



HAL
open science

Évolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000 : enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble

Émilie Girardot

► **To cite this version:**

Émilie Girardot. Évolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000 : enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble. Sciences pharmaceutiques. 2005. dumas-01214535

HAL Id: dumas-01214535

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01214535>

Submitted on 12 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



1^{er} exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année 2005

n° : 7036

**Evolution des pratiques de prise en charge des patients
en sevrage tabagique depuis l'année 2000 :**
enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ETAT

GIRARDOT Emilie

Née le 07 avril 1980 à Valence

Thèse soutenue publiquement à la faculté de pharmacie de Grenoble, le 15 novembre 2005

Devant le jury composé de :

Monsieur le Docteur **Benoît ALLENET**, Président du jury

Madame le Docteur **Laurence MINISCHETTI**, Pharmacien, Directeur de thèse

Madame le Docteur **Elisabeth LARINIER**, Médecin tabacologue

Madame le Docteur **Nadine CONSTANTIN**, Pharmacien



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année 2005

**Evolution des pratiques de prise en charge des patients
en sevrage tabagique depuis l'année 2000 :**
enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

GIRARDOT Emilie

Née le 07 avril 1980 à Valence

Thèse soutenue publiquement à la faculté de pharmacie de Grenoble, le 15 novembre 2005

Devant le jury composé de :

Monsieur le Docteur **Benoît ALLENET**, Président du jury

Madame le Docteur **Laurence MINISCHETTI**, Pharmacien, Directeur de thèse

Madame le Docteur **Elisabeth LARINIER**, Médecin tabacologue

Madame le Docteur **Nadine CONSTANTIN**, Pharmacien



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : M. le Professeur **P. DEMENGE**
Vice-Doyenne : Mme **A. VILLET**

PROFESSEURS DE PHARMACIE

BAKRI	Abdelaziz	Pharmacie Galénique
BURMEISTER	Wilhelm	Biophysique
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique et Bio-Technique
DANEL	Vincent	Toxicologie
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Bio-Inorganique
DEMENGE	Pierre	Physiologie / Pharmacologie
DROUET	Emmanuel	Immunologie / Microbiologie / Biotechnologie
FAVIER	Alain	Biochimie / Biotechnologie
GOULON	Chantal	Biophysique
GRILLOT	Renée	Parasitologie
LECLERC	Gérard	Chimie Organique
MARIOTTE	Anne-Marie	Pharmacognosie
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique
RIBUOT	Christophe	Physiologie / Pharmacologie
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie
SEIGLE-MURANDI	Françoise	Botanique et Cryptogamie
STEIMAN	Régine	Biologie Cellulaire
WOUESSIDJEW	Denis	Pharmacie Galénique

PROFESSEUR ASSOCIE (PAST)

CHAMPON	Bernard	Pharmacie Clinique
----------------	---------	--------------------

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique
BARTOLI	Marie-Hélène	Pharmacie Clinique et Biotechn.
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie
BRETON	Jean	Parasitologie
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie et génie de la formulation
DELETRAZ	Martine	Droit Pharmaceutique Economie
DEMEILLERS	Christine	Biochimie
DESIRE	Jérôme	Chimie Bioorganique
DIJOUX-FRANCA	Marie-Geneviève	Pharmacognosie
DURMORT-MEUNIER	Claire	Virologie
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique
FAURE	Patrice	Biochimie
FAURE-JOYEUX	Marie	Physiologie-Pharmacologie
FOUCAUD-GAMEN	Jacqueline	Immunologie
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie Galénique
GERMI	Raphaële	Bactériologie
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique
GUIRAUD	Pascale	Biologie Cellulaire et Génétique
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie
KRIVOBOK	Serge	Botanique – Cryptogamie
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique / Chimie Thérapeutique
PINEL	Claudine	Parasitologie
RAVEL	Anne	Chimie Analytique
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique
RIONDEL	Jacqueline	Physiologie - Pharmacologie
SEVE	Michel	Ens. Physique / Rech. Biochimie
TARBOURIECH	Nicolas	
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie Bio-Inorganique
VILLEMAIN	Danielle	Mathématiques / Informatique
VILLET	Annick	Chimie Analytique

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

ROUTABOUL	Christel	Chimie Générale
------------------	----------	-----------------

A Monsieur le Docteur B. ALLENET,

qui me fait l'honneur de présider cette thèse. Je le remercie d'avoir été particulièrement présent lorsque j'ai eu besoin de son aide.

A Madame le Docteur L. MINISCHETTI,

pour sa gentillesse et son aide tout au long de la rédaction de cette thèse. Je la remercie.

A Madame le Docteur E. LARINIER,

pour son professionnalisme et ses précieux conseils. Je la remercie.

A Madame le Docteur N. CONSTANTIN,

qui m'a accompagné dans le démarrage de ma vie professionnelle. Je souhaite suivre son exemple.

A mes parents,

pour leur aide et leur soutien tout au long de mes études.

A ma famille et mes amis.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	p. 5
<u>PREMIERE PARTIE : EVOLUTION DE LA LEGISLATION ET DES MESURES DE SANTE EN MATIERE DE TABAC, EN FRANCE, EN EUROPE ET DANS LE MONDE</u>	p. 7
I. <u>TABAC ET LEGISLATION</u>	p. 7
I.1. La législation Française	p. 8
I.2. La législation Européenne	p. 12
II. <u>TABAC ET SANTE PUBLIQUE</u>	p. 14
II.1. Les mesures de santé publique Françaises	p. 14
II.1.1. La conférence de consensus	p. 14
II.1.2. Un plan triennal	p. 15
II.1.3. Le plan cancer	p. 15
II.1.3.1. Rendre l'accès au tabac de plus en plus difficile	p. 15
II.1.3.2. Une bataille contre le tabagisme passif	p. 16
II.1.3.3. Prévention et protection des jeunes contre les méfaits du tabac	p. 17
II.1.3.4. Prévention et protection des femmes enceintes	p. 17
II.1.3.5. Mise en place de grandes mesures d'aide au sevrage tabagique	p. 18
II.1.3.6. Mobilisation des associations dans la lutte contre le tabagisme	p. 19
II.2. Une convention internationale	p. 20

DEUXIEME PARTIE : EVOLUTION DU PRIX ET DE LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE **p. 22**

- I. Tabac et politique de prix **p. 24**
 - I.1. Evolution du prix du tabac **p. 24**
 - I.2. Les limites de cette politique de prix **p. 26**
 - I.2.1. Les différences de prix entre les pays **p. 26**
 - I.2.2. L'augmentation d'autres consommations **p. 28**

- II. Les conséquences de l'augmentation des prix sur la consommation de tabac en France **p. 29**

TROISIEME PARTIE : EVOLUTION DU ROLE DU PHARMACIEN DANS LA PREVENTION DU TABAGISME ET L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE **p. 36**

- I. Le pharmacien face au tabagisme et au sevrage tabagique **p. 37**
 - I.1. Evolution des ventes de substituts nicotiques **p. 38**
 - I.2. Evolution des raisons d'achats des substituts nicotiques **p. 40**

- II. Le rôle du pharmacien dans la prévention du tabagisme et le sevrage tabagique **p. 42**
 - II.1. La prévention **p. 42**
 - II.1.1. Les campagnes de prévention et d'information **p. 42**
 - II.1.2. Le conseil minimal **p. 42**
 - II.2. Une prise en charge adaptée à chaque fumeur **p. 43**
 - II.2.1. Le tabac, une dépendance complexe **p. 43**
 - II.2.2. Evolution du tabagisme dans le modèle des étapes du changement **p. 45**
 - II.3. Un suivi personnalisé **p. 47**

QUATRIEME PARTIE : LES MOYENS DISPONIBLES POUR LA PRISE EN CHARGE D'UN SEVRAGE TABAGIQUE A L'OFFICINE p. 49

I. <u>Le profil du candidat au sevrage tabagique</u>	p. 50
I.1. Les cas particuliers	p. 51
I.1.1. Les addictions multiples	p. 51
I.1.2. Les troubles psychiatriques	p. 51
I.1.3. La femme enceinte	p. 51
I.1.4. L'allaitement	p. 52
I.1.5. Les pathologies cardiovasculaires	p. 52
I.1.6. La personne âgée	p. 53
I.1.7. L'adolescent	p. 53
I.2. La motivation	p. 54
I.3. L'échec d'une première tentative d'un sevrage tabagique	p. 54
I.4. Le niveau de dépendance	p. 55
II. <u>Les différentes méthodes utilisées dans le sevrage tabagique</u>	p. 57
II.1. Les thérapeutiques ayant démontrées leur efficacité	p. 57
II.1.1. Le traitement nicotinique de substitution	p. 57
II.1.1.1. La gomme à mâcher	p. 60
II.1.1.2. Le système transdermique	p. 61
II.1.1.3. Les comprimés à sucer	p. 62
II.1.1.4. Les comprimés sublinguaux	p. 62
II.1.1.5. L'inhaleur	p. 63
II.1.2. Le bupropion (Zyban®)	p. 64
II.1.3. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	p. 66
II.2. Les thérapeutiques non recommandées	p. 68

II.2.1. La clonidine	p. 68
II.2.2. La nortriptyline	p. 68
II.3. Les thérapeutiques inefficaces	p. 69
II.3.1. L'acétate d'argent	p. 69
II.3.2. Autres molécules	p. 69
II.3.3. L'acupuncture	p. 69
II.3.4. Les cigarettes sans tabac	p. 70
II.3.5. Les autres méthodes	p. 70
III. <u>Le suivi</u>	p. 71
<u>CINQUIEME PARTIE : ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS DE GRENOBLE SUR L'ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE TABAGIQUE DE MAI A JUILLET 2004</u>	p. 73
I. <u>Introduction</u>	p. 74
II. <u>Les objectifs de l'enquête</u>	p. 75
III. <u>Matériel et méthode</u>	p. 76
III.1. Le questionnaire	p. 76
III.2. La méthodologie	p. 77
IV. <u>Résultats et discussion</u>	p. 78
IV.1. Exploitation des résultats	p. 78
IV.2. Résultats et discussion	p. 79
V. <u>Conclusion de l'enquête</u>	p. 110
<u>CONCLUSION</u>	p. 114
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p. 118
<u>ANNEXES</u>	p. 124
<u>ABREVIATIONS</u>	p. 135

Introduction

INTRODUCTION

Le tabac tue chaque année 4,9 millions de personnes dans le monde, 60 000 en France.

On compte 12 millions de Français fumeurs réguliers.

Ce constat a provoqué une mobilisation sans précédent des autorités publiques afin de faire reculer le tabagisme. De nombreuses lois et mesures contraignantes sont mises en place.

L'année 2004 est marquée par un recul historique de la consommation de tabac et une augmentation importante du nombre de fumeurs candidats au sevrage tabagique.

Dans ce contexte, le pharmacien se trouve placé parmi les acteurs de santé publique en première ligne. Il doit s'appuyer sur des connaissances solides, sur une formation spécifique et utiliser tous les moyens dont il dispose pour aider le fumeur dans son sevrage.

Afin d'observer de quelle manière se déroulait l'aide au sevrage tabagique en 2004 dans les officines de Grenoble, nous avons repris l'enquête qui avait été réalisée par C. PERRIER en l'an 2000 pour en faire une étude comparative.

L'objectif de ce travail est donc dans un premier temps, de faire un bilan et d'analyser l'évolution de la législation sur le tabac et des mesures de santé publique qui ont été prises devant l'ampleur de ce problème. Ensuite nous étudierons les conséquences de ces mesures sur la consommation de tabac, sur le rôle du pharmacien dans la prise en charge du patient en demande d'aide au sevrage tabagique et sur les moyens dont il dispose pour y répondre. Enfin, après avoir réactualisé le questionnaire sur lequel s'était appuyée C. PERRIER, nous analyserons l'évolution des pratiques officinales dans ce domaine, au niveau de la ville de Grenoble.

Première partie

Evolution de la législation et des mesures de santé publique dans la prévention et la lutte contre le tabagisme, en France, en Europe et dans le monde.

I. TABAC ET LEGISLATION

Afin d'être plus clair dans la description de l'évolution de la législation sur le tabagisme, j'ai choisi d'exposer cette partie d'une manière chronologique.

I.1. LA LEGISLATION FRANCAISE

Avant les années 1950, aucune recherche solide n'a réussi à démontrer les dangers du tabac. Les pays ont donc mis un certain temps à légiférer en la matière ; en France, la première loi visant à prévenir le tabagisme est la loi « Veil » du 9 juillet 1976. (38)

Cette loi interdit de fumer dans certains lieux à usage collectif et surtout interdit toute publicité en faveur du tabac.

En effet la publicité a un impact très important sur les comportements humains ; la politique de prévention américaine qui, en 1972, interdit toute forme de publicité en faveur du tabac en est un vivant exemple puisqu'elle eut pour effet une chute importante des ventes de cigarettes dans les années suivantes (4 milliards de cigarettes vendues en 1972, 3 milliards en 1973 et 2 milliards en 1976). (24)

L'arrêt de la publicité du tabac n'est qu'un premier pas dans la lutte contre le tabagisme, car rapidement les fabricants et industriels du tabac trouvent les failles de cette loi et les moyens de la détourner (parrainage sportif, publicité sur paquet de cigarettes...)

Face à ces manques, une nouvelle loi s'impose.

Le 10 janvier 1991 est votée la loi « Evin » du nom de son créateur ministre des affaires sociales de l'époque. Cette loi est la première à décliner les principales mesures de lutte contre le tabac. (37)

- Elle interdit toute propagande ou publicité directe ou indirecte, en faveur du tabac.
- Elle interdit toute opération de parrainage.
- Elle fixe une teneur maximale en goudron et nicotine des cigarettes.
- Sur chaque paquet, doit être inscrit « nuit gravement à la santé ».
- Elle fixe la date d'une manifestation annuelle « jour sans tabac », à la date du 31 mai.
- Elle oblige la sortie du tabac de l'indice des prix de la consommation, dans un but de faciliter l'augmentation de son prix.
- Elle interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

La loi « Veil » fixait les bases, la loi « Evin » affirme la volonté de protéger les fumeurs et non-fumeurs des dangers de la cigarette.

Les conditions d'interdiction de fumer dans certains lieux publics sont reprises et définies par un décret le 29 mai 1992. Il devient alors non seulement interdit de fumer dans les lieux fermés et couverts, accueillant du public ou qui constituent un espace de travail, mais également dans les lieux non couverts fréquentés par des élèves. Les établissements d'enseignement et de soins, les transports en commun, les espaces pour les sports et les spectacles, de même que les entreprises sont donc concernées par ce décret.

Il est tout de même prévu de réserver des emplacements signalés et délimités pour les fumeurs. (17)

Par la suite, différentes circulaires viennent compléter ce décret.

Tout d'abord, la circulaire du 29 octobre 1992, relative aux conditions d'application de la loi « Evin » dans l'administration centrale. (9)

Ensuite, la circulaire du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé. Elle rappelle que l'hôpital est un lieu particulier, qui a valeur d'exemple pour tout ce qui touche à la santé. L'aide au sevrage tabagique doit y être développé, le plein respect de la loi « Evin » est une priorité. (10)

Enfin, la circulaire du 18 juin 1999, relative à la lutte contre le tabagisme sur les lieux de travail. (12)

Jusqu'à la fin des années 90, on peut dire que l'on se situe plutôt dans une politique de lutte contre le tabagisme et d'interdiction. A partir des années 2000, les politiques réfléchissent plus concrètement à la difficulté de sortir de la dépendance à la nicotine ; il est alors proposé d'importants moyens d'aide au sevrage.

Le 30 novembre 1999, un arrêté modifie celui du 22 février 1990, relatif à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. Cet arrêté permet de vendre certains substituts nicotiques, selon leur forme et leur dosage, librement en pharmacie, ceci dans le but de faciliter l'aide au sevrage tabagique. (4)

L'arrêté du 30 novembre 1999 a été modifié par l'arrêté du 31 mai 2001 et dernièrement par celui du 7 janvier 2005. Ainsi, les gommes à mâcher (4mg en dose limite par unité de prise), les comprimés sublinguaux (2mg en dose limite par unité de prise), les cartouches pour inhalation (10mg dose limite par unité de prise) et les dispositifs transdermiques (21mg/24h ou 15mg/16h en dose limite par unité de prise) sont exonérés de la réglementation des substances vénéneuses. (2)

La circulaire du 3 avril 2000 prévoit une meilleure prise en charge des fumeurs désirant arrêter de fumer ; pour cela elle propose :

- Le renforcement ou la création de consultations hospitalières de tabacologie avec pour but une consultation hospitalière par département à la fin de l'année 2000 et dans les 5 ans qui suivent, une consultation par établissement de plus de 500 lits.
- La création d'unités de coordination de tabacologie.
- La mise en place d'un baromètre « soignant sans tabac » afin d'étudier la prévalence du tabagisme chez les professionnels de santé et de la comparer avec celle de la population générale. (11)

Par la suite de nombreux arrêtés viennent modifier la loi « Evin » : celui du 5 mars 2003 permet d'être en accord avec la législation européenne (cf 1^{ère} partie I.2.). Cet arrêté oblige également les fabricants à inscrire sur l'une des faces un avertissement spécifique « fumer tue » par exemple. (3)

La loi du 9 août 2005 vient compléter et renforcer la loi « Evin » avec différentes mesures telles qu'un meilleur contrôle de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, des sanctions et amendes plus sévères en cas de non respect de la loi, la mise en place d'un contrôle médical régulier de prévention et de dépistage auprès des élèves pendant la scolarité obligatoire... (36)

Depuis dix ans, le tabagisme a beaucoup reculé, l'étude de la partie épidémiologique le mettra en évidence (cf 2^{ème} partie), par contre la consommation de tabac chez les jeunes demeure toujours élevée.

Pour rendre plus difficile l'accès des jeunes au tabac, le 31 juillet 2003, une loi interdisant la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans est votée. (39)

La France rejoint ainsi de nombreux pays de l'union Européenne comme l'Espagne, l'Irlande, le Royaume-Uni, l'Autriche, sans oublier l'Italie où l'interdiction est plus limitée (elle concerne les moins de 14 ans) et la Suède ou la Finlande où l'interdiction est au contraire plus étendue (elle concerne les moins de 18 ans). (29)

I.2. LA LEGISLATION EUROPEENNE

Au niveau européen, de nombreux états se sont impliqués dans une politique de prévention du tabagisme, cependant l'harmonisation des différents pays membres de l'union européenne demeure difficile.

Le 5 juin 2001, la directive 2001/37/CE a pour objectif le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant la teneur en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des cigarettes, et les avertissements devant être inscrits sur les conditionnements.

Ainsi, à compter du premier janvier 2004, les cigarettes en libre circulation, commercialisées ou fabriquées dans l'union européenne ne peuvent avoir une teneur supérieure à :

- 10mg par cigarette pour le goudron
- 1mg par cigarette pour la nicotine
- 10mg par cigarette pour le monoxyde

Ces teneurs doivent être inscrites sur l'une des faces latérales du paquet et couvrir 10% de la surface.

Chaque conditionnement doit porter un message d'avertissement imprimé en caractère helvetica noir sur fond blanc. (18)

Le 26 mai 2003, la directive 2003/33/CE, a pour but d'harmoniser tous les pays membres de l'union européenne en matière de publicité en faveur des produits du tabac.

Toute publicité dans la presse et autres médias non destinée aux professionnels du commerce du tabac est interdite, ainsi que toute publicité radiodiffusée.

Le parrainage et la distribution gratuite de produit du tabac est interdite. (19)

II. TABAC ET SANTE PUBLIQUE

La législation du tabac a beaucoup évolué ces 20 dernières années, les politiques ne se limitent plus à légiférer, de nombreuses mesures de santé publiques sont menées.

II.1. LES MESURES DE SANTE PUBLIQUE FRANCAISES

C'est à partir des années 90 que l'ensemble de la politique française prend conscience de l'ampleur du problème qu'est le tabagisme.

Le tabac est le plus lourd facteur de risque impliqué dans la survenue de maladies et de décès.

La consommation de tabac devient un problème de santé publique prioritaire.

II.1.1. LA CONFERENCE DE CONSENSUS

La conférence de consensus sur « l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac » les 8 et 9 octobre 1998 marque la première grande avancée en matière de prévention et d'aide au sevrage. (13)

Elle s'adresse :

- A tous les professionnels de santé, afin de les informer sur les méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses dans le sevrage tabagique.
- A l'opinion publique par l'intermédiaire des professionnels de santé pour lutter contre le découragement et la désillusion de beaucoup de fumeurs face aux difficultés d'arrêter de fumer.
- Aux autorités de santé publique pour une politique nationale favorisant l'arrêt de la consommation de tabac.

II.1.2. UN PLAN TRIENNAL

Un premier plan est adopté par le gouvernement le 16 juin 1999, «plan triennal ». Il insiste sur la nécessité d'organiser au sein de l'hôpital des réponses coordonnées et une politique de lutte contre les dépendances.

II.1.3. LE PLAN CANCER

En 2003, le gouvernement fait de la lutte contre le tabagisme une de ses priorités de santé publique. Il met en place un « plan cancer » sur 4 ans de 2003 à 2007. (45)

Ce plan en matière de lutte contre le tabagisme utilise différentes stratégies.

II.1.3.1. Rendre l'accès au tabac de plus en plus difficile

Pour cela, le gouvernement prévoit d'augmenter les taxes sur le tabac. Une augmentation de 50% du prix du tabac sur 5 ans est proposée. La hausse du prix du tabac est un moyen qui a toujours été un facteur permettant de faire reculer le tabagisme (cf 2^{ème} partie I.). Avec le renforcement de cette augmentation, le gouvernement veut poursuivre et accélérer l'action menée depuis une dizaine d'années.

La vente de paquets de 10 ou 15 cigarettes sera interdite, ainsi que la vente aux mineurs de moins de 16 ans. Cette mesure a pour but de protéger et d'empêcher les jeunes d'entrer dans le tabagisme.

Ainsi la loi interdisant la vente de tabac aux mineurs fut votée le 31 juillet 2003 et mise en application le 6 septembre 2004. (39)

En janvier 2004, le prix du tabac avait déjà augmenté de 42% par rapport à janvier 2003.

(41)

II.1.3.2 Une bataille contre le tabagisme passif

Tout d'abord la loi « Evin » doit être appliquée de manière plus rigoureuse. Après de nombreuses circulaires et mesures, la loi n'est pas encore respectée. Il est prévu de créer un label « entreprise sans tabac », de rappeler les risques du tabagisme passif et de renforcer l'application de la loi dans les transports publics, dans les hôtels et les restaurants. (45)

En 2005, en France, les lieux ouverts au public, sont tenus d'avoir un espace réservé pour les fumeurs avec des conditions de ventilation strictes. Une concertation est lancée par la Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues et la Toxicomanie (Mildt), l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes), le ministère du travail, de l'éducation nationale, des finances, du tourisme, de l'équipement et des transport, sur l'interdiction complète de fumer dans les lieux à usage collectif.

La loi du 9 août 2004 permet de déclarer les personnes morales en cas de non respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et alourdit le montant des amendes. (36)

On a observé de gros progrès dans le respect de la réglementation, notamment dans les transports de voyageurs, mais la situation reste insuffisante. Une enquête pour l'association Droits des non-fumeurs montre que près de la moitié des restaurateurs disent ne pas respecter la réglementation du tabagisme en public, et plus d'un quart des restaurants sont encore entièrement « fumeurs ».

De nombreuses actions de sensibilisation sont proposées en complément des mesures législatives et réglementaires pour faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs (« Entreprise sans tabac, Hôpital sans tabac, école sans tabac »).

La mesure d'interdiction complète de fumer dans les lieux collectifs a été adoptée par quelques états de l'Union Européenne comme l'Irlande, l'Italie et la Norvège, avec des résultats très encourageants, en France un projet de loi est en cours. (27)

D'autre part, l'Inpes et le ministère de la santé lancent de nombreuses campagnes d'information grand public qui rappelleront les risques du tabagisme. Une stratégie globale de « dénormalisation » du tabagisme est menée. Il faut :

- faire prendre conscience des risques du tabagisme actif et passif pour débanaliser la consommation de cigarettes ;
- inciter les fumeurs à arrêter de fumer ;
- diffuser des messages spécifiques aux publics cibles (jeunes, femmes, femmes enceintes).

II.1.3.3. Prévention et protection des jeunes contre les méfaits du tabac

La mise en place d'un programme de prévention et d'éducation en partenariat avec la médecine scolaire, les enseignants, les établissements et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) va permettre de réaliser des opérations « école sans tabac ». Il faut débanaliser le tabagisme au sein de cette population.

II.1.3.4. Prévention et protection des femmes enceintes

Des campagnes d'information dans les maternités et la sensibilisation du personnel soignant seront réalisées.

