

DEPENDANCE AU TABAC EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS


Autrice :	Dre Clara Probst, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Expert :	Dr Thierry Favrod-Coune, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Superviseurs :	Dr Sylvain De Lucia, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Pr Jean-Paul Humair, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Comité éditorial :	Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE), UNIGe Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

2024

LES POINTS À RETENIR

- La consommation de tabac est une cause majeure de mortalité et morbidité. Elle reste insuffisamment dépistée et prise en charge par les médecins de premier recours et les autres spécialistes.
- La consommation quotidienne de tabac doit être considérée comme une dépendance, c'est-à-dire une maladie, et non pas comme une habitude ou un vice.
- Le dépistage de la consommation de tabac doit se faire auprès de chaque patient, dans tous les services de santé, après avoir obtenu l'accord du patient.
- Un soutien et des conseils adaptés doivent être offerts au patient, quelles que soient sa consommation de tabac et sa motivation à changer.
- Proposer aux patients prêts à cesser de fumer des substituts nicotiques, des traitements médicamenteux et/ou du vapotage avec nicotine augmente significativement le taux d'abstinence au tabac.
- L'intervention d'un addictologue est préconisée si le médecin de premier recours s'estime insuffisamment équipé ou ne peut offrir suffisamment de temps au patient.
- Si le patient souhaite continuer à fumer ou dit ne pas arriver pas à arrêter sa consommation, il est nécessaire de proposer des stratégies de réduction des risques pour la santé, en premier lieu le vapotage, ou d'autre forme de nicotine sans combustion. Une réévaluation régulière du stade de motivation est nécessaire, dans ce cas.

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DU TABAGISME

1	Identification du patient fumeur	
	Type de tabac, fréquence, quantité, UPA, test CDS-5	
2	Stade de la motivation au changement : (Cercle de Prochaska et Di Clemente)³⁵	Prise en charge proposée : (Liste non-exhaustive)
	Précontemplation	Intervention brève Vapoteuse à proposer pour réduction des risques
	Contemplation	Entretien motivationnel Vapoteuse à proposer pour réduction des risques
	Détermination	Entretien motivationnel Organisation de l'arrêt => étape 3
	Action	Soutien, intensification du suivi médical
	Maintenance	Soutien, valorisation
	Reprise	Identifier les facteurs précipitants, déculpabiliser, remotiver Réorganiser un nouvel arrêt si motivation
3	Prise en charge	
	Substituts de nicotine	
	Médicaments	<i>bupropion Zyban®; varénicline Champix®*, cétisine (à commander à l'étranger)</i>
	Non-médicamenteux	Hypnose, Acupuncture, Applications (<i>stop-tabac</i> par ex.), ...
	Nicotine sans combustion (Réduction des risques)	Vapoteuses (voire puff), snuff, snus, poches de nicotine.

* N'est actuellement plus commercialisé

LE TABAC EN MEDECINE DE PREMIER RECOURS

1. INTRODUCTION

La dépendance au tabac est un des plus grands problèmes de santé publique, responsable chaque année de 8 millions de morts dans le monde¹ et 9500 en Suisse². Il est la première cause modifiable de diminution de la qualité de vie et d'années de vie perdues. C'est en effet un facteur de risque majeur pour de nombreux cancers, les maladies cardio-vasculaires ainsi que plusieurs maladies chroniques³. Comme il s'agit d'un facteur de risque modifiable, il est important d'aborder le sujet avec les patients.

Alors que la cigarette a longtemps été le moyen principal de consommer la nicotine, on assiste ces dernières années à l'émergence de multiples autres dispositifs comme les vapoteuses, le tabac chauffé, le snuff (tabac à priser), snus (tabac ou nicotine en prise orale), et récemment les vapoteuses jetables (« puffs »). Leurs conséquences sur la santé ne sont encore que partiellement connues et seront abordées.

Ecologiquement, la culture, l'industrie et la consommation de tabac ont un lourd impact. Cette industrie est responsable de l'émission de 84 millions de tonnes de CO₂ par an. Beaucoup de ressources (eaux, terres) sont rendues inaccessibles pour la population des pays producteurs de tabac. Sa culture joue également un rôle dans la déforestation (600 millions d'arbres en moins, correspondant à 200'000 hectares de terrain). Enfin, la consommation de tabac produit de nombreux déchets (mégots notamment) qui viennent polluer les terres et les eaux¹. Cet impact environnemental se traduit directement et indirectement en décès prématurés, maladies, pertes du vivant, et autres conséquences désastreuses.

Dans la lutte contre le tabagisme, la Suisse est un pays des pays d'Europe qui applique le moins bien les stratégies efficaces de santé publique. Elle est avant-dernière position dans la « *Tobacco Control Scale* » en 2024. Nous ne détaillerons pas les enjeux politiques et économiques particuliers à la Suisse, ni le lobbying pro-tabac très puissant qui permet à l'industrie du tabac de continuer à prospérer au détriment de la santé de la population⁵.

Cette stratégie a pour but de sensibiliser les soignants sur la dépendance au tabac et les autres conditions qui s'en approchent, et de leurs apporter les connaissances actuelles sur les techniques d'aide à l'arrêt du tabac et la réduction des risques.

1.1. ÉPIDÉMIOLOGIE

Dans le monde en 2020, on estime le nombre total de consommateurs de tabac à 22.3 % de la population adulte, soit 1.3 milliards de personnes. Les hommes sont globalement plus touchés (36.7 %) que les femmes (7.8 %) mais la proportion de femmes consommant du tabac a augmenté, ce qui se traduit par une mortalité des femmes spécifique croissante¹. On estime que huit millions de personnes meurent chaque année d'une maladie en lien avec la consommation de tabac, qu'elle soit actuelle, ancienne, active ou passive⁷. Il est à noter que la plupart de ces décès sont précédés par une augmentation de la morbidité durant des années, nécessitant souvent des soins médicaux et chirurgicaux conséquents, et réduisant de manière conséquente la qualité de vie⁶.

En Suisse en 2022, 22.1 % des personnes de >15 ans fumaient (12.7% de fumeurs quotidiens)⁶. Les hommes sont plus touchés que les femmes, avec 24% contre 20%. Les jeunes de 15 à 24 ans constituent, de par leur vulnérabilité, une population particulièrement touchée, avec une proportion de fumeurs de 28.1 %³. A la fin du XXème siècle, une diminution globale du nombre de fumeur a été observée dans la plupart des populations. Les chiffres se stabilisent cependant ces 20 dernières années³.

Toujours en Suisse, le tabac est responsable de 9500 décès par an (plus d'un décès par heure), soit 15% de tous les décès. Un cinquième de ces décès survient avant l'âge de 65 ans³.

Le tabagisme passif, c'est-à-dire l'exposition involontaire (et souvent faute de choix) à la fumée du tabac durant au moins une heure par jour, est également un facteur de risque pour de nombreuses pathologies. Parmi les 8 millions de morts dans le monde en lien avec le tabac, environ 1.2 million de décès concernent des non-fumeurs passivement exposés à la fumée, que cela soit dans le cadre privé ou professionnel.

