

Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac : recommandation de bonne pratique, Afssaps¹⁷

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a confié à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) la mission d'établir les recommandations de bonne pratique et les références médicales, concernant le médicament. C'est dans ce cadre légal que l'Afssaps a réuni un groupe de travail afin d'établir les recommandations de bonne pratique concernant les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac.

Les recommandations de l'Afssaps définissent une stratégie médicale optimale en fonction de l'état actuel des connaissances scientifiques et précisent ce qu'il est utile ou inutile, voire dangereux, de faire dans une situation clinique donnée. Ces recommandations résultent de l'analyse des données actuelles de la science issues de la littérature, et prennent 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. Les sociétés savantes ont été consultées (Société de tabacologie et Société de pneumologie de langue française) pour proposer des représentants susceptibles de participer au groupe de travail.

Les recommandations qualifient les connaissances selon le niveau de preuve scientifique actuellement connu (de niveau 1 à 4, le niveau 1 correspondant au niveau de preuve le plus élevé). La force des recommandations est graduée : A (preuves scientifiques établies), B (présomption scientifique), C (faible niveau de preuve scientifique).

Généralités

La dépendance au tabac résulte de la conjonction de trois éléments :

- une substance à effet psychoactif, ici la nicotine, présente dans la feuille de tabac ;
- un individu avec sa vulnérabilité ;
- des facteurs d'ordre socioculturel et économique.

La lutte contre le tabagisme doit prendre en compte ces trois facteurs. Les actions générales réglementaires et législatives sont nécessaires mais insuffisantes à elles seules. Les actions individuelles d'aide à l'arrêt du tabac sont indispensables pour la prévention des complications du tabagisme. Elles doivent prendre en compte les effets psychoactifs de la nicotine et le rôle de la vulnérabilité psychologique et des facteurs environnementaux, car tous les sujets ne sont pas égaux devant le risque de commencer et de poursuivre l'usage du tabac puis de devenir dépendants. Comme toute dépendance ce phénomène échappe à la raison et à la volonté. L'approche du fumeur est donc différente par rapport aux soins traditionnels, c'est-à-dire la pratique pour laquelle les professionnels de santé ont été jusqu'alors formés : plus qu'un traitement, il s'agit d'une aide que le professionnel de santé peut apporter à un sujet confronté à un problème de tabagisme. Ici comme ailleurs, empathie, compréhension et disponibilité sont indispensables.

Les approches thérapeutiques médicamenteuses ayant fait la preuve scientifique de leur efficacité de niveau A comme aide à l'arrêt du tabac et ayant obtenu une Autorisation de mise sur le marché (AMM) en France sont les traitements substitutifs nicotiques (TSN) et le

¹⁷ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; le texte de l'argumentaire, des recommandations de bonne pratique et la composition du groupe de travail sont consultables sur le site internet de l'afssaps : <http://www.afssaps.sante.fr>

bupropion (Zyban®). Associées à la prise en charge pharmacologique, des interventions non médicamenteuses démontrées efficaces sont le conseil minimal donné par les professionnels de santé et les psychothérapies cognitivo-comportementales.

La dépendance tabagique, cause majeure du tabagisme, se développe dans la majorité des cas dans l'adolescence. Elle s'établit à un niveau constant, en général, au bout de quelques années et entraîne une consommation très individualisée et constante.

Les traitements actuels favorisent l'arrêt du tabagisme sans pour autant traiter la dépendance.

L'objectif du traitement du tabagisme est un arrêt définitif de l'utilisation du tabac. Les traitements actuels favorisent l'arrêt (induisent l'abstinence) mais ne sont pas censés prévenir les rechutes donc favoriser le maintien de l'abstinence.

Traitements substitutifs nicotiques (TSN)

Les substituts nicotiques constituent un traitement efficace du sevrage tabagique chez les patients dépendants (niveau de preuve = 1). Ils permettent de doubler le taux d'abstinence tabagique.