Le 7 et 8 octobre 2004 a eu lieu une conférence de consensus sur le thème « tabac et grossesse », de nombreuses recommandations sont émises afin de sensibiliser les femmes à ce problème. (41)

Le tabac chez les femmes enceintes ne doit plus exister.

II.1.3.5. Mise en place de grandes mesures d'aide au sevrage tabagique

La prise en charge partielle par l'assurance maladie des substituts nicotiques va être expérimentée dans certains départements.

Le gouvernement, s'engage à ce qu'il y ait une consultation par département dans les deux prochaines années.

Il est prévu également une meilleure formation des professionnels de santé en intégrant un module sur la prévention et l'éducation contre le tabagisme dans le premier cycle d'étude médicale.

Une grande campagne sera menée pour mobiliser les professionnels de santé sur l'importance du conseil minimal au patient (cf 3^{ème} partie II.1.2.).

En 2004, le remboursement des substituts nicotiques a été évalué dans 3 régions (Alsace, Languedoc-Roussillon et Basse-normandie) pour un budget de 3,3 millions d'euros. Les substituts nicotiques, sont disponibles gratuitement dans les centres de santé de l'assurance maladie pour les personnes en situation de précarité.

La ligne « Tabac info service » et les consultations de sevrage tabagique par téléphone ont vu croître leur activité de 25 000 appels en 2002 à 46 000 appels en 2004.

Depuis cette année 2005, tous les départements disposent d'une consultation hospitalière de tabacologie. La France dispose désormais de 464 centres de consultations de tabacologie hospitalière et non hospitalière. (41)

III.1.3.6. Mobilisation des associations dans la lutte contre le tabac

Des aides seront débloquées pour les associations impliquées dans la lutte contre le tabagisme.

L'augmentation du prix du tabac va permettre de financer certaines associations dans leurs actions contre le tabagisme mais aussi contre le cancer et dans les soins.

En 2003, 6 millions d'euros ont été débloqués par l'état et la MILDT, pour le financement d'associations qui entreprenaient des actions visant à faire respecter l'interdiction de fumer dans les lieux publics. En 2004, 3,5 millions d'euros ont permis de poursuivre 19 projets engagés en 2003. (41)

Parallèlement au plan cancer, d'autres actions de santé publique sont entreprises en matière de lutte contre le tabagisme.

Un plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, présenté le 29 juillet 2004, vient conforter l'application de la loi « Evin » dans les établissements scolaires, les restaurants et autres lieux publics.

Le 21 juin 2004, le plan national santé-environnement permet de prendre en compte l'impact de l'environnement sur la santé, 7 à 20% des cancers sont imputables à des facteurs environnementaux comme le tabac. (41)

II.2. UNE CONVENTION INTERNATIONALE

Au niveau mondial, la lutte contre le tabagisme est aussi une grande préoccupation.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le tabac ruine et frappe les plus pauvres. En effet quel que soit le pays, on observe que ce sont les populations les plus pauvres, les plus touchées. Au Bangladesh, par exemple, 10,5 millions de personnes mal nourries pourraient s'alimenter correctement si elle consacraient 2/3 de leur budget tabac à la nourriture. (48)

Le tabagisme est un problème de grande ampleur qui sensibilise de plus en plus de politiques.

Ainsi, le 21 mai 2003, 192 états membres de l'OMS ont adopté à l'unanimité la convention cadre pour la lutte antitabac. Cette date est historique, c'est en effet le premier traité de santé publique mondial.

Le traité demande aux pays d'imposer des restrictions sur la publicité, le parrainage et la promotion du tabac ; d'imposer de nouveaux conditionnements et étiquetages ; de contrôler l'air ambiant des locaux et de renforcer la législation pour réprimer la contrebande. (42)

La France a été le premier état membre de l'Union Européenne à ratifier la convention par la loi du 9 août 2004.

Le 27 février 2005, la convention cadre pour la lutte antitabac est entrée en vigueur après la quarantième signature de ratification. A cette date, on compte 168 pays signataires de la convention, 40 pays ont ratifié la convention et 13 sont en cours. (43)

Les lois et les mesures de santé publique en France, en Europe et dans le monde ne cessent d'évoluer dans le but de faire diminuer la consommation de tabac qui, chaque jour, engendre de nouvelles victimes.

Le tabac est aujourd'hui reconnu comme une substance potentiellement mortelle et une vraie drogue. La lutte contre le tabagisme est un combat de longue haleine qui doit être sans cesse relancé.

Deuxième partie

Evolution du prix et de la consommation de tabac en
France

Aujourd'hui dans le monde, 47,5% des hommes et 10,3% des femmes fument. La prévalence du tabagisme varie d'une région du monde à une autre (tableau I). (42)

Tableau I : Prévalence du tabagisme chez l'homme et la femme selon les régions du monde

Région géographique	Prévalence homme	Prévalence femme
Europe	46%	26%
Amérique	35%	22%
Afrique	29%	4%
Moyen orient	35%	4%
Sud Est asiatique	44%	4%
Pacifique	60%	6%

La consommation de tabac est la première cause de décès évitable. Aucun produit n'est plus dangereux et ne tue autant que le tabac.

Chaque année 4,9 millions de personnes meurent du tabagisme, ce qui représente 13 500 morts par jour. (41)

En France, on compte 12 millions de fumeurs réguliers dont 33% d'hommes et 26% de femmes.

Le tabac tue chaque année 60 000 personnes.

Face à ces chiffres, les politiques se devaient de réagir. Il en a découlé un certain nombre de mesures et de lois que nous avons développées dans la première partie.

Depuis les années 90, une politique de prix est mise en place, les taxes sur le tabac ne cessent d'augmenter.

I. TABAC ET POLITIQUE DE PRIX

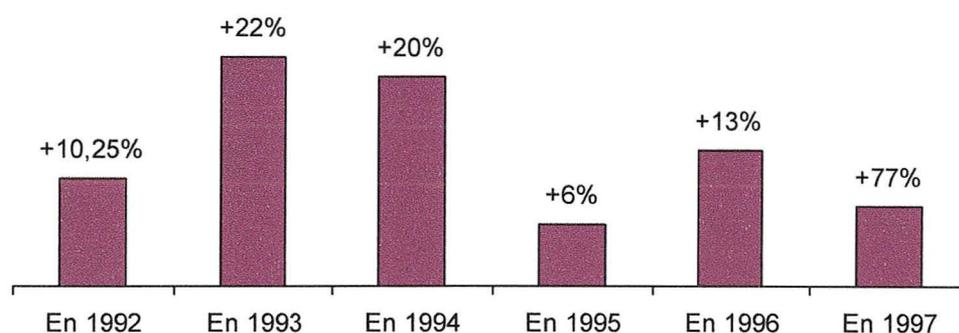
Dans la loi « Evin » de 1992, l'augmentation du prix du tabac est déjà un point essentiel de la lutte contre le tabagisme. L'article 1^{er} de cette loi « interdit de prendre en compte le prix du tabac pour le calcul des indices de prix à la consommation ».

Le prix du tabac est donc libre des contraintes de luttes contre l'inflation.

I.1. EVOLUTION DU PRIX DU TABAC

Le prix du tabac augmente régulièrement ; en 1992 il a augmenté de 10,25%, en 1993 de 22%, en 1994 de 20%, en 1995 de 6%, en 1996 de 13%, en 1997 de 7,7% (figure 1). (7)

Figure 1 : Hausses des prix du tabac observées en France entre 1992 et 1997



Si entre 1998 et 2002, on remarque une augmentation plus modérée (entre 3 et 5%), en 2003, le gouvernement annonce, dans le cadre du plan cancer, une augmentation de 50% du prix des cigarettes sur 5 ans. (41)

La mesure est appliquée immédiatement. Ainsi, entre janvier 2003 et janvier 2004, le prix du tabac a augmenté de 42%.

Le prix des cigarettes, depuis 15 ans, a considérablement augmenté. Le tableau II met en évidence, pour la catégories de cigarettes la plus vendue, que le prix du paquet a presque triplé. (8)

Tableau II : Evolution des prix des cigarettes de la classe la plus vendue de 1994-2004 (paquets de 20 cigarettes)

Année	Prix des cigarettes (euros)
Janvier 1994	2,36
Janvier 1996	2,74
Janvier 1998	2,96
Janvier 2000	3,20
Janvier 2001	3,35
Janvier 2002	3,60
Janvier 2003	3,90
Octobre 2003	4,60
Janvier 2004	5

L'augmentation du prix du tabac semble être une arme efficace contre le tabagisme puisque parallèlement à ces hausses, les ventes de tabac sont en constante diminution.

L'Institut National de la Statistique et des Etudes (INSEE) a montré qu'il existait une relation inversée entre le prix du tabac et la consommation de tabac, une augmentation de 1% du prix du tabac induirait une diminution de 0,5% de la consommation au bout de 3 mois, de 0,2% à 6 mois et de 0,3% après 1 an. (6)

L'augmentation du prix du tabac n'est pas le seul et unique facteur qui explique le recul du tabagisme de ces dernières années. En effet l'effort mis en œuvre dans la prévention et l'éducation de la population face à ce fléau est nécessaire.

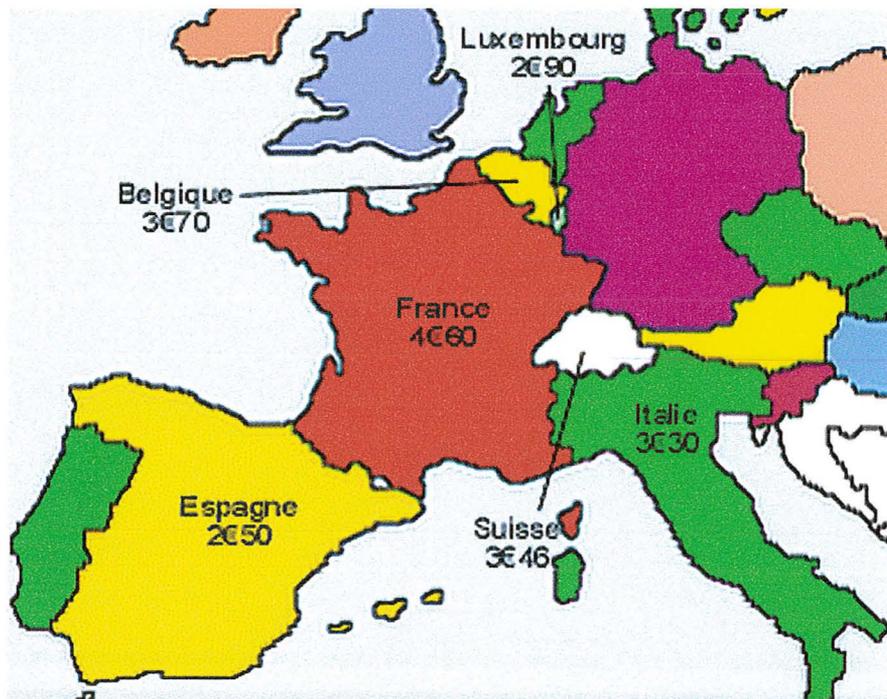
I.2. LES LIMITES DE CETTE POLITIQUE DE PRIX

I.2.1. LES DIFFERENCES DE PRIX ENTRE LES PAYS

La politique de prix a également certaines limites.

Le prix des cigarettes n'est pas fixé au niveau européen, de gros écarts de prix sont donc à noter entre les différents pays de l'union européenne. La France est l'un des pays où les taxes sur le tabac sont les plus élevées, le prix des cigarettes y est donc plus important que dans les pays limitrophes. (Figure 2) (8)

Figure 2 : Comparaison du prix du paquet de 20 cigarettes de la classe de prix la plus demandée en France (octobre 2003)



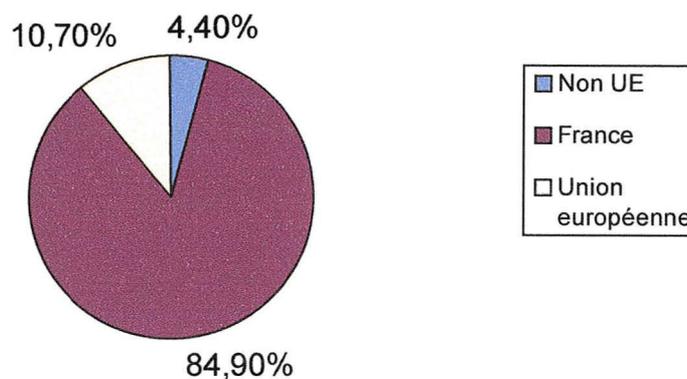
Les services de communication de l'industrie du tabac insiste sur le fait que l'importante baisse des ventes de tabac en France n'est pas liée à une réduction de la consommation mais plutôt à des achats transfrontaliers et à la contrebande.

Une enquête a donc été réalisée pour affiner cette affirmation par l'Office Française de prévention du Tabagisme (OFT) et l'association Droit des Non Fumeurs (DNF).

Il a été demandé à 10 personnes dans 10 villes différentes de ramasser 100 paquets de cigarettes laissés au sol afin de déterminer leur provenance.

Les différents paquets ont été classés en fonction du message d'avertissement, « avertissement français », « avertissement d'autre pays européens », « sans avertissement européens ». Les résultats sont répertoriés dans la figure 3.(15)

Figure 3 : Résultats de l'enquête menée par l'OFT et la DNF sur l'origine des paquets de cigarettes dans différentes villes de France



Les résultats sont clairs : même si dans les villes frontalières, le taux de paquets de cigarettes provenant de l'Union Européenne est importante, ce taux diminue considérablement dès que l'on s'éloigne d'une quinzaine de kilomètre de la frontière. La majeure partie des paquets provenait de la France et très peu de l'étranger non Union Européenne.

On peut conclure de cette enquête, que les achats frontaliers et la contre bande influent peu sur les ventes totales de tabac en France. Pour compléter cette observation, il a été réalisé également une enquête par l'institut IPSOS sur les réelles répercussions de l'augmentation du prix du tabac sur les ventes de cigarettes en France (cf 2^{ème} partie II.).

I.2.2. L'AUGMENTATION D'AUTRES CONSOMMATIONS

On peut observer une augmentation de la consommation de tabac à rouler et de cigares. Ces formes de tabac n'ont pas connu de fortes hausses de prix, ainsi de nombreux consommateurs de cigarettes se sont orientés vers ce type de tabac.

Il faut également souligner, l'explosion de la consommation de cannabis.

En France, en 2003, plus de 40% des jeunes déclarent avoir expérimenté au moins une fois le cannabis, ils étaient 20% en 1993. (46)

On compte aujourd'hui 850 000 consommateurs réguliers dont 450 000 quotidiens.

La France est l'un des pays de l'Union Européenne où les niveaux de consommation de cannabis sont les plus élevés. La Milt, le ministère de la solidarité et de la famille, le ministère de la santé et l'Inpes mettent en place un programme global de prévention de l'usage de cannabis avec une campagne médiatique et une ligne téléphonique « Ecoute Cannabis ». Ce programme a pour but de réduire l'écart entre l'image du cannabis et la réalité de ses effets.(28) (46)

II. LES CONSEQUENCES DE L'AUGMENTATION DES PRIX SUR LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE

Suite aux dernières mesures et à l'augmentation récente des taxes sur le tabac, les buralistes et fabricants de tabac ont attribué la baisse des ventes à un développement de la contrebande.

Une enquête a donc été réalisée afin d'analyser les répercussions réelles de l'augmentation du prix du tabac.

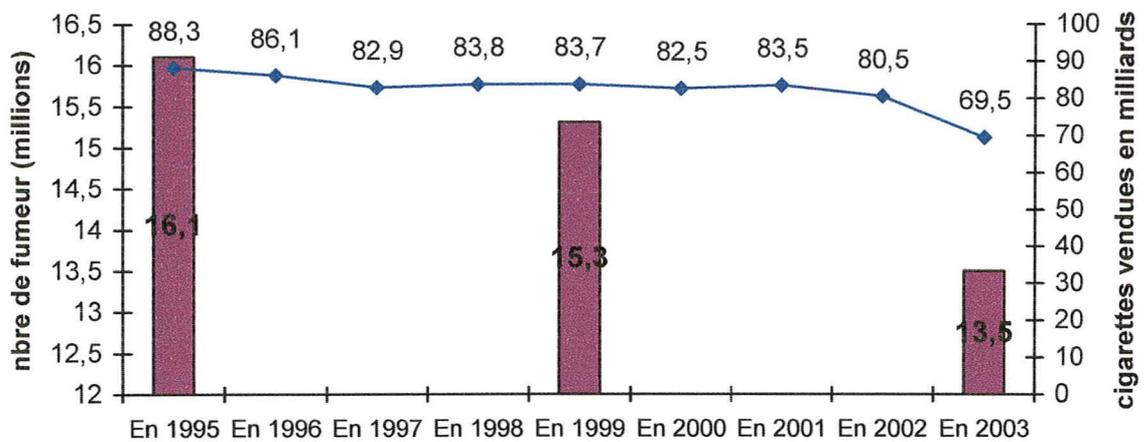
Cette enquête conduite par l'institut IPSOS a été réalisée sur un échantillon représentatif de 3085 personnes du 21 novembre au 24 décembre 2003.

C'est une enquête de type aléatoire, identique à celle employée pour les baromètres santé, ce qui permet une meilleure comparaison avec les données précédentes (baromètre santé de 1999). (25)

Tout d'abord cette enquête montre une forte diminution du nombre de fumeurs qui est passé de 15,3 millions en 1999 à 13,5 millions en 2003 soit 1,8 millions de fumeurs en moins.

Les ventes de tabac ont chuté de la même façon, représentant un manque à gagner certain pour les buralistes et fabricants de tabac (figure 4). (25)

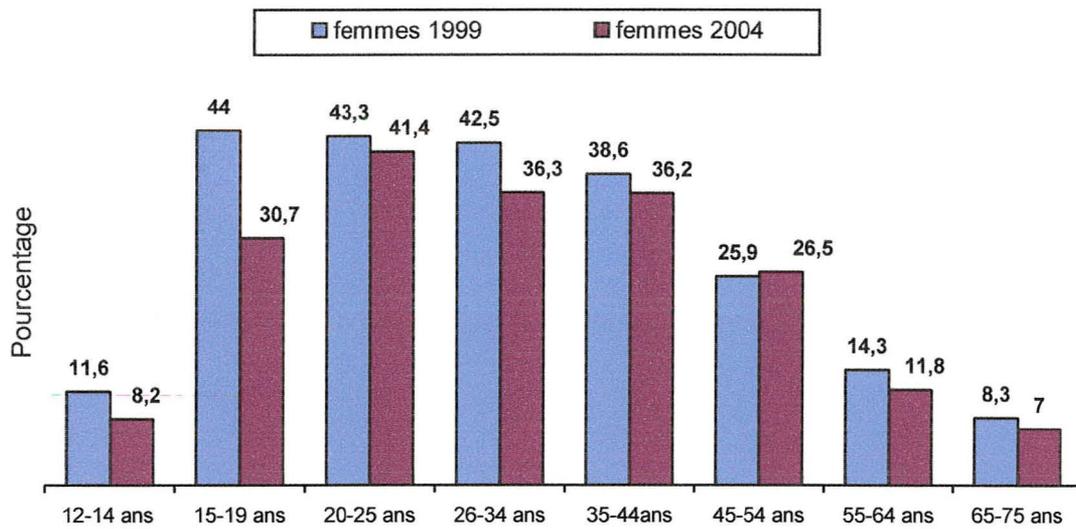
Figure 4 : Evolution des ventes et du nombre de fumeurs



Cette diminution de consommation touche même les populations jeunes et féminines qui étaient plus difficiles à sensibiliser.

La consommation chez les femmes depuis les années 60 était en constante augmentation. En 2004, la prévalence du tabagisme dans cette population a reculé de 11% par rapport à 1999. (figure 5) (25)

Figure 5 : Evolution de la prévalence tabagique selon l'âge parmi les femmes

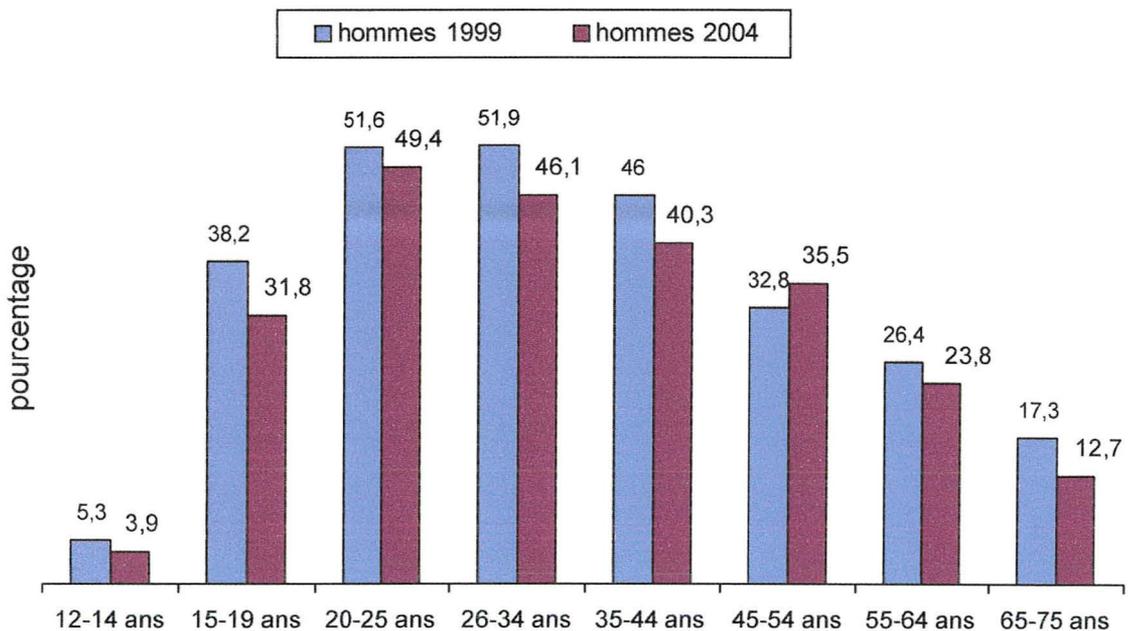


Dans la population jeune, on peut faire les mêmes observations, avec un recul de 17% de la prévalence chez les garçons de 15-18 ans et de 30% chez les filles de 15-18 ans.