Ces dernières années en Suisse, plusieurs mesures ont été prises pour tenter de diminuer la prévalence des maladies en lien avec le tabac. Un des plus grands changements est l'introduction de la loi fédérale de 2017, interdisant la consommation de tabac dans les lieux publics fermés. Le nombre de personnes exposées à la fumée passive a de ce fait diminué de 35% à 6% entre 2002 et 2017³. Les interdictions de fumer dans les lieux publics sont efficaces dès la 1ère année avec une réduction des hospitalisations pour syndrome coronarien aigu (-17%), pour BPCO décompensé (-46%) et asthme aigu chez l'enfant (-18%)⁷.

1.2 RÔLE DU MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

Il est essentiel dans la prévention des pathologies liées à la consommation de tabac et l'information aux patients. Une étude Suisse (2010) a montré qu'environ 60 % des fumeurs attendent que leur médecin de famille évoque leur consommation de tabac et que 51 % étaient demandeurs d'une aide à l'arrêt. Les médecins abordent le sujet avec 68 % des fumeurs, conseillent l'arrêt du tabac à 34 % d'entre eux, et prescrivent un traitement d'aide au sevrage à seulement 19 %⁸. Selon Addiction Suisse (2022)⁹, presque 60 % des fumeurs souhaitent totalement arrêter leur consommation et un quart d'entre eux ont essayé d'arrêter durant les 12 derniers mois. Aborder le sujet lors des consultations, même en intervention brève, a un impact conséquent sur ce problème majeur de santé publique. Il est donc nécessaire que les médecins de premier recours acquièrent les compétences permettant d'augmenter ces taux.

1.3 GROUPES DE PATIENTS « À RISQUE »

Le sujet de la consommation de substances psycho-actives, et particulièrement du tabac, devrait être abordée avec tous les patients, du fait qu'il concerne directement ou indirectement la majorité d'entre eux, et qu'il constitue un sujet de santé publique. Il existe cependant des populations de patients au sein desquelles la consommation de tabac est plus prévalente que dans la population générale, et/ou qui est plus à risque de complications.

- Les adolescents et jeunes adultes (<25 ans) : La plupart des fumeurs adultes (2 sur 3) ont débuté leur consommation régulière de tabac avant 20 ans¹⁰. Les jeunes sont plus vulnérables par leur plasticité cérébrale et particulièrement visés par le marketing du tabac¹¹. Cette population est donc prioritaire pour la prévention de la consommation de produits contenant de la nicotine. Il est important d'évoquer la consommation de cigarettes mais aussi les autres formes de consommations de nicotine fréquemment utilisées par les jeunes (shisha, snus, vapes, puffs notamment ; mais aussi cannabis et cannabidiol CBD)¹².
- Les personnes de bas niveau socio-économique : La consommation de tabac est très prévalente dans les milieux de bas niveau socio-économique, bien qu'aucun groupe social ne soit épargné. La consommation de tabac est, de plus, un facteur aggravant de la pauvreté, de par son coût et l'augmentation des frais médicaux qu'elle engendre⁹.
- Les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique : Dans cette population, la prévalence de consommation de tabac varie de 30 à 50%. Le tabac est souvent utilisé comme une « automédication », notamment dans le trouble bipolaire et la schizophrénie¹³. Ce concept a été largement utilisé par les industriels pour promouvoir sa consommation par les personnes atteintes de maladies mentales, alors qu'il a tendance à aggraver les symptômes psychiatriques ; la baisse de l'anxiété que rapportent les patients est en effet essentiellement liée au soulagement d'un symptôme de manque. Toutefois, sur le long terme, il est bien démontré que les produits issus de la combustion du tabac nuisent au bon fonctionnement du cerveau, et entraînent diverses complications psychiatriques et neurocognitives. Le tabac contribue aussi à la morbidité et mortalité plus élevée au sein de cette population¹⁴. Bien que 2/3 des personnes atteintes de maladie psychiatrique et fumeuses souhaitent arrêter leur consommation, elles sont souvent mal prises en charge et victimes de préjugés. L'un d'eux est qu'elles ne sont pas capables d'arrêter de fumer, et qu'il est donc vain d'aborder ce sujet. La peur de déclencher une aggravation du trouble psychiatrique (par exemple un épisode dépressif) est également fréquente mais ne devrait pas limiter le projet d'un sevrage¹⁵.
- Les femmes avec désir de grossesse, enceintes ou qui allaitent : Il est bien démontré que le tabac est nocif pour le fœtus. Au premier trimestre, le tabac triple le risque de fausses couches et double celui d'une grossesse extra-utérine. Par la suite, il peut être responsable de retard de croissance intra-utérin, petit poids à la naissance, décollement placentaire ou malposition du placenta, rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré. Chez les bébés exposés, on observe des retards de croissance, certaines malformations (fente palatine, malformations crâniennes) et des problèmes respiratoires (asthme, plus grande sensibilité aux infections respiratoires). Enfin, la prévalence du syndrome de la mort subite du nourrisson est trois fois plus grande¹². La plupart des femmes consommatrices de tabac stoppent ou réduisent le tabac durant la grossesse.
- Les patients ayant déjà des complications de leur consommation de tabac, ou avec d'autres facteurs de risques oncologiques et/ou cardiovasculaires : il est essentiel de soutenir ces patients dans une démarche d'arrêt ou de réduction des risques afin de prévenir la progression de leur maladie (BPCO par ex.) ou récurrence (infarctus du myocarde par ex.). Si la dépendance est importante, le patient peut être redirigé vers un centre spécialisé.

2. LES DIFFÉRENTES FORMES DE TABAC

Il existe plusieurs façons de consommer du tabac, bien que la cigarette combustible reste la plus fréquente et la plus dangereuse. Ce tableau montre les différents types et leurs spécificités.

Types de tabac	Description	Risques pour la santé
Cigarettes “combustibles”	Cigarettes usuelles du commerce.	Cf. Conséquences de la consommation de tabac à long terme.
Cigarettes “light”	Cigarettes à plus faible taux de nicotine et goudron.	En pratique, inhalations plus fréquentes et profondes. Pas de diminution des risques de maladies ou de mortalité par rapport aux cigarettes combustibles.
Cigares et pipes	Cigare : Feuille à rouler enroulée sur d'autres feuilles pliées, ou hachées en petits morceaux. Pipe : Tabacs à pipe à allumer directement dans la pipe. Mélanges de différentes espèces de tabac, parfois aromatisés.	Pour une même quantité de nicotine, contient en général plus de substances carcinogènes que la cigarette ¹ .
Bidees	Petites cigarettes faites à la main, constituées de tabac entouré par une feuille de temburni (plante asiatique).	Peu d'études disponibles. Semble cependant contenir plus de nicotine qu'une cigarette combustible et être ainsi plus addictive. Augmentation du risque de cancer (oral, pulmonaire, gastrique et œsophagien) et du risque cardio-vasculaire ^{12, 16} .
Narghilé, pipes à eau, chicha	Tabac souvent aromatisé, chauffé en contact avec du charbon en combustion. La fumée va traverser un récipient contenant de l'eau, avant d'être aspirée par le fumeur.	Pas de filtration supplémentaire due à l'eau ; en raison d'un volume de fumée plus important, risque global plus élevé et d'intoxication au CO.
Tabac oral Tabac à priser (SNUFF) SNUS	Feuilles de tabac mâchées et gardées dans la bouche. Tabac moulu sec, parfois aromatisé, aspiré par voie nasale. Tabac humidifié conditionné en sachet, placé entre la gencive et la lèvre.	Absence de combustion. Risques principalement en lien avec des substances carcinogènes au niveau de la sphère orale, de l'œsophage et du pancréas ¹⁷ . Les risques d'infarctus du myocarde ou d'AVC sont prouvés ¹⁸ .

