

Désaccoutumance au tabac: Mise à jour 2011

1^{re} partie

Jacques Cornuz^a, Isabelle Jacot-Sadowski^a, Jean-Paul Humair^b, Carole Clair^a, Macé Schuurmans^c, Jean-Pierre Zellweger^d

Recommandations générales

Le tabagisme reste un problème majeur de santé publique. Il cause chaque année environ 9000 décès en Suisse et coûte 5 milliards de francs en frais médicaux directs et en coûts sociaux indirects. La majorité des fumeurs souhaite, un jour, arrêter de fumer. Le conseil médical aide le fumeur dans sa démarche de désaccoutumance et le traitement pharmacologique permet d'atténuer le sevrage nicotinique et augmente les chances de devenir un ex-fumeur.

Cet article propose une mise à jour des recommandations suisses de pratique clinique publiées en 2003 [1, 2] basée sur une recherche de littérature. Nous avons sélectionné 4 recommandations cliniques nationales (Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Canada et Royaume-Uni) [3–5] ainsi qu'une analyse des recommandations publiées dans 31 pays [6]. L'un des auteurs (JC) a fait partie du groupe d'experts international qui a proposé les recommandations canadiennes.

De manière concordante, toutes les recommandations visent non seulement à améliorer la prise en charge clinique du patient tabagique, mais elles proposent également des changements au niveau des systèmes de santé. Elles s'appliquent à tous les utilisateurs de tabac (cigare, pipe, tabac à priser ou à chiquer, pipe à eau, etc.) et pas seulement aux fumeurs de cigarette.

Les bases de la désaccoutumance sont synthétisées dans le tableau 1 [↩](#). La mise à jour de 2011 intègre les progrès effectués dans le domaine de la tabacologie et propose quelques recommandations nouvelles ou développe certaines recommandations anciennes. Les recommandations pour la pratique clinique sont résumées dans le tableau 2 [↩](#).

^a Policlinique médicale Universitaire, Lausanne

^b Service de Médecine de Premier Recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

^c Klinik für Pneumologie, UniversitätsSpital Zürich

^d Ligue Pulmonaire Suisse, Berne

Tableau 1. Les bases de la désaccoutumance.

1. La dépendance au tabac est une condition chronique qui requiert souvent des interventions répétées. Toutefois, des traitements efficaces existent et aident à promouvoir une abstinence de tabac à long terme.
2. Il est indispensable que les cliniciens et les services de santé identifient systématiquement et documentent le tabagisme et traitent tous les patients tabagiques vus dans les lieux de soins.
3. Les traitements pour la dépendance tabagique sont efficaces chez une large partie de la population. Les cliniciens devraient encourager tous les patients qui souhaitent effectuer une tentative d'arrêt d'utiliser les conseils et traitements médicamenteux recommandés.
4. L'intervention brève (3 minutes) pour la dépendance tabagique est efficace et tous les patients tabagiques devraient se voir proposer au moins une intervention brève.
5. Les conseils individuels, en groupe ou par téléphone («quitline») sont efficaces et leur efficacité augmente avec l'intensité de l'intervention. On recommande aux cliniciens d'inclure dans leur intervention trois stratégies de conseils aux patients qui souhaitent effectuer une tentative d'arrêt:
 - a. Soutien psychologique: encourager le patient dans sa tentative d'arrêt, lui montrer de l'intérêt, l'encourager à parler de son processus d'arrêt.
 - b. Informations de base sur: dépendance à la nicotine, symptômes de sevrage, risques de rechute, traitements pharmacologiques disponibles.
 - c. Conseils pratiques à la résolution de problèmes/entraînement de compétences en partenariat avec le patient:
 - reconnaître les situations à risque: stress, alcool, autres fumeurs.
 - développer des stratégies cognitives et comportementales de prévention de la rechute: anticiper les situations à risque, évitement, alternatives, gestion des besoins urgents, changements de style de vie pour diminuer le stress, améliorer la qualité de vie, limiter la prise de poids.
6. Les lignes de conseils téléphoniques (quitlines) sont efficaces chez diverses populations et permettent d'atteindre un grand nombre de personnes. Dès lors, les cliniciens et les services de santé devraient assurer aux patients l'accès aux quitlines et promouvoir leur utilisation.
7. Si un patient tabagique ne souhaite pas effectuer de tentative d'arrêt, les cliniciens peuvent lui proposer un entretien motivationnel centré sur les perceptions du patient, démontré comme efficace pour augmenter les futures tentatives d'arrêt.
8. Les interventions pour la dépendance tabagique sont à la fois efficaces sur un plan clinique et d'un excellent rapport coût-efficacité comparées à d'autres interventions médicales et de prévention. Il est nécessaire de promouvoir auprès des assureurs et décideurs le remboursement des conseils et traitements pharmacologiques identifiés comme efficaces dans ces recommandations.