Pour les très jeunes, à l'âge d'initiation (12-14 ans), on peut constater une chute de 30% par rapport à 1999. Aujourd'hui ils ne sont plus que 1,5% à fumer régulièrement.(figure 6)

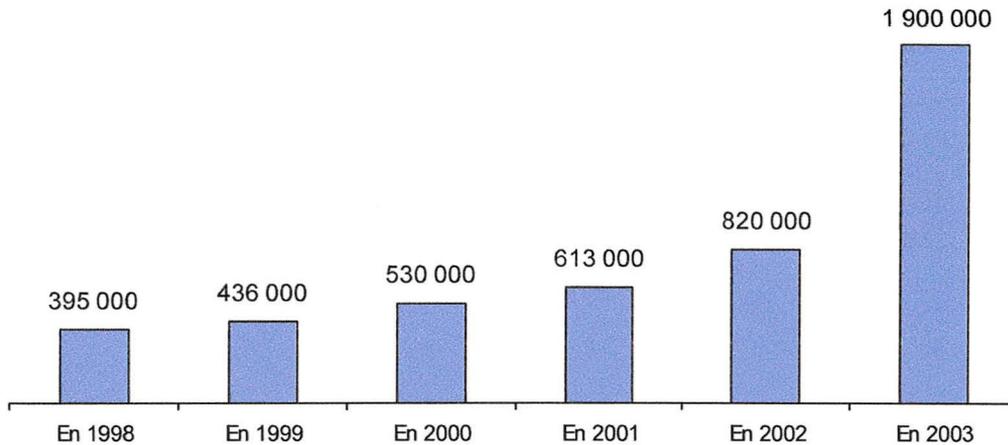
(25)

Figure 6: Evolution de la prévalence tabagique selon l'âge parmi les hommes



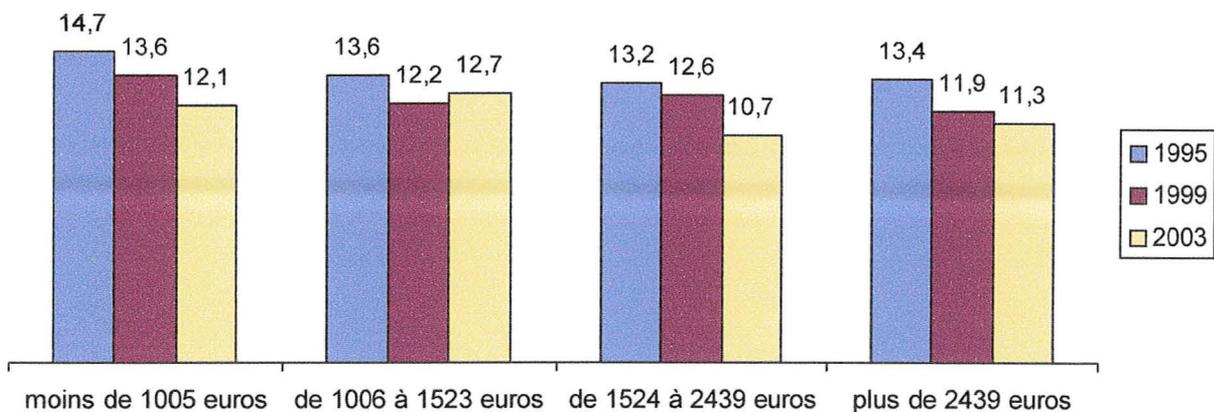
L'année 2003 est une année remarquable sur le plan du sevrage tabagique, 1.900.000 personnes déclarent avoir arrêté de fumer durant cette année. (figure 7) (25)

Figure 7 : Nombre de déclarations d'arrêt du tabac par année



On peut également observer une diminution de la consommation moyenne chez les fumeurs réguliers qui est passée de 14,2 cigarettes à 11,6 en 2003.(figure 8) (25)

Figure 8 : Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers, selon le revenu du foyer

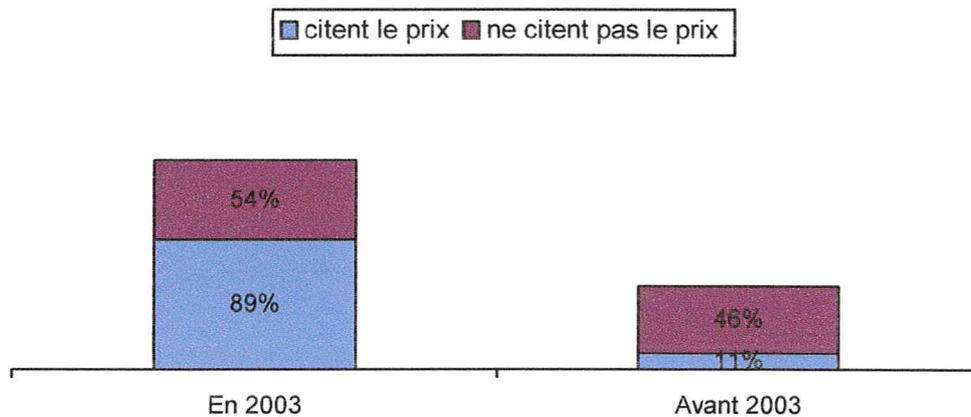


La diminution du nombre de fumeurs et de la quantité de cigarettes fumées par personne explique la chute des ventes de tabac.

Il est certain que les récentes mesures ont eu un impact sur les ventes des buralistes et fabricants. Le recul du tabagisme en France est aujourd'hui une réussite mais cela demeure tout de même un combat de longue haleine.

Parmi les mesures prises, on peut constater que l'augmentation du prix du tabac reste la méthode la plus efficace pour faire reculer la consommation. Le prix est la principale raison d'arrêt du tabac en 2003.(figure 9) (25)

Figure 9 : Pourcentage d'ex-fumeurs citant le prix comme raison d'arrêt selon qu'ils ont arrêté en 2003 ou avant

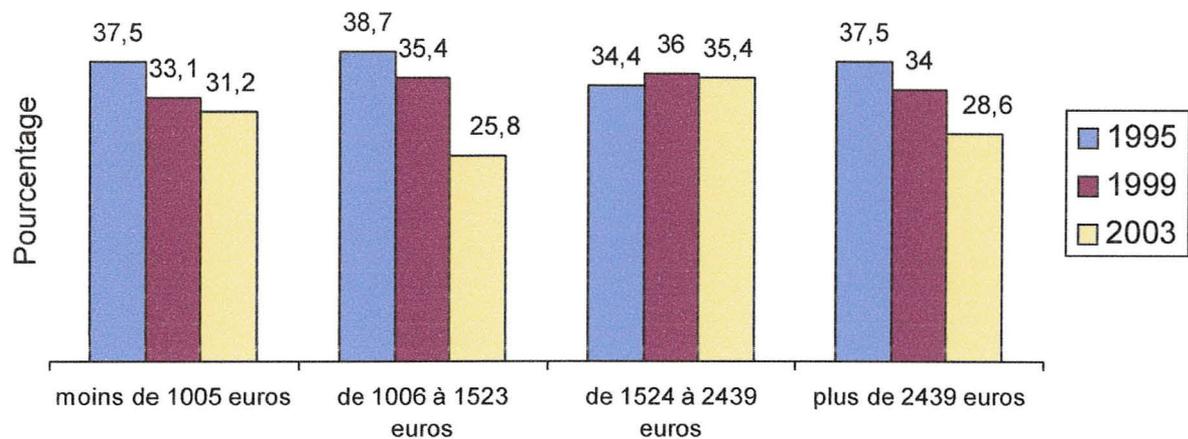


En fonction des différentes couches sociales, on peut se demander si la population est touchée de la même manière.

Pour une personne de condition modeste, le coût de la consommation de tabac met en péril la gestion d'un budget correct, oriente des choix et a un impact fort sur l'hygiène de vie. Le sevrage tabagique est alors d'autant plus difficile à mettre en place qu'il n'est pas choisi et qu'il entraîne un énorme sentiment de frustration.

D'où le paradoxe réel : l'augmentation du prix du tabac a une influence élevée sur les catégories moyennes et à revenus élevés, par contre elle a moins d'effets sur les plus défavorisés. (figure 10) (25)

Figure 10 : Evolution du pourcentage de fumeurs selon les revenus mensuels du foyer



On peut expliquer ce graphique de plusieurs manières : se sont les catégories sociales défavorisées qui sont confrontées au marché noir, à la contrebande et donc peuvent s'approvisionner plus facilement et à moindre coût.

D'autre part, plus les conditions de vie sont difficiles, et plus la cigarette demeure un des derniers plaisirs.

Cette enquête permet de confirmer la chute de la consommation de tabac en France. Le manque à gagner des buralistes et fabricants de tabac n'est pas lié uniquement à la contrebande et à l'achat de tabac dans les pays limitrophes.

Le prix semble être une des principales raisons de cette chute, les gens semblent plus sensibles à l'augmentation du prix du tabac qu'aux campagnes de prévention sur les risques du tabac sur la santé.

En effet le coût du tabac a un impact immédiat sur leur budget journalier, sur leur mode de vie, tandis que l'impact sur leur santé se mesurera seulement des dizaines d'années plus tard.

L'augmentation du prix du tabac a permis de faire reculer le tabagisme, mais il faut également souligner les efforts réalisés en matière d'information et de prévention. Toutes ces mesures ont permis de « dé normaliser » la consommation de tabac.

Troisième partie

Evolution du rôle du pharmacien dans la prévention
du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique

I. LE PHARMACIEN FACE AU TABAGISME ET AU SEVRAGE TABAGIQUE

Aujourd'hui le rôle du pharmacien ne se limite plus à dispenser des médicaments ou à les préparer. Le pharmacien a un rôle fondamental en matière d'éducation sanitaire, de prévention et d'amélioration des habitudes et modes de vies dans le domaine de la santé et, pour ce qui concerne cette étude, dans le sevrage tabagique. (30)

Chaque jour les pharmacies de l'hexagone ont environ 4 millions de contacts avec des personnes malades, ou en simple recherche d'information.

En matière de sevrage tabagique, la France compte 13 millions de fumeurs et environ 23 300 pharmacies, ce qui fait un potentiel de 600 fumeurs par pharmacie. (23)

Près de 10 millions de fumeurs souhaitent arrêter de fumer, mais seulement 2 à 3 millions font la démarche d'essayer.

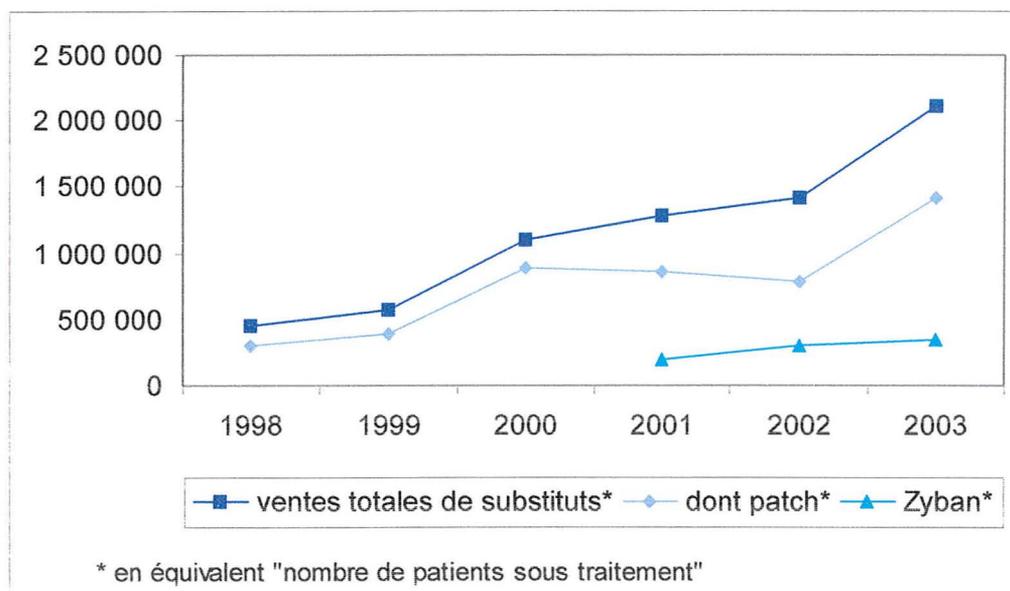
Le pharmacien se trouve donc être un acteur de santé publique en première ligne dans la prise en charge du sevrage tabagique.

Le délistage des substituts nicotiques en 1999, a rendu leur accès beaucoup plus facile d'une part mais a également modifié le rôle du pharmacien qui a pu s'impliquer activement dans l'aide au sevrage tabagique.

I.1. EVOLUTION DES VENTES DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Les ventes de substituts nicotiniques n'ont cessé d'augmenter depuis le délistage.(figure 11) (20)

Figure 11 : Ventes de substituts nicotiniques depuis 1998

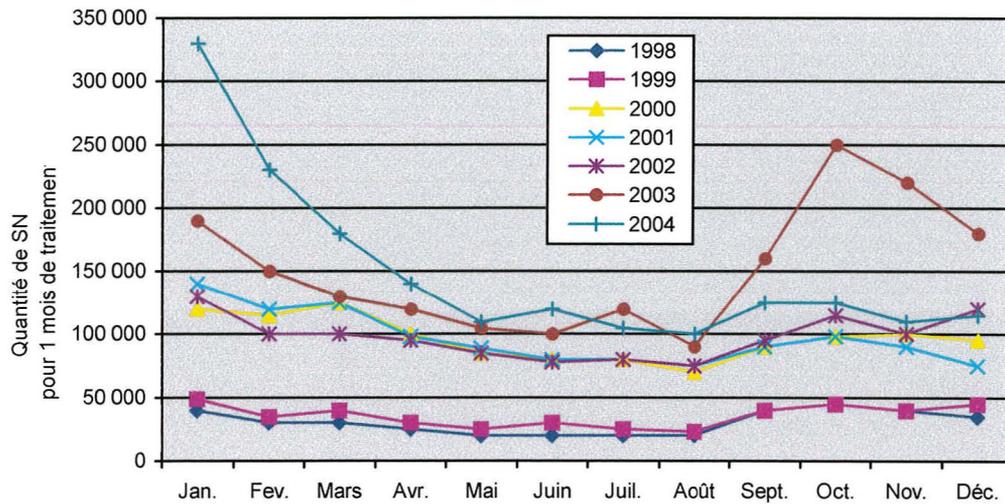


Cette augmentation est due en partie au délistage mais aussi à toutes les actions menées ces dernières années.

L'année 2003 a été un succès dans le domaine du sevrage tabagique. Les ventes n'ont jamais été aussi élevées, ceci et concomitant à la mise en place de nombreuses mesures comme l'augmentation du prix du tabac, l'interdiction de vendre du tabac aux mineurs de moins de 16 ans...

Le mois d'octobre 2003 et le mois de janvier 2004 ont été particulièrement importants pour les ventes de substituts nicotiniques. Ces deux périodes correspondent exactement aux hausses successives du prix du tabac.(figure 12) (16)

Figure 12 : Evolution mois par mois des ventes des produits d'arrêt du tabac



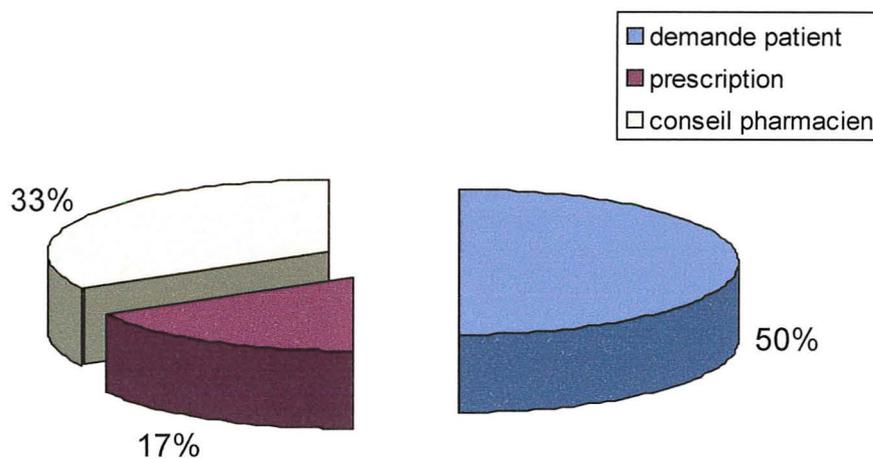
Le début de l'année 2005 est caractérisé par une baisse des ventes de substituts nicotiques (moins 24% en volume source IMS health) que l'on peut mettre en parallèle avec une diminution de la fréquentation de consultation de tabacologie et avec la légère reprise des ventes de cigarettes.

Il semble nécessaire de relancer des mesures motivant l'arrêt du tabac comme de nouvelles augmentations du prix, la prise en charge des substituts nicotiques, une mobilisation accrue des professionnels de santé, une mesure d'interdiction de fumer dans l'ensemble des lieux publics...

I.2. EVOLUTION DES RAISONS D'ACHATS DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Parmi les ventes de substituts nicotiniques durant l'année 2001, seulement 17% étaient prescrites par un médecin, 50% des ventes étaient motivées par une demande directe du consommateur et enfin 33% des ventes étaient engendrées par un conseil du pharmacien. (figure 13) (16)

Figure 13 : Principales circonstances d'achats de substituts nicotiniques en 2001



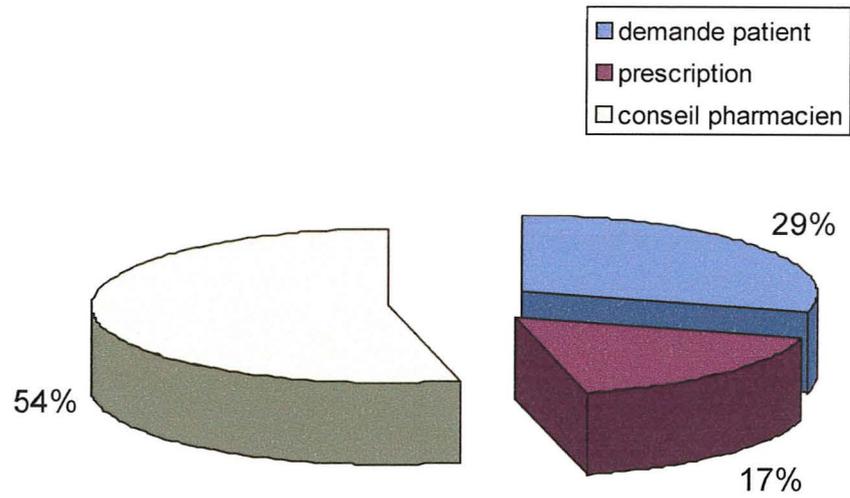
L'effet du délistage est donc une réussite : il avait pour but de faciliter l'accès direct aux substituts nicotiniques, cet objectif est atteint.

En 2004, la même enquête a été réalisée. (Enquête IMS novembre et décembre 2004)

Le pourcentage de prescriptions de substituts nicotiniques reste stable puisqu'il est toujours de 17%, par contre les ventes sur le conseil d'un pharmacien ont beaucoup augmenté ; elles sont passées de 33% en 2001 à 54% aujourd'hui.

Ceci montre l'évolution du rôle du pharmacien, il a su imposer sa place et devenir un acteur crédible dans la lutte contre le tabagisme et le sevrage tabagique.(figure 14) (16)

Figure 14 : Principales circonstances d'achats de substituts nicotiniques en 2004



Le pharmacien a un rôle essentiel à jouer dans l'arrêt du tabac par sa proximité, son accès simple et rapide, son écoute, ses connaissances sur le sujet. Il est en première ligne pour répondre aux questions, encourager et suivre la démarche entreprise et rappeler les principaux bénéfices de l'arrêt du tabac.

II. RÔLE DU PHARMACIEN DANS LA PREVENTION DU TABAGISME ET LE SEVRAGE TABAGIQUE

II.1. LA PREVENTION

I.1.1. LES CAMPAGNES DE PREVENTION ET D'INFORMATION

Les pharmaciens sont conscients du rôle important qu'ils ont à jouer en matière de prévention (98,9% source baromètre santé 2003). (21)

L'officine est un lieu de santé qui doit servir d'exemple.

Les trois quarts des pharmaciens (77,4% source baromètre santé 2003)(21) pensent que leur rôle concernant le tabagisme est important ; pour les aider dans cette démarche des affichettes, des kits...sont mis à leur disposition par les laboratoires mais aussi par l'Inpes, la Mildt...

I.1.2. LE CONSEIL MINIMAL

Le pharmacien doit amener le fumeur à réfléchir sur sa consommation de cigarettes et sur les bénéfices qu'il trouverait à arrêter de fumer.

Le pharmacien dispose du « conseil minimal » qui se résume en trois petites questions :

- Etes-vous fumeur ?
- Si oui, envisagez vous d'arrêter de fumer ?
- Si oui, je vous donne ces brochures d'information.

Ce conseil s'adresse à tous les patients mais plus particulièrement aux personnes venant pour des pathologies où le tabac est un facteur de risque ou aggravant.

Le conseil minimal doit être fait systématiquement pour :

- Une personne hypertendue ou atteinte d'une pathologie cardiaque,
- Une personne souffrant d'affections bronchiques,
- Une personne ayant un traitement anti-ulcéreux,
- Une femme enceinte,
- Une jeune fille en âge de procréer et venant chercher sa pilule contraceptive,
- Une personne venant acheter des produits cosmétiques contre le vieillissement...

Le conseil minimal permet de déclencher un dialogue sur un sujet parfois difficile à aborder et de faire évoluer la réflexion du patient.

L'efficacité d'une intervention même brève par un professionnel de santé est bien démontrée. Le simple fait de s'intéresser à la consommation d'un patient a déjà un effet.

(1) (31) (44)

II.2. UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE A CHAQUE FUMEUR

II.2.1. LE TABAC, UNE DEPENDANCE COMPLEXE

La dépendance au tabac se traduit de différentes manières.

Il y a tout d'abord une dépendance comportementale qui s'installe, c'est le rituel du geste, la convivialité, un moyen de faire comme « tout le monde ». C'est la première phase, elle apparaît dès les premières cigarettes.

Si il n'y avait pas de nicotine dans les cigarettes, cette dépendance comportementale disparaîtrait d'elle même. (31)

Il y a ensuite, la dépendance psychique qui est le besoin de maintenir certaines sensations de plaisir, de bien-être, d'éveil. La cigarette est antalgique, anorexigène, anxiolytique, antidépresseur...

Le souvenir de toutes ces sensations agréables est lié à la cigarette.

La nicotine est la seule drogue contrairement au cannabis, à l'héroïne, à la cocaïne, à l'alcool... qui n'altère pas les fonctions cognitives à court terme.

Fumer une cigarette, reste donc un moment de plaisir. (31)

Enfin dans certains cas une dépendance physique peut s'installer. Elle apparaît plus tard après quelques années de tabagisme. L'état de manque entraîne irritabilité, nervosité, pensées obsédantes de la cigarette. Peu de personnes arrivent à ce stade (seulement 30% des fumeurs). (31)

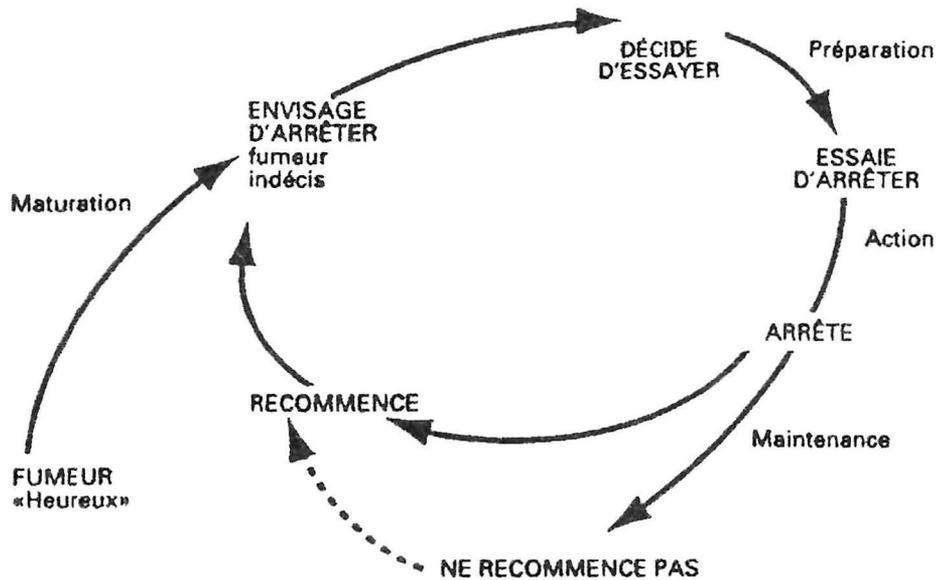
La dépendance créée par le tabac est un phénomène complexe où chaque fumeur est différent par son histoire, les causes de son entrée dans le tabagisme et sa situation personnelle.

II.2.2 EVOLUTION DU TABAGISME DANS LE MODELE DES ETAPES DU CHANGEMENT

La consommation de tabac est faite de différentes étapes, le tabagisme évolue en plusieurs stades successifs. Selon le stade où se trouve le fumeur, celui-ci va appréhender et réagir différemment face au conseil minimal et à l'idée d'arrêter de fumer.

Les différents stades sont repris dans le modèle des étapes du changement (cycle de « Prochaska »). (Figure 15) (31)

Figure 15 : Le cycle de Prochaska



Le premier stade est le début du tabagisme, ce stade va durer quelques années, on y retrouve des fumeurs heureux qui n'ont pas conscience de leur dépendance.

Souvent ces personnes n'ont aucune envie d'arrêter de fumer et restent réfractaires à toutes les actions d'informations sur la santé.

Le deuxième stade est celui du fumeur indécis. Il pèse le pour et le contre, sa réflexion demande souvent plusieurs années jusqu'au jour où un événement va déclencher la décision d'arrêter de fumer. Cet événement peut être, une publicité, une naissance, une maladie... mais aussi le conseil minimal fait par un professionnel de santé.

Le troisième stade, est le moment de la réflexion et du choix de la date.

Enfin, *le quatrième stade* est celui de l'arrêt du tabac et de la maintenance de l'abstinence.

Le pharmacien doit savoir repérer où se situe le fumeur dans le cycle de Prochaska, afin d'adapter son conseil et faire évoluer le patient.

Il peut aider le fumeur par une question posée ou un conseil donné, à franchir une étape qui le rapprochera de l'arrêt.

Chaque fumeur est différent, son évolution dans le tabagisme lui est propre. Il n'existe pas un traitement type, c'est en cela que la prise en charge du sevrage tabagique est difficile.

Le pharmacien doit adapter son conseil et le traitement en fonction de chaque fumeur.

