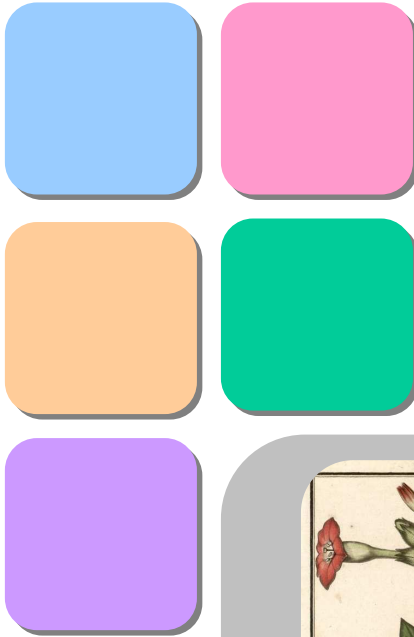




Mise à jour
2009
Octobre



Référentiel en oncologie
Rhône-Alpes-Auvergne

Sevrage
tabagique

REDACTEURS : D. ARPIN, A. AUBERT, M. AUBERT, A. BELLIERE, M. BERTOCCHI (coordonnateur), PY. BRICHON, P. BRUN, B. CAILLET, ML CHAMBONNIERE, O. CHAPET, M COUDURIER, MH DAUNAT, E. DE LA ROCHE, M DEVOUASSOUX, S. DIAB, L. FALCHERO, E. FAUCHON, P. FOURNEL, P. FOURNERET, N. FREYMOND, L. GERINIERE, B. GUIBERT, S ISAAC, G JANNIN, D KAZMAREK, S LANTUEJOUL, S. LARIVE, I. MARTEL-LAFAY, B. MASTROIANNI, P. MERLE, D. MORO-SIBILOT, P. MULSANT, H. NAGY-MIGNOTTE, A. NAMEE, A PENET, M. PEROL , R. RIOU, PJ. SOUQUET, B. TAVIOT, F THIVOLET, F. TRONC, M. ZOUAI.



SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
GENERALITES	3
AVANT LE SEVRAGE	4
PENDANT LE SEVRAGE	5
APRES LE SEVRAGE	6
LES MOYENS D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE	7
1. Les substituts nicotiniques	7
1-1. Les timbres transdermiques ("patches")	7
1-2. Les gommes à mâcher	7
1-3. Les pastilles sublinguales ou les pastilles à sucer	8
1-4. L'inhalateur	8
2. Le Bupropion LP (Zyban®)	8
3. La Varenicline (Champix®)	9
4. Les thérapies cognitivo-comportementales (tcc)	9
5. Les autres moyens non valides	9
LA DEPENDANCE TABAGIQUE	10
AUTRES REFERENCES	10
ANNEXE 1 - LE CONSEIL MINIMAL	11
ANNEXE 2 - TEST ANXIETE-DEPRESSION (HAD : HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)	12
ANNEXE 3 - Test de dépendance physique à la nicotine (test de Fagerström 1991)	13
ANNEXE 4 - CIRCULAIRE DU 8 DECEMBRE 2006 RELATIVE A LA MISE EN OEUVRE DES CONDITIONS D'APPLICATION DE L'INTERDICTION DE FUMER DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE	14
ANNEXE 5 – PROCEDURE HCL	15
ANNEXE 6 - RECOMMANDATIONS POUR UNE BONNE DISPENSATION DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES	18



GENERALITES

Le tabac est responsable de 85 % des cancers du poumon. Hier apanage des hommes, aujourd'hui le cancer du poumon gagne du terrain chez les femmes qui fument de plus en plus.

Responsable en France de la mort prématurée de plus de 70 000 personnes par an, dont 18 000 cas annuels de cancers du poumon, le tabagisme est un véritable problème de santé publique.

Il est inscrit dans le plan cancer 2003 que le patient doit pouvoir bénéficier d'une aide à l'arrêt du tabagisme lors de sa prise en charge oncologique, dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé.

Face aux problèmes du tabagisme, les médecins (et autres professionnels de santé) doivent avoir une attitude parfaitement claire et si possible exemplaire, basée sur quatre principes essentiels :

- noter systématiquement dans chaque dossier la position du patient face au tabac : non fumeur, ex-fumeur, fumeur, durée du tabagisme, quantité, date de début. Ne plus utiliser la notion de « paquet année ». Poser systématiquement la question d'une éventuelle co-addiction au cannabis.
- utiliser systématiquement le conseil minimal (Annexe 1) lors de chaque consultation, quel qu'en soit le motif (guides gratuits pour l'aide au sevrage à commander : www.inpes.sante.fr).
- donner la certitude au patient que le médecin lui apportera tous les conseils et les moyens de réussir un sevrage tabagique en évitant les effets secondaires.
- ne pas fumer soi-même pendant les consultations ou dans l'enceinte de l'hôpital, et faire un affichage "tabac" dans les salles d'attente avec mise à disposition de documents d'information INPES (suite décret 15/11/2006) :
 - o le tabac et la loi,
 - o la dépendance au tabac,
 - o les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt.
(à commander gratuitement www.inpes.sante.fr)



AVANT LE SEVRAGE

L'attitude du thérapeute en matière de sevrage tabagique doit se faire dans un langage simple, sur la base d'une hypothèse d'arrêt, mais sans précipitation :

- proposition avec empathie de se revoir pour parler de sevrage tabagique lors d'une consultation spécifique au tabac,
- faire savoir au patient que l'on peut l'aider s'il le souhaite,
- faire admettre d'emblée que la prise en charge du sevrage tabagique, implique comme toute prise en charge, le principe de rendez-vous réguliers de suivi, 5 consultations seront nécessaires dans l'année au minimum

Dossiers cliniques de sevrage tabagique intitulés "consultation de tabacologie" à commander gratuitement www.inpes.sante.fr (version informatique disponible)

Les patients devant être opérés d'un cancer du poumon doivent être informés des risques de complications péri opératoires liés à leur tabagisme et remettre le document INPES "une opération se vit mieux sans tabac" (à commander gratuitement www.inpes.sante.fr).

L'attitude du fumeur :

L'évolution de la prise de décision de s'arrêter de fumeur se fait progressivement, étape par étape, pour chaque fumeur.

1) le fumeur n'a pas du tout envie de s'arrêter de fumer, il optimise les bons côtés de la cigarette et occulte les risques pour la santé : l'action du médecin est d'informer sur les méfaits du tabagisme en général, et pour ce fumeur en particulier.