Formes galéniques existantes

Les substituts nicotiques sont disponibles en France sous forme de gomme à mâcher, de timbre transdermique, de comprimés sublinguaux et à sucer et sous forme d'inhaleur.

La gomme à mâcher existe en deux dosages : 2 et 4 mg. Le dosage indiqué correspond à la dose contenue dans la gomme, la dose délivrée est environ 50 % moindre. La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. Le taux plasmatique maximal de nicotine est obtenu en 30 minutes et représente la moitié de celui obtenu en fumant une cigarette. Leur utilisation est limitée par plusieurs facteurs : problèmes dentaires, refus de mâcher une gomme et effets indésirables locaux. Il faut préciser au patient que la gomme ne doit pas être utilisée comme un chewing-gum mais, à l'inverse, mâchée très lentement et que la salive ne doit pas être déglutie. Il faut éviter l'utilisation de la gomme lors de la prise de café ou de boissons acides (sodas) qui peuvent alors diminuer l'absorption de nicotine. Le patient doit être informé des signes de sous- ou de surdosage afin de pouvoir adapter la dose. Le risque de transfert de la dépendance aux cigarettes vers une dépendance à la gomme, sans être nul, reste marginal.

Le timbre transdermique présente une grande facilité d'utilisation. Il assure un taux sanguin de nicotine relativement constant pendant le nyctémère. Avec les timbres, la concentration plasmatique de nicotine varie peu et imite mal les pics nicotiques résultants de l'absorption rapide de nicotine après avoir fumé des cigarettes. Des timbres transdermiques délivrant la nicotine pendant 16 h ou 24 h sont disponibles. Les premiers ne délivrent pas de nicotine pendant la nuit. Les timbres à 24 h, contrairement aux timbres à 16 h, assurent une concentration plasmatique résiduelle de nicotine le lendemain matin, diminuant le manque et l'envie de fumer matinale assez caractéristiques chez les fumeurs fortement dépendants. Pour éviter des réactions cutanées locales, il est conseillé de changer le site d'application du timbre quotidiennement.

Le choix de la dose est un facteur important du succès. Les taux de succès sont améliorés si les TSN apportent une quantité de nicotine à peu près identique à celle que le fumeur retirait de sa consommation de cigarettes. Or, il est apparu que les modalités d'utilisation actuelles de gommes et de timbres ne permettent pas une substitution à 100 %. Il a été alors proposé, afin d'optimiser la substitution, d'augmenter la dose de « patch » ou d'associer différents TSN entre eux (recommandation de grade B). Cette association apparaît bien tolérée.

Les pastilles sublinguales et les pastilles à sucer présentent une pharmacocinétique très proche de celle de la gomme à la nicotine. Elles ont été conçues pour répondre à la demande des fumeurs auxquels l'usage du timbre et de la gomme ne convient pas. L'absorption de

boisson acide (café ou jus de fruits), qui peut modifier l'absorption de nicotine au niveau buccal, est déconseillée dans les 15 minutes précédant leur utilisation.

L'inhalateur peut être utilisé seul ou en association avec d'autres substituts nicotiques. Son usage est bien toléré, bien que l'on observe parfois au niveau de la bouche une irritation locale (40 %), une toux (32 %) ou une rhinite (23 %). L'absorption de la nicotine après utilisation de l'inhalateur est buccale et non pulmonaire ; la consommation de boisson acide est également déconseillée dans les 15 minutes précédant l'utilisation de l'inhalateur.