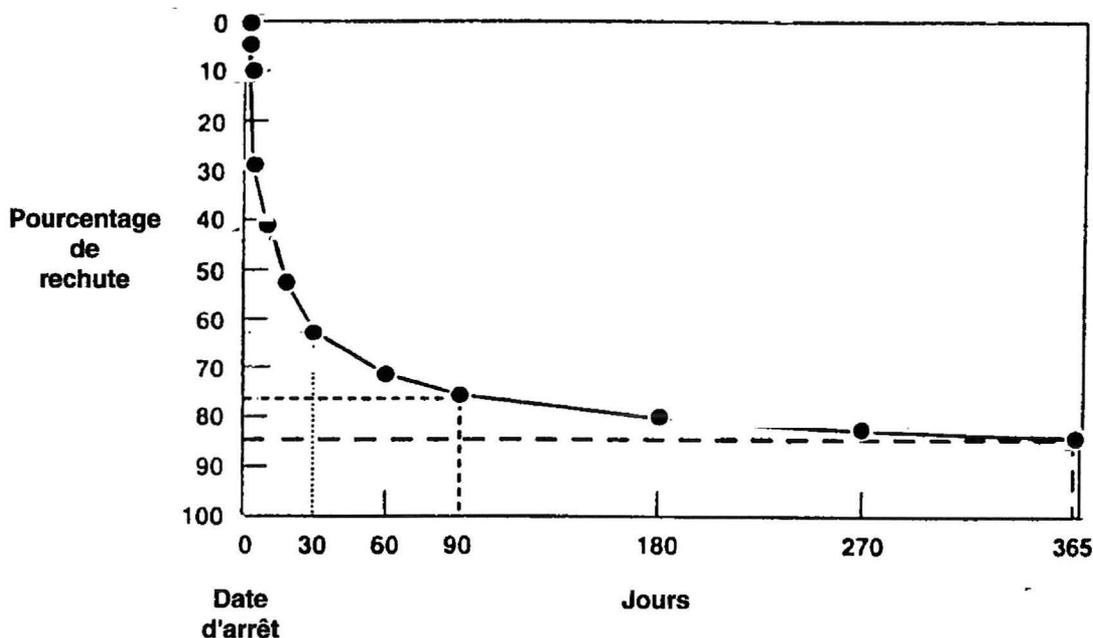
II.3. UN SUIVI PERSONNALISE

Le pharmacien doit être là pour instaurer un traitement de substituts nicotiniques si il y a besoin, mais aussi pour répondre à toutes les questions engendrées par cette décision. Il doit aussi savoir aider le fumeur à surmonter les phases difficiles.

En effet, tout fumeur motivé peut arrêter de fumer deux ou trois jours sans réel problème.

Les difficultés apparaissent dans la durée.(Figure 16) (31)

Figure 16 : Evolution naturelle de l'abstinence d'après Sachs



Sur cette courbe représentant le pourcentage de sujets restés abstinents après une tentative d'arrêt (figure 18), sans aide réelle, on voit que 80% des sujets ne fument plus pendant 3 à 7 jours mais qu'ils ne sont plus que 10% au bout d'un an. (31)

Une autre étude faite par P. Yudkins de l'université d'Oxford sur 1625 patients montre que seulement 5% d'entre eux ne fument pas au bout de 8 ans, après un sevrage tabagique avec des substituts nicotiniques ; les autres ayant rechuté souvent au bout d'une année. (49)

Pour faire face à ces moments difficiles, le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible et donc celui qui doit savoir trouver les bons mots pour motiver le patient à ne pas retomber dans le cycle du tabagisme. La rencontre avec le pharmacien peut-être spontanée, elle demande une réponse immédiate.

Dans la lutte contre le tabagisme, le pharmacien a donc un rôle clef au milieu d'un réseau de professionnels de santé (médecin généraliste, spécialiste, sage-femme, chirurgien dentiste, infirmière...). Il doit savoir garder son rang de conseiller et ne pas se substituer au médecin, il doit savoir écouter, éduquer et orienter les fumeurs désirant arrêter de fumer.

Pour cela, les pharmaciens doivent être impliqués et sensibilisés dans cette démarche.

Il est dit dans les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) de mai 2003 que :

« Les pharmaciens ont également un rôle central à jouer. Depuis que les substituts nicotiques sont disponibles sans prescription médicale, l'accessibilité des traitements a été significativement facilitée. Des pharmaciens sont impliqués dans la sensibilisation, le dépistage, la mise en place, la conduite et le suivi des fumeurs. Cette implication des pharmaciens est à l'origine d'un nombre important de délivrance de substituts nicotiques ». (1)

Quatrième partie

Les moyens disponibles pour la prise en charge d'un
sevrage tabagique à l'officine

Certaines personnes, selon leur dépendance et leur motivation, arrivent à se délivrer du tabac sans aucune aide extérieure. D'autres, par contre, ont besoin d'une béquille, d'une aide dans cette lutte contre le tabac.

Il existe différentes méthodes pour les aider, le pharmacien est là pour proposer au fumeur désirant arrêter sa consommation de tabac, la méthode la plus adaptée à son profil et à ses attentes.

Toutes les méthodes d'aide au sevrage tabagique ne sont pas du ressort du pharmacien mais il se doit de les connaître pour pouvoir en discuter avec ses patients.

I. LE PROFIL DU CANDIDAT AU SEVRAGE TABAGIQUE

Chaque fumeur est différent par son histoire personnelle, son niveau de dépendance, sa motivation...

Lors de la première rencontre entre le pharmacien et le fumeur, il doit se créer un échange, un dialogue. Le pharmacien doit en quelques minutes découvrir quel type de fumeur est la personne, afin d'adapter dès le début son conseil et sa manière d'agir.

Dans un premier temps, il faut s'assurer que le sevrage tabagique à l'officine est possible.

Dans certains cas, il faut savoir orienter le fumeur vers un médecin car un suivi médical est recommandé.

I.1. LES CAS PARTICULIERS

I.1.1. LES ADDICTIONS MULTIPLES

Il existe une forte corrélation entre consommation de tabac et consommation d'alcool ou de produits illicites. Tous les toxicomanes fument, les conséquences sur l'état de santé sont d'autant plus graves si il y a une dépendance multiple.

Il ne faut surtout pas faire passer le tabac comme une toxicomanie mineure quand d'autres produits sont utilisés. (14)

Dans ces cas d'addictions multiples, il faut diriger la personne vers un médecin compétent qui prendra en charge chaque dépendance les unes après les autres. (14)

I.1.2. LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Les troubles anxieux et dépressifs nécessitent également une prise en charge médicale. Il faut souligner le risque de rechute chez les anciens déprimés lors du sevrage tabagique. Il est donc important de détecter les antécédents personnels et familiaux de dépression.

En cas d'épisode dépressif caractérisé, le sevrage tabagique ne devra être envisagé que lorsque l'état neuropsychique du patient sera stabilisé.

Pour les troubles psychiatriques majeurs, une prise en charge médicale est obligatoire. (1)

I.1.3. LA FEMME ENCEINTE

Le tabagisme présente des risques aussi bien pour la mère que pour le 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, de mort subite du nourrisson.

Une grossesse est souvent une grande motivation pour arrêter de fumer. Plus l'abstinence est obtenue tôt lors de la grossesse, plus les bénéfices semblent importants. Toutefois, un arrêt à tout stade de la grossesse est bénéfique.

Les substituts nicotiques ne sont indiqués qu'en deuxième intention après l'échec d'un arrêt spontané et d'une thérapie comportementale.

Le bupropion (Zyban®) est déconseillé durant la grossesse. (1) (40)

I.1.4. L'ALLAITEMENT

La nicotine se concentre dans le lait maternel, des cas d'intoxication d'enfants allaités par de grandes fumeuses ont été publiés.

Si le désir d'arrêter de fumer est contemporain au désir d'allaiter, il faut alors conseiller en première intention une approche par thérapie comportementale. En cas d'échec, un traitement pharmacologique est envisageable. Selon la pharmacocinétique, les gommes semblent plus appropriées puisqu'elles ont un pic plasmatique ½h à 2h après la prise, il suffit donc de prendre une gomme juste après une tétée afin que le pic plasmatique ne corresponde pas avec la tétée suivante. La cinétique de libération en plateau des patchs est moins adaptée à l'allaitement. (1)

I.1.5. LES PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES

Le tabac est un facteur de risque essentiel des accidents coronariens par son effet athérogène mais aussi par des effets hémodynamiques qui favorisent le spasme et la thrombose. L'arrêt total de toute intoxication tabagique est très rapidement bénéfique.

L'utilisation des substituts nicotiques chez les patients coronariens a été longtemps redoutée car quelques accidents coronariens ont été rapportés chez des patients utilisant des

substituts nicotiniques. Aujourd'hui de nombreuses études démontrent l'absence de risque des substituts nicotiniques chez le patient coronarien.

Les substituts nicotiniques sont recommandés chez le patient coronarien fumeur. (1)

I.1.6. LA PERSONNE AGÉE

Chez les personnes de plus de 65 ans l'arrêt du tabac est bénéfique sur l'amélioration de l'espérance de vie et la qualité de vie.

Les traitements qui ont montré leur efficacité sont actifs également chez le sujet âgé. Le conseil minimal, les thérapies comportementales et cognitives et les substituts nicotiniques ont montré leur efficacité chez des sujets de plus de 65 ans. (1)

I.1.7. L'ADOLESCENT

La prise en charge précoce semble très importante. Dans cette population, la recherche de motivation à l'arrêt de la cigarette est primordiale.

L'utilisation de substituts nicotiniques n'est pas dangereuse, il faut toutefois respecter l'Autorisation de Mise sur le marché (AMM) qui permet leur utilisation à partir de 15 ans.

(1)

I.2. LA MOTIVATION

La motivation est un élément essentiel dans le sevrage tabagique. C'est elle qui permet de faire cheminer le fumeur dans l'évolution du tabagisme jusqu'à la décision d'arrêter de fumer.

Il faut que cette motivation soit grande, c'est elle qui permettra de surmonter les moments difficiles.

Le pharmacien devra s'assurer qu'il existe une réelle motivation de la part du fumeur. Pour cela, il a à sa disposition des questionnaires lui permettant d'évaluer cette motivation.

Un sevrage débuté sans motivation, sous la contrainte et sans décision personnelle, est voué à l'échec.

I.3. L'ECHEC D'UNE PREMIERE TENTATIVE D'UN SEVRAGE TABAGIQUE

Un premier échec ne doit pas faire peur et empêcher une nouvelle tentative.

Il faut comprendre ce qui n'a pas fonctionné et en tirer les leçons pour ne pas commettre les mêmes erreurs.

L'échec ne doit pas être pris en compte comme une étape négative. On ne doit pas y porter un jugement de valeur. Son analyse doit en être positive.

Il ne faut pas culpabiliser les personnes de leurs faux pas mais au contraire les rassurer car l'effet de violation de l'abstinence peut pousser certains sujets à la rechute.

Chaque tentative de sevrage tabagique est un pas vers l'arrêt total du tabac. Plus la durée totale des interruptions du tabagisme est longue, plus grandes sont les chances d'un arrêt définitif. (1) (31)

I.4. LE NIVEAU DE DEPENDANCE NICOTINIQUE

Il faut déterminer le niveau de dépendance du fumeur. Pour cela il existe le test de Fagerstöm, qui en quelques questions permet de connaître le niveau de dépendance physique à la nicotine. C'est le questionnaire de référence pour évaluer la dépendance physique au tabac. Ce questionnaire est recommandé par l'Afssaps dans les recommandations de bonnes pratiques de mai 2003.(Figure 17) (1)

Figure 17 : Test de dépendance à la nicotine d'après Fagerström

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	moins de 5 minutes .. 3 6 à 30 minutes 2 31 à 60 minutes 1 Après 60 minutes 0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	oui 1 non 0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	la première 1 une autre 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins 0 11 à 20 1 21 à 30 2 31 ou plus 3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	oui 1 non 0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	oui 1 non 0
	Total

Interprétation : 0-2 : pas de dépendance – 3-4 : dépendance faible
– 5-6 : dépendance moyenne – 7-8 : dépendance forte
9-10 : dépendance très forte

La dépendance physique est présente lorsque le score est supérieur ou égal à 5.

Deux des six questions permettent une évaluation rapide du degré de dépendance physique du fumeur.

Combien de cigarettes fumez-vous quotidiennement ?

Combien de temps s'écoule entre le réveil et votre première cigarette ?

Si le fumeur fume plus de vingt cigarettes par jour et qu'il fume dans la demi-heure qui suit son réveil, il est alors fortement dépendant à la nicotine.

La connaissance du niveau de dépendance du fumeur va permettre d'entreprendre le traitement le plus adapté et d'ajuster le meilleur dosage si il y a besoin de substituts nicotiniques. (1)

II. LES DIFFERENTES METHODES UTILISEES DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE

Il existe différentes méthodes pour le sevrage tabagique, l'Afssaps dans les recommandations de bonnes pratiques de mai 2003, les a répertoriées et les a classées selon leur efficacité. (1)

II.1. LES THERAPEUTIQUES AYANT DEMONTREES LEUR EFFICACITE

II.1.1. LE TRAITEMENT NICOTINIQUE DE SUBSTITUTION

Le principe de ce traitement est de remplacer une « mauvaise nicotine » contre une « bonne nicotine ». On appelle « bonne nicotine », une nicotine délivrée sans « shoot » et sans aucun autre composé chimique. La nicotine délivrée par les substituts ne présente aucune toxicité cardiaque car elle n'est pas inhalée.

Les substituts permettent de compenser la nicotémie habituelle des fumeurs. Les symptômes de sevrage se font moins sentir, le fumeur peut donc apprendre à vivre plus facilement sans tabac. (1)

L'efficacité du traitement nicotinique de substitution contre placebo est clairement démontrée. Dans la plupart des études, les substituts nicotiniques permettent de doubler le taux d'abstinence tabagique à 6 mois par rapport au placebo. A un an, 18 % des fumeurs traités par substituts nicotiniques sont abstinents contre 10 % dans le groupe placebo. (1)

➤ Evolution de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) :

Depuis le 6 décembre 1999, les substituts nicotiques sont en vente libre dans les pharmacies, ceci dans le but de simplifier leur accès et d'aider les fumeurs souhaitant arrêter de fumer.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Anaes) devenue Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Afssaps ont permis depuis, des modifications et des extensions d'AMM, toujours dans le but d'aider et de sécuriser le sevrage tabagique.

Ainsi, le 7 juin 2001, les substituts nicotiques acquièrent une AMM dans l'abstinence temporaire de tabac. Il est recommandé d'utiliser des substituts nicotiques sous forme orale dans certaines situations où fumer est impossible comme une réunion, un voyage en avion, un séjour à l'hôpital...

En 2003, l'Afssaps a supprimé les mises en garde et contre-indications dans les maladies cardiovasculaires, pour l'ensemble des substituts nicotiques.

L'association de plusieurs substituts nicotiques était pratiquée par de nombreux médecins mais dans un cadre hors AMM . En juillet 2004, après de nombreuses études montrant une bonne tolérance et dans certains cas une efficacité majorée, l'Afssaps a accordé l'AMM pour associer différentes formes de substituts nicotiques.

Une nouvelle AMM vient d'être accordée pour les gommes et inhalateurs de la marque nicorette® dans le cadre d'une réduction de la consommation. Il est précisé que la réduction de consommation de tabac doit conduire progressivement le patient à l'arrêt complet du tabac. (34)

➤ Le choix du dosage et de la forme

Le choix de la forme du substitut nicotinique est propre à chacun. Toutes les formes ont une efficacité similaire à posologie égale, alors le choix peut-être fondé sur la susceptibilité aux effets indésirables, sur la préférence du candidat à l'arrêt ou encore sur son niveau de dépendance.

Le choix de la dose est un facteur important du succès. Les taux de succès sont améliorés si les substituts nicotiques apportent une quantité de nicotine à peu près identique à celle que le fumeur retirait de sa consommation de cigarettes.

L'Afssaps conseille d'ajuster les doses de substituts nicotiques selon le score au test de Fagerström et les signes de surdosage (bouche pâteuse, palpitation, insomnie...) ou de sous dosage (apparition d'un syndrome de sevrage : insomnie, irritabilité, anxiété, agitation, augmentation de l'appétit...). (1)

Pour les fumeurs fortement dépendants, il est recommandé d'associer deux formes galéniques différentes de substituts nicotiques ou bien plusieurs systèmes transdermiques fortement dosés.

Selon les recommandations de bonnes pratiques de l'Afssaps, la durée d'administration recommandée des substituts nicotiques est de 6 semaines minimum jusqu'à 6 mois maximum. (1)

II.1.1.1. La gomme à mâcher

C'est la première forme à avoir été commercialisée en France en 1986. Aujourd'hui il existe deux dosages, 2 mg et 4 mg. Contrairement aux patches, le dosage indiqué sur la boîte indique la quantité de nicotine contenue dans une gomme et non la quantité absorbée. Pour une gomme de 2 mg, la quantité de nicotine libérée est environ 0,9 mg et pour la gomme 4 mg, elle est de 1,4 mg.

La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale, la gomme ne doit pas être mastiquée comme un chewing-gum mais mâchée très lentement. Il peut survenir des effets indésirables au niveau de la cavité buccale ou au niveau gastrique dus à une mauvaise utilisation des gommes.

Le risque de développer une dépendance à la gomme, sans être nul, reste marginale.

Posologie : Les gommes de 2 mg sont conseillées plutôt pour les fumeurs moyennement ou faiblement dépendants alors que celles de 4 mg sont plutôt conseillées pour les fumeurs fortement dépendants.

En début de sevrage, il faut conseiller une utilisation régulière des gommes au cours de la journée. Le nombre de gommes varie d'un fumeur à un autre selon son niveau de dépendance et son besoin en nicotine. La diminution se fait de manière progressive sur quelques jours. (1)

Gomme :	Nicogum® 2mg
	Nicorette® 2mg (nature, orange, menthe)
	4mg (nature, menthe)
	Nicotinell® 2mg (fruit, menthe)
	4mg (menthe)

I.1.1.2. Le système transdermique

Les timbres ou patchs ont été développés pour permettre une meilleure observance de la part des utilisateurs. En effet le système transdermique permet de délivrer de la nicotine de façon continue tout au long de la journée. Il existe deux types de système, un qui libère la nicotine sur 24h et l'autre sur 16h, ce dernier sera donc enlevé au coucher.

Les patchs libérant de la nicotine sur 24 heures permettent de ne pas avoir un taux plasmatique en nicotine très bas le matin et donc de voir apparaître les signes de manques. Par contre l'apport de nicotine la nuit peut perturber le sommeil et provoquer des cauchemars ; dans ce cas il faudra conseiller plutôt un patch sur 16 heures ou alors proposer d'enlever le patch de 24h au coucher.

Plusieurs dosages sont disponibles.

Dispositif transdermique :	Nicopatch®	7, 14, 21 mg/24h (10,20,30 cm ²)
	Nicotinell®	7, 14, 21 mg/24h (10,20,30 cm ²)
	Niquitin®	7, 14, 21 mg/24h (7, 15, 22 cm ²)
	Nicorette®	5, 10, 15 mg/24h (10, 20, 30 cm ²)

Le dosage sera diminué progressivement au cours du sevrage en fonction du ressenti de la personne et généralement par palier de un mois.

Le patch se pose le matin, dès le lever, sur le haut du bras, en changeant de bras chaque jour. L'été il peut être placé sur le haut de la fesse sous le maillot de bain. (1)

I.1.1.3. Les comprimés à sucer

Les pastilles ont été conçues pour répondre à la demande des fumeurs pour lesquels l'usage du timbre et de la gomme ne convenait pas.

Contrairement à la gomme à mâcher, la pastille n'est pas entourée d'une matrice ce qui permet de délivrer la totalité de nicotine. Il en résulte, qu'une pastille dosée à 2 mg libère environ 2 mg.

Il existe deux dosages comme pour les gommes, un à 2 mg et un à 4 mg.

Posologie : De la même manière que les gommes, le dosage 2 mg est plutôt conseillé pour les fumeurs moyennement ou faiblement dépendants alors que le 4 mg est conseillé pour les fumeurs fortement dépendants.

En début de sevrage, il est recommandé de prendre une pastille toutes les une à deux heures. (1)

Comprimés à sucer : Niquitin® 2mg et 4 mg

I.1.1.4. Les comprimés sublinguaux

Les comprimés sublinguaux existent seulement dosés à 2 mg. Il faut placer le comprimé sous la langue et le laisser se déliter lentement environ 30 minutes. La nicotine libérée diffuse à travers la muqueuse mais est aussi en partie déglutie.

Posologie : pour un dépendance moyenne, il faut prendre un comprimé toute les heures ou toutes les deux heures. Pour une plus forte dépendance on peut prendre deux comprimés par prise. (1)

Comprimés sublingaux : Nicorette® microtab 2 mg

I.1.1.5. L'inhaleur

L'inhaleur se présente sous forme d'un support en plastique blanc, ressemblant à un fume cigarette. Il contient une cartouche contenant 10 mg de nicotine et 1 mg de menthol.

Contrairement à son nom, il n'y a aucune inhalation profonde de la nicotine donc aucun « shoot ». En aspirant, l'air se charge de micro-gouttelettes de nicotine qui viennent se déposer sur la muqueuse buccale.

Cette forme peut être utilisée seule ou en association. Son intérêt réside dans l'aide comportemental aux personnes pour lesquelles la gestuelle est très importante.

Posologie : Le fumeur peut aspirer 200 à 300 fois par cartouche. En début de sevrage, il est conseillé 6 à 12 cartouches par jour. (1)

Inhaleur : Nicorette® inhalateur 10 mg

I.1.2. LE BUPROPION (ZYBAN®) (50)

Le chlorhydrate de bupropion est le premier traitement non nicotinique de la dépendance tabagique. Il est classé dans certains pays comme antidépresseur, il agit en inhibant la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau synaptique. Il en résulte une diminution de l'envie de fumer.

La délivrance du bupropion, se fait seulement avec une ordonnance, après un avis médical et une étude stricte des modalités de prescription.

- Respect strict des contre-indications :

Antécédents d'hypersensibilité au Bupropion®

Troubles convulsifs évolutifs, antécédents de convulsion

Tumeur du système nerveux central

Troubles bipolaires

Sevrage alcoolique

Sevrage en benzodiazépine

Traitement par IMAO

Anorexie, boulimie

Insuffisance hépatique sévère

- Recherche systématique chez tous les patients de facteurs de risque de convulsions qui abaissent le seuil épileptogène comme l'administration de médicament abaissant le seuil épileptogène, l'abus d'alcool, un antécédent de traumatisme crânien, un diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline.

L'efficacité du bupropion dans le sevrage tabagique a été démontré dans plusieurs essais thérapeutiques contrôlés ayant inclus un total de 2292 patients non déprimés. Il résulte de ces études une légère supériorité d'efficacité pour le bupropion face aux substituts nicotiniques.

Les critères d'inclusions des patients dans ces études étaient restrictifs, son efficacité dans d'autres populations reste à être démontrée.

Aucune étude n'a encore démontré l'efficacité d'une association bupropion et substituts nicotiniques.

Le bupropion présente de nombreux effets indésirables non négligeables.(Tableau III). (1)
(46)

Tableau III : Les effets indésirables du bupropion (Zyban®)

Fréquence	Système-organe	Effets indésirables
Fréquent > 1/100	Signes généraux Système gastro-intestinal Système nerveux central Peau/hypersensibilité Organes des sens	Fièvre Sècheresse de la bouche, troubles digestifs, nausées, vomissement, constipation. Insomnie, tremblement, troubles de la concentration, céphalées, sensations vertigineuses, dépression, agitation, anxiété Eruption cutanées, prurit, sueurs Réaction d'hypersensibilisation telle que urticaire Trouble du goût
Occasionnels <1/100 >1/1 000	Signes généraux Appareil cardio-vasculaire Système nerveux central Système endocrinien et métabolisme Organes des sens	Douleur thoracique, asthénie Tachycardie, élévation de la pression artérielle, bouffées vasomotrices Confusion Crises convulsives Anorexie Acouphènes, troubles visuels
Rares <1/1 000 >1/10 000	Appareil cardio-vasculaire Système nerveux central	Vasodilatation, hypotension orthostatique, syncope Irritabilité, agressivité Réaction d'hypersensibilité plus sévère incluant oedèmes de Quincke, choc anaphylactique Arthralgies, myalgies, fièvres...

L'Afssaps a mis en place un programme de surveillance du bupropion. Tout médecin, pharmacien, sage-femme, dentiste, a l'obligation de signaler au Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendance (CEIP) tout cas de pharmacodépendance ou d'abus grave et au Centre Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) tout effet indésirable grave lié au bupropion.

Posologie : il existe un schéma d'administration très strict et qui doit être rigoureusement respecté.

Les 6 premiers jours, la posologie est de un comprimé par jour le matin.

Ensuite, la posologie est de deux comprimés par jour, un le matin et un le soir. En cas d'oubli, il ne faut jamais prendre deux comprimés à la fois.

L'arrêt du tabac se fait le onzième jour. La durée de traitement recommandé par l'afssaps est de 8 semaines. (1)

II.1.3. LES THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (TCC)

Les TCC représentent l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. Elles sont basées sur l'étude de l'apprentissage et l'analyse des pensées. Elles constituent une discipline scientifique reposant sur des données expérimentales vérifiées et évaluées.