*AVC : accident vasculaire cérébral

Tableau 1 : Les différentes formes de tabac

2.1 CONTENU DE LA CIGARETTE

La fumée de cigarette combustible contient plus de 4000 substances différentes, dont plusieurs centaines sont dangereuses pour la santé : goudron, additifs, monoxyde de carbone (CO), aldéhydes, nitrosamines, oxyde d'azote, acide cyanhydrique ainsi que des métaux lourds tels que le plomb, le mercure ou le chrome¹⁹. Elle contient également la nicotine, qui est responsable de l'activation de la dopamine du circuit de la récompense et provoque ainsi une forte dépendance physique et psychologique. Elle atteint le cerveau en 10 à 20 secondes lors de la prise par cigarette, ce qui la rend très addictive²⁰. Le hit nicotinique, immédiat et également facteur d'addiction, est lié à une contraction de la gorge secondaire à l'activation des récepteurs nicotiniques de l'oropharynx au passage d'air contenant de la nicotine. La nicotine fait partie des 5 substances les plus addictives au monde, avec l'héroïne, l'alcool, la cocaïne et les barbiturates²⁰. Elle n'est cependant pas directement responsable du développement des pathologies liées à la consommation de tabac.

3. CONSEQUENCES DE LA CONSOMMATION DE TABAC A LONG TERME

La consommation de tabac réduit en moyenne l'espérance de vie de 10 ans, selon l'OFSP³. Tous les fumeurs sont à risque de développer des problèmes de santé liés au tabac, même en cas de consommation basse (1 à 4 cigarettes par jour)²¹.

L'augmentation du risque cardio-vasculaire est le facteur le plus important de morbidité et de mortalité accrue chez les fumeurs. En effet, le tabac majore le risque d'angor ou infarctus du myocarde, de maladies vasculaires périphériques (IAMI, anévrisme de l'aorte), d'AVC et d'autres pathologies cérébrales. Il augmente également les risques de diabète de type 2 et d'hypertension²³.

Le tabac est aussi un facteur de risque majeur pour de nombreux cancers parmi lesquels : cancers pulmonaires, ORL, de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du pancréas, de la vessie ou des reins, du sein et du col de l'utérus chez les femmes²⁴.

Au niveau pulmonaire, il est responsable de la majorité (85-90%) des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Il augmente également le risque de pneumonie et sensibilise les poumons qui sont alors plus susceptibles d'être infectés par certains pathogènes, comme la tuberculose par exemple. Il influence très négativement l'évolution de l'asthme (déclin plus rapide de la fonction respiratoire, avec chronicisation des lésions bronchiques)²⁵.

La consommation de tabac favorise la plupart des maladies auto-immunes comme par exemple l'arthrite rhumatoïde²⁶, le psoriasis²⁷, la maladie de Crohn²⁸ et la sclérose en plaque (maladie plus fréquente, plus précoce et de plus mauvaise évolution chez les fumeurs²⁹).

Au niveau ophtalmologique, elle augmente le risque de développer une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) de 4 fois. La consommation de tabac accélère également le vieillissement du cristallin (cataracte)³⁰.

Concernant la procréation, le tabac réduit la fertilité chez les hommes et les femmes. Il est responsable de troubles érectiles en limitant la vascularisation du pénis. Grossesse : cf. plus haut³¹.

Enfin, le tabac affecte la cicatrisation des plaies traumatiques ou chirurgicales, en augmentant le risque d'infections ou de déhiscence de plaie²⁷.

3.1 L'ADDICTION À LA NICOTINE

Bien que la consommation de substances débute souvent par choix récréatif et/ou social, elle prend vite de l'ampleur et échappe ensuite parfois au contrôle avec survenue d'une dépendance. Cette évolution est liée à plusieurs facteurs : la sensibilité personnelle (génétique), les éventuelles comorbidités notamment psychiques (dont trauma), l'environnement et l'influence de l'entourage. Tous ces aspects doivent être pris en compte lors du suivi du patient.

Service de médecine de premier recours

Il convient avant tout de poser le diagnostic d'addiction (CIM-10) :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
- Tolérance aux effets de la substance (nécessité d'une quantité plus importante pour obtenir l'effet)
- Difficultés à contrôler l'usage (fréquence, quantité)
- Syndrome de sevrage à l'arrêt, avec utilisation de la substance ou de substituts pour y pallier.
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance.
- Poursuite de la consommation de la substance malgré les conséquences manifestement nocives.

En cas de dépendance à la nicotine (le plus souvent si > 5 cigarettes par jour), l'arrêt de la substance peut provoquer des symptômes physiques de sevrage durant 3 semaines à 3 mois. Leur présence et intensité varie selon les patients. Les plus communs sont :

- Besoin urgent et impérieux de fumer (*craving*)
- Humeur déprimée, dysphorique
- Insomnies
- Irritabilité, frustration, colère
- Anxiété
- Difficultés de concentration
- Agitation, impatience, nervosité
- Appétit augmenté, prise de poids³²

4. ANAMNESE

4.1. QUESTIONNAIRES

En clinique, outre l'anamnèse « ouverte » centrée sur la fréquence, la quantité, la durée d'exposition, les conséquences négative perçues et l'envie de changement, plusieurs échelles peuvent être utilisées. Cela permet d'évaluer la dépendance du patient mais aussi d'ouvrir la discussion sur la dépendance et faire prendre conscience de l'impact de celle-ci sur la qualité de vie.

Tests d'évaluation de la dépendance à la nicotine :

Le test de Fagerström est un questionnaire de 6 questions⁶⁰ menant à un score de 0 à 10 points (cf. ci-dessous). La dépendance à la nicotine est évaluée de faible, modérée, à forte. Bien qu'utilisé pour le remboursement des médicaments (bupropion et varénicline) par les assurances³², il tend à perdre son intérêt dans la pratique clinique.

Test de Fagerström		
1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 minutes De 6 à 30 minutes De 31 à 60 minutes Après 60 minutes	3 points 2 points 1 point 0 point
2. Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui Non	1 point 0 point
3. A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?	La première Une autre	1 point 0 point
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins 11-20 21-30 31 ou plus	0 point 1 point 2 points 3 points
5. Fumez-vous à un rythme plus soutenu au début de matinée que l'après-midi ?	Oui Non	1 point 0 point
6. Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?	Oui Non	1 point 0 point
Total : ___/10 Score entre 0 et 2 points : pas de dépendance à la nicotine Score entre 3 et 4 points : dépendance faible à la nicotine Score entre 5 et 6 points : dépendance modérée à la nicotine Score entre 7 et 10 points : dépendance forte à la nicotine		

Tableau 2 : Test de Fagerström⁶⁰

L'échelle recommandée en raison de sa meilleure validation scientifique est la Cigarette Dependence Scale. Elle est composée de 12 questions basées sur les critères d'addiction du DSM-V, avec d'autres points comme le sevrage, la compulsion à fumer, la répartition de la consommation sur la journée etc. Elle peut également être utilisée pour le monitoring du sevrage tabagique³³.