Il faut éviter à tout prix un discours "qui fait peur" et/ou culpabilisant car ceci s'avère toujours contre productif.

2) Le fumeur envisage de s'arrêter dans les prochains mois, la motivation augmente progressivement, les inconvénients du tabagisme commencent à être pris en compte : le médecin doit aider le fumeur à faire la balance des avantages et des inconvénients du tabac, en insistant toujours sur les bénéfices à l'arrêt.

3) Le fumeur prend la décision d'arrêter de fumer dans les prochaines semaines : le médecin doit obtenir du fumeur qu'il fixe la date d'arrêt ; si possible dans un délai de 6 mois.



PENDANT LE SEVRAGE

Le fumeur entre dans la phase de sevrage à la date prévue, avec un accompagnement thérapeutique spécifique, avec ou sans substituts nicotiques ou autre médicament spécifique du sevrage tabagique (Zyban®, Champix®), avec ou sans traitement anxiolytique...

Le médecin doit obligatoirement revoir le fumeur au début du sevrage dans les jours qui suivent (idéalement 8 jours après), à la recherche d'un surdosage ou d'un syndrome de manque, afin d'adapter au mieux la thérapeutique spécifique en fonction des signes cliniques.

Le syndrome de manque se traduit par :

- pulsions à fumer
- irritabilité, colère
- anxiété
- nervosité
- tendance dépressive
- difficultés de concentration
- troubles du sommeil
- augmentation de l'appétit.

Il est important de fixer des rendez-vous de prochaines consultations, idéalement tous les mois pendant 3 à 6 mois.

Le suivi est basé sur :

- La surveillance de la réalité du sevrage (dosage du CO par CO testeur si possible), les envies de fumer, les cigarettes qui font défaut, les stratégies gagnantes pour tenir bon les premiers temps.
- La recherche du syndrome de manque.
- La recherche d'une symptomatologie dépressive ou de troubles bipolaires (30 % de syndromes dépressifs au décours d'un sevrage tabagique). L'utilisation du test anxiété dépression (HAD : hospital anxiety and depression scale) est un outil utile (cf. Annexe 2). On pourra introduire un antidépresseur si nécessaire (Deroxat® par exemple).
- La surveillance du poids.
- La qualité du sommeil, ne pas hésiter à donner des hypnotiques.
- Vérifier le bon usage des substituts nicotiques, et l'utilisation du bon dosage (1 paquet/j = un patch fortement dosé). Faire une prescription écrite pour ne pas risquer un sous-dosage et pour bénéficier du forfait 50 euros par an par fumeur de l'assurance maladie.



LES MOYENS D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

1. Les substituts nicotiniques

Non remboursés, ces médicaments sont délivrés en pharmacie sans ordonnance. Depuis le 1^{er} février 2007, suite à la mise en application du décret du 15/11/2006 concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics, un forfait de 50 euros par an et par fumeur peut être alloué par la caisse d'assurance maladie sur ordonnance médicale (seuls les traitements du sevrage tabagique doivent figurer sur l'ordonnance).

C'est le traitement pharmacologique le mieux évalué, et recommandé dans les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'arrêt du tabac de l'AFSSAPS (juin 2003).

Recommandations :

- Faire une ordonnance écrite :
 - o Pour bénéficier du forfait 50 euros assurance maladie,
 - o Pour éviter la délivrance d'un autre substitut que celui jugé adapté au patient,
 - o Permettre le respect de la dose prescrite,
 - o Permettre le remboursement par certaines mutuelles.
- Les prix étant libres en pharmacie, il est conseillé au patient de se rendre dans différentes pharmacies pour s'informer des prix.

Dans la plupart des études, les substituts nicotiniques permettent de doubler le taux d'abstinence tabagique à six mois par rapport au placebo. Le taux d'abstinence globale reste faible, puisqu'à un an 18 % des fumeurs ayant été traités par des substituts nicotiniques sont abstinents, contre 10 % dans le groupe placebo^{1,2}. En France ces substituts nicotiniques sont disponibles sous différentes formes galéniques :

1-1. Les timbres transdermiques ("patches")

Ils représentent aujourd'hui la forme galénique la mieux étudiée dans le monde, et les règles théoriques de prescription pour les trois à quatre premières semaines sont simples et basées sur le test de dépendance tabagique de Fagerström (Annexe 3) :

- si test de Fagerström ≥ 5 ou 20 cigarettes par jour ou plus : utiliser un patch fortement dosé, exemple 21 mg/24 h, ou 15 mg / 16 h
- si test de Fagerström < 5 ou moins de 20 cigarettes par jour : utiliser un patch 14 mg/24 h ou 10 mg/16 h.

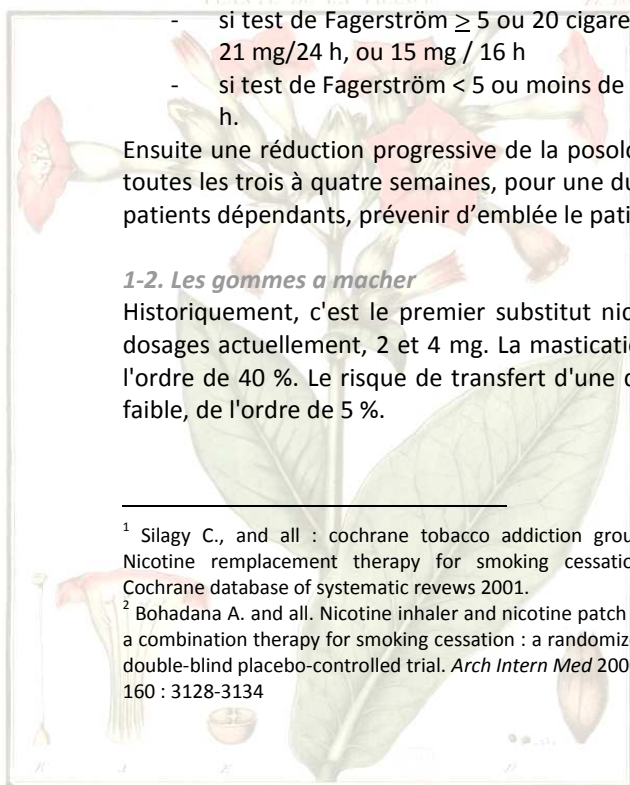
Ensuite une réduction progressive de la posologie se fait par paliers, en fonction de l'état clinique du patient, toutes les trois à quatre semaines, pour une durée de traitement de trois à six mois (traitements longs chez les patients dépendants, prévenir d'emblée le patient).