Ces techniques semblent particulièrement adaptées au sevrage tabagique car le tabagisme est caractérisé par un trouble de l'apprentissage qui aboutit à une perte de contrôle de la consommation. De plus le tabagisme est fortement influencé par les émotions qui peuvent contribuer à la rechute ou au maintien de la consommation.

Les TCC ont pour but de diminuer les rechutes et favoriser le maintien de l'abstinence. Pour cela, on peut agir à chaque phase de l'arrêt : la préparation, le sevrage et la prévention des rechutes.

Dans un premier temps, le fumeur va répertorier tous les avantages et inconvénients à arrêter de fumer afin d'augmenter son niveau de motivation et d'analyser le but réel de son sevrage. Il faut également, qu'il choisisse le bon moment pour débiter son sevrage en fonction de sa situation et de son mode de vie.

Ensuite, une fois le sevrage commencé, la prise en charge s'oriente sur la prévention des rechutes. Le médecin va analyser toutes les situations à risques afin de trouver avec le fumeur le moyen de les surmonter.

Un travail parallèle peut-être mis en place sur la gestion du stress, sur l'affirmation de soi et sur l'intégration sociale sans la cigarette.

L'utilisation des TCC permet de multiplier par deux le taux d'abstinence à 6 mois. Cette approche thérapeutique est complémentaire au traitement pharmacologique, les taux d'abstinence sont supérieurs lorsque ces deux approches sont combinées.

Il existe une relation dose dépendante entre la durée de l'entretien et le succès final. Pour être efficace il faut que les entretiens soient répétés. Ces consultations peuvent être individuelles ou en groupe selon le choix du patient et du médecin.

Les TCC sont recommandées par l'Afssaps dans le sevrage tabagique et elles sont validées comme étant un moyen efficace dans l'arrêt du tabac et dans la prévention des rechutes.

Parmi ces thérapies, seules les techniques aversives ne sont pas reconnues par risque d'effets indésirables chez certaines personnes atteintes de pathologies organiques.

Ces méthodes consistent à associer la prise de cigarettes avec un stimulus désagréable ou une modification de la consommation dans le but d'établir une réponse conditionnée négative à la consommation de cigarettes. (1) (31)

II.2. LES THERAPEUTIQUES NON RECOMMANDEES

De nombreuses stratégies semblent efficaces dans le sevrage tabagique, mais par leurs mauvaises tolérances ou leur indisponibilité sur le marché français, elles ne sont pas recommandées.

II.2.1. LA CLONIDINE

Cette molécule est un agoniste des récepteurs alpha 2-adrénergique, elle est indiquée dans le traitement de l'hypertension artérielle. Certains essais cliniques ont montré une efficacité de ce produit face au placebo dans le sevrage tabagique et le maintien de l'abstinence. Dans le guide pratique clinique américain, la clonidine est indiquée dans le sevrage tabagique en deuxième intention. En France, ce produit n'est pas recommandé et n'a pas d'AMM pour le sevrage tabagique, car il n'y a pas de dose efficace clairement établie et surtout cette molécule a de nombreux effets indésirables (sécheresse buccale, somnolence, vertiges, hypersudation, troubles cardiaques...). (1)

II.2.2. LA NORTRIPTYLINE

C'est un antidépresseur tricyclique qui est commercialisé aux Etats-Unis, elle est conseillée dans le sevrage tabagique en traitement de deuxième intention. En France, seule l'amitriptyline est commercialisée, elle est métabolisée en nortriptyline dans l'organisme. Aucun essai clinique sur cette molécule n'a été fait à ce jour. De plus comme la clonidine, cette molécule a de nombreux effets indésirables (sécheresse buccale, vision trouble, étourdissement, troubles cardiaques...). (1)

II.3. LES THERAPEUTIQUES INEFFICACES

II.3.1. L'ACETATE D'ARGENT

C'est une molécule qui, associée à une cigarette, produit un goût métallique désagréable. Cette méthode a pour but de provoquer un stimulus aversif lors de la prise de cigarettes. Ce traitement montre une efficacité beaucoup moins élevée que les substituts nicotiques, de plus il y a un risque d'argyrisme non négligeable. (1)

II.3.2. AUTRES MOLECULES

Différentes molécules ont été testées dans le sevrage tabagique montrant de nombreux effets indésirables mais pas une réelle efficacité : les benzodiazépines, la buspirone, le moclobémide, le méprobamate, les bêta-bloquants, l'ondansetron, la caféine, la cimétidine.

II.3.3. L'ACUPUNCTURE

L'acupuncture est une technique de soin issue de la médecine traditionnelle chinoise. Elle a permis de diminuer l'intensité du syndrome de sevrage des fumeurs d'opium, ce qui a suggéré son utilité dans le sevrage tabagique.

Pour déterminer si l'effet de l'acupuncture résulte d'un effet placebo, il a été comparé deux techniques différentes, une stimulant les sites décrits comme efficaces dans le sevrage tabagique et l'autre stimulant d'autres sites.

Plusieurs analyses ont été faites, certaines trouvaient un effet sur le syndrome de sevrage, d'autres ne trouvaient pas d'effet ou un effet limité. La conclusion la plus récente de cette étude, montre que l'acupuncture n'a pas une efficacité supérieure à celle d'un traitement par une méthode d'acupuncture « placebo ».

L'utilisation de l'acupuncture n'est donc pas conseillée car son efficacité n'a pas encore été clairement démontrée. (1)

II.3.4. LES CIGARETTES SANS TABAC

Les cigarettes sans tabac sont souvent utilisées dans le but de palier au manque du geste. Ces cigarettes sont fabriquées avec des plantes, elles ne contiennent pas de nicotine mais fournissent tout de même du monoxyde de carbone, des goudrons et autres substances irritantes.

En plus d'être dangereuse, l'utilisation de ces cigarettes provoque une odeur très désagréable pour tout l'entourage.

L'Afssaps proscrit leur utilisation car les cigarettes sans tabac présentent les mêmes inconvénients et les mêmes risques sur la santé que les cigarettes normales. (1)

II.3.5. LES AUTRES METHODES

La mésothérapie, l'auriculothérapie, l'homéopathie, la vaccinothérapie, le laser, ont été évalués dans différentes études qui n'ont pas démontré l'efficacité de ces méthodes. Par conséquent l'Afssaps ne recommande pas l'utilisation de ces techniques dans le sevrage tabagique.

III. LE SUIVI

On a vu précédemment que les difficultés lors d'un sevrage tabagique, apparaissent dans la durée (cf 2^{ème} partie II.3)

Le pharmacien peut accompagner les personnes le désirant tout au long de leur sevrage. Son rôle va être alors d'épauler, d'encourager et de surveiller le déroulement du sevrage.

Le pharmacien peut inciter la personne à revenir la première semaine afin de détecter un éventuel sous dosage ou sur dosage en nicotine en fonction des effets rapportés. (Tableau IV) (5)

Tableau IV : Les différents symptômes de sous et sur-dosage en nicotine

Sous-dosage	Sur-dosage
Irritabilité	Palpitation
Anxiété	Céphalée / vertige
Humeur dépressive	Diarrhées
Fringale	Goût métallique
Trouble du sommeil	Hyper salivation
Craving	Douleur abdominale
	Dégoût de la cigarette

Ensuite le suivi peut se faire selon l'envie du patient.

A chaque entrevue, le pharmacien doit rappeler tous les effets bénéfiques de l'arrêt du tabac comme la redécouverte du goût et de l'odorat, une meilleure haleine, un teint de peau plus joli...

La mise en garde de l' « ex-fumeur » est importante, car le risque de rechute est réel. La personne doit rester vigilante face à toute situation à risque, un fumeur ne deviendra jamais un non fumeur mais un fumeur abstiné donc susceptible de redevenir fumeur.

Pour aider le pharmacien et le fumeur débutant un sevrage tabagique, le comité d'éducation sanitaire et social de la pharmacie française (CESSPF) a élaboré une fiche de suivi. (cf annexe 1)

Cette fiche doit être remise à la personne en début de sevrage, elle doit être remplie quotidiennement. A chaque rencontre avec le pharmacien, la fiche de suivi sera alors une aide pour mieux comprendre les difficultés rencontrées par la personne.

Cette fiche comporte :

- Les coordonnées de la pharmacie
- Le traitement de substituts nicotiques
- Des conseils personnalisés

C'est un tableau à remplir le soir de préférence car cela permet de faire le bilan de la journée. La personne remplit chaque case avec un code de 0 à 3 selon l'intensité qu'elle ressent.(33)

Le pharmacien d'officine est en possession de nombreux moyens pour aider et suivre le fumeur lors de son sevrage tabagique. Tout est mis en place afin que le fumeur soit dans les meilleures conditions pour réussir son arrêt mais il demeure certains paramètres sur lesquels le pharmacien ne peut intervenir directement qui sont la volonté et la motivation du fumeur.

Cinquième partie

Enquête auprès des pharmaciens de Grenoble sur
l'accompagnement au sevrage tabagique de mai à
juillet 2004

I. INTRODUCTION

Depuis le début des années 90, de gros efforts ont été entrepris dans la lutte contre le tabagisme.

En 1999, le délistage des substituts nicotiniques a donné aux pharmaciens la possibilité de s'impliquer directement dans l'aide au sevrage tabagique.

Dernièrement, de grandes mesures ont été menées en matière de prévention, d'information et de protection des fumeurs et non fumeurs.

L'année 2004 est marquée par une forte hausse du prix du tabac et une demande accrue d'aide au sevrage tabagique.

Le pharmacien est-il paré pour faire face et répondre correctement à la demande des fumeurs ?

L'enquête, de C. PERRIER menée d'avril à juin 2000 auprès des pharmaciens grenoblois sur l'accompagnement au sevrage tabagique, a permis de mettre en évidence quelques dysfonctionnements dans la prise en charge du fumeur, comme la méconnaissance du conseil minimal, le manque de dialogue et de suivi avec les patients, le manque d'implication des pharmaciens dans la prévention vis à vis des jeunes filles...

L'enquête concluait sur la nécessité et le devoir du pharmacien de s'investir dans l'aide au sevrage tabagique.

Quatre ans après, la démarche des pharmaciens a-t-elle évolué ?

La motivation et l'investissement des pharmaciens dans la lutte contre le tabagisme et l'aide au sevrage tabagique sont-ils toujours d'actualité ?

II. LES OBJECTIFS DE L'ENQUETE

En 2000, l'enquête réalisée par C. PERRIER avait pour objectif de faire un constat, au niveau de la ville de Grenoble, sur les moyens dont dispose le pharmacien d'officine et sur la démarche entreprise dans les pharmacies face aux fumeurs et dans l'aide au sevrage tabagique. (44)

Quatre ans après, la même enquête a été menée dans des conditions similaires. L'objectif de notre enquête est de faire un constat de la situation quatre ans plus tard ainsi qu'une étude comparative avec l'enquête de C. PERRIER afin de souligner une éventuelle évolution.

Cette enquête n'a pas pour but de faire des statistiques précises, elle a principalement un but de description et de comparaison.

Nos objectifs sont donc de:

- Faire un constat sur ce qui est réalisé actuellement par les pharmaciens dans les officines de Grenoble en ce qui concerne le sevrage tabagique et les fumeurs en général.
- Faire une comparaison entre ce qui était décrit il y a quatre ans et la réalité actuelle.

III. MATERIEL ET METHODE

Pour une meilleure comparaison, cette enquête a été réalisée dans les mêmes conditions que celle de C. PERRIER.

III.1. LE QUESTIONNAIRE (Annexe 2)

Le questionnaire a été réalisé par C. PERRIER en 2000 dans le cadre de sa thèse pour l'obtention du doctorat en pharmacie. Il a été validé par le Docteur PLASSART, médecin tabacologue, par le Docteur DE LAMBERTERIE, médecin pneumologue, par le Professeur RIBUOT, professeur de pharmacologie et par Mme MINISCHETTI, pharmacien.

Suite aux remarques et critiques que C. PERRIER a émises lors de la rédaction de sa thèse, nous avons modifié et rajouté quelques questions.

Tout d'abord nous avons modifié les questions ayant pour réponse « parfois », « souvent », « jamais », car il avait été souligné que ce genre de réponse entraînait une majorité de « parfois ». Nous avons décidé de laisser au pharmacien le choix entre les réponses « oui » ou « non » afin qu'il s'engage plus fermement. Ainsi les questions numéro 11, 13, 20, 28, 32, ont été modifiées.

Nous avons rajouté une proposition de réponse à la question numéro 12, « le prix du tabac » comme facteur déclenchant la décision d'arrêt du tabac. Cette réponse n'était pas d'actualité en l'an 2000. Aujourd'hui il est intéressant de connaître l'impact de l'augmentation du prix du tabac sur la décision d'arrêter de fumer sur la population Grenobloise.

Ensuite, nous avons ajouté quelques questions paraissant intéressantes et d'actualité.

La question numéro 4 : L'augmentation du prix du tabac de ces derniers mois, a-t-elle fait augmenter vos ventes de substituts nicotiques ? si oui, pouvez vous donner une proportion de cette augmentation ?

Cette question permet d'observer l'impact qu'ont eu les différentes augmentations du prix du tabac sur les ventes de substituts nicotiques et dans quelles proportions.

La question 35 : Etes vous fumeur ou non fumeur ?

Le but de cette question est de savoir si le fait que le pharmacien soit fumeur ou pas a un impact sur sa façon de conseiller et d'aider les fumeurs désirant arrêter.

La question 36 : Quel genre de clientèle fréquente votre pharmacie ?

Selon la localisation et le type de clientèle d'une pharmacie, la prise en charge d'un sevrage tabagique peut en effet être différente.

III.2. LA METHODOLOGIE

Le but de notre enquête étant de faire une comparaison avec l'enquête de C. Perrier réalisée en l'an 2000, nous avons donc repris la méthodologie qu'elle avait utilisée. (44)

L'enquête s'est déroulée de mai à juillet 2004.

Nous avons mené notre enquête dans les 64 pharmacies de Grenoble.

C. Perrier avait interrogé les 65 pharmacies ouvertes en 2000.

Nous nous sommes déplacées dans chaque pharmacie, sans avoir prévenu de notre passage afin d'obtenir des réponses de meilleures qualités ainsi que plus de spontanéité de la part des pharmaciens.

Le titulaire avait le choix de répondre lui même au questionnaire ou de déléguer cette tâche à son pharmacien adjoint.

La durée de notre entretien variait entre 15 et 30 minutes.

IV. RESULTATS ET DISCUSSION

IV.1. EXPLOITATION DES RESULTATS

Contrairement à C. PERRIER qui avait eu un taux de réponses de 100%, 5 pharmaciens ont décidé de ne pas répondre à notre questionnaire.

Deux pharmaciens, n'ayant pas assez de temps et peut-être pas toutes les connaissances nécessaires n'ont répondu seulement qu'à la moitié des questions. Les deux questionnaires sont donc inexploitable.

Deux autres pharmacies ne nous ont pas reçues, motivant leur refus par manque de temps et de personnel.

Enfin un dernier pharmacien n'a pas souhaité répondre à notre questionnaire ne s'estimant pas représentatif de la profession. Il explique qu'il a une clientèle âgée ou de passage qui trouve alors des substituts nicotiniques moins chers dans d'autres officines.

Lors de son enquête C. PERRIER avait également rencontré un pharmacien qui ne s'estimait pas représentatif de la profession. Il se situait dans un quartier défavorisé ; en 2004 ce dernier a répondu à notre questionnaire. Cela met en évidence le fait que toutes les tranches sociales sont confrontées au sevrage tabagique.

Pour exploiter notre enquête, nous avons donc retenu 59 réponses sur les 64 pharmaciens interrogés.

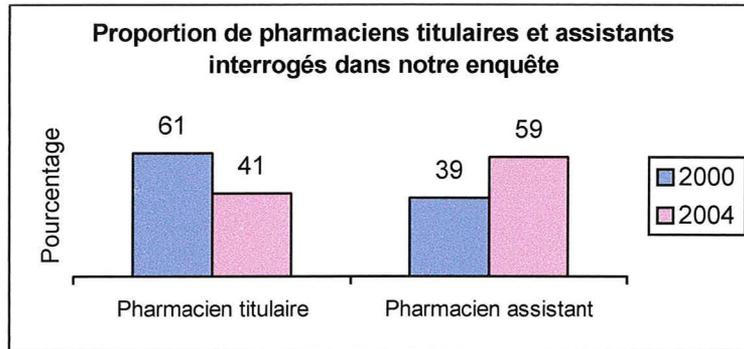
L'exploitation des résultats a été réalisée par le logiciel « SPHINX » édition 2001.

Les pourcentages sont donnés sans chiffre après la virgule pour que les résultats soient plus expressifs.

IV.2. RESULTATS ET DISCUSSION

QUESTION 1 :

41% de pharmaciens titulaires et 59% de pharmaciens assistants ont répondu à notre questionnaire.



C. PERRIER avait obtenu plus de réponses de la part des pharmaciens titulaires (61%).

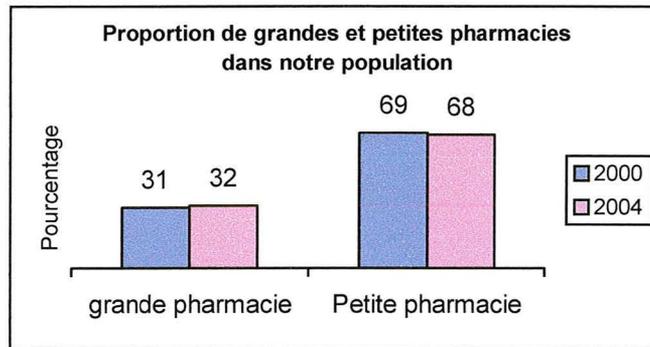
La période estivale à laquelle nous avons fait cette enquête (Mai à Juillet 2004) peut expliquer cette différence mais aussi le fait que nous avons peut-être moins insisté lors de nos visites dans les pharmacies pour interroger le pharmacien titulaire.

Cette différence de pourcentage ne modifie en aucun cas la valeur de nos résultats, le pharmacien assistant a autant de connaissances sur le sujet que le pharmacien titulaire et souvent plus de pratique.

QUESTION 2 :

Dans l'enquête précédente, les pharmacies avaient été classées en deux groupes de manière arbitraire: les petites pharmacies comportant 0 ou 1 pharmacien assistant et les plus grandes pharmacies comportant 2 pharmaciens assistants et plus.

Parmi les 59 pharmacies de l'enquête, il y a donc 68% de pharmacies plutôt petites et 32% de pharmacies plutôt grandes.



Les résultats sont en accord avec ceux de C. PERRIER dans son enquête de 2000.

QUESTION 3 :

Les ventes de substituts nicotiques ont augmenté dans 100% des pharmacies interrogées depuis le délistage en 1999.

Sur le plan national, nous avons étudié l'évolution des ventes de substituts nicotiques (cf 3ème Partie I.1.Fig 11 et 12). En 2000 cette augmentation était attribuée au délistage des substituts nicotiques. Aujourd'hui d'autres facteurs comme les campagnes de prévention, l'aide au sevrage tabagique et les hausses du prix du tabac ont fait évoluer ces ventes.

QUESTION 4 :

91% des pharmaciens interrogés déclarent que l'augmentation du prix du tabac a fait augmenter les ventes de substituts nicotiques.

Les pharmaciens interrogés de Mai à Juillet 2004, nous faisaient remarquer que les ventes de substituts nicotiques avaient connu deux pics en octobre 2003 et janvier 2004 ce qui correspond aux deux augmentations du prix du tabac.

Depuis mars 2004 la tendance est à la stabilisation. Ces résultats sont en accord avec ceux trouvés au niveau national.

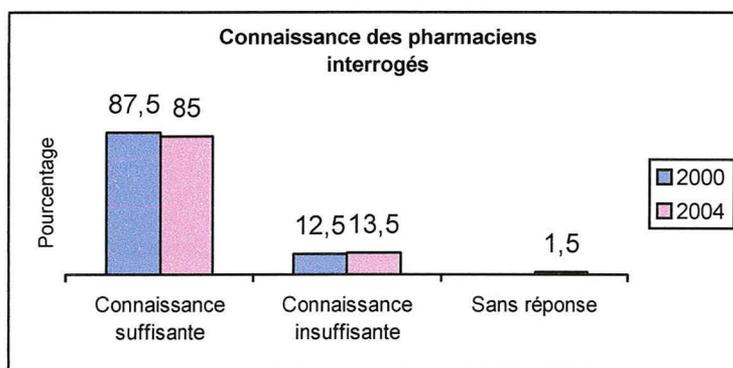
Selon la localisation de la pharmacie et surtout la taille, l'augmentation des ventes de substituts nicotiques est différente. En ce qui concerne les petites pharmacies, l'augmentation des ventes est d'environ 20% alors que pour les grandes, l'augmentation est de 50% voire même de 100% pour certaines pharmacies du centre ville.

Le prix des substituts nicotiques n'est pas fixé, chaque pharmacie selon son stock, ses conditions d'achat au laboratoire... choisit le prix de vente de ses substituts nicotiques.

Il apparaît donc de gros écarts de prix d'une pharmacie à une autre et donc de gros écarts entre les quantités vendues.

QUESTION 5 :

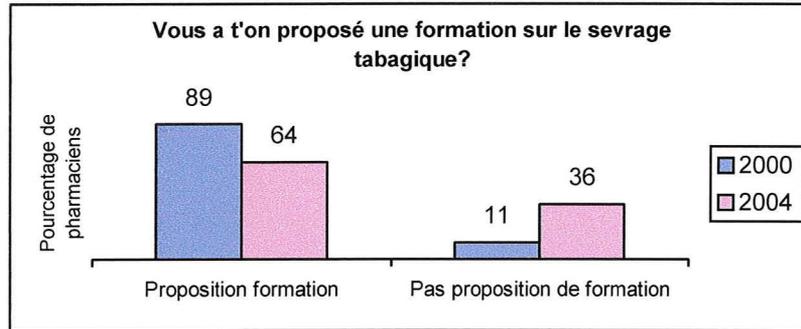
La majorité des pharmaciens interrogés pense avoir des connaissances suffisantes en matière de sevrage tabagique. Ils sont 85% à le déclarer et seulement 15% (soit 8 pharmaciens) pensent avoir des lacunes dans ce domaine.



On peut remarquer une différence non significative entre nos résultats et ceux trouvés par C. PERRIER lors de son enquête.

QUESTION 6 :

Parmi les pharmaciens interrogés, 64% déclarent avoir eu une proposition de formation sur le sevrage tabagique, ils étaient 89% en l'an 2000.



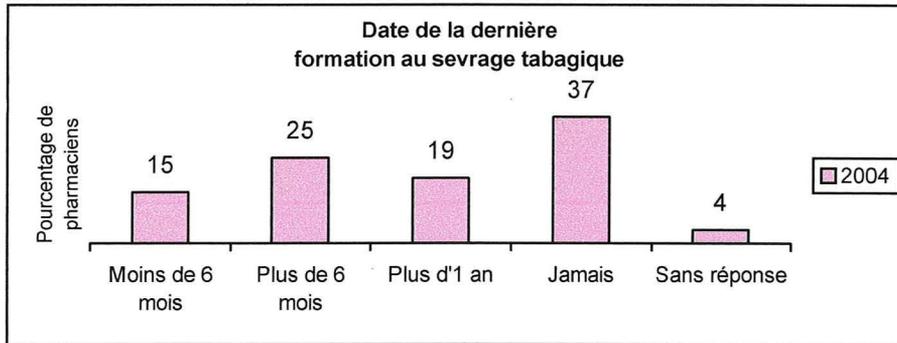
Beaucoup de pharmaciens avaient eu une formation dans l'aide au sevrage tabagique suite au délistage des substituts nicotiques.

En 2004, il semble que le nombre de propositions de formation ait baissé. Pourtant les laboratoires, l'Union Technique Interprofessionnelle de formation continue des Pharmaciens (UTIP), l'ordre des pharmaciens, les médecins tabacologues... sont toujours aussi présents dans la formation des pharmaciens.

Parmi les propositions de formations faites aux pharmaciens, la plupart émanent des laboratoires (89%) et de l'UTIP (26%). Dans les deux cas, les formations sont réalisées par des médecins tabacologues ou spécialisés dans le sevrage tabagique.

QUESTION 7 :

Parmi les 59 pharmaciens interrogés, 22 n'ont jamais assisté à une formation sur le sevrage tabagique. Parmi ceux ayant assisté à une formation, pour 15% d'entre eux, la formation date de moins de 6 mois, pour 25% de plus de 6 mois et pour 19% d'entre eux de plus d'un an.



Seulement 9 pharmaciens interrogés ont donc eu une formation récente en matière de sevrage tabagique.