De nombreuses autres échelles cliniques existent, comme la *Nicotine Dependence Syndrome Scale* (NDSS), la *Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives* (WISDM-68), la *Tobacco Dependence Screener* (TDS) ou encore la *Hooked on Nicotine Checklist* (HONC) qui s'adresse spécifiquement aux patients adolescents³².

Test d'évaluation à la motivation à l'arrêt du tabac :

L'échelle Q-MAT peut être utilisée avec le patient pour évaluer son niveau de motivation à changer sa consommation de tabac³⁴.

4.2. ENTRETIENS MÉDICAUX

Les médecins sont uniques pour aborder la consommation de tabac et des autres substances (alcool, cannabis, au moins) avec chaque patient. L'intervention est ensuite à personnaliser en fonction de la consommation, son ouverture au sujet, et de sa position quant à un potentiel changement (cf. stades de changement de Prochaska et Di Clemente³⁵, pour eux et l'approche motivationnelle³⁶, se référer à la [stratégie SMPR sur l'alcool](#)).

Lors d'une consultation avec un patient identifié comme consommateur de tabac, l'entretien médical peut se mener en suivant la structure de l'intervention brève (6 A)³⁷ :

- *Ask* : demander la permission au patient de parler de sa consommation de tabac.
- *Assess* : évaluer son niveau de dépendance (questionnaires) ainsi que l'envie d'arrêter/réduire la consommation de tabac.
- *Advise* : conseiller l'arrêt ou la réduction de la consommation.
- *Agree* : se mettre d'accord sur un/des objectif/s réaliste/s.
- *Assist* : offrir son aide, proposer un traitement.
- *Arrange/address* : organiser le suivi/les étapes, éventuellement adresser à un spécialiste.

5. PRISE EN CHARGE

5.1. TYPES D'ARRÊT / 10 RÈGLES D'OR

Lorsqu'un arrêt total de la consommation de tabac est souhaité, il existe plusieurs manières d'y arriver. La technique recommandée est un arrêt brutal, à une date fixée à l'avance avec le patient, avec ou sans traitement d'aide au sevrage. Certains patients préfèrent cependant diminuer progressivement leur consommation. Dans ce cas, il est également possible d'utiliser des substituts de nicotine. Une date d'arrêt peut ensuite être fixée dans un second temps. Cette technique a l'avantage de réduire potentiellement les symptômes de sevrage le jour de l'arrêt. L'arrêt brutal et la diminution progressive avant l'arrêt ont une efficacité similaire³⁸.

Pour préparer la date d'arrêt, les 10 règles d'or disponibles sur le site suisse stop-tabac.ch peuvent être transmises au patient :

1. Fixer une date d'arrêt et faire en sorte de s'y tenir.
2. Après l'arrêt, éviter absolument de consommer ne serait-ce qu'une seule cigarette (ou bouffée de cigarette).
3. Se débarrasser de toutes les cigarettes, briquets ou cendriers, qui pourraient nous redonner envie de fumer ou faciliter la reprise.
4. Ecrire la liste des inconvénients du tabac et des bénéfices de la vie sans tabac.
5. Utiliser une substitution nicotinique ou un médicament pour aider à diminuer voire supprimer les symptômes de sevrage (cf. [rubrique traitements](#)).
6. Demander à l'entourage de ne pas fumer autour de soi, et éviter les endroits où les personnes fument.
7. Avertir l'entourage de son projet d'arrêt du tabac et obtenir si possible leur soutien notamment en cas de « *craving* ». Se faire aider également par un professionnel, si nécessaire.
8. Changer de routine pour éviter les situations et endroits où l'on fumait.
9. Utiliser une activité de diversion lors des « *craving* » (par exemple, se promener, boire de l'eau, mâcher un chewing-gum, ...).
10. Se laisser le temps pour s'habituer à vivre sans tabac et essayer de ne pas se décourager en cas de reprise.

5.2. SUBSTITUTION NICOTIQUE

Les substituts de nicotine sont des traitements efficaces dans l'arrêt du tabac, puisqu'ils multiplient par 2 les chances de réussite d'un sevrage. Le principe est d'administrer de la nicotine au patient lorsqu'il arrête sa consommation de tabac, afin de limiter les symptômes de sevrage nicotinique. Par la suite, on diminue progressivement la dose de nicotine sur 2 à 6 mois, pour désaccoutumer de manière graduelle l'organisme de la substance. Les substituts de nicotine peuvent aussi être utilisés pour limiter les symptômes de sevrage lorsqu'on diminue rapidement la quantité de tabac consommé (par exemple si l'on passe de deux paquets de tabac par jour à un paquet de tabac par jour).

Les cinq formes de substituts de nicotine disponibles sur le marché sont résumées dans le tableau suivant³⁹.

Il n'existe pas de contre-indication formelle aux substituts nicotiniques (la nicotine étant déjà consommée, sous une forme plus nocive), hormis l'hypersensibilité à un des composants. Ils doivent cependant être utilisés avec grande prudence lors d'angor instable, d'arythmie ventriculaire grave et dans les deux semaines après un infarctus aigu du myocarde, en raison de l'effet potentiel vasoconstricteur coronarien. Ce risque reste cependant largement tolérable si l'administration de nicotine permet au patient d'arrêter de fumer, le rapport risque/bénéfice du traitement étant favorable.

	Posologie	Prix
Patch de nicotine (<i>Nicorette</i> ® ou <i>Nicotinell</i> ® patch)	<p>Appliquer un nouveau patch toutes les 24 heures, respectivement 16h/24 (si tr. sommeil), à un endroit différent entre le cou et les cuisses (limitation des irritations).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte dose : 21 mg × 4 sem. puis 14 mg × 2 (4) sem. puis 7 mg × 2 (4) sem. Durée : 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin • Dose moyenne : 14 mg × 4 sem. puis 7 mg × 2 (4) sem. Durée : 6–8 sem., jusqu'à 6–12 mois si besoin • Faible dose : 7 mg. Durée : 4–8 sem., jusqu'à 6–12 mois si besoin. 	Entre 5.50 et 6.95 CHF par unité
Spray (<i>Nicorette</i> ® Mint spray ou Fruit & Mint spray)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 à 2 pulvérisations (= 1 à 2 mg de nicotine) toutes les 30 à 60 minutes (max. 64/j.) × 6 sem. à adapter. Réduction progressive. Durée : 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin • Si bithérapie avec patch : max. 30 pulvérisation/j. 	0.38 CHF / dose
Chewing gum (<i>Nicotinell</i> ® Gum cool mint ou fruit, 2 ou 4 mg) Biodisponibilité 50%	<p>Alterner entre moment où l'on mâche lentement une gomme puis où on la plaque contre la gencive (« park and chew »), pendant env. 30 min.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8–12 gommes/j. × 4 sem. (max.15/j.) à adapter. Réduction progressive. Durée : 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin • Si bithérapie avec patch : max. 6 gommes 2 mg/j 	0.50 à 0.75 CHF par unité
Comprimés à croquer ou sublinguaux (<i>Nicorette</i> ® Original past dépôt mâcher 2 ou 4 mg) Biodisponibilité 54 à 65%	<p>Alterner entre moment où l'on mâche lentement une gomme puis où on la plaque contre la gencive (« park and chew »), pendant env. 30 min.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8–12 gommes/j. × 4 sem. (max.15/j.) à adapter. Réduction progressive. Durée : 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin • Si bithérapie avec patch : max. 6 gommes 2 mg/j. 	0.50 à 0.75 CHF par unité
Inhalateurs (<i>Nicorette</i> ® inh 10 mg) Biodisponibilité variable selon température et manipulation par utilisateur.	<ul style="list-style-type: none"> • 6–12 cartouches/j. × 4 sem. (max 16/j.) à adapter. Réduction progressive. Durée : 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin • Si bithérapie avec patch : max. 4 cartouches/j. 	1.25 à 1.50 CHF

Tableau 3 : Les différentes formes de substituts nicotiniques.

