



***LES STRATEGIES THERAPEUTIQUES
MEDICAMENTEUSES ET NON MEDICAMENTEUSES
DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAC :
Fiche de pratique thérapeutique :
Prise en charge en pratique courante d'un arrêt du tabac***

I. POURQUOI TRAITER LE TABAGISME

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Tous les professionnels de santé doivent intervenir en ce domaine en adaptant le type d'intervention aux caractéristiques du tabagisme de chaque fumeur.

Le tabagisme est en effet, la première cause de mortalité évitable en France. Le tabagisme en France a été directement responsable en 1995 d'au moins 60 000 décès par an (55 000 hommes et 5 000 femmes), soit 10 à 12 % de la mortalité globale. D'ici 2015, la mortalité liée au tabac devrait doubler, notamment à cause d'une forte augmentation des décès chez les femmes fumeuses.

L'arrêt du tabac permet de réduire la surmortalité liée à cette consommation. Il est bénéfique pour la santé de s'arrêter même après l'apparition de pathologies liées au tabac. Le bénéfice est d'autant plus grand que l'arrêt est plus précoce. L'effet le plus spectaculaire est obtenu sur le risque cardio-vasculaire. L'excès de risque disparaît presque totalement en deux à trois années après l'arrêt. Le risque de cancer diminue également après l'arrêt mais plus lentement. Dans le cas des BPCO, l'arrêt du tabagisme permet de stabiliser l'altération de la fonction respiratoire. L'arrêt du tabac est, par ailleurs, hautement souhaitable dans des pathologies aggravées par le tabagisme (hypertension artérielle, diabète de type I et II, insuffisance rénale chronique, asthme....) afin de stabiliser ou de ralentir l'évolutivité de ces affections.

II. PARTICULARITES DE L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

Une dépendance résulte de la conjonction de trois éléments sur lesquels il est indispensable d'agir :

- Une substance à effet psycho-actif, la nicotine, présente dans la feuille de tabac
- Un individu avec sa vulnérabilité
- Des facteurs d'ordre socioculturel et économique

En complément des actions générales, les stratégies individuelles d'aide à l'arrêt du tabac sont nécessaires pour prévenir les complications du tabagisme. Elles doivent prendre en compte des effets psycho-actifs de la nicotine, la vulnérabilité psychologique et des facteurs environnementaux. Tous les sujets ne sont pas égaux devant le risque de devenir dépendants. L'approche du fumeur est donc différente des soins traditionnels. Il s'agit d'une aide que tout professionnel de santé peut et doit apporter à un sujet confronté à une dépendance.

Les stratégies à utiliser diffèrent suivant le degré de motivation et selon l'intensité des dépendances. Rien n'est possible si le sujet n'est pas réellement motivé pour une tentative d'arrêt du tabac. La motivation à l'arrêt du tabac est, en effet, un processus progressif et lent de maturation.

L'aide à l'arrêt du tabac comprend plusieurs étapes :

- Le premier temps permet d'évaluer et de renforcer la motivation
- La deuxième étape est la période de « sevrage » proprement dite. Cette période de sevrage peut durer plusieurs mois. Elle comporte d'une part, l'évaluation des₂

dépendances, des troubles psychologiques associés et des autres conduites addictives et d'autre part, la prise en charge de la dépendance à la nicotine.

- La troisième phase consiste à prévenir et à traiter les fréquentes rechutes de tabagisme dont les causes sont multiples. Ces reprises du tabagisme ne doivent pas être considérées comme des échecs, mais comme une étape vers le succès final.

III. RECOURIR A DES THERAPEUTIQUES AYANT DEMONTRE LEUR EFFICACITE DANS L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

Quels moyens thérapeutiques ?

Pour chaque patient fumeur, le praticien doit encourager les tentatives d'arrêt et soutenir le patient dans sa démarche (conseil minimal¹). Pour un patient prêt à entreprendre une tentative d'arrêt, trois méthodes ont démontré leur efficacité : les traitements nicotiques de substitution (TNS), les thérapies cognitives et comportementales (TCC) et le bupropion LP. Le traitement nicotinique de substitution est la thérapeutique la plus ancienne et la mieux évaluée. Le traitement nicotinique de substitution présente un rapport bénéfice/risque particulièrement élevé. Il doit être privilégié. Les traitements pharmacologiques doivent être utilisés en association avec un conseil minimal et un soutien psychologique suivi. Ces traitements pharmacologiques sont indiqués chez les patients dépendants (score de dépendance moyen et élevé au test de Fagerström) afin de diminuer ou d'annuler les symptômes du sevrage. Le choix de leur utilisation est fondé sur les antécédents du patient, le risque d'effets indésirables, le degré de dépendance nicotinique, l'existence de contre-indications éventuelles à ces produits, les pathologies associées, les risques éventuels de pharmacodépendance et de mésusage, les compétences du praticien et les préférences du patient (Accord professionnel). Il n'y a pas de bénéfice actuellement à associer substituts nicotiques et bupropion LP : cette association n'est pas recommandée (grade C).

