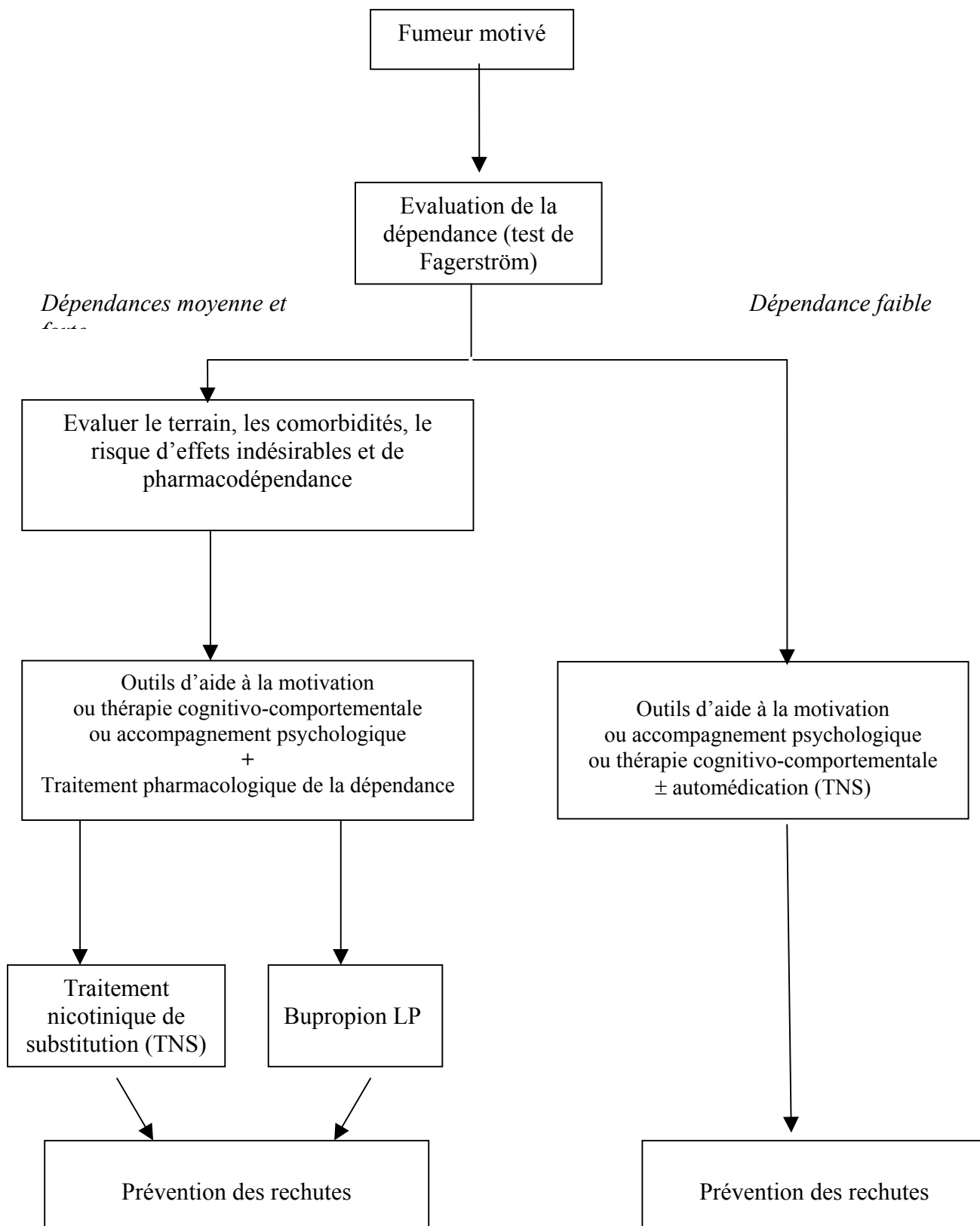
Nombre d'entretiens	Odds ratio estimé (I.C. 95 %)	Taux d'abstinence estimé (I.C. 95 %)
0 – 1 sessions	1.0	12.4
2 – 3 sessions	1.4 (1.1 – 1.7)	16.3 (13.7 – 19.0)
4 – 8 sessions	1.9 (1.6 – 2.2)	20.9 (18.1 – 23.6)
> 8 sessions	2.3 (2.1 – 3.0)	24.7 (21.0 – 28.4)

10.5 Annexe 5 : Efficacité de différents types d'intervention

(selon West et al., 2000)

Type d'intervention	Thérapie comportementale associée	Gain d'abstinence par rapport au contrôle en % (I.C. 95%)
Conseil minimal	non	2 (1-3)%
Conseil téléphonique	non	2 (1-4)%
Matériel d'auto-support	non	1 (0-2)%
Gomme à la nicotine	oui, limitée	5 (4-6)%
Gomme à la nicotine	oui, intensive	8 (6-10)%
Patch à la nicotine	oui, limitée	5 (4-7)%
Patch à la nicotine	oui, intensive	6 (5-8)%
Spray à la nicotine	oui, intensive	12 (7-17)%
Inhaleur à la nicotine	oui, intensive	8 (4-12)%
Pastille de nicotine	oui, intensive	8 (1-14)%
Bupropion LP (300 mg/j)	oui, intensive	9 (5-14)%
Thérapie comportementale individuelle intensive		7 (3-10) %
Traitement pharmacologique et cognitivo-comportemental		13-19 %

10.6 Annexe 6 : Arbre de décision



10.7 **Annexe 7 : Augmenter la motivation pour l'arrêt**

Les cinq 'R' pour les patients qui ne souhaitent pas s'arrêter le jour de la consultation.