1-2. Les gommes à mâcher

Historiquement, c'est le premier substitut nicotinique commercialisé en France depuis 1986 : il existe deux dosages actuellement, 2 et 4 mg. La mastication de la gomme doit se faire lentement et le rendement est de l'ordre de 40 %. Le risque de transfert d'une dépendance de cigarettes vers une dépendance à la gomme est faible, de l'ordre de 5 %.

¹ Silagy C., and all : cochrane tobacco addiction group. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews 2001.

² Bohadana A. and all. Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation : a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 3128-3134



1-3. Les pastilles sublinguales ou les pastilles à sucer

Elles ont une pharmacocinétique proche des gommes à la nicotine, elles répondent bien à toutes les pulsions à fumer. Elles peuvent être utilisées dans le cadre d'une réduction progressive du tabagisme dans un objectif d'arrêt différé et lors d'abstinence temporaire (sur un lieu de travail, l'hôpital par exemple...).

1-4. L'inhaleur

Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres substituts nicotiques. Il est intéressant pour une aide comportementale chez les fumeurs pour lesquels la gestuelle est très importante.

Coût : expliquer au patient que le sevrage peut durer jusqu'à 6 mois, et que le traitement coûte 2,5 fois moins cher que les cigarettes.

LE RISQUE DE SURDOSAGE PAR LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES EST EXTREMEMENT RARE, ET LE SOUS-DOSAGE TRES FREQUENT CONDUIT À LA PLUPART DES ECHECS.

Recommandations AFSSAPS 2003

- Plusieurs études contrôlées ont montré une bonne tolérance et une efficacité majorée de l'association de deux substituts nicotiques (timbre et forme orale) afin d'obtenir une posologie optimale : les dosages doivent se faire selon le test de Fagerström et les symptômes de surdosage. Ainsi il peut être utile d'associer plusieurs timbres transdermiques fortement dosés en début de traitement chez les fumeurs les plus dépendants (en général un patch fortement dosé pour un paquet de 20 cigarettes) avec des gommes ou des pastilles.

Avec cet éventail de substituts nicotiques, le médecin peut et doit trouver la prescription la mieux adaptée à chaque fumeur qu'il prend en charge : il s'agit de faire du "sur mesure".

La persistance d'un (petit) tabagisme en même temps que l'utilisation d'un patch n'est pas dangereuse et doit conduire à réévaluer le dosage utilisé.

- Il n'y a plus de contre-indication à utiliser des substituts nicotiques chez les patients coronariens, il est même recommandé d'utiliser les substituts nicotiques à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde ou des accidents vasculaires cérébraux.

2. Le Bupropion LP (Zyban®)

Il s'agit d'un antidépresseur à action principalement dopaminergique et noradrénergique, qui a une action efficace dans l'aide à l'arrêt du tabac, du même ordre que les substituts nicotiques, à savoir environ 20 % d'abstinence à un an versus placebo³.

C'est un médicament à prescription obligatoire, non remboursé, pour lequel il faut respecter scrupuleusement les contre-indications, notamment par la recherche systématique de facteurs de risque de convulsions (problèmes des métastases cérébrales fréquentes chez les patients atteints de cancer pulmonaire). L'efficacité du Bupropion LP a été démontrée surtout dans des essais thérapeutiques comportant des critères d'inclusion restrictifs : chez le fumeur chronique de plus de 18 ans, en bon état général, motivé à l'arrêt et fumant plus de 15 cigarettes par jour, ou chez le fumeur atteint de BPCO débutante ou modérée motivé à l'arrêt et fumant au moins 15 cigarettes par jour et ne s'étant pas arrêté de fumer plus de trois mois l'année précédente.

Il n'est pas recommandé d'associer Zyban® et substituts nicotiques.

³ Johnston JA and all. Pharmacokinetic optimisation of sustained-release bupropion for smoking cessation. *Drugs* 2002 ; 62 (suppl. 2) ; 12-24.

3. La Varenicline (Champix®)

Il s'agit d'un nouveau mode d'action dans le sevrage tabagique en ciblant les récepteurs nicotiques neuronaux à l'acétylcholine $\alpha 4-\beta 2$ par un double mode d'action. Un effet agoniste partiel stimule les récepteurs nicotiques alpha 4 β 2, conduisant à une libération partielle de dopamine qui soulage des symptômes de manque. Un effet antagoniste bloque les récepteurs nicotiques $\alpha 4-\beta 2$ qui, n'étant plus stimulés par la nicotine, occasionnent une réduction des effets de récompense et de renforcement du tabagisme.

Un essai clinique randomisé en double aveugle a montré après 3 mois de traitement que le pourcentage de fumeurs ayant arrêté sous Champix® était 2,5 fois supérieur à celui observé sous placebo, 1,5 fois supérieur à celui observé sous Bupropion.

Le taux d'abstinence continu à un an, confirmé par la mesure du CO, montre un pourcentage de fumeurs ayant arrêté sous Champix® 2,2 fois supérieur au placebo, et 1,6 fois supérieur au Bupropion⁴.

Sur prescription médicale, traitement non remboursé.

Le profil de tolérance est satisfaisant (nausées dans 29 % des cas), pas d'interaction médicamenteuse.

La durée de traitement recommandée est de 12 semaines, avec possibilité de reconduire trois mois de traitement chez les patients fortement dépendants ou après un premier échec de sevrage.

Il n'est pas recommandé d'associer des substituts nicotiques à la Varenicline.