Nota bene : le prix des substituts (non-remboursés) est 2 à 3 fois moins haut en France.

5.3. TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX NON NICOTIQUES

Il existe à ce jour deux traitements médicamenteux efficaces utilisés pour favoriser la désaccoutumance au tabac : le bupropion (Zyban®) et la varénicline (Champix®). A noter que cette dernière a été retirée du marché en raison de problème de production a priori, et ce pour une durée encore indéterminée.

Le tableau suivant résume les mécanismes d'action, les contre-indications et les effets secondaires potentiels les plus fréquents de ces deux traitements.

Le bupropion est un anti-dépresseur efficace dans l'arrêt du tabac, même chez les patients sans dépression. Comparé à un placebo, le bupropion augmente les chances d'arrêt de 60 % à 6 mois⁴⁰.

La varénicline a à la fois un effet agoniste et antagoniste sur les récepteurs nicotiniques qui permet le maintien d'une libération de dopamine et une diminution des symptômes de sevrage. L'effet potentiel d'une reprise de consommation sera également ainsi atténué. Une étude comparative a montré que la varénicline était plus efficace que le bupropion ou les substituts nicotiniques seuls⁴¹.

bupropion (Zyban®)⁴²	
Mécanisme d'action :	Inhibition sélective du recaptage neuronal des catécholamines (noradrénaline et dopamine)
Dosage :	De J0 à J7 : 150 mg, 1x/jour J7 : arrêt du tabac A partir de J7 : 150 mg, 2x/jour
Contre-indications principales :	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsie, antécédent d'épilepsie, tumeur cérébrale. • Cirrhose hépatique sévère. • Troubles du comportement alimentaire. • Sevrage aigu d'alcool ou de benzodiazépine. • Allergie au produit actif ou excipients.
Effets secondaires potentiels :	<ul style="list-style-type: none"> • GI : inappétence, troubles gastro-intestinaux, y compris nausées et vomissements (10%). • Psy. : agitation, états anxieux, dépressions, insomnie (30%) • Neuro. : céphalées (13%), tremblements, vertiges, troubles du goût, troubles de la concentration. • Autre : bouche sèche (12%)
varénicline (Champix®)^{42*}	
Mécanisme d'action :	Agoniste sélectif partiel des récepteurs acetylcholinergiques, dérivé de la cytosine
Dosage	J1 à J3 : 0.5 mg 1x/j J4 à J7 : 0.5 mg 2x/j J8 – fin du traitement : 1 mg 2x/j
Contre-indications principales :	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptations à faire en cas d'insuffisance rénale sévère. • Allergie au produit actif ou excipients.
Effets secondaires potentiels	<ul style="list-style-type: none"> • GI : Appétit augmenté, poids augmenté, appétit diminué. Douleurs abdominales. Nausées (28.2%). • Neuro. : céphalées (14.8%). • ORL : rhinopharyngite (10.7%). • Psy. : insomnie (14.1%), rêves anormaux (10.7%).

Tableau 4 : Traitement médicamenteux de l'arrêt du tabac

Actuellement, la varénicline n'est plus disponible sur le marché mondial, en raison d'un retrait par la boîte pharmaceutique (décembre 2022). Une autre molécule, la cytosine, est également reconnue comme efficace pour l'aide à l'arrêt du tabac, par son effet agoniste sur les récepteurs nicotiniques⁴³. Elle n'est cependant pas commercialisée en Suisse, mais son importation reste possible.

5.4. VAPOTAGE ⁴⁴

Dans sa forme actuelle, la vaporette ou vapoteuse a été inventée en 2003 par Hon Lik, en Chine ; en Suisse depuis 2006 et leur utilisation a considérablement augmenté dès lors ^{45,46}.

Au fil du temps, différents types (ou générations) de vapoteuses ont été développés, par de multiples petites firmes indépendantes de l'industrie du tabac. Le principe est toujours le même : une résistance chauffe un liquide, afin de produire une vapeur qui est inhalée par le consommateur. Le produit inhalé ne résulte ainsi pas d'une combustion.

Il contient différentes substances : propylène glycol et glycérine, que le chauffage à 150° degrés transforme en vapeur ; divers arômes (tabac, fruits, épices, etc.) ; ainsi que de nombreuses substances toxiques (nitrosamines, aldéhydes tels que formaldéhyde et acétaldéhyde, composés organiques volatiles comme l'acroléine, métaux lourds)⁴⁷ mais en quantité beaucoup plus faible que dans le tabac combustible (450 fois moins)⁴⁵. Enfin, plusieurs substances connues pour être très néfaste dans le tabac (CO par exemple), ne se retrouvent pas dans la vape.

La concentration en nicotine dépend du liquide choisi et varie en Suisse de 0 à 20mg/ml. Le pic plasmatique de nicotine lors de la consommation de la vaporette est plus rapide que celui de tous les substituts nicotiques mais plus lent que celui des cigarettes combustibles. Ceci rend la vaporette souvent plus attractive que les substituts.

Les vaporettes ont l'avantage, pour certaines et suivant la génération, de reproduire le « hit nicotinique », sensation agréable au fond de la gorge lors de l'inhalation. Ce « hit » est principalement provoqué par la nicotine et le PG⁴⁵.

Concernant son impact sur la santé, vu l'absence ou la concentration moindre des principales substances nocives du tabac, on peut considérer que la vape est beaucoup moins dangereuse que la consommation de tabac combustible. Cependant, l'état des données scientifiques ne permet pas de dire à quel point (actuellement estimée à 10-20x moins nocive que la cigarette). Il est important d'en informer les patients avec transparence.

Le tableau suivant liste les catégories de patients à qui la vape peut être une alternative intéressante aux autres méthodes d'arrêt du tabac.

Patients à qui proposer le vapotage :
<ul style="list-style-type: none"> • Echec, impossibilité ou refus des autres méthodes d'arrêt (substituts nicotiques et/ou varénicline/bupropion) • Patients devant arrêter rapidement leur consommation de cigarettes combustibles en raison d'une pathologie (BPCO sévère, infarctus du myocarde, ...) et/ou d'une intervention chirurgicale (greffe, chirurgie bariatrique, ...), et qui expriment le désir de continuer à inhaler un produit nicotiné et générant de la vapeur. • Patients pas prêts à arrêter de fumer/consommer de la nicotine. • Souhait du patient de recourir à cette méthode pour stopper/diminuer sa consommation de cigarettes.

Tableau 5 : A qui proposer le vapotage ?