"Relevance" ou Pertinence	Encourager le patient à indiquer pourquoi l'arrêt serait particulièrement pertinent dans sa situation. L'information qui sera donnée pour motiver le patient aura plus d'impact si elle est pertinente par rapport à sa situation. Notamment par rapport à son état de santé, sa situation familiale ou sociale (par exemple, la présence d'enfant à la maison), des soucis sur sa santé, son âge, son sexe ou toute autre caractéristique importante.
Risques	Le praticien devrait interroger le patient pour identifier les conséquences néfastes éventuelles de sa consommation tabagique. Il faut insister sur le fait que fumer des cigarettes dites 'légères' ou fumer d'autres formes de tabac que les cigarettes (pipes ou cigares) n'élimine pas ces risques. Exemples de risques : <i>A court terme</i> : essoufflements, exacerbation de l'asthme, complications lors de la grossesse, infertilité, augmentation des taux plasmatiques de monoxyde de carbone. <i>A long terme</i> : impuissance, IDM et AVC, cancer broncho-pulmonaires, autres cancers (ORL, œsophage, pancréas, vessie, col de l'utérus), BPCO. <i>Risques environnementaux</i> : augmentation du risque de cancer broncho-pulmonaire et d'atteinte cardiaque chez les proches, prévalence accrue du tabagisme chez les enfants de fumeurs, augmentation du risque d'hypotrophie néonatale, de mort subite du nourrisson, d'asthme, d'otites et d'infections respiratoires chez les enfants de fumeurs.
Récompenses	Le clinicien peut interroger le patient sur les bénéfices potentiels de l'arrêt. Le praticien pourrait en suggérer quelques-uns et surtout insister sur ceux qui paraissent le plus relevant pour le patient. Par exemples : amélioration de la santé, se sentir mieux physiquement, avoir de meilleures performances sportives, augmentation du goût et de l'odorat, économie d'argent, se sentir mieux, amélioration de l'haleine et de l'odeur de la maison et de la voiture, servir d'exemple pour les enfants, améliorer la santé des enfants, diminuer le vieillissement de la peau.
Résistances	Le praticien peut demander au patient qu'il identifie les résistances et les freins qui l'éloignent de l'arrêt. Il est utile de déterminer quelle stratégie thérapeutique (thérapie comportementale et cognitive ou prise en charge pharmacologique) pourra lever ces résistances. Classiquement on détecte des résistances liées à la crainte du syndrome de sevrage, la peur d'échouer, la peur de prendre du poids, le manque d'aide par l'entourage, la survenue d'un trouble dépressif, le refus de perdre le plaisir apporté par le tabac.
Répétition	Les interventions qui ont pour but d'augmenter la motivation pour l'arrêt doivent être répétées à chaque fois que le patient consulte un praticien. Il faut préciser aux fumeurs qui ont échoué lors de tentatives précédentes que la plupart des patients effectuent plusieurs tentatives avant d'obtenir un arrêt réussi.

10.8 Annexe 8 : Adaptation des stratégies de prévention de la rechute en fonction des échecs antérieurs

Problèmes	Réponses
Manque de soutien	Prévoir des rendez-vous fréquents ou des appels téléphoniques avec le patient Aider le patient à identifier des proches pouvant l'aider Adresser le patient à une association (ex. Nicotine Anonyme) qui offre un soutien
Survenue de troubles thymiques	Fournir une prise en charge cognitivo-comportementale ou pharmacologique adaptée. Si nécessaire adresser le patient à un psychiatre.
Syndrome de sevrage d'intensité forte ou élevée	Envisager de mettre en route ou de prolonger l'utilisation d'un traitement pharmacologique. Il peut être parfois utile d'associer différentes formes galéniques afin de réduire les symptômes de sevrage.
Prise de poids	Recommander l'activité physique. Décourager les régimes stricts. Rassurer le patient sur le fait que la prise de poids est un phénomène courant qui reste en général limité. Insister sur l'équilibre alimentaire. Maintenir de façon prolongée le patient sous traitement pharmacologique afin de retarder la prise de poids : notamment le bupropion LP et les substituts nicotiniques sous forme de gomme. Adresser le patient à un spécialiste
Perte de motivation et sensation de privation	Rassurer le patient en lui précisant que ces pensées sont fréquentes Recommander des activités agréables pour le patient Il peut être utile de doser la cotinine pour s'assurer que le patient ne consomme pas de tabac de façon intermittente Insister sur le fait que la prise même d'une bouffée sur une cigarette augmentera les pulsions à fumer et rendra l'arrêt plus difficile.