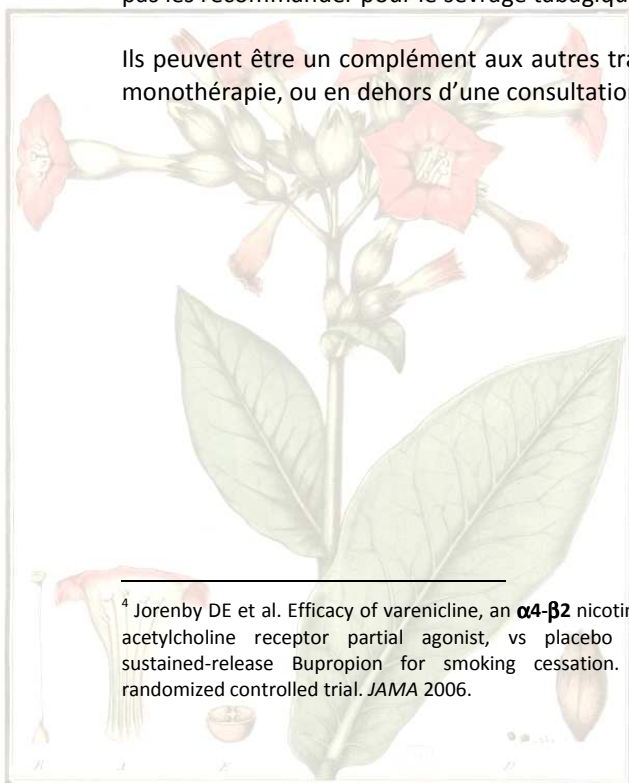
4. Les thérapies cognitivo-comportementales (tcc)

En intervenant à un niveau comportemental, cognitif émotionnel, les TCC ont pour but de diminuer les rechutes et de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel apprentissage du comportement : ces techniques sont validées et recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabagisme (ASSFASPS 2003). Malheureusement peu de praticiens en France sont formés à ces techniques, qui nécessitent plusieurs consultations approfondies (en général 8 à 10 par an), non remboursées.

5. Les autres moyens non validés

La désensibilisation (vaccinothérapie), la mésothérapie, l'hypnose, l'acupuncture, l'auriculothérapie et le laser ont été évalués dans plusieurs études qui n'ont pas démontré d'efficacité de ces méthodes : on ne peut donc pas les recommander pour le sevrage tabagique.

Ils peuvent être un complément aux autres traitements validés, mais ne doivent en aucun cas être utilisés en monothérapie, ou en dehors d'une consultation spécialisée.



⁴ Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4-\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release Bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006.

LA DEPENDANCE TABAGIQUE

Parmi les diverses drogues, la nicotine est une de celles qui entraîne une dépendance parmi les plus fortes. La dépendance tabagique résulte le plus souvent de l'association de trois types de dépendance :

- la dépendance physique pharmacologique liée à la nicotine et évaluée par le test de Fagerström,
- la dépendance comportementale correspondant aux habitudes, aux rites et à la gestuelle,
- la dépendance psychologique correspondant à la place que tient la cigarette dans la vie quotidienne d'un fumeur donné : plaisir, calmant, anxiolytique, antidépresseur et/ou facteur de sociabilité, notamment pour les timides ou les solitaires...

Le thérapeute doit évaluer la part respective de ces trois dépendances chez un fumeur donné, et adapter sa prise en charge au cas par cas.

Les co-dépendances alcool-tabac et cannabis-tabac sont fréquentes : il faut envisager un traitement de ces autres dépendances, avec l'aide des référents.

En conclusion, l'ensemble des professionnels de santé en contact avec des fumeurs (médecins, pharmaciens, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, etc.) doit s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Le décret du 15 novembre 2006 et la circulaire spécifique aux établissements de santé du 8 décembre 2006 insistent sur un double message : normatif et accompagnement.

Normatif : il est totalement interdit de fumer à l'intérieur des locaux hospitaliers, les fumoirs sont interdits, des sanctions forfaitaires peuvent être appliquées.

Accompagnement : les personnels soignants doivent être formés au repérage, au dépistage et à la prise en charge adaptée des fumeurs dépendants hospitalisés.

AUTRES REFERENCES

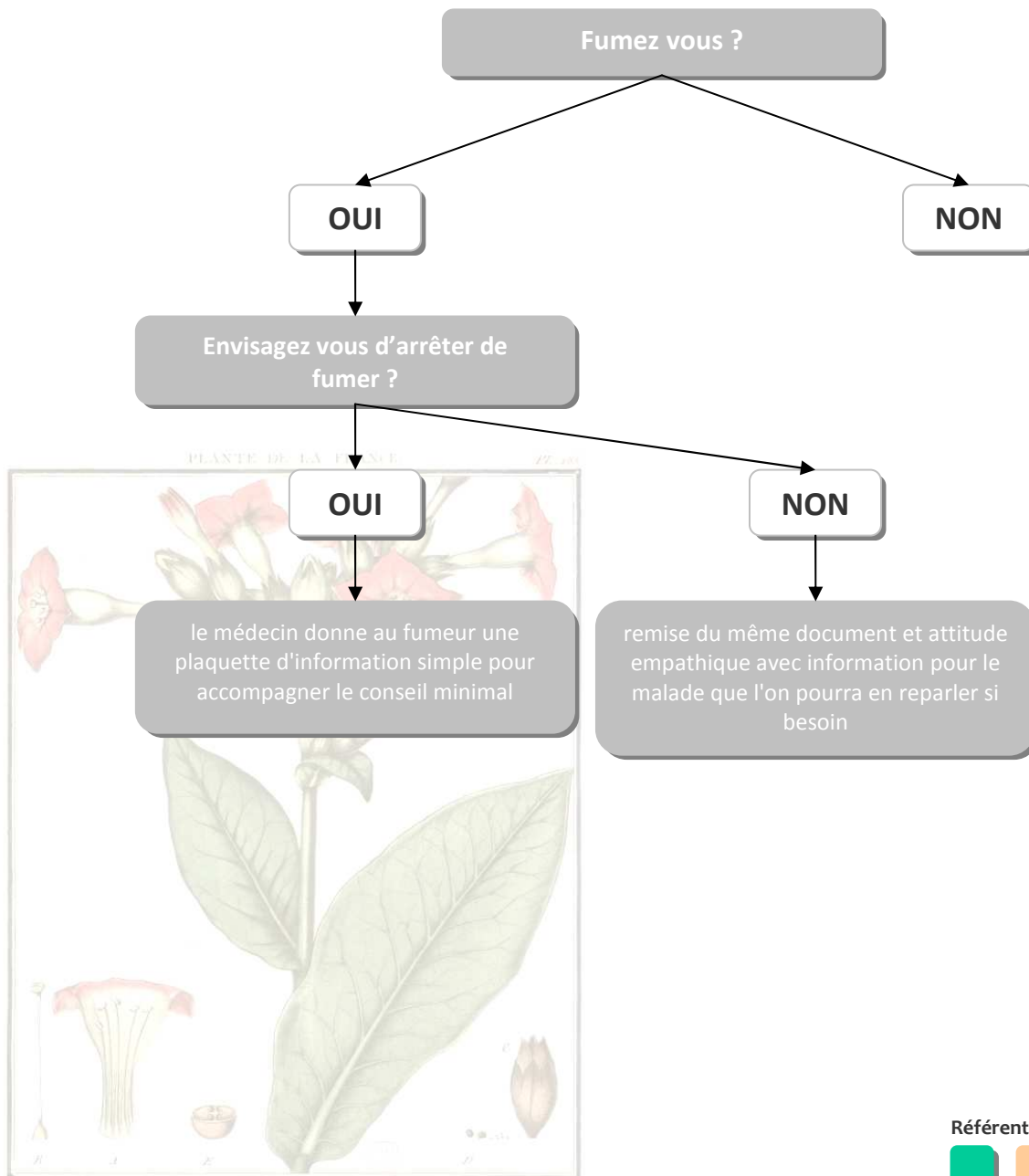
- 1- Agence Française de Sécurité des Produits de Santé (AFSSPAS), juin 2003
- 2 – Conférence tabac et grossesse, Lille, décembre 2004
- 3 – Conférence tabagisme péri-opératoire, Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), septembre 2005
- 4 – Circulaire du 8/12/2006 : interdiction de fumer à l'hôpital.



