

Sevrage tabagique et prévention des cancers

COLLECTION

Fiches repère

ÉTAT DES
CONNAISSANCES
EN DATE
DU 24 MAI 2011

Le tabac est le premier facteur de risque incontestable de cancers. Ne pas commencer à fumer ou, si on a déjà commencé, arrêter de fumer est la meilleure stratégie pour réduire le nombre de cancers liés au tabac [1].

Avec 60 000 décès par an qui lui sont imputables, dont plus de la moitié par cancers, le tabac est la principale cause de mortalité évitable, toutes pathologies confondues en France [2].

Le risque encouru par un fumeur de développer un cancer lié au tabac dépend de trois facteurs : la consommation moyenne quotidienne de tabac, la durée du tabagisme et l'âge de début du tabagisme.

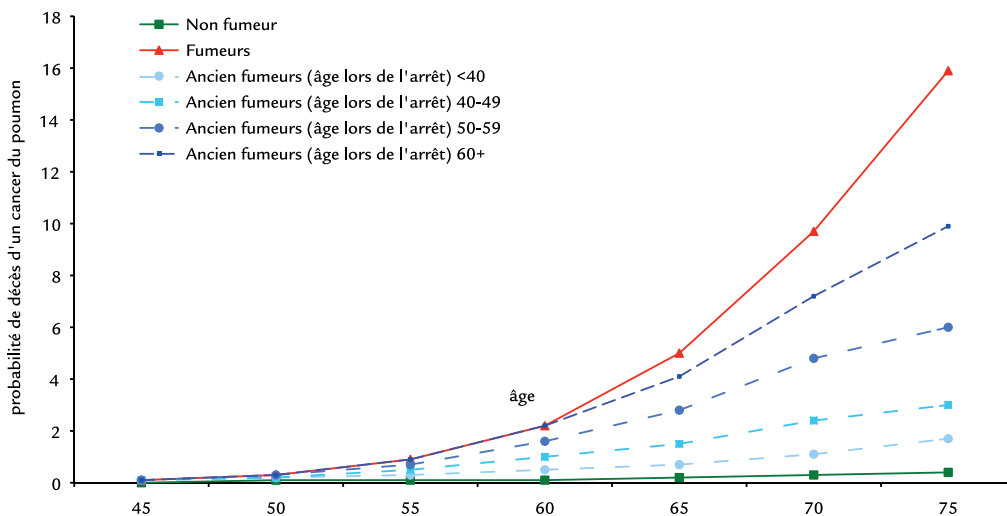
Selon le modèle développé par Doll et Peto, un triplement du nombre de cigarettes fumées par jour multiplie par trois le risque de développer un cancer du poumon, alors qu'un triplement de la durée du tabagisme multiplie ce risque par 100 [3].

Il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge, ce gain s'avère d'autant plus important que le sevrage tabagique est plus précoce.

Doll *et al.* ont ainsi estimé le gain d'espérance de vie à 3 ans chez un fumeur s'arrêtant à 60 ans. Ce gain atteint 6 ans si l'arrêt a lieu à l'âge de 50 ans, 9 ans s'il a lieu à 40 ans et serait proche de celui des non-fumeurs si l'arrêt a lieu avant 35 ans [4].

Une diminution du risque de cancer du poumon chez les anciens fumeurs, par rapport aux fumeurs actuels semblables en tout autre point, apparaît entre 5 et 9 ans après l'arrêt, et elle est proportionnelle à la durée de l'arrêt. Arrêter de fumer avant 50 ans réduit substantiellement le risque de cancer du poumon par rapport aux fumeurs qui n'arrêtent pas. Néanmoins, les anciens fumeurs conservent un risque plus élevé de cancer du poumon comparé aux personnes du même âge n'ayant jamais fumé, même après une longue période d'abstinence (voir graphique n°1). Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a montré qu'un bénéfice signi-

GRAPHIQUE N°1 : RISQUE CUMULÉ DE DÉCÈS PAR CANCER DU POUMON SELON L'ÂGE, LE STATUT TABAGIQUE ET L'ÂGE LORS DE L'ARRÊT



Source : Iarc, 2007 (estimation à partir de Peto *et al.* 2000), infographie INCa

ficatif de l'arrêt du tabac, augmentant avec la durée de l'abstinence, a été observé pour tous les cancers majeurs associés au tabagisme¹, mais il n'atteint qu'à titre exceptionnel le niveau de risque des personnes n'ayant jamais fumé [5]. Une revue de la littérature a montré que l'arrêt du tabac après un cancer du poumon améliore le pronostic de survie à 5 ans et diminue le risque de récurrence. Le risque de développer un second cancer est également plus faible [6].

1- CE QUE L'ON SAIT

1.1 - Les caractéristiques de la dépendance au tabac

La dépendance est la situation dans laquelle se trouve la personne qui ne peut plus se passer du produit sans ressentir un manque d'ordre physique et/ou psychique [7].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la dépendance par « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence. La tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses, peut ou non être présente². ». La dépendance tabagique entre dans cette définition.