Toutes les formes galéniques de TSN ont une efficacité similaire à posologie égale. Le choix entre les différentes formes galéniques peut être fondé sur la préférence du patient et sur les profils d'effets indésirables. Les fumeurs les plus dépendants présentent plus de succès avec la gomme dosée à 4 mg qu'avec celle dosée à 2 mg (niveau de preuve = 2). Chez les gros fumeurs, l'efficacité des timbres utilisés sur 16 heures et 24 heures est similaire (niveau de preuve = 1). Dans la majorité des études, le traitement par patch est diminué progressivement par palier sur 8 à 12 semaines. Les mentions légales des TSN suivent cette durée et posologie. Il n'existe cependant pas de différence d'efficacité entre une diminution progressive des doses de timbre et un arrêt brutal.

L'efficacité des TSN n'est pas dépendante de la quantité de support comportemental d'accompagnement (niveau de preuve = 2), mais l'association avec une prise en charge cognitivo-comportementale augmente les taux d'abstinence au-delà de ce que chaque traitement peut faire seul (niveau de preuve = 1). La durée d'administration des substituts nicotiques est variable selon les patients : de 6 semaines à 6 mois. Selon les AMM actuellement en vigueur, la durée de traitement ne dépasse pas 6 mois.

Risques liés aux TSN

Les risques en cas d'utilisation de TSN à court terme lors d'un sevrage apparaissent insignifiants en comparaison des risques associés au tabagisme (niveau de preuve = 1).

D'une façon générale, les TSN ne provoquent pas d'effets indésirables graves ou sévères. Les effets indésirables sont relativement fréquents, locaux et mineurs (timbres : irritation de la peau, prurit, eczéma de contact ; gommes : brûlures pharyngées, brûlures de l'estomac, décollement des prothèses dentaires).

La prise de nicotine n'entraîne pas de risque significatif d'induction d'accidents cardiovasculaires, même chez les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire (niveau de preuve = 1). Le rapport bénéfice/risque du traitement de substitution nicotinique est très favorable, même chez les patients atteints de maladie cardiovasculaire (niveau de preuve = 1).

Chez les femmes enceintes, la substitution nicotinique est beaucoup moins dangereuse que la poursuite du tabagisme, qui expose à la fois la mère et le fœtus non seulement à la nicotine mais aussi aux multiples autres toxiques présents dans la fumée de tabac (niveau de preuve = 2).

Certaines formes galénique de TSN peuvent présenter un potentiel addictif. Ce potentiel est d'autant plus grand que la nicotine est délivrée plus rapidement. L'incidence d'usage abusif est presque nulle pour le timbre, faible pour la gomme ou l'inhalateur (entre 5 et 10 %) et plus élevée pour le spray nasal (non-commercialisé en France). Même si une dépendance aux TSN se développe, il est vraisemblable que l'on obtiendra un bénéfice global pour la santé si l'individu ne fume plus.

Bupropion LP (Zyban®)

Le bupropion est un antidépresseur. Il est commercialisé dans certains pays aussi dans l'indication de traitement de la dépression. Il a obtenu l'AMM en France seulement dans l'indication « aide au sevrage tabagique ». C'est la forme à libération prolongée qui est

commercialisée. Son efficacité dans le sevrage tabagique a été démontrée dans plusieurs essais thérapeutiques contrôlés ayant inclus un total de 2 292 patients non déprimés (niveau de preuve = 1). Son efficacité est comparable à celle des TSN. Il n'existe pas de preuve à ce jour que l'association du bupropion LP et de TSN soit plus efficace que chacun des produits utilisé seul.

Le bupropion est délivré sur ordonnance médicale (Liste I). La durée de traitement par bupropion est de 7 à 9 semaines. Le traitement doit être initié avant l'arrêt du tabac qui doit avoir lieu, de préférence, au cours de la deuxième semaine. La posologie initiale est de 150 mg par jour pendant les 6 premiers jours puis 300 mg par jour en deux prises.