10.9 Annexe 9 : Pour en savoir plus sur Internet

Nom	Adresse	Population cible	Langue
	www.exfumeur.com	Professionnels, public	Français
Afssaps	www.afssaps.sante.fr	Professionnel	Français
Brisith Medical Association	www.tobacco-control.org	Professionnels	Anglais
Centre de ressources sur le tabac et la santé (Ligue nationale contre le cancer)	www.tabac-info.net	Public, professionnels	Français
INPES	www.inpes.sante.fr	Professionnels	Français
Ministère de la santé	www.sante.gouv.fr	Public, professionnels	Français
Société de Tabacologie	www.tabacologie.globalink.org	professionnels	Français
SRNT, OMS	www.treatobacco.net	Professionnels	Anglais, Français
Université de Genève	www.stop-tabac.ch	Public	Français

10.10 Annexe 10 : Efficacité des traitements de substitution nicotinique¹
 (méta-analyse)

	Nombre d'essais randomisés contre un groupe contrôle	Odds ratio d'abstinence comparativement à un placebo à 12 mois (intervalle de confiance 95 %)
Gommes à mâcher	n = 51	1,66 (1,52 - 1,81)
Timbre (dispositif transdermique)	n = 34	1,74 (1,57 - 1,93)
Spray nasal	n = 4	2,27 (1,61 - 3,2)
Inhaleur	n = 4	2,08 (1,43 - 3,04)
Tablettes sublinguales	n = 3	2,08 (1,64 - 1,86)
Méta-analyse globale	n = 96 essais incluant 35.692 fumeurs	1,74 (1,64 - 1,86)

¹ Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 4 2002. Oxford : Update Software.

10.11 Annexe 11 : bupropion LP : principaux essais

Auteur	Année	Nombre sujets inclus	Caractéristiques des patients	Type d'essai	Doses et durée	Principaux résultats cliniques		
						Abstinence tabagique à 6 semaines	Abstinence tabagique à 6 mois	Abstinence tabagique à 12 mois
HURT et Coll	1997	615	> 18 ans, >15 cigarettes/j, bonne santé générale (exclusion : antécédents de convulsion, dépression, anorexie, boulimie, troubles psychiatriques, dépendance à l'alcool, addiction à des drogues, pathologies cardiaques, pulmonaire, endocrine, rénale, hépatique, HTA, grossesse, allaitement) dépendance forte au test de Fagerström > 6, motivé à l'arrêt du tabac	Randomisé en double aveugle avec suivi de 52 semaines (1 an)	<u>Durée 8 semaines</u> Placebo (n=153) bupropion 100 mg/j (n=153) bupropion 150 mg/j (n=153) bupropion 300 mg/j (n=156)	19 % 28,8* % 38,6* % 44,2* %	15,7 % 24,2 % 27,5* % 26,9* %	12,4 % 19,6 % 22,9* % 23,1* %
JOENBY et Coll	1999	893	> 18 ans, > 15 cigarettes/j, bonne santé générale, (exclusion : antécédents de convulsion, dépression, anorexie, boulimie, troubles psychiatriques, dépendance à l'alcool, addiction à des drogues pathologies cardiaque, pulmonaire, endocrine, rénale, hépatique, HTA, grossesse, allaitement) dépendance forte au test de Fagerström > 6, motivé à l'arrêt du tabac	Randomisé en double aveugle avec suivi de 52 semaines (1 an)	<u>Durée 9 semaines</u> Placebo (n=160) Patch nicotine (n=244) (21 mg x 7 semaines puis 14 mg x 1 semaine puis 7 mg x 1 semaine) bupropion 300 mg (n=244) bupropion 300 mg + patch nicotine (n=245)		18,8 % 21,3 % 34,8* % 38,8 %	15,6 % 16,4 % 30,3* % 35,5* %
TASHKIN et Coll	2001	404	Adulte avec BPCO, stade I VEMS > 50 % et stade II (VEMS > 35 % < 49 %) > 15 cigarettes/j dépendance forte au test de Fagerström > 6 motivé à l'arrêt du tabac	Randomisé en double aveugle avec suivi de 26 semaines (6 mois)	<u>Durée 12 semaines</u> Placebo (n=200) bupropion 300 mg (n=204)	17 % 29* %	9 % 16* %	

*Significatif *versus* placebo BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive VEMS : volume expiratoire maximal à la 1^{ère} seconde

10.12 Annexe 12 : stades de la maturation du fumeur vers l'arrêt

Il s'agit d'une théorie¹ utile pour comprendre comment le fumeur chemine vers une vie sans tabac.