La consommation de tabac entraîne une forte dépendance provoquée notamment par la nicotine qui en est la principale cause [1]. La dépendance à la nicotine a été classée comme étant une maladie liée à l'abus de substance dans la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10). La nicotine, tout comme la cocaïne, affecte le système dopaminergique de récompense du cerveau [8]. La dépendance au tabac est une toxicomanie plurifactorielle, à considérer dans le cadre plus général des addictions. Comme pour toute autre drogue, elle résulterait d'une altération de la régulation des structures neurologiques contrôlant les comportements d'adaptation visant à la satisfaction des besoins de l'organisme. Ces structures assurent la régulation du système, selon un cycle besoin-récompense-satiété et en fonction de renforçateurs secondaires, propres à l'individu et à son environnement [9].

1.2 - Le rôle de la nicotine dans la dépendance

La nicotine est un alcaloïde contenu dans la feuille de tabac (10 mg/g de tabac) [10]. La nicotine n'est pas cancérigène [11]. Son principal effet indésirable est d'entretenir la dépendance

au tabac. Ce sont les myriades d'autres toxines présentes dans la fumée de tabac qui sont directement responsables de la majorité des pathologies induites [8]. L'absorption de la nicotine du tabac fumé varie selon le volume de la bouffée, la profondeur de l'inhalation, la dilution de la fumée avec l'air ambiant, le nombre et la fréquence des bouffées. Le fumeur peut ainsi opérer une véritable autotitration de sa nicotémie, indépendamment des taux de nicotine ou goudrons indiqués sur les paquets de cigarettes [10].

1.3 - L'efficacité avérée de l'aide au sevrage tabagique

La majorité des fumeurs arrête de fumer sans aide, mais avec une efficacité qui reste faible, soit un taux de sevrages entre 6 et 12 mois de l'ordre de 3 à 5 % [12].

La Haute Autorité de santé insiste sur l'importance d'une aide au sevrage tabagique, dont l'efficacité est renforcée dès lors qu'elle s'inscrit dans un programme global, associant diverses mesures, ainsi que sur l'efficacité démontrée de la prise en charge financière de la démarche de sevrage.

● Le conseil minimal d'un professionnel de santé

Un conseil minimal pratiqué par un médecin généraliste ou un professionnel de santé lors d'une consultation de routine augmente de façon significative³ le nombre de fumeurs arrêtant de fumer pour une durée d'au moins 6 mois [13]. Ce conseil peut simplement être de poser deux questions : « Est-ce que vous fumez ? » puis « Voulez-vous arrêter de fumer ? » et d'offrir une brochure à ceux qui répondraient oui à la deuxième question ou d'orienter vers une consultation de tabacologie. Cette intervention peut avoir un impact considérable sur la santé publique, car 58 % des fumeurs consultent leur médecin chaque année [14].

Les conseils individuels prodigués par les infirmières sont également efficaces [12].

Dès 1998, la conférence de consensus de l'ANAES sur l'arrêt du tabac soulignait le fait que peu de fumeurs bénéficiaient en France d'un conseil de leur médecin pour le sevrage tabagique [8]⁴.

Le graphique n°2 montre que dans ce domaine, la France se situe dans le bas du classement des pays participants à l'étude International Tobacco Control avec seulement 27,5 % des fumeurs qui ont reçu des conseils pour cesser de fumer par leur médecin au cours d'une visite de routine. De plus, la moitié des personnes

1. Poumon, larynx, cavité buccale et pharynx, œsophage, estomac, pancréas, vessie et col de l'utérus.

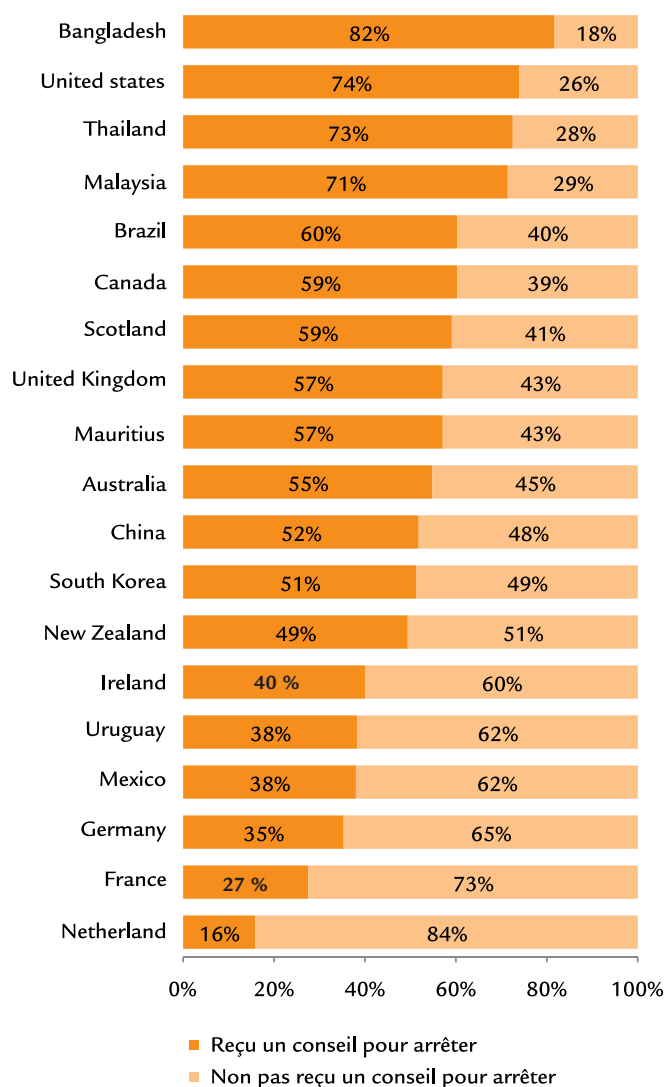
2. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