Contre-indications et effets indésirables

Le bupropion n'étant pas un traitement substitutif mais un antidépresseur avec un profil d'effets indésirables bien défini, il est indispensable que les prescripteurs soient familiers de ses modalités de prescription (cf. Résumé des caractéristiques du produit – RCP) et qu'ils respectent strictement les contre-indications : troubles convulsifs évolutifs ; antécédents de convulsions ; tumeur du système nerveux central ; troubles bipolaires (ex. : psychose maniaque-dépressive) ; sevrage alcoolique ; sevrage en benzodiazépines ; traitement par IMAO ; anorexie et boulimie, actuelles ou anciennes ; insuffisance hépatique sévère.

Lors de la prescription du bupropion LP, il convient de discuter le risque potentiel de mésusage ou de toxicomanie au produit : addiction actuelle ou passée alcoolique et médicamenteuse (benzodiazépines, antidépresseurs...), toxicomanie vraie actuelle ou passée, aux drogues illicites (haschich, cocaïne, crack...), troubles du comportement alimentaire.

L'efficacité du bupropion LP a été démontrée dans des essais thérapeutiques comportant des critères d'inclusion restrictifs. Son efficacité dans d'autres populations de patients reste à démontrer. Le bupropion LP a été démontré efficace chez :

- Des fumeurs chroniques âgés de plus de 18 ans, en bon état de santé général, indemnes de pathologies cardiaque, rénale, endocrine, cutanée, neurologique, psychiatrique et d'hypertension artérielle, fumant plus de 15 cigarettes/jour et motivés à l'arrêt du tabac.
- Des fumeurs atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) débutante ou modérée : stade I (VEMS¹⁸ = 50 %) et stade II (VEMS = 35 à 50 %) de la classification internationale, motivés à l'arrêt du tabac, consommant au moins 15 cigarettes/jour l'année précédente et ne s'étant pas arrêté de fumer plus de 3 mois l'année précédente.

Le bupropion LP présente un risque de convulsions estimé à 1/1000. Il s'agit de l'effet indésirable le plus grave et le plus redouté du produit, d'où ses contre-indications.

Les principaux effets indésirables du bupropion LP et leurs fréquences sont résumés dans le tableau 1.

Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour but de faciliter l'arrêt et de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel apprentissage. Elles interviennent à un niveau comportemental, cognitif et émotionnel. Des facteurs cognitifs et émotionnels peuvent contribuer à la rechute ou au maintien de la consommation. L'utilisation des thérapies comportementales et cognitives permet de multiplier par deux le taux d'abstinence tabagique à 6 mois (niveau de preuve = 1).

Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent être conseillées en première intention pour tout sujet décidé à s'arrêter de fumer. L'approche par TCC est complémentaire

¹⁸ VEMS : volume expiratoire maximal par seconde

Tableau 1 : Effets indésirables du bupropion LP

Fréquence	Système, Organe	Effets indésirables
Fréquents : > 1/100	Signes généraux	Fièvre
	Système gastro-intestinal	Sécheresse de la bouche, troubles digestifs incluant nausées et vomissements, douleur abdominale, constipation
	Système nerveux central	Insomnie, tremblements, troubles de la concentration, céphalées, sensations vertigineuses, dépression, agitation, anxiété
	Peau/hypersensibilité	Éruptions cutanées, prurit, sueurs, réactions d'hypersensibilité comme urticaire
	Organes des sens	Troubles du goût
Occasionnels < 1/100 > 1/1 000	Signes généraux	Douleur thoracique, asthénie
	Appareil cardiovasculaire	Tachycardie, élévation de la pression artérielle (parfois sévère), bouffées vasomotrices
	Système nerveux central	Confusion, Crises convulsives
	Système endocrinien et métabolisme	Anorexie
	Organes des sens	Acouphènes, troubles visuels
Rares : < 1/1 000 > 1/10 000	Appareil cardiovasculaire	Vasodilatation, hypotension orthostatique, syncope
	Système nerveux central	Irritabilité, agressivité
	Peau, hypersensibilité	Réactions d'hypersensibilité plus sévères incluant œdèmes de Quincke, dyspnée/bronchospasme et choc anaphylactique. Arthralgies, myalgies et fièvre ont été également rapportées en association avec des éruptions cutanées et d'autres symptômes évocateurs d'une hypersensibilité retardée. Ces symptômes peuvent ressembler à ceux d'une maladie sérique. Des cas d'érythème polymorphe et de syndrome de Stevens-Johnson ont été également rapportés