Existe-t-il un réel manque de formation ou les pharmaciens sont ils moins motivés ?

Cette question a été abordée pendant l'enquête. Les pharmaciens sont confrontés à des propositions de formations sur divers sujets, plusieurs fois par semaine, il arrive donc un moment où un choix s'impose. De plus, les formations ont lieu en soirée, en dehors des heures de travail, ce qui implique des priorités y alliant leur vie personnelle.

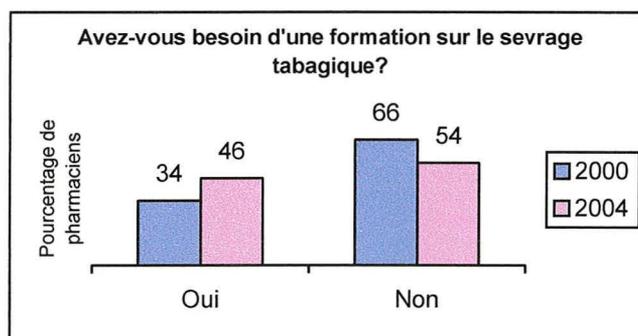
QUESTION 8 :

Tous les pharmaciens ont consulté une brochure, le même constat avait été fait en 2000.

La consultation de brochure semble être un moyen rapide, pratique et facile pour se former et se tenir au courant sur le sujet. Dans la majorité des cas se sont des brochures de laboratoire que les pharmaciens consultent (95%) mais ils consultent également des articles de l'ordre des pharmaciens (46%) et des revues professionnelles (22%).

QUESTION 9 :

46% des pharmaciens interrogés pensent avoir besoin d'une formation supplémentaire.



Il existe une différence significative de 12 points entre les résultats des deux enquêtes.

En 2004, la plupart des pharmaciens ont eu une formation sur le sevrage tabagique mais qu'ils estiment ancienne. Aujourd'hui ils ont besoin de renouveler leurs connaissances.

En croisant à l'aide de la loi du χ^2 , la question 5 avec la question 9, on s'aperçoit qu'il existe une corrélation significative entre le sentiment d'avoir des connaissances insuffisantes en matière de sevrage tabagique et le besoin de formation (χ^2 calculée 7,14).

Cela met en évidence le fait que les pharmaciens sont conscients de leur devoir de formation et d'apprentissage. Pour accompagner un fumeur pendant son sevrage, le pharmacien doit se reposer sur des connaissances sûres.

Le pharmacien d'officine a un devoir de formation continue durant son exercice professionnel. Pour cela, il a la possibilité de participer à des formations proposées par des laboratoires, par l'ordre des pharmaciens, par des médecins...

Il semble que cette méthode de formation en soirée ne soit pas la plus adaptée et la plus pratique pour les pharmaciens.

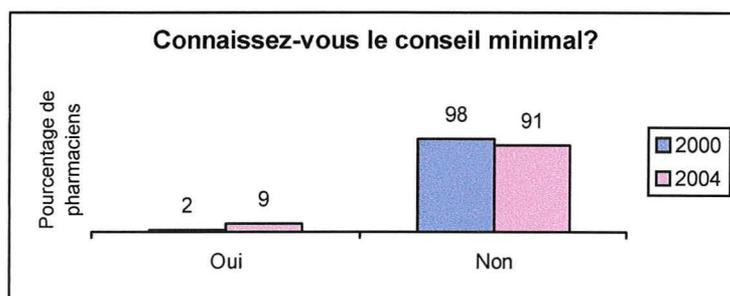
Pourtant, 76% des pharmaciens interrogés sont demandeurs de formation sous forme de réunion. Ils sont nombreux à nous préciser qu'ils préfèrent une formation faite par un professionnel de santé sans l'intervention d'un laboratoire.

41% sont demandeurs de plus de formation sous forme de brochure. Ceci semble être une méthode appréciée puisque tous les pharmaciens ont déjà consulté une brochure. C'est une méthode de formation rapide et non contraignante, le pharmacien choisit le moment et le lieu le plus propice à sa formation.

La formation du professionnel de santé est une partie fondamentale de la prise en charge du fumeur lors de son sevrage tabagique, la crédibilité du pharmacien en dépend. Les chiffres au niveau national (cf 3^{ème} partie I.2.) montrent que les patients font confiance aux connaissances du pharmacien, celui-ci a su imposer son statut de conseiller dans l'aide au sevrage tabagique.

QUESTION 10 :

Parmi les 59 pharmaciens interrogés, 5 seulement connaissent le conseil minimal, 2 d'entre eux l'utilisent et les 3 autres ne s'en servent pas car ils n'y pensent pas.



C. PERRIER lors de son enquête avait trouvé un seul pharmacien connaissant le conseil minimal.

On peut noter une légère augmentation de la connaissance du conseil minimal par les pharmaciens de Grenoble même si celle-ci reste beaucoup trop faible.

L'Afssaps insiste dans les recommandations de bonne pratique sur l'importance du conseil minimal. En effet si celui-ci était fait de manière systématique, il multiplierait significativement le taux de réussite de sevrage tabagique.

On peut noter, suite à notre enquête une réelle lacune des pharmaciens sur la connaissance et la pratique du conseil minimal.

Cette question a suscité de nombreuses remarques de la part des pharmaciens interrogés. Ils sont tous d'accord sur le principe de ce conseil minimal, mais sa systématisation à toute personne à risque leur paraît difficile.

L'intervention du pharmacien dans sa consommation de tabac peut, dans certains cas, contrarier et bloquer le fumeur.

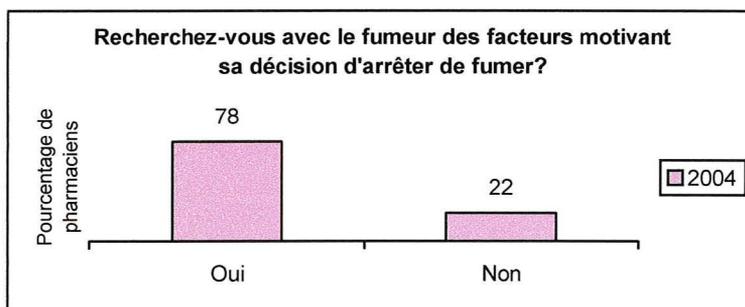
Les pharmaciens interrogés déclarent aborder d'eux même le sujet du tabac avec les femmes enceintes et les patients atteints de pathologies pulmonaires ou cardiaques. Mais dans la plupart des cas ils n'abordent pas d'eux même la question de l'arrêt, ils laissent le fumeur venir de lui même chercher des informations avant de leur délivrer leurs conseils.

Sur le plan national nous ne retrouvons pas cette tendance puisque 91,8% des pharmaciens déclarent parler spontanément du tabac avec leurs clients, 63% lors d'une maladie, 48% lors de la délivrance de certains médicaments, 46% lors de la venue d'un enfant dans la famille, 13% lors de la vente de produit cosmétique.

Parmi les pharmaciens déclarant ne jamais avoir l'occasion de parler de leur consommation de tabac avec leur clients, 18% pensent que les personnes ne souhaitent pas être interrogées, 30,5% pensent que ce n'est pas facile d'aborder ce sujet et enfin 36,9% pensent que les personnes sont libres de fumer. (21)

QUESTION 11 :

78% des pharmaciens interrogés lors de notre enquête recherchent des motivations avec le fumeur qui peuvent favoriser sa décision d'arrêter de fumer.



La réponse « oui » ou « non » oblige le pharmacien à prendre position, nous pouvons remarquer que les réponses « parfois » (44%) qu'avait obtenues C. PERRIER se sont reportées majoritairement sur le « oui ». Nous ne retrouvons donc pas de différence entre les deux enquêtes.

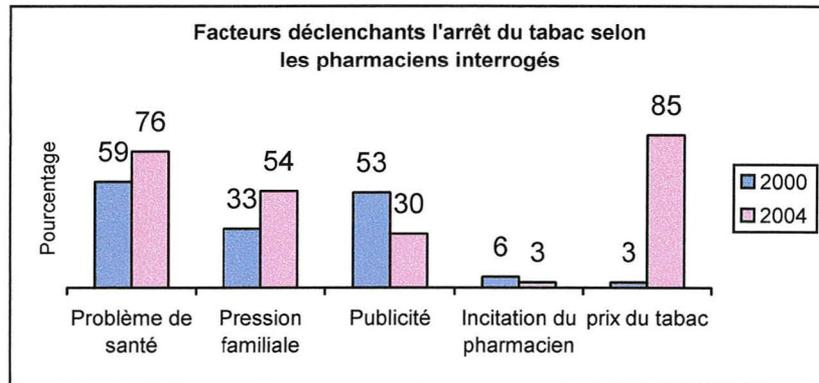
Beaucoup de pharmaciens recherchent avec leur patient la motivation qui peut les aider à prendre la décision d'arrêter de fumer.

Parmi les pharmaciens ne recherchant pas de motivations avec leurs patients, beaucoup déclarent que ce n'est pas leur rôle, la recherche de la motivation devant être personnelle selon eux.

Nous avons vu l'importance de la motivation dans le sevrage tabagique (cf 4^{ème} partie I.2.), il est important de rappeler au fumeur les bénéfices de l'arrêt du tabac (le goût, l'odorat, grain de peau ...).

QUESTION 12 :

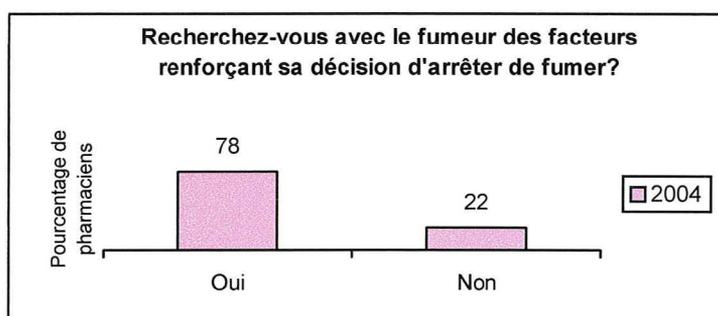
Les facteurs déclenchant la décision d'arrêter de fumer ont évolué depuis l'enquête de l'année 2000.



Si en 2000, le prix du tabac avait peu d'impact sur les raisons d'arrêt, aujourd'hui c'est le principal facteur cité par les pharmaciens comme facteur déclenchant l'arrêt du tabac. Les problème de santé et la pression de l'environnement familial jouent encore un rôle important. Par contre la publicité et les médias semblent avoir moins d'impact.

QUESTION 13 :

La plupart des pharmaciens interrogés recherche avec le fumeur des facteurs renforçant sa décision d'arrêter de fumer (78%). Seulement 22% soit 13 pharmaciens interrogés déclarent ne pas rechercher des facteurs motivant la décision d'arrêter de fumer.



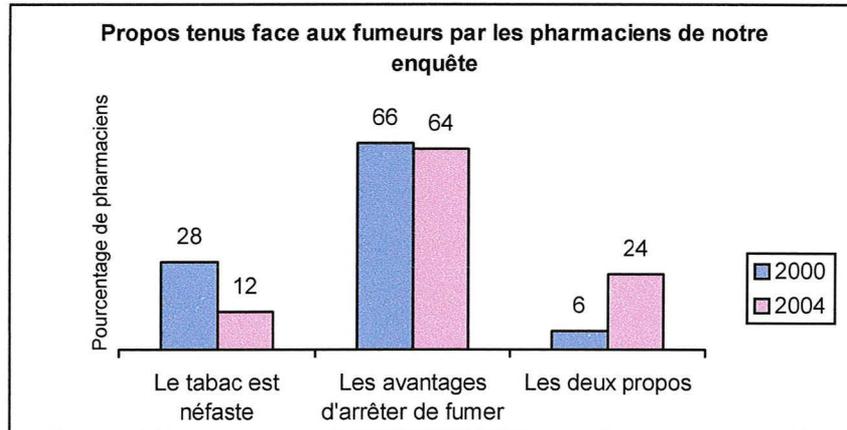
La même remarque qu'à la question 11 peut être faite, les réponses « parfois » se sont reportées en majorité sur la réponse « oui ».

Il est important durant le sevrage tabagique et le suivi à l'officine que le pharmacien rappelle et face remarquer au fumeur tous les avantages de l'arrêt de la consommation de tabac.

Certains pharmaciens estiment par contre que la motivation relève d'une réflexion personnelle dans laquelle ils n'ont pas à intervenir.

QUESTION 14 :

64% des pharmaciens interrogés tiennent des propos plutôt positifs sur l'arrêt du tabac, 12% parlent plutôt des effets néfastes du tabac et enfin 24% tiennent les deux sortes de discours.



Nous pouvons remarquer que les pharmaciens parlent moins des effets néfastes du tabac, par contre ils abordent plus des deux manières le problème du tabac.

Les professionnels de santé et l'Afssaps insistent sur l'importance d'utiliser des propos optimistes et de parler des avantages d'arrêter de fumer, avec le fumeur. Parler des risques liés au tabac à un fumeur qui en est conscient n'est pas motivant pour lui. Il sera peu réceptif d'autant que ce sera un professionnel de santé qui l'abordera avec lui. (1)

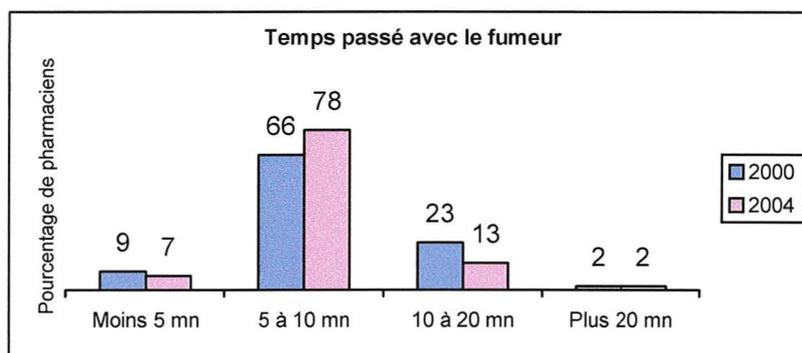
QUESTION 15 :

Presque tous les pharmaciens interrogés pensent que les patients sont plutôt attentifs à leurs conseils (98%). Ces chiffres n'ont pas évolués depuis la dernière enquête.

Les pharmaciens nous ont fait remarquer que les patients qui recherchent des informations sont forcément attentifs. Lorsque c'est le pharmacien qui engage la conversation sur le sujet, le dialogue, dans certains cas, est plus difficile.

QUESTION 16 :

La majorité des pharmaciens interrogés passe entre 5 et 10 minutes avec le fumeur lors de la première entrevue (78%), 13% passent entre 10 et 20 minutes, 2% restent plus de 20 minutes et 7% moins de 5 minutes.



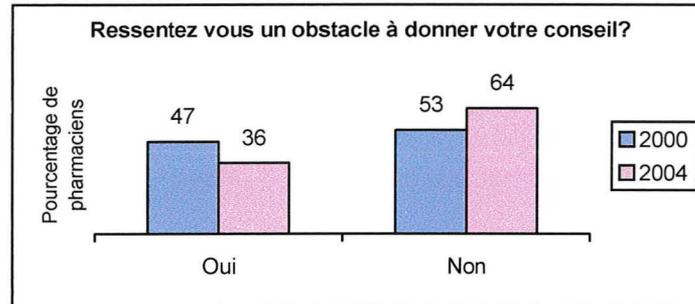
Le temps passé avec un fumeur semble être plus court aujourd'hui que durant l'enquête de C. PERRIER. En effet, il y a plus de pharmaciens (+12 points) qui passent entre 5 et 10 minutes avec le fumeur, au détriment de ceux qui passaient entre 10 et 20 minutes (- 10 points).

Les pharmaciens ont-ils plus de pratique en matière de sevrage tabagique qu'en 2000 et donc vont-ils plus vite dans leurs conseils, ou bien ont-ils moins de temps par manque de personnel, ou sont-ils moins motivés dans leur disponibilité auprès de ce type de client ?

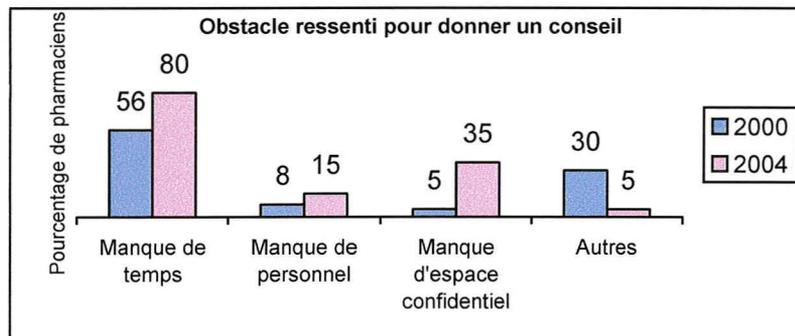
En croisant cette question avec celle sur la taille de l'officine, on ne retrouve pas de corrélation, que se soit une grande ou une petite pharmacie, le temps passé avec le fumeur reste le même.

QUESTION 17 :

De nombreux pharmaciens ressentent un obstacle à donner leur conseil (36%).



Dans la plupart des cas ils invoquent un manque de temps (80%), mais aussi un manque de personnel (15%) et un manque d'espace de confidentialité (35%).



Il semble que les pharmaciens interrogés pendant notre enquête ressentent moins d'obstacle dans la délivrance de leurs conseils que ceux interrogés par C. PERRIER (-11 points).

Parmi les obstacles les plus souvent cités, on retrouve le manque de temps, avec une augmentation de +13 points. Ce peut être le manque de temps du pharmacien mais aussi celui du fumeur. De nombreuses personnes veulent une prise en charge rapide et surtout ne pas attendre, ceci est un phénomène de société.

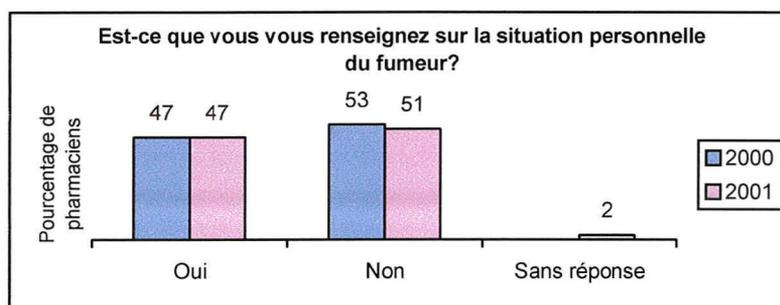
L'absence d'un espace de confidentialité limite parfois le pharmacien dans son conseil, ils sont plus nombreux à le déclarer que lors de la dernière enquête (+28points).

Sur le plan national, l'absence d'aménagement récent et le manque de confidentialité limite la fréquence et la durée des échanges avec le client. (21)

Aujourd'hui, les pharmaciens sont conscients de l'importance d'un espace de confidentialité, ils sont de plus en plus nombreux à aménager un lieu dans l'espace de vente, où l'on puisse prendre le temps de s'asseoir et de discuter de certains sujets comme le sevrage tabagique.

QUESTION 18 :

Les pharmaciens interrogés sont partagés sur le fait de questionner ou pas le patient sur sa situation personnelle. 47% déclarent ne pas rechercher et questionner le patient afin de ne pas être intrusifs alors que 53% des pharmaciens interrogés pensent qu'il est nécessaire d'avoir une certaine connaissance du patient afin de savoir si le moment est opportun pour commencer un sevrage tabagique.

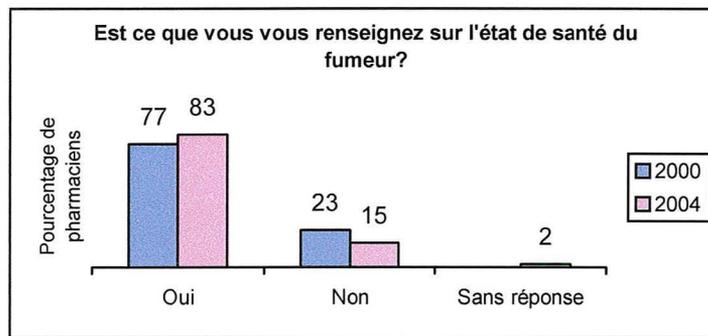


C. PERRIER dans son enquête avait trouvé les mêmes chiffres.

Nous avons vu précédemment l'importance du moment pour commencer un sevrage tabagique. Il faut être dans une situation favorable, sans stress, sans problème familiaux, sans problème psychologique majeur...

Pour que son aide dans le sevrage tabagique soit la plus efficace, le pharmacien doit savoir dialoguer avec son patient afin de savoir s'il est dans une situation personnelle favorable pour débiter un sevrage tabagique.

Les pharmaciens se renseignent plus facilement sur la santé des patients (83%). C'est un sujet d'après eux, qui les concerne plus que la vie personnelle de leur patient.



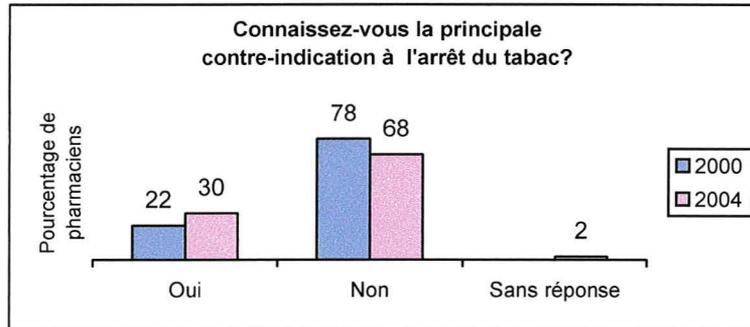
On retrouve une différence de 6 points entre les deux enquêtes, les pharmaciens en 2004 semblent plus s'investir sur la santé de leur patient. La connaissance du « dossier » médical du fumeur est primordial.

Le pharmacien est un acteur de santé publique de proximité. Dans la plupart des cas il connaît ses patients sur le plan médical mais souvent il établit également une relation de confiance avec lui.

Pour être d'une aide efficace dans le sevrage tabagique, il faut connaître un minimum le fumeur afin de comprendre ses attentes et ses difficultés.

QUESTION 19 :

Les pharmaciens interrogés sont peu à connaître la principale contre-indication à l'arrêt du tabac (30%) à savoir l'état dépressif.



Il semble tout de même que les pharmaciens la connaissent un peu plus qu'il y a 4 ans puisqu'on retrouve une différence de 8 points avec l'ancienne enquête.

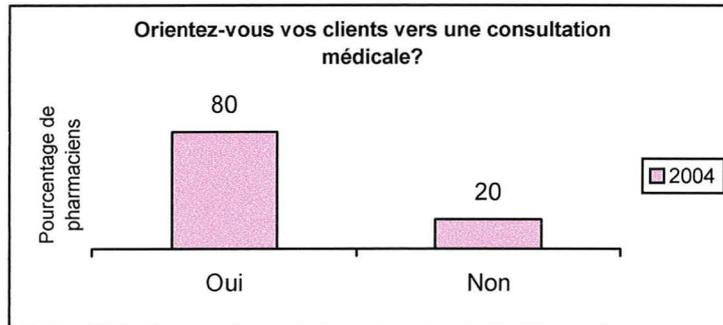
Cette contre indication n'est pas à prendre en compte en tant que telle, puisqu'il s'agit d'un syndrome dépressif ou psychologique majeur. L'Afssaps dans les recommandations de bonnes pratiques conseille dans ces cas là un suivi médical important. (1)

Une dépression ou un déséquilibre psychologique ne sont donc pas réellement des contre indications à l'arrêt du tabac.

Dans ces cas là, l'aide au sevrage tabagique ne relève plus du pharmacien mais du médecin. C'est pour cela que le pharmacien doit avoir connaissance de l'état psychologique du fumeur avant de le conseiller, afin de déterminer si celui ci a besoin d'un suivi médical plus important.

QUESTION 20 :

La grande majorité des pharmaciens interrogés oriente certains de leurs patients vers une consultation médicale (80%).



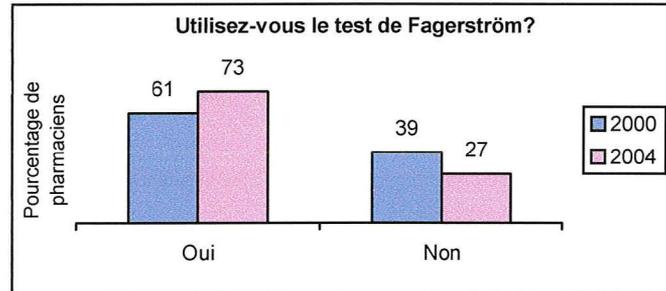
Les chiffres de l'enquête précédente n'ont pas évolué puisque 67% des pharmaciens déclaraient orienter « parfois » leur patient vers une consultation médicale et 14% « souvent », ce qui correspond à 81% de pharmaciens déclarant orienter leur patient vers une consultation médicale.