Concernant la dépendance à la nicotine, elle reste en général stable lors du relais entre cigarettes et vapotage, si l'on choisit le liquide à la concentration en nicotine correspondant à la consommation de tabac du patient. On l'estime à 1 mg/ml par cigarette fumée par jour (p.ex. 20 mg/ml de nicotine pour un fumeur de 20 cigarettes/jour). Il est possible de l'estimer plus exactement et par la suite de réduire progressivement l'usage de la vape et le taux de nicotine. Après un passage à la vape, nous recommandons donc de poursuivre le travail sur la diminution de la consommation.

CAVE : Il est également possible que certains patients augmentent leur dépendance à la nicotine lorsqu'ils consomment la vapoteuse, à cause de la facilité d'utilisation comparée aux cigarettes combustibles. C'est notamment pour cette raison et de par la grande variété de saveurs disponibles sur le marché que la vapoteuse est très prisée chez les jeunes, qui peuvent alors développer des dépendances sévères à la nicotine⁴⁸.

5.5. LES PRODUITS DE TABAC CHAUFFÉS (IQOS, PLOOM, GLO)

Les chauffes-tabac sont des dispositifs développés par les industries du tabac, qui vise à diminuer les risques pour la santé. Le principe est de chauffer du tabac à max. 350°C, plutôt que de le brûler, pour limiter le nombre de substances nocives inhalées. Les industries du tabac parlent ainsi d'aérosols plutôt que de fumée⁴⁹.

Des études indépendantes de l'industrie du tabac ont cependant prouvé que le tabac chauffé produit une combustion partielle malgré la température moindre. Il semble donc plus juste de définir le produit des chauffes-tabac comme un mélange se situant entre aérosol et fumée (tabac « grillé »). Il a ainsi été prouvé que ce produit contient de nombreuses substances toxiques du tabac combustible (acroléine, formaldéhyde) à des taux importants et toxiques, plus élevés que dans les études réalisées par industrie du tabac⁵⁰.

Concernant le potentiel addictif, le tabac chauffé délivre de la nicotine avec une cinétique identique à la cigarette combustible, créant les mêmes effets addictifs avec les symptômes de sevrage typiques⁵¹.

En conclusion, vu la présence de plusieurs substances toxiques, il est vraisemblable que le tabac chauffé ne réduit que partiellement les risques pour la santé tout en gardant le même potentiel addictif que le tabac combustible. Il peut être recommandé en réduction des risques pour les patients fumeurs qui n'envisagent aucun autre changement.

5.6. LES AUTRES PRODUITS CONTENANT DE LA NICOTINE

Il existe du tabac à priser (snuff) et à utilisation orale (snus), qui contiennent les produits toxiques du tabac, mais sans combustion. Ils sont plus nocifs que les poches de nicotine, également à usage oral. Pour plus d'information, se référer au site <https://www.stop-tabac.ch/e-cigarette/autres-produits-du-tabac/snus-avec-ou-sans-tabac-snuff-tabac-a-priser-tabac-a-chiquer>

5.7. AIDES NON MÉDICAMENTEUSES

- **Hypnose** : L'hypnose est un état de conscience modifié, impliquant une capacité accrue à répondre aux suggestions. Contrairement aux idées reçues, le patient reste en pleine capacité et ne peut en aucun cas être manipulé par le thérapeute lorsqu'il est en transe. L'hypnose est utilisée comme une aide à l'arrêt du tabac, en séance unique ou plurielle. Les séances s'organisent en général autour de la date d'arrêt fixée par le patient. Plusieurs points peuvent être travaillés lors des séances : diminution du désir de fumer, renforcement du désir de quitter la cigarette, aide à l'adhésion au programme d'arrêt du tabac, travail sur la toute première cigarette fumée, renforcement d'une aversion à la cigarette, etc.

De nombreuses études ont été réalisées, en général peu conclusives en raison de biais et d'un faible nombre de patients inclus. Une méta-analyse Cochrane a montré en 2019 l'absence d'effets significatifs, mais une tendance. Chez les patients utilisant des substituts nicotiques, l'effet est statistiquement significatif par rapport aux groupes sous thérapie nicotinique seule⁵². L'hypnose peut ainsi être proposée aux patients intéressés en association avec les autres techniques d'arrêt.

- **Acupuncture** : Différentes études sont difficilement interprétables, en raison de biais de publications probables. Un effet positif statistiquement significatif a pu être démontré dans plusieurs études après 6 semaines, mais ne semble pas se maintenir au-delà⁵³. Nous ne proposons ainsi pas cette technique, mais si le patient souhaite y avoir recours, nous ne voyons pas de contre-indication en raison du peu d'effets indésirables et du potentiel effet placebo.
- **Auriculothérapie** : L'auriculothérapie est une technique dérivée de l'acupuncture, consistant à stimuler par différentes façon le pavillon des oreilles. Les techniques les plus courantes en Europe sont la stimulation par laser et par injections de produits homéopathiques ou phytothérapeutiques. L'auriculothérapie est souvent présentée sur les sites internet comme scientifique et révolutionnaire, mais elle n'a aucune base scientifique. Il est important d'en informer les patients afin qu'ils puissent choisir ou non cette pratique en connaissance de cause.
- **Applications** : De nombreuses applications sont disponibles pour aider les patients à arrêter de fumer. Elles proposent des informations et des outils augmenter la motivation à l'arrêt (y compris en mettant les personnes en lien), la dépendance et les obstacles ainsi que pour élaborer des stratégies de prévention de la rechute. Certaines permettent de tenir le compte des jours suivant l'arrêt, de calculer le nombre de cigarettes évitées et l'argent épargné ou proposent des activités alternatives en cas de « cravings ». Ces interventions sont un complément utile aux interventions d'aide à l'arrêt par les professionnels de santé.

6. DEPISTAGES

- En clinique, le médecin généraliste peut réaliser plusieurs examens de dépistage des maladies liées au tabac. Ceux-ci peuvent également être utilisés pour augmenter la motivation du patient à changer sa consommation.
- Mesure du CO expiré : Permet d'estimer le degré d'intoxication du patient à ce gaz. Bien que ce test n'ait pas de conséquence clinique (hormis en cas d'intoxication aiguë au CO), il peut être utilisé comme test motivationnel auprès du patient mais aussi comme outil de suivi de la consommation. La mesure est prise en ppm (partie par million) et est en général à > 10 ppm chez un patient fumeur, sauf s'il s'est abstenu de fumer durant plus de 4-6 heures.
- Spirométrie : Examen simple à réaliser qui permet de diagnostiquer un syndrome pulmonaire obstructif, ou restrictif (avec pléthysmographie). Même en l'absence d'évidence chez les patients asymptomatiques, nous le recommandons pour tous patients fumeurs ou ex-fumeurs (dès 20 UPA), particulièrement en cas de symptômes respiratoires (toux, expectorations chroniques, sibilances ou dyspnée d'effort) car la probabilité pré-test pour un syndrome obstructif est alors élevée⁵⁴.
- CT pulmonaire low dose : Les recommandations actuelles proposent de réaliser environ 1x/an un CT thoracique (à faible dose) de dépistage du cancer pulmonaire chez tous les patients fumeurs (> ou = 20 UPA) et ex-fumeurs (arrêt < 10 ans) entre 50 et 80 ans. Ces recommandations sont remises en question pour des raisons de non-remboursement en l'absence de symptômes, du risque de faux positifs, surdiagnostics et des coûts⁵⁵. Nous suggérons la décision partagée.
- Examen ORL : L'examen de la sphère ORL est recommandé chez tout patient fumeur. En cas d'anomalie (ganglions, lésion buccale, dysphonie, etc.), le patient doit être référé au spécialiste.
- US de l'aorte abdominale : Chez tout patient de sexe masculin qui a déjà fumé (défini par 100 cigarettes fumées, dans les 15 dernières années), un dépistage unique de l'anévrisme de l'aorte abdominal est recommandé entre 65 et 75 ans, par une échographie abdominale⁵⁶.