Tableau 2. Recommandations pratiques.

1. Plusieurs traitements pharmacologiques pour l'arrêt du tabac existent actuellement et sont efficaces. Les cliniciens doivent encourager leur utilisation chez tous les patients qui essaient d'arrêter de fumer – excepté lors de contre-indication médicale ou chez des populations spécifiques où il n'y a pas encore de preuves suffisantes de leur efficacité: femmes enceintes, utilisateurs de tabac à priser ou à mâcher, fumeurs légers (moins de 10 cigarettes par jour), adolescents.
 - a. Six traitements pharmacologiques de première ligne augmentent de manière fiable le taux d'abstinence tabagique à long terme:
 - Patch de nicotine
 - Inhalateur de nicotine
 - Gommages de nicotine
 - Comprimés de nicotine à sucer ou à dissoudre sous la langue
 - Varénicline
 - Bupropion SR (libération prolongée)
 - b. Les cliniciens devraient considérer la combinaison de plusieurs médicaments.
2. Les conseils et les traitements médicamenteux sont efficaces lorsqu'ils sont utilisés séparément pour traiter la dépendance tabagique. Toutefois, la combinaison des conseils et des traitements médicamenteux est plus efficace. Dès lors, les cliniciens devraient encourager chaque individu essayant d'arrêter de fumer à utiliser à la fois les conseils et les traitements médicamenteux.
3. L'utilisation de substituts nicotiques avant un arrêt définitif semble augmenter les taux d'abstinence et peut être considérée comme un pré-traitement avant une tentative d'arrêt ou pour l'aide à la réduction de la consommation de tabac chez un fumeur pas encore prêt à effectuer une tentative d'arrêt.
4. Les fumeurs atteints de troubles psychiatriques ou abusant de substances psychotropes doivent également recevoir un conseil en désaccoutumance. Les cliniciens doivent surmonter leurs réticences à fournir un conseil à cette catégorie de patients.
5. Les femmes fumeuses doivent bénéficier des mêmes conseils et interventions que les fumeurs, mais les thérapeutes doivent tenir compte des motivations et des obstacles à l'arrêt propres aux fumeuses.
6. Les adolescents fumeurs doivent également recevoir un conseil en désaccoutumance. L'usage des substituts nicotiques n'est pas contre-indiqué chez les adolescents, mais il n'existe pas d'évidence de leur efficacité.
7. Les petits fumeurs courent également un risque pour leur santé. Ils doivent bénéficier des mêmes conseils que les autres fumeurs, même si l'évidence de l'efficacité des substituts nicotiques est controversée.
8. Le conseil en désaccoutumance chez les femmes enceintes fumeuses est important. L'usage des substituts nicotiques semble sûr, mais les preuves de leur efficacité dans le sevrage des fumeuses enceintes sont incertaines.
9. Le clinicien ne doit pas nier la possibilité d'une prise pondérale à l'arrêt du tabac ni en minimiser les conséquences possibles pour le fumeur qui arrête. Il doit aborder ce sujet ouvertement avec le fumeur désireux de cesser de fumer et lui offrir une aide appropriée, en rappelant que la prise pondérale n'expose pas aux mêmes risques que la poursuite du tabagisme.
10. Les substituts nicotiques peuvent être employés même chez les patients cardiaques, sauf dans la phase qui suit immédiatement un infarctus.