à la prise en charge pharmacologique de la prévention de symptômes de sevrage (par les TSN ou le bupropion LP) et les taux d'abstinence sont supérieurs quand les deux approches sont combinées. Les TCC peuvent être employées lors des trois phases de l'arrêt du tabac : la préparation, le sevrage puis la prévention de la rechute. Les techniques issues des entretiens motivationnels sont particulièrement utiles dans la phase de préparation mais également dans le suivi, afin de soutenir la motivation du patient. Une fois l'arrêt instauré, la prise en charge s'oriente sur la prévention de la rechute. L'objectif est alors d'aider les patients à identifier les situations dans lesquelles ils sont le plus susceptibles de fumer, à les éviter si nécessaire, et surtout à y faire face plus efficacement.

Les thérapies comportementales et cognitives sont des techniques validées et recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabac (grade A). Il s'agit de moyens efficaces d'aide à l'arrêt du tabac et de prévention des rechutes, mais peu de praticiens sont formés à ces techniques et la nomenclature ne prend pas en compte ce type de traitement.

Une approche psychologique qui privilégie le conseil individuel des différents professionnels de santé est donc recommandée. Ce processus est long et nécessite plusieurs consultations approfondies.

Thérapeutiques non recommandées

Elles sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Thérapeutiques non recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabac

Thérapeutiques médicamenteuses étudiées mais non validées	
Clonidine	Nicoprive®
Nortriptyline	Caféine/éphédrine
Inhibiteurs de monoamines oxydases (IMAO)	Lobeline
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)	Médicaments homéopathiques
Benzodiazépines	Méprobamate
Buspirone	Ondansétron
Bêtabloquants	Cimétidine
Anorexigènes	Naltrexone
Autres méthodes thérapeutiques non validées	
Cigarettes sans tabac	Auriculothérapie
Vaccinothérapie	Hypnose
Acupuncture	Laser
Fumée aversive	

Cas des populations particulières

Femme enceinte

Le tabagisme est nocif à la fois pour la femme enceinte et pour son fœtus. Le tabagisme augmente le risque d'enfant mort-né, de fausse couche, entraîne une diminution de la croissance fœtale, des accouchements prématurés, un risque de placenta praevia. Les enfants exposés au tabagisme passif présentent alors un risque accru de mort subite du nourrisson, d'infections respiratoires, d'asthme et d'otites.

Plus l'abstinence est obtenue tôt au cours de la grossesse, plus les bénéfices semblent importants pour la femme enceinte et son fœtus. Toutefois, un arrêt à tout stade de la grossesse est bénéfique. Les sages-femmes et les praticiens doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite et tout au long de la grossesse (recommandation de grade B).

En effet, les risques encourus pour le fœtus en cas de poursuite du tabagisme durant la grossesse sont très largement supérieurs à ceux attendus lors d'un traitement de substitution nicotinique. Dans le premier cas, à l'exposition à la nicotine se surajoute l'exposition aux hydrocarbures polycycliques et à l'oxyde de carbone ; de plus, la quantité de nicotine liée à la consommation tabagique est généralement supérieure ou égale à celle apportée par le traitement de substitution. L'idéal est de parvenir à l'arrêt complet du tabac (voire des traitements de substitution) avant le troisième trimestre de la grossesse.

En cas d'échec partiel ou complet du sevrage, la poursuite du traitement par un substitut nicotinique après le 6^e mois de grossesse ne peut s'envisager qu'au cas par cas. Il convient de

garder présent à l'esprit les effets propres de la nicotine, qui pourraient retentir sur le fœtus, notamment lorsqu'il est proche du terme.