7. QUESTIONS FREQUENTES

- **L'arrêt du tabac fait-il prendre du poids ?**

Les personnes fumeuses pèsent en moyenne 4-5 kg que leur poids « normal », en raison de l'augmentation du métabolisme et l'effet coupe-faim de la nicotine. Cependant, les fumeurs de >25 cigarettes par jour ont aussi un poids en moyenne plus que les autres, en raison de l'association à d'autres comportements défavorables à leur santé, notamment pour l'alimentation et l'activité physique⁴⁸.

Le risque d'une prise de poids faisant suite au sevrage du tabac est une crainte fréquente pour les patients. Selon les études, elle se confirme dans 80% des cas mais se limite à 4-5 kg en 1 an après l'arrêt⁵⁷. Les prises alimentaires de plus de 5 kg sont ainsi souvent expliquées par d'autres phénomènes, dont la compensation alimentaire, souvent compulsive.

Conseils à donner au patient pour limiter la prise de poids :

- Être attentif à son alimentation (alimentation équilibrée, pas de compensation alimentaire, pas de grignotage d'aliments caloriques).
- Majorer son activité physique.
- Se rappeler que la prise de quelques kilos est nettement moins nocive pour la santé que la consommation de tabac.
- L'utilisation des substituts nicotiques, de la varénicline, du bupropion ou de la vape peut limiter la prise de poids à l'arrêt du tabac⁵⁸.

• **Peut-on s'intoxiquer si l'on prend des substituts de nicotine et qu'on fume ?**

L'intoxication non-accidentelle à la nicotine est un phénomène extrêmement rare, car des signes avant-coureurs (nausée et les vomissements) permettent au fumeur d'auto-réguler sa consommation. La surconsommation de nicotine provoque une tachycardie et hypertension, des douleurs abdominales, ainsi qu'une vasoconstriction périphérique et coronarienne qui peut favoriser un syndrome coronarien aigu en cas de maladie coronarienne sous-jacente. A de très hautes doses, des signes muscariniques tels que l'hypersalivation et l'hypersudation peuvent se déclencher et des convulsions ou une arythmie cardiaque peut même mener au décès. Ces intoxications aiguës sévères, voire mortelles de nicotine ne peuvent être atteints par la consommation de tabac ou de substituts nicotiques, mais peuvent toutefois survenir en cas d'ingestion de liquides de vapotage contenant de la nicotine. De telles intoxications peuvent survenir de manière accidentelle chez des enfants en bas-âge ou lors d'un geste suicidaire chez des patients avec un trouble psychiatrique aigu et sévère⁵⁹.

La prise concomitante de substituts nicotiques et de cigarette n'est donc pas contre-indiquée, elle peut même être conseillée pour diminuer progressivement sa consommation de cigarettes, en informant de ce qui précède.

Certains patients évoquent l'idée de fumer une quantité extrêmement importante de cigarettes en une seule fois dans le but de « se dégouter ». Cette « technique aversive » est extrêmement désagréable, la plupart du temps inefficace et à déconseiller, vu les risques possibles pour la santé.

• **Après avoir arrêté de fumer, est-ce que notre santé s'améliore rapidement ?**

Après l'arrêt du tabac, la santé ne cesse de s'améliorer, et ce durant des années avant de retrouver le même niveau de risque que la population non-fumeuse. Le tableau suivant résume les améliorations principales en fonction du temps.

Arrêt du Tabac	
Après 20 minutes :	La tension artérielle et la fréquence cardiaque redeviennent normales.
Après 12 heures :	Le taux de monoxyde de carbone redevient normal dans le sang. L'oxygénation des cellules s'améliore.
Après 24 heures :	Le risque d'infarctus diminue. Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée. Le corps a éliminé la nicotine.
Après 48 heures :	Le goût et l'odorat s'améliorent.
Après 72 heures :	La respiration s'améliore.
De 2 semaines à 3 mois :	Les fonctions respiratoires s'améliorent. La toux diminue.
Entre 1 mois et 9 mois :	Le système muco-ciliaire bronchique se développe à nouveau et ré- augmente son activité.
Après 1 an :	Le risque d'infarctus du myocarde diminue de 50 %. Le risque d'AVC rejoint celui d'un non-fumeur, sous réserve des atteintes cardio-vasculaires non-réversibles (plaques d'athéromatose).
Après 5 ans :	Le risque de cancer du poumon diminue d'env. 50 %.
Après 10-15 ans :	L'espérance de vie redevient identique à celle d'une personne qui n'a jamais fumé.

Tableau 6 : Calendrier des bénéfices après arrêt du tabac fumé.

Service de médecine de premier recours

Pour en savoir plus (patient) :

- Informations, application d'aide à l'arrêt, aide via internet : stop-tabac.ch
- Groupe d'aide à l'arrêt du tabac (GRAAT) au CIPRET-GE : www.cipret.ch
- Ligne téléphonique stop-tabac (payante) : 0848 000181
- J'arrête de fumer avec Facebook : www.facebook.com/j.arretedefumer.ch

Pour en savoir plus (professionnel de la santé) :

- Unité des dépendances de médecine de premier recours (UDMPR) aux HUG : 022 372 95 37
- J. Cornuz, I. Jacot Sadowski, J.-P. Humair. Conseil médical aux fumeurs et fumeuses. Vivre sans tabac, 2018
https://www.freivontabak.ch/images/pdf/downloads/basisdokumentation_aerztliche_rauchstoppberatung_fr.pdf
- Pascal Gache, Glori Cavalli. Guide pratique de l'entretien motivationnel. InterEdition 2022