Pré-contemplation (fumeur consonant : pas décidé de s'arrêter)

Contemplation (ambivalence, dissonance, désir d'arrêter mais pas tout de suite)

Décision (arrêt très proche)

Action (arrêt récent)

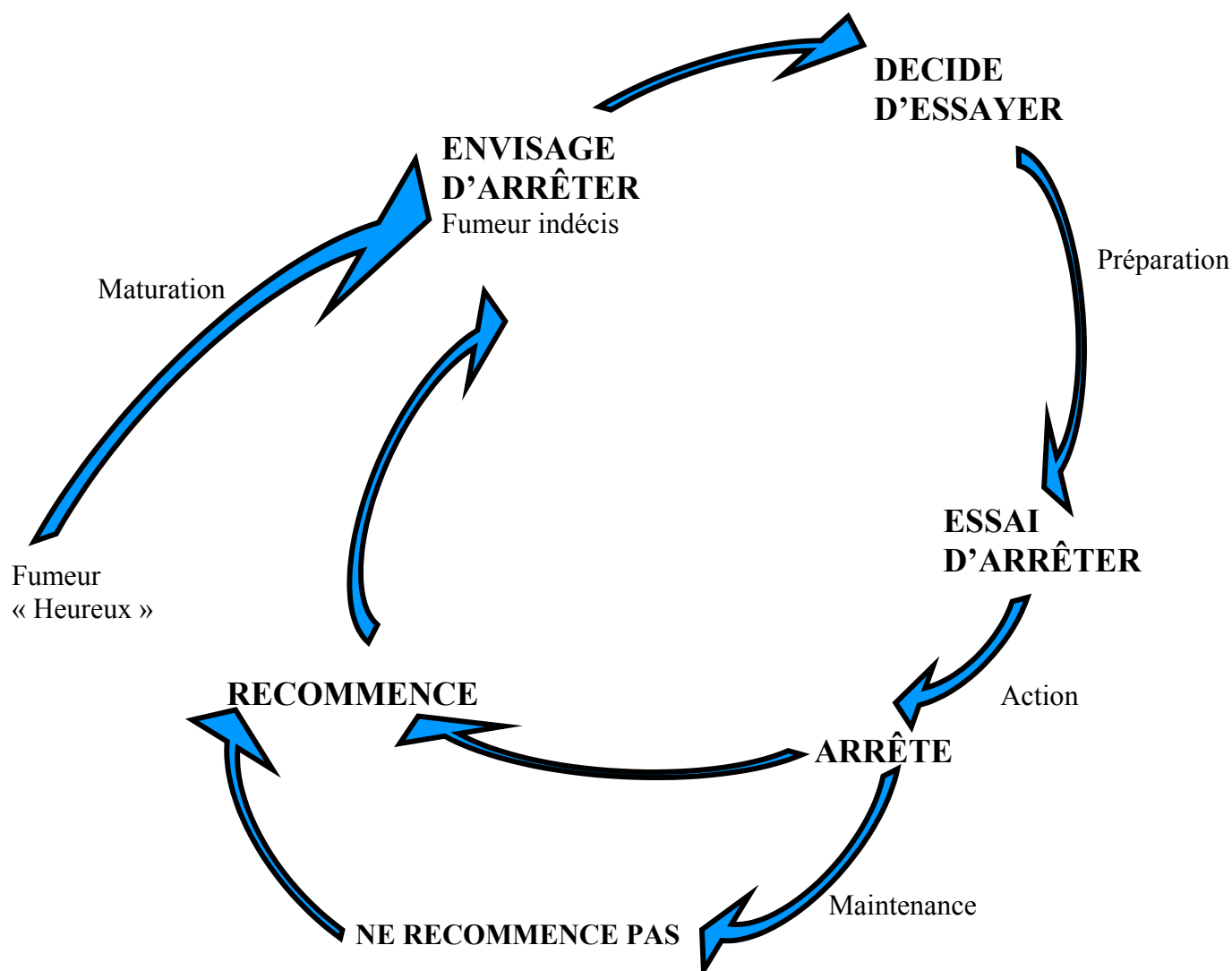
Maintien de l'abstinence

Au-delà du maintien, il existe des ex-fumeurs consonants.

¹ Prochaska J.O. and DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51 (1983) 390-5.

10.13 Annexe 13 : schéma de l'évolution naturelle du tabagisme

(d'après J. Prochaska et d'après M. Raw)



Pourcentage de fumeurs aux diverses phases évolutives et durée moyenne de chacune de ces phases

	Etats-Unis	Pays-Bas	Délai
Fumeur satisfait	40-50%	60%	5 - 20 ans
Fumeur Indécis	40%	30%	6 mois - 20 ans
Préparation Action	10%	10%	1 mois