3. Le risque relatif est de 1,69. Cela signifie que le conseil minimal pratiqué par un professionnel de santé augmente de 70 % le nombre de fumeurs arrêtant de fumer pour au moins 6 mois.

4. <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/France%201998%20FR.pdf>

ayant arrêté de fumer n'ont pas reçu de soutien ni d'encouragement de leurs médecins et/ou d'un professionnel de santé, quand elles les ont consultés, dans les 6 mois qui ont suivi cet arrêt [14].

GRAPHIQUE N° 2: POURCENTAGE DU NOMBRE DE FUMEURS QUI ONT REÇU UN CONSEIL POUR ARRÊTER LORS DE LEURS DERNIÈRES VISITES CHEZ LE MÉDECIN



Source : ITC 2011, infographie INCa

● **Les traitements de substitution nicotinique (TSN)**⁵

Les médicaments à base de nicotine sous forme de timbres agissent en remplaçant temporairement la nicotine apportée par le tabac, ce qui supprime en grande partie les symptômes désagréables du sevrage et évite la production de renforcement négatif par les cigarettes. Parce qu'elle est absorbée lentement et n'entraîne pas de pics de concentrations cérébrales élevées, la nicotine thérapeutique n'induit pas le risque de dépendance [15].

L'Afssaps a élaboré des recommandations de bonne pratique sur les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac en 2003. L'efficacité du traitement nicotinique de substitution contre placebo sur 12 mois est clairement démontrée. L'ensemble des TSN augmentent de 50 à 70 % la réussite des arrêts du tabac. La revue Cochrane a mis à jour en 2008 les données sur l'efficacité des TSN à partir de 132 essais, dont 111 avec plus de 40 000 participants, avec des résultats similaires (voir tableau n°1) [16]. L'efficacité de toutes les formes de substitution nicotinique semble équivalente et le choix du traitement doit être fondé sur la susceptibilité aux effets indésirables et la préférence du patient, ainsi que sur la disponibilité des produits [8].

TABLEAU N°1 : EFFICACITÉ DES THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE À 12 MOIS

Substituts nicotiniques	Silagy <i>et al.</i> (2002) OR [IC 95 %] (nb d'études)	Stead <i>et al.</i> (2008) OR [IC 95 %] (nb d'études)
Gommes à mâcher	1,66 [1,52-1,81] (n=51)	1,43 [1,33-1,53] (n=53)
Timbres (dispositif transdermique)	1,74 [1,57-1,93] (n=34)	1,66 [1,53-1,81] (n=41)
Spray nasal	2,27 [1,61-3,2] (n=4)	2,02 [1,49-3,73] (n=4)
Inhaleurs	2,08 [1,43-3,04] (n=4)	1,90 [1,36-2,67] (n=4)
Tablettes sublinguales	2,08 [1,64-1,86] (n=3)	2 [1,63-2,45] (n=6)
TSN (vs placebo)	1,74 [1,64-1,86] (n=96)	1,58 [1,50-1,66] (n=132)

Source: Stead et al. 2008

5. Les TSN ont obtenu un avis favorable de la Commission de la transparence au titre de l'agrément aux collectivités. Ces molécules ont été délistées en 1999, et sont donc accessibles en pharmacie sans prescription médicale.

● Les traitements pharmacologiques non nicotiques

En France, seuls les TSN, le bupropion LP et la varénicline ont reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'indication « aide au sevrage tabagique ».

■ Le bupropion

Le bupropion est un antidépresseur atypique qui agit en inhibant la recapture de la noradréline et de la dopamine au niveau du système nerveux central (commercialisé en France sous le nom de Zyban® depuis 2001).

Le bupropion peut doubler les chances d'arrêter de fumer à long terme⁶ [12]. Il n'est pas démontré que le bupropion soit plus efficace que les TSN, ni que l'association de bupropion et de TSN augmente le taux d'arrêt par rapport au bupropion ou aux TSN seuls [17]. Au 1^{er} mai 2011, le bupropion est sur la liste de l'Afssaps⁷ des produits faisant l'objet d'une surveillance renforcée au cours de leur commercialisation, après l'identification ou la suspicion d'un signal de pharmacovigilance, toxicovigilance ou addictovigilance. Les motifs de cette surveillance sont liés aux risques de troubles psychiatriques, dépression et suicide.

