



## **Recommandation de Bonne Pratique**

***LES STRATEGIES THERAPEUTIQUES  
MEDICAMENTEUSES ET NON MEDICAMENTEUSES  
DE L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC :  
Ce qu'il faut retenir***

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France. Le tabagisme en France a été en 1990 directement responsable de 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. Environ un fumeur sur deux meurt d'une maladie favorisée ou causée par le tabagisme.

Le tabagisme est un comportement appris, renforcé par une dépendance dont la nicotine est le principal responsable. Il existe des stratégies thérapeutiques validées ayant démontré une efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac. Ces stratégies sont analysées de façon exhaustive dans les recommandations de bonne pratique élaborées par l'Afssaps (voir site Internet : [www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)). Des fiches de pratique thérapeutique les accompagnent.

L'aide à l'arrêt du tabac comporte trois étapes :

- 1) l'évaluation de la motivation à l'arrêt et le renforcement de celle-ci,
- 2) l'évaluation de la dépendance, des comorbidités et des co-addictions, puis la mise en place de l'aide au sevrage proprement dit,
- 3) le suivi et l'accompagnement au long cours pour la prévention des rechutes.

L'aide à l'arrêt du tabac ne doit être proposé qu'aux sujets motivés.

Chez ces derniers, il convient de prévoir une consultation spécifique pour l'aide à l'arrêt du tabac qui comportera :

- une évaluation la dépendance à la nicotine par le test de Fagerström
- le dépistage d'un alcoolisme concomitant, d'éventuels troubles anxieux et dépressifs associés

Trois stratégies thérapeutiques ont démontré leur efficacité et sont recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabac : les traitements nicotiques de substitutions (TNS), les thérapies cognitives et comportementales (TCC) et le bupropion LP (Zyban®).

Le traitement nicotinique de substitution est la thérapeutique la plus ancienne et la mieux évaluée ; il présente un rapport/bénéfice risque particulièrement élevé. Il sera privilégié.

Les méthodes pharmacologiques doivent toujours être utilisées en association avec une aide psychologique et un suivi. Les traitements pharmacologiques sont indiqués chez les patients dépendants (score de dépendance moyen et élevé au test de Fagerström) afin d'atténuer ou d'annuler les symptômes du sevrage. Le choix de leur utilisation est fondé sur les antécédents du patient, les risques 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 préférences du praticien et du patient.

Il est souhaitable de toujours prévenir les rechutes du tabagisme : un accompagnement prolongé est donc indispensable car les causes de rechute sont multiples : prise de poids, stress, dépression, démotivation, environnement de fumeurs...

En cas de reprise du tabagisme il convient d'étudier les causes de cette rechute et de remotiver le ou la patient(e) et d'envisager une nouvelle tentative d'arrêt dans un délai plus ou moins proche selon les circonstances.

## **GROUPE DE TRAVAIL**

Président : Pr. Gilbert LAGRUE Tabacologue CRETEIL  
Chargé de projet : Dr Bernard LE FOLL INSERM PARIS  
Chargé de projet : M. 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<sup>ale</sup> des Stupéfiants et des Psychotropes  
Pr. François LEBARGY Pneumologue REIMS  
Mr 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  
Dr Florence PONS Afssaps  
Dr Isabelle ROBINE Afssaps  
Dr 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 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)
<p><u>Niveau I</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Essais comparatifs randomisés de forte puissance</li> <li>- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li> <li>- Analyse de décision fondée sur des études bien menées</li> </ul>	<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p><u>Niveau II</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li> <li>- Etudes comparatives non randomisées bien menées</li> <li>- Etudes de cohorte</li> </ul>	<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>
<p><u>Niveau III</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etudes cas-témoin</li> </ul> <p><u>Niveau IV</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etudes comparatives comportant des biais importants</li> <li>- Etudes rétrospectives</li> <li>- Séries de cas</li> <li>- Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)</li> </ul>	<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>

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