11 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Fiore M.C. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir*, 45 (2000) 1200-62.
- [2] British Thoracic Society. Smoking cessation guidelines and their cost effectiveness. *Thorax*, 53 (1998) Supplement 5.
- [3] American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry*, 153 (1996) 1-31.
- [4] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de consensus : Arrêt de la consommation du tabac. 1998. Hôpital Pitié-Salpêtrière-Amphitéâtre Charcot.
- [5] ANDEM, Les recommandations pour la pratique clinique : base méthodologique pour leur réalisation en France. 1997.
- [6] Hill C. Trends in tobacco smoking and consequences on health in France. *Prev Med*, 27 (1998) 514-519.
- [7] Buist A.S. The US Lung Health Study. *Respirology*, 2 (1997) 303-7.
- [8] J.R. Hughes and D. Hatsukami, Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Arch Gen Psychiatry*, 43 (1986) 289-94.
- [9] Prochaska J.O. and DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51 (1983) 390-5.
- [10] A. Imperato, A. Mulas and G. Di Chiara, Nicotine preferentially stimulates dopamine release in the limbic system of freely moving rats. *Eur. J. Pharmacol.*, 132 (1986) 337-338.
- [11] F.E. Pontieri, G. Tanda, F. Orzi and G. Di Chiara, Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. *Nature*, 382 (1996) 255-257.
- [12] G.F. Koob, Dopamine, addiction and reward. *Sem. Neurosci.*, 4 (1992) 139-148.
- [13] American Psychiatric Association, DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4 ed, ed. J.D. Guelfi. 1996, Paris: Masson.
- [14] T.F. Heatherton, L.T. Kozlowski, R.C. Frecker and K.O. Fagerstrom, The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 86 (1991) 1119-1127.
- [15] K.O. Fagerstrom and N.G. Schneider, Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*, 12 (1989) 159-182.
- [16] T.F. Heatherton, L.T. Kozlowski, R.C. Frecker, W. Rickert and J. Robinson, Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict*, 84 (1989) 791-799.
- [17] R.P. Murray, M.A. Nides, J.A. Istvan and K. Daniels, Levels of cotinine associated with long-term ad-libitum nicotine polacrilex use in a clinical trial. *Addict Behav*, 23 (1998) 529-35.
- [18] R.E. Kanner, Early intervention in chronic obstructive pulmonary disease. A review of the Lung Health Study results. *Med Clin North Am*, 80 (1996) 523-47.
- [19] J.R. Hughes, Applying harm reduction to smoking. *Tobacco Control*, 4 (1995) S33-S38.
- [20] R. Luoto, A. Uutela and P. Puska, Occasional smoking increases total and cardiovascular mortality among men. *Nicotine Tob Res*, 2 (2000) 133-139.
- [21] J.R. Hughes, Long-term use of nicotine-replacement therapy, in *New Developments in Nicotine-Delivery Systems*, J.E. Henningfield and M. Stitzer, Editors. 1991, Carlton : New York.
- [21bis] Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

- [22] A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA*, 283 (2000) 3244-3254.
- [23] M.J. Jarvis, M.A. Russell, N.L. Benowitz and C. Feyerabend, Elimination of cotinine from body fluids: implications for noninvasive measurement of tobacco smoke exposure. *Am J Public Health*, 78 (1988) 696-8.
- [24] G.M. Lawson, R.D. Hurt, L.C. Dale, K.P. Offord, I.T. Croghan, D.R. Schroeder and N.S. Jiang, Application of urine nicotine and cotinine excretion rates to assessment of nicotine replacement in light, moderate, and heavy smokers undergoing transdermal therapy. *J Clin Pharmacol*, 38 (1998) 510-6.
- [25] G.M. Lawson, R.D. Hurt, L.C. Dale, K.P. Offord, I.T. Croghan, D.R. Schroeder and N.S. Jiang, Application of serum nicotine and plasma cotinine concentrations to assessment of nicotine replacement in light, moderate, and heavy smokers undergoing transdermal therapy. *J Clin Pharmacol*, 38 (1998) 502-9.
- [26] N.L. Benowitz, S. Zevin and P.r. Jacob, Sources of variability in nicotine and cotinine levels with use of nicotine nasal spray, transdermal nicotine, and cigarette smoking. *Br J Clin Pharmacol*, 43 (1997) 259-67.
- [27] R. West and P. Hajek, What happens to anxiety levels on giving up smoking? *Am J Psychiatry*, 154 (1997) 1589-92.
- [27 bis] A.H. Glassman. The central nervous system, depression and cardiac death [Article in French]. *Encephale*, 23(1997) 55-8.
- [28] T.P. George, M.J. Sernyak, D.M. Ziedonis and S.W. Woods, Effects of clozapine on smoking in chronic schizophrenic outpatients. *J Clin Psychiatry*, 56 (1995) 344-346.
- [29] T.P. George, D.M. Ziedonis, A. Feingold, W.T. Pepper, C.A. Satterburg, J. Winkel, B.J. Rounsaville and T.R. Kosten, Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 157 (2000) 1835-42.
- [30] J. Flaxman, Quitting smoking now or later: Gradual, abrupt, immediate, and delayed quitting. *Behav Res Ther*, 9 (1978) 260-270.
- [31] R.M. Foxx and R.A. Brown, Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *J Appl Behav Anal*, 12 (1979) 111-25.
- [32] R.M. Nicki, R.E. Remington and G.A. MacDonald, Self-efficacy, nicotine-fading/self-monitoring and cigarette-smoking behaviour. *Behav Res Ther*, 22 (1984) 477-85.
- [33] H.A. Lando and P.G. McGovern, Nicotine fading as a nonaversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking. *Addict Behav*, 10 (1985) 153-61.
- [34] S. Shiffman, S.A. Shumaker, D.B. Abrams, S. Cohen, A. Garvey, N.E. Grunberg and G.E. Swan, Models of smoking relapse. *Health Psychol*, 5 Suppl (1986) 13-27.
- [35] S. Shiffman, Trans-situational consistency in smoking relapse. *Health Psychol*, 8 (1989) 471-81.
- [36] S.M. Hall, D. Rugg, C. Tunstall and R.T. Jones, Preventing relapse to cigarette smoking by behavioral skill training. *J Consult Clin Psychol*, 52 (1984) 372-82.
- [37] V.J. Stevens and J.F. Hollis, Preventing smoking relapse, using an individually tailored skills-training technique. *J Consult Clin Psychol*, 57 (1989) 420-4.
- [38] G.A. Marlatt and J.R. Gordon, Relapse prevention. 1985, New York: The Guilford Press.
- [39] R. West, M. Edwards and P. Hajek, A randomized controlled trial of a "buddy" systems to improve success at giving up smoking in general practice. *Addiction*, 93 (1998) 1007-11.
- [40] M.A. Russell, C. Wilson, C. Feyerabend and P.V. Cole, Effect of nicotine chewing gum on smoking behaviour and as an aid to cigarette withdrawal. *Br Med J*, 2 (1976) 391-3.
- [41] R. West, P. Hajek, J. Foulds, F. Nilsson, S. May and A. Meadows, A comparison of the abuse liability and dependence potential of nicotine patch, gum, spray and inhaler. *Psychopharmacology (Berl)*, 149 (2000) 198-202.