Dans la plupart des cas, les pharmaciens orientent leur patient vers un médecin lorsque sa consommation de tabac est importante, quand il a déjà fait face à plusieurs échecs de sevrage ou bien encore lorsque l'arrêt du tabac est associé à une pathologie importante.

L'accompagnement par un médecin ou un tabacologue permet de multiplier les chances de réussite du sevrage tabagique (cf 4^{ème} partie II.1.3). Dans les cas particuliers et difficiles, le pharmacien doit savoir orienter le patient vers un médecin. L'aide au sevrage tabagique doit se situer au sein d'un réseau de professionnels de santé dans lequel chacun doit trouver son rôle et savoir passer la main à son confrère lorsqu'il y a besoin.

QUESTION 21 :

73% des pharmaciens interrogés pratiquent le test de Fagerström lors de leur conseil au fumeur.



Nous remarquons une différence significative de +12 points entre les deux enquêtes. Les pharmaciens interrogés lors de notre enquête font plus souvent le test de Fagerström. Il semble que ce test se soit systématisé. Les pharmaciens en général ne le font pas entièrement mais connaissent les deux questions qui permettent de déterminer rapidement le degré de dépendance physique à la nicotine.

Au niveau national, 64,7% des pharmaciens ont évalué par un test de Fagerström, la dépendance de leur client, lors de leur dernière vente de substituts nicotiniques. (22)

Ce test validé par l' Afssaps, est l'une des premières étapes dans l'aide au sevrage tabagique, il est important car il détermine la méthode de sevrage qui sera utilisée par la suite.

QUESTION 22 :

Selon le fumeur candidat au sevrage tabagique, le pharmacien adapte son conseil et le traitement proposé.

Les pharmaciens interrogés conseillent le plus souvent des patchs (98%) en y associant ou pas des gommes. Ils réservent les comprimés sublinguaux ou les gommes seules pour les fumeurs peu dépendants et ne désirant pas de patchs.

Selon eux les patchs sont plus efficaces (22%), plus faciles à utiliser (20%) et ont une libération de nicotine plus adaptée au sevrage (21%).

QUESTION 23 :

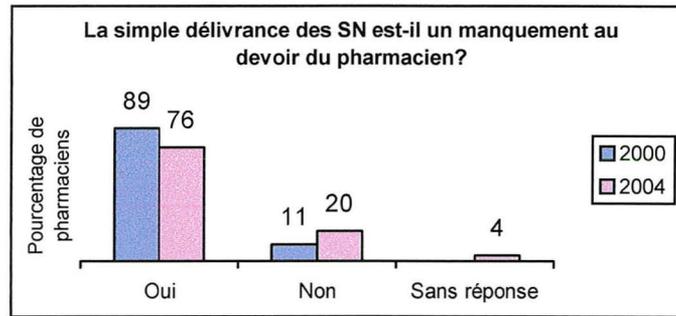
Pratiquement tous les pharmaciens interrogés gardent à l'esprit les critères d'efficacité des substituts nicotiques (97%)

C. PERRIER dans son enquête retrouvait également une grande majorité de pharmaciens gardant les critères d'efficacité en tête lors de leur conseil (92%).

Ces résultats soulignent que les pharmaciens sont conscients que la délivrance de substituts nicotiques doit toujours être accompagnée d'un conseil adapté pour chaque patient et d'un suivi personnalisé afin de prévenir les rechutes.

QUESTION 24 :

76% des pharmaciens interrogés pensent que la simple délivrance de substituts nicotiques sans prise en charge du patient, sans évaluation de la dépendance, sans accompagnement est un manquement au devoir du pharmacien.



Lors de l'enquête menée en 2001, 89% des pharmaciens pensaient que la simple délivrance de substituts nicotiniques était un manquement au devoir du pharmacien. On remarque donc une différence de -13 points entre les deux enquêtes.

Les 12 pharmaciens ayant répondu « non » à cette question sont conscients que la vente de substituts nicotinique doit s'accompagner d'un conseil, d'un suivi... Ils trouvent cependant que le terme « manquement au devoir du pharmacien » est inadapté.

Actuellement les pharmaciens se sentent tous impliqués dans la lutte contre le tabagisme mais à des degrés différents ; ils sont conscients de l'importance de leur conseil pour la réussite d'un sevrage tabagique.

QUESTION 25 :

La plupart des pharmaciens aide le fumeur à trouver des compensations psychologiques afin de palier à la dépendance comportementale et psychologique que produit la cigarette. Ils sont 91% à déclarer rechercher des compensations psychologiques avec le fumeur ; les chiffres de la dernière enquête étaient sensiblement les mêmes.

Les patients sont conscients que pour réussir leur sevrage, il vont devoir trouver une parade face à l'envie de fumer (le sport, une activité manuelle, la cuisine, la lecture...). Il est nécessaire de prévenir et de préparer le fumeur à ne pas compenser le manque par toute forme de nourriture.



QUESTION 26 :

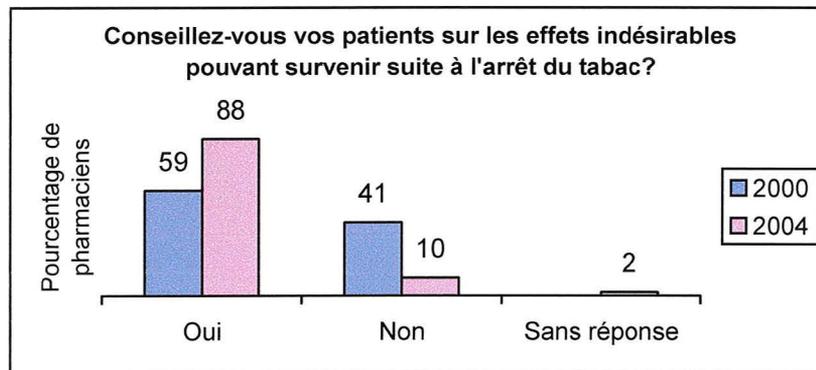
La connaissance des effets indésirables liés à l'arrêt du tabac est un point essentiel que doit connaître le pharmacien.

Dans notre questionnaire, nous considérons que le pharmacien connaissait les effets indésirables, s'il nous en citait quelques uns comme la prise de poids, la nervosité, les troubles du sommeil...

Les pharmaciens connaissent les effets indésirables (97%), C. PERRIER avait obtenu en 2000 ce même chiffre.

QUESTION 27 :

La grande majorité des pharmaciens interrogés conseille leurs patients fumeurs pour lutter contre les effets indésirables du sevrage tabagique (88%).

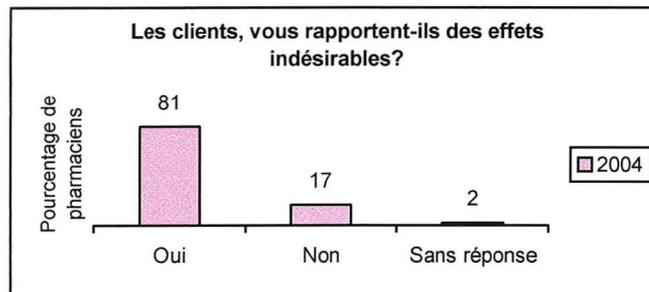


On remarque une différence significative de +29 points entre les deux enquêtes. Aujourd'hui les pharmaciens interrogés semblent plus facilement conseiller et prévenir le fumeur des effets indésirables du sevrage tabagique. Ils ont sans doute plus de recul et plus de pratique dans ce domaine.

Même si ces effets sont minimes par rapport aux bénéfiques, il est indispensable de les prévenir car ils peuvent être la cause de l'abandon du sevrage.

QUESTION 28 :

81% des pharmaciens interrogés déclarent que leurs patients leur rapportent les effets indésirables qu'ils rencontrent durant leur sevrage.



Ces chiffres soulignent encore une fois que les patients ont confiance dans les conseils donnés par le pharmacien. Ils n'hésitent pas à le consulter pour cela.

Il est possible en effet de rencontrer un pharmacien en quelques minutes et à n'importe quel moment de la journée. Cette disponibilité et cette accessibilité permet de rassurer et d'aider immédiatement la personne en difficulté. Il a donc à ce titre un certain rôle dans la prévention des rechutes.

Il existe une relation entre le conseil sur les effets indésirables de l'arrêt de la cigarette et les effets rapportés (χ^2 calculé 28,31). Les pharmaciens qui jouent leur rôle de conseil et d'information en début de traitement suscitent plus facilement des questions de la part du client. Un échange peut s'établir et cette relation peut permettre de rassurer et de discuter des effets indésirables tout au long du traitement. C'est indéniablement pour eux une personne ressource.

Pourtant 73% des pharmaciens interrogés ont des difficultés à conseiller le patient face à ces effets indésirables. Ce chiffre était le même dans l'enquête précédente.

Les pharmaciens nous ont rapporté leur difficulté à conseiller les patients sur la prise de poids.

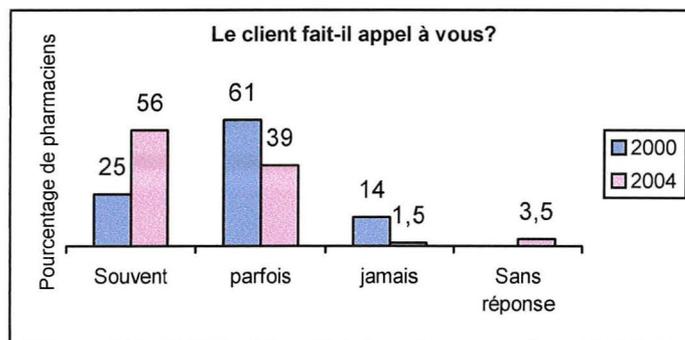
La prise de poids est l'effet indésirable redouté par les fumeurs. Il peut à lui seul faire renoncer à la décision du sevrage et il est un facteur de rechute.

Chacun réagit différemment face à la nourriture : certains vont prendre 2 kilos ce qui est physiologiquement normal, d'autres par contre vont compenser le manque par la nourriture. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes ayant pris une dizaine de kilos pendant leur sevrage tabagique.

Il est important de prévenir les patients en début de sevrage sur ce risque et les moyens de le contourner, surtout les femmes qui sont plus sensibles à ce sujet afin d'éviter les rechutes.

QUESTION 29 :

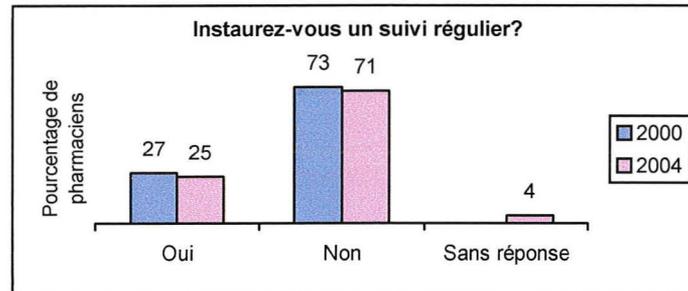
1 pharmacien seulement a répondu durant notre enquête que ses patients ne faisaient jamais appel à lui durant leur sevrage.



Les patients n'hésitent pas à faire appel à leur pharmacien durant leur sevrage, ils y vont de plus en plus souvent.

QUESTION 30 :

Peu de pharmaciens instaurent un suivi régulier avec leur patient durant leur sevrage tabagique (25%).



Les chiffres ont peu évolué depuis 4 ans (27%).

Les grandes différences de prix des substituts nicotiques empêchent, selon certains pharmaciens, la mise en place d'un suivi régulier. En effet selon les pharmacies, le prix des substituts nicotiques peut varier du simple au double. Les pharmaciens de petites officines ont abordé avec nous leurs difficultés pour être compétitifs face aux grandes pharmacies ayant passées des accords avec les laboratoires.

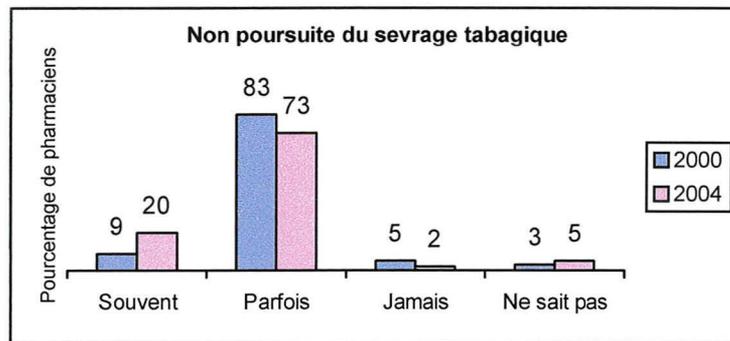
En début de traitement, les patients achètent leurs substituts nicotiques dans leur pharmacie de quartier mais ensuite là où ils trouvent les moins chers.

Lorsque les pharmaciens arrivent à instaurer un suivi régulier, il se fait en général lors des achats des substituts nicotiques, toutes les semaines en début de sevrage puis une fois par mois ensuite.

Chaque pharmacie doit pouvoir mettre en place ce suivi régulier : si le patient est bien pris en charge ne sera t-il pas plus sensible à l'intérêt et au soutien qu'il obtient avec un suivi personnalisé et adapté qu'aux différences de prix proposées par les pharmacies ?

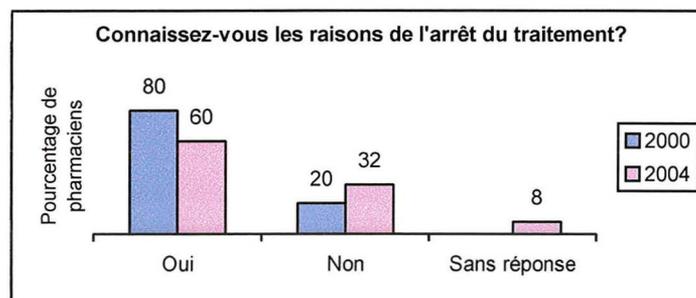
QUESTION 31 :

Lors de notre enquête, 73% des pharmaciens interrogés déclarent que « parfois » leurs patients ne poursuivent pas leur sevrage, pour 20% c'est « souvent » et enfin pour 2% (soit une personne) c'est « jamais ».



Il semble que d'après les pharmaciens interrogés, les fumeurs débutant un sevrage tabagique arrêtent plus facilement leur traitement qu'il y a 4 ans.

Dans 32% des cas le pharmacien ignore la raison de cet arrêt prématuré.



Les pharmaciens interrogés sont moins au courant des échecs de sevrage qu'il y a 4 ans.

La difficulté du suivi des patients liée aux différences de prix des traitements de substituts nicotiniques explique peut-être cette méconnaissance des arrêts prématurés.

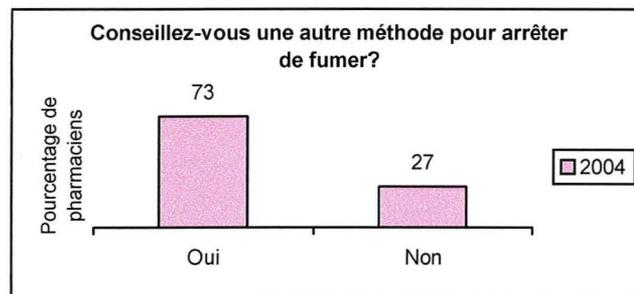
Les raisons de l'échec d'un sevrage tabagique sont importantes à connaître car leur analyse va permettre au pharmacien d'encourager le fumeur et lui éviter de commettre les mêmes erreurs.

Les raisons les plus citées causant l'arrêt du traitement sont le manque de motivation (30%), la présence de fumeurs dans l'environnement (25%), les effets indésirables (11%).

Ces chiffres soulignent l'importance de la motivation initiale dans un sevrage tabagique, ainsi que l'importance d'avertir et de prévenir le fumeur des effets indésirables de l'arrêt du tabac (la prise de poids, le stress...).

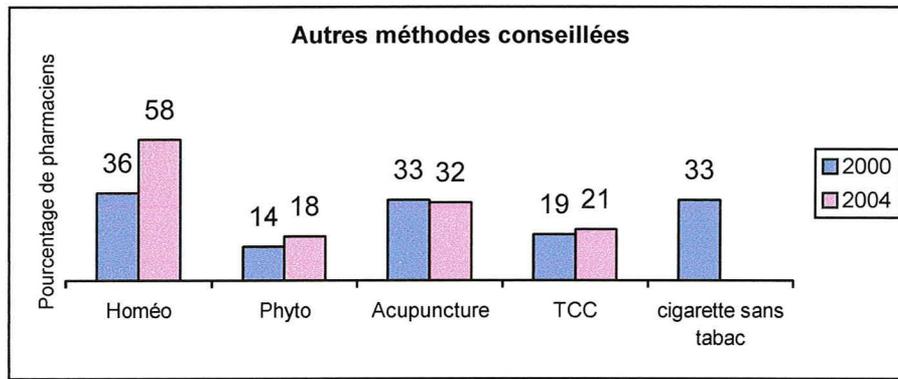
QUESTION 32 :

Une grande partie des pharmaciens interrogés conseillent dans certains cas une autre méthode que les substituts nicotiniques pour un sevrage tabagique (73%).



Il existe une différence significative entre les résultats des deux enquêtes (souvent 8%, parfois 48%, jamais 44%), les pharmaciens interrogés utilisent plus facilement d'autres méthodes que les substituts nicotiniques.

Parmi les méthodes conseillées par les pharmaciens, nous retrouvons fréquemment citées l'homéopathie (58%), la phytothérapie (18%), l'acupuncture (32%), la consultation tabacologique (21%)...



L'homéopathie et la phytothérapie sont deux méthodes utilisées fréquemment par les pharmaciens interrogés. Le suivi par un médecin est cité seulement dans 21% des cas.

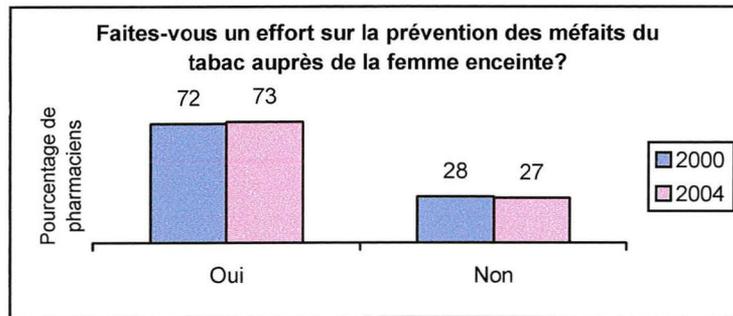
Lors de l'enquête menée par C. PERRIER, un certain nombre de pharmaciens avait déclaré conseiller les cigarettes sans tabac (33%), aucun en 2004 ne nous a déclaré les conseiller. La nocivité de ces cigarettes est aujourd'hui reconnue, les pharmaciens continuent à les vendre mais seulement sur demande du fumeur et avec une mise en garde.

Ces méthodes sont conseillées par les pharmaciens dans différents cas particuliers : auprès de la femme enceinte (6%), après un premier échec avec les substituts nicotiniques (40%) et enfin aux personnes refusant les traitements substitutifs (27%).

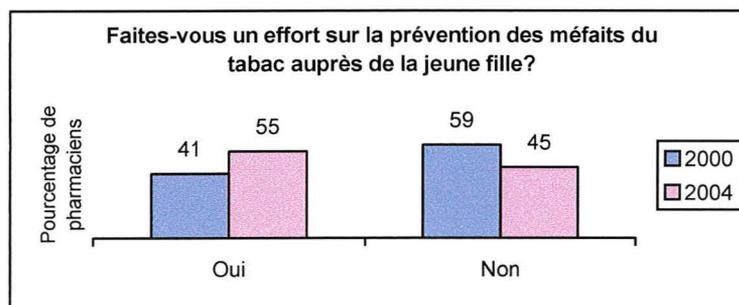
QUESTION 33 :

La majorité des pharmaciens interrogés déclare faire un effort particulier vis à vis des femmes enceintes en les informant sur les méfaits du tabac (73%) et sur l'aide au sevrage tabagique (65%).

Ils sont moins nombreux à déclarer faire des efforts particuliers en ce qui concerne la jeune fille en âge de procréer, 54% font des efforts sur la mise en garde des méfaits du tabac et 54% sur l'aide au sevrage tabagique.



Les chiffres concernant les femmes enceintes n'ont pas évolué, par contre ceux concernant la jeune fille en âge de procréer ont augmenté.



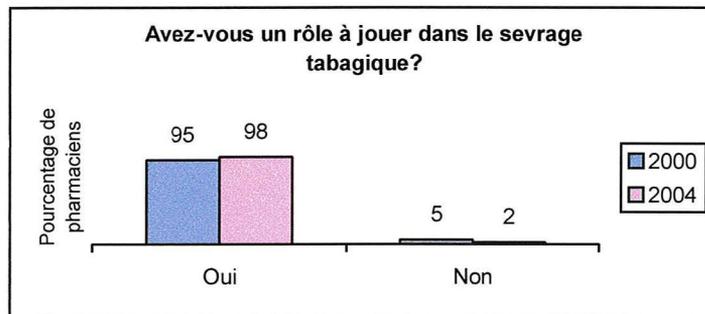
En effet les pharmaciens interrogés abordent plus facilement les méfaits du tabac avec les jeunes en général et les jeunes filles en particulier.

Ils accordent un effort particulier à la prévention et à la mise en garde lors des renouvellements de traitement contraceptif. Les chiffres au niveau national montrent que seulement 6,6% des pharmaciens interrogés parlent systématiquement du tabagisme lors de ce type de renouvellement. (22)

QUESTION 34 :

Parmi les pharmaciens interrogés, 58 pensent avoir un rôle à jouer dans la lutte contre le tabagisme.

Seulement une personne n'estime pas avoir de rôle dans ce domaine. Elle dit être déjà engagée dans d'autres domaines de la prévention et de l'éducation en matière de santé.



On remarque une légère augmentation entre les résultats de 2001 et 2004.

Sur le plan national également, les pharmaciens pensent quasi unanimement avoir un rôle dans le domaine de la prévention (98,9%), et plus particulièrement en matière de tabagisme (77,4%). Ces résultats du baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 sont en augmentation par rapport à ceux de 1998. (21)

QUESTION 35 :

15% des pharmaciens interrogés lors de notre enquête sont fumeurs, soit une personne sur six.

Au niveau national, les quotas sont un peu plus élevés puisque dans la profession des pharmaciens d'officine il y a environ 23,3% de consommateurs de tabac soit près d'une personne sur quatre. (21)

QUESTION 36 :

Il nous a semblé opportun à la fin de notre questionnaire, de demander aux pharmaciens interrogés, quel type de clientèle fréquente leur pharmacie, afin de déterminer si il y a un lien avec la manière d'aborder un sevrage tabagique.

43 pharmaciens ont déclaré avoir une clientèle de quartier soit 73%, 10 ont déclaré avoir une clientèle de passage soit (17%) et 6 un mixage des deux.

Le temps passé avec le fumeur lors de la première entrevue, l'augmentation des ventes, la manière de connaître le fumeur... peuvent varier en fonction du type de clientèle.

Nous n'avons trouvé aucune corrélation entre le type de clientèle et le reste de notre questionnaire.

V. CONCLUSION DE L'ENQUETE

Cette enquête menée auprès des 64 pharmacies de Grenoble, nous a permis de faire un état des lieux en 2004 sur la façon qu'ont les pharmaciens d'aborder le sevrage tabagique.

Par rapport à l'enquête menée par C. PERRIER nous avons modifié quelques questions, dans l'objectif d'obtenir des réponses plus précises et d'évaluer le degré d'investissement du pharmacien dans sa prise en charge du patient.

Aux vues des résultats obtenus, la comparaison des deux enquêtes est rendue difficile par l'introduction de plusieurs biais :

- Enquête menée en début d'été, ce qui est peu favorable à la disponibilité du pharmacien.

- Moins de pharmaciens ont répondu à notre questionnaire soulignant un manque de temps.

L'exploitation de cette enquête met en évidence certaines failles. Pour une comparaison plus pointue, elle aurait nécessité des conditions de réalisation plus rigoureuses (encore plus de précision dans l'étude du questionnaire et l'interview des pharmaciens).

Malgré tout, cette enquête nous a permis de faire des observations intéressantes sur l'évolution et le rôle du pharmacien depuis la précédente enquête.

Le délistage des substituts nicotiques en 1999, les augmentations du prix du tabac fin 2003 et début 2004 (85%), les mesures de prévention, la publicité (30%), les problèmes de santé (76%), ont incité les fumeurs à arrêter de fumer et donc ont fait indéniablement augmenter les ventes de substituts nicotiques.

Le pharmacien est devenu un acteur à part entière dans l'aide au sevrage tabagique.

La formation devient incontournable pour lui. Paradoxalement, moins de pharmaciens interrogés déclarent avoir eu une proposition de formation sur le sevrage tabagique qu'en l'an 2000 et 22 pharmaciens n'ont encore jamais assisté à une formation sur ce sujet.