■ La varenicline (Champix®)

La varenicline est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cholinergiques (commercialisé en France sous le nom de Champix® depuis février 2007).

Une récente méta-analyse (2583 participants) a montré que les personnes ayant pris de la varenicline ont plus du double de chance de rester abstinentes 6 mois après l'arrêt du tabac que les personnes ayant pris un placebo (RR 2,34 : IC 1,99 à 2,75) [18]. L'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA) a notifié des troubles dépressifs et suicidaires survenant en cours de sevrage tabagique chez des patients sans antécédent psychiatrique utilisant la varenicline. Depuis la commercialisation du produit en février 2007, la varenicline bénéficie d'un suivi renforcé de pharmacovigilance par l'Afssaps. Par conséquent, ce produit a été inscrit sur la liste de l'Afssaps des produits faisant l'objet d'une surveillance renforcée publiée le 1^{er} mai 2011.

● Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales sont des outils de modifications des conduites et des comportements. Les objectifs des TCC sont de déconditionner l'individu en provoquant

l'extinction du comportement pathologique acquis et en le remplaçant par un comportement plus adapté.

Ces techniques semblent particulièrement intéressantes dans le cadre du sevrage tabagique, car il apparaît que le tabagisme est un comportement qui se caractérise par un trouble de l'apprentissage aboutissant à une perte de contrôle de la consommation [15]. La réussite de la TCC repose également sur la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute [19].

Les différentes techniques utilisées dans l'aide au sevrage tabagique sont notamment :

- les techniques aversives (aversion physique, pharmacologique et/ou comportementale) ;
- les techniques de relaxation ;
- le soutien social (avec un proche ou d'autres patients) ;
- les thérapies de groupe ;
- les entretiens motivationnels.

L'Afssaps recommande l'utilisation de la thérapie comportementale et cognitive dans l'aide à l'arrêt du tabac, excepté les techniques aversives notamment physiques qui sont jugées inefficaces. Le recours aux TCC permet de doubler le taux d'abstinence à 6 mois. Elles peuvent être utilisées en complément du traitement d'aide au sevrage nicotinique pharmacologique, ce qui augmente la réussite du sevrage [15]. 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. Les TCC peuvent être employées lors des trois phases de l'arrêt : la préparation, le sevrage puis la prévention de la rechute [15]. Bien que toute aide puisse être positive si elle permet l'arrêt du tabac, l'acupuncture et l'hypnothérapie n'ont cependant pas démontré une efficacité supérieure à celle d'un placebo en ce qui concerne le sevrage tabagique [12] [20].

1.4 - Les freins au sevrage

● Prise de poids et arrêt du tabac

Selon les travaux de l'INPES, la prise de poids constitue une forte crainte associée à l'arrêt du tabac, pour 22 % des fumeurs tous âges confondus et 28 % chez ceux de 20 à 24 ans [21]. Aux États-Unis, 50 % des fumeuses et 30 % des fumeurs qui rechutent évoquent la prise de poids comme cause de la reprise des cigarettes [22]. Malgré leur IMC plus faible que celui des fumeuses d'autre pays, les fumeuses françaises s'inquiètent plus pour la prise de poids à l'arrêt du tabac que les fumeuses d'autres

6. L'efficacité du bupropion dans l'aide au sevrage tabagique a été démontrée à 6-12 mois avec des OR compris entre 2,06 (IC 95 % [1,77-2,40] ; n=19) et 2,75 (IC 95 % [1,98-3,81] ; n=7).

7. Afssaps : Liste des médicaments et classes de médicaments sous surveillance renforcée (01/05/2011) (240 ko)

pays [23]. La prise de poids à l'arrêt du tabac est le plus souvent modérée (en moyenne 2,8 kg chez les hommes et 3,8 kg chez les femmes) et un tiers des fumeurs qui s'arrêtent ne prennent pas du tout de poids [24].

Cette prise de poids peut s'expliquer notamment par le fait que :

- la consommation de tabac augmente les dépenses énergétiques. Fumer 24 cigarettes par jour augmente la dépense énergétique quotidienne d'environ 200 kcal [25] ;
- le tabagisme affectant le goût et l'odorat, les aliments sont donc plus savoureux lors de l'arrêt du tabac, entraînant une augmentation de leur consommation ;
- chez certaines personnes apparaissent des fringales et des pulsions sucrées, même chez des individus qui n'avaient pas d'appétence particulière pour le sucre [26].

La pratique d'une activité physique régulière permettrait de réduire la prise de poids sur le long terme.

D'après une méta-analyse récente, il n'a pas été démontré que l'exercice physique réduirait la prise de poids à la fin de la période d'intervention, mais à 12 mois d'abstinence, une réduction pondérale significative a été observée (-2,07 kg ; IC 95 % [-37,8 à -0,36]) [27].

● Dépression et sevrage tabagique

Il semble aujourd'hui qu'être fumeur augmente le risque de souffrir de dépression, mais aussi qu'être dépressif accroît la possibilité d'être dépendant au tabac. La dépression, qui est plus souvent observée chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, diminue les chances de succès du sevrage [28].