- [42] K.J. Palmer, M.M. Buckley and D. Faulds, Transdermal Nicotine. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic efficacy as an aid to smoking cessation. *Drugs*, 44 (1992) 498-529.
- [43] L.C. Dale, R.D. Hurt, K.P. Offord, G.M. Lawson, I.T. Croghan and D.R. Schroeder, High-dose nicotine patch therapy. Percentage of replacement and smoking cessation. *Jama*, 274 (1995) 1353-8.
- [44] R.D. Hurt, L.C. Dale, K.P. Offord, G.G. Lauger, L.B. Baskin, G.M. Lawson, N.S. Jiang and P.J. Hauri, Serum nicotine and cotinine levels during nicotine-patch therapy. *Clin Pharmacol Ther*, 54 (1993) 98-106.
- [45] D.E. Jorenby, S.S. Smith, M.C. Fiore, R.D. Hurt, K.P. Offord, I.T. Croghan, J.T. Hays, S.F. Lewis and T.B. Baker, Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. *Jama*, 274 (1995) 1347-52.
- [46] J.R. Hughes, G.R. Lesmes, D.K. Hatsukami, R.L. Richmond, E. Lichtenstein, D.E. Jorenby, J.O. Broughton, S.P. Fortmann, S.J. Leischow, J.P. McKenna, S.I. Rennard, W.C. Wadland and S.A. Heatley, Are higher doses of nicotine replacement more effective for smoking cessation? *Nicotine Tob Res*, 1 (1999) 169-74.
- [47] T. Blondal, M. Franzon and A. Westin, A double-blind randomized trial of nicotine nasal spray as an aid in smoking cessation. *Eur Respir J*, 10 (1997) 1585-90.
- [48] A. Bohadana, F. Nilsson, T. Rasmussen and Y. Martinet, Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med*, 160 (2000) 3128-34.
- [49] M. Kornitzer, M. Boutsen, M. Dramaix, J. Thijs and G. Gustavsson, Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. *Prev Med*, 24 (1995) 41-7.
- [49bis] Silagy, C. Mant, D. Fowler, G. Lancaster, T. Cochrane Tobacco Addiction Group. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2001.
- [50] A.H. Glassman, F. Stetner, B.T. Walsh, P.S. Raizman, J.L. Fleiss, T.B. Cooper and L.S. Covey, Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine. Results of a double-blind, randomized trial. *Jama*, 259 (1988) 2863-6.
- [51] L.S. Covey and A.H. Glassman, A meta-analysis of double-blind placebo-controlled trials of clonidine for smoking cessation. *Br J Addict*, 86 (1991) 991-8.
- [52] A.H. Glassman, L.S. Covey, G.W. Dalack, F. Stetner, S.K. Rivelli, J. Fleiss and T.B. Cooper, Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther*, 54 (1993) 670-9.
- [53] D.E. Hilleman, S.M. Mohiuddin, M.G. Delcore and B.D. Lucas, Jr., Randomized, controlled trial of transdermal clonidine for smoking cessation. *Ann Pharmacother*, 27 (1993) 1025-8.
- [54] R. Niaura, R.A. Brown, M.G. Goldstein, J.K. Murphy and D.B. Abrams, Transdermal clonidine for smoking cessation: A double-blind randomized dose-response study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4 (1996) 285-91.
- [55] S. Gourlay, A. Forbes, T. Marriner, J. Kutin and J. McNeil, A placebo-controlled study of three clonidine doses for smoking cessation. *Clin Pharmacol Ther*, 55 (1994) 64-9.
- [56] A.V. Prochazka, T.L. Petty, L. Nett, G.W. Silvers, D.P. Sachs, S.I. Rennard, D.M. Daughton, R.H. Grimm, Jr. and C. Heim, Transdermal clonidine reduced some withdrawal symptoms but did not increase smoking cessation. *Arch Intern Med*, 152 (1992) 2065-9.
- [57] A. Nana and R. Praditsuwan, Clonidine for smoking cessation. *J Med Assoc Thai*, 81 (1998) 87-93.
- [58] S.M. Hall, V.I. Reus, R.F. Munoz, K.L. Sees, G. Humfleet, D.T. Hartz, S. Frederick and E. Triffleman, Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Arch Gen Psychiatry*, 55 (1998) 683-90.