Par contre l'information par des brochures paraît avoir un impact important dans la profession.

Compte tenu de certaines lacunes révélées par notre enquête, la formation seulement par brochures ne suffit pas et ne peut remplacer une formation par un professionnel de santé.

46% des pharmaciens interrogés sont demandeurs de formations supplémentaires et la plupart sous forme de réunions faites par un professionnel de santé.

De cette formation découlera la qualité de la prise en charge du fumeur par le pharmacien tout au long de son sevrage.

L'enquête menée auprès des pharmacies de Grenoble a permis de mettre en évidence une évolution positive dans le comportement des pharmaciens mais certains points restent négatifs.

Encore trop peu de pharmaciens connaissent le conseil minimal (8%), pourtant celui-ci pourrait multiplier les réussites de sevrage.

La durée du premier entretien avec le fumeur tend à se réduire puisque 78% des pharmaciens interrogés consacrent 5 à 10 minutes à l'évaluation de la dépendance et la mise en route d'un traitement de sevrage tabagique. Ce temps paraît réduit puisque de cet entretien dépendra le type de relation instaurée et, pour le patient, l'évaluation de l'aide qu'il pourra attendre du pharmacien.

La recherche de motivation avec le patient et la prévention des effets indésirables sont deux facteurs déterminant dans la réussite d'un sevrage. Les pharmaciens accordent beaucoup d'importance au conseil sur les effets indésirables (88%).

Peu de pharmaciens réussissent à établir un réel suivi avec le patient (25%).

Il ressort de cette enquête que les pharmaciens interrogés sont conscients de l'importance du suivi et de l'attente des fumeurs, mais qu'il y a inadéquation avec leur disponibilité et le temps qu'ils sont prêts à consacrer au suivi d'un sevrage tabagique.

Depuis l'enquête menée par C. PERRIER, il est important de souligner une évolution positive dans la prise en charge du fumeur.

Actuellement, de plus en plus de pharmaciens évaluent le degré de dépendance à la nicotine de leur patient à l'aide du test de Fagerström (73%).

Dans certaines situations plus difficiles (échecs multiples, troubles psychologiques, forte dépendance...), les pharmaciens n'hésitent pas à faire appel aux médecins (80%).

Un effort particulier est à souligner de la part des pharmaciens à destination des femmes enceintes et de la jeune fille en âge de procréer.

On note une évolution également des méthodes alternatives aux substituts nicotiques, proposées par le pharmacien. L'homéopathie et la phytothérapie sont toujours en bonne place dans les méthodes proposées, par contre il faut souligner que les cigarettes sans nicotine ne sont plus proposées dans l'aide au sevrage tabagique. Rappelons que ces méthodes n'ont pas été évaluées du point de vue efficacité.

Aujourd'hui, le fumeur demandeur d'un sevrage tabagique bouscule le pharmacien dans ses pratiques car il ne demande pas seulement un médicament mais aussi une aide et un accompagnement dans le temps.

Les pharmaciens sont conscients de leur rôle à jouer mais ne sont sans doute pas encore prêts à consacrer plus de temps et à s'engager dans un suivi régulier.

Conclusion

Thèse soutenue par Emilie GIRARDOT

TITRE : Evolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000 : Enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble.

CONCLUSION

Depuis la fin des années 80, le tabac et ses effets sont devenus une priorité de santé publique. La loi « Evin » du 10 janvier 1991 a posé les bases d'une politique de prévention et de protection des fumeurs et non fumeurs.

Par la suite, de nombreuses lois sont venues la compléter (le délistage des substituts nicotiques, l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans...). En matière de santé publique, plusieurs actions ont été mises en place dont le plan cancer 2003-2007 qui a déjà permis de faire de grandes avancées dans l'information, la prévention et l'aide au sevrage tabagique.

L'application de ces mesures et les récentes augmentations du prix du tabac ont permis de faire reculer la consommation de tabac en France.

Dans ce contexte de politique de prix et de « dénormalisation » du tabagisme, le pharmacien est devenu un acteur privilégié. Son accessibilité et sa disponibilité en font le professionnel de santé de première ligne. Le pharmacien doit être motivé et compétent dans cette démarche.

Le présent travail a pour objectif de présenter un bilan de l'évolution de l'implication du pharmacien dans la lutte contre le tabagisme et la prise en charge du fumeur à l'officine.

Pour cela nous nous sommes appuyés sur une enquête effectuée d'avril à juin 2000 par C PERRIER dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du doctorat en pharmacie.

Nous reprenons la même trame méthodologique, 4 ans plus tard, afin d'analyser une éventuelle évolution des pratiques officinales.

De mai à juillet 2004, nous nous sommes déplacés dans chacune des 64 pharmacies de Grenoble. Nous avons rencontré soit le pharmacien titulaire soit un assistant, sans les avoir prévenus de notre passage afin d'obtenir des réponses plus spontanées de leur part. A l'aide d'un questionnaire papier, nous avons fait le point sur leurs connaissances et leur manière de pratiquer l'aide au sevrage tabagique dans leur officine.

Les résultats principaux sont les suivants :

Les pharmaciens sont conscients de leur rôle à jouer en matière d'information, de prévention et d'aide au sevrage tabagique (98% Vs 95% dans l'enquête de 2000).

Certains points positifs sont mis en évidence, comme l'effort particulier des pharmaciens vis-à-vis des femmes enceintes (73% Vs 72% en 2000), des jeunes filles (55% Vs 41%) mais aussi sur le conseil et la prévention des effets indésirables suite à l'arrêt du tabac (prise de poids, stress...) (88% Vs 59%).

Nous pouvons remarquer que malgré ces quelques avancées, il reste encore beaucoup à accomplir dans la prise en charge du fumeur à l'officine.

Des lacunes au niveau de la formation sont mises en lumière : 37% des pharmaciens n'ont pas encore assisté à une formation sur le sevrage tabagique. De fait, peu de pharmaciens connaissent le conseil minimal à proposer à toute personne à risque face au tabagisme (9% Vs 2% en 2000). Enfin sur le plan organisationnel, la mise en place d'un suivi personnalisé est encore difficile, peu de pharmaciens le proposent à leur client (25% Vs 27%).

Aujourd'hui, le fumeur en recherche d'un sevrage tabagique dispose d'un certain nombre de dispositifs et d'aide pour réussir. Le pharmacien est là pour l'informer, le conseiller, l'aider et lui proposer un suivi personnalisé.

Pour cela, ce dernier a besoin d'être formé. La mise en place d'une formation complète intégrée dans le cycle universitaire des études de pharmacie serait intéressante et permettrait une nette évolution dans la prise en charge du fumeur à l'officine.

Le pharmacien doit également se libérer de certaines contraintes commerciales afin de s'impliquer de manière plus personnelle. L'harmonisation des prix des substituts nicotiques et la valorisation de l'acte officinal permettrait une mise en place plus aisée d'un suivi qui demande du temps.

Enfin la prise en charge du sevrage tabagique doit être un travail mené en partenariat étroit avec les autres professionnels de santé impliqués dans cette lutte contre le tabagisme.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 15 octobre 2005

LE DOYEN
P. DEMENGE



LE PRESIDENT DE THESE
Dr Benoît ALLENET

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Recommandations de bonnes pratiques (Afssaps) : Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Argumentaire. Mai 2003. 65 p.
2. Arrêté du 05 mars 2003. Relatif aux conditionnements des cigarettes et aux teneurs maximales en goudron, nicotine et monoxyde de carbone. JO n°58 du 09 mars 2003.
3. Arrêté du 07 janvier 2005. Relatif à l'exonération de la réglementation des substances vénéneuses et modifiant l'arrêté du 28 mai 2001. JO du 22 février 2005.
4. Arrêté du 30 novembre 1999. Relatif à l'exonération de la réglementation des substances vénéneuses et modifiant l'arrêté du 22 février 1990. JO n°282 du 05 décembre 1999.
5. AUBERT. Sevrage tabagique. Conférence. Valence. 18 mai 2005
6. BAUDIER F., ORLANDINI C., GUIONET M., ODDOUX K., La consommation de tabac des adultes en France : évolution au cours des 10 dernières années. BEH. 2000
7. CABALLERO F., BISIOV Y. Le tabac. *In* : Caballero F., Bisioy Y. Droit de la drogue, DALLOZ, éd 2000 : 200-236
8. Centre de Documentation et d'Information sur le Tabac. Le marché du tabac en 2003. Tabac news. N°25. Juillet 2004. 7p.
9. Circulaire DAGPB/92/n°352 du 29 octobre 1992. Relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans l'administration centrale.
10. Circulaire DG/DH n°330 du 8 juin 1999. Relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.

11. Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000. Relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.
12. Circulaire DRT 99/8 du 18 juin 1999. Relative à la lutte contre le tabagisme sur les lieux de travail.
13. Conférence de consensus. L'arrêt de la consommation de tabac. Texte des recommandations. Paris 8-9 octobre 1998. 26 p.
14. CUNGI C. Le tabac : 1^{ère} toxicomanie qui arrive, la dernière qui reste. Conférence. Grenoble. 20 septembre 2004.
15. CERASO M. AHRENS D. REMINGTON P. Increasing tobacco taxes: an evidence based measure to reduce tobacco use. WMJ 2005 May; 104 (4):13-6
16. DAUTZENBERG B. Cigarette: la baisse des ventes est-elle liée au trafic de contre bande. Sevrage tabagique à l'officine pratique. N°9. Mai 2005. 8 p.
17. Décret n°92-478 du 29 mai 1992. Relatif aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. JO n°125 du 30 mai 1992.
18. Directive 2001/37/CE du 5 juin 2001. Relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac. JOCE du 18 juillet 2001.
19. Directive 2003/33/CE du 26 mai 2003. Relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac. JOCE du 20 juin 2003.
20. DRAGOS S. DAUTZENBERG B. Estimation du nombre de fumeurs traités avant et après délistage des substituts nicotiques. BEH n°22-23 29 mai 5 juin 2005

21. GAUTIER A. baromètre médecins/pharmaciens. Tabac et alcool : Quelle implication des professionnels ? INPES. Saint-denis. 2003. 276 p.
22. GAUTIER A. LEON C. WILQUIN JL. GUILBERT P. Les professionnels de santé face au tabagisme. BEH n°21-22. mai 2005.
23. HIRSH A. LE MAITRE B. Pharmacien et tabac : prise en charge de l'arrêt du tabac. Fiche technique Cespharm. Mai 2004. 8 p.
24. HIRSH A. Pharmacien et tabac: tabac et société. Fiche technique. CESSPF. Paris. Octobre 1998. 4 p.
25. INPES/IPSOS Enquête sur la prévalence du tabagisme en décembre 2003
Note de synthèse enquête INPES/IPSOS. Février 2004.
26. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. France : les ventes de cigarettes ont cessé de reculer. Actualité tabac. N°63 . Juillet 2005.
27. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Journée mondiale sans tabac. Dossier de presse. 31 mai 2005.
28. Institut National de Prévention et d'Education pour la santé, Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Le cannabis est une réalité.
Dossier de presse. 2 février 2005. 12p.
29. Institut national de Prévention et d'Education pour la santé. Vente de tabac interdite aux moins de 16 ans et après ? Actualité tabac. N°41. Septembre 2003.
30. KELLER-DIDIER Colette. Pharmacien : un métier au cœur du système de soins, qui confère à toute médication, sa dimension individuelle, personnelle et sécurisée.
Bulletin de l'ordre des pharmaciens. n°376. novembre 2002.
31. LAGRUE G. Arrêter de fumer ? Ed Odile Jacob. 2^{ème} édition. 2000. 284 p.

33. LE MAITRE B. Aide à l'arrêt du tabac : utilisation de la fiche de suivi.
Fiche technique Cespharm. Paris. 01 septembre 2003.
34. LE MAITRE B. Ce qui a changé dans les AMM des substituts nicotiques depuis le passage en OTC (Over The Counter).
Sevrage tabagique à l'officine pratique. N°9. Mai 2005. 8 p.
35. Llorca PM. et Al Tabacologie et sevrage tabagique. Ed John Libbey Eurotext. 2002.
36. Loi n°2003-715 du 31 juillet 2003. Relative à la restriction de la consommation de tabac chez les jeunes. JO n°178 du 3 août 2003.
37. Loi n°2004-806 du 9 août 2004. Relative à la politique de santé publique.
JO n°185 du 11 août 2004.
38. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976, dite loi « Veil ». Relative à la lutte contre le tabagisme
38. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 dite loi « Evin ». Relative à la lutte contre le tabac et l'alcool. JO du 12 janvier 1991.
39. MARIJON W. Tabac et grossesse: situation, conséquences, modalités de l'arrêt, sensibilisation et rôle du pharmacien.
Thèse pharmacie. Grenoble. 2002. 118 p.
40. Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer. Rapport annuel 2004-2005.
La dynamique du plan cancer : actions et résultats. 214 p.
41. Organisation Mondiale pour la Santé. La « convention-cadre » de l'OMS pour la lutte antitabac. 56^{ème} Assemblée mondiale de la santé. Genève. 21 mai 2003.
42. Organisation mondiale pour la Santé. Mise à jour de l'état de convention-cadre pour la lutte Antitabac. New York. 27 mai 2005.

42. Organisation mondiale pour la Santé. Mise à jour de l'état de convention-cadre pour la lutte Antitabac. New York. 27 mai 2005.
43. PERRIER C. Accompagnement au sevrage tabagique : moyens actuels, rôle du pharmacien et enquête auprès des pharmaciens d'officine de Grenoble. Thèse pharmacie. Grenoble. 2001. 218 p.
44. Plan cancer 2003-2007 web site. www.plancancer.fr
45. QUANTIN X. STOENBNER-DELBARRE A. LAFONTAINE T. PUJOL E. JACOT W. GODARD P. Conséquences du cannabis sur la santé respiratoire. Poster. 7^{ème} journée tabacologie. Tours. 17-18 juin 2004.
46. ROSS S. WILLIAM D. Bupropion: Risk and benefits. Expert Opin Drug Saf. 2005 nov. 4(6): 995-1003
47. SAOUNA I. Poor countries : the new « Eldorado » of smoking addiction. Promot educ. 2005; Suppl 4: 22-4, 56
48. YUDKIN P. Etude université d'Oxford : suivi de patient lors d'un sevrage tabagique. British medical journal. 3 juillet 2003.
49. ANONYME. Enquête auprès des pharmaciens : qui sont les consommateurs de substituts nicotiniques ? Sevrage tabagique à l'officine pratique. N°9. mai 2005. 8 p.
50. ANONYME. Résumé des caractéristiques du produit (RCP). Zyban LP 150 mg. Août 2001

Annexes

Annexe 2 – Le questionnaire

1) Etes vous ?

Titulaire Assistant

2) Combien de pharmaciens assistants équivalent temps plein travaillent dans l'officine ?

Réponse :

3) Depuis le délistage des substituts nicotiniques, vos ventes de ces substituts ont-elles augmenté ?

oui non

4) L'augmentation du prix du tabac de ces derniers mois, a-t-elle fait augmenter vos ventes de substituts nicotiniques ?

oui non

4-1) Si oui, pouvez vous nous donner la proportion de cette augmentation depuis ces 6 derniers mois ?

Réponse :

5) Pensez vous que les connaissances et les informations dont vous disposez sont suffisantes pour aider un fumeur au sevrage tabagique ?

oui non

6) Vous a-t-on proposé des formations ou des réunions d'informations sur le sevrage tabagique ?

oui non

6-1) Si oui, qui vous en a proposé ? (Plusieurs choix sont possibles)

Laboratoire

Ordre des Pharmaciens

Autre Qui ?:

7) De quand date votre dernière formation ou réunion d'information sur le sevrage tabagique ?

Moins de 6 mois

Plus de 6 mois

Plus d'1 an

Vous n'en avez jamais fait

8) Avez vous consulté des brochures sur le sevrage tabagique ?

oui non

8-1) Si oui, qui les a éditées ? (Plusieurs choix sont possibles)

Laboratoire

Ordre des pharmaciens (CESSPF)

Autre Qui ? :

9) Ressentez-vous le besoin d'une information supplémentaire ?

oui non

9-1) Si oui, sous quelle forme ? (Plusieurs choix sont possibles)

Réunion

Brochure

Autre laquelle :

Face à tout fumeur, (questions 10 et 11)

10) Connaissez-vous le conseil minimal qui a été défini lors de la conférence de consensus de 1998 et qui est composé de trois questions ?

oui non

10-1) Si oui, le faites vous le plus souvent possible ?

oui non

10-2) Si non, pourquoi ? (Plusieurs choix sont possibles)

Je n'y pense pas

Je n'ai pas le temps

Autre Réponse :

11) Recherchez-vous avec les fumeurs des motivations qui favoriseraient la décision d'un arrêt du tabac ?

oui non

Dans le cadre de la prise en charge du sevrage du fumeur, (questions 12 à 31)

12) Quel est le facteur déclenchant la décision de l'arrêt du tabac dans la majorité des cas ? (Plusieurs choix sont possibles)

- Problème de santé
- Pression de l'environnement familial
- Publicité, médias
- Votre incitation
- Prix du tabac
- Autre lequel ? :

13) Recherchez-vous avec le fumeur des motivations qui renforceraient sa décision d'arrêter de fumer ?

- oui non

14) Quel type de propos tenez-vous plutôt au fumeur qui souhaite arrêter de fumer ?

- Le tabac est très néfaste pour la santé
- Il y a beaucoup d'avantages à arrêter de fumer

15) Quelle est, en général, la réaction du patient quand vous lui donnez des informations sur le sevrage ?

- Il est plutôt réticent
- Il est plutôt attentif et demandeur d'informations

16) Le temps passé avec le fumeur lors de la première entrevue concernant le sevrage est en moyenne de :

Moins de 5 minutes

Entre 5 et 10 minutes

Entre 10 et 20 minutes

Plus de 20 minutes

17) Ressentez-vous parfois un obstacle ne vous permettant pas de donner une information complète sur le sevrage ?

oui non

17-1) Si oui, lequel (lesquels) : (Plusieurs choix sont possibles)

Manque de temps

Manque de personnel

Manque d'espace de confidentialité

Autre lequel :

18) Vous renseignez vous auprès du patient sur sa situation actuelle au niveau personnel et professionnel ?

oui non

18-1) Et à propos de son état de santé ?

oui non

19) Connaissez-vous la principale contre-indication à l'arrêt du tabac ?

oui non

Si oui, pouvez-vous la citer ? :

20) Vous arrive-t-il d'orienter le fumeur vers une consultation médicale ?

oui non

21) Faites-vous systématiquement le test de Fagerström ?

oui non

22) Quelle forme pharmaceutique de substitut nicotinique conseillez vous le plus ?

(Plusieurs choix sont possibles)

Patch

Gomme à mâcher

Comprimé sublingual

22-1) Pourquoi ?

23) Lors de votre conseil, gardez-vous toujours à l'esprit les critères d'efficacité des substituts nicotiques qui sont la motivation du patient, l'arrêt brutal et total du tabac, l'éducation du patient aux substituts nicotiques, une posologie adaptée, le suivi du patient et la prévention des reprises ?

oui non

24) Pensez-vous que la simple délivrance des substituts nicotiques sans évaluation de la dépendance, sans prise en charge dans le temps, ni conseils approfondis, peut être considérée comme un manquement dans le devoir du pharmacien ?

oui non

25) Aidez-vous le fumeur à trouver des compensations psychologique (sport, loisirs, ...) et comportementale (chewing-gum, ...) ?

oui non

26) Connaissez-vous les effets indésirables dus à l'arrêt du tabac ?

oui non

Si oui, pouvez-vous les citer ? :

27) Conseillez-vous le patient en ce qui concerne ces effets secondaires avant la mise en route du sevrage ?

oui non

28) Les patients vous rapportent ils des effets secondaires dus à l'arrêt du tabac ?

oui non

28-1) Si oui, avez-vous des difficultés à conseiller le fumeur pour l'aider à surmonter les effets indésirables dus au sevrage tabagique et pourquoi ?

oui non

Pourquoi :

30) Le patient fait-il appel à vous pendant la durée de son sevrage ?

Souvent

Parfois

Jamais

31) Instaurez-vous un suivi régulier du patient pendant son sevrage ?

oui non

31-1) Si oui, quelles en sont la fréquence et les modalités ?

32) Arrive-t-il que le patient ne poursuive pas le traitement jusqu'à la fin ?

Jamais

Parfois

Souvent

32-1) En connaissez-vous la(les) raison(s) ?

oui non

32-2) Si oui, laquelle(lesquelles) ? :

33) Vous arrive-t-il de conseiller au fumeur une(d') autre(s) méthode(s) que les substituts nicotiniques ?

oui non

33-1) Si oui, dans quels cas conseillez-vous une autres méthode ?

Réponse :

33-1) Si oui, laquelle(lesquelles) méthode(s) conseillez-vous ?

34) Faites-vous un effort particulier en ce qui concerne le tabagisme chez la femme enceinte et la jeune fille en âge de procréer en insistant auprès d'elles sur :

- les méfaits du tabagisme :

34-1) femme enceinte : oui non

34-2) jeune femme : oui non

- l'aide au sevrage tabagique :

34-3) femme enceinte : oui non

34-4) jeune femme : oui non

35) Pensez-vous que vous avez un rôle à jouer en ce qui concerne la lutte contre le tabagisme ?

oui non

36) Etes-vous fumeur ou non fumeur ?

oui non

37) Quel genre de clientèle fréquente votre pharmacie ?

clientèle de quartier

clientèle de passage

les deux

Abréviations

ABREVIATION

Afssaps : Agence Française de Sécurité sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

Anaes : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CEIP : Centre d'Evaluation et d'Information sur les pharmacodépendance

CRPV : Centre Régional de pharmacodépendance

DNF : Association Droit des Non Fumeurs

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes

Mildt : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

OFT : Office Française de Prévention du Tabagisme

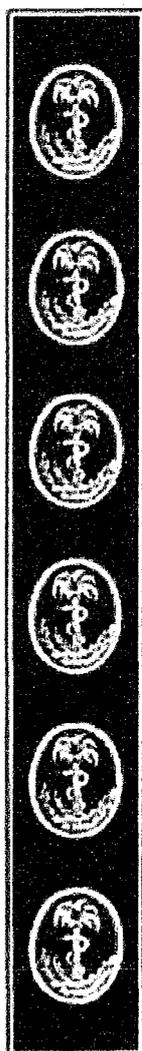
OMS : Organisation Mondiale de la santé

TCC : Thérapie Comportementale Cognitive

UTIP : Union Technique Interprofessionnelle de formation continue des Pharmaciens



Serment des Apothicaires



Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine : en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Thèse soutenue par Emilie GIRARDOT

Titre : Evolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000 : enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble.

Résumé

Depuis une vingtaine d'années, le tabac et ses effets sont devenus une priorité de santé publique.

Les lois se sont succédées : parmi elles, la loi « Evin » a posé les bases d'une politique de prévention et de protection des fumeurs et non fumeurs.

De nombreuses mesures de santé publique ont été mises en place, suite à la conférence de consensus de 1998 et au plan triennal de 1999. Le plan cancer 2003-2007, à travers les dispositions qu'il propose, a apporté par la suite, un encrage dans cette lutte contre le tabagisme.

Dans ce contexte de « dé-normalisation » du tabac, le rôle du pharmacien dans l'aide au sevrage, prend toute son importance. Sa proximité et sa disponibilité en font un acteur de santé en première ligne.

L'enquête menée auprès des pharmaciens de Grenoble par C. PERRIER en l'an 2000 soulignait certaines lacunes dans la prise en charge du sevrage tabagique à l'officine. La formation du pharmacien semblait insuffisante et la mise en place d'un suivi du patient, difficile.

Nous avons repris cette enquête, dans des conditions similaires, quatre ans après, afin de mesurer une éventuelle évolution dans ce domaine. Nous pouvons souligner l'effort particulier de la part des pharmaciens vis à vis de la jeune fille et de la femme enceinte, ainsi que dans la prévention et le conseil sur les effets indésirables qui peuvent survenir après l'arrêt du tabac.

Cependant, il demeure encore certains points négatifs et un travail reste à mener dans différentes directions :

De nombreux pharmaciens n'ont toujours pas assisté à une formation sur le sevrage tabagique. Très peu connaissent le conseil minimal destiné à tous les fumeurs.

La mise en place d'un suivi personnalisé du client durant son sevrage reste difficile.

Aujourd'hui, le fumeur a, à sa disposition, différentes aides afin de réussir son sevrage tabagique. Le pharmacien est là pour l'informer, le conseiller et lui proposer un suivi. Pour cela il doit pouvoir se reposer sur des connaissances solides et être motivé dans cette démarche.

Membres du jury : Mr ALLENET, Mme MINISCHETTI, Mme LARINIER,
Mme CONSTANTIN