→ Il est donc indispensable de prendre en compte ces effets bien connus du public afin de mieux préparer et accompagner l'arrêt du tabac en anticipant les effets possibles de prise de poids et/ou de dépression. D'un point de vue sanitaire, que ce soit en termes de mortalité comme de morbidité, les bénéfices de l'arrêt du tabac ont été clairement prouvés pour l'ensemble des maladies liées au tabac (cancers, maladies cardiovasculaires et maladies bronchopulmonaires chroniques). Hormis la réduction des risques de cancers à long terme, arrêter de fumer permet d'obtenir un gain sur la santé significatif à court terme en diminuant immédiatement les infarctus du myocarde et dès les premières années les risques d'accidents vasculaires cérébraux [5].

1.5 - Une population prioritaire : les femmes enceintes

La prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes en France est une des plus élevées en Europe [29]. La prévalence du tabagisme quotidien au cours de la grossesse est estimée par l'INPES à 24 % en 2010⁸, soit environ 200 000 fœtus exposés directement *in utero* au tabagisme maternel. Ce chiffre reste stable par rapport à 2005 et s'avère inférieur aux 35 % de prévalence du tabagisme quotidien des femmes de 20 à 44 ans (graphique n°1) [21]. L'arrêt du tabac chez les femmes enceintes reste largement insuffisant puisque l'objectif visé est une abstinence tabagique totale.

En France, parmi l'ensemble des femmes enceintes, les fumeuses pendant la grossesse sont plutôt jeunes, plus souvent non mariées, primipares, françaises, de faible niveau d'études, sans emploi ou de profession moins qualifiée. Une forte relation dose-effet est retrouvée entre l'usage du tabac pendant la grossesse et les mensurations du nouveau né à la naissance (poids, taille et périmètre crânien plus petits) [30].

D'après le Centre international de recherche sur le cancer, un lien de causalité entre le tabagisme des parents et la survenue de certains cancers⁹ chez les enfants a été établi. Des études ont montré que les enfants nés de parents qui fumaient (père et/ou mère, pendant la période avant la conception et/ou pendant la grossesse) sont à risque significativement plus élevé d'hépatoblastome, un cancer rare qu'on pense être d'origine fœtale [31].

Le tabagisme maternel pendant la grossesse est associé aussi à des troubles psychiatriques et à un risque d'obésité de l'enfant [32] [33].

Les recommandations émises par l'Afssaps en 2003 et réactualisées en 2006 précisent que l'objectif chez les femmes enceintes est un arrêt complet du tabac le plus tôt possible, et ce, de préférence, sans recours aux TSN. Cependant, les substituts nicotiques ont l'AMM pour aider la femme enceinte en cas d'échec du sevrage tabagique par des méthodes non médicamenteuses comme la thérapie cognitivo-comportementale ou la prise en charge psychologique.

Faute d'études, le recours au bupropion et à la varenicline n'est pas conseillé pour les femmes enceintes.

8. D'après l'INPES, il faut garder une certaine prudence dans la mesure où les effectifs interrogés sont relativement faibles (259 femmes enceintes en 2005 et 284 en 2010 et les différences régionales peuvent être considérables).

9. Cancers du cerveau, des sinus, lymphome et leucémie infantile.

1.6 - Les nouvelles pistes de recherche : rôle des IMAO et des influences génétiques dans la dépendance tabagique

● Le rôle des IMAO dans le sevrage tabagique ?

Une étude publiée en 2009 en neurosciences a montré que la nicotine, à l'inverse de la cocaïne, des amphétamines et de l'alcool, n'entraîne pas de découplage entre les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques¹⁰, responsable du processus d'addiction. Dans ce travail, il a été montré que c'est l'association de la nicotine avec d'autres produits contenus dans le tabac, les inhibiteurs de monoamine oxydases (IMAO)¹¹, qui entraîne ce découplage [34]. La fumée de tabac renferme des béta-carbolines, comme l'harmane et le norharmane, qui ont des propriétés inhibitrices des monoamines oxydases (IMAO). L'action cérébrale de la nicotine est entretenue par différents neuro-modulateurs, comme la dopamine, qui sont normalement dégradés par ces enzymes. Leur inhibition pourrait donc jouer un rôle dans la dépendance tabagique [35].

● La connaissance des influences génétiques pour mieux comprendre la dépendance ?

Un des points actuellement à l'ordre du jour est de savoir si les gènes qui ont été identifiés comme prédisposant au cancer du poumon interviennent ou non dans la dépendance tabagique. Sur cette question, la recherche est très active. Une méta-analyse montre que certaines personnes sont dotées de polymorphismes génétiques qui pourraient influencer le comportement tabagique (niveau de consommation, initiation au tabagisme, etc.). À titre d'exemple, une association a été montrée entre un polymorphisme du gène codant pour l'enzyme DBH qui catalyse la conversion de la dopamine en norepinephrine et l'arrêt tabagique [36]. Comme le stipule l'expertise collective de l'Inserm, la connaissance des influences génétiques pourrait changer radicalement la manière de traiter ou de prévenir la dépendance [35].