Quelle durée de traitement pharmacologique ?

La durée d'administration recommandée des substituts nicotiques lors de la phase initiale de sevrage tabagique est de 6 semaines au minimum jusqu'à 6 mois maximum (Grade A).

La durée recommandée de traitement par le bupropion LP est de 7 à 9 semaines (Grade A).

Des traitements pharmacologiques plus prolongés ne sont pas recommandés à ce jour (Accord professionnel).

IV. PRENDRE EN CHARGE EN PRATIQUE COURANTE UN ARRÊT DU TABAC

La première étape : elle comporte deux parties.

La première concerne la sensibilisation par les médecins et les autres relais de santé publique (pharmaciens, infirmières, diététiciennes, sages-femmes, dentistes,

¹ Conseil minimal : consiste pour un professionnel de santé à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé de s'arrêter de fumer. A cette occasion un document d'information peut être remis au patient.

kinésithérapeutes, associations de malades) du rôle néfaste du tabac. Parallèlement, il convient d'informer les malades des possibilités thérapeutiques actuelles et efficaces d'aide à l'arrêt du tabac. Il convient d'expliquer aux patients (es) que les symptômes de sevrage peuvent être considérablement atténués voir supprimés par les substitutifs nicotiniques ou le bupropion LP. Cette étape a pour objectif essentiel de susciter ou de renforcer la motivation. Il est souhaitable qu'à chaque entretien, le professionnel de santé s'enquière si le sujet est fumeur, le questionne sur son envie d'arrêter et lui propose une brochure (comme celle de l'INPES) sur l'aide à l'arrêt du tabac.

La deuxième partie comporte une analyse du degré réel de motivation à l'arrêt du tabac. Entreprendre un sevrage sans une motivation profonde et réelle du malade est pratiquement toujours voué à l'échec.

La deuxième étape :

Son temps initial comporte l'évaluation de la dépendance pharmacologique envers la nicotine (par le médecin traitant) à l'aide du test Fagerstöm, la recherche de coaddictions (alcool, cannabis...) et de troubles anxieux et/ou dépressifs. Le test de Fagerström permet de classer les patients dans l'une des trois catégories suivantes :

- Non ou peu dépendants (50% des fumeurs),
- Moyennement dépendants (20 % des fumeurs),
- Fortement et très fortement dépendants qui représentent 30% des fumeurs réguliers de cigarettes.

Le temps ultérieur est l'aide à l'arrêt du tabac proprement dit ou sevrage. Ses modalités dépendent du score de dépendance à la nicotine et des comobidités éventuelles (« autres drogues », troubles psychiques)

Principes généraux

1) Le ou la patient(e) est peu ou non dépendant(e) (≤ 4 points au test de Fagerström)

Un sevrage sans aide médicamenteuse est le plus souvent possible. Une relation de qualité médecin-traitant/malade, le soutien de l'entourage sont, à côté de la volonté du malade, des meilleurs gages de succès. L'automédication (substituts nicotiniques) peut s'avérer utile chez certains patients.

2) Le ou la patient(e) est moyennement dépendant(e) (5 et 6 points au test de Fagerström)

En cas de dépendance moyenne l'aide des divers professionnels de santé (pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes...), ayant reçu une formation élémentaire est efficace avec le recours aux substituts nicotiniques.

3) *Le ou la patient(e) est fortement dépendant(e) (> 7 points au test de Fagerström)*

- Pour les fumeurs ayant une forte dépendance, une aide médicalisée est indispensable (médecins généralistes le plus souvent, ayant acquis une formation et une expérience dans l'aide à l'arrêt du tabac). La prise en charge pharmacologique de la dépendance à la nicotine est importante chez ces patients (traitement de substitution nicotinique ou bupropion-LP)
- L'intervention des tabacologues doit être réservée aux formes les plus sévères, avec dépendance très importante, comorbidité anxiodépressive et conduites addictives associées.

V. PREVENIR LES RECHUTES DU TABAGISME DANS LE MOYEN ET LE LONG TERME

Il est utile d'anticiper les causes potentielles de rechute : survenue d'un syndrome dépressif, prise de poids, difficulté de gestion de la consommation d'alcool, attitude face aux proches qui fument à domicile et les situations émotionnelles positives et négatives. Les stratégies de prévention des rechutes doivent être adaptées individuellement en fonction des échecs antérieurs. Certains patients nécessitent des interventions plus structurées qui sont en général développées dans les centres de tabacologie et qui sont apportées spécifiquement à des sujets qui n'arrivent pas à maintenir leur abstinence (Accord professionnel). Le soutien peut s'effectuer dans le cadre d'un suivi individuel ou par des programmes de groupe.