La dépendance tabagique est reconnue comme une maladie chronique qui nécessite une prise en charge au long cours et des interventions répétées. Des études récentes confirment que les conseils adressés aux fumeurs, associés ou non à un traitement pharmacologique, sont une stratégie efficace pour l'arrêt du tabac. Ces conseils peuvent être donnés par le médecin de premier recours, un spécialiste en tabacologie, un professionnel de la santé formé à cet effet ou un service d'assistance téléphonique («quitline»). Ce dernier moyen permet d'atteindre un plus grand nombre de personnes, notamment les adolescents. On a démontré que l'entretien motivationnel chez les patients qui ne désirent pas arrêter de fumer est efficace et permet d'augmenter le nombre de tentatives d'arrêt. Actuellement, les cliniciens et les patients ont à disposition 6 traitements pharmacologiques de première ligne (voir aussi l'aperçu «Indications au traitement pharmacologique» dans cet article), dont 4 substituts nicotiques, le bupropion et la varénicline, apparue après nos recommandations suisses 2004. Le choix parmi les traitements pharmacologiques de première ligne se fait en fonction des préférences et expériences personnelles des patients, des contre-indications et effets secondaires des divers traitements, du prix ou de l'observance médicamenteuse du patient. Les combinaisons de traitements

sont efficaces et recommandées, surtout pour les patients avec une très forte dépendance ou une rechute. Les patches de nicotine peuvent être combinés aux gommages, aux comprimés, à l'inhalateur ou au bupropion SR. Il n'est toutefois pas recommandé de combiner la varénicline avec les substituts nicotiques. Les experts ne recommandent pas la prescription de traitement pharmacologique chez les femmes enceintes, les adolescents, les fumeurs légers (moins de 10 cigarettes par jour) ou les utilisateurs de tabac sans fumée (tabac à chiquer ou à priser). A ce jour, les études ne sont pas suffisamment concluantes pour recommander leur utilisation de façon généralisée dans ces situations spécifiques. Les médecins doivent avertir les fumeurs que l'arrêt du tabac peut s'accompagner de modifications de l'humeur et que celles-ci peuvent être accentuées par les traitements médicamenteux. Les fumeurs doivent également être avertis des effets indésirables possibles des médicaments tels que les troubles de l'humeur, la tendance dépressive, les troubles de la vigilance et les réactions allergiques. Les études ont donné des résultats contradictoires sur l'efficacité d'un prétraitement de substituts nicotiques avant la date d'arrêt du tabagisme chez des patients désireux d'arrêter de fumer. Cette méthode n'est actuellement pas recommandée en raison des preuves limitées d'efficacité.

INDICATIONS AU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Motivation à arrêter de fumer ou substitution temporaire et
- Dépendance nicotinique

CONTRE-INDICATIONS/PRÉCAUTIONS

- **Substitution nicotinique: Précautions:** Infarctus du myocarde <2 sem., angor instable, troubles du rythme ventriculaire, grossesse/allaitement.
- **Varénicline: Contre-indications:** Insuffisance rénale sévère, grossesse/allaitement, <18 ans. **Précautions:** Troubles psychiatriques, tendance suicidaire.
- **Bupropion: Risque surdosage:** Insuffisance hépatique et rénale. **Contre-indications:** Epilepsie, anorexie/boulimie, sevrage alcool ou sédatifs, cirrhose hépatique, tumeur cérébrale, IMAO, troubles bipolaires, grossesse, allaitement, <18 ans. **Précautions:** Abaissement du seuil épileptogène, alcoolodépendance, anti-dépresseurs, neuroleptiques, tramadol, quinolones, anti-paludéens, corticoïdes systémiques, stimulants, hypoglycémisants, manque de sommeil, traumatisme crânio-cérébral, inhibition CYP2D6.