2. CE QUI SE FAIT

2.1 - Le développement de l'aide à distance

L'accès à une aide ou un support téléphonique pour arrêter de fumer améliore les chances de succès, surtout si les consultations sont répétées plusieurs fois (au moins 3 appels) [37]. Créée en 1998, la ligne Tabac Info Service (TIS) a été transformée en 2003 par l'INPES en une ligne d'accompagnement

et d'aide à l'arrêt, offrant la possibilité d'un suivi de la démarche d'arrêt par des tabacologues. Ceux-ci délivrent des conseils personnalisés, orientent vers des structures locales de sevrage ou encore accompagnent les démarches d'arrêt via un ou plusieurs entretiens téléphoniques.

Depuis le 31 mai 2009, le numéro à huit chiffres de la ligne Tabac Info Service est passé à quatre chiffres, le 39 89, pour tous les appels depuis des postes fixes (0,15 €/min, hors surcoût éventuel de l'opérateur).

En 2010, 117 appels ont été traités en premier niveau par la ligne téléphonique, soit une hausse de 45,3 % par rapport à 2009. Ce volume d'appels correspond au plus important enregistré depuis l'ouverture de la ligne. Pour ce qui concerne le second niveau, 20 238 appels ont été traités par des tabacologues, soit 47,4 % de plus qu'en 2009. Les appelants de TIS sont pour la plupart des fumeurs réguliers qui souhaitent se faire aider pour arrêter de fumer.

Le GIP Addictions Drogues Alcool Info Service (ADALIS) a également reçu 2 537 appels portant sur le tabac en 2010 [38].

Le site internet www.tabac-info-service.fr a été lancé par l'INPES à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac du 31 mai 2005. Ce site met à disposition du public des informations sur le tabac, ses méfaits et des solutions pour arrêter de fumer. Le site contient également des outils et exercices interactifs spécifiquement développés par une équipe d'experts en tabacologie : grâce à eux, l'internaute peut faire le point sur sa dépendance, ce qu'il craint en arrêtant de fumer, ses motivations, etc.

Le site internet a été amélioré en septembre 2009, avec la mise en ligne du coaching personnalisé, afin de mieux prendre en compte l'âge, les modes de consommation, le niveau de dépendance ainsi que le degré de motivation des personnes inscrites.

2.2 - L'augmentation du nombre de consultations antitabac

Tous les départements français disposent depuis 2004 d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie. Ces consultations s'adressent avant tout aux fumeurs les plus dépendants, notamment à ceux qui souffrent déjà de maladies provoquées par le tabac ou de comorbidités psychiatriques.

Le nombre de consultations d'aide à l'arrêt du tabac a augmenté de plus de 70 % entre 2003 et 2008, passant de 400 à 689¹² actuellement. Les consultations de tabacologie ont accueilli en

10. Ces neurones synthétisent et libèrent de la noradrénaline ou de la sérotonine. Deux neuromédiateurs qui contribuent pour le premier à réguler l'attention, les émotions, le sommeil, le rêve et l'apprentissage et pour le second à diverses fonctions comme la régulation de la température, le sommeil, l'humeur, l'appétit et la douleur

11. Les inhibiteurs de monoamine oxydases sont une classe d'antidépresseur.

12. Office français de prévention du tabagisme : Annuaire des consultations de tabacologies, Mise à jour 2008 https://www.voozahoo.net/oft_portal/scripts/index.php

moyenne 14,6 nouveaux patients par mois en 2010, dont plus de la moitié (56,5 %) sont adressés par un professionnel de santé et 38,7 % consultent suite à une démarche personnelle [38].

Depuis 2007, les personnes souffrant de dépendance au tabac peuvent être aidées dans des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ils accueillent, de façon gratuite, et anonyme sur demande, toute personne qui souhaite être aidée et en fait la démarche.

2.3 - Le développement de l'accès aux substituts nicotiques

L'Assurance maladie a mis en place, en février 2007, un système de prise en charge d'un forfait de remboursement, d'un montant maximum de 50 € par an, des substituts nicotiques et de certains médicaments utilisés dans le sevrage tabagique. L'action 10.2 du Plan cancer 2009-2013 prévoit de renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique en développant, dès 2011, l'accès aux substituts nicotiques pour les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMU, en augmentant à hauteur de 150 € le forfait financé par l'Assurance maladie pour le remboursement des produits utilisés dans le cadre du sevrage tabagique. Sur l'ensemble de l'année 2010, le graphique n°3 montre une augmentation de 7,8 % des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac en 2010 par rapport à 2009. Les principales hausses concernent les substituts nicotiques par voie orale et les timbres transdermiques (+6,1 % et 13,3 %) [38]. Les ventes en pharmacie de médicaments d'aide à l'arrêt se composent à 84 % de substituts nicotiques (formes orales et timbres transdermiques). La varénciline représente 14 % des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac en 2010, celle du bupropion devient marginale avec moins de 1 % en 2010 [38].

