



Recommandation de Bonne Pratique

Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac

Fiche pratique de thérapeutique : prise en charge en pratique courante d'un arrêt du tabac

Groupe de travail

Président : Pr. G. LAGRUE (Tabacologue, Créteil)
 Chargé de projet : Dr B. LE FOLL (INSERM, Paris)
 Chargé de projet : M. P. MELIHAN-CHEININ (Economiste, Paris)
 Coordinateur : Dr G. ROSTOKER (Afssaps)
 Pr. J. ADES (Psychiatre, Colombes)
 Dr R. DE BEAUREPAIRE (Pharmacopysychologue, Villejuif)
 Dr Y. BERLIN (Pharmacologue, Paris)
 Dr A. BORGNE (Tabacologue, Bondy)
 Dr P. CONINX (Cancérologue, Reims)
 Pr. B. DAUTZENBERG (Pneumologue, Paris)
 Pr. S. DALLY (Toxicologue, Paris)
 Mme C. DIVINE (Pharmacien hospitalier, Créteil)
 Dr C. DENIS (Afssaps)
 Dr N. DUMARCET (Afssaps)
 Dr P. DUPONT (Tabacologue, Créteil)
 Mme A. JEANJEAN (Afssaps)
 Pr. G. LAGIER (Président de la Commission N^{ale} des Stupéfiants et des Psychotropes)
 Pr. F. LEBARGY (Pneumologue, Reims)
 Mr J.-M. LEDER (Pharmacien, Paris)
 Dr P. LEGERON (Psychiatre, Paris)
 Pr. C. LE PEN (Economiste, Paris)
 Dr M. MALLARET (Pharmacovigilance, Grenoble)
 Pr. J. MENARD (Santé publique, Paris)
 Mme C. MESSINA (Afssaps)
 Pr. R. MOLIMARD (Tabacologue, Villejuif)
 Mr B. MUSSETTA (Afssaps)
 Dr G. PEIFFER (Pneumologue, Metz)
 Dr F. PONS (Afssaps)
 Dr I. ROBINE (Afssaps)
 Dr B. SAINT-SALVI (Afssaps)
 Dr A. STOEBNER (Cancérologue, Montpellier)

Comité de validation

Pr G. BOUVENOT, Président, Professeur de Thérapeutique, Marseille

Pr J.-F. BERGMANN, Vice-Président, Professeur de Thérapeutique, Paris
 Pr C. CAULIN, Président de la Commission d'AMM, Paris
 Pr B. DUPUIS, Président de la Commission de la Transparence, Lille
 Pr M. AUBIER, Pneumologue, Paris
 Pr B. BANNWARTH, Pharmacologue, Rhumatologue, Bordeaux
 Dr B. CAMELLI, Omnipraticien, Paris
 Dr A. CASTOT, Afssaps
 Dr C. DENIS, Afssaps
 Dr N. DUMARCET, Afssaps
 Pr C. FUNK-BRENTANO, Pharmacologue clinicien, Cardiologue, Paris
 Pr C. LE JEUNNE, Thérapeute, Paris
 Dr F. MEYER, Afssaps
 Pr M. PETIT, Psychiatre, Sotteville Les Rouen
 Pr O. REVEILLAUD, Omnipraticien, Bièvres
 Pr C. RICHE, Pharmacologue, Brest
 Dr G. ROSTOKER, Afssaps
 Pr C. THERY, Cardiologue, Lille
 Dr F. TREMOLIERES, Infectiologue, Interniste, Mantes La Jolie
 Pr J.-H. TROUVIN, Afssaps
 Dr O. WONG, Omnipraticien, Paris

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.

Particularités de l'aide à 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 des 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.

Recourir à des thérapeutiques ayant démontré leur efficacité dans l'aide à 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 (*tableau I*).

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) (*tableau II*).

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).

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, kinésithérapeutes,

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.

Tableau I.

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 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 nicotinique 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.

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.

Tableau II.

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)
Niveau I : — 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
Niveau II : — Essais comparatifs randomisés de faible puissance — Etudes comparatives non randomisées bien menées — Etudes de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau III : — Etudes cas-témoin	
Niveau IV : — 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.

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 Fagerström, 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 comorbidités éventuelles (« autres drogues », troubles psychiques).

Principes généraux

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, les meilleurs gages de succès. L'automédication (substituts nicotiniques) peut s'avérer utile chez certains patients.

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.

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 (fig. 1).

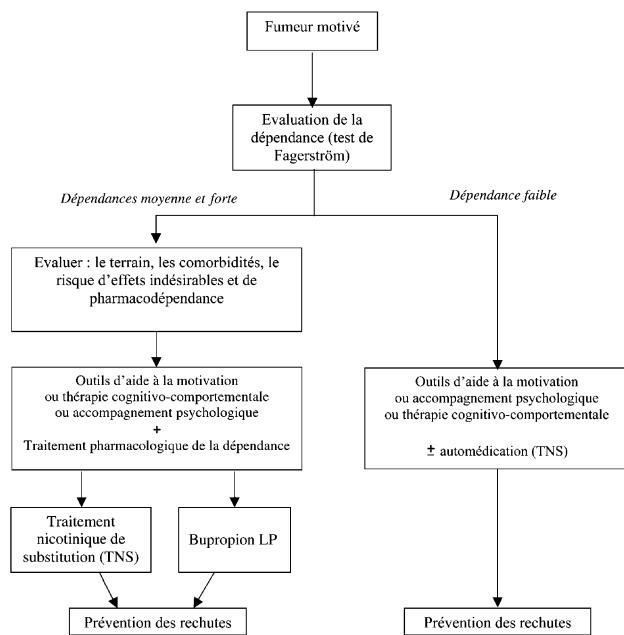


Fig. 1.
L'arbre de décision.

Prévenir 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).

Méthodologie générale

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 le 7 novembre 2002 puis transmis à la Commission de la transparence pour avis.

Nous remercions l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé de nous avoir autorisés à reproduire ce texte. Les recommandations sont disponibles sur le site Internet de l'Afssaps : www.afssaps.sante.fr, rubrique « Documentation et publications »