L'approche psychologique doit être proposée en première intention au cours de la grossesse (recommandation de grade A). En cas d'échec d'une thérapie cognitivo-comportementale, un traitement pharmacologique utilisant des substituts nicotiques peut être proposé.

Il n'existe pas de données sur l'administration de bupropion LP durant la grossesse. Son utilisation est contre-indiquée chez la femme enceinte.

Allaitement

La nicotine se concentre dans le lait maternel et il existe une corrélation entre la concentration de nicotine dans le lait et le nombre de cigarettes fumées.

Les substituts nicotiques peuvent être utilisés lors de l'allaitement (grade C) après échec d'une thérapie cognitivo-comportementale qui sera proposée en première intention (accord professionnel). L'administration de bupropion LP est contre-indiquée chez la femme allaitante.

Pathologies cardiovasculaires

Le tabac est un facteur de risque essentiel et souvent isolé des accidents coronariens aigus du sujet jeune. Indépendamment de son action athérogène, le tabac est responsable d'effets hémodynamiques aigus et favorise le spasme et la thrombose, véritables starters des accidents coronariens.

L'arrêt du tabac est bénéfique et recommandé chez les patients atteints de pathologie cardiovasculaire, notamment de maladie coronarienne (grade A). Les substituts nicotiques sont bien tolérés chez les patients coronariens et ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme (niveau de preuve = 2). Les substituts nicotiques sont recommandés chez les patients coronariens fumeurs (grade B). Les substituts nicotiques peuvent être prescrits dès la sortie de l'unité de soins intensifs au décours immédiat d'un infarctus du myocarde (grade C). Toutefois, le prescripteur doit prendre en compte la perte de la tolérance à la nicotine si le patient n'a pas fumé récemment (accord professionnel). Au décours d'un accident vasculaire cérébral, l'utilisation des substituts nicotiques est possible (accord professionnel). On ne dispose pas de données sur l'utilisation du bupropion LP chez les patients coronariens, dans le post-infarctus et après accident vasculaire cérébral.

Patients souffrant de troubles psychiatriques

La prévalence du tabagisme est élevée dans de nombreuses maladies psychiatriques. Le tabagisme est quasi constant dans les schizophrénies. Sa prévalence est accrue chez les sujets ayant présenté une hyperactivité dans l'enfance, en revanche elle est plus faible parmi les personnes qui souffrent de trouble obsessionnel compulsif. Le sevrage tabagique est d'une extrême difficulté en cas de schizophrénie et une prise en charge spécifique s'impose. Pour les malades psychiatriques lourds, il ne convient d'envisager le sevrage tabagique que lorsque l'état neuropsychique du patient est stabilisé.

Adolescents

Il faut agir le plus précocement possible afin d'éviter l'installation de la dépendance tabagique. La consommation tabagique devrait être recherchée de façon systématique et les stratégies visant à augmenter la motivation à l'arrêt semblent utiles chez les jeunes.

L'utilisation des substituts nicotiques ne semble pas dangereuse dans cette tranche d'âge. Toutefois, ils ne sont à utiliser qu'en cas de dépendance avérée (moyenne et importante), de

motivation forte du sujet à s'arrêter, et conformément à l'AMM, après 15 ans. Le bupropion LP n'a pas été évalué dans cette classe d'âge et son utilisation est donc contre-indiquée chez les moins de 18 ans.