2.4 - Une recherche dynamique dans le domaine des addictions

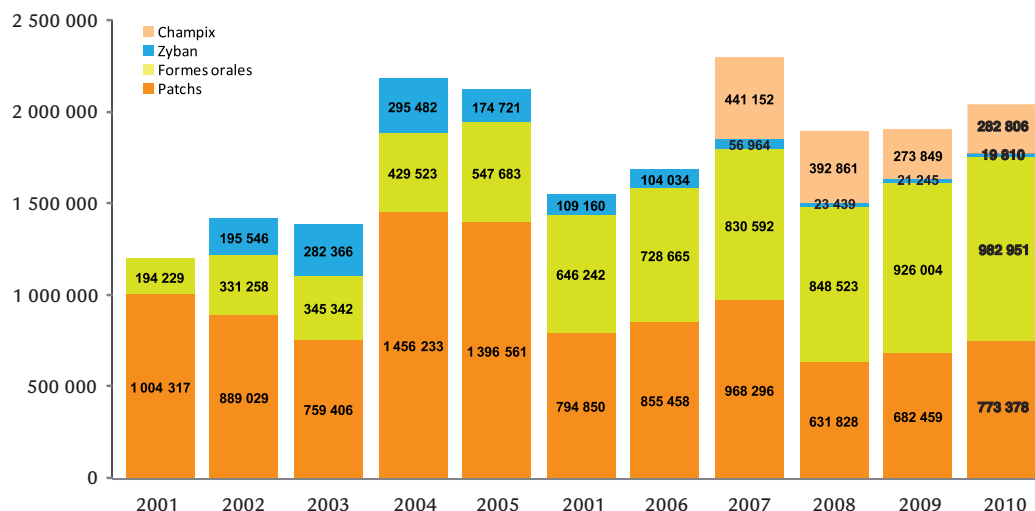
En cohérence avec les préconisations du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie (2008-2011), la Mildt vise à encourager l'avancée des connaissances dans le champ des neurosciences, de la recherche clinique et dans le champ de la santé publique et des sciences humaines et sociales afin de resserrer les liens entre science et action publique.

Le dispositif de l'appel d'offres général et multithématique pratiqué par la Mildt depuis plusieurs années permet de susciter des projets de recherche sur les addictions. Sur la période 2001-2008, la Mildt, l'Inserm et l'INCa (depuis 2006) ont financé 92 projets sur les addictions dont 18 sur le tabac.

Compte tenu de la situation tabagique qui se détériore en France, avec près de 30 % de fumeurs quotidiens parmi les 15-75 ans en 2010, des nouvelles pistes de recherche permettant d'augmenter les connaissances scientifiques dans le champ du sevrage tabagique sont à explorer. Un appel à projets intitulé « PRÉVENTION, DROGUES & SOCIÉTÉ » financé par la Mildt et l'INCa sera lancé en juin 2011 pour permettre d'améliorer la compréhension des risques environnementaux et comportementaux liés à l'usage et/ou la dépendance aux substances psychoactives licites et illicites et d'émettre des recommandations innovantes utiles aux politiques publiques de prévention.

L'INCa lance chaque année, depuis 2010, un appel à projets en recherche interventionnelle afin d'encourager la mobilisation des chercheurs de toutes disciplines en vue de développer et d'évaluer des interventions de terrain visant à réduire les inégalités.

GRAPHIQUE N°3. VENTES DE TRAITEMENT POUR L'ARRÊT DU TABAC EN ÉQUIVALENTS « NOMBRE DE PATIENTS TRAITÉS »



Source : OFDT, GERS© 2010

2.5 - Au niveau international : lignes directrices de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) est le premier traité négocié sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé. Elle a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé le 21 mai 2003 et est entrée en vigueur le 27 février 2005. Elle est devenue depuis l'un des traités ayant remporté la plus large adhésion dans l'histoire des Nations Unies et compte 172 membres. La Direction générale de la santé et

l'INCa participent depuis 2006 au financement du secrétariat de la CCLAT. En novembre 2010, les pays membres ont adopté de nouvelles lignes directrices¹³ en lien avec le sevrage tabagique à l'article 14 de la CCLAT visant à :

- renforcer les infrastructures pour encourager les tentatives de sevrage par des ressources pérennes ;
- incorporer le traitement de la dépendance dans les programmes nationaux de lutte antitabac et les systèmes de santé ;
- recenser les principales mesures efficaces pour promouvoir le sevrage tabagique et échanger les données d'expérience.