Un suivi prolongé des patients tabagiques sevrés s'impose toujours (Grade A). La prise en charge doit être poursuivie sur une durée d'au moins six mois. Il est recommandé d'analyser les causes de la rechute afin d'adapter la stratégie de prévention des rechutes futures (Accord professionnel).

En cas de rechute, un soutien psychologique prolongé éventuellement associé à une thérapie comportementale et cognitive est recommandé (Accord professionnel). Une reprise du traitement pharmacologique peut s'avérer nécessaire en cas de rechute après un sevrage réussi (Accord professionnel).

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 vous 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 nicotiques. 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.

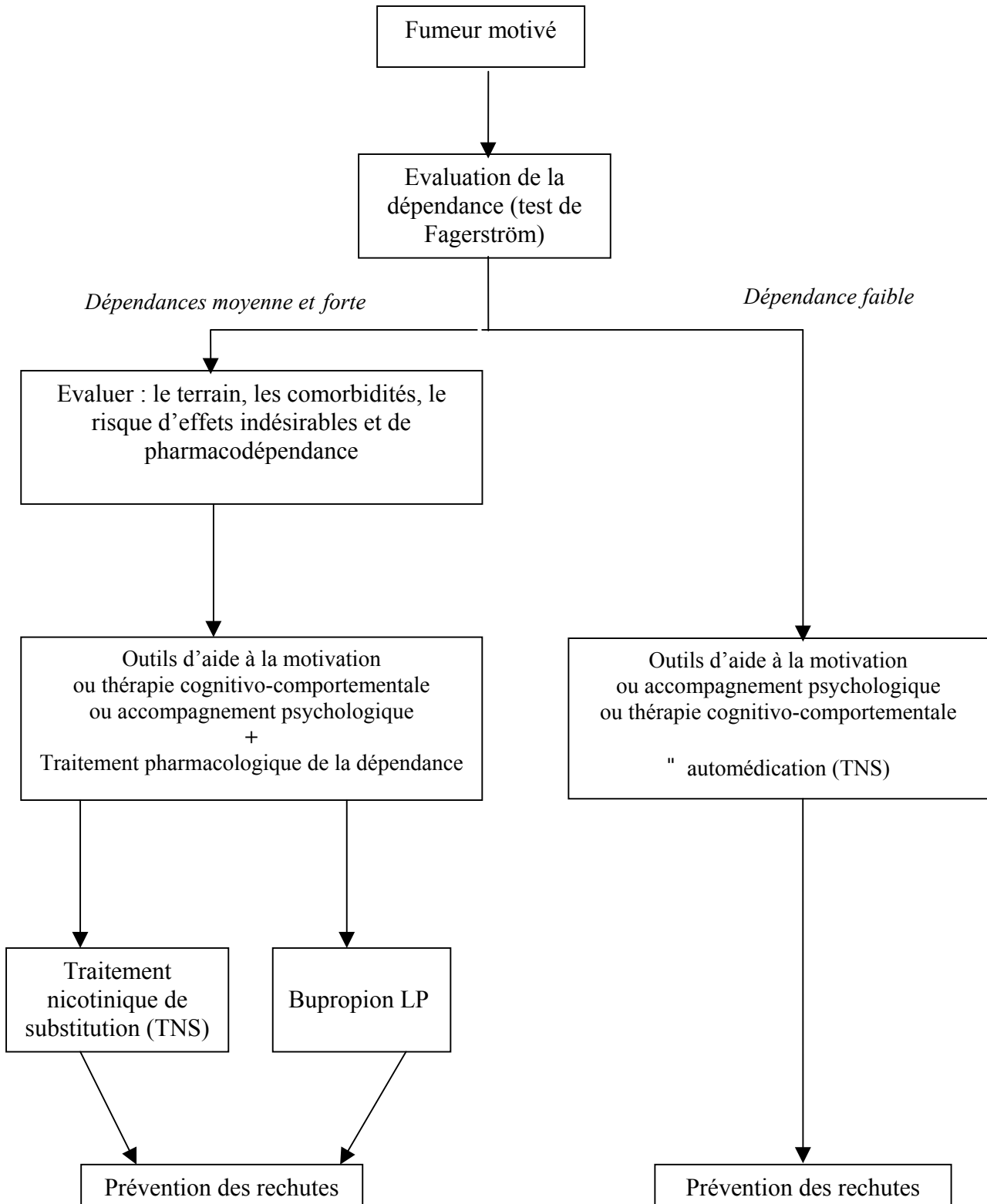
Score de 5 à 6 : le sujet est moyennement dépendant.

L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotiques 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, il convient d'orienter le patient vers une consultation spécialisée.