- [59] A.V. Prochazka, M.J. Weaver, R.T. Keller, G.E. Fryer, P.A. Licari and D. Lofaso, A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. *Arch Intern Med*, 158 (1998) 2035-9.
- [60] R. West, S. Courts, S. Beharry, S. May and P. Hajek, Acute effect of glucose tablets on desire to smoke. *Psychopharmacology (Berl)*, 147 (1999) 319-21.
- [61] R. West and N. Willis, Double-blind placebo controlled trial of dextrose tablets and nicotine patch in smoking cessation. *Psychopharmacology (Berl)*, 136 (1998) 201-4.
- [62] R. Malcolm, H.S. Currey, M.A. Mitchell and J.E. Keil, Silver acetate gum as a deterrent to smoking. *Chest*, 90 (1986) 107-11.
- [63] N. Hymowitz and H. Eckholdt, Effects of a 2.5-mg silver acetate lozenge on initial and long-term smoking cessation. *Prev Med*, 25 (1996) 537-46.
- [64] N. Hymowitz, M. Feuerman, M. Hollander and R.J. Frances, Smoking deterrence using silver acetate. *Hosp Community Psychiatry*, 44 (1993) 113-4, 118.
- [65] E.J. Jensen, E. Schmidt, B. Pedersen and R. Dahl, Effect of nicotine, silver acetate, and ordinary chewing gum in combination with group counselling on smoking cessation. *Thorax*, 45 (1990) 831-4.
- [66] E.J. Jensen, E. Schmidt, B. Pedersen and R. Dahl, The effect of nicotine, silver acetate, and placebo chewing gum on the cessation of smoking. The influence of smoking type and nicotine dependence. *Int J Addict*, 26 (1991) 1223-31.
- [67] R. Morrow, P. Nepps and M. McIntosh, Silver acetate mouth spray as an aid in smoking cessation: results of a double-blind trial. *J Am Board Fam Pract*, 6 (1993) 353-7.
- [68] T. Lancaster and L.F. Stead, Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (2000) CD000191.
- [69] J.R. Hughes, L.F. Stead and T. Lancaster, Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*, (2000) CD000031.
- [70] I. Berlin, S. Said, O. Spreux-Varoquaux, J.M. Launay, R. Olivares, V. Millet, Y. Lecrubier and A.J. Puech, A reversible monoamine oxidase A inhibitor (moclobemide) facilitates smoking cessation and abstinence in heavy, dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther*, 58 (1995) 444-52.
- [71] R. Niaura, M. Goldstein, B. Spring, N. Keuthen, J. Kristeller and J. DePue. Fluoxetine for smoking cessation: A multicenter randomized double blind dose response study. in *Society for Behavioral Medicine Annual Meeting*. 1997 April 18. San Francisco.
- [72] G.E. Swan, L.M. Jack, R. Niaura, B. Borrelli and B. Spring, Subgroups of smokers with different success rates after treatment with fluoxetine for smoking cessation (Abstract). *Nicotine & Tobacco Research*, 1 (1999) 281.
- [73] B. Spring, J. Wurtman, R. Wurtman, A. el-Khoury, H. Goldberg, J. McDermott and R. Pingitore, Efficacies of dexfenfluramine and fluoxetine in preventing weight gain after smoking cessation. *Am J Clin Nutr*, 62 (1995) 1181-7.
- [74] E.M. Sellers, C.A. Naranjo and K. Kadlec, Do serotonin uptake inhibitors decrease smoking? Observations in a group of heavy drinkers. *J Clin Psychopharmacol*, 7 (1987) 417-420.
- [75] L.S. Covey, A.H. Glassman, F. Stetner and S. Rivelli. A trial of sertraline for smokers with a past major depression (abstract). in *Society for Research on Nicotine and Tobacco Meeting*. 2000. Arlington, VA.
- [76] J.R. Hughes, L.F. Stead and T. Lancaster, Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*, (2000) CD002849.
- [77] R. West, P. Hajek and A. McNeill, Effect of buspirone on cigarette withdrawal symptoms and short-term abstinence rates in a smokers clinic. *Psychopharmacology (Berl)*, 104 (1991) 91-6.
- [78] M.D. Robinson, W.A. Smith, E.A. Cederstrom and D.E. Sutherland, Buspirone effect on tobacco withdrawal symptoms: a pilot study. *J Am Board Fam Pract*, 4 (1991) 89-94.