ANNEXE 1 - LE CONSEIL MINIMAL

Utilisé systématiquement lors de chaque consultation, il permet l'arrêt spontané de plus de 200 000 fumeurs par an en France. Il s'agit de deux questions courtes et de la remise d'un document d'information simple pour accompagner le sevrage tabagique :

- fumez-vous ?
 - Si non, pas de problème
 - Si "oui" la seconde question est immédiate : envisagez-vous d'arrêter de fumer ?
 - Si la réponse est "oui" le médecin donne au fumeur une plaquette d'information simple pour accompagner le conseil minimal.
 - Si la réponse est "non" remise du même document et attitude empathique avec information pour le malade que l'on pourra en reparler si besoin.



ANNEXE 2 - TEST ANXIETE-DEPRESSION (HAD : HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)

"Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état."

A/ Je me sens tendu, énervé.

- la plupart du temps 3
- souvent 2
- de temps en temps 1
- jamais 0

D/Je me sens ralenti

- pratiquement tout le temps 3
- très souvent 2
- quelquefois 1
- jamais 0

D/ J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement

- oui : toujours 0
- pas autant 1
- de plus en plus rarement 2
- presque plus du tout 3

A/ J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge

- très souvent 3
- assez souvent 2
- parfois 1
- jamais 0

A/ J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- oui très nettement 3
- oui mais ce n'est pas trop grave 2
- un peu mais cela ne m'inquiète pas 1
- pas du tout 0

D/ J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence

- totalement 3
- je n'y fais plus attention 2
- je n'y fais plus assez attention 1
- j'y fais attention comme d'habitude 0

D/ Je sais rire et voir le côté amusant des choses

- toujours autant 0
- plutôt moins 1
- nettement moins 2
- plus du tout 3

A/J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place

- oui c'est tout à fait le cas 3
- un peu 2
- pas tellement 1
- pas du tout 0

A/ Je me fais du souci

- très souvent 3
- assez souvent 2
- occasionnellement 1
- très occasionnellement 0

D/ Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses

- comme d'habitude 0
- plutôt moins qu'avant 1
- beaucoup moins qu'avant 2
- pas du tout 3

D/ Je me sens gai, de bonne humeur

- jamais 3
- rarement 2
- assez souvent 1
- la plupart du temps 0

A/ J'éprouve des sensations de panique

- très souvent 3
- assez souvent 2
- rarement 1
- jamais 0

A/ Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu

- jamais 3
- rarement 2
- oui, en général 1
- oui, toujours 0

D/ Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à un bon programme radio ou télévision

- souvent 0
- parfois 1
- rarement 2
- pratiquement jamais 3

L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : anxiété et dépression. Elle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. La note 8 constituerait un seuil optimal pour anxiété ou dépression. On peut également retenir le score global (A+D) = le seuil serait alors de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs et de 13 pour les états dépressifs mineurs.

TOTAL SCORE A.....

TOTAL SCORE D

TOTAL SCORE A+D

AGENCE FRANCAISE DE SECURITE DES PRODUITS DE SANTE
MAI 2003

ANNEXE 3 - Test de dépendance physique à la nicotine (test de Fagerström 1991)

QUESTION 1 : DANS QUEL DELAI APRES LE REVEIL FUMEZ-VOUS VOTRE 1^{ERE} CIGARETTE ?

- dans les 5 premières minutes 3
- 6 à 30 minutes 2
- 31 à 60 minutes 1
- Après 60 minutes 0

QUESTION 2 : TROUVEZ-VOUS DIFFICILE DE VOUS ABSTENIR DE FUMER DANS LES ENDROITS OU C'EST INTERDIT ?

- oui..... 1
- non 0

QUESTION 3 : A QUELLE CIGARETTE DE LA PLUS DIFFICILE DE RENONCER ?

- la première 1
- une autre 0

QUESTION 4 : COMBIEN DE CIGARETTES FUMEZ-VOUS PAR JOUR ?

- 10 ou moins 0
- 11 à 20 1
- 21 à 30 2
- 31 ou plus 3

QUESTION 5 : FUMEZ-VOUS A INTERVALLES PLUS RAPPROCHES DURANT LES PREMIERES HEURES DE LA MATINEE QUE PENDANT LE RESTE DE LA JOURNEE ?

- oui..... 1
- non 0

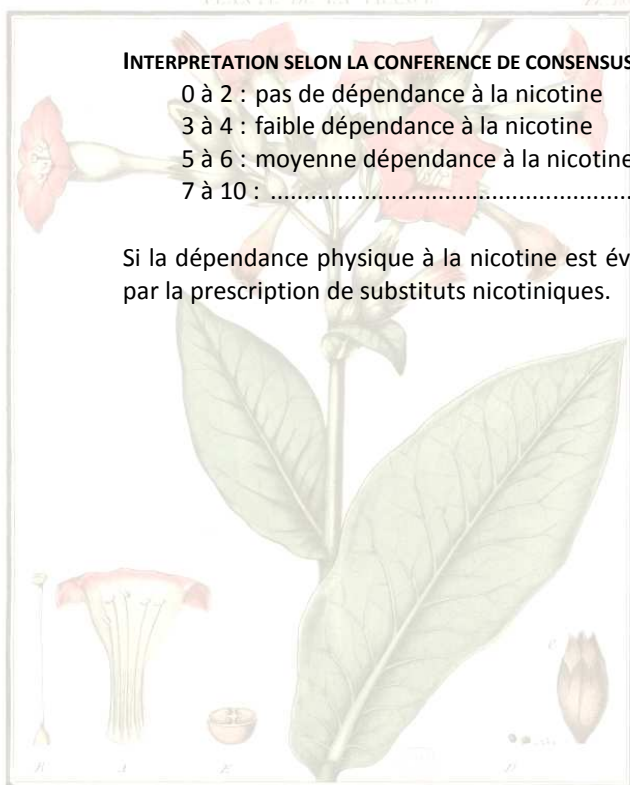
QUESTION 6 : FUMEZ-VOUS MEME SI UNE MALADIE VOUS OBLIGE A RESTER AU LIT ?