Arbre de décision



REDACTION DE LA FICHE DE PRATIQUE THERAPEUTIQUE

Dr Guy ROSTOKER (Afssaps)
Dr Bernard LE FOLL (INSERM)
Dr Catherine DENIS (Afssaps)
Pr Gilbert LAGRUE (Tabacologue – Créteil)

GROUPE DE TRAVAIL

Président : Pr Gilbert LAGRUE Tabacologue CRETEIL
Chargé de projet : Dr Bernard LE FOLL INSERM PARIS
Chargé de projet : Mr Pascal MELIHAN-CHEININ Economiste PARIS
Coordinateur : Dr Guy ROSTOKER Afssaps

Pr Jean ADES Psychiatre COLOMBES
Dr Renaud de BEAUREPAIRE Pharmacopsychologue VILLEJUIF
Dr Yvan BERLIN Pharmacologue PARIS
Dr Anne BORGNE Tabacologue BONDY
Dr Paul CONINX Cancérologue REIMS
Pr Bertrand DAUTZENBERG Pneumologue PARIS
Pr Sylvain DALLY Toxicologue PARIS
Mme Catherine DIVINE Pharmacien hospitalier CRETEIL
Dr Catherine DENIS Afssaps
Dr Nathalie DUMARCET Afssaps
Dr Patrick DUPONT Tabacologue CRETEIL
Mme Anne JEANJEAN Afssaps
Pr Georges LAGIER Président de la Commission N^{ale} des Stupéfiants et des Psychotropes
Pr François LEBARGY Pneumologue REIMS
Dr Jean-Marc LEDER Pharmacien PARIS
Dr Patrick LEGERON Psychiatre PARIS
Pr Claude LE PEN Economiste PARIS
Dr Michel MALLARET Pharmacovigilance GRENOBLE
Pr Joël MENARD Santé publique PARIS
Mme Catherine MESSINA Afssaps
Pr Robert MOLIMARD Tabacologue VILLEJUIF
Mr Bertrand MUSSETTA Afssaps
Dr Gérard PEIFFER Pneumologue METZ
Mme Florence PONS Afssaps
Mme Isabelle ROBINE Afssaps
Mme Béatrice SAINT-SALVI Afssaps
Dr Anne STOEBNER Cancérologue MONTPELLIER

COMITE DE VALIDATION

Pr Gilles BOUVENOT Président, Professeur de Thérapeutique, MARSEILLE
Pr Jean-François BERGMANN Vice-Président, Professeur de Thérapeutique, PARIS
Pr Charles CAULIN Président de la Commission d'AMM PARIS
Pr Bernard DUPUIS Président de la Commission de la Transparence LILLE

Pr Michel AUBIER Pneumologue PARIS
Pr Bernard BANNWARTH Pharmacologue, Rhumatologue BORDEAUX
Dr Bruno CAMELLI Omnipraticien PARIS
Dr Anne CASTOT Afssaps
Dr Catherine DENIS Afssaps
Dr Nathalie DUMARCET Afssaps
Pr Christian FUNK-BRENTANO Pharmacologue clinicien, Cardiologue PARIS
Pr Claire LE JEUNNE Thérapeute PARIS
Dr François MEYER Afssaps
Pr Michel PETIT Psychiatre SOTTEVILLE LES ROUEN
Pr Olivier REVEILLAUD Omnipraticien BIEVRES
Pr Christian RICHE Pharmacologue BREST
Dr Guy ROSTOKER Afssaps
Pr Claude THERY Cardiologue LILLE
Dr François TREMOLIERES Infectiologue, Interniste MANTES LA JOLIE
Pr Jean-Hugues TROUVIN Afssaps
Dr Olivier WONG Omnipraticien PARIS

METHODOLOGIE GENERALE

Ces recommandations résultent de l'analyse des données actuelles de la science issues de la littérature, et prend en compte les évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments concernés, apprécier le service médical rendu (SMR) et élaborer les fiches de transparence et les données de pharmacovigilance et de pharmacodépendance. Le texte a été soumis à l'approbation du Comité de validation des Recommandations et Références Médicales de l'Afssaps le 7 novembre 2002 puis transmis à la Commission de la transparence pour avis.

Niveau de preuve scientifique de la littérature et force des recommandations selon l'ANAES (Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations : janvier 2000)

Niveau de preuve scientifique des études	Force des recommandations (grade)
<u>Niveau I :</u> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision fondée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
<u>Niveau II :</u> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Etudes comparatives non randomisées bien menées - Etudes de cohorte	B Présomption scientifique
<u>Niveau III :</u> - Etudes cas-témoin <u>Niveau IV :</u> - Etudes comparatives comportant des biais importants - Etudes rétrospectives - Séries de cas - Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	C Faible niveau de preuve scientifique

En l'absence de preuves scientifiques tirées de la littérature, les recommandations ont été fondées sur un accord professionnel fort.