- [79] M.D. Robinson, Y.L. Pettice, W.A. Smith, E.A. Cederstrom, D.E. Sutherland and H. Davis, Bupirone effect on tobacco withdrawal symptoms: a randomized placebo-controlled trial. *J Am Board Fam Pract*, 5 (1992) 1-9.
- [80] D.E. Hilleman, S.M. Mohiuddin, M.G. Del Core and M.H. Sketch, Sr., Effect of bupirone on withdrawal symptoms associated with smoking cessation. *Arch Intern Med*, 152 (1992) 350-2.
- [81] D.E. Hilleman, S.M. Mohiuddin and M.G. Delcore, Comparison of fixed-dose transdermal nicotine, tapered-dose transdermal nicotine, and bupirone in smoking cessation. *J Clin Pharmacol*, 34 (1994) 222-4.
- [82] P.M. Cinciripini, L. Lapitsky, S. Seay, A. Wallfisch, W.J.r. Meyer and H. van Vunakis, A placebo-controlled evaluation of the effects of bupirone on smoking cessation: differences between high- and low-anxiety smokers. *J Clin Psychopharmacol*, 15 (1995) 182-91.
- [83] N.G. Schneider, R.E. Olmstead, C. Steinberg, K. Sloan, R.M. Daims and H.V. Brown, Efficacy of bupirone in smoking cessation: a placebo-controlled trial. *Clin Pharmacol Ther*, 60 (1996) 568-75.
- [84] J.L. Schwartz and M. Dubitzky, One-year follow-up results of a smoking cessation program. *Can J Public Health*, 59 (1968) 161-5.
- [85] M.J. Farebrother, S.J. Pearce, P. Turner and D.R. Appleton, Propranolol and giving up smoking. *Br J Dis Chest*, 74 (1980) 95-6.
- [86] R.J. Dow and W.M. Fee, Use of beta-blocking agents with group therapy in a smoking withdrawal clinic. *J R Soc Med*, 77 (1984) 648-51.
- [87] J.P. Zacny, J.L. Apfelbaum, J.L. Lichtor and J.G. Zaragoza, Effects of 5-hydroxytryptamine₃ antagonist, ondansetron, on cigarette smoking, smoke exposure, and mood in humans. *Pharmacol Biochem Behav*, 44 (1993) 387-91.
- [88] R. West and P. Hajek, Randomised controlled trial of ondansetron in smoking cessation. *Psychopharmacology (Berl)*, 126 (1996) 95-6.
- [89] A.R. White, H. Rampes and E. Ernst, Acupuncture for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2001) .
- [90] C.A. Vincent and P.H. Richardson, Acupuncture for some common disorders: a review of evaluative research. *J R Coll Gen Pract*, 37 (1987) 77-81.
- [91] J.L. Schwartz, Evaluation of acupuncture as a treatment for smoking. *Am J Acupunct*, 16 (1988) 135-142.
- [92] V. Brewington, M. Smith and D. Lipton, Acupuncture as a detoxification treatment: an analysis of controlled research. *J Subst Abuse Treat*, 11 (1994) 289-307.
- [93] M. Law and J.L. Tang, An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med*, 155 (1995) 1933-1941.
- [94] R. Ashenden, C.A. Silagy, M. Lodge and G. Fowler, A meta-analysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation. *Drug and Alcohol Review*, 16 (1997) 33-40.
- [95] N.C. Abbot, L.F. Stead, A.R. White, J. Barnes and E. Ernst, Hypnotherapy for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2000).
- [96] Oncken C.A. Effects of transdermal nicotine or smoking on nicotine concentrations and maternal-fetal hemodynamics. *Obstetrics and Gynecology* 90 (1997) 569-74.
- [97] A.M. Joseph, S.M. Norman, L.H. Ferry, A.V. Prochazka, E.C. Westman, B.G. Steele, S.E. Sherman, M. Cleveland, D.O. Antonnucio, N. Hartman and P.G. McGovern, The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N. Engl. J. Med.*, 335(1996) 1792-8.
- [98] J.J. Mahmarian, L.A. Moye, G.A. Nasser, S.F. Nagueh, M.F. Bloom, N.L. Benowitz, M.S. Verani, W.G. Byrd, C.M. Pratt. Nicotine patch therapy in smoking cessation reduces the extent of exercise-induced myocardial ischemia. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 30 (1997) 125-30.
- [99] A.M. Moller, N. Villebro, T. Pedersen, H. Tonnesen. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet*, 359 (2002) 114-7.

- [100] B. Le Foll, H.J. Aubin, G. Lagrue. Les thérapies comportementales et cognitives dans l'aide à l'arrêt du tabac: Revue de la littérature et mise au point. *Ann Med Interne (Paris)* 2002 May ; (153) 3 (Suppl) : 32-40.
- [101] Nehlig A. La caféine peut-elle être considérée comme une drogue de dépendance. *Courrier des Addictions* (2001) ; 3 : 145-150.
- [102] Parsons W.D. Effects of smoking on caféine clearance. *Clin. Pharmacol. Ther.* (1978) ; 24 : 40-45.
- [103] Jarvis M.J.. Does caffeine instake enhance absolute levels of cognitive performance? *Psychopharmacology* (1993) ; 110 : 45-52.
- [104] Rose J.E., Behm F.M. Psychophysiological interactions between caffeine and nicotine. *Pharm.Bioch.& Behav.* (1991) ; 38 : 333-337.
- [105] Gaudoneix-Taïeb M, Beauverie P, Poisson N. Tabac et médicaments : liaisons dangereuses ? *Alcoologie et Addictologie* 23 (2001) 7-12.