- oui..... 1
- non 0

INTERPRETATION SELON LA CONFERENCE DE CONSENSUS 1998 ET REPRISE PAR L'AFSSAPS 2003 :

- 0 à 2 : pas de dépendance à la nicotine
- 3 à 4 : faible dépendance à la nicotine
- 5 à 6 : moyenne dépendance à la nicotine
- 7 à 10 : forte ou très forte dépendance à la nicotine.

Si la dépendance physique à la nicotine est évidente (Fagerström \geq 5), le médecin doit commencer le sevrage par la prescription de substituts nicotiniques.



ANNEXE 4 - CIRCULAIRE DU 8 DECEMBRE 2006 RELATIVE A LA MISE EN OEUVRE DES CONDITIONS D'APPLICATION DE L'INTERDICTION DE FUMER DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Décrets, arrêtés, circulaires
Textes généraux
Ministère de la santé et des solidarités

Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en oeuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé

NOR: SANH0625025C

Paris, le 8 décembre 2006.

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales d'hospitalisation (pour attribution), Mesdames et Messieurs les préfets de région, directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour attribution), Mesdames et Messieurs les préfets de département, directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour attribution), Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en oeuvre)

Textes de référence :
Code de la santé publique : articles L. 3511-1 à L. 3512-4, L. 3511-7 et articles R. 3511-1 à R. 3512-2 issus du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'applications de l'interdiction de fumer.

Article U 44 de l'arrêté du 10 décembre 2004 relatif aux dispositions particulières des établissements de type U.
Arrêté du 30 novembre 1999 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéreuses destinées à la médecine humaine.
Circulaire DGS/DH n° 330 du 8 juin 1999 relatif à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé.
Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

Face aux méfaits du tabac et du tabagisme passif, le Gouvernement a décidé de renforcer les dispositions du code de la santé publique applicables à ce jour. Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, pris sur la base de l'article L. 3511-7 du code de la santé publique, répond à trois objectifs essentiels détaillés dans la circulaire de portée générale du 29 novembre 2006, jointe en annexe (1), à laquelle les établissements sont invités à se reporter :

- poser le principe d'une interdiction totale de fumer dans les lieux à usage collectif, notamment dans les établissements de santé ;
- définir les lieux et les conditions strictes de mise à disposition d'emplacements dédiés aux fumeurs ;
- renforcer le dispositif de sanctions.

Les circulaires des 8 juin 1999 et 3 avril 2000 relatives à la lutte contre le tabagisme insistaient déjà sur le devoir d'exemplarité incombant aux établissements de santé. Elles faisaient de l'interdiction de fumer dans tous les locaux de soins et tous les lieux recevant du public une priorité hospitalière et prévoyaient des actions de sensibilisation, d'information et de prévention à mener à destination des professionnels de santé, des malades et des visiteurs. Les nouvelles dispositions réglementaires renforcent le dispositif pour répondre plus efficacement à cet enjeu de santé publique. Ainsi, aux termes des articles R. 3511-1 et R. 3511-2 du code de la santé publique (CSP) introduits par le décret, les établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer et ne sont plus autorisés à aménager des emplacements réservés aux fumeurs. Dans ces conditions, tous les établissements de santé qui, aujourd'hui, seraient dotés de tels emplacements sont tenus de les supprimer. Cette

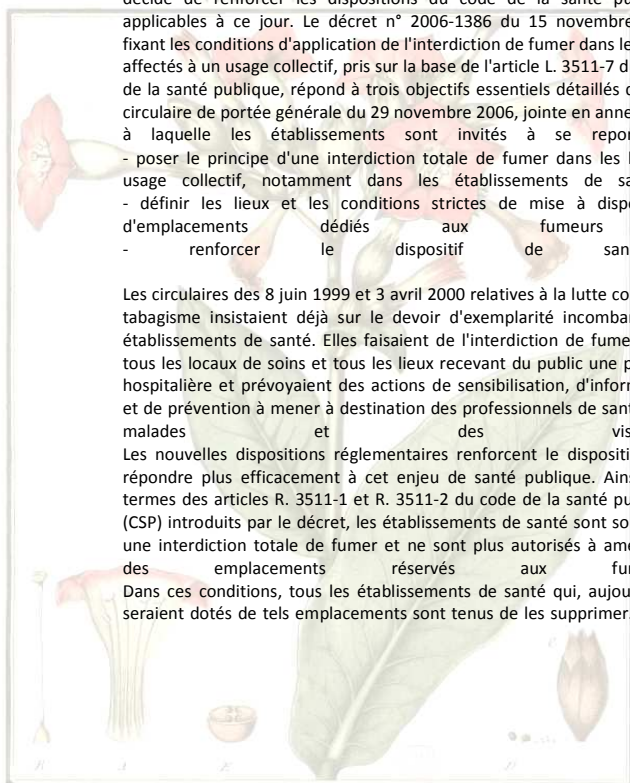
suppression devra être accompagnée d'une information ciblée auprès des personnels médicaux, soignants, administratifs et techniques sur les motivations de la réglementation, son caractère normatif et les sanctions prévues en cas de non-respect (voir la quatrième partie de la circulaire figurant en annexe). De plus, il est souhaitable que les personnels soient formés afin d'être en mesure de relayer l'information auprès des personnes accueillies dans l'établissement. En outre, conformément à l'article R. 3511-6 du code de la santé publique (CSP), l'interdiction de fumer devra faire l'objet d'une signalisation accompagnée d'un message sanitaire de prévention (cf. le IV de la deuxième partie de la circulaire ci-annexée) (1).