REFERENCES

1. <https://www.who.int/fr>.
2. OFSP O fédéral de la santé publique. Le tabac provoque 9500 décès par an. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/tabak.html>
3. OFSP O fédéral de la santé publique. Faits & chiffres: tabac. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht/zahlen-fakten-zu-tabak.html>
4. Lutte contre le tabagisme : la Suisse à nouveau à l'avant-dernière place du classement européen - AT Schweiz. <https://www.at-schweiz.ch/fr/news-media/news/eindammung-des-tabakkonsums-schweiz-erneut-auf-zweitletztem-platz-im-europaischen-ranking/>
5. Briggs J, Vallone D. The Tobacco Industry's Renewed Assault on Science: A Call for a United Public Health Response. *Am J Public Health* 2022;112(3):388–90.
6. OFSP O fédéral de la santé publique. Enquête Santé et Lifestyle 2022. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/ressortforschung-evaluation/forschung-im-bag/forschung-nichtuebertragbare-krankheiten/monitoring-systemncd/erhebung-gesundheit-lifestyle/erhebung-gesundheit-lifestyle-2022.html>
7. Humair J-P, Garin N, Gerstel E, et al. Acute Respiratory and Cardiovascular Admissions after a Public Smoking Ban in Geneva, Switzerland. *PLoS One* 2014;9(3):e90417.
8. Raucherberatung in der ärztlichen und zahnmedizinischen Praxis aus Sicht der Rauchenden und ehemals Rauchenden (Befragung 2010). https://www.researchgate.net/publication/278765898_Raucherberatung_in_der_arztlichen_und_zahnmedizinischen_Praxis_aus_Sicht_der_Rauchenden_und_ehemals_Rauchenden_Befragung_2010
9. Cigarettes & Co - Graphiques. <https://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/cigarettes-co/cigarettes-co-graphiques/>
10. Goriounova NA, Mansvelder HD. Short- and Long-Term Consequences of Nicotine Exposure during Adolescence for Prefrontal Cortex Neuronal Network Function. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2012;2(12):a012120.
11. AT Suisse - AT Schweiz. <https://www.at-schweiz.ch/fr/>
12. CDC. Smoking and Tobacco Use. <https://www.cdc.gov/tobacco/index.html>
13. Tabac et schizophrénies | Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782257207395-page-178.htm>
14. Humair J-P. Arrêt du tabac chez les patients avec un trouble psychiatrique. *Rev Med Suisse* 2009;210(26):1472–5.
15. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annu Rev Public Health* 2017;38:165–85.
16. Rahman M, Fukui T. Bidi smoking and health. *Public Health* 2000;114(2):123–7.
17. Boffetta P, Hecht S, Gray N, Gupta P, Straif K. Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol* 2008;9(7):667–75.
18. Vidyasagan AL, Siddiqi K, Kanaan M. Use of smokeless tobacco and risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2016;23(18):1970–81.
19. How tobacco smoke causes disease; the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease : a report of the Surgeon General. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6067>
20. Juergens J. These are the 5 most addictive substances on earth. *Addiction Center*. March 9, 2016
21. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang J-L, Milenković D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ* 2018;360:j5855.
22. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015;3(12):958–67.
23. Pipe A. Tobacco addiction and hypertension. *J Hum Hypertens* 1996;10 Suppl 2:S13-16.
24. Macacu A, Autier P, Boniol M, Boyle P. Active and passive smoking and risk of breast cancer: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2015;154(2):213–24.
25. Peiffer G, Underner M, Perriot J. [The respiratory effects of smoking]. *Rev Pneumol Clin* 2018;74(3):133–44.
26. Deane KD, Demoruelle MK, Kelmenson LB, Kuhn KA, Norris JM, Holers VM. Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2017;31(1):3–18.
27. Lipa K, Zając N, Owczarek W, Ciechanowicz P, Szymańska E, Walecka I. Does smoking affect your skin? *Postepy Dermatol Alergol* 2021;38(3):371–6.
28. To N, Gracie DJ, Ford AC. Systematic review with meta-analysis: the adverse effects of tobacco smoking on the natural history of Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2016;43(5):549–61.
29. Poorolajal J, Bahrami M, Karami M, Hooshmand E. Effect of smoking on multiple sclerosis: a meta-analysis. *J Public Health (Oxf)* 2017;39(2):312–20.
30. Istrate M, Hasbei-Popa M, Iliescu DA, Ghita AC, Ghita AM. Effects of cigarette smoking on sensorineural hearing impairment and age related macular degeneration. *Tob Prev Cessat* 2021;7:55.
31. NHS. What are the health risks of smoking? Sept. 2022 : <https://www.nhs.uk/common-health->

Service de médecine de premier recours

- questions/lifestyle/ what-are-the-health-risks-of-smoking/.
32. Etter J-F. Evaluation de la dépendance au tabac. *Rev Med Suisse* 2006;089:2744–8.
 33. Etter J-F, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology* 2003;28(2):359–70.
 34. Tabagora. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) : [https:// www.tabagora.com/tests-evaluation/questionnaire-de-motivation-larret-dutabac-q-mat](https://www.tabagora.com/tests-evaluation/questionnaire-de-motivation-larret-dutabac-q-mat).
 35. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992;28:183–218.
 36. Gache P, Meynard A, Meylan MR, Sommer J, Fortini C. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Rev Med Suisse* 2006;080:2154–62.
 37. HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles. Présentation de la méthode des 5A. Oct. 2014 : [https:// www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf).
 38. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD008033.
 39. J. Cornuz, I. Jacot Sadowski, J.-P. Humair. Conseil médical aux fumeurs et fumeuses. *Vivre sans tabac*. 2018.
 40. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2014(1):CD000031.
 41. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):56–63.
 42. compendium.ch. <https://compendium.ch/>
 43. Tutka P, Vinnikov D, Courtney RJ, Benowitz NL. Cytisine for nicotine addiction treatment: a review of pharmacology, therapeutics and an update of clinical trial evidence for smoking cessation. *Addiction* 2019;114(11):1951–69.
 44. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Butler AR, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Data-base Syst Rev*. 2020 Oct 14;10(10):CD010216.
 45. Humair J-P, Tango R, Sadowski IJ, Clair C, Cornuz J. Cigarette électronique : le point en 2015. *Rev Med Suisse* 2015;478:1270–5.
 46. Théraulaz O. Le marché suisse des produits de vapotage, entre prohibition et astuce citoyenne. *Dépendances (n°61, Novembre 2017) :5–7*.
 47. Efficacy, Safety and Toxicology of Electronic Nicotine Delivery Systems as an aid for smoking cessation: The ESTxENDS multicentre randomized controlled trial | Unisanté <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/efficacy-safety-and-toxicology-electronic-nicotine>
 48. Cornuz J, Humair J-P, Zellweger J-P. Tabacologie : quels conseils, pour quels fumeurs ? *Med Hyg* 2003;2452:1849–60.
 49. Uguna CN, Snape CE. Should IQOS Emissions Be Considered as Smoke and Harmful to Health? A Review of the Chemical Evidence. *ACS Omega* 2022;7(26):22111–24.
 50. St Helen G, Jacob Iii P, Nardone N, Benowitz NL. IQOS: examination of Philip Morris International's claim of reduced exposure. *Tob Control* 2018;27(Suppl 1):s30–6.
 51. Brossard P, Weitkunat R, Poux V, et al. Nicotine pharmacokinetic profiles of the Tobacco Heating System 2.2, cigarettes and nicotine gum in Japanese smokers. *Regul Toxicol Pharmacol* 2017;89:193–9.
 52. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;6(6):CD001008.
 53. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(1):CD000009.
 54. P.-Y. Jayet, R. Heinzer, J.-W. Fitting. La spirométrie au cabinet du praticien ? Pour quel patient ? *Revmed*. 2006;
 55. Lazor R, Lovis A, Nicod LP, Cornuz J. Dépistage du cancer pulmonaire par scanner thoracique. *Rev Med Suisse* 2012;363(41):2206–11.
 56. US Preventive Services Task Force, Owens DK, Davidson KW, et al. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2019;322(22):2211.
 57. Filozof C, Fernández Pinilla MC, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev* 2004;5(2):95–103.
 58. Meyers AW, Klesges RC, Winders SE, Ward KD, Peterson BA, Eck LH. Are weight concerns predictive of smoking cessation? A prospective analysis. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(3):448–52.
 59. INSPQ. Bulletin d'information toxicologique. Mai 2015 : https://www.inspq.-qc.ca/sites/default/files/toxicologieclinique/bit/2015_bit_v31_n2_complet.pdf.
 60. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence : A revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119–27.