DÉPENDANCE FAIBLE

<10 cig/j. ou
1^{re} cig. >60 min post-réveil

DÉPENDANCE MOYENNE

10–19 cig/j. ou
1^{re} cig. 31–60 min post-réveil

DÉPENDANCE FORTE

20–30 cig/j. ou
1^{re} cig. 5–30 min post-réveil

DÉPENDANCE TRÈS FORTE

>30 cig/j. ou
1^{re} cig. <5 min post-réveil

A choix selon: préférence du patient, expériences antérieures, contre-indications, co-morbidités somatiques, antécédents de dépression, autres dépendances, traitement médicamenteux associé

- **Substitution nicotinique**
- **Gomme** 2 mg
- **Comprimé à sucer** 1 mg
- **Comprimé sublingual** 2 mg
- **Inhalateur**
- **Patch faible dose**

- **Substitution nicotinique**
- **Gomme** 2 mg
- **Comprimé à sucer** 1 mg
- **Comprimé sublingual** 2 mg
- **Inhalateur**
- **Patch** dose moyenne ou forte
- **Varénicline**
- **Bupropion**

- **Substitution nicotinique**
- **Monothérapie:** patch forte dose / gomme 4 mg / cpr 2 mg / cpr sublingual / inhalateur
- **Bithérapie:** patch forte dose + gomme 4 mg / cpr à sucer 2 mg / cpr sublingual / inhalateur
- **Varénicline**
- **Bupropion**
- **Bupropion + subst. nicotine** (gomme/cpr/inhalateur/patch)

- **Substitution nicotinique**
- **Bithérapie:** patch forte dose + gomme 4 mg / cpr à sucer 2 mg / cpr sublingual / inhalateur
- **Varénicline**
- **Bupropion**
- **Bupropion + subst. nicotine** (gomme/cpr/inhalateur/patch)
- **Bupropion + subst. nicotine en bithérapie** (patch+gomme/cpr/inhalateur)

Substitution temporaire: privilégier les substituts à courte durée d'action (gomme/cpr/inhalateur), si insuffisant: adjoindre patch.

SUBSTITUTION NICOTINIQUE

PATCH 16h

Nicorette® patch
25 mg/15 mg/10 mg

Forte dose: 25 mg × 8 sem. puis 15 mg × 2 sem. puis 10 mg × 2 sem. Durée: 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin
Dose moyenne: 15 mg × 4 sem. puis 10 mg × 2 (4) sem. Durée: 6–8 sem., jusqu'à 6–12 mois si besoin
Faible dose: 10 mg. Durée: 4–8 sem., jusqu'à 6–12 mois si besoin
Appliquer sur peau glabre. Changer lieu chaque jour.

PATCH 24h

Nicotinell® patch
21 mg/14 mg/7 mg

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
Appliquer sur peau glabre. Changer lieu chaque jour.

GOMME

Nicorette®/Nicotinell®
2 mg/4 mg

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/j.
Mâcher 20–30 s puis plaquer contre la gencive en alternance pendant 30 min.

COMPRIMÉ À SUCER

Nicotinell®
1 mg/2 mg

8–12 cpr/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 cpr/j.

COMPRIMÉ SUBLINGUAL

Nicorette Microtab®
2 mg

8–12 cpr/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 cpr/j.
Laisser fondre sous la langue.

INHALATEUR

Nicorette Inhaler®
10 mg

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.
Inhalations répétitives brèves pendant 30 min.

VARÉNICLINE

Champix®
0,5 mg/1 mg

1 × 0,5 mg/j. de J1 à J3 puis 2 × 0,5 mg/j. de J4 à J7 puis 2 × 1 mg/j. × 11 sem. dès J8. Arrêt du tabac programmé dès J8 mais possible avant. Avertir le fumeur des modifications de l'humeur et que celles-ci peuvent être accentuées par les traitements médicamenteux. Les fumeurs doivent également être avertis des effets indésirables possibles des médicaments tels que les troubles de l'humeur, la tendance dépressive, les troubles de la vigilance et les réactions allergiques. Si effets indésirables importants, réduire à 2 × 0,5 mg/j ou arrêter. Durée: 3 mois, considérer jusqu'à 6–12 mois si besoin.