Cette interdiction est également applicable aux chambres dans la mesure où celles-ci sont assimilables à des lieux affectés à un usage collectif, ce qui est le cas en court et moyen séjour. Ne sont en revanche pas concernées les chambres des personnes accueillies dans les structures de long séjour, qui sont assimilables à des espaces privatifs. Ces considérations ne font cependant pas obstacle à ce que le règlement intérieur de l'établissement fixe dans l'intérêt collectif les recommandations encadrant la possibilité de fumer dans les chambres. En particulier le règlement intérieur édictera, pour se prémunir contre le risque incendie, l'interdiction formelle de fumer dans les lits. Il prévoira également que ne puisse pas être accordée d'autorisation de fumer à un patient qui partagerait sa chambre avec un patient non fumeur. Par ailleurs, à titre exceptionnel, et au regard des pathologies prises en charge, l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients sur la mise en oeuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures. Les établissements apporteront à leurs personnels et aux patients tout le soutien nécessaire à l'application effective de l'interdiction de fumer, en particulier en leur proposant d'accéder aux différents programmes de sevrage tabagique. Il est précisé que des mesures d'accompagnement sont prévues, comportant notamment le doublement des consultations hospitalières de sevrage tabagique. Une attention particulière sera portée au renforcement du maillage de ces consultations sur l'ensemble du territoire, à proximité des patients, et à la coordination intrahospitalière autour des besoins du patient tabagique. Un plan de formation des professionnels de santé permettra d'acquérir les bases nécessaires au repérage précoce, au diagnostic et à la prise en charge. Je compte sur votre implication dans la mise en oeuvre de la présente circulaire. Vous voudrez bien me tenir informé, sous le présent timbre, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer.


Fait à Paris, le 8 décembre 2006.

Xavier Bertrand

(1) Cette circulaire a été publiée au Journal officiel du 5 décembre 2006.



ANNEXE 5 – PROCEDURE HCL

 <p>Hôpitaux de Lyon Coordination de Tabacologie</p>	<p>PRISE EN CHARGE DES PATIENTS HOSPITALISES A RISQUE DE DEPENDANCE TABAGIQUE (Procédure)</p>	
<p>Elaboré par : Coordination Tabacologie HCL Groupe Tabacologie GHE</p> <p>Validé par : Dr BERTOCCHI Groupe Tabacologie GHE M. MARTIN. Direction Centrale des Soins</p>	<p>Vérifié par : Groupe protocole GHE M. MARTIN, Direction Centrale des Soins</p> <p>Date de diffusion : 06/03/2008</p> <p>Pagination : 1 à 6</p>	<p>Identification :</p> <p>Version : n° 7</p> <p>Date de révision : 09/07/2008</p>

DEFINITION

Selon la circulaire ministérielle du 8 décembre 2006 spécifique aux établissements de santé et concernant l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, il est demandé aux professionnels de santé de procéder :

- au repérage précoce,
- au dépistage des patients dépendants au tabac,
- et à leur prise en charge adaptée pendant l'hospitalisation : valoriser l'abstinence temporaire de tabac et les sensibiliser aux bénéfices de l'arrêt du tabagisme dans le futur.

OBJECTIFS

- Uniformiser les pratiques au niveau des différentes unités des HCL.
- Permettre aux infirmier(e)s, aux intérimaires infirmier(e)s et aux étudiants infirmier(e)s d'avoir des outils de référence.

REFERENTIELS

- Les stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac, AFSSAPS mai 2003.
- Conférence Tabac et Grossesse, Lille 2004
- Arrêté du 23.02.2004 modifié par l'arrêté du 12.10.2005 concernant la prescription de substituts nicotiques par les sages-femmes Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique - Livre III titre 1^{er} Profession d'Infirmier ou d'Infirmière
- Décret n° 2004-802 du 29.07.2004 relatifs aux parties IV et V du Code de la Santé Publique - Livre III titre 1^{er} profession d'infirmier ou d'infirmière

DESTINATAIRES

- Unités de soins d'hospitalisation des six groupements hospitaliers des HCL : GHE, CHLS, GHN, HEH, Gériatrie, Renée Sabran :
 ↗ pour cadres infirmier(e)s, infirmier(e)s.

DEPISTAGE DU PATIENT FUMEUR DEPENDANT

1. Dès l'arrivée et au plus tard dans les 24 premières heures, un entretien d'accueil est réalisé par l'IDE ou l'ASD.

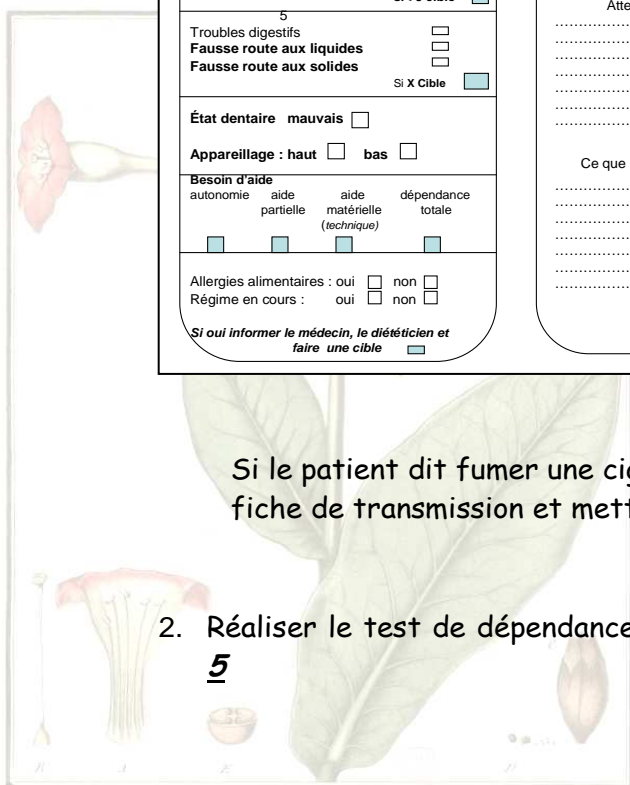
La rubrique "TABAC" de la fiche de recueil de données à l'arrivée doit être renseignée **systematiquement** depuis le 1^{er} mai 2007(modèle ci-dessous)

The form is titled 'Recueil de données à l'arrivée' and includes sections for 'Nutrition', 'Relation. Communication', and 'Contexte de vie'. The 'TABAC' section is located under 'Contexte de vie' and asks 'Quotidiennement fumez-vous 1cigarette ou plus' with a 'Si OUI cible' checkbox. A red arrow points from the text above to this checkbox.

Si le patient dit fumer une cigarette ou plus par jour, réaliser une cible sur la fiche de transmission et mettre en route la procédure.