Personnes âgées

Le conseil minimal, les thérapies comportementales et cognitives et les substituts nicotiques ont montré leur efficacité chez des sujets âgés de plus de 65 ans (niveau de preuve = 1). Il n'existe pas d'étude qui ait évalué l'efficacité et la tolérance du bupropion LP dans cette classe d'âge. L'utilisation des thérapeutiques évaluées dans cette classe d'âge est recommandée (grade B). Chez les personnes de plus de 65 ans, le bénéfice de l'arrêt du tabac persiste à la fois en termes d'amélioration de l'espérance de vie et de qualité de vie. L'arrêt du tabac diminue le risque d'infarctus du myocarde, de décès par atteinte coronarienne et de cancer du poumon. L'abstinence permet également une récupération plus rapide en cas de pathologie liée au tabac. La circulation cérébrale est améliorée par l'arrêt du tabac.

Cas des situations particulières

Avant une intervention chirurgicale

Environ un tiers des patients qui sont opérés sont des fumeurs. Le tabagisme est un facteur de risque important de complications opératoires et post-opératoires : les fumeurs présentent une augmentation de la fréquence des complications respiratoires, cardiovasculaires et infectieuses. Les problèmes de cicatrisation et les admissions en unités de soins intensifs sont également plus élevés chez les fumeurs après une intervention chirurgicale. Il est possible de réduire la morbidité post-opératoire par une intervention visant à réduire le tabagisme quelques semaines avant l'intervention.

L'arrêt du tabac avant une intervention chirurgicale diminue les complications post-opératoires (niveau de preuve = 1). Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac ou une diminution de la consommation de tabac par des substituts nicotiques au moins six semaines avant une intervention chirurgicale (recommandation de grade B).

Abstinence temporaire

Avec le développement des interdictions à la fois réglementaires et psychologiques, les fumeurs sont de plus en plus souvent confrontés à des situations où ils sont privés temporairement des apports de nicotine par la fumée de tabac. Ce sevrage, involontaire et brutal, peut alors avoir des conséquences désagréables. Il en est ainsi dans de nombreuses situations :

- vols longs courriers, application de la loi Évin dans les lieux de travail
- hospitalisation
- obligations familiales (enfant, conjoint non fumeur...).

Les troubles dus à l'arrêt du tabac peuvent être atténués plus ou moins complètement par la prise, aussitôt que possible, d'une gomme ou d'un comprimé sublingual de nicotine, en prenant soin de toujours commencer par faire tester l'acceptabilité de l'une ou l'autre des formes galéniques proposées. Cette stratégie d'abstinence temporaire permet d'éviter une situation désagréable pour les patients et des incidents entre fumeurs et non-fumeurs et peut être un pas vers la maturation de leur motivation à l'arrêt.

Réduction du risque tabagique

Pour la prévention ou le traitement des maladies liées au tabagisme, l'arrêt du tabac est l'objectif idéal. Or, chez certains sujets victimes du tabac (BPCO, pathologies cardiovasculaires, certains cancers), l'arrêt se révèle parfois impossible, soit par manque de motivation réelle, soit en raison de l'intensité des dépendances et de la présence de troubles anxieux et/ou dépressifs.

Chez certains fumeurs très fortement dépendants, les tentatives de diminution du nombre de cigarettes restent le plus souvent transitoires et, en tout cas, compensées par une inhalation plus profonde pour pallier la diminution des apports en nicotine, donc sans diminution effective de l'absorption des toxiques. Une nouvelle stratégie a été récemment proposée à la suite des résultats d'une étude américaine, la *Lung health study*. Celle-ci a démontré la possibilité d'une réduction réelle de la quantité de substances toxiques apportées par le tabac, à condition de remplacer la nicotine de la fumée de tabac par celle d'un substitut nicotinique, en l'occurrence la gomme de nicotine.

La réduction des risques liés au tabac est une stratégie thérapeutique réservée à certaines situations cliniques rares et doit être considérée comme une étape possible vers la maturation de la motivation à l'arrêt complet du tabac.

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé¹⁹
Saint-Denis

¹⁹ Ivan Berlin, membre du groupe de travail de l'Afssaps, a été chargé de présenter les recommandations de bonne pratique de l'Afssaps dans l'expertise collective Inserm et de la rédaction de ce texte.