BUPROPION

Zyban®
150 mg

1 × 150 mg/j. de J1 à J6 puis 2 × 150 mg/j. × 7–11 sem. dès J7. Arrêt du tabac programmé entre J8 et J14. Si effets indésirables importants ou «précautions», réduire à 1 × 150 mg/j ou arrêter. Durée: 2–3 mois, considérer jusqu'à 6–12 mois si besoin.

Les recommandations de Nouvelle-Zélande proposent une démarche clinique simple synthétisée par l'acronyme **ABC**:

Ask about smoking status – interroger sur la consommation de tabac.

Brief advice to stop smoking for all people who smoke – conseiller l'arrêt du tabac à toutes les personnes qui fument, quel que soit leur degré de motivation.

Provide evidence-based Cessation support for those who express a desire to stop smoking – proposer des aides efficaces à la désaccoutumance au tabac.

Cette stratégie a le mérite d'être simple à mémoriser et à appliquer à la pratique clinique mais elle comprend les mêmes principes que les recommandations actuelles.

De nombreuses preuves soulignent également l'importance de la politique et des systèmes de santé dans le succès des diverses stratégies de prise en charge de la dépendance tabagique. Par exemple, le remboursement par l'assurance maladie des conseils et traitements pharmacologiques pour l'arrêt du tabac augmente les chances qu'un patient tabagique soit traité et cesse sa consommation avec succès.

Les enfants, adolescents et jeunes adultes bénéficient des conseils pour arrêter de fumer mais des interventions plus ciblées devraient être développées. Des stratégies adaptées doivent être développées pour certaines populations avec une prévalence élevée du tabagisme comme les personnes avec un bas niveau socio-économique ou celles avec des troubles psychiatriques ou d'autres abus de substances. Finalement, il est important d'effectuer des études reflétant davantage la réalité de la pratique clinique et non pas uniquement des essais randomisés et contrôlés effectués avec des sujets sélectionnés et moins représentatifs de la population générale.

Correspondance:

Dr Jean-Pierre Zellweger
Lungenliga Schweiz
Südbahnhofstr. 14c
CH-3000 Bern 14
zellwegerjp@swissonline.ch

Jean-Pierre Zellweger a reçu des honoraires de la maison Pfizer pour diriger des séminaires sur l'emploi de la varenicline en pratique clinique. Jean-Paul Humair a reçu des honoraires de conférences et de participation à un «Advisory Board» par une entreprise pharmaceutique fabriquant un médicament pour le sevrage tabagique. Ces honoraires ont été versés sur un fonds pour la formation et la recherche en tabacologie du Service de Médecine de Premier Recours des Hôpitaux Universitaires de Genève. Jacques Cornuz, Isabelle Jacot-Sadowski, Carole Clair et M. Schuurmans ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Désaccoutumance au tabac 1^{re} partie: Recommandations pour la pratique clinique. Forum Med Suisse. 2004;4(29-30):764-70.
- Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Désaccoutumance au tabac 2^e partie: Recommandations pour la pratique clinique. Forum Med Suisse. 2004;4(31):792-805.
- Fiore M, Baker T, Jaen C, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Department of Health & Human Services, Public Health Service; 2008.
- McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T; New Zealand Guidelines Group. New Zealand smoking cessation guidelines. N Z Med J. 2008;121(1276):57-70.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplace, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. 2008. www.nice.org.uk.
- Raw M, Regan S, Rigotti NA, McNeill A. A survey of tobacco dependence treatment guidelines in 31 countries. Addiction. 2009;104(7):1243-50.

La deuxième partie de cet article paraîtra dans le numéro 10/2011.