2. Réaliser le test de dépendance à la nicotine de Fagerström (coté sur 10) **Annexe**

5



CONDUITE A TENIR

En fonction du score de dépendance nicotinique, prescription de substituts nicotiques en suivant les recommandations (**Annexe 6** et **Annexe 7**)

Les patients dépendants tabagiques, non pris en charge correctement, présentent souvent un syndrome de sevrage brutal en nicotine, si au cours de l'hospitalisation, ils n'ont plus la possibilité d'aller fumer dehors (exemple indication de repos au lit strict, suites immédiates d'intervention chirurgicale, un séjour en réanimation...)

Les signes du sevrage tabagique qu'il faut savoir reconnaître sont :

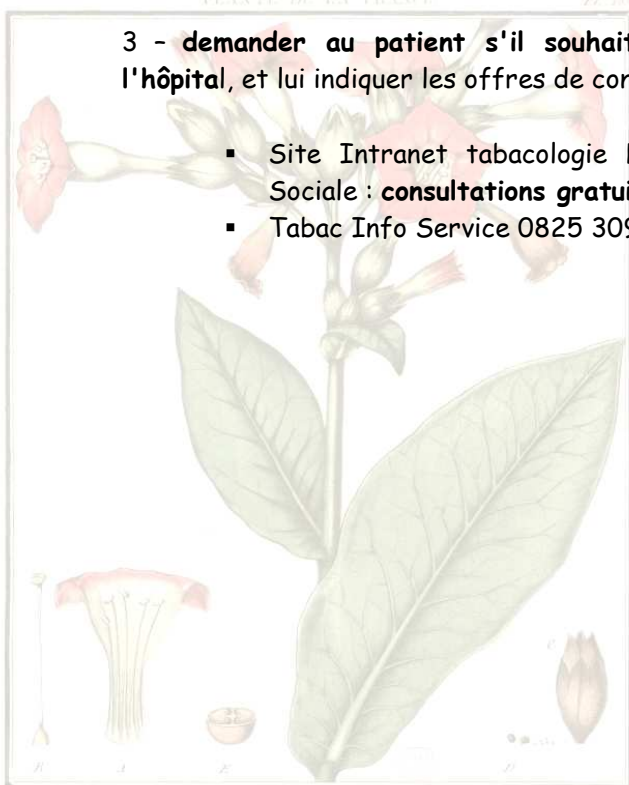
- irritabilité, voire parfois colère,
- nervosité, anxiété,
- pulsions à fumer,
- humeur dépressive,
- troubles du sommeil...

Tous ces symptômes peuvent être associés et, pour certains malades, peuvent être intolérables et occasionner des troubles comportementaux et relationnels pénibles pour le fumeur et l'équipe soignante.

Les objectifs du soignant pour la prise en charge du **patient tabagique dépendant hospitalisé** sont :

- 1 - **réussir l'abstinence temporaire** (sans signes de manque) lors du séjour hospitalier,
- 2 - **informer les patients sur les bénéfices et avantages** à l'arrêt du tabac (remise de brochure INPES www.tabac.gouv : dans le cadre de l'éducation thérapeutique).
- 3 - **demande au patient s'il souhaite poursuivre l'arrêt du tabac après sa sortie de l'hôpital**, et lui indiquer les offres de consultations de tabacologie aux HCL et hors HCL.

- Site Intranet tabacologie HCL, et hors HCL (Comité Départemental d'Hygiène Sociale : **consultations gratuites**)
- Tabac Info Service 0825 309 310.



ANNEXE 6 - RECOMMANDATIONS POUR UNE BONNE DISPENSATION DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Prescription à proposer à tous les malades **tabagiques dépendants** hospitalisés et/ou « au lit strict » pour raison médicale.

Si test de Fagerström $\geq 5/10$ (cf. annexe 1) :

- Si score de 5 à 6 : prescription recommandée ;
- Si score de 7 à 10 : prescription très fortement recommandée pour éviter les symptômes de sevrage tabagique (cf ci-dessous).

Marques disponibles aux H. C. L. :

1) NICORETTE[®] patch et NICOTINELL[®] patch

dosages disponibles

- o Nicorette 15 mg/16 H, Nicorette 10 mg/16 H, Nicorette 5 mg/16 H
- o Nicotinell 21 mg/24 H, Nicotinell 14 mg/24 H, Nicotinell 7 mg/24 H

(prescription nominative sur « bon rose » de la Pharmacie - Médicament en Distribution Contrôlée).

- A coller le matin dès le lever (il est possible de se doucher avec le patch) ;
- A placer sur une zone cutanée bien vascularisée et à faible pilosité (exemple : face externe des bras, quart supéro-externe de la fesse) ;
- Changer d'emplacement tous les jours ;
- Seule contre-indication réelle : les affections dermatologiques cutanées étendues (eczéma) ;
- Toujours commencer par le patch le plus dosé (15mg/16h ou 21 mg/24h), puis après 2 à 4 semaines, passer à la posologie de 10mg/16h ou 14 mg/24h.



Signes de sous-dosage (très fréquents) : ce sont les symptômes du sevrage tabagique : irritabilité, nervosité, pulsions à fumer, humeur dépressive, troubles du sommeil, augmentation de l'appétit, difficulté de concentration \Rightarrow réévaluation du dosage nécessaire.



Signes de surdosage (rares) :

Diarrhées, nausées, vomissements, impression d'avoir trop fumé \Rightarrow passer alors au dosage inférieur.

- Durée du traitement : 3 à 6 mois (pour le sevrage).

Si besoin d'aide, contacter

la Coordination de Tabacologie, Evelyne Favier, (31.53.63)

les IDE de la consultation de tabacologie du GHE (35.77.34)

2) NICORETTE[®] gomme 2 mg et 4 mg

(prescription nominative sur « bon rose » de la Pharmacie - Médicament en Distribution Contrôlée).

- En complément des patchs ; à chaque fois qu'une envie impérieuse de fumer survient (8 à 12 gommes/jour).
- La gomme doit être croquée plusieurs fois puis gardée un moment contre la joue avant d'être mâchée ; d'abord lentement, puis normalement (durée maximale de mastication environ 30 minutes).

3) NICORETTE inhaleur 10 mg

4) NIQUITIN 2 mg pastilles à sucer

ATTENTION : il est souvent nécessaire d'associer patchs et formes orales en début de sevrage.

Fumer avec des substituts nicotiniques n'est pas dangereux, mais atteste souvent d'un sous-dosage