13. FCTC : Projet de directives pour l'application de l'article 14 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Point 5.4 de l'ordre du jour, le 15 septembre 2010, http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_8-fr.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1] US Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on smoking and Health, 2010.
- [2] OFDT. Drogues, Chiffres clés. OFDT, 3ème édition, juin 2010, 6 p. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce.html>.
- [3] Peto R. Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. IARC scientific publications. 1986(74):23-33.
- [4] Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ (Clinical research ed. 2004 Jun 26;328(7455):1519.
- [5] IARC. Tobacco Control Reversal of Risk after Quitting Smoking. Lyon: IARC Working Group. WHO 2007. 358 p.
- [6] Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. BMJ (Clinical research ed. 2010;340:b5569.
- [7] INPES. Drogues & dépendance. Le livre d'information : état des connaissances mars 2007. Edition inpes 2007 p180.
- [8] Treatobacco.net. Safety section, Key finding on NRT and cardiovascular disease, http://www.treatobacco.net/en/page_171.html, Accessed 28.02.08.
- [9] Kahn JP, Jeckel C, Wirth N Tabac et dépendances associées in Le tabagisme coordonné par Martinet Y, Bohadana, ed. Masson, paris 2004.
- [10] Lebagry F. Biologie de la nicotine in Le tabagisme coord. par Martinet Y, Bohadana, ed. Masson, paris 2004.
- [11] US Department of Health and Human Services. Survey of compounds which have been tested for carcinogenic activity. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Cancer Institute, 2001.
- [12] HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficacité et prise en charge financière, Haute Autorité de santé. Service évaluation économique et santé publique. janvier 2007 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_aide_sevrage_tabagique_rapport_2007_01_22_16_28_14_826.pdf.
- [13] Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2004(4):CD000165.
- [14] Projet ITC. Second rapport national ITC France. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario Canada ; Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), Institut National du Cancer (INCa), Paris, France. A paraître. 2011.
- [15] Afsapps. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Saint Denis: Afsapps. 2003.
- [16] Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2008(1):CD000146.
- [17] Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; 1. 2007.
- [18] Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2009;2:CD006103.
- [19] Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB. Smoking cessation: principles and practice based upon the AHCPR Guideline, 1996. Agency for Health Care Policy and Research. Ann Behav Med. 1997 Summer;19(3):213-9.
- [20] White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2006(1):CD000009.
- [21] Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL. Evolutions récentes du tabagisme en France. INPES. 2011 (à paraître).
- [22] Pisinger C, Jorgensen T. Weight concerns and smoking in a general population: the Inter99 study. Preventive medicine. 2007 Apr;44(4):283-9.
- [23] Aubin HJ, Berlin I, Smadja E, West R. Factors associated with higher body mass index, weight concern, and weight gain in a multinational cohort study of smokers intending to quit. International journal of environmental research and public health. 2009 Mar;6(3):943-57.
- [24] Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. The New England journal of medicine. 1991 Mar 14;324(11):739-45.
- [25] Hofstetter A, Schutz Y, Jequier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. The New England journal of medicine. 1986 Jan 9;314(2):79-82.
- [26] Lagrue G. Prise de poids et arrêt du tabac in Le tabagisme coord. par Martinet Y, Bohadana, ed. Masson, paris 2004.
- [27] Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2009(1):CD006219.
- [28] Wirth N, Bohadana A, Spinoso A, Abou-Hamdan K, Raymond S, Martinet Y, et al. [Evidence based pneumology: 3rd update workshop to the SPLF. Smoking: from prevention to weaning]. Revue des maladies respiratoires. 2004 Dec;21(6 Pt 1):1197-201.
- [29] Académie de Médecine : apport sur le tabagisme, coordonné par Maurice Tubiana, 25 mai 2009, http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/tubiana_rapp_25mai_2009.doc. 2009.
- [30] Lelong N, Blondel B, Kaminski M. [Smoking during pregnancy in France between 1972 to 2003: Results from the national perinatal surveys]. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. 2011 Feb;40(1):42-9.
- [31] Secretan B, Straif K, Baan R, Grosse Y, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. A review of human carcinogens--Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. The lancet oncology. 2009 Nov;10(11):1033-4.
- [32] Ekblad M, Gissler M, Lehtonen L, Korkeila J. Prenatal smoking exposure and the risk of psychiatric morbidity into young adulthood. Archives of general psychiatry. 2010 Aug;67(8):841-9.
- [33] Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. International journal of obesity (2005). 2008 Feb;32(2):201-10.
- [34] Lanteri C, Hernandez Valjejo SJ, Salomon L, Doucet EL, Godeheu G, Torrens Y, et al. Inhibition of monoamine oxidases desensitizes 5-HT1A autoreceptors and allows nicotine to induce a neurochemical and behavioral sensitization. J Neurosci. 2009 Jan 28;29(4):987-97.
- [35] Inserm. Tabac.Comprendre la dépendance pour agir. Paris: INSERM; 2004.
- [36] consortium Ttag. Genome-wide meta-analyses identify multiple loci associated with smoking behavior. Nature genetics. 2010 May;42(5):441-7.
- [37] Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2009.
- [38] OFDT. Tabagisme et arrêt du tabac en 2010 Bilan de l'année 2010. tableau de bord mensuel des indicateurs de tabac. 2011;http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_10bil.pdf.

Coordination de la fiche repère « Sevrage tabagique et prévention des cancers »: Direction de la santé publique, département prévention, Institut National du Cancer.

Remerciements pour relecture : Pierre-Yves Bello (Direction générale de la santé) ; Dr Ivan Berlin (Hôpital Pitié Salpêtrière) ; Aurélie Lermenier (OFDT).